VIII Convegno Nazionale
Fondazione AMD

AMD ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI 1974 ANNO DI FONDAZIONE

AMD FONDAZIONE onlus ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI

L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA ALLA PERSONA CON DIABETE
TRA OPPORTUNITÀ E RISCHI

L' assistenza alla persona con diabete: tra epidemiologia e vincoli economici

Concetta Suraci

PALERMO, 17-19 NOVEMBRE 2016

I numeri del diabete

- **Nel mondo 415 milioni di persone adulte hanno il diabete, se ne stimano 640 milioni entro il 2040**
- **In Europa il numero di persone diabetiche nell'UE è di 32 milioni, circa l'8,1%2 della popolazione, si prevede che nel 2035, il numero dei pazienti salirà a circa 38 milioni**
- **In Italia alla fine degli anni '80 la prevalenza del diabete noto era intorno al 2,5%. Dai dati Istat 2015 le persone che dichiarano di essere diabetiche rappresentano il 5.4% della popolazione.**
- **I dati diffusi dal rapporto dell'osservatorio ARNO 2015 riportano una prevalenza nel nostro Paese del 6,2% e indicano quindi che nel nostro paese dovrebbero esserci 3.750.000 persone affette da diabete di cui oltre il 90% diabete di tipo 2.**

Siamo di fronte ad una PANDEMIA

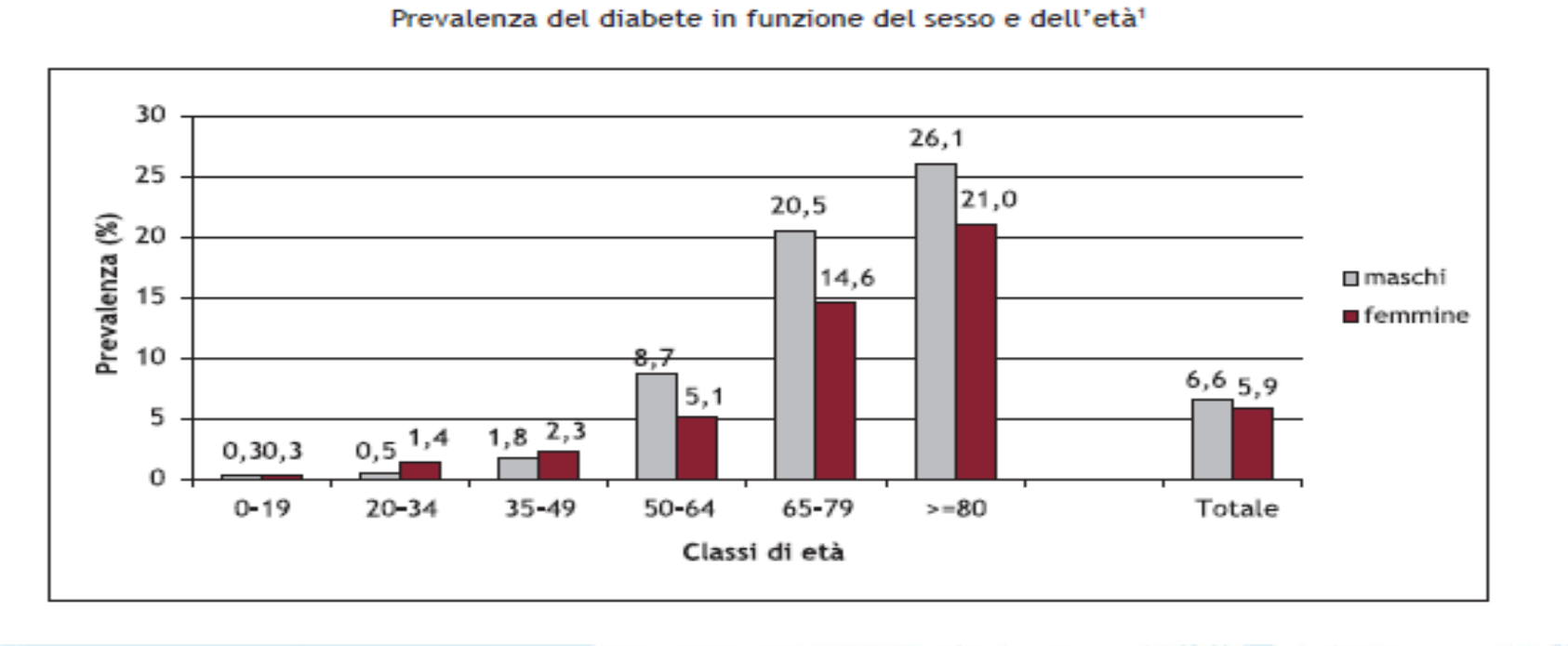
I numeri del diabete in Italia

- **1 cittadino su 16 sa di avere il diabete**
- **il numero delle persone affette da diabete noto è destinato a crescere da 3,7 milioni a 6,1 entro il 2030**
- **ogni 3 persone con diabete c'è ne è 1 che ha il diabete senza saperlo**
- **per 1 persona con il diabete c'è ne è 1 ad alto rischio di svilupparlo**

Italian Barometer Diabetes Report 2015

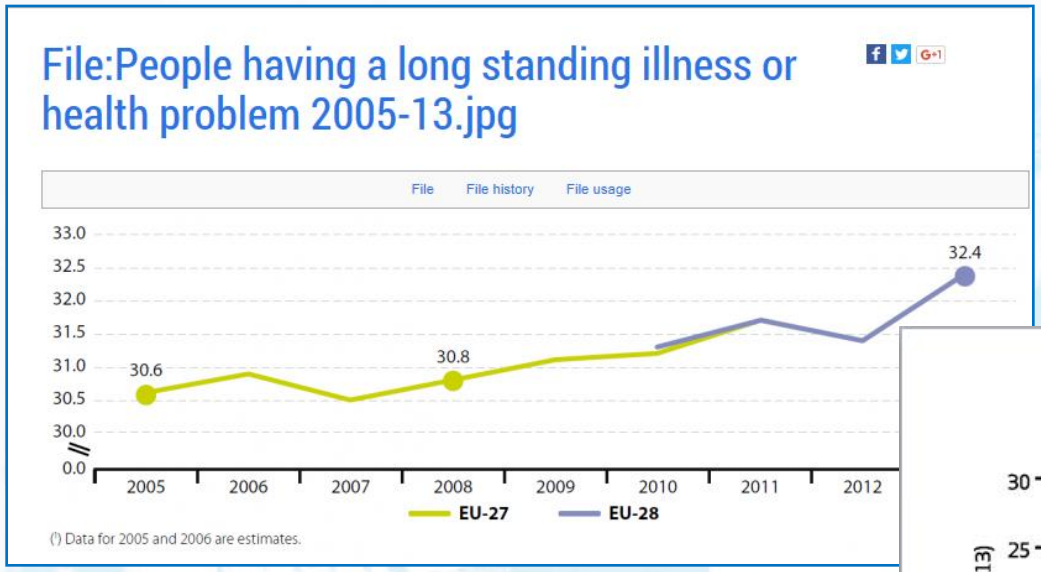
Le cause della pandemia

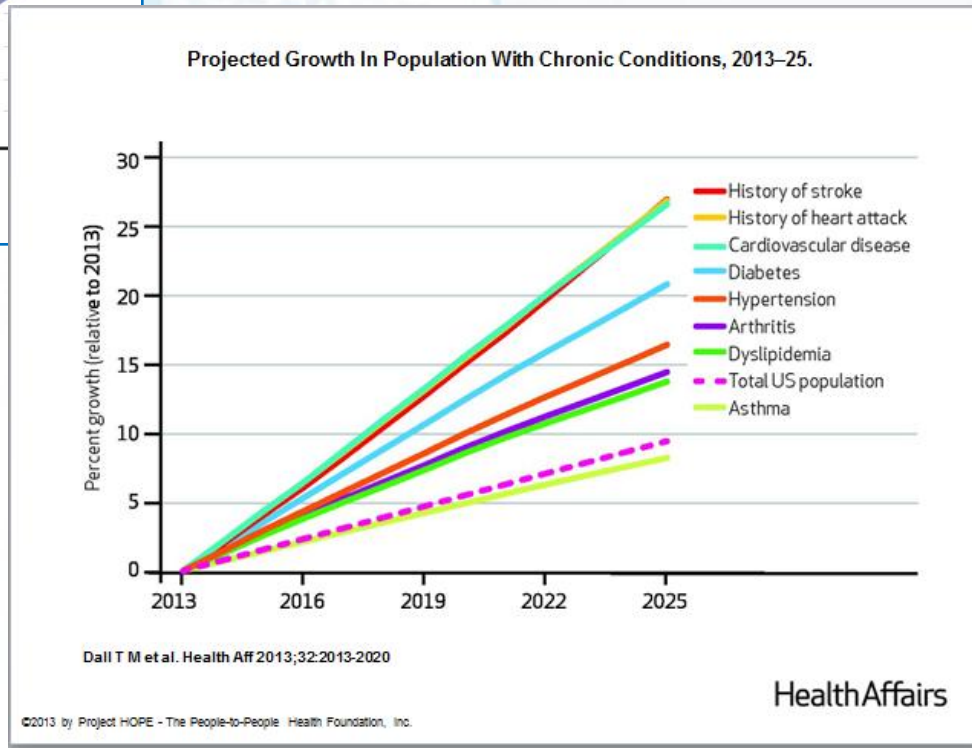
- **L'invecchiamento della popolazione:** secondo i dati ISTAT, la popolazione degli ultrasessantacinquenni, in cui la prevalenza di diabete è di circa il 15%, è cresciuta di quasi due milioni negli ultimi 10 anni (da poco più di 10 a oltre 12 milioni di cittadini).



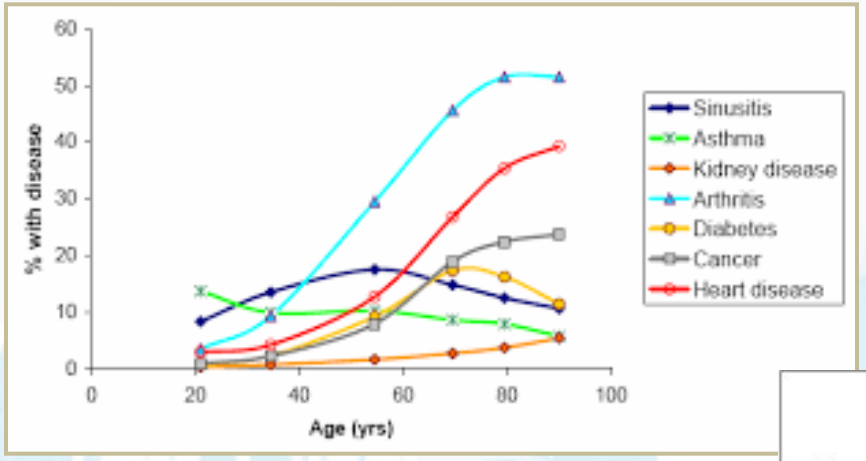
Osservatorio Arno 2015

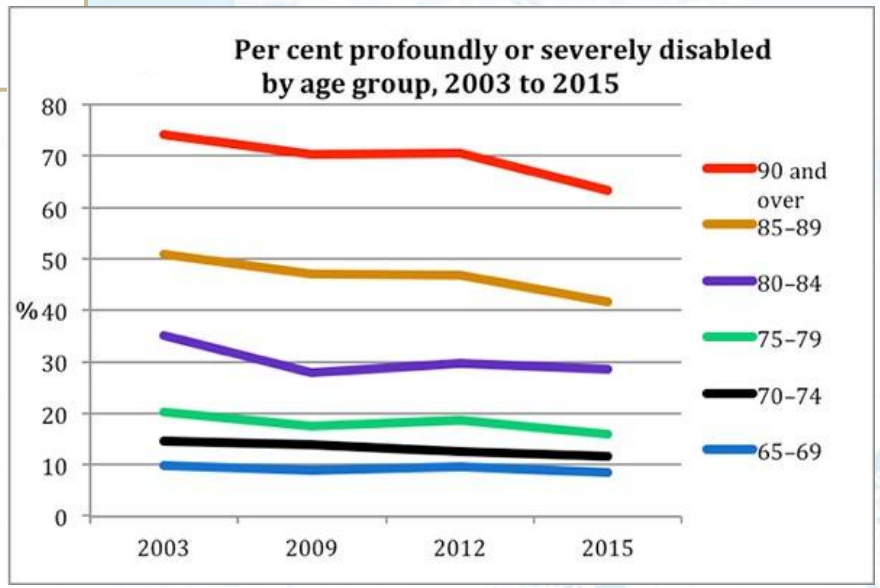
Aumentano le malattie croniche





Plurimorbidità e disabilità nella popolazione anziana





Disability, Ageing and Carers, ABS, 4430.0 2015, April 2016
http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/4430.0.10.0012015?OpenDocument

La cronicità nella popolazione italiana (2015)

Età lavorativa | Età pensionistica?

ANNO 2015			
	Totale (%)	20-64 anni (%)	65 -74 anni(%)
In buona salute	69,9	75,1	57,6
Una malattia cronica	38,3	34,5	54,6
Due malattie croniche	19,8	14,1	31,1
Cronici in buona salute	42,8	59	45

Ipertensione	17,1%
Artrosi/ite	15,6%
Allergie	10,1%
Osteoporosi	7,3%
BPCO	5,6%
Diabete	5,4%
Cardiopatie	3,9%
Dist.nervosi	4%
Ulcera gast.	2,4%

L. Tonutti

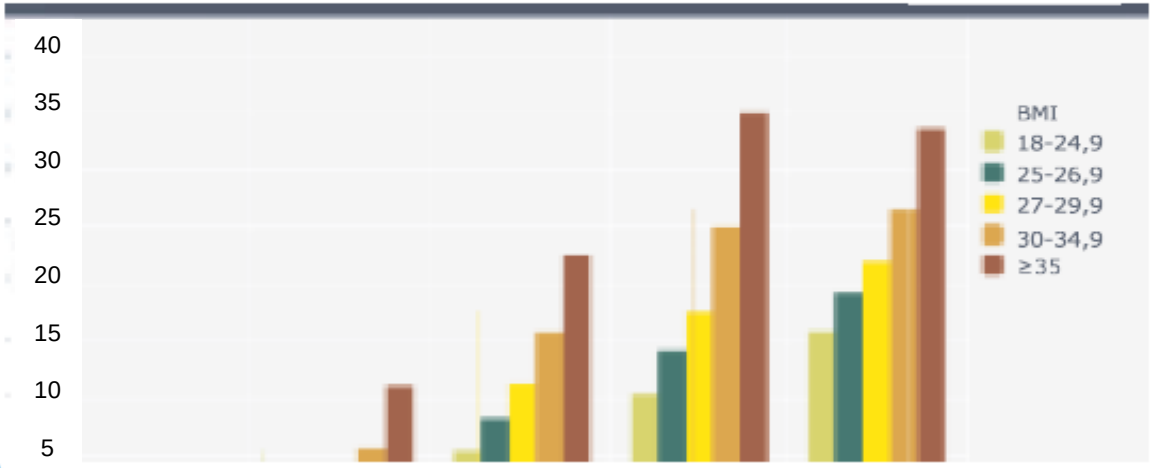
Dati ISTAT 28/08/2016

Le cause della pandemia

- **Il progressivo aumento dell'obesità:** in tutte le fasce di età sta crescendo il fenomeno dell'obesità, dovuto alla progressiva riduzione dell'attività fisica e al cambiamento delle abitudini alimentari. In presenza di obesità, il rischio di sviluppare il diabete è 10 volte più alto . **In Italia ci sono oggi 17,6 milioni di adulti in sovrappeso e 4,9 milioni di obesi**.

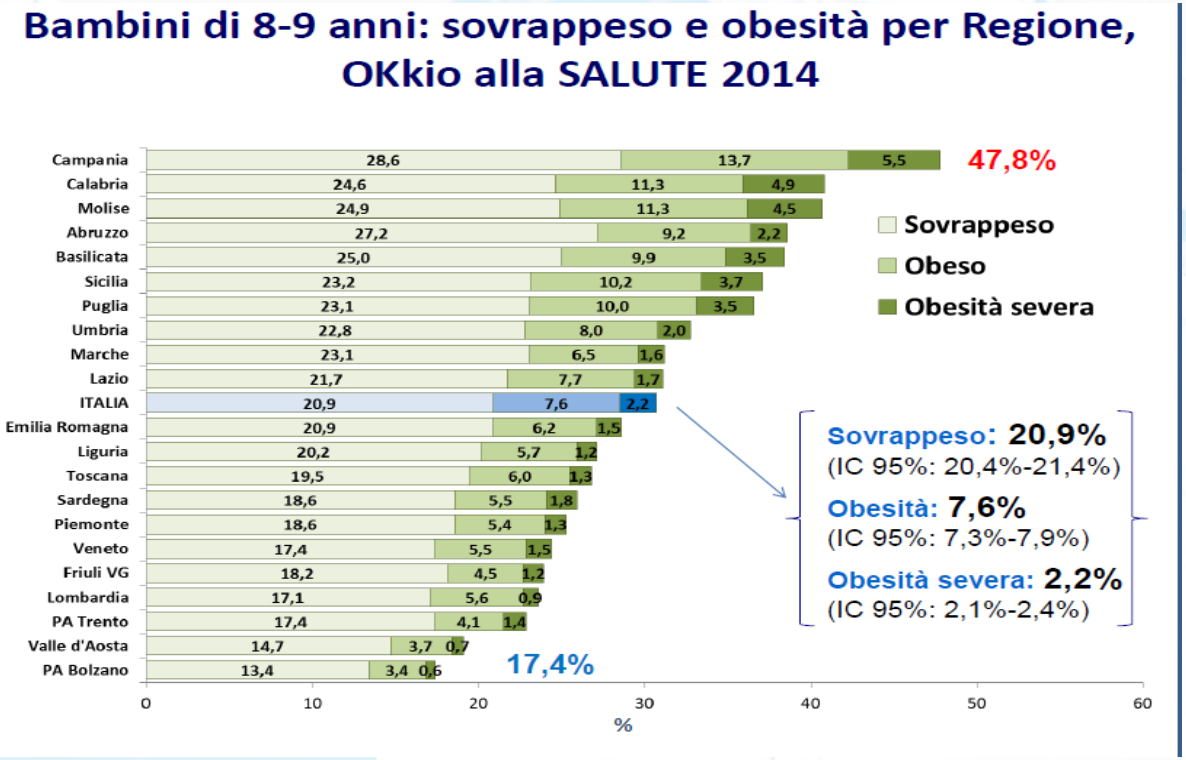
Figura 11. Prevalenza di diabete in relazione al livello di BMI nelle diverse classi di età

Italian Barometer Diabetes Report 2015



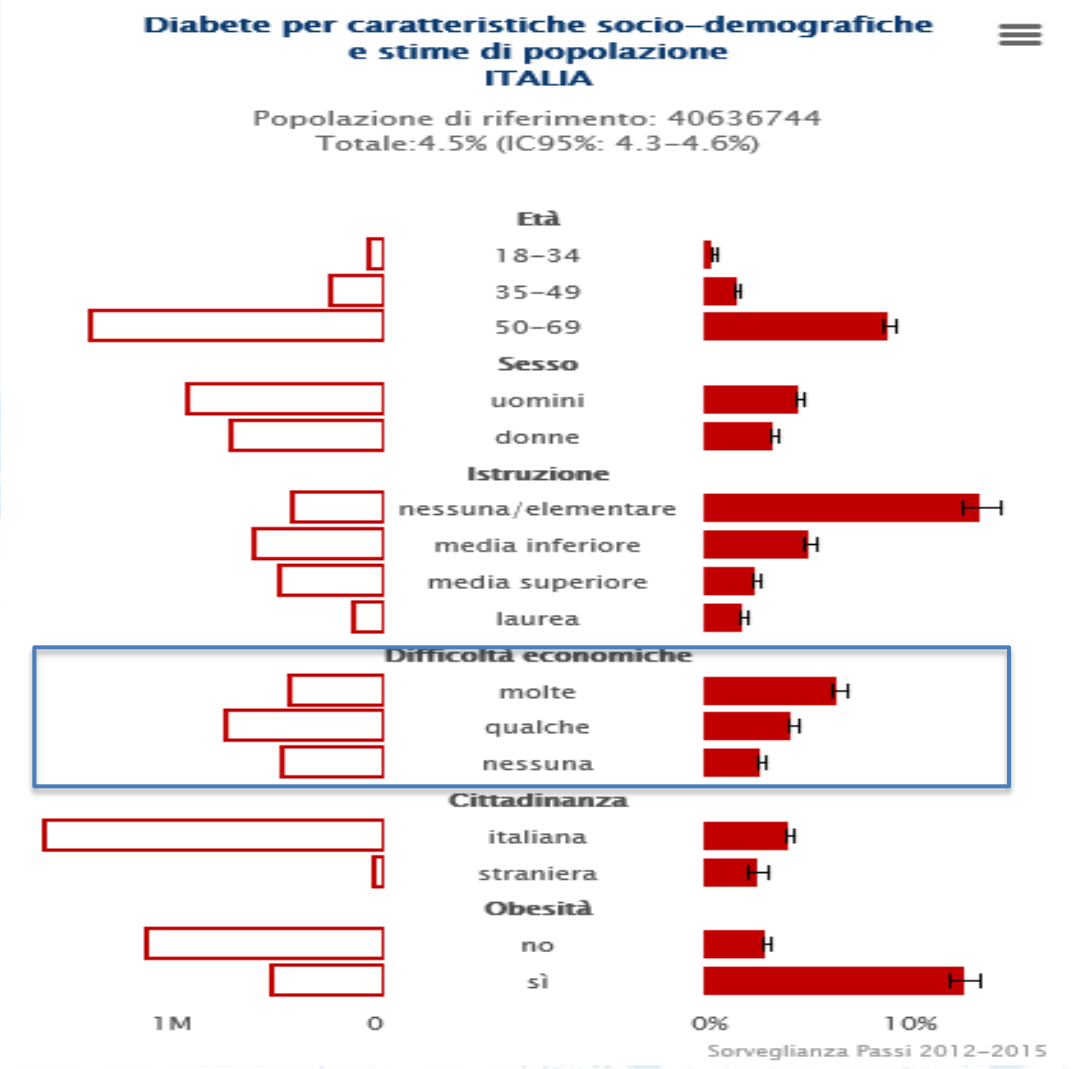
Le cause della pandemia

- **Il progressivo aumento dell'obesità:** il problema obesità non è confinato all'età adulta, ma è sempre più evidente anche nei bambini. I dati del progetto OKkio alla SALUTE 2014 mostrano come, **fra i bambini di 8-9 anni di età, il 20.9% sia in sovrappeso e il 9,8% sia obeso.** Il fenomeno è più diffuso al sud: in Campania un bambino su due è in sovrappeso o obeso



Le cause della pandemia

- **Il peggioramento dello stato socio-economico:** è noto che la prevalenza di diabete sia maggiore negli strati sociali con livello culturale ed economico più basso.
  La crisi economica che il nostro paese sta vivendo ed il fenomeno dell'immigrazione (etnie con particolare predisposizione al diabete) potranno aggravare il rischio di espansione del fenomeno diabete.



I numeri del diabete in Italia
Impatto clinico

La mortalità per tumori e malattie cardiovascolari è in diminuzione, quella per diabete cresce dell'1.1% all'anno fra gli uomini e dell'1.3% fra le donne.

Table 1. Projected Average Annual Rates of Change in Age-Standardized Death Rates for Selected Causes: World, 2002–2020

Group	Cause	Average Annual Change (Percent) in Age-Standardized Death Rate	
		Males	Females
All Causes		−0.8	−1.1
Group I		−1.4	−1.9
	Tuberculosis	−5.4	−5.3
	HIV/AIDS	3.0	2.1
	Malaria	−1.3	−1.5
	Other infectious diseases	−3.4	−3.3
	Respiratory infections	−2.7	−3.4
	Perinatal conditions[a]	−1.7	−1.9
	Other Group I	−3.0	−3.6
Group II		0.0	−0.8
	Cancer	−0.2	−0.4
	Lung cancer	0.1	0.3
	Diabetes mellitus	1.1	1.3
	Cardiovascular diseases	−1.1	−1.2
	Respiratory diseases	0.3	−0.1
	Digestive diseases	−1.3	−1.7
	Other Group II	−0.7	−1.1
Group III		0.0	−0.2
	Unintentional injuries	−0.2	−0.2
	Road traffic accidents	1.1	1.1
	Intentional injuries	0.2	−0.2
	Self-inflicted injuries	−0.3	−0.4
	Violence	0.4	0.2

PLoS Med 2006; 3:e442

I numeri del diabete in Italia
Impatto clinico - Le complicanze

Di tutte le persone con diabete:

- **il 15% soffre di patologie coronariche**
- **il 22% presenta retinopatia ed è a rischio di cecità**
- **il 38% presenta alterazioni della funzionalità renale ed è a rischio di dialisi**
- **il 3% presenta problemi ai piedi ed è a rischio di amputazione**
- **ogni anno 9 persone con diabete tipo 2 su 100 vengono ricoverate in ospedale per ipoglicemia severa. Il numero sale a 15 se si considerano solo gli anziani**

Italian Barometer Diabetes Report 2015

I numeri del diabete in Italia
Impatto psico-sociale

Di tutte le persone con diabete:

- **il 51% presenta elevati livelli di distress legato alla malattia**
- **il 18% presenta probabile depressione**
- **il 19% si sente discriminato a causa del diabete**

DAWN2 study - Diabet Med 2013;30:767-77
BENCH-D study - J Psychosom Res. 2015;79:348-54
Italian Barometer Diabetes Report 2015

I numeri del diabete in Italia
Impatto economico

- il 10% della spesa sanitaria è legata al diabete
- il 39% del maggior costo della cura del diabete viene speso per il trattamento delle complicanze a lungo termine, mentre solo il 29% è dedicato al trattamento diretto della patologia
- Il 50% dei costi diretti è legato alle ospedalizzazioni:
  - 1 diabetico su 4 si ricovera almeno una volta nel corso di 12 mesi
  - il rischio di ricovero in ospedale è 1,5-2,5 volte più alto in presenza di diabete
  - la degenza media è più lunga del 20% rispetto alla persona senza diabete

Nutr Metab Cardiovasc Dis 2012; 22:605-12
Osservatorio Arno Diabete Veneto 2014
Osservatorio Arno 2015

I numeri del diabete in Italia
Costi

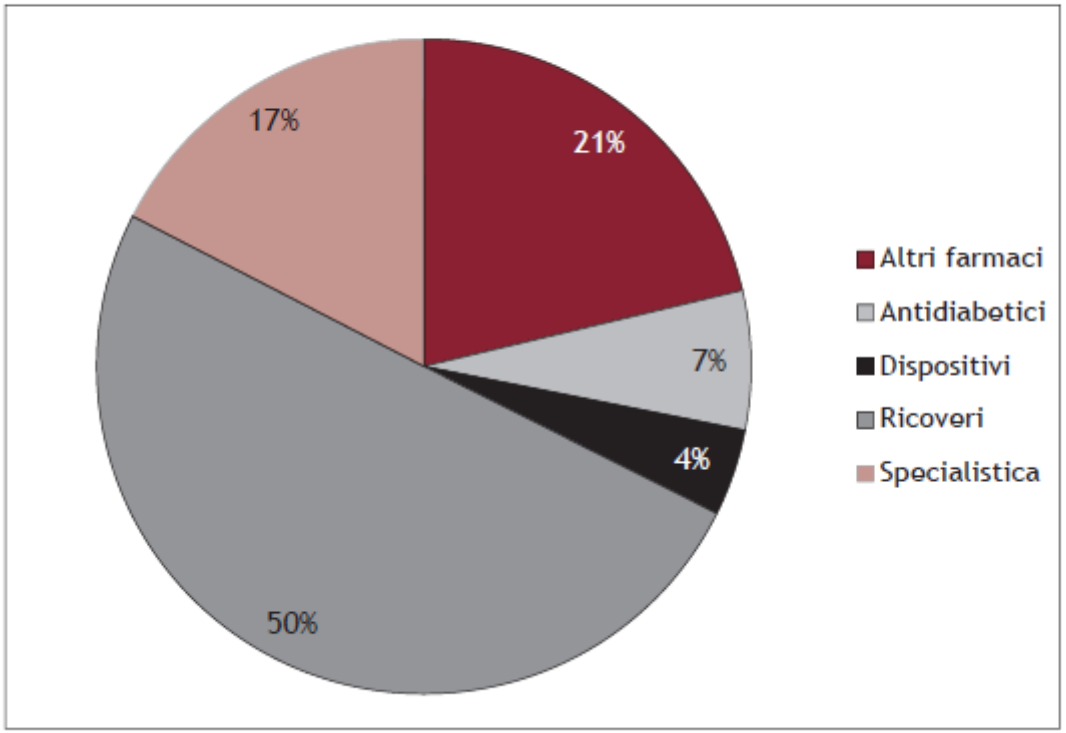
Tabella 4
Costi assistenziali desunti dai flussi informativi (farmaceutica, ricoveri, specialistica/diagnostica)

Spesa media / anno	Con diabete	Senza diabete	Δ % Casi vs Controlli
Spesa media pro capite			
Totale farmaceutica + ricoveri + specialistica	€ 2.783	€ 1.518	83%
Farmaceutica	€ 783	€ 356	120%
di cui per antidiabetici (%)	€ 191 (24%)	-	-
Dispositivi (strisce, lancette, aghi, siringhe)	€ 119	-	-
Ricoveri ospedalieri	€ 1.396	€ 842	66%
Specialistica	€ 485	€ 320	52%
Spesa media per farmaceutica nei farmaco-trattati	€ 818	€ 487	68%
di cui per antidiabetici (%)	€ 229 (28%)	-	-
Spesa media per utilizzatori di dispositivi	€ 237	-	-
Spesa media per ricoveri nei soggetti ricoverati	€ 6.878	€ 6.358	8%
Spesa media per utilizzatore specialistiche e diagnostiche	€ 520	€ 436	19%

Osservatorio Arno 2015

I numeri del diabete in Italia
Costi

Grafico 4
Composizione percentuale della spesa nei 3 flussi

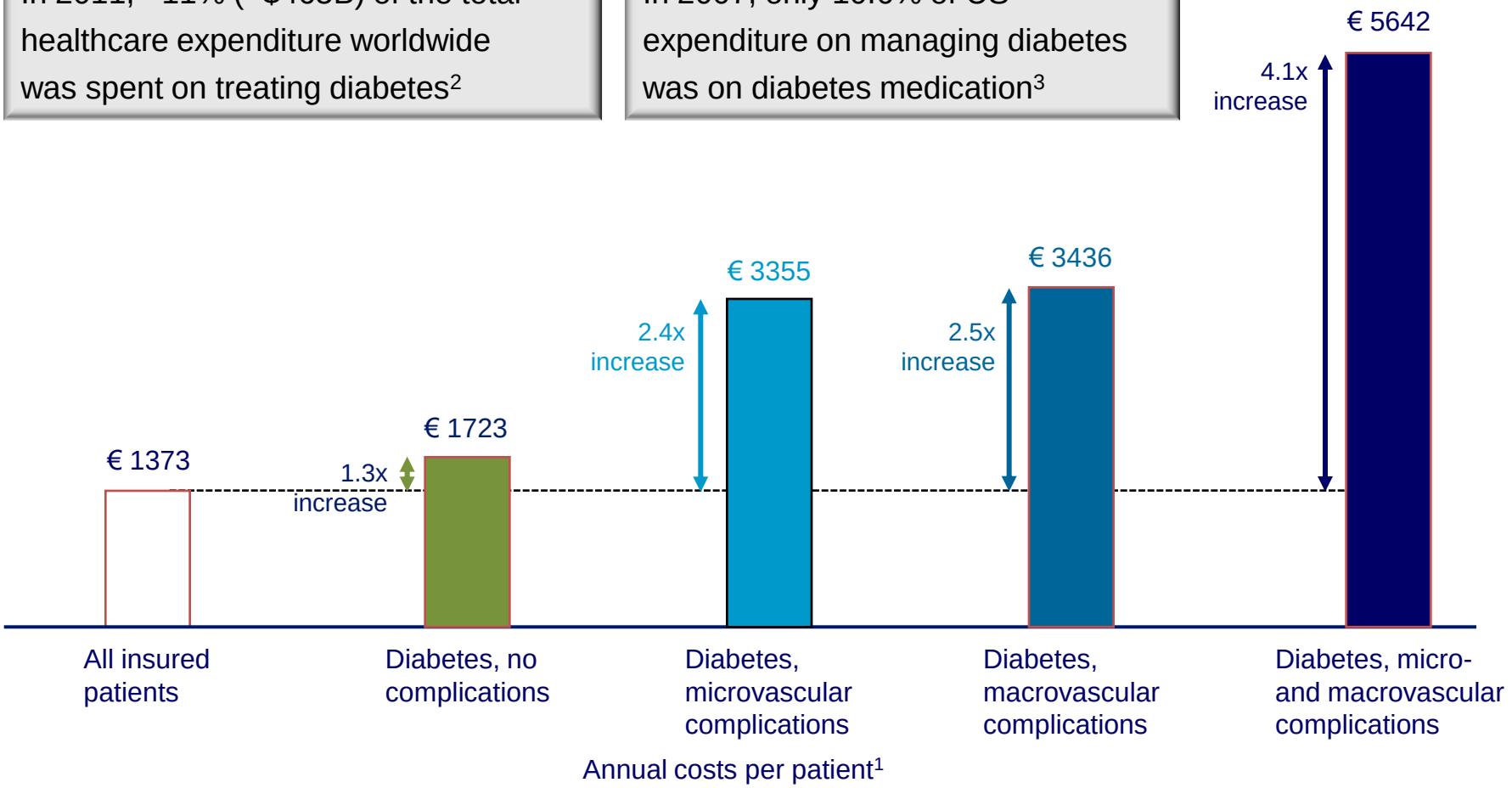


Osservatorio Arno 2015

I costi crescono esponenzialmente con il numero di complicanze croniche

In 2011, ~11% (~$465B) of the total healthcare expenditure worldwide was spent on treating diabetes[2]

In 2007, only 10.6% of US expenditure on managing diabetes was on diabetes medication[3]

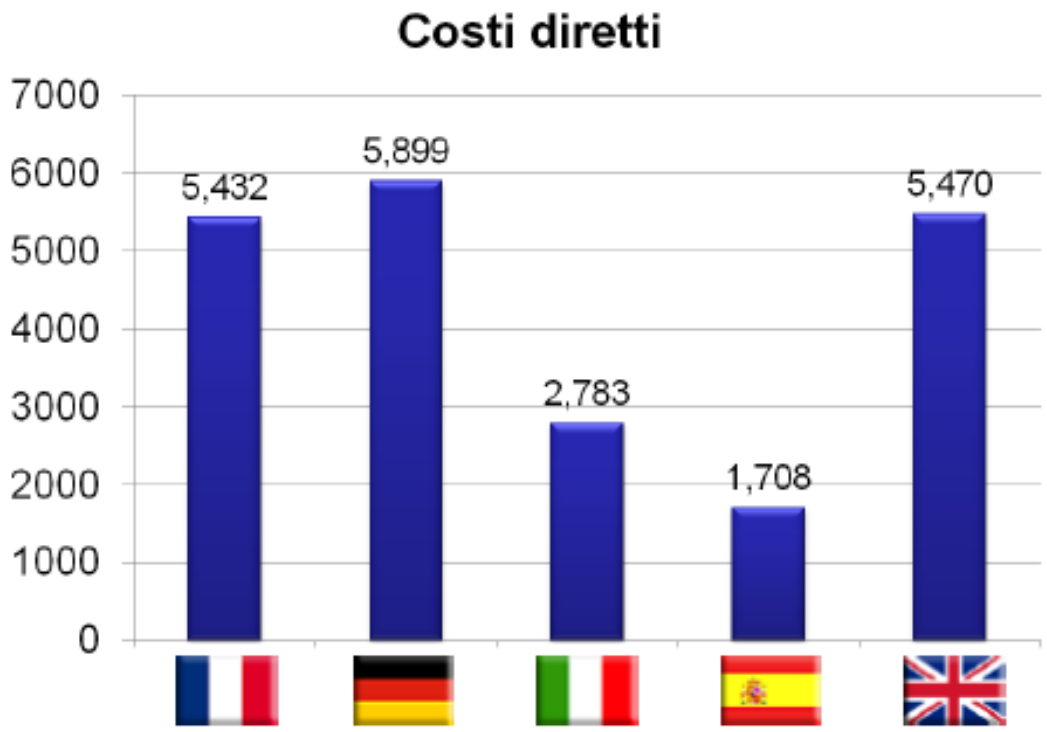


Based on an exchange rate of 1 Euro = 1.4156 US dollars. Exchange rate as of 30 Oct 2011.

1. Liebl *et al*. *Dtsch Med Wschr* 2001;126:585–89 (CODE-2 Study);
2. IDF Diabetes Atlas, 5th Edition. http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/healthcare-expenditures. Accessed November 2013;
3. American Diabetes Association *Diabetes Care* 2008;31:596–615

I numeri del diabete in Italia
Costi

Costo medio per soggetto con diabete (€)
London School of Economics 2011

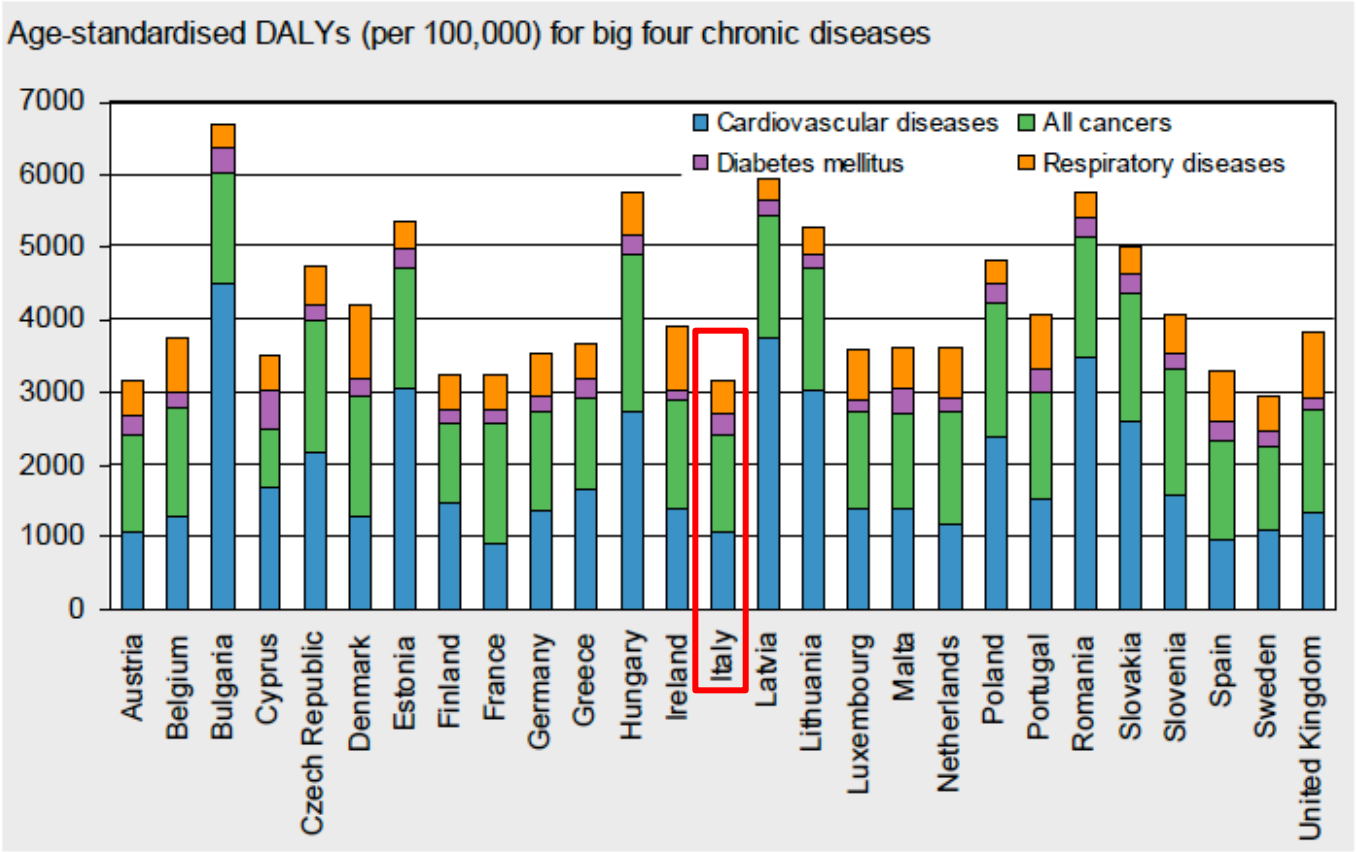


N.B. per la Spagna, utilizzando altre fonti, il costo potrebbe raggiungere i 3,015 €

A. Nicolucci

% di anni di vita persi per disabilità (DALY) legato alle principali malattie croniche

Disease burden in DALYs for 'big four' chronic disease in EU27 countries, all ages in 2004 (source: WHO-GBD 2004).



An Unhealthy America:
The Economic Burden of Chronic Disease
Charting a New Course to Save Lives and Increase Productivity and Economic Growth
By Ross DeVol and Armen Bedroussian, Milken Institute, 2007.

Figure 8 :: Current Path, Combined Value of Treatment Expenditures and Productivity Losses, 2003–2023

Source: Milken Institute

I numeri del diabete in Italia
Costi totali

- **In termini assoluti, i costi diretti per le persone con diabete ammontano a circa 10-12 miliardi di Euro l'anno , circa il 10% della spesa sanitaria nazionale; sulla base delle proiezioni in crescita, il raggiungimento di 4 milioni di persone con diabete, anche mantenendo inalterati i costi dell'assistenza, porterebbe ad un ulteriore aumento di spesa**
- **Il diabete è una malattia potenzialmente invalidante sia nel quotidiano (microinvalidità) sia a lungo termine (cronicità da sequele macro e microvascolari): ai costi diretti dell'assistenza vanno aggiunti quelli derivanti da perdita di produttività, pensionamento precoce, disabilità permanente e altri costi indiretti, che possono riguardare anche le perdite di produttività di chi assiste il paziente**
- **Si stima che circa 12 miliardi di euro vengono spesi ogni anno dal SSN per curare le persone con diabete. Tre miliardi di euro sono spesi personalmente dai cittadini in aggiunta a quanto speso dal SSN. Altri 12 miliardi di euro sono i costi indiretti della malattia**

I vincoli economici

- Per la prevenzione
- Per la cura

PND

- Prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia attraverso l'adozione di idonei stili di vita; identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; favorire adeguate politiche di intersettorialità per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete
- Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi il trattamento e l'assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura

PND

È possibile influenzare la storia naturale del Diabete sia in termini di prevenzione primaria che di prevenzione delle complicanze (evitare il sovrappeso e svolgere un'attività fisica regolare rappresentano i mezzi più appropriati per ridurre il rischio di insorgenza di DMT2 nei soggetti con ridotta tolleranza ai carboidrati).

PND

RIQUADRO 4 - I PIANI NAZIONALI DELLA PREVENZIONE

Con l'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005, veniva varato il primo Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, prorogato poi fino al 2009, che individuava l'obesità e la patologia diabetica tra i problemi di salute prioritari del Paese, nell'ambito della prevenzione del rischio cardiovascolare.

Sulla base di linee programmatiche elaborate dal Ministero della salute/CCM (Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie), tutte le Regioni avevano il compito di definire e attivare specifici progetti all'interno delle aree di intervento ritenute prioritarie.

Per quel che riguarda [illegible] *neva l'approccio intersettoriale, con azion* [illegible] *po libero, ecc.) e privilegiando gli interven* [illegible]

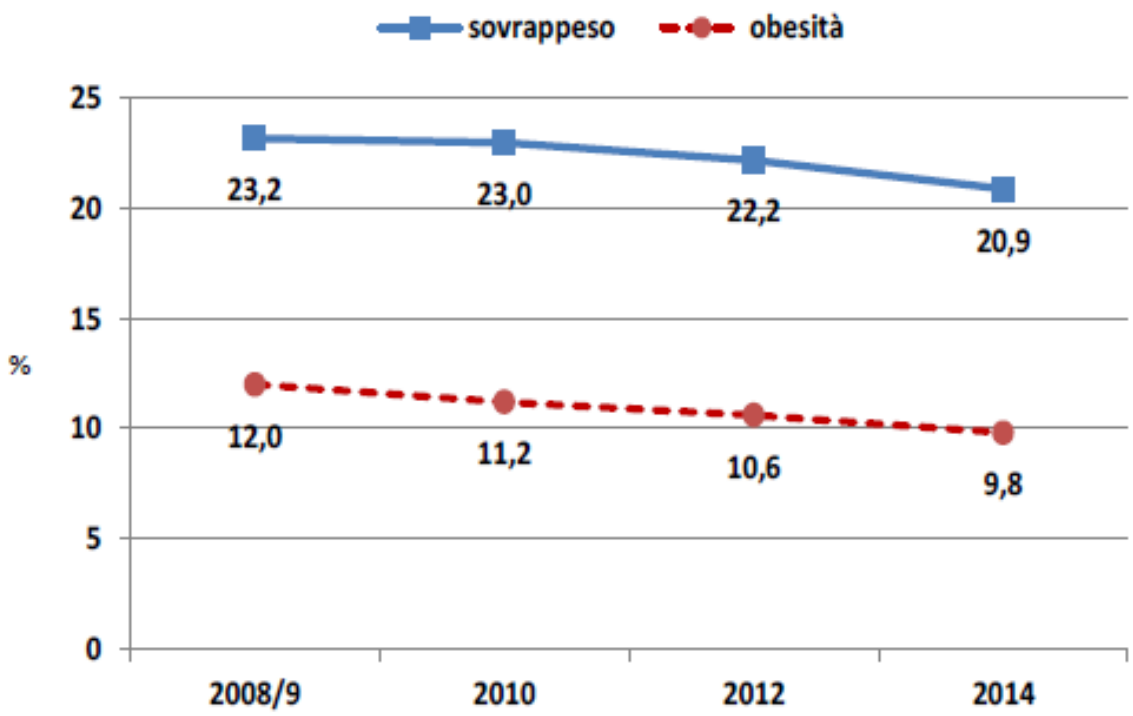
Pochi risultati

Nel caso della prevenzi [illegible] *zione di progetti regionali finalizzati all'adozione di programmi di Gestione Integrata della patologia, sul modello del disease management e/o del chronic care model.*

Il nuovo PNP 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010) ha rinnovato e rilanciato gli obiettivi del precedente Piano, promuovendo la prevenzione dell'obesità nella prospettiva più generale della prevenzione dei rischi per la salute correlati a stili di vita non corretti (dieta scorretta, inattività fisica, tabagismo, abuso di alcol) e rilanciando la Gestione Integrata anche in un ottica allargata di gestione della cronicità.

Facciamo ancora troppo poco

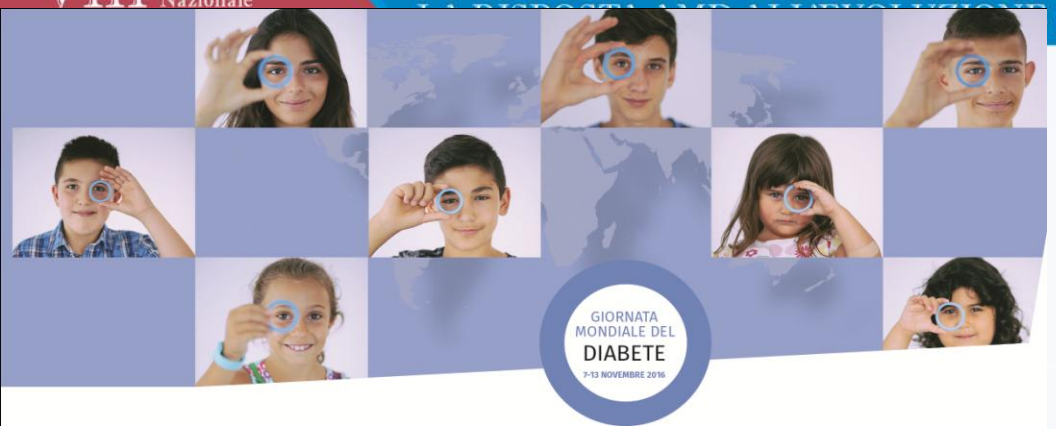
Il sovrappeso e l'obesità nelle quattro rilevazioni di OKkio alla SALUTE



- Dal 2008 ad oggi si assiste ad una leggera e progressiva diminuzione dell'eccesso ponderale

GMD 2016

Settimana di prevenzione



SE TUO FIGLIO/A BEVE MOLTO, URINA MOLTO, DIMAGRISCE, PARLANE COL TUO PEDIATRA.

ANCHE I BAMBINI POSSONO AVERE IL DIABETE!!!!!!!!!!!!

Sappiamo anche che l'obesità infantile costituisce un problema di grande rilievo ed in crescita ed un rischio per l'eventuale sviluppo di diabete in età adulta.

Effettuare uno screening della iperglicemia nei bambini sovrappeso o obesi permetterebbe di prevenire il diabete tipo 2 in età evolutiva.

Inoltre se la familiarità per Diabete è rilevante, si potrebbero intercettare alcune forma particolari di Diabete.

Tieni gli occhi aperti sui tuoi figli

Nella settimana dedicata alla Prevenzione in occasione della Giornata Mondiale del Diabete 2016 i Servizi di Diabetologia invitano:

- le famiglie di bambini sovrappeso/obesi specie con familiarità per diabete tipo 1 o 2
- le famiglie di bambini che abbiano avuto una iperglicemia occasionale
- le famiglie dei bambini normopeso con grande familiarità per diabete tipo 1 o 2

a presentarsi per una valutazione.

Per coloro che si presenteranno in ambulatorio il giorno ….. , il team di diabetologia pediatrica sarà a disposizione per:

- una breve anamnesi
- la compilazione di un albero genealogico
- la valutazione di peso, statura, BMI, di glicemia capillare

diabete italia onlus

Giornata Mondiale del Diabete

Prevenzione del diabete tipo 1

- la prevenzione del diabete tipo 1 attualmente non è realizzabile

è possibile prevenire un esordio in chetoacidosi

Intercettare il diabete "sommerso"

- 80 diabetologie hanno aderito
- almeno 200 ambulatori dei MMG

Chi lo prende in carico e quando?

COD. PRESTAZIONE	DESCRIZIONE VISITE E PRESTAZIONI AMBULATORIALI	TEMPI DI ATTESA (espressi in giorni)											
		Gardone VT Cod. 101	Riab. Cardiol. Cod. 201	Via Biseo Cod. 301	Via Marconi Cod. 401	Umberto I° Cod. 501	Via Corsica Cod. 601	Umberto I° Cod. 701	Montichiari Cod. 801	Spedali Civili Cod. 901	Villa Carcina Cod. 4001	Nave Cod. 4101	Lumezzane Cod. 4201
897A3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	14	28	9			15	25	7	13	21	15	
897A6	PRIMA VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	1							15	13			
897A8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	108		10				36	12	50			
8913	PRIMA VISITA NEUROLOGICA (NEUROCHIRURGICA)	49		2			4		6	11			
9502	PRIMA VISITA OCULISTICA	16		3			2		3	3	27	29	16

GMD 2016

Campagna di sensibilizzazione

La Visione del PND è quella di una rete integrata "multicentrica" che si prefigge di valorizzare i differenti contributi di tutti gli attori assistenziali che entrano in gioco nella gestione delle persone con diabete.

La rete diabetologica

REGIONE LAZIO

REGIONE LAZIO

Decreto del Commissario ad acta

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. U00581 **del** 14/12/2015 **Proposta n.** 19057 **del** 02/12/2015

Oggetto:

"Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018".

3. PDTA PER PERSONE ADULTE CON DIABETE MELLITO E RETE ASSISTENZIALE

La rete diabetologica

quotidianosanità.it

Mercoledì 09 NOVEMBRE 2016

Diabete. Piemonte definisce la rete territoriale endocrino-diabetologica per prevenzione e diagnosi precoce

Gli indirizzi per la riorganizzazione sono contenuti in una delibera fresca di approvazione. Obiettivo: "Garantire ai pazienti una migliore assistenza attraverso l'omogeneità e la condivisione dei percorsi di cura fra tutti i servizi competenti e coinvolti in ciascuna area del territorio regionale, l'analisi e la soluzione collegiale dei problemi, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, la formazione comune".

La presa in carico

Deliberazione Giunta Regionale 23 dicembre 2015 n. 10-4662

Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018.

(Lombardia, BUR 4 gennaio 2016, n. 1)

BIG DATA

- All'avanguardia in questa attività è la Regione Veneto, che ha deciso di migliorare la gestione delle risorse sanitarie sfruttando il potere dei Big Data attraverso il progetto Acg (Adjusted Clinical Groups), soluzione di management sanitario sviluppata dalla Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health di Baltimora. L'iniziativa è partita in via sperimentale nel 2012 ed è arrivata ben presto a coinvolgere tutte le Ulss del territorio Veneto.
- Obiettivo del progetto è quello di costruire una classificazione della popolazione per tipologia di malattie più frequenti, consumo di farmaci e spesa assistenziale. Nel dettaglio, **la popolazione viene "clusterizzata" in 93 gruppi omogenei per profilo di salute e consumo atteso di risorse mediche**; questi gruppi vengono poi suddivisi in 6 categorie secondo un criterio prettamente economico, ovvero aggregando i soggetti bisognosi di cure similmente dispendiose.

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Luglio 2016

Piano Nazionale della Cronicità

è ormai ampiamente consolidato il consenso sul principio che la sfida alla cronicità è una "sfida di sistema", che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita.

Una nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti

Per vincere la sfida contro queste "nuove epidemie" è necessario coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona con cronicità al "macrosistema-salute", formato non solo dai servizi ma da tutti gli attori istituzionali e sociali che hanno influenza sulla salute delle comunità e dei singoli individui.

FIRST GLOBAL MINISTERIAL CONFERENCE ON
HEALTHY LIFESTYLES AND
NONCOMMUNICABLE DISEASE CONTROL

28-29 April 2011
Moscow,
Russian Federation

ПЕРВАЯ ГЛОБАЛЬНАЯ МИНИСТЕРСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО
ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ И
НЕИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

World Health Organization

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH AND SOCIAL DEVELOPMENT OF RUSSIAN FEDERATION

First Global Ministerial Conference
on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control
Moscow, 28-29 April 2011

11. Effective NCD prevention and control require leadership and concerted "whole of government" action at all levels (national, sub-national and local) and across a number of sectors, such as health, education, energy, agriculture, sports, transport and urban planning, environment, labour, industry and trade, finance and economic development.

Nella prevenzione delle malattie croniche viene coinvolto anche il mondo del lavoro e dell'impresa

NHS
National Institute for
Health and Clinical Excellence

cipd

Managing long-term sickness absence and incapacity for work

Implementing NICE guidance

2009

NICE public health guidance 19

Scope of guidance

- Help employees return to work following long-term sickness absence
- Reduce the re-occurrence of short- and long-term sickness absence
- Prevent or reduce the number of employees moving from short- to long-term sickness absence
- Help those on incapacity benefit to return to paid or unpaid full- or part-time employment

NICE Public Health Implementation Tools

Le iniziative della Rete ENWHP

Nei decenni passati la rete ENWHP, con il supporto della Commissione Europea (Directorate General Health & Consumers), ha portato avanti una serie di importanti iniziative in Europa che hanno stabilito come la promozione della salute sul luogo di lavoro sia un campo di azione per la sanità pubblica a livello europeo e nazionale.

Iniziative

1°	1997–1999	Criteri di qualità e fattori di successo della promozione della salute sul luogo di lavoro
2°	1999–2000	La promozione della salute sul luogo di lavoro nelle piccole-medie imprese
3°	2001–2002	La promozione della salute sul luogo di lavoro nella pubblica amministrazione
4°	2002–2004	L'implementazione delle strutture per promuovere la salute sul luogo di lavoro
5°	2004–2006	Il lavoro che promuove salute in un'Europa che invecchia
6°	2005–2007	Diffondere una buona salute sul luogo di lavoro nei paesi dell'Est Europa
7°	2007–2009	Move Europe – stili di vita sani nell'ambiente di lavoro
8°	2009–2010	Lavorare in armonia con la vita. Move Europe

© European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP), 2012

Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

Traduzione a cura di:

Danilo Cereda (Regione Lombardia – DG Salute)
Elena Barbera (Regione Piemonte - ASL TO3 - Dors Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute)
Liliana Coppola (Regione Lombardia – DG Salute)
Elena Coffano (Regione Piemonte - ASL TO3 - Dors Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute)
Roberto Moretti (Regione Lombardia – Asl Bergamo)

dors
RegioneLombardia

Affrontare le malattie croniche nei luoghi di lavoro porterà ad una crescita economica più forte, ad un aumento dei posti di lavoro, ad una minore dipendenza dai sussidi statali, ad una della domanda ai sistemi sanitari e ad un aumento della produttività.

Perché i datori di lavoro dovrebbero partecipare a questa campagna?

Il luogo di lavoro incide direttamente sulla salute degli individui, perché è il luogo in cui le persone trascorrono la maggior parte del loro tempo. È il contesto ideale per promuovere uno stile di vita sano e contribuire al miglioramento della salute tra i lavoratori di una azienda. Ancora più importante, la sopravvivenza di molte aziende - e di conseguenza la produttività economica generale - dipende da una forza lavoro motivata e sana.

PREVENTION

By Katherine Baicker, David Cutler, and Zirui Song

Workplace Wellness Programs Can Generate Savings

Summary Of Employee Wellness Studies Analyzed

Study focus	Number of studies	Average sample size		Average duration (years)	Average savings[a]	Average costs[a]	Average ROI[b]
		Treatment	Comparison				
Health care costs	22	3,201	4,547	3.0	$358	$144	3.27
Absenteeism	22	2,683	4,782	2.0	$294	$132	2.73

Ogni dollaro investito in programmi di benessere sul posto di lavoro comporta un risparmio di:

3,27 dollari per spese mediche

2,73 dollari per il costo delle assenze per malattia

K.Baicker et Al., *Workplace Wellness Programs Can Generate Savings*, *Health affairs*, 2010, 308:59

I vincoli economici

- Per la prevenzione
- **Per la cura**

PND

- centrare l'assistenza sui bisogni complessi di salute del cittadino
- contribuire al miglioramento della tutela assistenziale della persona con o a rischio di diabete, riducendo il peso della malattia sulla singola persona, sul contesto sociale e sul Servizio Sanitario
- **contribuire a rendere i servizi più efficaci ed efficienti in termine di prevenzione e assistenza, assicurando equità di accesso e contrastando le disuguaglianze sociali**
- **promuovere la continuità assistenziale, favorendo l'integrazione fra gli operatori**
- contribuire a ridurre la variabilità clinica, diffondendo la medicina basata sulle evidenze (EBM)
- **promuovere l'utilizzo congruo delle risorse**

Risposte possibili

- PDTA, Reti diabetologiche
- LEA
- Accesso alle tecnologie (devices, farmaci)
- Telemedicina

CRONICITÀ

Età
Condizione economina
Condizione sociale
Aumento prevalenza

MULTI-CRONICITÀ

CAMBIA IL PARADIGMA DELLA PRESA IN CARICO

R. Candido

Nelle patologie croniche è necessario curare NON PER DIAGNOSI come stiamo facendo ma per PROGNOSI.

R. Candido

POSSIBILI APPROCCI

- Il crescente tasso di invecchiamento della popolazione e la multipatologia spinge i sistemi a formulare risposte non solo sanitarie ma socio-sanitarie e sociali.
- Occorre segmentare la popolazione rispetto alle diverse condizioni di severità della patologia in modo da predisporre soluzioni mirate per ciascun segmento.

POPULATION HEALTH MANAGEMENT

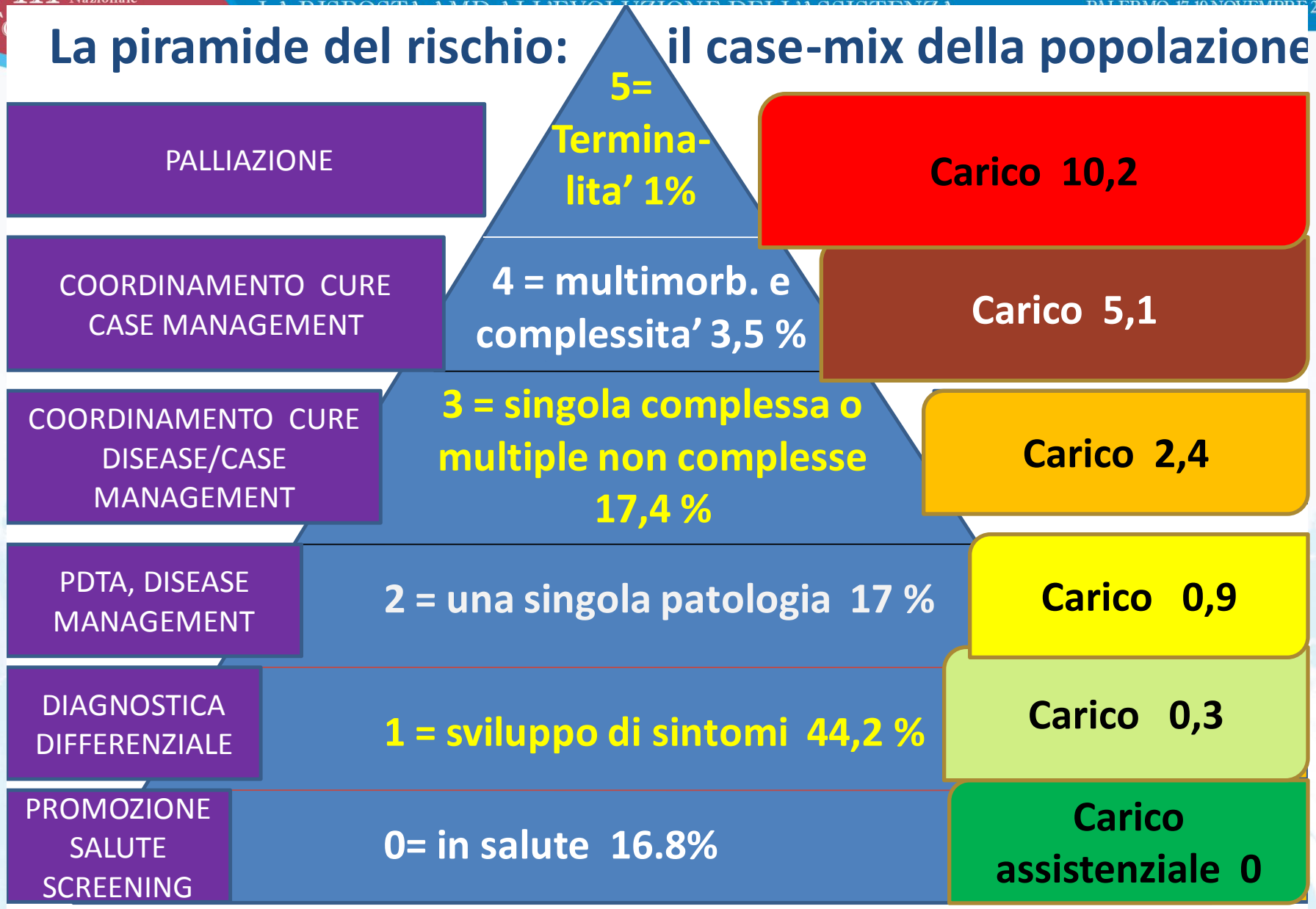
- Il PHM si pone l'obiettivo di *mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche* (IHT 2012).
- Il PHM si fonda su tre pilastri:

identificare la popolazione di riferimento in base al bisogno di salute

segmentare la popolazione in base alla gravità della condizione

valutare i modelli di presa in carico

La piramide del rischio: il case-mix della popolazione



R. Candido

DIABETE E STRATIFICAZIONE

- In ambito diabetologico la **stratificazione** dei pazienti **per complessità clinico-assistenziale** non riflette **sempre l'intensità della cura** e **la necessità di intervento dello specialista**.

- Quindi la **stratificazione va ripensata in senso "trasversale"** e non "verticale", così come il finanziamento.

LEA

AMD ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI 1974 ANNO DI FONDAZIONE

SID Società Italiana di Diabetologia

SIEDP

Roma, 26 luglio 2016

Gent.ma On.le
Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute
Viale Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma

Oggetto: "Suggerimenti su una più uniforme applicazione dei LEA a livello nazionale"

LEA

Nel Nomenclatore Tariffario al livello di assistenza distrettuale, specialistica ambulatoriale (allegato 4), **dovrebbe essere individuabile ciascuna delle prestazioni necessarie a costruire il PDTA,** in modo da poter realmente erogare attività e servizi, per realizzare gli obiettivi, definiti nel piano terapeutico personalizzato, appropriati al bisogno del paziente e per le condizioni correlate alla malattia, in modo uniforme a livello nazionale.

-

LEA

- E' stata codificata una prima visita endocrinologica (89.7A.8) che recita "incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute "

- L'avvio alla terapia insulinica intensiva con microinfusore prevede sicuramente un percorso educativo/addestrativo che va ben oltre una visita specialistica

LEA (allegato 8 – prestazioni esenti)

- **La sostituzione della prestazione 89.01 "Anamnesi e valutazione breve" con la "VISITA DI CONTROLLO *necessaria al monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti ed alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti*" potrebbe rappresentare una soluzione *al problema delle visite necessarie per il follow-up della malattia diabetica*?**
- **Nel DPCM la prestazione "visita di controllo" non ha un codice disciplina, che sarà attribuito come specifica la "*NOTA: *il prescrittore identifica la tipologia di visita richiesta ed il relativo codice tra quelli presenti nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale*".**
- **Temiamo <u>un problema interpretativo/amministrativo per la appropriata gestione clinica</u> se le visite per il follow-up delle complicanze, specificate in dettaglio, non verranno riconosciute come prestazioni esenti**
- **Riteniamo ad esempio che la visita cardiologica o degli altri specialisti coinvolti nel monitoraggio/prevenzione delle complicanze d'organo che vengono identificate dal prescrittore dovranno essere tutte codificate come visita di controllo e pertanto esenti dal pagamento del ticket.**

Criticità

- Disomogeneità nella erogazione dei devices (presidi, CSII, CGM, etc)
- Disomogeneità per erogazione delle prestazioni (es. certificazione patete)
- Mancato riconoscimento delle prestazioni intese come percorso di cura (terapia educazionale, valutazione del dietista, telemedicina, etc.)
- Vincoli burocratici (PT, ricetta dematerializzata)

INNOVATIONS

Diabeo ouvre la voie au remboursement des applications mobiles de santé

#Application #Diabète #mHealth

27/09/2016 0 33

PARIS (TICpharma) - La solution Diabeo (Sanofi/Voluntis) est la première application mobile à avoir obtenu un avis favorable au remboursement auprès de la Haute autorité de santé (HAS) pour son apport dans le suivi et l'accompagnement des patients adultes diabétique de type 1.

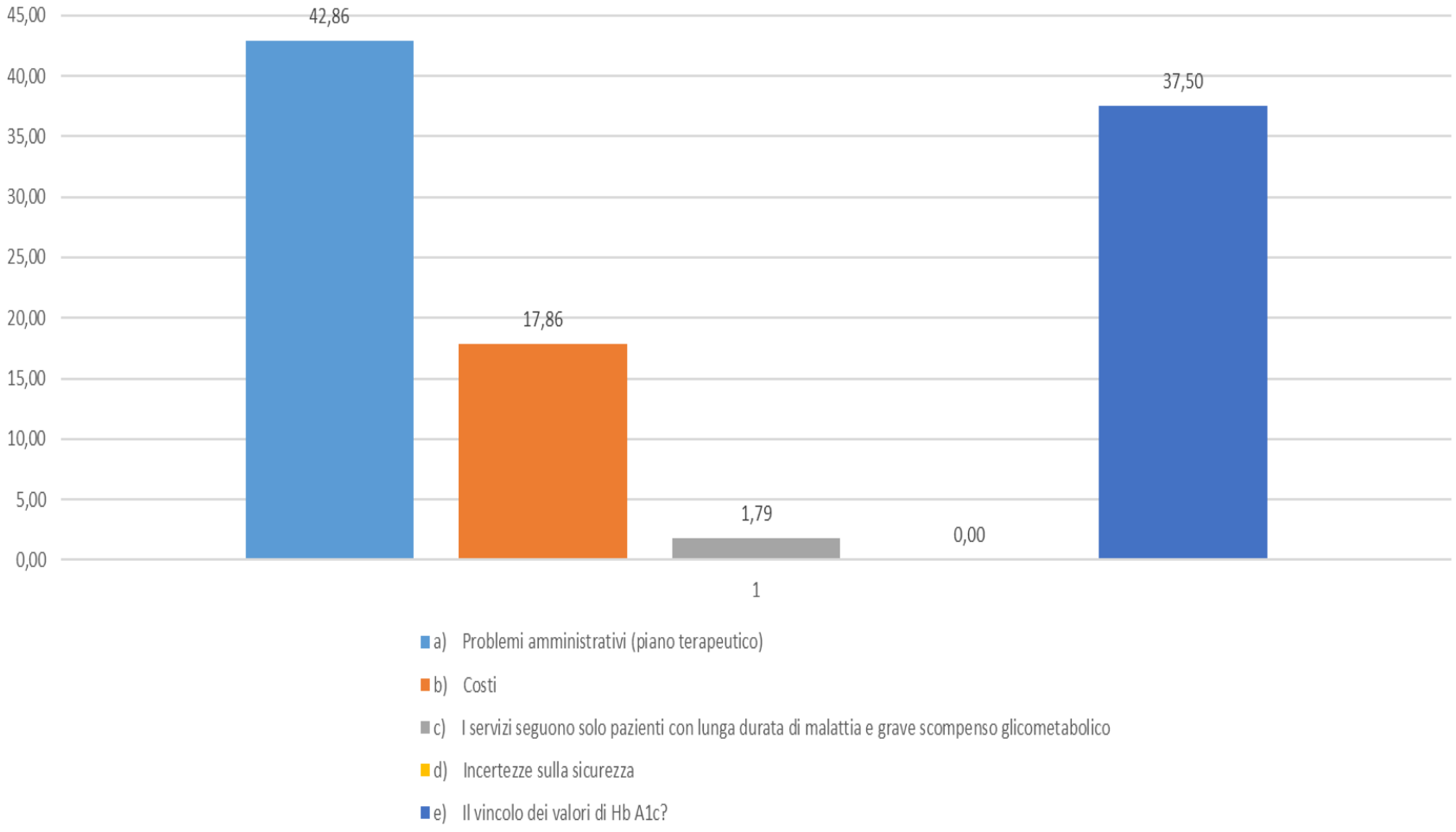
Dans un avis publié le 20 septembre, la HAS indique que la Commission d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts) évaluait pour la première fois une application mobile en vue d'un remboursement.

L'indication retenue par la Cnedimts est le patient adulte diabétique de type 1 (diagnostiqué depuis plus d'un an) non contrôlé (hémoglobine glyquée -HbA1C- supérieure ou égale à 8%) par une insulinothérapie en schéma basal-bolus administrée par multi-injections ou par pompe (depuis au moins six mois).

DIA&INT:
Focus on inappropriatezza terapeutica.
Il gap fra real life e real thinking.
TIME FOR CHANGE

4-5 novembre 2016 - MILANO

In Italia la prescrizione dei DPP4 inibitori è tra le più basse d'Europa. Come motivi questo comportamento?



Take home messages

- I costi della malattia diabetica sono destinati a salire e, essendo il diabete una patologia in espansione, cresceranno con una velocità ancora maggiore di quanto avverrà per la spesa sanitaria globale
- La parte preponderante di questi costi è da ascriversi ai costi di ospedalizzazione, comorbilità e cronicità
- Questa voce è pesantemente influenzata dalla presenza di sequele macrovascolari e microvascolari
- L'incremento non riguarda solo i costi diretti ma anche quelli indiretti
- Il raggiungimento dei target cardio-metabolici consente di ridurre notevolmente i costi futuri del diabete

Take home messages

E' necessario

- Favorire l'empowerment delle persone con diabete , al fine di aumentare l'aderenza alle cure da parte del paziente
- Favorire il mantenimento e al rafforzamento su base nazionale della rete diabetologica e dell'assistenza territoriale che ha permesso di conseguire in Italia risultati clinici migliori di quelli di altri in termini di prevenzione primaria, diagnosi precoce, prevenzione delle complicanze , monitoraggio e cura della malattia
- **" Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate"** (PND)