AMD
ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI
1974
ANNO DI FONDAZIONE

La situazione dell'assistenza Diabetologica in Italia

Alberto Aglialoro

PROGETTO ALGORITMO PDTA
Giornata nazionale di presentazione dell'Algoritmo per la valutazione o compilazione di PDTA Diabete Mellito prodotto dal gruppo Outpatient di AMD

ROMA - 6 Luglio 2017
Hotel Royal Santina - Via Marsala, 22

Conflitti di interesse

Ai sensi dell'art. 3.3 sul conflitto di interessi, pag 17 del Regolamento Applicativo Stato-Regioni del 5/11/2009, dichiaro che negli ultimi 2 anni ho avuto rapporti diretti di finanziamento con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Astra Zeneca	Takeda
Bayer	Roche
Boehringer	Medtronic
Lifescan	Johnson & Johnson
Lilly	Jannsen
Novo Nordisk	Sanofy

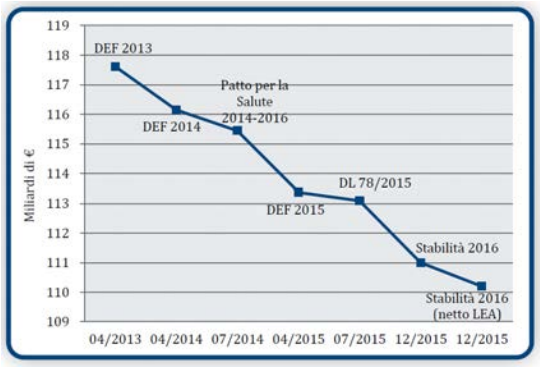
Il mondo non è perfetto.
Scegliere come vederlo
è l'unica possibilità
che abbiamo.

AMD
ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI
1974
ANNO DI FONDAZIONE

La sostenibilità dei sistemi sanitari è una sfida per un mix di fattori: l'invecchiamento delle popolazioni, il costo delle innovazioni, in particolare quelle farmacologiche, il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti.

Per risolvere la crisi di sostenibilità del SSN tre sono state le strategie messe in campo:

- **contenere il finanziamento pubblico**
- **utilizzare altre fonti di finanziamento:**
  compartecipazione alla spesa,aumento delle addizionali regionali IRPEF, sanità integrativa;
- **blocco del turnover del personale su piante organiche fortemente sottodimensionate**



Esami	Interventi	Visite
15 MESI Mammografia	**21 MESI** Rimozione protesi	**12 MESI** Neurologica
12 MESI Risonanza magnetica	**21 MESI** Alluce valgo	**9 MESI** Oculistica
11 MESI Ecodoppler	**20 MESI** Intervento maxillo facciale	**9 MESI** Oncologica
10 MESI TAC	**18 MESI** Ricostruzione mammaria	**8 MESI** Cardiologica

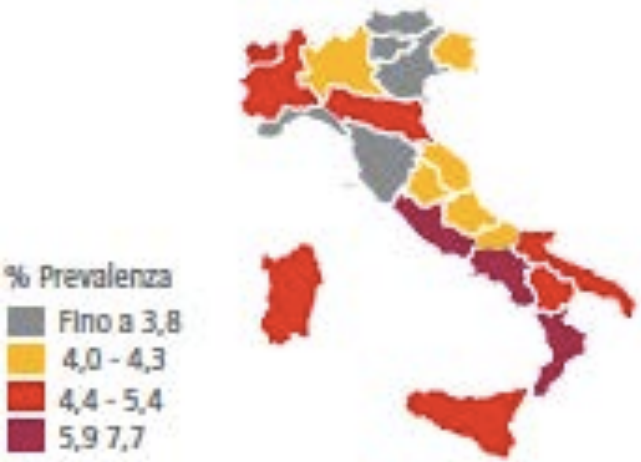
XIX Rapporto PiT Salute 2016 Cittadinanza Attiva

Il contesto nel mondo diabete

In Italia le persone che hanno dichiarato di avere il diabete sono 3,27 milioni (5,4% della popolazione)

GRADIENTE NORD-SUD

Le regioni meridionali hanno una prevalenza più alta di diabete (Calabria 7,7%, Campania 6,9%) rispetto a quelle settentrionali (Bolzano 2,7%, Liguria 3,1%)



- Ogni 3 persone con diabete notc c'è 1 persona che ha il diabete, ma non sa di averlo.

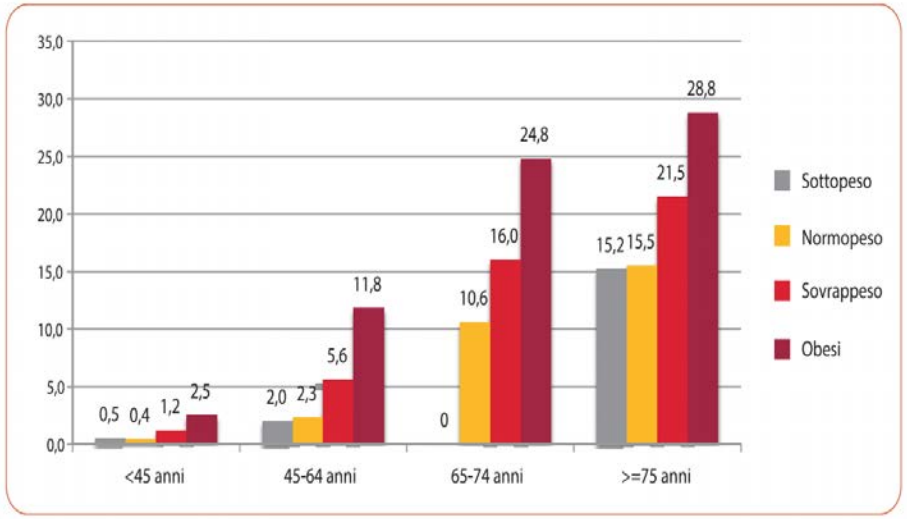
- Per ogni persona con diabete c'è una persona che ha un elevato rischio di svilupparlo (scarsa tolleranza al glucosio o elevata glicemia a digiuno)

PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ AFFETTE DA DIABETE PER INDICE DI MASSA CORPOREA

- Mentre nella popolazione adulta normopeso (di 18 anni e più) la prevalenza di diabete è pari al 3,6%, tra gli adulti obesi la quota raggiunge il 15,1%
- Tale quota cresce all'aumentare dell'età fino a raggiungere il 28,8% tra gli anziani di 75 anni e più

	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	Prevalenza diabete			Persone affette da diabete			Totale popolazione		
Sottopeso	6,4	1,6	2,1	0,7	1,3	1,0	0,7	5,2	3,0
Normopeso	3,8	3,4	3,6	25,7	31,4	28,6	44,5	58,5	51,8
Sovrappeso	7,7	10,0	8,6	51,9	42,9	47,3	44,0	27,3	35,3
Obesi	13,2	17,3	15,1	21,7	24,4	23,1	10,8	9,0	9,8
Totale	6,5	6,4	6,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

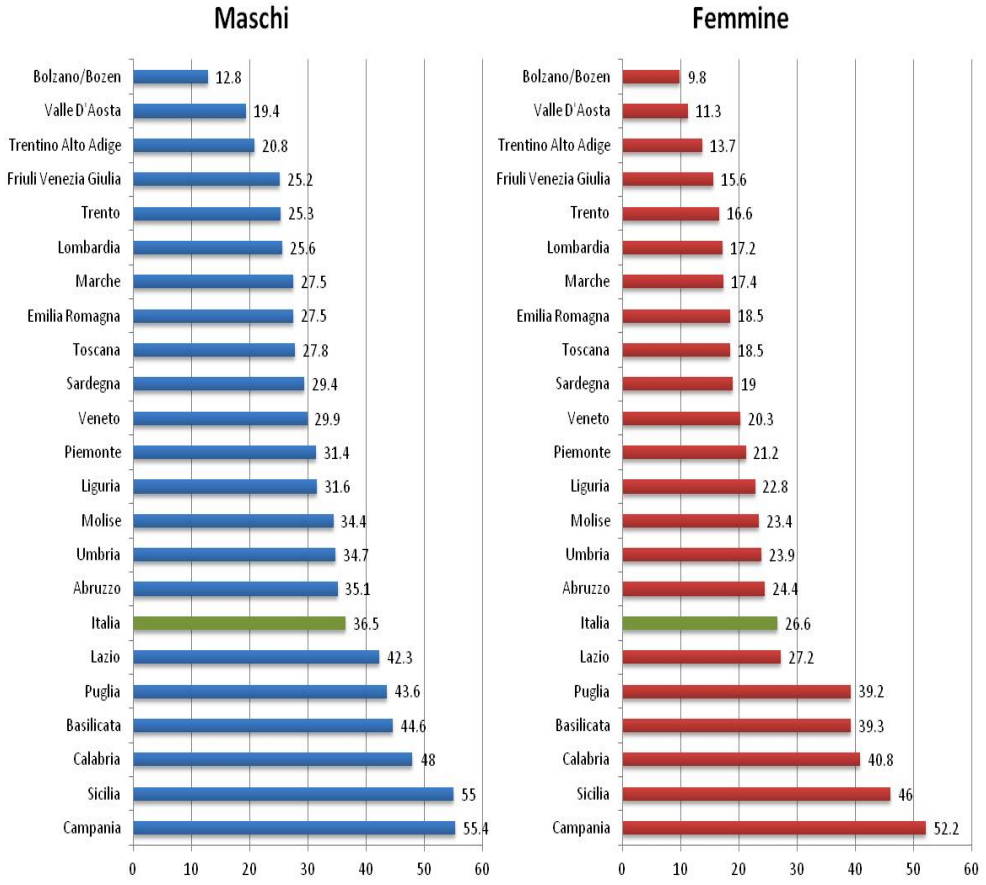
Fonte: Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"



LA MORTALITA' PER DIABETE IN ITALIA

Tassi standardizzati per 100.000 abitanti

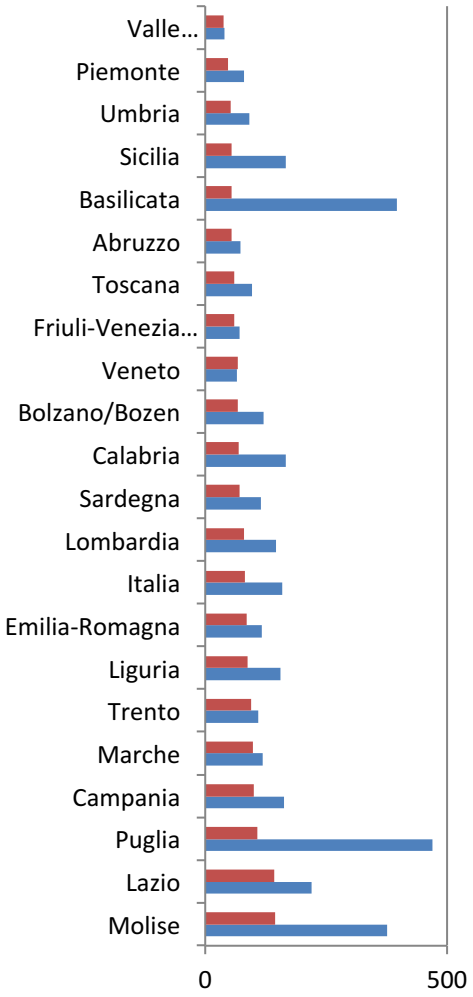
- Il tasso di mortalità per diabete standardizzato per età ha subito una flessione nel tempo: il valore passa infatti da 31,1 decessi per 100 mila abitanti nel 2000 a 30,3 nel 2013

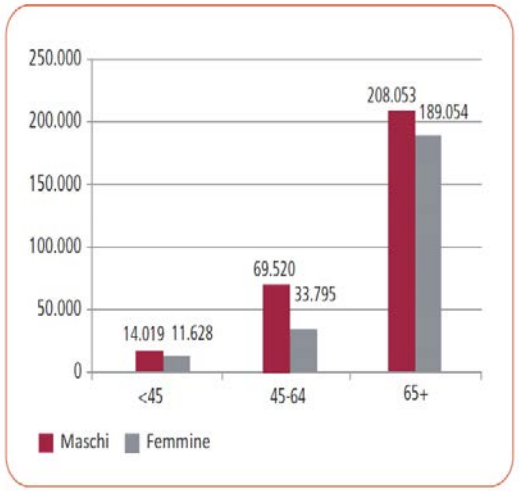


IN CALO I RICOVERI OSPEDALIERI

- Negli ultimi dieci anni il numero dei ricoveri per diabete è sceso da 96.787 nel 2010 a 49.912 nel 2015

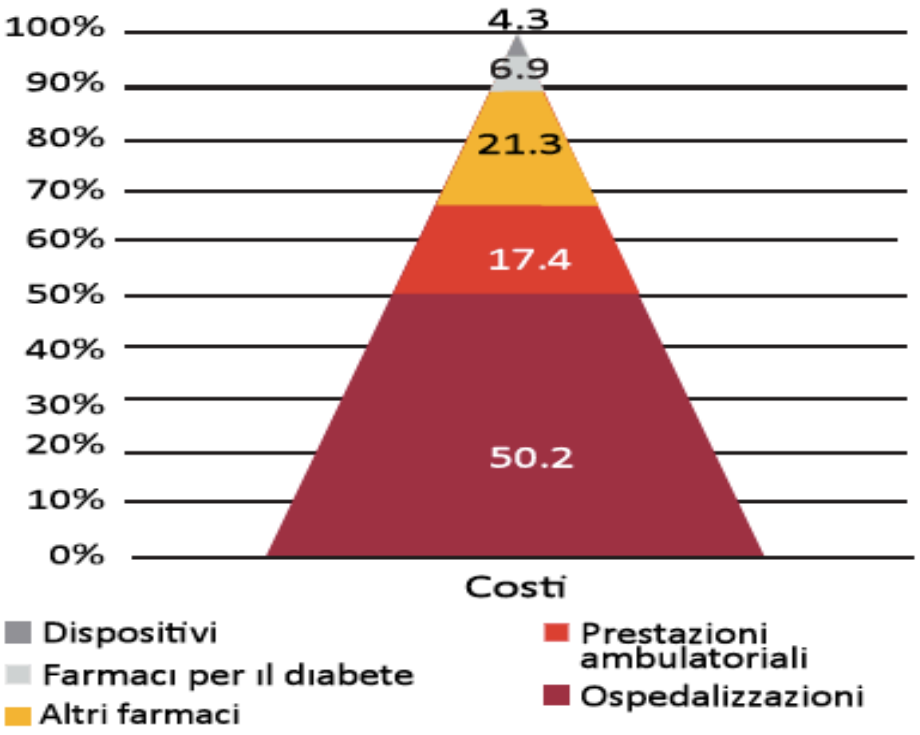
- Se si considerano invece tutti i ricoveri che includono il diabete in una qualsiasi delle diagnosi, sia essa principale o secondaria, il numero delle ospedalizzazioni nel 2015 è di 526.070 (nel 2010 era di 698.506)





FATTORI CHE CONTRIBUISCONO AI COSTI SANITARI DIRETTI PER IL DIABETE
(Osservatorio ARNO 2015)

- La maggior parte dei costi del diabete è legato alle ospedalizzazioni.
- I farmaci per il diabete incidono per il **7%**, i presidi per il **4%**.



Open Access Research

BMJ Open Diabetes Research & Care

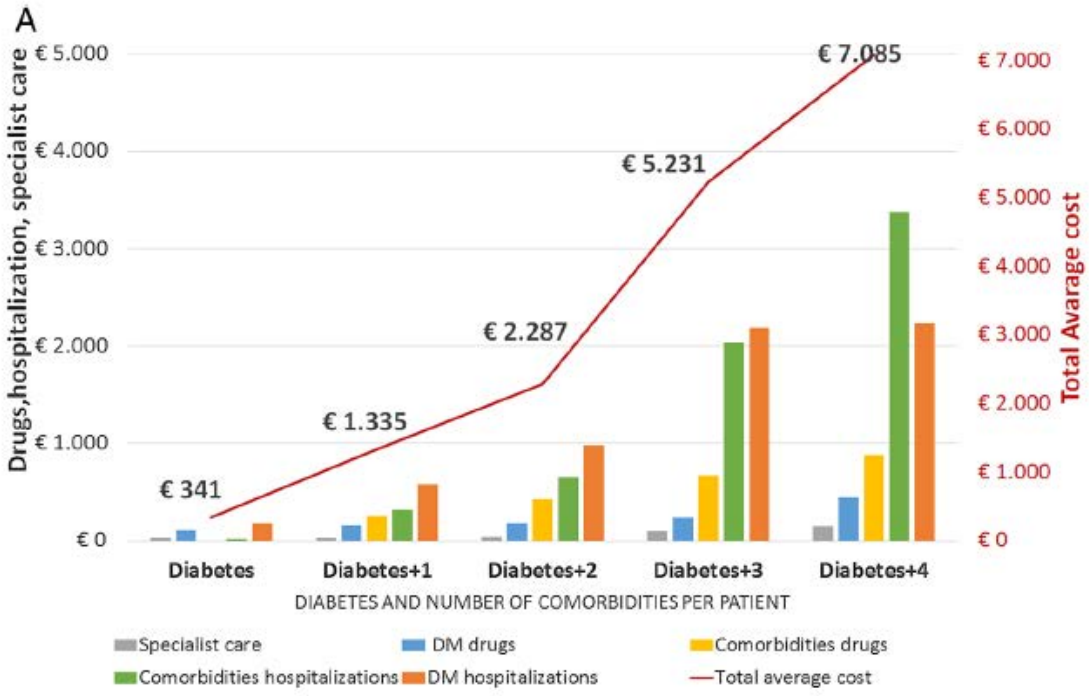
Economic aspects in the management of diabetes in Italy

A Marcellusi,[1,3] R Viti,[1] P Sciattella,[1] G Aimaretti,[4] S De Cosmo,[5] V Provenzano,[6] G Tonolo,[7] F S Mennini[1,2]

BMJ Open Diabetes Research and Care 2016;**4**:e000197. doi:10.1136/bmjdrc-2016-000197

Key messages

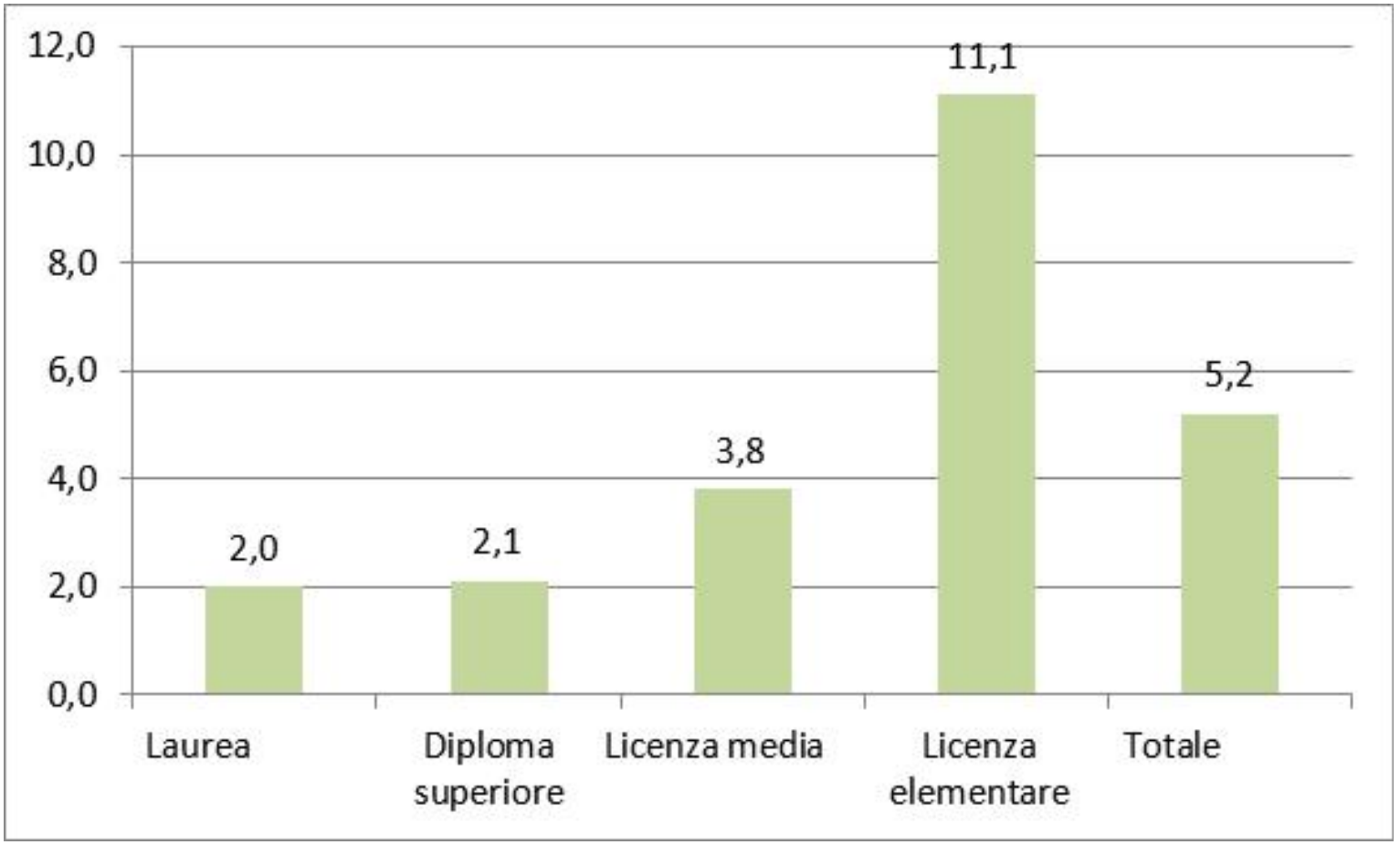
- This study has tried to estimate the economic burden of the patients affected from diabetes in Italy, reporting the data recorded in a central Italy region at national level, and breaking down the results by type and number of comorbidities associated with the diabetic patients.
- The cost of hospitalization was the main item of health care costs for the treatment of diabetes in Italy. However, pursuing a policy of appropriate drug treatment and diabetes monitoring could allow a better allocation of resources and potential savings from the NHS perspective.
- Applying the scenario analyses, that assume an improvement on the therapeutic management, early diagnosis, appropriate therapy and care, the italian NHS could reduce direct costs between €340 and €980 million each year.



Diabete e disuguaglianze sociali

Una patologia che risente delle determinanti sociali della salute

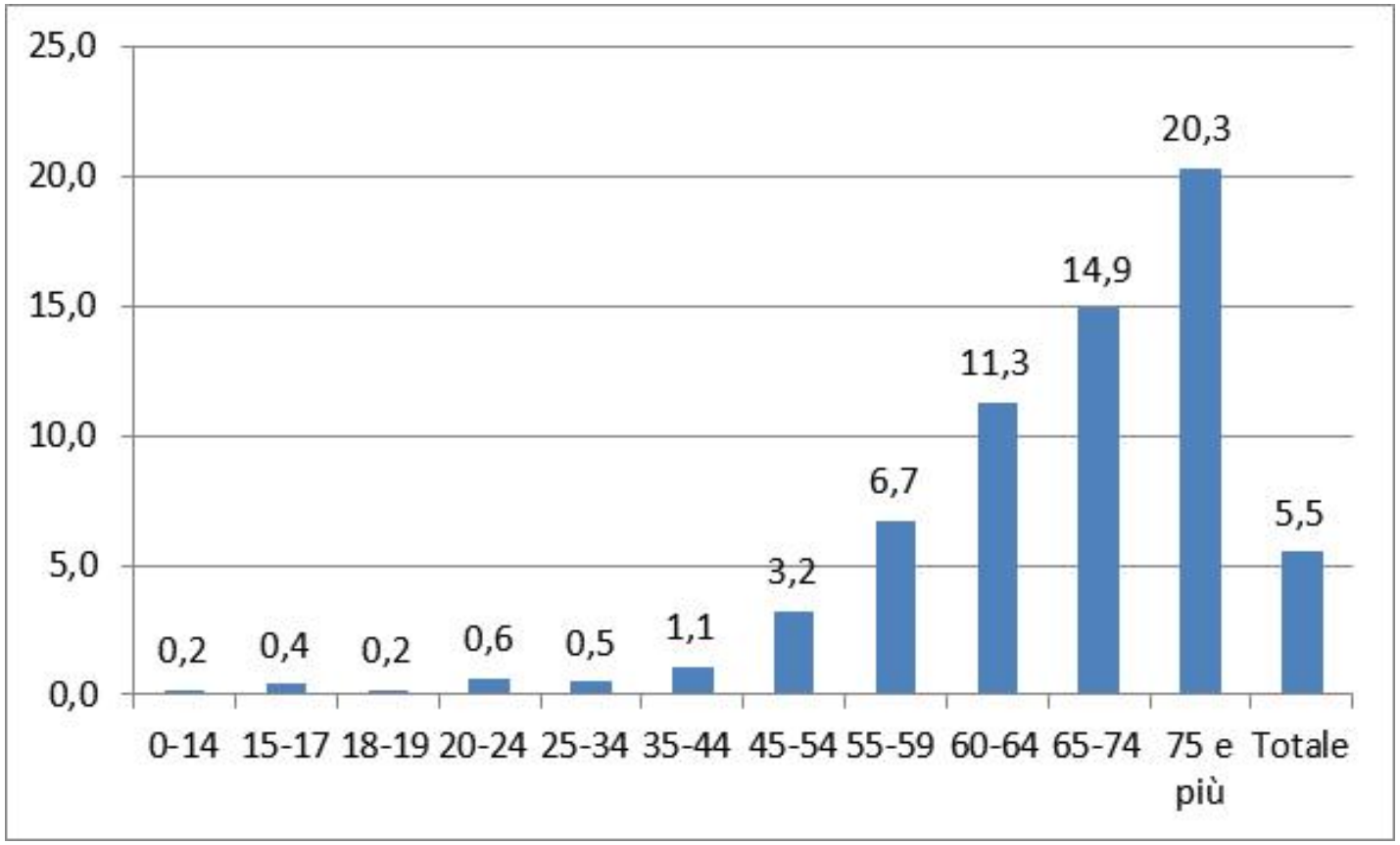
Persone di 6 anni e più affette da diabete per livello di istruzione *(val.%)*



Fonte. Elaborazione Censis su dati Istat

Una malattia della terza età

Popolazione con diabete per classe d'età (per 100 persone della stessa classe di età) anno 2012



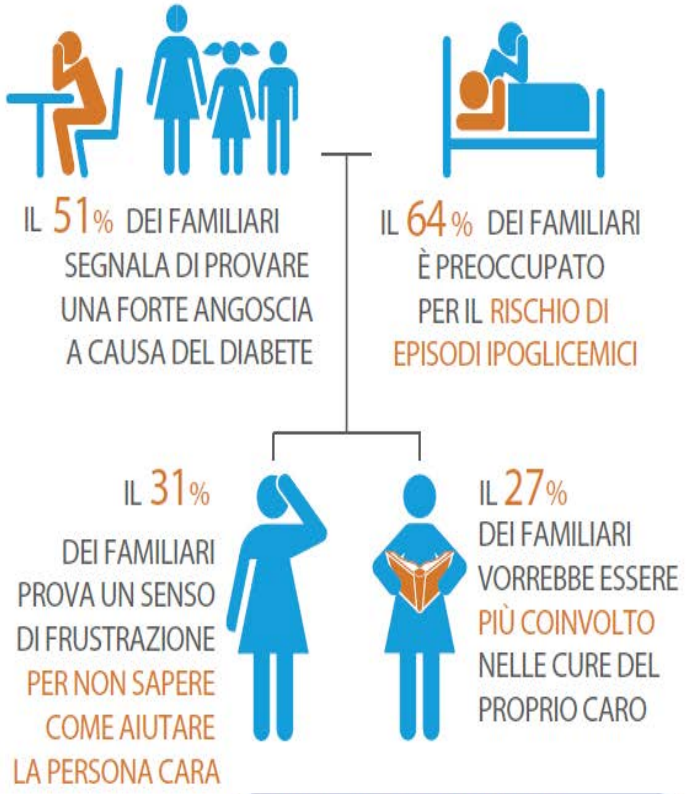
Fonte: Elaborazione Censis su dati Istat, 2012

L'impatto del diabete sui familiari

DAWN2™ mostra come il diabete gravi anche sulle vite dei familiari, provocando un rilevante carico di preoccupazione ed ansia.

I familiari hanno un ruolo importante, ma spesso non sanno come aiutare il loro caro.

Il 27% dei familiari desidererebbe essere maggiormente coinvolto nella cura del proprio caro.



Permane un basso livello di attenzione ai problemi psicosociali da parte dei medici

Le prospettive degli operatori sanitari e delle persone con diabete possono differire

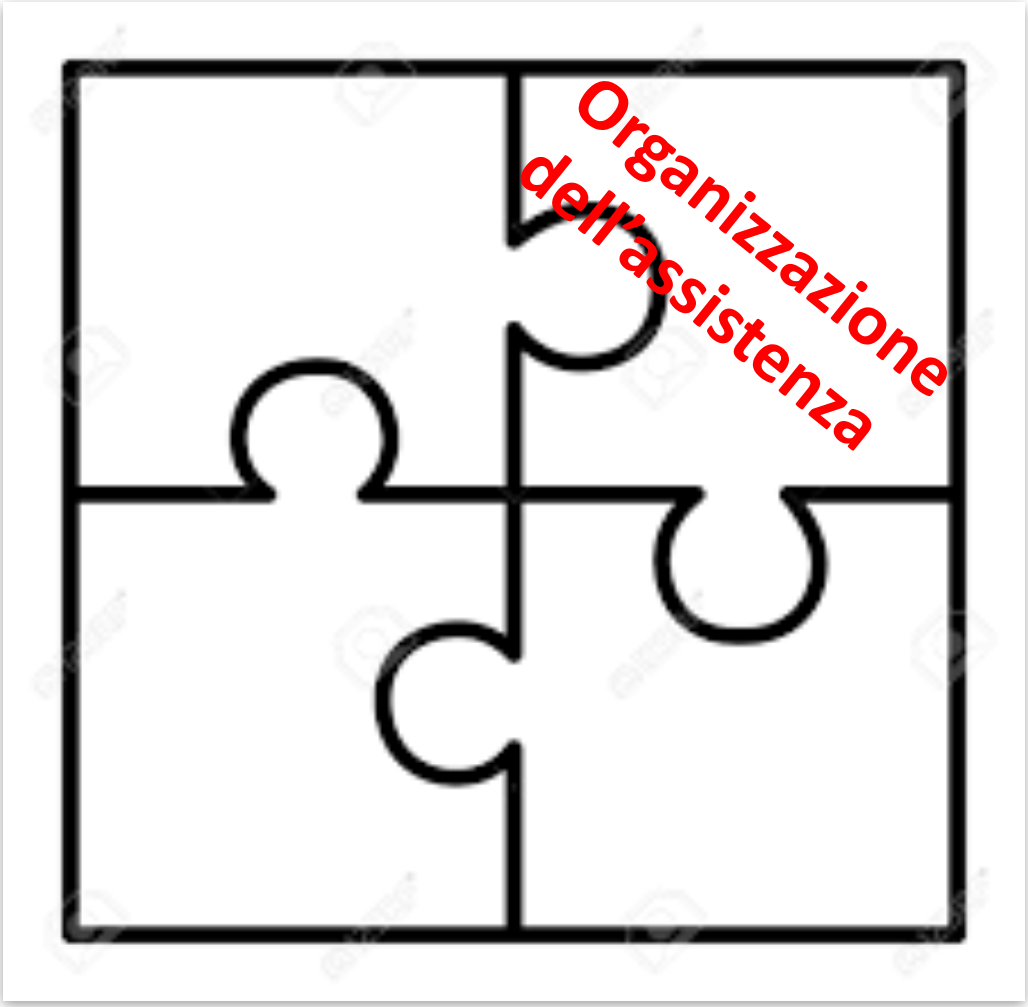
Mentre il **51%** dei diabetologi dichiara di chiedere ai propri assistiti come il diabete impatta sulla loro vita

…. solo il **19%** di loro dichiara che ciò viene richiesto dal medico

Negli ultimi 12 mesi, qualcuno del suo team diabetologico ha verificato……

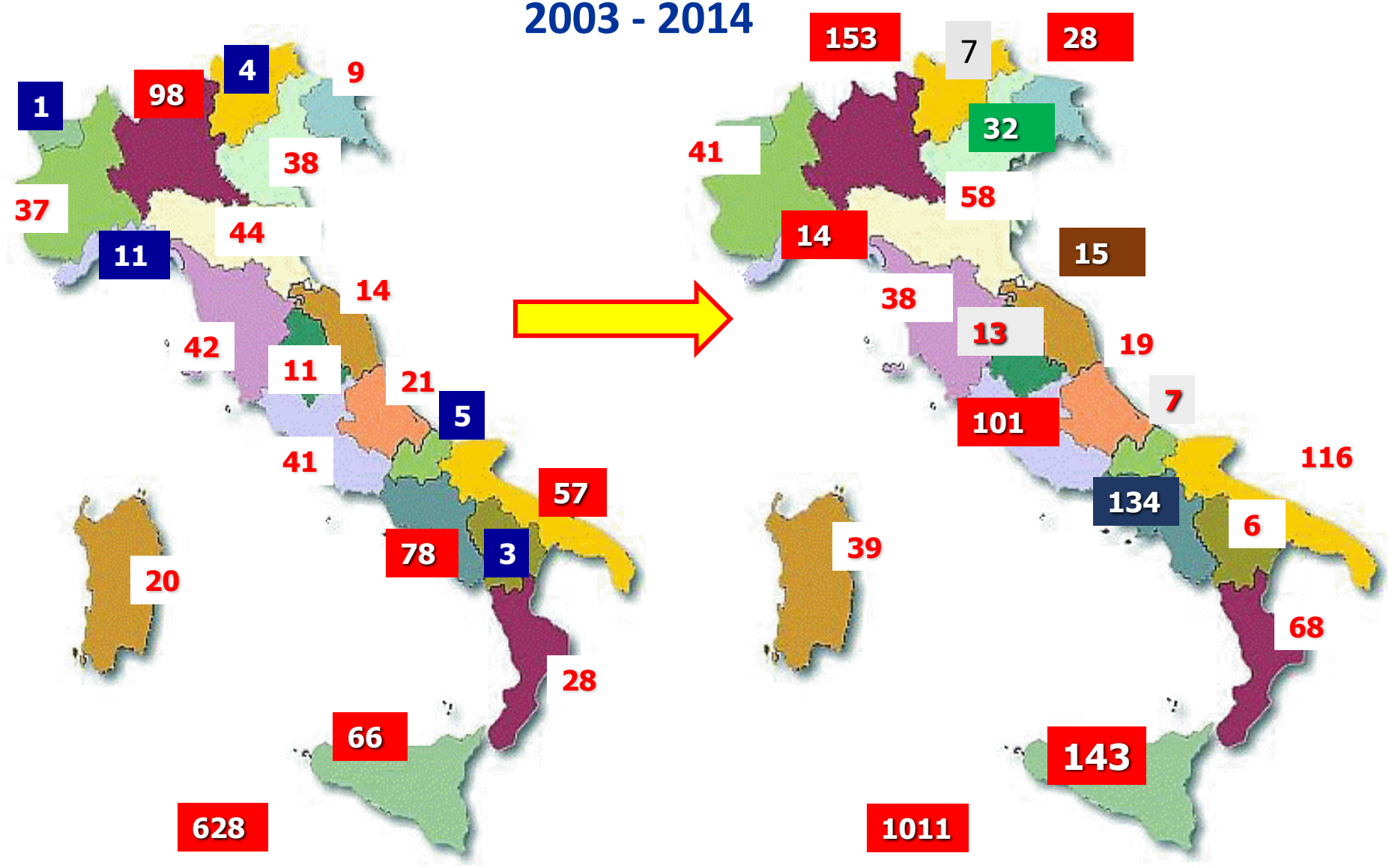
- Il **71%** ha controllato il livello di controllo metabolico (HbA1c)
- Il **49%** ha chiesto informazioni sulla dieta
- Il **33%** ha chiesto sul livello di stress o depressione

DAWN2
DIABETES ATTITUDES WISHES & NEEDS


Organizzazione
dell'assistenza

Come è organizzata l'assistenza e come dovrebbe essere organizzata?

Distribuzione geografica delle Strutture Diabetologiche 2003 - 2014



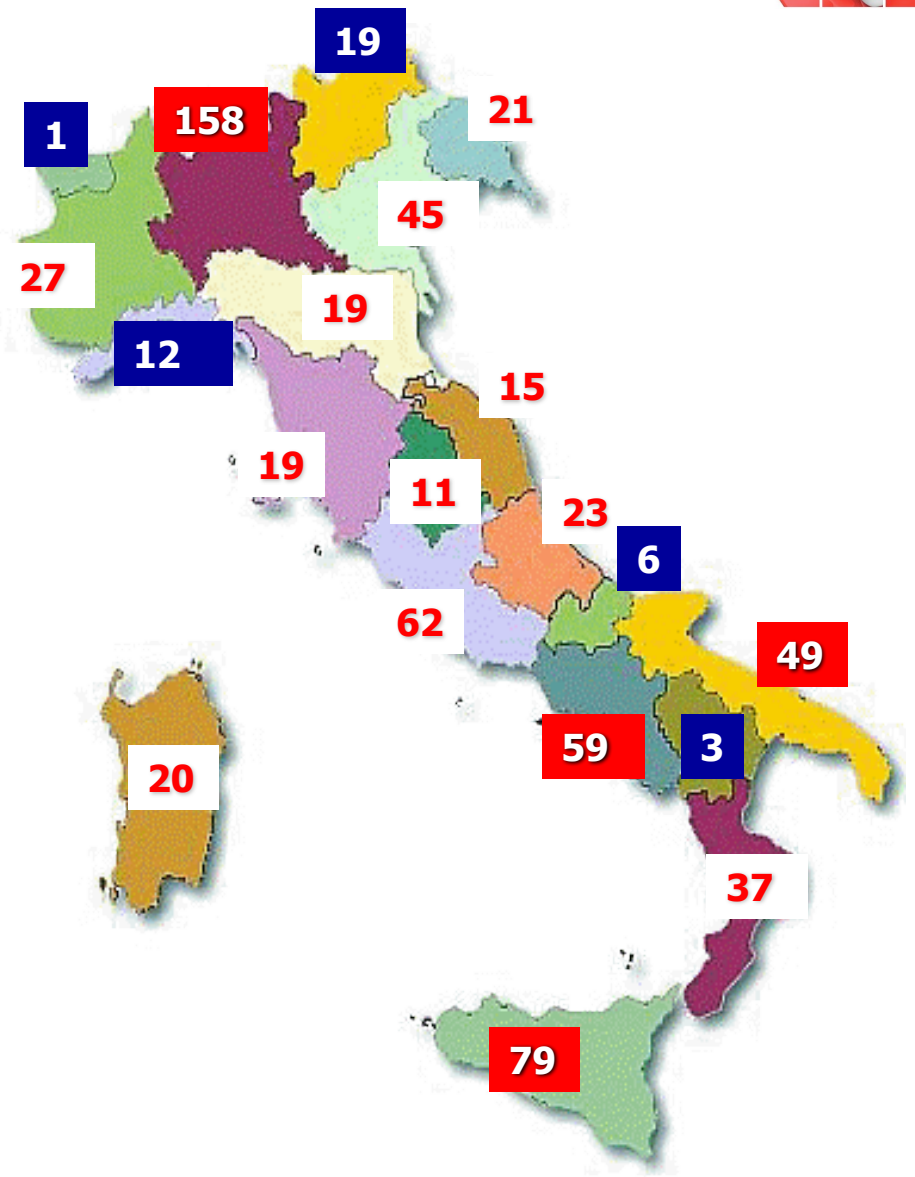
PROGETTO ALGORITMO PDTA

ROMA - 6 Luglio 2017

TIP - CLASSIFICAZIONE CENTRI	
1	Strutture (o Unità) Complesse con varie articolazioni
2	Strutture (o Unità) a Valenza Dipartimentale con varie articolazioni
3	Strutture (o Unità) Semplice
4	Distretto con ambulatori specialistici
5	Ambulatori Specialistico ospedaliero divisionale
6	Privati accreditati

regione	1	2	3	4	5	6	TOTALE
ABBRUZZO	0	12	1	3	3	0	19
BASILICATA	1	0	2	2	1	0	6
CALABRIA	4	12	4	22	22	4	68
CAMPANIA	5	9	26	34	25	35	134
EMILIA-ROMAGNA	6	12	6	8	18	8	58
FRIULI	0	4	7	0	17	0	28
LAZIO	13	7	6	48	20	7	101
LIGURIA	2	4	1	1	5	1	14
LOMBARDIA	5	9	31	13	48	47	153
MARCHE	3	12	0	0	0	0	15
MOLISE	1	0	1	1	3	1	7
PIEMONTE	15	13	2	5	6	0	41
PUGLIA	2	0	4	67	40	3	116
SARDEGNA	7	0	16	6	8	2	39
SICILIA	8	13	4	70	42	6	143
TOSCANA	6	2	5	0	24	1	38
TRENTINO	0	0	4	0	3	0	7
UMBRIA	0	2	4	2	5	0	13
VENETO	5	10	4	0	10	3	32
TOTALE	83	121	128	282	300	118	1032

Distribuzione geografica delle Strutture Diabetologiche 2016



Totale Strutture Censite 618

L'assistenza diabetologica in Italia

Annals of Global Health
VOL. 81, NO. 6, 2015
ISSN 2214-9996
http://dx.doi.org/10.1016/j.aogh.2015.12.013
© 2015 Icahn School of Medicine at Mount Sinai

STATE-OF-THE-ART REVIEW

State-of-the-Art Review on Diabetes Care in Italy

Olga Disoteo, MD, Franco Grimaldi, MD, Enrico Papini, MD, FACE, Roberto Attanasio, MD, PhD, Laura Tonutti, MD, Maria Antonietta Pellegrini, MD, Rinaldo Guglielmi, MD, Giorgio Borretta, MD
Milan, Udine, Rome, and Cuneo, Italy

- legge 115/1987
- PND
- Diabetes Monitoring (Osservatorio ARNO, Annali AMD)

L'assistenza diabetologica in Italia

Legge 115/1987

- In Italia la cura della persona con diabete è sancita dalla legge 115/1987 "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito" , fortemente voluta dalla FAND (Federazione Nazionale Associazioni Diabetici) e supportato dalle Società Scientifiche Diabetologiche.
- Regolamenta e 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
- Prevede la collaborazione Diabetologo con il MMG, figura d'importanza fondamentale nell'assistenza integrata al diabetico, e col distretto sanitario al fine di garantire la maggiore equità e qualità di cura possibile
- Successivamente diverse regioni hanno aderito con leggi regionali(Gestione Integrata)

Alle Regioni si raccomanda di:

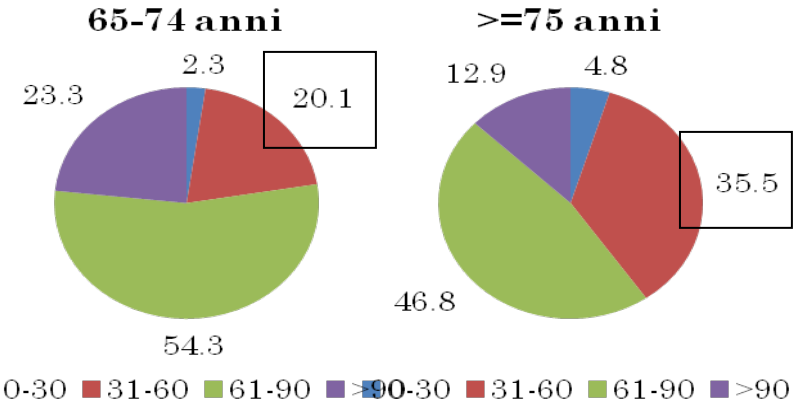
- Individuare un modello di rete assistenziale definito in tutte le sue articolazioni locali, omogeneo su tutto il territorio, frutto di una scelta condivisa tra gli attori del sistema presenti a livello regionale, ivi comprese le Associazioni di cittadini e pazienti. Qualunque modello di rete adottato dovrebbe essere in grado di:
- offrire prevenzione, diagnosi e cura nel modo più efficace ed efficiente possibile;
- offrire continuità assistenziale come la patologia cronica del diabete richiede;
- integrare i vari livelli di cura, dalle cure primarie ai centri specialistici fino alla rete ospedaliera;
- connettere non solo le strutture ma anche operatori e dati - possibilmente anche per via informatica- al fine di favorire lo scambio delle informazioni cliniche;
- salvaguardare le peculiarità proprie dei Centri Diabetologici.

L'età avanzata

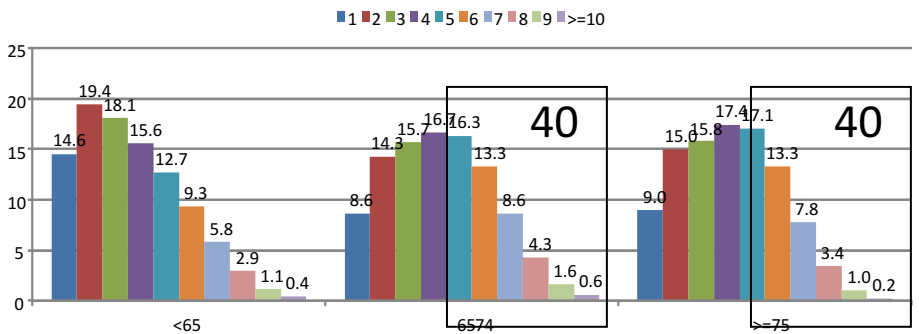
Prevalenza della popolazione di età >=65 anni in Italia e proiezioni (ISTAT)

Necessario un ridisegno strutturale e organizzativo della rete dei servizi

La ridotta funzionalità renale



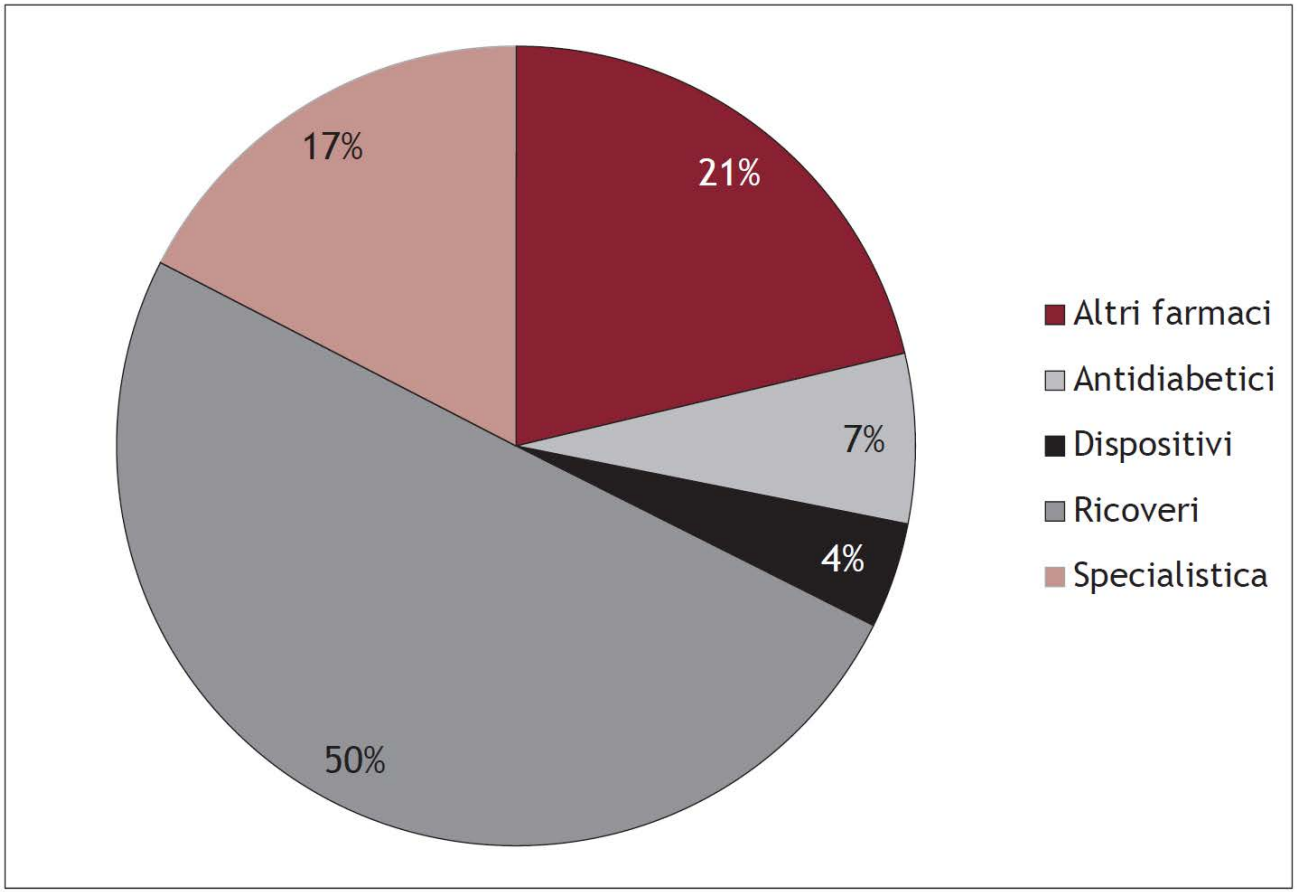
Le politerapie e le pluripatologie



Il diabete una malattia costosa

OSSERVATORIO ARNO DIABETE 2015

Composizione percentuale della spesa nei 3 flussi



La "comunicazione moderna"

RIVOLUZIONE TECNOLOGICA

↓

INFORMATIZZAZIONE

INTERNET

TELEMEDICINA

RETI

↓

SOCIAL NETWORK

TEMPESTIVITA'

PIANIFICAZIONE

QUALITA' DELLE CURE

3. STRUMENTI PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

Rendere autonoma la persona con diabete nella cura e nella gestione del percorso assistenziale.

Percorsi Assistenziali condivisi.

Rete assistenziale con forte integrazione professionale e una buona comunicazione con le Associazioni di Volontariato.

Servizi di diabetologia con team multi professionale dedicato che prendano in carico, sempre in integrazione con il MMG, i pazienti secondo livelli diversi di intensità di cura e fungano da consulenti per i MMG.

Organizzazione dell'ambulatorio del MMG orientata alle gestione delle malattie croniche.

Sistemi di misura e di monitoraggio della qualità delle cure erogate volti al miglioramento professionale e organizzativo continuo.

Sistemi efficaci di comunicazione e di integrazione multidisciplinare.

Coinvolgimento del Distretto, e delle Direzioni Sanitarie ospedaliere e presa in carico della persona con diabete attraverso la valutazione dell'intensità di cura (*triage*).

Rimozione degli ostacoli amministrativi che rendono difficile e\o diseguale l'accesso alle cure delle persone con diabete.

Classi di intensità di cura

Classe 1: pazienti critici **e/o** fragili, con complicanza e/o una situazione clinica per cui vi è un serio e grave pericolo per la vita o l'autosufficienza (es: infarto acuto, coma, intervento di bypass, sepsi, amputazione; comunque ogni situazione che comporti un ricovero ospedaliero urgente) .

Classe 2: pazienti che presentano una complicanza acuta in atto e che necessitano di un intervento specialistico urgente, anche in regime di ricovero, ma che non sono in immediato pericolo di vita e/o di disabilità (es: piede in gangrena, angioplastica, grave scompenso metabolico senza coma, recente e grave episodio di ipoglicemia con perdita di coscienza ma successivo recupero, paziente diabetico ricoverato in reparto non di terapia intensiva, ecc);

Classe 3: pazienti che richiedono un intervento specialistico o multidisciplinare non urgente, ma comunque indifferibile :
A) diabetico di nuova diagnosi per il quale è non differibile una definizione diagnostica, un inquadramento terapeutico e un intervento di educazione terapeutica strutturata
B) diabete in gravidanza (diabete gestazionale e gravidanza in diabetica nota);
C) paziente con complicanza acuta in atto (es: ulcera piede senza infezione, retinopatia proliferante (PDR), controllo metabolico molto instabile,….).

Classe 4: pazienti diabetici con compenso metabolico instabile; non a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare; ad alto rischio di evoluzione rapida verso una qualsiasi complicanza; pazienti che hanno avuto un evento cardiovascolare recente; piede diabetico senza ulcera.

Classe 5: Pazienti diabetici stabili, in buon compenso metabolico (**HbA_{1c}**<7,0%) ed a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare, senza complicanze evolutive in atto.

Classe 6: Pazienti diabetici caratterizzati dalla coesistenza di cronicità multiple e riduzione dell'autosufficienza (in molti casi allettati in modo permanente o prevalente).

Classe 7: comprende tutta la popolazione generale sulla quale sono necessari interventi generali o specifici sullo stile di vita per ridurre il rischio di comparsa del diabete mellito tipo 2. Comprende anche i soggetti a rischio per diabete, sui quali il MMG deve attuare interventi di screening opportunistico per la diagnosi precoce di diabete mellito tipo 2. Le eventuali neodiagnosi rimandano alla Classe 3.

DOCUMENTO DI INDIRIZZO POLITICO E STRATEGICO PER LA BUONA ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio

MT. Branca, R. Buzzetti, D. Fedele, CB. Giorda, V. Manicardi, D. Mannino,MF. Mulas,L. Pinelli, S.Squatrito,C. Suraci

Nel nostro Paese esiste una rete di strutture specialistiche per l'assistenza al paziente con diabete che ha una diffusione capillare e assiste la maggior parte dei pazienti facendosi anche carico di alcuni aspetti della gestione della malattia non strettamente specialistici.

Questa peculiarità del nostro modello assistenziale ha portato però a una proliferazione di Strutture di Diabetologia con caratteristiche molto diverse tra di loro: centri diabetologici strutturati (con personale, strutture e risorse autonome) intraospedalieri ed extraospedalieri, ambulatori nell'ambito di varie unità operative (Medicina interna, Geriatria ecc.), specialisti ambulatoriali, convenzionati esterni, che non sempre sono gestiti da personale specialistico, e non sempre presentano i requisiti minimi per un'adeguata assistenza al paziente diabetico. Inoltre, la creazione di tutte queste strutture, spesso non programmata sulla base delle esigenze del territorio, comporta anche una frammentazione delle risorse.

Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio

una "fotografia dell'esistente" che sia la più reale possibile. L'ultimo censimento delle Strutture di Diabetologia realizzato dall'Associazione Medici Diabetologi (AMD) nel 2003 nell'ambito del "Rapporto Sociale sul Diabete 2003" individua diverse tipologie: strutture complesse, strutture semplici, strutture ambulatoriali (ospedaliere e territoriali), per un totale di 628 centri diabetologici. Il 41% di queste strutture è distribuito al Sud e nelle Isole, il 38% al Nord e il 21% al Centro. Al Sud prevalgono le strutture più piccole e più diffuse sul territorio, mentre al Centro e al Nord prevalgono le strutture più complesse.

La maggior parte delle strutture opera all'interno di un'Azienda Sanitaria Locale (55%), il 30% fa parte di un'Azienda Ospedaliera, il 6% fa capo a una struttura universitaria e il 9% fa riferimento ad altri Enti.

La stragrande maggioranza delle strutture (70%) non ha una collaborazione continuativa con il medico di medicina generale.

L'assistenza diabetologica in Italia

- Ristrutturazione delle diabetologie per i seguenti motivi:
  - criteri di mantenimento di SC in base a indicazioni AGENAS
  - blocco del turnover del personale su piante organiche fortemente sottodimensionate rispetto all'aumento di prevalenza
  - accorpamenti di ASL
  - definizione da parte della Regione delle strutture Hub in base alla presenza dei DEA
  - eccessiva parcellizzazione delle strutture sul territorio
- Gestione integrata non codificata in modo corretto e sbilanciata sulla Medicina Generale
- Mancata specializzazione delle diabetologie (pochi ambulatori per DMT1 e GDM)

ASL, AO/AOU, IRCCS nel 2017 saranno 196, nel 1980 erano 642 *(Fonte:FIASO)*

Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio

Caratteristiche di base di una Struttura di Malattie Metaboliche e Diabetologia e requisiti minimi

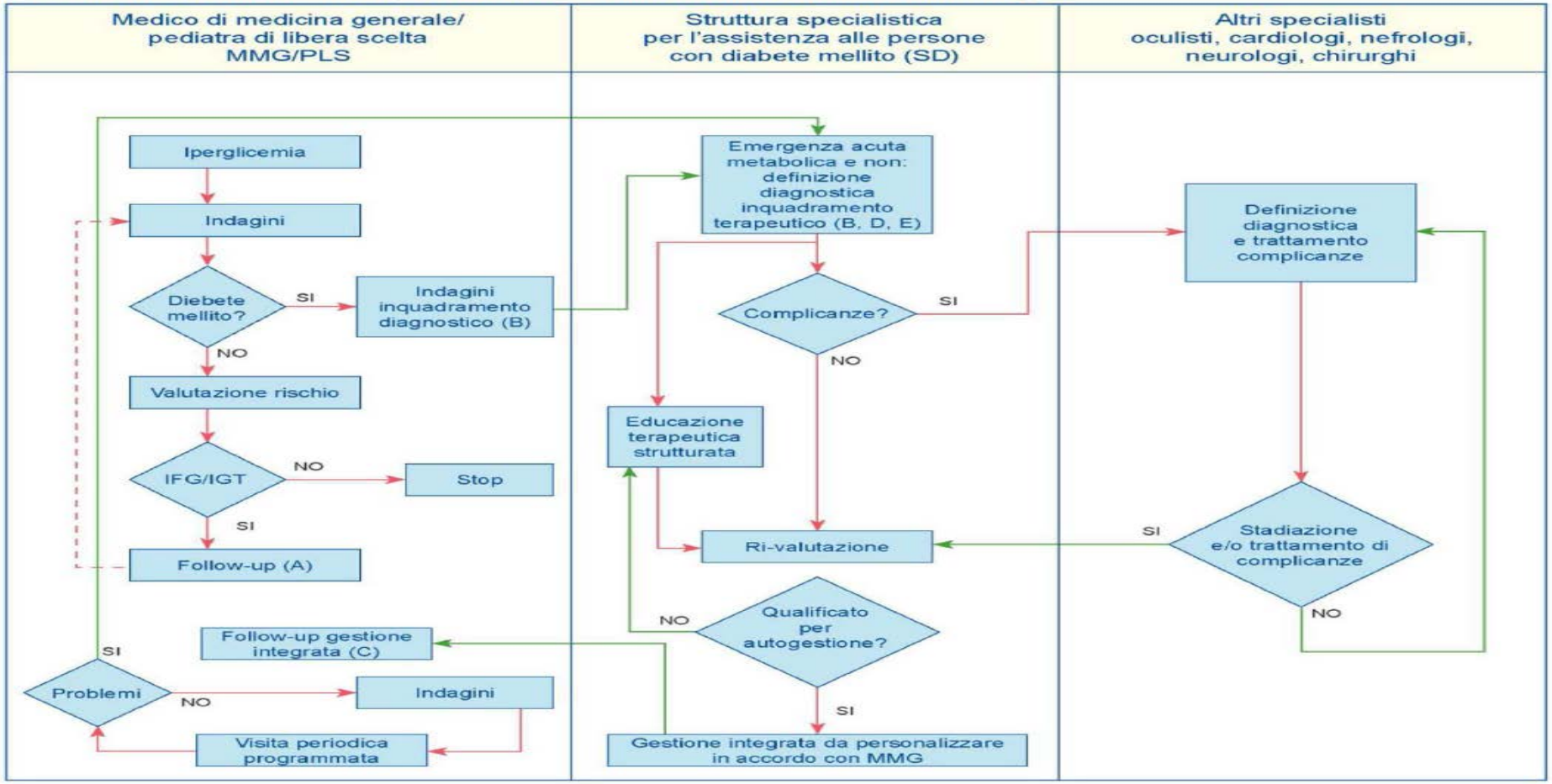
La Struttura di Malattie Metaboliche e Diabetologia cura, quindi, il paziente con malattie metaboliche e, trattandosi di malattie croniche, al fine di assicurare un'assistenza efficace/appropriata (riduzione di mortalità, morbilità e ricoveri, razionalizzazione ottimale delle risorse, limitazione della variabilità delle prestazioni) sono necessari i seguenti elementi:

1. Team multiprofessionale dedicato
2. Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)
3. Integrazione con la Medicina generale e la Medicina del territorio
4. Misurazione dei risultati.

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

Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio

Flow-chart 10. Ruoli e compiti del MMG e della Struttura di Diabetologia



Documento AMD-SID-SIEDP-OSDI Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio

Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio

Tabella 11. Tipologie organizzative delle Strutture Diabetologiche

TIPOLOGIA A	Attività	Note particolari
Strutture intraospedaliere	Operano "a ponte" sia sul territorio sia nell'ospedale. Nell'ospedale esplicano la consulenza al paziente ricoverato	Per migliorare gli esiti e ridurre le degenze è fondamentale l'assistenza al diabetico in ospedale (1 su 5 di tutti i ricoveri)
Strutture territoriali	Operano sul territorio, ma sono coordinate con l'ospedale tramite percorsi concordati e condivisi	Dotate di team diabetologico operante su più sedi
Specialisti ambulatoriali in convenzione organizzati in rete sul territorio	Operano sul territorio, ma sono coordinati con l'ospedale tramite percorsi concordati e condivisi	Fondamentale il lavoro in team. È da prevedere adeguata dotazione di personale non medico
TIPOLOGIA B		
Strutture ospedaliere con posti letto di degenza ordinaria per prestazioni a elevata complessità assistenziale pluridisciplinare	.	

Documento AMD-SID-SIEDP-OSDI Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio

Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio

Tabella 2. Tipologia A - Standard accettabile/ottimale per 100.000 abitanti e costi per anno in migliaia di euro

4 diabetologi	€ 480
8 infermieri	€ 480
1 dietista	€ 60
1 amministrativo	€ 60
overheads 20%	€ 216
Totale	**€ 1296**
Per abitante	**€ 12,96**

Riorganizzazione dei sistemi sanitari: le Reti

Esigenza: razionalizzare offerta assistenziale talvolta inadeguata

Obiettivo: migliorare le prestazioni, renderle più efficienti e ridurne i costi

Risposta organizzativa → modelli a rete

- **Società scientifiche**

La **diabetologia del futuro** sarà "*il prodotto dell'integrazione tra assistenza sanitaria di base e specialistica, articolata nella rete italiana dei Servizi di Diabetologia, ospedalieri e territoriali*"

- **Piano sulla Malattia Diabetica**

"*creazione di una rete che valorizzi le diverse e specifiche competenze*" (non modello predefinito: da contestualizzare!)

- **Patto per la Salute 2014-2016**

AMD, SIMG, SID. "Documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza alle persone con diabete"
AMD, SIEDP, SID, OSDI. "Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio"

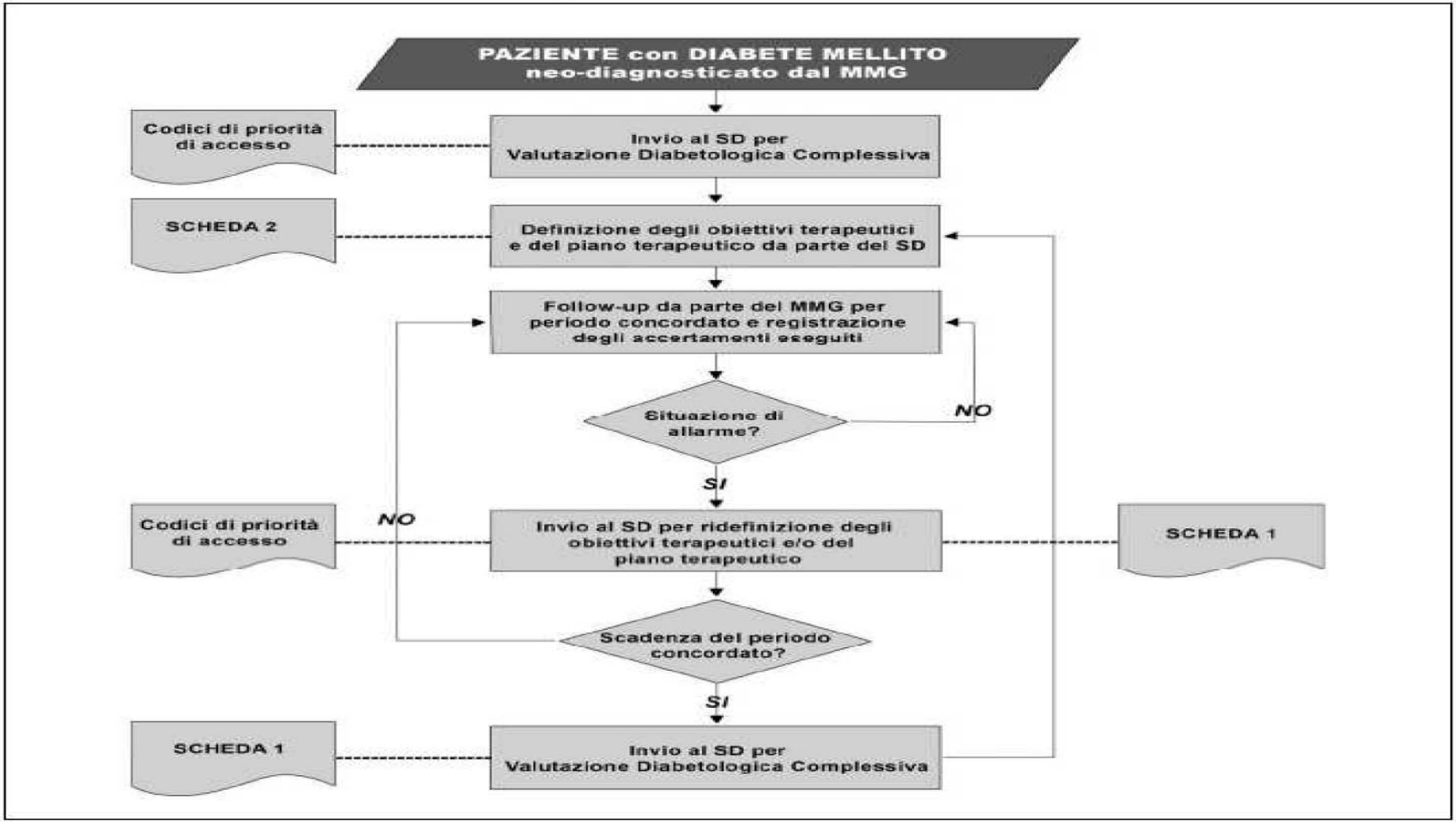
Vantaggi della costituzione di una Rete Assistenziale

VANTAGGI

1. superare le disomogeneità territoriali
2. assicurare maggiore equità assistenziale
3. migliorare gli standard di trattamento (sempre più elevati)
4. semplificare l'accesso dei pazienti ai servizi
5. individuare, realizzare e adottare PDTA uniformi

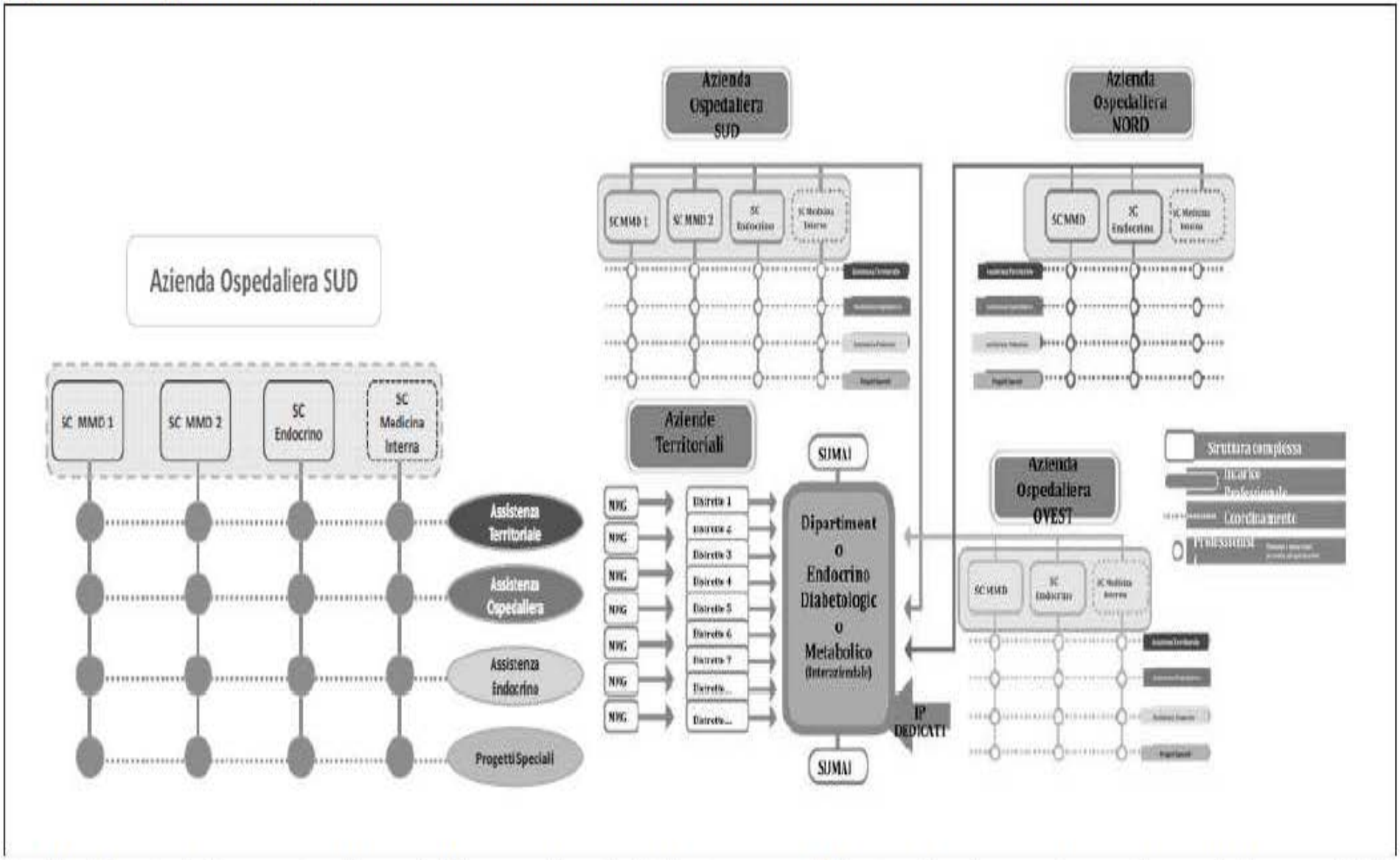
"lo sviluppo del modello di assistenza della Gestione Integrata prevede che il MMG o le sue organizzazioni nel Distretto siano il reale Spoke, mentre il Servizio di Diabetologia ed eventuali ambulatori dedicati svolgano il ruolo di Hub dell'attività diabetologica ordinaria"

Flow-chart 10. Percorso assistenziale del paziente diabetico



Veglio M. et al. Proposta di modelli organizzativi di rete ospedale-territorio per la gestione della cronicità MECOSAN anno XXI n.87 luglio-settembre 2013: 81-99

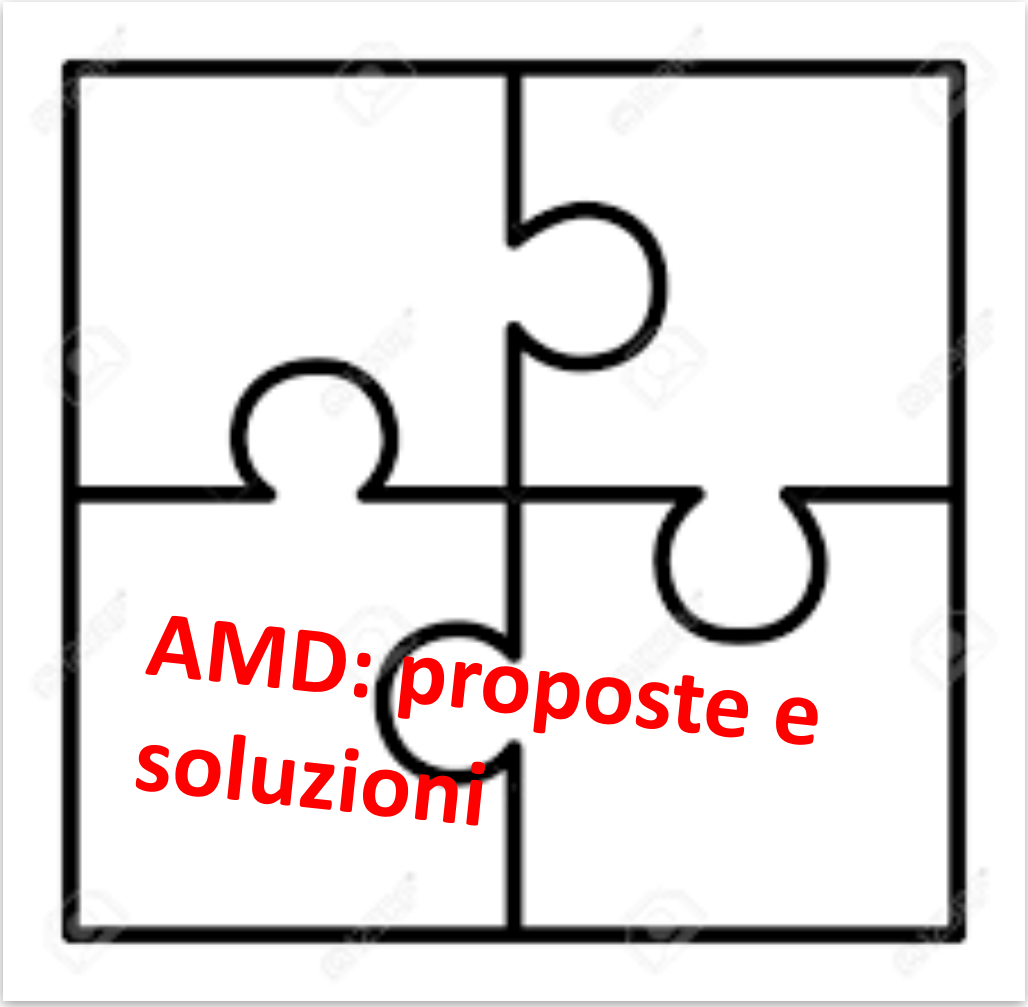
Figura 8. Proposta 3: Dipartimento Funzionale Endocrino Metabolico Interaziendale



Veglio M. et al. Proposta di modelli organizzativi di rete ospedale-territorio per la gestione della cronicità MECOSAN anno XXI n.87 luglio-settembre 2013:81-99

Modello gestionale ideale della persona diabetica

- educare il paziente ad una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura (**Empowerment**)
- creare un'organizzazione dell'assistenza adeguata, diversa da quella dell'acuto (**Chronic Care Model**)
- stabilire una **comunicazione efficace** tra i diverso livelli assistenziali per la realizzare concretamente la continuità assistenziale attraverso una integrazione multidisciplinare
- sviluppare una **buona comunicazione** tra la Rete assistenziale e le Associazioni di volontariato
- **monitorare i processi di cura** definiti dall'implementazione delle linee guida di riferimento (monitoraggio della qualità delle cure erogate volto al miglioramento professionale e organizzativo continuo), realizzando **banche dati cliniche e amministrative (informatiche)** che permettano di seguire nel tempo il paziente
- **coinvolgimento del Distretto e delle Direzioni Sanitarie ospedaliere e presa in carico** della persona con diabete attraverso la valutazione dell'intensità di cura (triage)
- **rimozione degli ostacoli organizzativi e amministrativi** che rendono difficile e/o diseguale l'accesso alle cure delle persone con diabete


AMD: proposte e soluzioni

Come si pone AMD riguardo alla riorganizzazione dell'assetto assistenziale della diabetologia

ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI
1974

PROGETTO ALGORITMO PDTA

ROMA - 6 Luglio 2017

subito! AMD

Safe Uniform Behavioral and drug Intensive Treatment for Optimal control

Il grande progetto 2009-2013 della Diabetologia Italiana

"Dalla 'CURA' al 'PRENDERSI CURA' della persona"

Safe Uniform Behavioral and drug Intensive Treatment for Optimal control

SUBITO! by AMD

PROGETTO ALGORITMO PDTA

ROMA - 6 Luglio 2017

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

16 Gennaio 2014
Grand Hotel Mediterraneo, Firenze

La risposta a queste sfide è l'*APPROPRIATEZZA* *del trattamento*

NICE (Need is core of effectiveness)

Misurare il valore del diabetologo e del team

- **Attribuzione di valore alle peculiarità della nostra specialità**
- **valorizzare, all'interno di un moderno Chronic Care Model, il ruolo della diabetologia**
- **Identificare le attività diabetologiche a maggior valore e le competenze necessarie per realizzarle**
- **Misurare la valorizzazione della performance della Diabetologia**

In concreto

Gli Annali ci danno il report della nostra attività,

Vogliamo arrivare ad avere

dati misurati comprovanti e caratterizzanti la specificità del diabetologo

CIÒ PERCHÉ DIVENTI INDISCUTIBILE PER CHIUNQUE

CHE UN DIABETOLOGO POSSA ESSERE SOSTITUITO SOLO DA UN DIABETOLOGO

PROGETTO SYNTHĔSIS

dal greco *σύνθεσις* ossia "composizione", a sua volta derivato da *συντίθημι*, cioè "mettere insieme"

SUBITO

subito
competenza
SYNTHESIS
innovazione
appropriatezza

E' necessario assumere una visione olistica «PERSON CENTRED» della salute e del bisogno di cura

DISEASE-CENTRED MODEL

Focus sulla cura della malattia

PATIENT-CENTRED MODEL

Focus sul paziente e sulla gestione della cura nel contesto sanitario

Focus sulla persona e sulla gestione della cura nel contesto allargato

G. Graffigna – Università Cattolica di Milano

CHRONIC CARE MODEL

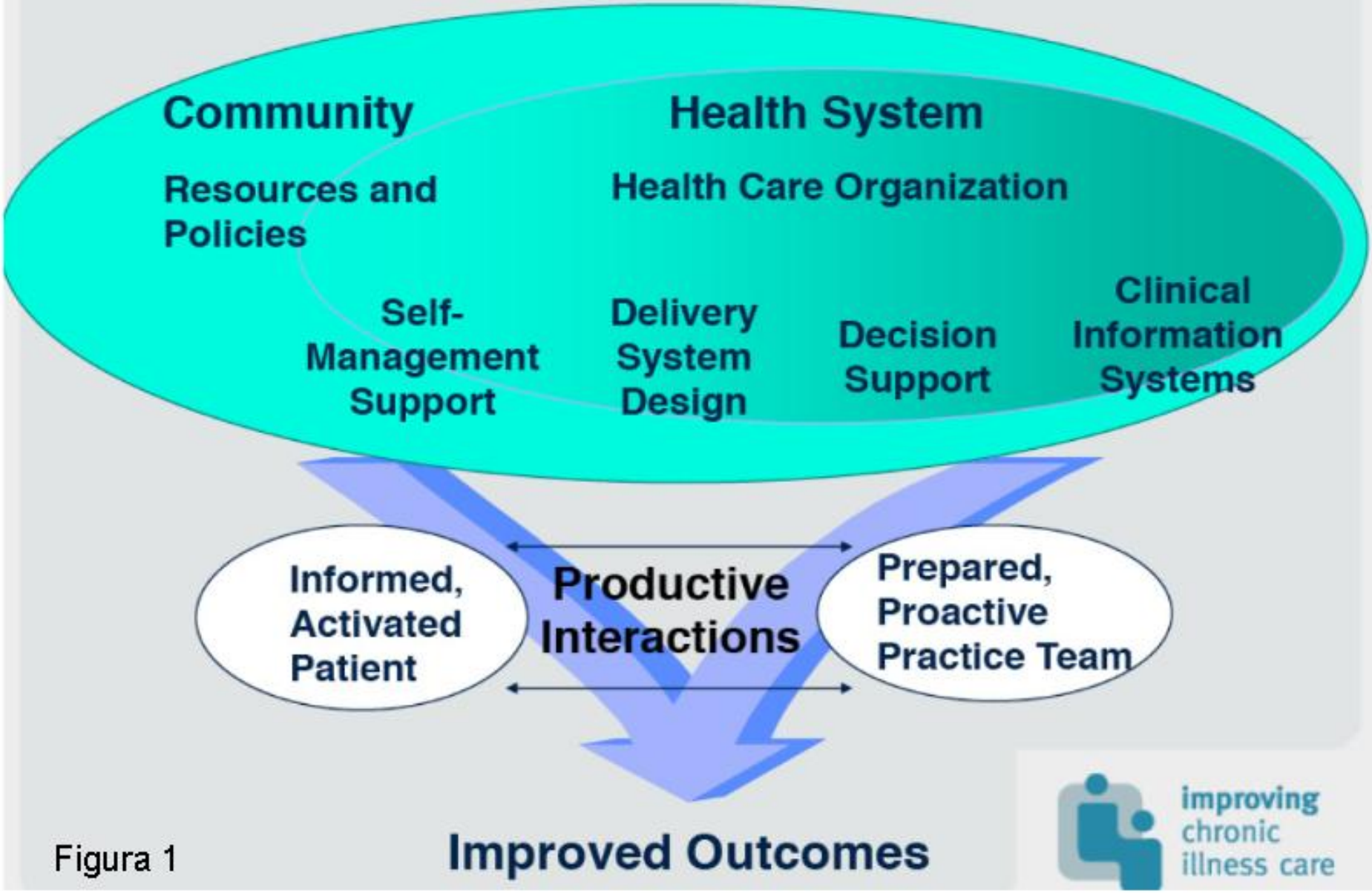


Figura 1

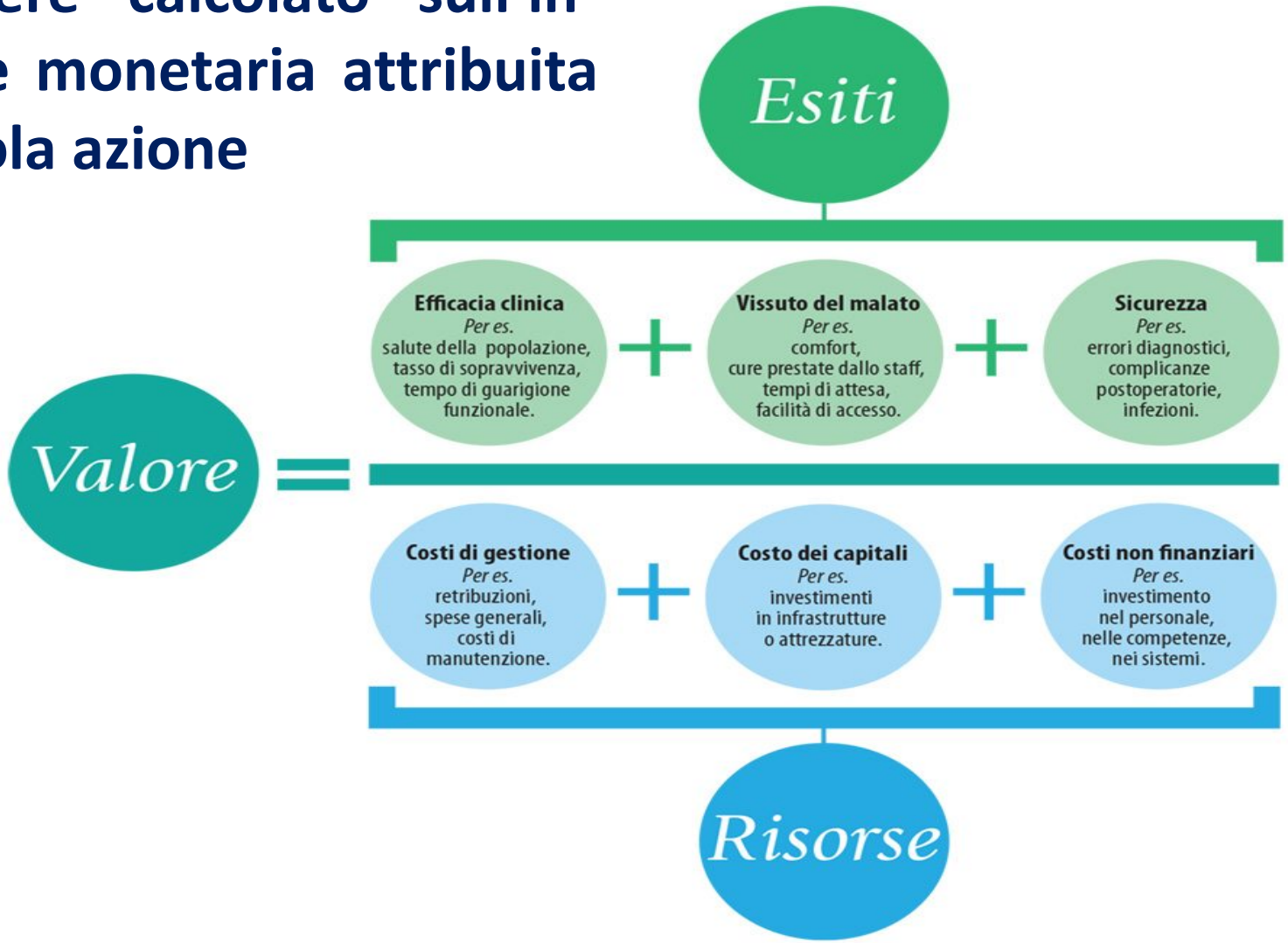
PIANO NAZIONALE SULLA MALATTIA DIABETICA

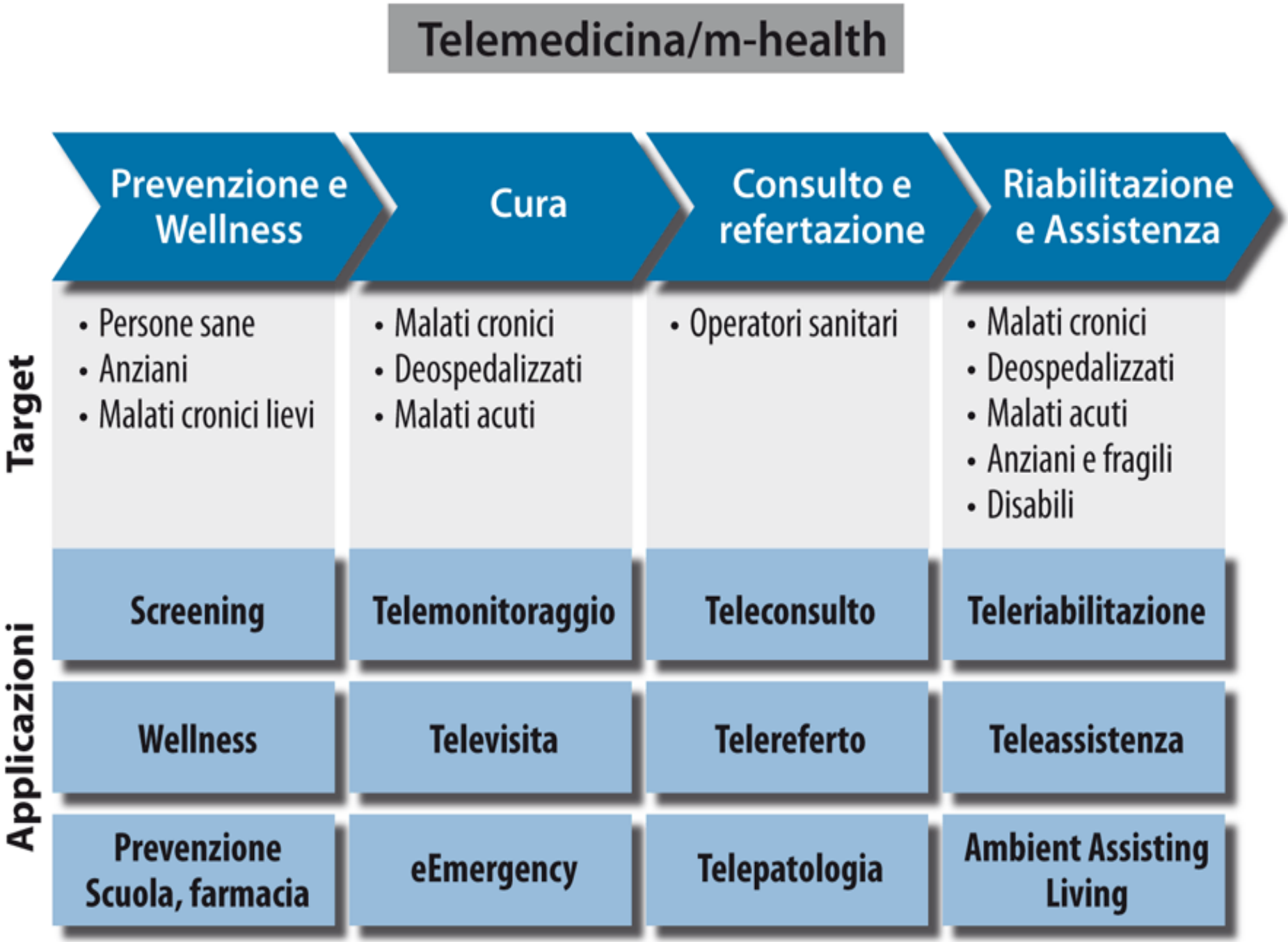
PIANO NAZIONALE SULLA CRONICITA'

ASPETTI DA MIGLIORARE

- ORGANIZZAZIONE
- RISORSE
- COMPETENZE E VALORE
- INNOVAZIONE/TECNOLOGIE
- STRESS E BURNOUT DEGLI OPERATORI

Il "valore" delle attività non può essere calcolato sull'indicazione monetaria attribuita alla singola azione




Telemedicina/m-health
Prevenzione e Wellness
Cura
Consulto e refertazione
Riabilitazione e Assistenza
Target
• Persone sane
• Anziani
• Malati cronici lievi
• Malati cronici
• Deospedalizzati
• Malati acuti
• Operatori sanitari
• Malati cronici
• Deospedalizzati
• Malati acuti
• Anziani e fragili
• Disabili
Applicazioni
Screening
Telemonitoraggio
Teleconsulto
Teleriabilitazione
Wellness
Televisita
Telereferto
Teleassistenza
Prevenzione Scuola, farmacia
eEmergency
Telepatologia
Ambient Assisting Living

BIG DATA

Esempi di sorgenti di dati per ricerche sul diabete
Annali AMD
Dati AIFA/OSMED
Rapporto ISTAT
Dispositivi medici - Anno 2015 - Spesa rilevata per Azienda Sanitaria
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero(dati SDO)
Analisi dell'evento nascita (CeDAP)

Il futuro di AMD

- ✓ Sviluppare modelli di **telemedicina** applicabili alla gestione del diabete e implementare la **"comunicazione moderna"**: una comunicazione molto più rapida può dare un ottimo contributo alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria **incrementando l'equità e l'accessibilità dei servizi** e **aumentando la qualità delle cure** grazie alla disponibilità di dati continuamente aggiornati

- ✓ Utilizzare **sistemi informatici** per acquisire dati utili al processo decisionale (**Big Data**)

- ✓ Utilizzare **registri basati sulla popolazione** (tra cui quelli relativi alla Medicina Generale e all'ospedalizzazione) come **base d'informazioni per il processo decisionale** e per la definizione delle priorità, favorendo il confronto con gli altri Paesi

- ✓ Utilizzare i**ndicatori di processo e di esiti** sul diabete, al fine di impostare obiettivi nazionali per la qualità delle cure e valutare i progressi attraverso l'attuazione di sistemi di monitoraggio a livello nazionale e regionale e all'interno dei differenti livelli di assistenza sanitaria

You treat a disease,you win ,you lose.You treat a person,I guarantee you,you 'll win,no matter what the outcome

Se si cura una malattia si vince o si perde, se si cura una persona, vi garantisco che, in quel caso, si vince qualunque esito abbia la terapia.

(Patch Adams)