

Organizzazione: come deve
attrezzarsi ed evolvere la
diabetologia per uniformarsi agli
indirizzi del PND

Dalle idee alla pratica: come
organizzare il sistema.
Dalle cure primarie ai servizi
specialistici

Centro Congressi Genova
Magazzini del Cotone

Venerdì 15 maggio 2015

CONFLITTO D'INTERESSI

La dott.ssa Maria Franca Mulas

dichiara

*di aver ricevuto negli ultimi due anni
compensi o finanziamenti dalle seguenti
Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche:*

Bayer HealthCare (USA)

*ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto d'interessi,
pag. 17 del Reg. Applicativo dell'accordo stato regione del 5 novembre
2009*

VECCHIE PAROLE

Costo efficacia

**Delibera CIPE, 21 marzo 1997
"Disciplina della
programmazione negoziata"**

Appropriatezza

**D.Lgs 19-6-1999, n. 229
"Norme per la
razionalizzazione del Servizio
sanitario nazionale, a norma
dell'articolo 1 della legge 30
novembre 1998, n. 419"**

OGGI *BENCHMARK* PER I SSN



AGENDA

1. Dalle idee alla pratica:
paradigmi e dissonanze
2. Modelli: novità, verità, importanza
3. Cosa serve?
4. Conclusioni

IDEE

Competence organizzativa e clinica

Clinical Governance

Reti per patologia

Sistemi informativi

Misura delle performance

Integrazione socio sanitaria

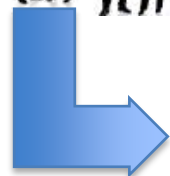
Appropriatezza clinico organizzativa

Processi, percorsi di cura

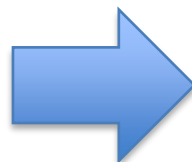
Dicotomia ospedale territorio

Sostenibilità

DALLE IDEE ALLA PRATICA



IDEE



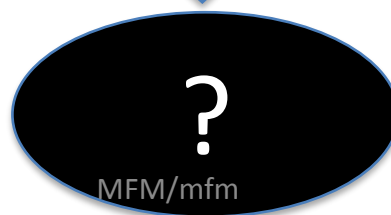
AZIONI



POLITICA



LEGGI - REGOLAMENTI - ECC



LE IDEE HANNO PRODOTTO ATTI

- ✧ Legge n.115 del 16-3-1987
- ✧ Piano sulla malattia diabetica
7 febbraio 2013 (cd. PND)
- ✧ Patto della salute *2014-2016*
(Valutazione outcome
territoriali, UCCP, AFT ...)
- ✧ Nuovi Standard Ospedalieri del
13-1-2015



LA LEGGE 115/85

Prevede l'istituzione di "Centri Diabetologici" (CD) in relazione alla densità abitativa e con una organizzazione assistenziale strutturata in un team diabetologico multidisciplinare, coordinato dallo specialista diabetologo

PIANO NAZIONALE DIABETE

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

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).

PIANO NAZIONALE DIABETE

Propone

un nuovo modello di cure fortemente integrato, reticolare, multicentrico che valorizza sia l'assistenza primaria, sia quella specialistica territoriale e ospedaliera

PND: STRUMENTO ISTITUZIONALE

- Migliora la capacità del SSN di erogare e monitorare i servizi
- Razionalizza l'offerta dei servizi per fondarla sull'appropriatezza delle prestazioni e d'uso delle tecnologie sanitarie.

PND: PUNTI FORTI

- Valorizza le competenze
- Riconosce il valore del team
- Ammette l'importanza dei processi di empowerment
- Afferma il concetto di continuità di cura, quindi della rete per patologia

PATTO PER LA SALUTE: cure primarie

Ridisegnate:

UCCP, AFTLA, sede unica, integrata con la rete telematica aziendale e regionale ...

Compiti:

- Assicurare le prestazioni al territorio
- garantire la continuità dell'assistenza (ricetta elettronica dematerializzata, aggiornamento della scheda sanitaria e del FSE)
- garantire l'accessibilità 12/24
- Partecipare ai PDTA, condividere prassi, informazioni, con gli attori della rete distrettuale ed ospedaliera
-



PATTO PER LA SALUTE: cure primarie

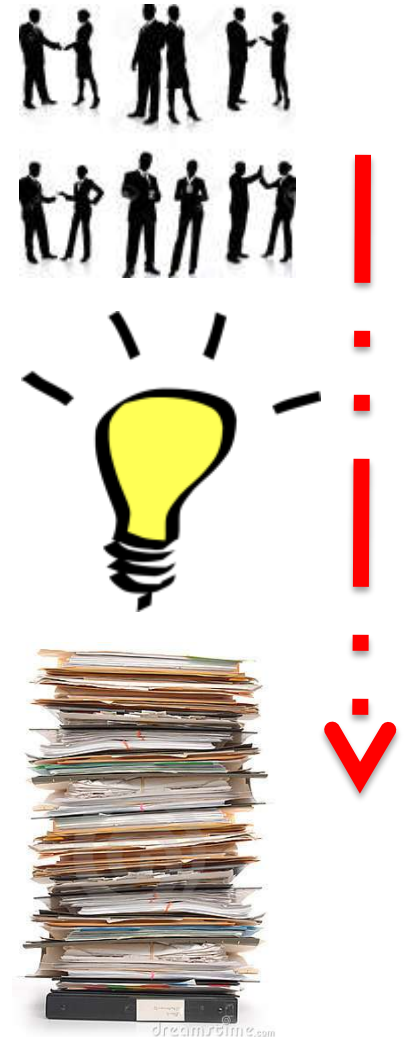
Mette in chiaro finalmente come sia necessaria una

- “... ridefinizione di ruoli, competenze e relazioni professionali ...
- **assegnazione di responsabilità individuali o di equipe su compiti funzioni e obiettivi, ad ogni professionista, abbandonando una logica gerarchica ...”**

Comma 16 (Art. 5)

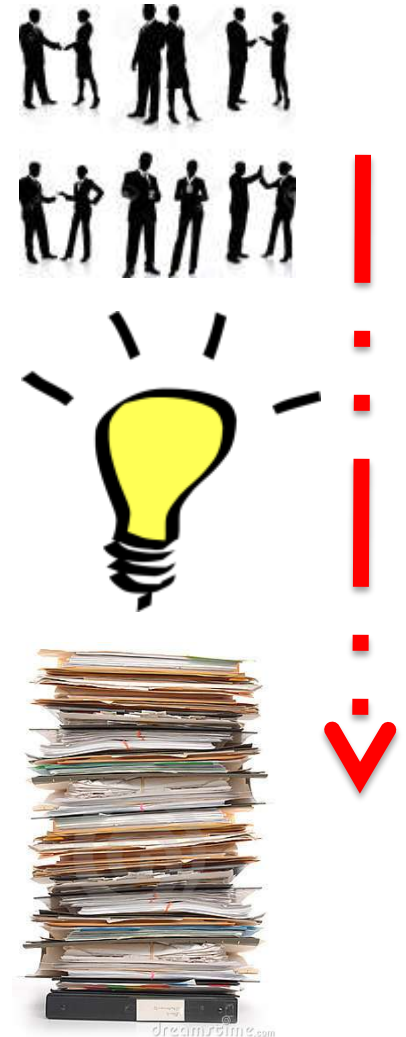
LE IDEE HANNO PRODOTTO ATTI

nuovi modelli
per il SSN



LE IDEE HANNO PRODOTTO ATTI

I diabetologi
sono pronti
a far funzionare
questi nuovi
modelli ?



RIFORMULAZIONE DEL TITOLO

Dalle idee alla pratica: come organizzare il sistema.

Dalle cure primarie ai servizi specialistici

Territorio Medicina Specialistica Ospedale

INTEGRAZIONE + MULTIDISCIPLINARIETA'

PROMOZIONE DELLA SALUTE

RIFORMULAZIONE DEL TITOLO

Dalle idee alla pratica: come organizzare il sistema.

Dalle cure primarie ai servizi specialistici

- Uscire da logiche divisive *in- outpatient*
- Le dimensioni della *clinical governance* riguardano tutti
- Le differenze delle pratiche riguardano i tempi che scandiscono la storia naturale della malattia cronica, ma non le competenze

PROMOZIONE DELLA SALUTE

Un'azienda sanitaria è in grado di promuovere la salute se:

- È inserita nella visione e missione di tutte le sue componenti sanitarie, non solo quelle territoriali
- È considerata un obiettivo da raggiungere e misurare in tutte le sue articolazioni
- È sostenuta da un sistema di *governance* integrato

Mod. da C. Favaretti, 2010

STANDARD OSPEDALIERI 2/2015

Disegna un modello di ospedale per intensità di cura e complessità assistenziale

Auspica la “ ... strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, le intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l’articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica ... ”

Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera 13_01_2015

INTENSITA' DI CURA E COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

LIVELLO 1

Terapia Intensiva e Subintensiva

LIVELLO 2

- Ricovero Ordinario
- Ricovero a Ciclo Breve (week surgery, one day surgery)

LIVELLO 3

Cura Post-Acuzie
o Low Care



MAPPA DELLA VARIABILITA' IN SANITA'

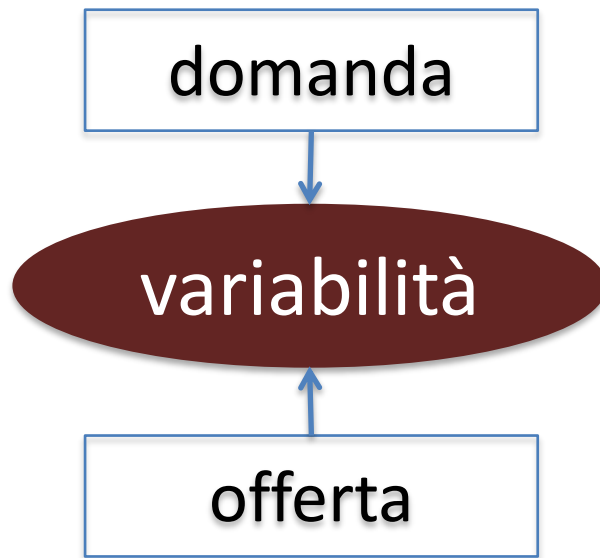
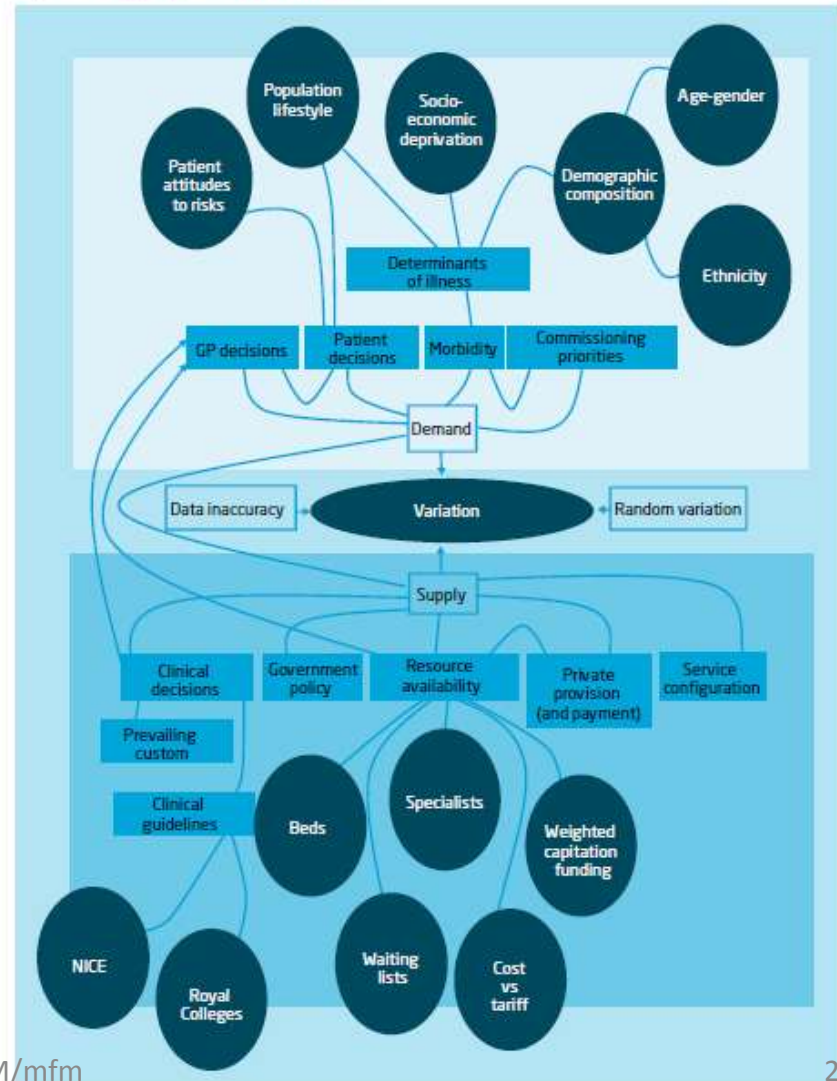


Figure 1 Mapping causes of variation The King's Fund, 2011



UNA PAROLA SULL'ECCELLENZA

- Eccellenza è dare risposte di qualità alla domanda, sia essa di alta, media o bassa complessità
- Centro di eccellenza è quello dove si esegue un intervento in modo corretto e competente a prescindere dalla sua complessità
- Il giudizio sulla qualità di un intervento non deve dipendere dalla sua complessità.

QUAL' E' IL PROBLEMA?

- Il sistema è complesso. Va organizzato per processi, monitorabili con indici di costo/efficacia, sicurezza, appropriatezza.
- I risultati gestionali sono incoraggianti per l'ospedale, poco esplorati quelli dei servizi territoriali.
- L'80% degli errori sono dovuti a fattori organizzativi, decisivi per il successo dei PDTA delle malattie croniche.

Territorio Medicina Specialistica Ospedale

COME RISOVERLO

- Solamente un approccio di clinical governance con PDTA che si sviluppano in modo continuo nelle strutture territoriali, sociosanitarie, ospedaliere e che comprenda anche le componenti non sanitarie, può controllare il rischio e rispettare i migliori requisiti della qualità assistenziale

Territorio Medicina Specialistica Ospedale

FORMAZIONE

Professionisti sanitari per il nuovo secolo: adeguare i curricula universitari e di educazione continua per affrontare il cambiamento del mondo sanitario

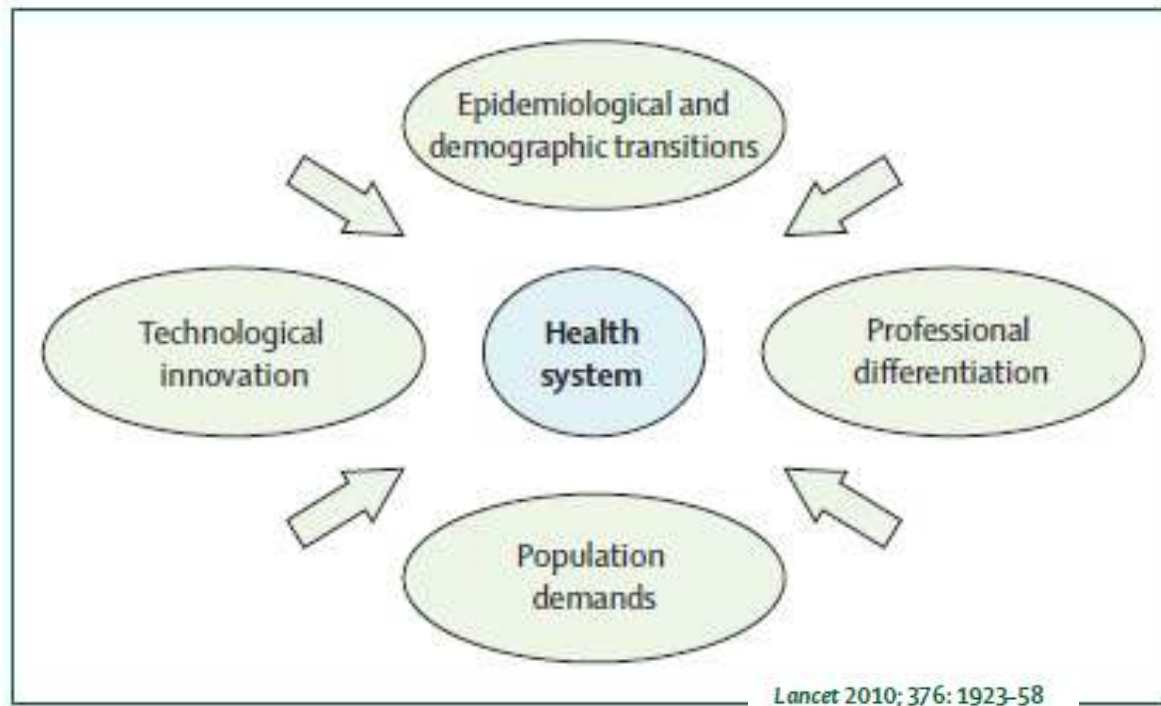


Figure 2: Emerging challenges to health systems

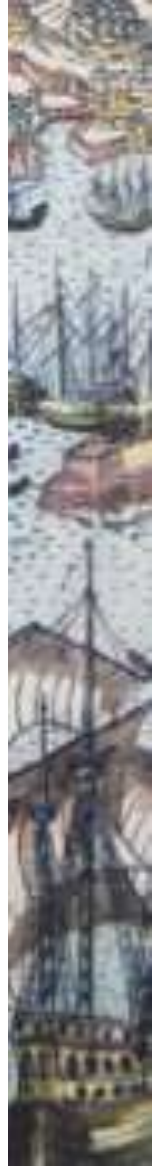
CONTENUTI DI FORMAZIONE

- Alla conduzione di esperienze di audit clinico;
- Alla costruzione di checklist di *Health Technology Assessment per la valutazione delle principali tecnologie in uso nelle diabetologie*;
- Alla realizzazione di un piano di formazione annuale per il proprio servizio;
- All'orientamento delle cure alla sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- Alla definizione della strategia di partecipazione a una riunione di budget;
- Alla realizzazione del rapporto di consuntivazione annuale;
- Alla scrittura del piano annuale d'investimento, accompagnato da un'adeguata analisi dei fabbisogni e della sostenibilità economico finanziaria.

CURRICULUM FORMATIVO: esempio

Tabella 1 potenziali componenti per il miglioramento della qualità

Componenti	Aree topiche
Contesto generale	Come è strutturato il sistema sanitario e il suo funzionamento Contesto storico, sociale e politico nel quale il sistema sanitario si sviluppa e opera Politiche sanitarie Accountability Professionalità
Comportamento	Psicologia del cambiamento Stili di apprendimento Leadership Teamwork e collaborazione Management Lavoro Multidisciplinare Riflettere e imparare dagli errori
Bisogni e preferenze delle persone che utilizzano i servizi	Guardare alle cure sanitarie dal punto di vista del paziente Identificare e centrare i bisogni e le preferenze dei differenti gruppi di utenti Acquisire gli strumenti per valutare e rispondere agli utenti
Processi di cura	Pensare in termini di sistema Teoria della complessità e interdipendenze Spread Sostenibilità Pianificazione e previsione Identificazione e gestione dei rischi
Natura della Conoscenza	Differenti tipologie di evidenze Filosofia della scienza Variazione Misure Conoscenza contestuale e generalizzabile Cambiamento di piccola e ampia portata Raccogliere, analizzare ed interpretare i dati Comunicare le informazioni Mappare i processi



“ Mentre le organizzazioni sanitarie stanno avviando una serie di strategie per migliorare l'assistenza e rispondere ai cambiamenti normativi e di politica, molti operatori non hanno ricevuto una formazione sulla qualità e la sicurezza come parte della loro istruzione formale ”

Jones CB, Mayer C, Mandelkehr LK

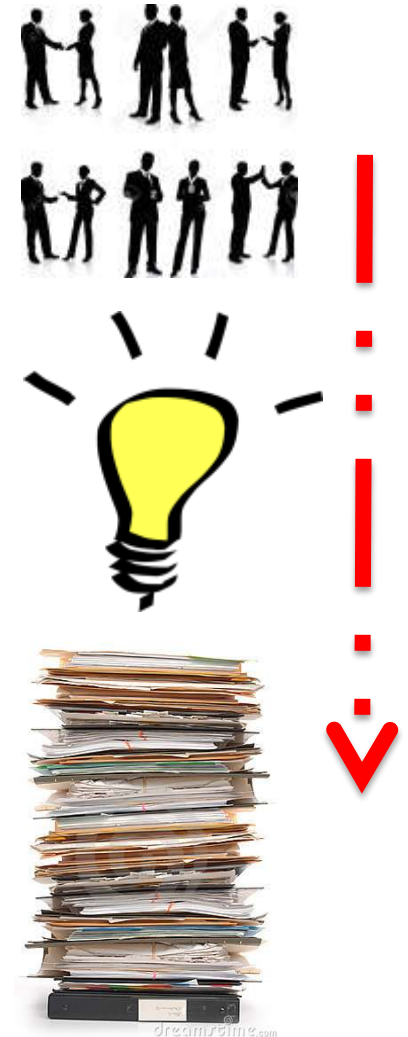
FORMAZIONE DI UN DIABETOLOGO PIÙ *APPROPRIATO*

Dovrebbe perseguire l'obiettivo di

- sviluppare la capacità dei diabetologi di rimodulare i loro profili di ruolo nelle organizzazioni sanitarie e di responsabilità nella gestione dei processi clinico-assistenziali, rispetto ai nuovi scenari e ai nuovi paradigmi della sanità
- Facilitare l'inserimento nei processi decisionali delle aziende sanitarie

LE IDEE HANNO PRODOTTO ATTI

Gli amministratori
sono pronti
a far funzionare
il nuovo modello
di SSN?



6 CATEGORIE DI SPRECHI DEL SSN

1.	Sovra-utilizzo interventi sanitari inefficaci/inappropriati	26%
2.	Frodi e abusi	21%
3.	Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi	19%
4.	Sottoutilizzo interventi sanitari efficaci/appropriati	12%
5.	Complessità amministrative	12%
6.	Inadeguato coordinamento dell'assistenza	10%

...oltre il 20% della spesa sanitaria

DISEASE MONGERING

Marketing della salute.

Spreco di risorse dovuto alla forte pressione esercitata dall'industria farmaceutica e biomedicale nei confronti delle istituzioni, perché aumentino i consumi al di là dell'appropriatezza.

MARKETING DELLA SALUTE 1/2

MEDICI	Induzione della prescrizione, informazione unidirezionale, regali, congressi, riviste gratuite, guidelines
FORMAZIONE CONTINUA DEI MEDICI	finanziamento
RICERCA	Obiettivi, endpoints, controllo delle ricerche decisi dagli sponsor, sospensione degli studi, modifica dei risultati, creazione di malattie, ghost writwers
RIVISTE SCIENTIFICHE	Pubblicità condizionante, suggerimento di revisori, editoriali

Mod. da GF Domenighetti, 2005

MARKETING DELLA SALUTE 2/2

POLITICA	Lobbying, sponsorizzazione di deputati
MEDIA	Notizie unidirezionali, enfasi su benefici, viaggi, pubblicità, compensi, ecc
SOCIETA' CIVILE	Disease mongering, avvisi ai consumatori, ecc
ASSOCIAZIONI PAZIENTI	Finanziamento diretto, organizzazione eventi
ORGANI DI CONTROLLO	Sponsorizzazione di funzionari, esperti

Mod. da GF Domenighetti, 2005

L'APPROPRIATEZZA E' VALUTABILE



“.. Siamo ormai alla totale deresponsabilizzazione delle istituzioni che fanno ricadere le inefficienze organizzative e strutturale della sanità su chi invece si prende realmente cura tutti i giorni della salute dei cittadini. “

(LALA Sumai)

L'APPROPRIATEZZA E' VALUTABILE



“L'appropriatezza non sarà valutata su costi standard e statistiche. Mi rifiuto di considerare un paziente un costo. Giuriamo di curare secondo scienza e coscienza, non di curare se non costa troppo.”

(Scotti Omceo Napoli)



SOSTENIBILITA': definizione

E' la capacità di soddisfare le esigenze presenti, **senza compromettere alle future generazioni di soddisfare le loro;**

in medicina può essere riferita a una sanità capace di **lottare contro la parcellizzazione, gli sprechi, l'inappropriatezza, la demotivazione, il disincanto, il *burn-out*.**



SOSTENIBILITA' E VARIABILITA'

La sostenibilità viene erosa da una inaccettabile variabilità dei processi e degli esiti, con un aumento dei rischi per i pazienti, degli sprechi, disuguaglianze, iniquità



About

Learn More about
Choosing Wisely

<http://choosingwisely.org>



Slow Medicine

la medicina sobria, rispettosa, giusta

FARE DI PIÙ
NON SIGNIFICA FARE MEGLIO

www.slowmedicine.it

Le "prime" 5 pratiche a rischio di inappropriata in diabetologia.

Sviluppo: ricercare contributi per bruciare l'inappropriata in diabetologia

coinvolgere il paziente nelle decisioni

Non trattare in modo indiscriminato i pazienti diabetici con farmaci antiaggreganti piastinici.

Non fare lo screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali

AMD ricercherà altre pratiche inappropriate

Non utilizzare la terapia insulinica "al bisogno" (*sliding scale*) per il trattamento dell'iperglicemia nel paziente ricoverato in ospedale.

Per rendere l'assistenza diabetologica sostenibile

Non eseguire nei pazienti con diabete il dosaggio routinario di C-peptide ematico.

Non prescrivere di routine l'auto misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2 in trattamento con farmaci che non causano ipoglicemia.

Metodo di lavoro

- Mandato del Consiglio Direttivo nazionale
- Partecipazione a Fare di più non significa fare meglio di Slow Medicine
- Scelta di 15 pratiche inappropriate
- Valutazione con la scelta pesata
- Identificazione di 5 pratiche inappropriate

**Gruppo di lavoro Nazionale
PROGETTO DIABETOLOGIA MISURATA
SLOW MEDICINE**
(più equa, più sobria, più giusta, più slow)



COMPOSIZIONE DEL GRUPPO

Coordinatrice:

Maria Franca Mulas

Componenti:

Marina Cossu, Regina Dagani, Franco Gregorio, Luca Monge

Consulenti:

Sarah Bigi, Antonio Bonaldi, Alberto De Micheli, Marcello Grusso, Giuliana La Penna (per il CDN)

Con la collaborazione di:

Concetta Suraci, Gruppo Inpatient, e Mauro Ragonese, Gruppo Outpatient

5 PRATICHE A RISCHIO D'INAPPROPRIATEZZA



La garanzia per ottenere un favorevole rapporto costo/efficacia della spesa sanitaria è l'aumento del valore della spesa attraverso il miglioramento della qualità delle cure.

CONCLUSIONI

- Non vanno nascoste le difficoltà esistenti per la realizzazione dei modelli proposti.

CONCLUSIONI

- Non vanno nascoste le difficoltà esistenti per la realizzazione dei modelli proposti.
- Aspetti di competence, di eticità, di audience rendono problematica la translazione dei contenuti delle leggi in prassi di lavoro solide, capaci di incrementarne l'appropriatezza e la sostenibilità in modo trasparente e verificabile.



**“L’unica cosa
permanente è il
cambiamento”**

(Eraclito, 500 a.C.)

