

XX CONGRESSO
NAZIONALE
2015 

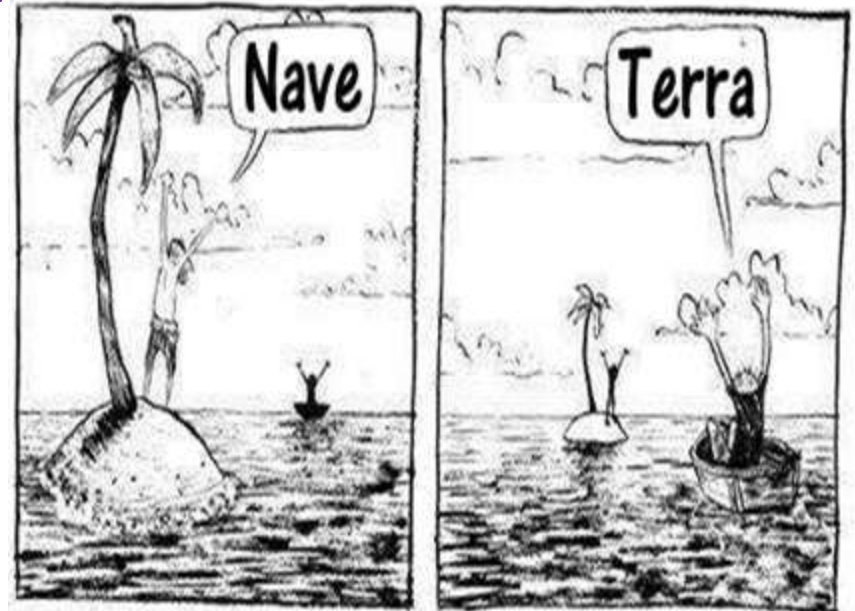
Centro Congressi
Magazzini del Cotone
Genova
13|16
MAGGIO 2015

L'Evoluzione della
Diabetologia alla luce del
Piano Nazionale Diabete



Il PSND: il punto di vista del diabetologo

Umberto Valentini



PROSPETTIVA

Piano Nazionale Diabete 2013

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 32 del 7 febbraio 2013 - Serie generale

*Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma*

GAZZETTA  UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Giovedì, 7 febbraio 2013

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 1027 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 9

ACCORDO 6 dicembre 2012.

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: «Piano per la malattia diabetica». (Rep. Atti n. 233/CSR).

A distanza di 28 anni dalla legge 115/87, vede la luce il Piano Nazionale Diabete, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale(07/02/2013)

Perché il PSND ?

Perché il diabete mellito:

- E' in aumento, sia come incidenza che prevalenza
- Causa scarsa qualità di vita, peso sulla persona, sulla famiglia e sulla società
- Può provocare gravi complicanze croniche (dialisi, cecità, infarto, amputazioni ...) determinando spesso morte prematura ed è tra le maggiori cause di morte
- perché esso ha costi sanitari diretti consistenti (10-15% dei costi dell'assistenza sanitaria)
- perché è possibile influenzare la storia naturale della malattia (prevenzione primaria e delle complicanze)

Diabetici in regione Lombardia dal 2000 al 2007



Residenti
Regione
Lombardia

8.936.225

9.002.979

9.061.258

9.133.310

9.186.811

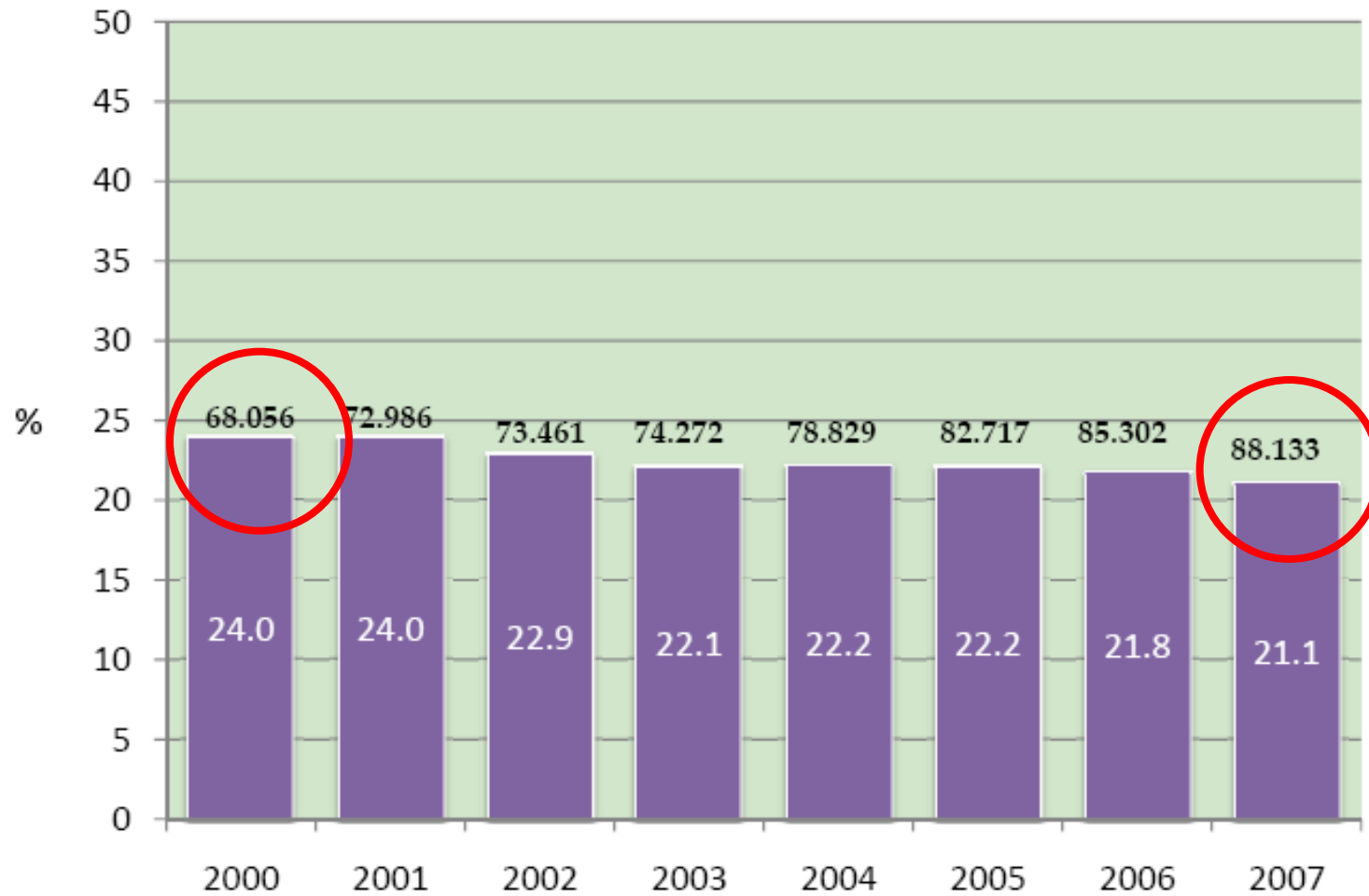
9.235.121

9.263.332

9.526.350

Diabetici ricoverati dal 2000 al 2007

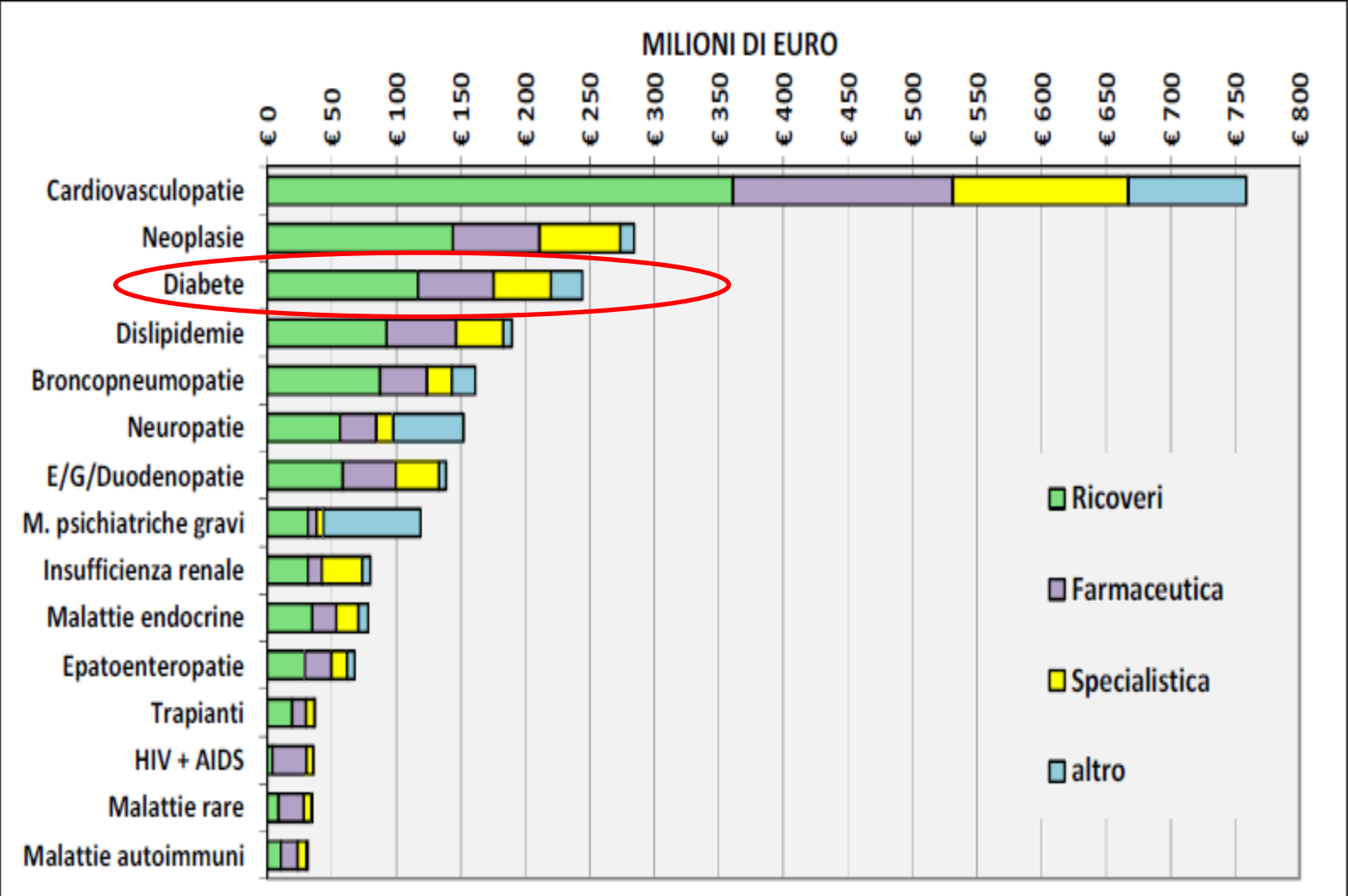
- Solo ricoveri ordinari -



Anno

Pazienti diabetici 272.663 292.167 307.654 321.926 341.993 359.292 377.398 402.016

Figura 8: BDA 2012 dell'ASL di Brescia - Consumo complessivo di risorse sanitarie per patologia in ordine decrescente di spesa totale (milioni di €)



Modelli di gestione della malattia diabetica

Perché il PSND ?

Criticità nella cura del Diabete

- *Frammentazione della cura*
- *Modello centrato sull'acuto*
- *Difficile misurare la qualità dell'assistenza e gli effetti reali dell'assistenza*
- *Scarsa adesione al trattamento*
- *Scarsa efficacia nell'incidere sulla storia naturale della malattia*



Alcuni obiettivi del PSND

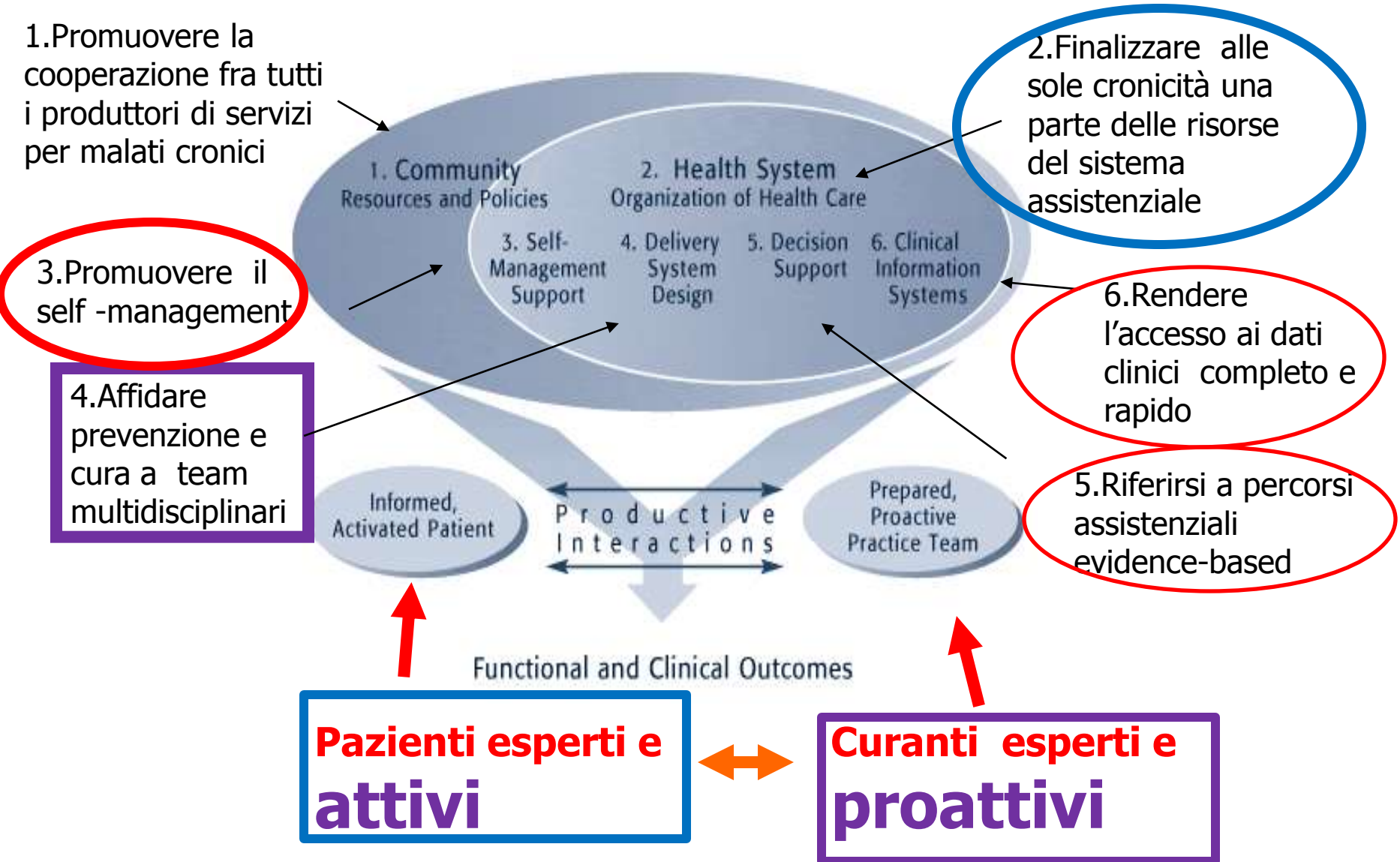
- “Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale
- “Promuovere l’uso appropriato delle tecnologie”
- “Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni sviluppare l’empowerment delle persone con diabete e delle comunità”
- “Rendere omogenea l’assistenza
- *Assicurare l’assistenza alle diabetiche gravide o alle donne con DG; alle persone con diabete in età evolutiva*

I contenuti del PSND

- l'approccio multidisciplinare e multiprofessionale
- la centralità della persona con diabete che viene vista come risorsa del sistema;
- il ruolo delle Associazioni di Volontariato delle persone con diabete o Associazioni di familiari di persone con diabete nel rappresentare i bisogni sanitari e sociali;
- l'integrazione e la rete tra i diversi livelli assistenziali (Specialista-Specialista o Specialista-Medico di Medicina Generale) attraverso Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- l'uso appropriato delle risorse

CHRONIC CARE MODEL (CCM)

Edward Wagner , MacColl University, Center for Health Studies , Seattle, USA.



PSND

(Obiettivo 1 erogazione e monitoraggio dei servizi)

OBIETTIVO 1

(erogazione e monitoraggio dei servizi)

"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"



- adottare e mettere in pratica raccomandazioni nazionali con il contributo delle Società Scientifiche per la definizione di PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) condivisi con le Associazioni di persone con diabete, nel rispetto di un uso appropriato delle risorse;

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Commissione Nazionale Diabete

- razionalizzare la distribuzione dei team specialistici in maniera da mettere a disposizione Centri dotati delle necessarie risorse;
- promuovere l'assistenza diabetologica di primo livello integrata con quella specialistica;
- adottare e mettere in pratica raccomandazioni nazionali con il contributo delle Società Scientifiche per la definizione di PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) condivisi con le Associazioni di persone con diabete, nel rispetto di un uso appropriato delle risorse;
- utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza;
- garantire un'adeguata formazione con percorsi di accreditamento del personale medico e non destinato alla gestione della persona con diabete.

Indirizzi strategici

- coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari e non, formando team locali idonei a gestire i vari gradi di complessità della malattia;
- condivisione dei PDTA e definizione dei ruoli e delle attività;
- utilizzazione e analisi periodica di indicatori;
- percorsi di formazione e verifica per il personale medico e non;
- definizione di un processo di gestione integrata che riguardi ogni singola persona con diabete dal momento della diagnosi.

Linee di indirizzo prioritarie

- recepire le raccomandazioni nazionali per la cura e l'assistenza della persona con diabete;
- istituire gruppi di lavoro rappresentativi dei diversi Attori, compresi i rappresentanti delle Associazioni delle persone con diabete rappresentative a livello regionale;
- costruire banche dati, in cui confluiscono dati amministrativi e clinici per la valutazione dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell'assistenza;
- garantire un aggiornamento continuo;
- gestire l'ingresso di ogni persona con diabete nel PDTA al quale partecipano tutti gli attori coinvolti con un impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia.

Piano sulla malattia diabetica

PSND

(Obiettivo 9 tecnologie)



- formulare e applicare linee guida e documenti di consenso basati sulle evidenze scientifiche disponibili, con il contributo delle Società scientifiche e delle Associazioni di pazienti;

DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Commissione Nazionale Diabete

Piano sulla malattia diabetica

OBIETTIVO 9 (tecnologie)

"Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie"

Obiettivi specifici

- formulare e applicare linee guida e documenti di consenso basati sulle evidenze scientifiche disponibili, con il contributo delle Società scientifiche e delle Associazioni di pazienti;
- definire criteri di selezione condivisi per un uso mirato della terapia con microinfusori e di altre tecnologie complesse (ad esempio i sensori per la misurazione continua della glicemia) e istituire procedure che garantiscano l'adesione ai criteri di prescrizione che verranno definiti, un percorso educativo strutturato, la competenza del servizio di diabetologia (documentata e garantita) e tutti gli aspetti terapeutici, garantire il diritto di accesso appropriato, favorire l'impiego di strumenti di qualità tecnologica adeguata e di procedure idonee a ottenere risultati sicuri riducendo i potenziali rischi, in particolare per l'autocontrollo glicemico.

Indirizzi strategici

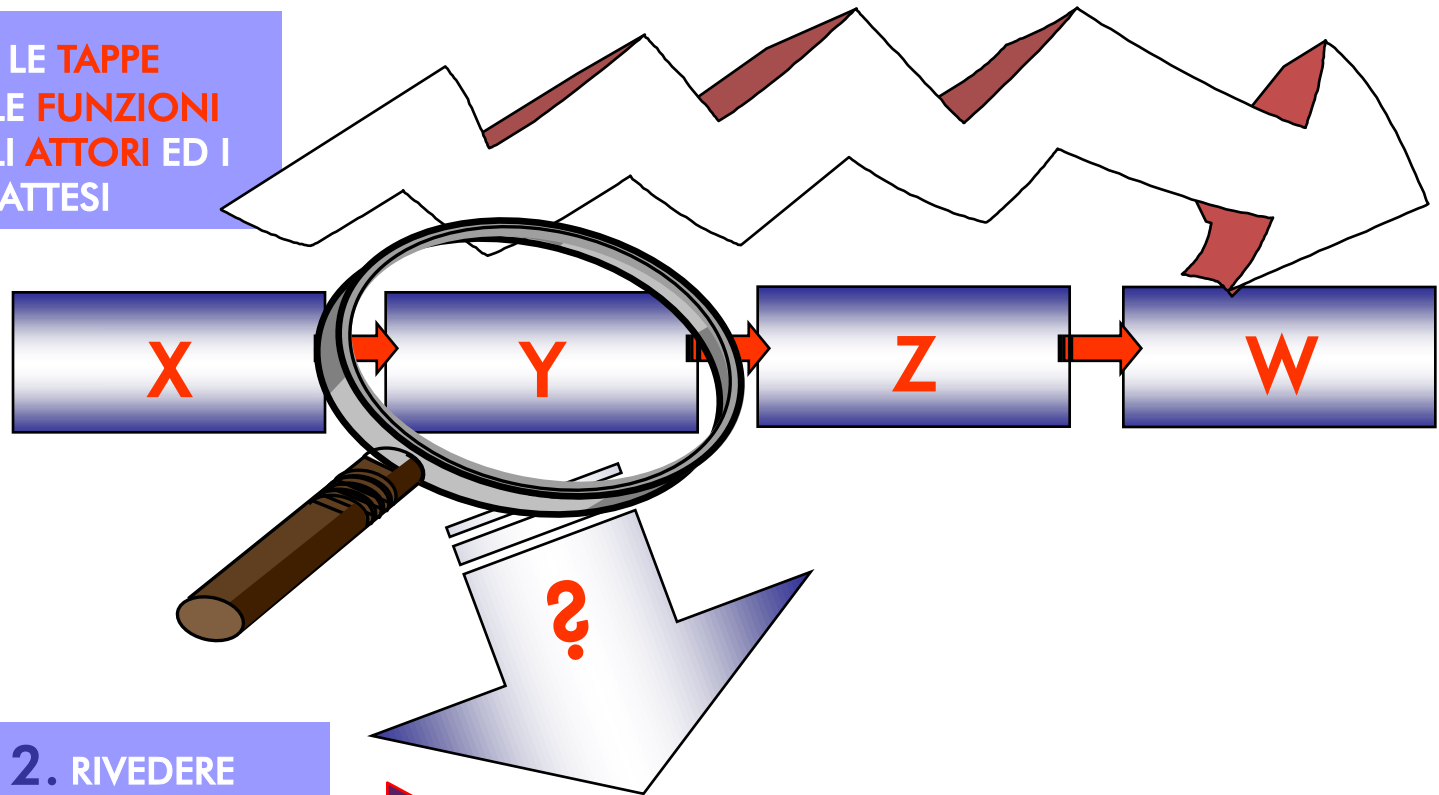
- definizione di una modalità organizzativa che consenta equità di accesso alle tecnologie, valorizzando al tempo stesso le competenze e l'esperienza dei centri più specializzati e di alto livello di organizzazione.

Linee di indirizzo prioritarie

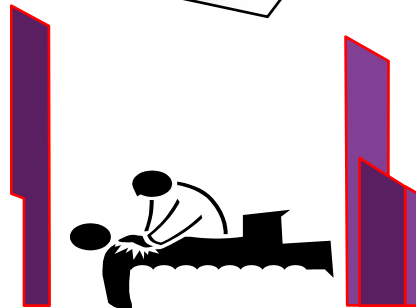
- promuovere l'adozione di strumenti di qualità comprovata e controllarne nel tempo il mantenimento della qualità;
- garantire la formazione delle persone con diabete a un uso corretto e appropriato dell'autocontrollo glicemico e delle altre tecnologie;
- garantire idonei assetti organizzativi che permettano di verificare la qualità degli strumenti in uso e il monitoraggio dei criteri di continuità assistenziale e di efficacia e di efficienza;
- garantire idonei assetti organizzativi assistenziali che permettano di realizzare e verificare una adeguata formazione della persona con diabete all'uso delle tecnologie nell'ambito del quadro più complesso dell'educazione terapeutica;
- promuovere l'adozione, da parte delle strutture di riferimento diabetologico e di laboratorio, di strategie basate su un programma di VEQ o su confronto tra dati, nel rispetto di protocolli validati e condivisi dalle Società scientifiche, tenendo conto delle interferenze segnalate, della calibrazione e della possibilità di errore da parte del paziente;
- favorire una adeguata selezione dei pazienti che tenga conto di criteri di selezione condivisi.

IL 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



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



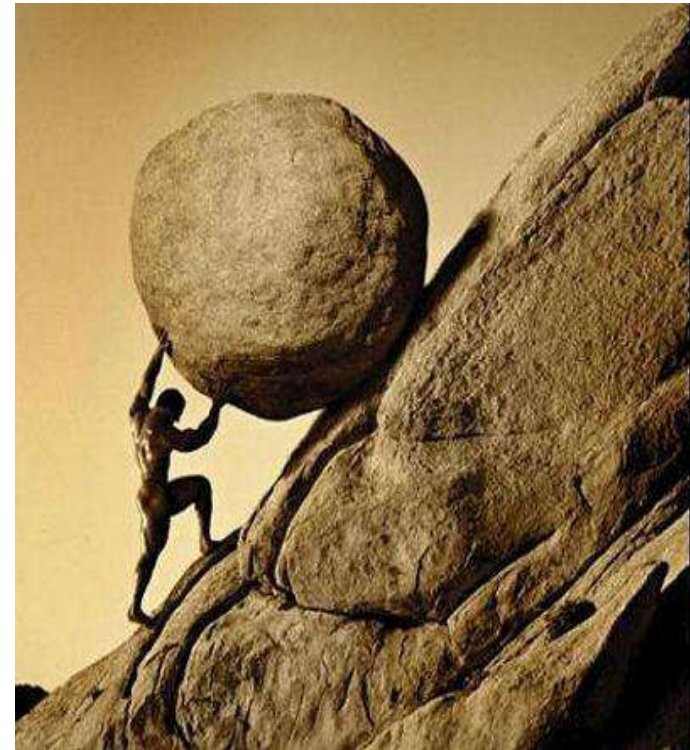
3. VALUTARE I **RISULTATI** DELLE SINGOLE TAPPE ASSISTENZIALI E DEL SISTEMA

Il Diabetologo e il PSND



Le criticità per il diabetologo

- Mancanza di un modello codificato per la cura della cronicità
- Mancanza di una visione di sistema
- Complessità della malattia spesso non considerata
- Il sistema di remunerazione penalizza l'attività specialistica
- Carenza cronica di risorse



QUINDI: estinzione delle strutture diabetologiche !!!

Le aspettative del diabetologo

- Valorizzazione della professionalità e dell'attività specialistica "CCM" orientata
- Riconoscimento del team quale valore irrinunciabile
- Riconoscimento del valore dell'ET
- Risorse adeguate
- Lavoro predominante
- Ruolo di regia all'interno del lavoro interdisciplinare
- Coinvolgimento nell'organizzazione delle cure

PSND: la funzione specialistica

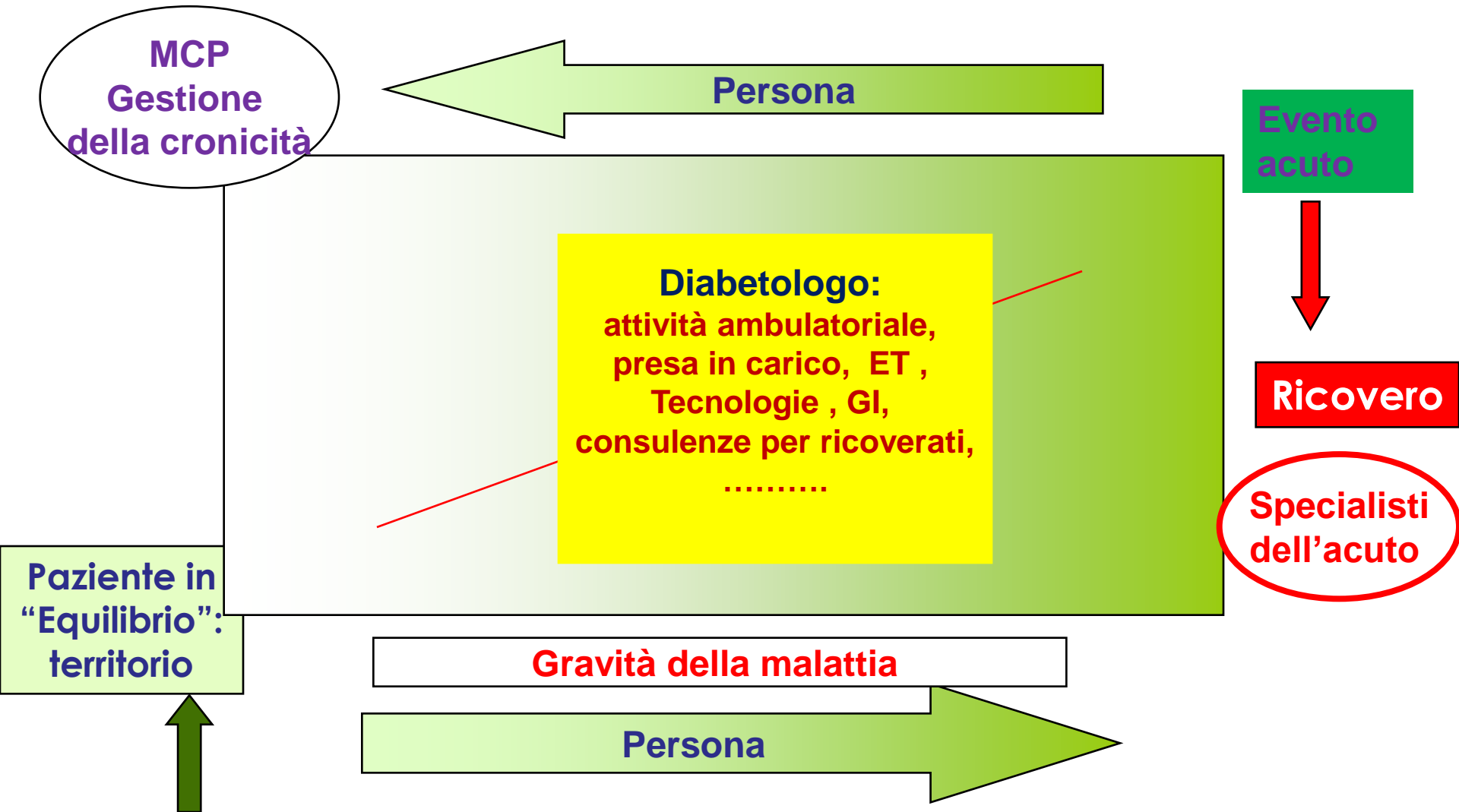
.....la funzione delle Strutture specialistiche deve, anzitutto, essere intesa come funzione “unica e continua”, che tende a svilupparsi lungo tutta la storia naturale del paziente (e lungo tutto il suo percorso assistenziale), indipendentemente dalla collocazione delle Strutture stesse, a livello territoriale o ospedaliero.

Abbatere i muri significa pensare ad una funzione specialistica “unica”, indipendente dall’allocazione fisica delle Strutture, individuando idonee soluzioni gestionali interaziendali quando tali funzioni siano distribuite tra diverse Aziende sanitarie.

Una funzione “unica”, quindi, lungo la quale i pazienti circolano in modo non occasionale, ma, guidati dal proprio “percorso assistenziale”, vengano attivamente indirizzati verso quei contesti che siano in grado di rispondere meglio alle esigenze assistenziali specifiche, valutate attraverso la “stadiazione”.

II PSND : il Team Specialistico

.... alla luce di quanto sopra, il team diabetologico multiprofessionale deve essere costituito da medici, infermieri e dietisti dedicati (integrati, ove possibile, anche da altro personale sanitario professionale: assistente sociale, psicologo, podologo, ...), in numero adeguato al bacino di utenza e specificamente qualificati sulla base di una formazione professionale continua alla gestione del paziente con malattia cronica.



Il risultato dipende dal successo di tutto il percorso nel suo insieme; se si "interrompe", anche in una sola parte, è fonte di inefficienza e inefficacia

Cosa ci si aspetta dal PSND ?

- *Che sia recepito e implementato dalle Regioni*
- Che migliori la qualità delle cure e della vita alle persone con diabete usando in modo appropriato le risorse
- Che diventi uno strumento per rendere a livello nazionale omogenea l'assistenza



Come implementare il PSND ??



La preoccupazione dei “ Gestori “

“un PSN per ogni patologia cronica ??”

- *Diabete*
- *Scompenso di cuore*
- *BCO*
- *HIV*
- *Oncologia*
- *Ipertensione*
- *.....*







Come fare ???





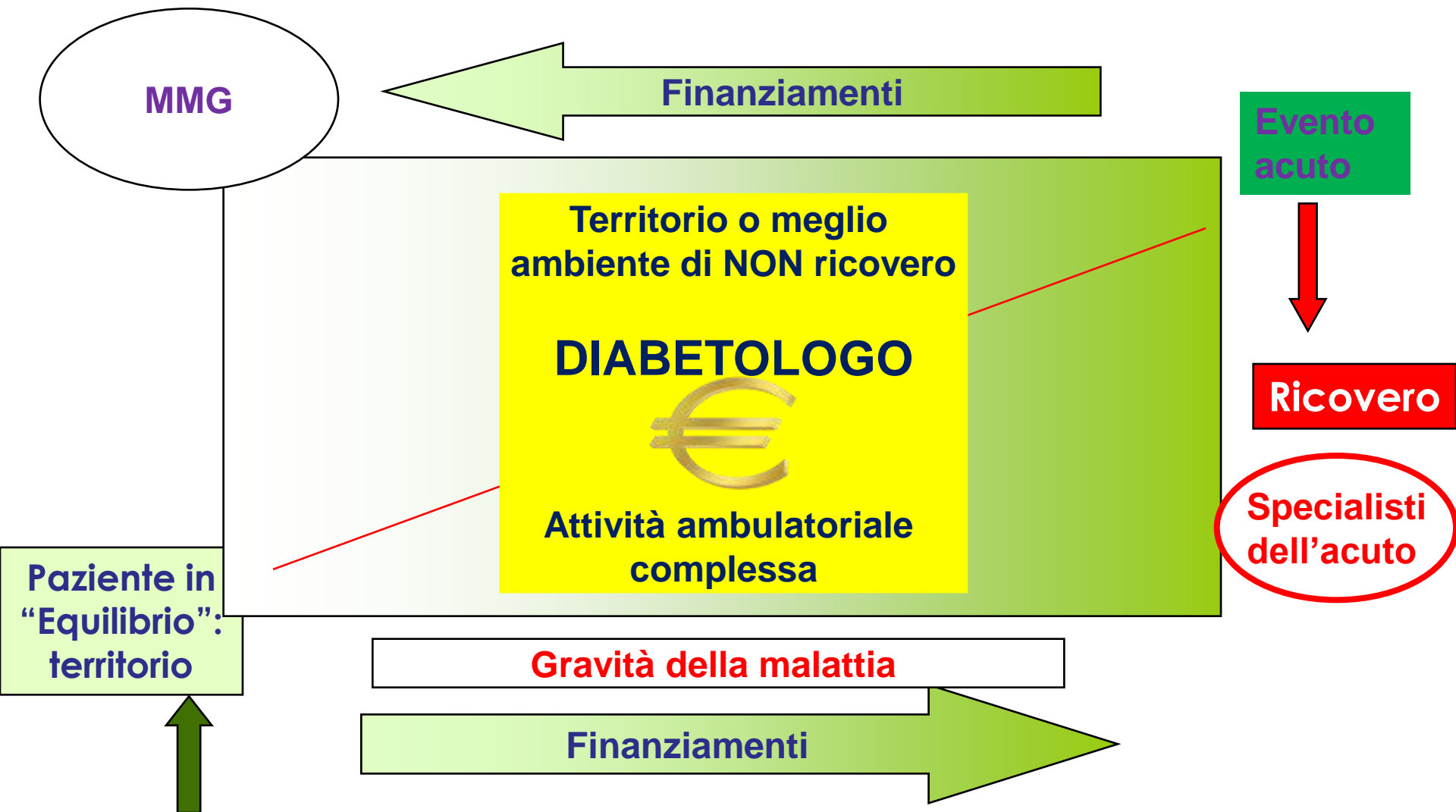
Organizzazione trasversale comune alla cronicità : attività ambulatoriale, team multi professionale dedicato, spazi dedicati, Educazione Terapeutica, informatizzazione, Integrazione con il Territorio, Linee guida, PDT, Indicatori, Audit, formazione specifica

Diabete, BCO, scompenso di cuore , neoplasie, malattie reumatologiche, malattie infettive ...

Come finanziare ?

Spostare le risorse dal ricovero al territorio non in senso “generico”, ma al territorio intendo per questo l’attività specialistica passando dall’”ambulatorio” all’attività strutturata secondo il CCM, indipendentemente dalla collocazione (ospedale, ambulatori territoriali)





Le azioni suggerite dal PSND

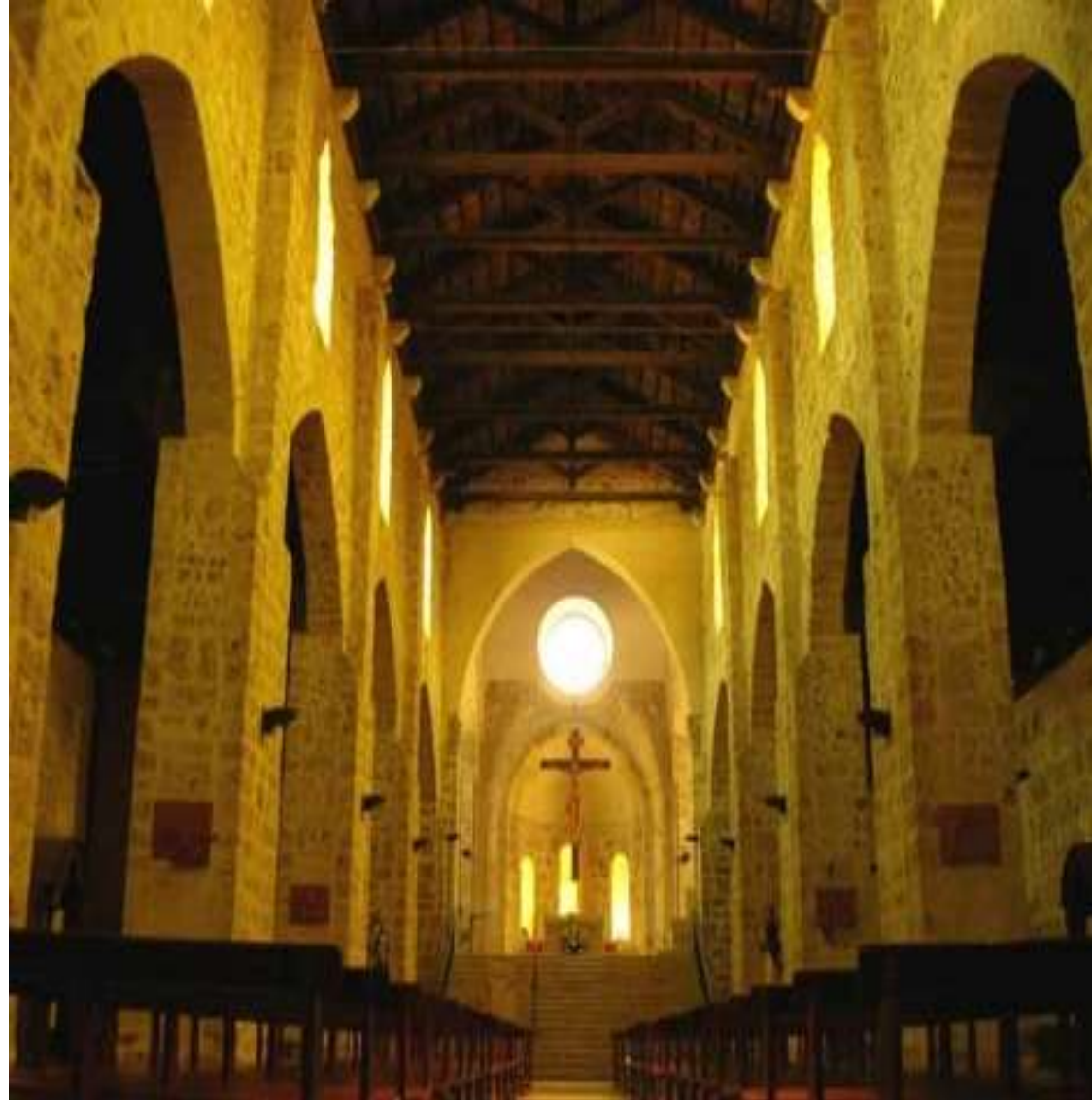
- realizzare un **censimento** dell'offerta specialistica (strutture, risorse umane, competenze, etc.);
- creare un **coordinamento** laddove , nella stessa area geografica, coesistono più strutture specialistiche;
- creare una **rete** tra le strutture specialistiche valorizzando le diverse e specifiche competenze (es. cura del piede, complicanze, infusori) all'interno della rete in cui si muove la persona con diabete in funzione dei propri bisogni;

Le azioni suggerite dal PSND

- promuovere l'assistenza diabetologica di primo livello **integrata** con quella specialistica;
- adottare e **implementare raccomandazioni** definite a livello nazionale con il contributo delle Società Scientifiche per la definizione di **PDTA**
determinare un **uso appropriato** delle risorse;
- utilizzare **indicatori** (negli ambiti qualità della vita, efficacia clinica, efficienza) per migliorare la qualità dell'assistenza

In sintesi i pilastri del PSND

- ET
- PDT
- Indicatori
- Team
- Integrazione



AMD e il PSND

- ET (da sempre)
- VRQ (1992)
- Accreditamento (1997)
- Disease Manag.(1998)
- PDT(2001)
- Indicatori (2005)
- GI (1996)
- Formazione (1998)
- Standard di Cura (2006)
- Ricerca clinica (2000)
- 2015.....





A pessimist sees the
difficulty in every
opportunity; an
optimist sees the
opportunity in every
difficulty.

