

Congresso
AMD-SID
Emilia-Romagna

L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA
IN EMILIA-ROMAGNA:
UN IMPEGNO PER TUTTI

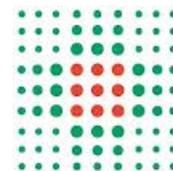
9 e 10 ottobre 2015

Presentazione
Convegno AMD-SID
Emilia Romagna



R.Cavani

Presidente AMD ER



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

PRESENTAZIONE



I contenuti del Piano Nazionale Diabete

La strategia italiana contro il diabete ha radici lontane: si fonda sulla legge 115/87 e si concretizza ora con il Piano Sanitario Nazionale sul Diabete. Esso si basa su:

- 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 famigliari 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.

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.

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, sulla società
- Può provocare gravi complicanze croniche
- Perché 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)

PRESENTAZIONE

Recepimento Piano Nazionale Diabete (DGR 540/2014) in ER

Mission:

Partendo dai 10 Obiettivi del PND e dall'accordo Stato-Regione , utilizzare i Gruppi di lavoro regionali multiprofessionali che hanno elaborato attività per la realizzazione degli obiettivi, coordinando i prodotti che entreranno nella Determina

PRESENTAZIONE



Linee guida terapeutiche / 5

Nuovi farmaci incretino-mimetici per la cura del diabete

Gruppo di lavoro sui farmaci per il diabete

Babini A.C. (AUSL di Rimini)
Cavani R. (AUSL di Modena)
Ciardullo A.V. (AUSL di Modena)
Ciavarella A. (AOSP-Universitaria di Bologna)
Cimicchi M.C. (AUSL di Parma)
Cioni G. (AUSL di Modena)
Coscelli C. (AOSP-Universitaria di Parma)
Di Bartolo P. (AUSL di Ravenna)
Di Pasquale A. (AUSL di Rimini)
Gavioli B. (AUSL di Rimini)
Giroldini R. (AUSL di Modena / Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale)
Marchesini Reggiani G. (AOSP-Universitaria di Bologna)
Manicardi E. (AOSP di Reggio Emilia)
Manicardi V. (AUSL di Reggio Emilia)
Masina M. (AUSL di Bologna)
Menozzi R. (AOSP-Universitaria di Modena)
Miselli M. (AUSL di Reggio Emilia)
Miselli V. (AUSL di Reggio Emilia)
Navazio A. (AUSL di Reggio Emilia)
Nizzoli M. (AUSL di Forlì)
Pasi E. (AUSL di Bologna / Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale)
Pelizzola D. (AUSL di Ferrara)
Piovaccari G. (AUSL di Rimini)
Portioli I. (AOSP di Reggio Emilia)
Ricco D. (AUSL di Reggio Emilia)
Salsi A. (AOSP-Universitaria di Bologna)
Santini C. (AUSL di Cesena)
Sforza A. (AUSL di Bologna)
Tomasi F. (AOSP-Universitaria di Ferrara)
Zavaroni D. (AUSL di Piacenza)
Zavaroni I. (AOSP-Universitaria di Parma)
Zocchi D. (AUSL di Bologna)

Metodologia e coordinamento

Nonino F. (Area valutazione del farmaco - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale)
Magrini N. (Area valutazione del farmaco - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale)
Marata A.M. (Area valutazione del farmaco - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale)
Magnano L. (Area valutazione del farmaco - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale)

Supporto bibliografico

Bassi C. (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale)

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia Romagna

Martelli L. (Servizio Politica del Farmaco)
Sapigni E. (Servizio Politica del Farmaco)

Le criticità per il diabetologo

Mancanza di un modello codificato per la cura della cronicità

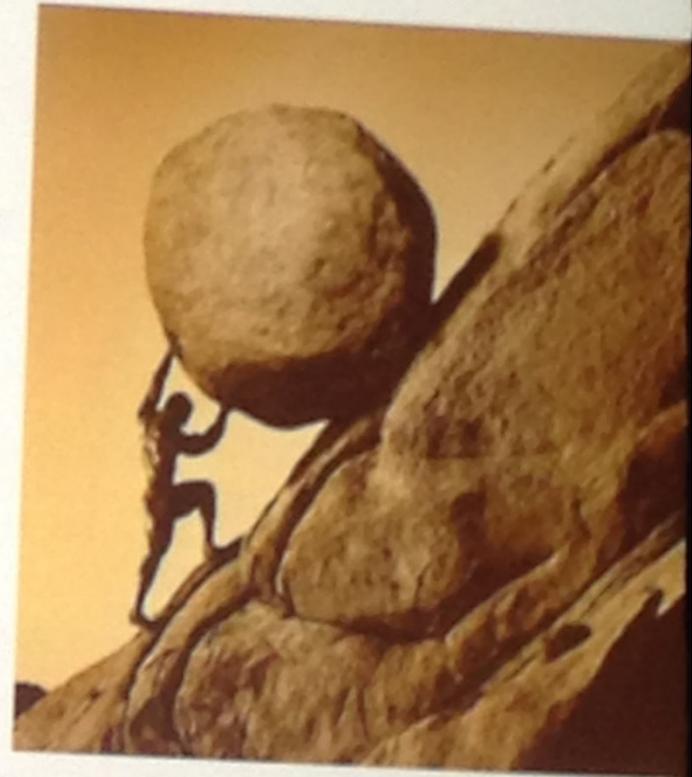
Mancanza di una visione di sistema

Complessità della malattia spesso non considerata

Il sistema di remunerazione penalizza l'attività specialistica

Carenza cronica di risorse

Quindi: estinzioni 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

PRESENTAZIONE

The AMD logo consists of the letters 'AMD' in a bold, blue, sans-serif font, enclosed within a rounded rectangular border.

1974
ANNO DI FONDAZIONE

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

The NICE logo features the word 'NICE' in a bold, blue, sans-serif font, with a small 'AMD' logo to its right. Below the text is the tagline 'need is core of effectiveness' in a smaller font.

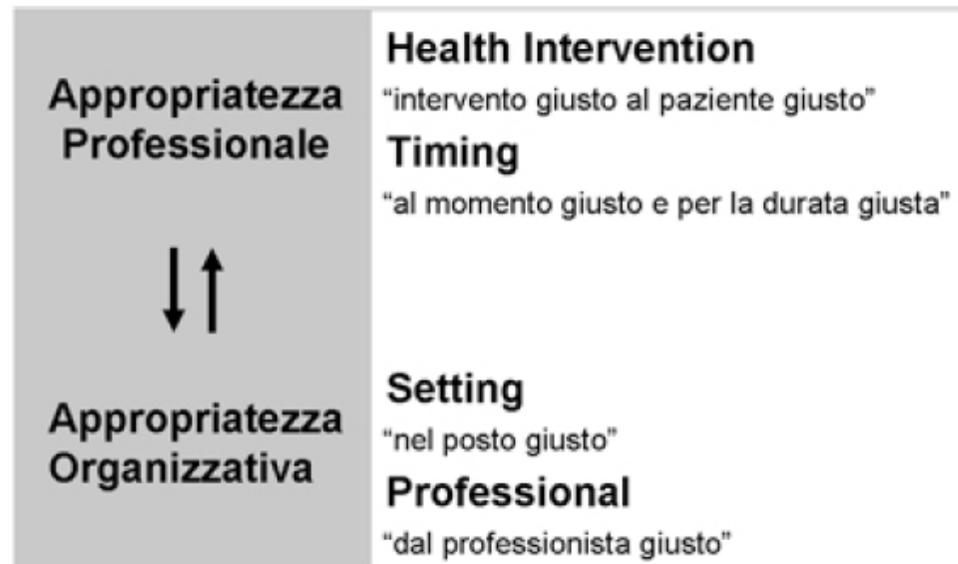
L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

A large, stylized version of the NICE logo. The word 'NICE' is rendered in a large, outlined, sans-serif font. To the right of 'NICE' is a smaller 'AMD' logo. Below the main text is the tagline 'need is core of effectiveness' in a smaller, outlined font.

PRESENTAZIONE



APPROPRIATEZZA la più ambita dimensione della qualità assistenziale



A.Cartabellotta, 2011

Nota bene: Il termine appropriatezza si riferisce a Interventi, servizi, prestazioni secondo sfumature concettuali da precisare e sui cui tutti gli attori della sanità dovrebbero intendersi

a favore di una cura sobria, rispettosa, giusta

Nota: L'appropriatezza il filo conduttore dei documenti di programmazione sanitaria nazionale dal DL 229/99 ai PSN 1998-2000, 2003-2005, 2006-2008, la normativa sui LEA che dichiara " le prestazioni che fanno parte dell'assistenza erogata non possono essere considerate essenziali se non sono appropriate

PRESENTAZIONE



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



Gli elementi distintivi

- Eterogeneità delle competenze (meglio se in team riconosciuti e dedicati)
- La rete assistenziale e di scaffolding (medicine du suivi)
- Chiara lista delle attività versus tempi coerenti (come in chirurgia)

PRESENTAZIONE



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



- **Direzioni per scrivere un lessico comune e spiegare il valore che possiamo rappresentare per i LORO obiettivi**
- **MMG ed infermieri per dividere ed integrare i diversi livelli di competenza (chi fa che cosa)**
- **I Pazienti per partire da reali bisogni e correggere la rotta**

Nota: Partire dai reali bisogni è davvero importante e merita una riflessione. Cosa si intende per reale fragilità? Se parliamo di fragilità d'organo il più fragile potrebbe identificarsi con il tipo 1 (infatti in tutti i PDTA così è declinato) Ma siamo certi che un ragazzo formato ed abile, in fase di accettazione attiva sia davvero il pz più fragile? Al contrario siamo certi che il paziente di mezza età obeso sia il meno fragile e non invece il nostro vero zoccolo duro che necessita particolare attenzione e interventi davvero efficaci?

PRESENTAZIONE



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

AMD vuole

- **Lavorare sulla figura del diabetologo come strumento di cura esso stesso,**
- **Fare un nuovo identikit per capire gli ambiti da approfondire e sui quali crescere**
- **CAPIRE E DARE VALORE ALLE PROPRIE ATTIVITA'**
- **GIUSTAMENTE COLLOCARLE NEL SISTEMA**

PRESENTAZIONE



Sono stati fondati dei gruppi specifici

La CLINICA Disease

- Algoritmo
- Appropriatazza terapeutica

La CURA illness

- In patient
- Out patient
- Slow medicine
- Governance

Firenze – Hotel Mediterraneo – 16 Gennaio 2014

PRESENTAZIONE

Facts and figures about diabetes in Italy Report

Authors:
Antonio Nicolucci
Chiara Rossi
Giuseppe Lucisano
Fondazione Mario Negri Sud

Italian Diabetes Monitor

Monitoring prevention, cure, political, social and economic facts on diabetes care

Advisory group:

Tonino Aceti, Angelo Avogaro, Emanuela Baio, Alfonso Bellia, Massimo Boemi, Graziella Bruno, Marco Cappa, Salvatore Caputo, Paolo Cavallo Perin, Marco Comaschi, Agostino Consoli, Lucio Corsaro, Domenico Cucinotta, Pierpaolo De Feo, Alberto De Micheli, Chiara De Waure, Paolo Di Bartolo, Vincenzo Falco, Bernardino Fantini, Vito Gaudiano, Carlo Giorda, Francesco Giorgino, Ranieri Guerra, Davide Lauro, Sergio Leotta, Renato Lorini, Giulio Marchesini, Domenico Mannino, Lorenzo Mantovani, Attilio Martorano, Gerardo Medea, Roberto Messina, Antonio Nicolucci, Giuseppe Paolisso, Nicola Pinelli, Claudio Pisanelli, Paola Pisanti, Chiara Rossi, Paolo Sbraccia, Federico Spandonaro, Tiziana Spinosa, Stefano Tumini, Ketty Vaccaro, Umberto Valentini, Maurizio Vanelli

© ITALIAN BAROMETER DIABETES OBSERVATORY FOUNDATION, DIABETES MONITOR

EMILIA ROMAGNA

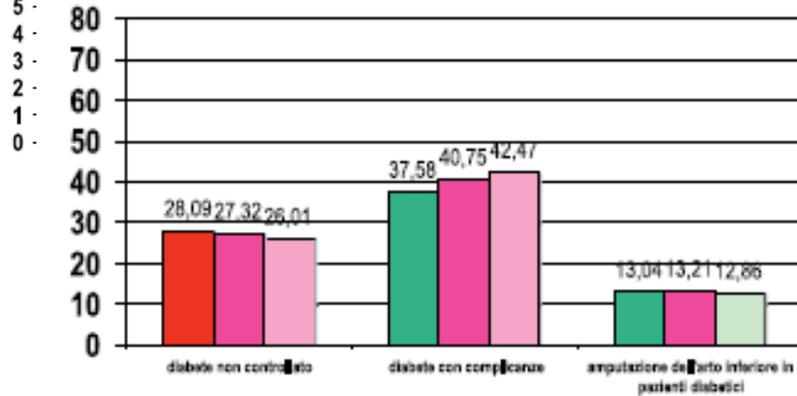
~ 217.000 diabetici

Popolazione che dichiara di essere diabetica (tasso grezzo per 100 persone)

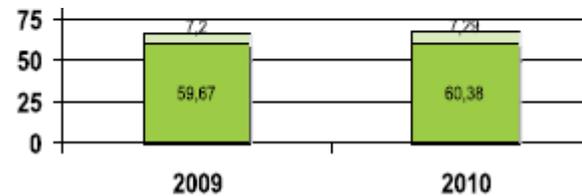
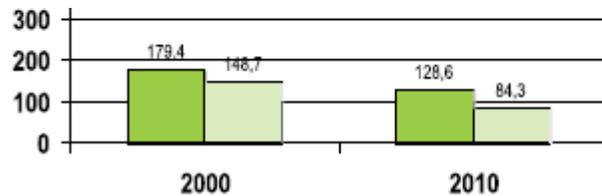
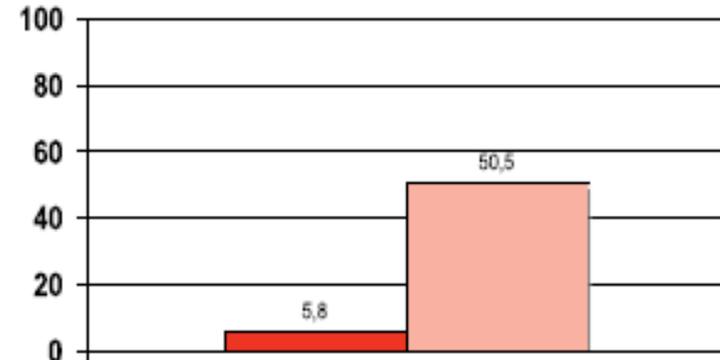
Persone di 6-17 anni obese o in sovrappeso (per 100 persone)

Tassi standardizzati di mortalità per diabete (maschi e femmine per 100.000)

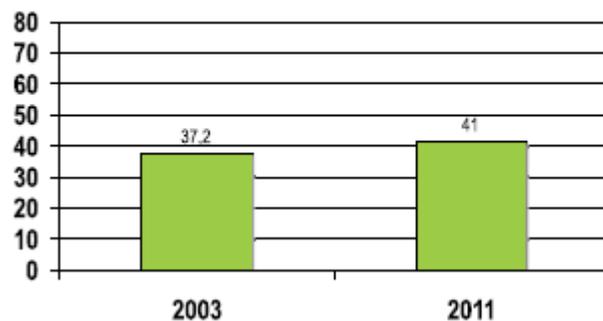
Tassi di ospedalizzazione (per 100.000 abitanti) anni 2009 e 2010 per...



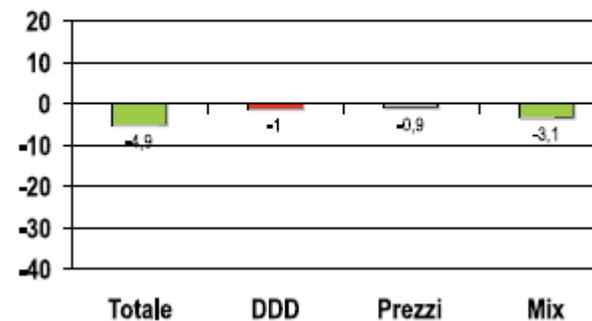
% di ricovero in Day Hospital per DRG 294 e 295 (anno 2011)



Consumo farmaci antidiabetici a livello territoriale
(DDD / 1000 abitanti / die)



Variazione % della spesa farmaceutica territoriale (totale e
sue componenti) fra il 2010 e il 2011



L'Emilia Romagna è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete inferiori alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è leggermente aumentato nei maschi fra il 2000 e il 2009, ma resta abbondantemente al di sotto della media nazionale per entrambi i sessi. Il tasso di ricovero standardizzato dei diabetici si è ridotto in entrambi i sessi, ma era già nettamente sotto la media nazionale nel 2000. Tuttavia bisogna segnalare un tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato e per diabete con complicanze peggiore rispetto alla media nazionale. In Emilia Romagna nel 2011 si consuma a livello territoriale una quantità di farmaci antidiabetici inferiore alla media nazionale con un costo per DDD inferiore alla media nazionale, il più basso in Italia. Fra il 2010 e il 2011 la spesa farmaceutica territoriale per i farmaci antidiabetici si è ridotta, in particolare per il ricorso a farmaci meno costosi.

Annali AMD VIII EDIZIONE

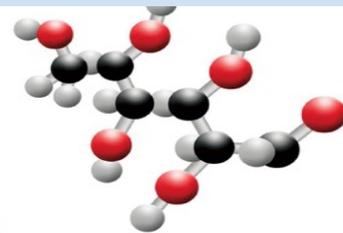
..abbiamo voluto concentrare la nostra attenzione sull'analisi del cambiamento della qualità assistenziale diabetologica dal 2004 al 2011 nelle diverse regioni italiane. Il report mostra, infatti, gli indicatori File Dati AMD divisi per regione con la presentazione dei risultati dal 2004 al 2011, fornendo così un quadro dettagliato negli otto anni in esame..

Paolo Di Bartolo

Coordinatore Gruppo Annali

Carlo B. Giorda

Presidente Fondazione AMD



PRESENTAZIONE

Regione Emilia Romagna

Popolazione in studio

La seguente tabella mostra il numero dei centri e il numero di persone con diabete di tipo 2 analizzate ogni anno

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
N. Centri	25	25	25	25	25	25	25	27
N. Pazienti	20379	24553	29898	34497	39675	43343	45063	47444

Volume di pazienti con DM2 per anno

La tabella intende mostrare due importanti indicatori di carico assistenziale per anno per regione.

Ogni cella della tabella riporta dall'alto verso il basso:

- il numero totale di pazienti con DM2 visti nell'anno (N);
- la percentuale di primi accessi con DM2 (%).

Regione	Caratteristiche	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Liguria	N	1981	2370	3419	4795	6182	8020	11.554	13.970
	% Primi accessi	2,7	6,2	34,5	26,4	24,4	20,5	29,9	27,1
Piemonte/ Val d'Aosta	N	28.217	32.340	36.229	39.284	42.886	46.031	51.564	55.535
	% Primi accessi	7,3	7,3	9,7	14,1	10,7	12,2	16,1	15,5
Lombardia	N	21.049	23.057	27.720	32.969	37.544	39.900	45.128	48.643
	% Primi accessi	18,0	15,5	17,2	15,7	18,7	17,7	14,8	14,2
Trentino Alto Adige	N	8925	9319	10.701	11.495	13.026	14.816	15.470	16.495
	% Primi accessi	6,2	7,0	7,1	9,0	12,6	13,4	13,9	14,3
Veneto	N	33.394	40.183	47.752	58.483	64.791	71.585	76.038	78.579
	% Primi accessi	14,5	13,1	15,4	13,3	13,9	13,1	13,0	13,8
Friuli Venezia Giulia	N	12.010	12.075	12.245	12.590	13.170	15.035	15.574	15.420
	% Primi accessi	11,0	11,1	11,7	9,0	10,2	15,1	19,1	15,3
Emilia Romagna	N	20.379	24.553	29.898	34.497	39.675	43.343	45.063	47.444
	% Primi accessi	17,0	18,5	18,8	17,1	13,7	12,1	13,7	13,8
Toscana	N	17.512	20.215	23.106	27.680	30.745	32.243	32.589	35.396
	% Primi accessi	17,1	13,0	24,0	16,0	17,0	15,9	17,2	17,8
Marche	N	25.723	27.358	27.930	28.489	29.644	30.778	32.075	33.187
	% Primi accessi	10,5	11,7	10,6	10,5	10,1	9,2	9,2	9,3

CARICO ASSISTENZIALE

Numero medio di visite/anno per classe di trattamento

La tabella che segue mostra come si è modificato negli anni nelle diverse regioni il numero medio di visite/anno per classe di trattamento (media \pm ds).

Emilia Romagna	Solo dieta	1,8 \pm 0,8	1,7 \pm 0,8	1,7 \pm 0,8	1,7 \pm 0,9	1,8 \pm 0,9	1,8 \pm 0,9	1,8 \pm 0,8	1,8 \pm 0,8
	Iporali	2,3 \pm 1,0	2,2 \pm 1,0	2,2 \pm 1,0	2,2 \pm 1,1	2,3 \pm 1,1	2,3 \pm 1,1	2,3 \pm 1,0	2,3 \pm 1,0
	Insulina	2,9 \pm 1,6	3,0 \pm 1,6	2,9 \pm 1,5	3,0 \pm 1,4	2,9 \pm 1,4	3,0 \pm 1,4	2,9 \pm 1,3	2,9 \pm 1,3
	Iporali+Insulina	3,5 \pm 1,6	3,4 \pm 1,6	3,2 \pm 1,5	3,2 \pm 1,4	3,1 \pm 1,3	3,2 \pm 1,2	3,1 \pm 1,2	3,0 \pm 1,2
Toscana	Solo dieta	1,6 \pm 0,7	1,6 \pm 0,7	1,7 \pm 0,8	1,7 \pm 0,7	1,7 \pm 0,7	1,6 \pm 0,7	1,6 \pm 0,8	1,6 \pm 0,8
	Iporali	1,9 \pm 0,9	1,9 \pm 0,9	2,0 \pm 0,9	1,9 \pm 0,9	2,0 \pm 0,9	1,9 \pm 0,9	2,0 \pm 0,9	1,9 \pm 0,9
	Insulina	2,1 \pm 1,2	2,3 \pm 1,2	2,3 \pm 1,2	2,3 \pm 1,3	2,3 \pm 1,3	2,3 \pm 1,2	2,3 \pm 1,3	2,2 \pm 1,2

Osservando i dati relativi al 2011, si evidenzia che il numero medio di visite registrato nelle varie regioni oscilla tra i range sotto-indicati:

- *Solo dieta*: da 1,3 (Trentino Alto Adige) a 2,2 (Calabria).
- *Iporali*: da 1,6 (Liguria) a 2,3 (Emilia Romagna, Marche e Sardegna).
- *Iporali+insulina*: da 2,0 (Liguria, Molise, Basilicata, e Sicilia) a 3,1 Marche.
- *Insulina*: da 1,9 (Liguria) a 3,1 (Marche).

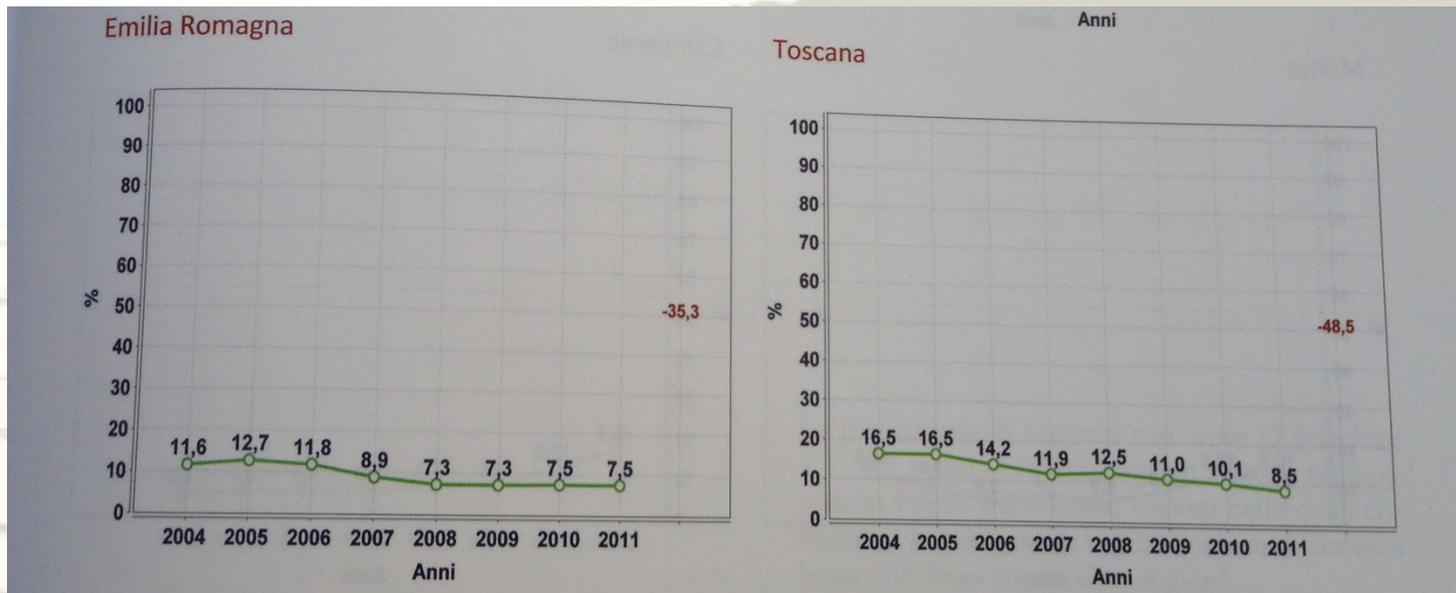
Tabella 1. Componenti dello score Q

Indicatori di qualità della cura	Punteggio
Valutazione dell'HbA1c < 1 volta/anno	5
HbA1c ≥ 8,0% (64 mmol/mol)	0
HbA1c < 8,0% (64 mmol/mol)	10
Valutazione della PA < 1 volta/anno	5
PA ≥ 140/90 mmHg a prescindere dal trattamento	0
PA < 140/90 mmHg	10
Valutazione del PL < 1 volta/anno	5
Colesterolo LDL ≥ 130 mg/dl a prescindere dal trattamento	0
Colesterolo LDL < 130 mg/dl	10
Valutazione della MAU < 1 volta/anno	5
Non trattamento con ACE-I e/o sartani in presenza di MAU	0
Trattamento con ACE-I e/o sartani in presenza di MAU oppure MAU assente	10
Score range	0 – 40
<i>MAU = microalbuminuria; PA = pressione arteriosa; PL = profilo lipidico</i>	

PRESENTAZIONE

Annali 2014

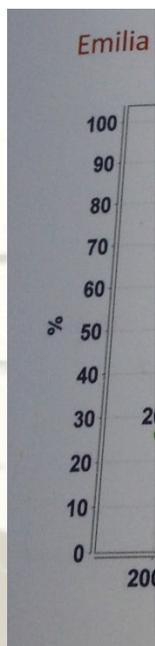
Soggetti con score Q <15 (%)



PRESENTAZIONE

Annali 2014

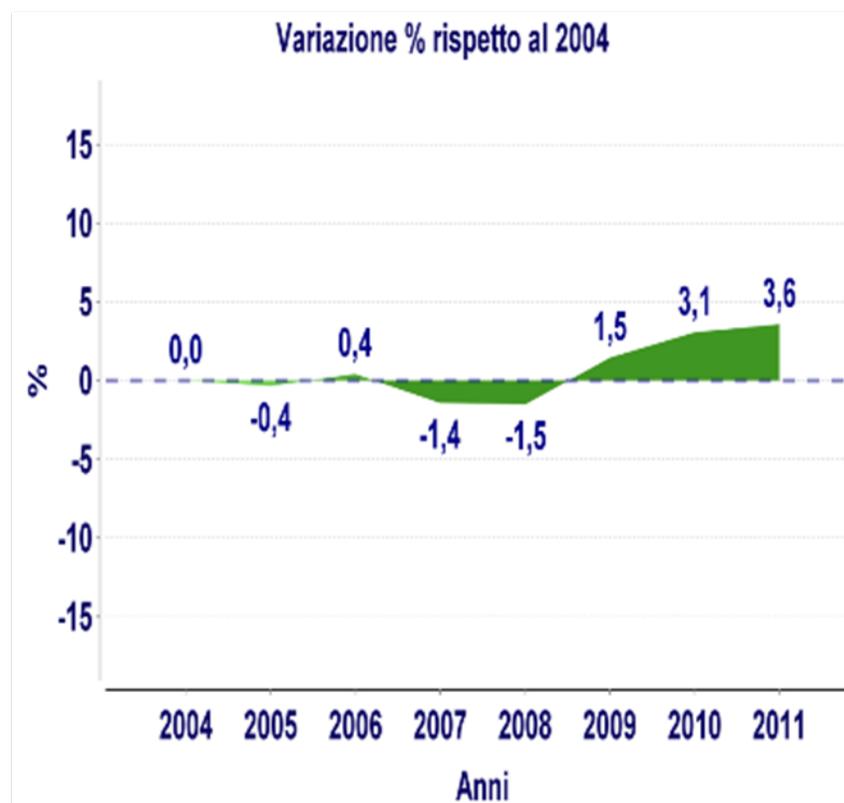
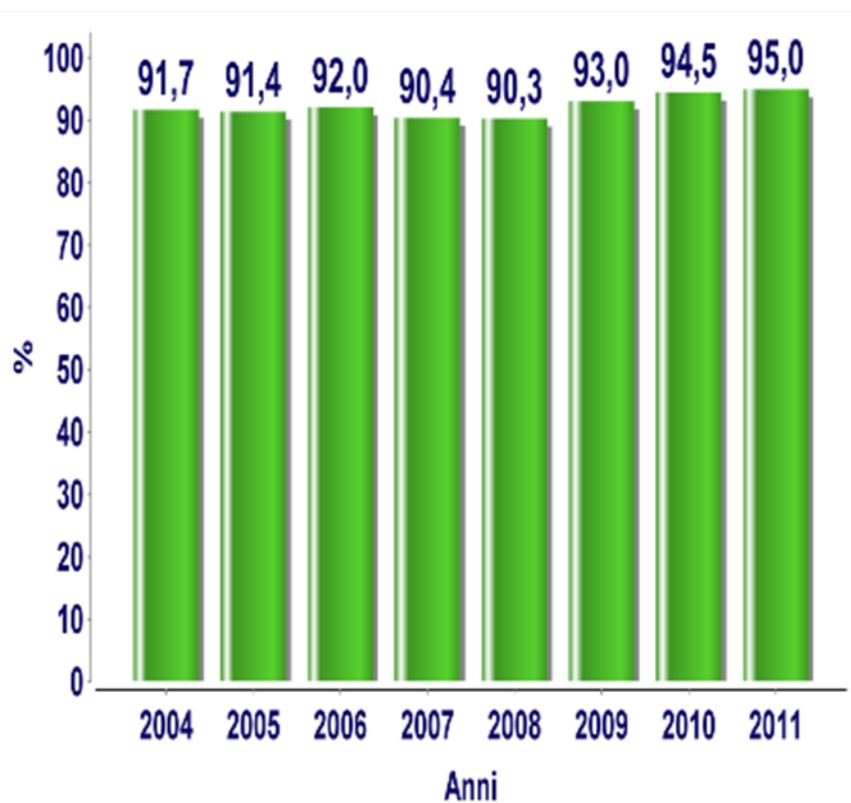
Soggetti con



I dati degli Annali mostrano come nel corso degli anni ci sia stata pressoché ovunque in Italia una riduzione della percentuale di soggetti con rischio elevato (score $Q < 15$) e quindi come il nostro intervento abbia trasferito da un'area di rischio aumentato a un'area di rischio standard (score $Q > 25$) un gran numero di persone, con un importante impatto clinico, sociale ed economico. Questo miglioramento dell'indicatore è verosimilmente legato sia al perfezionamento della qualità dell'assistenza erogata, sia alla più accurata registrazione delle informazioni nella cartella elettronica.

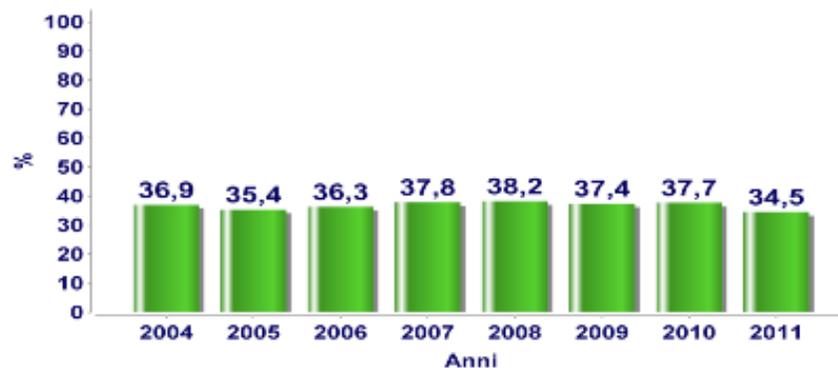
HbA1c: indicatori di processo

Soggetti ai quali è stata eseguita almeno una misurazione dell'HbA1c

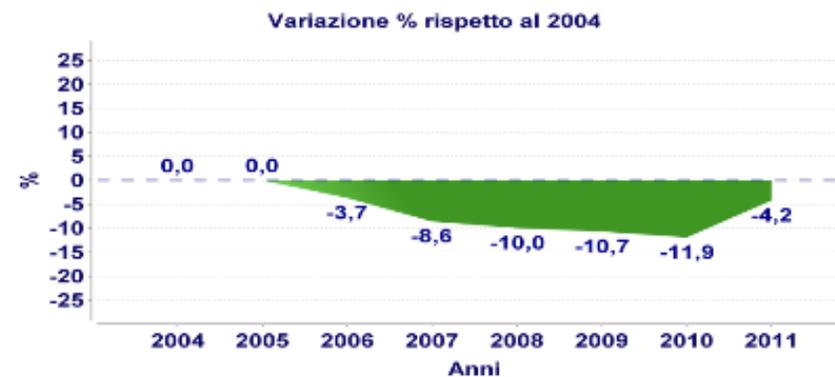
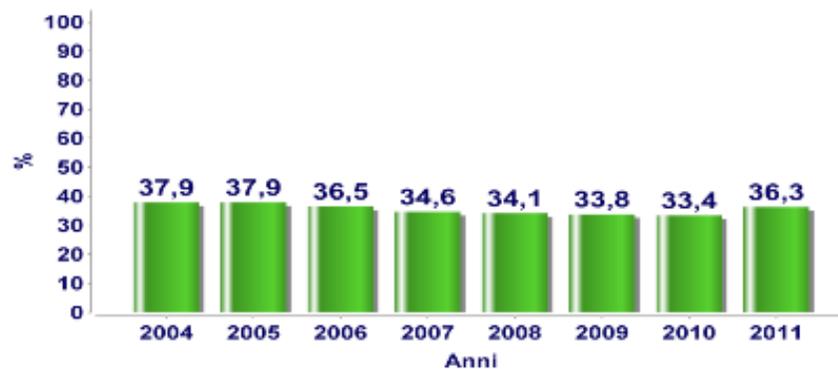


HbA1c: indicatori di esito intermedio

Soggetti con HbA1c $\leq 7.0\%$



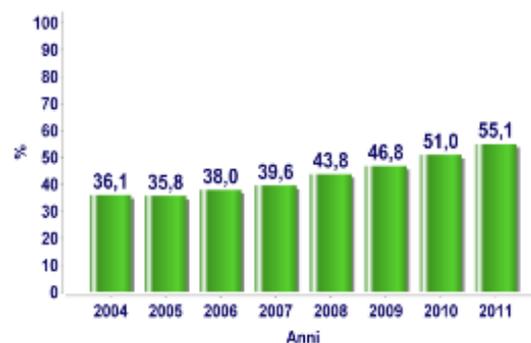
Soggetti con HbA1c $> 8.0\%$



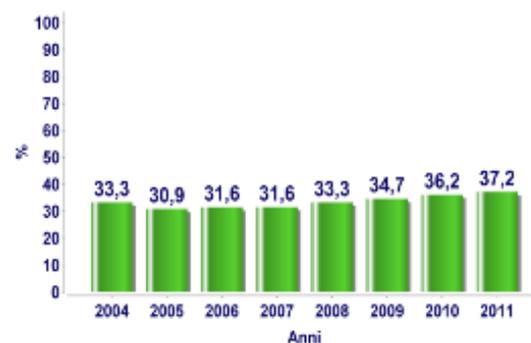
HbA1c: indicatori di uso dei farmaci

IPOGLICEMIZZANTI ORALI: soggetti trattati con:

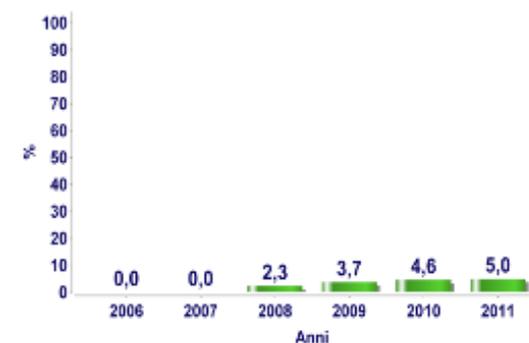
Metformina



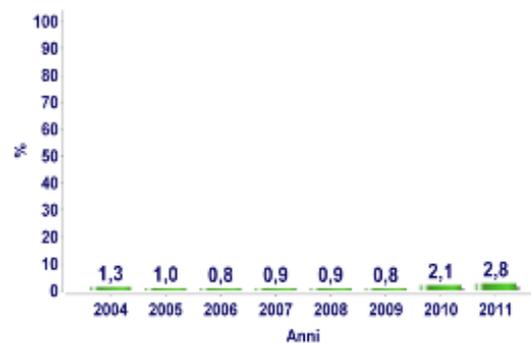
SU



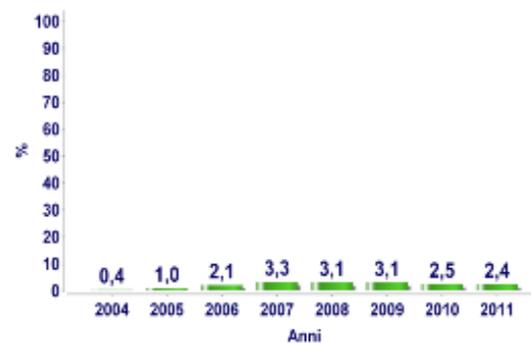
Glinidi



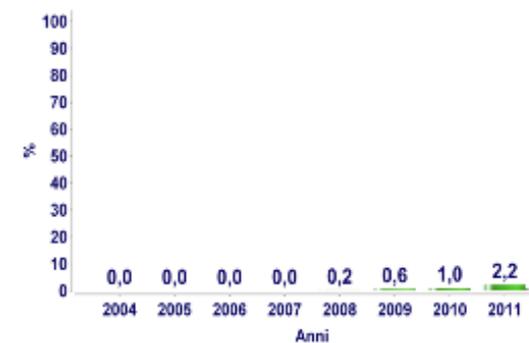
Acarbose



Glitazonici



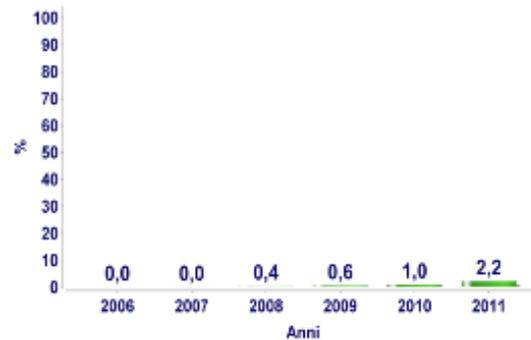
Inibitori del DPP-IV



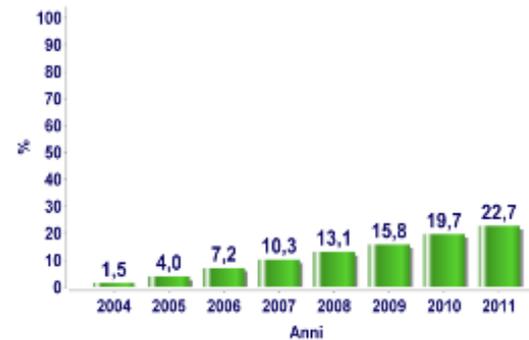
HbA1c: indicatori di uso dei farmaci

TERAPIE PER VIA INIETTIVA: soggetti trattati con:

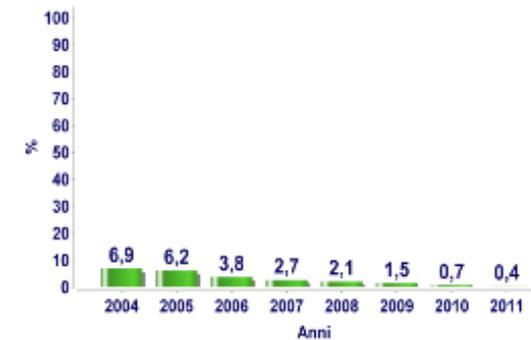
Analoghi del GLP-1



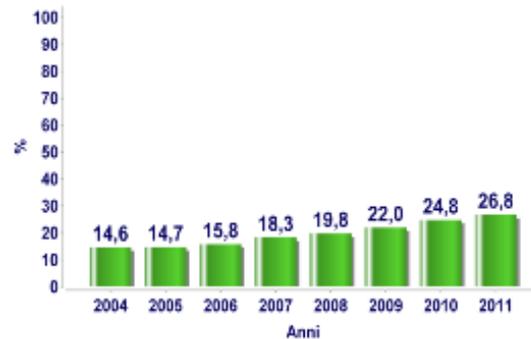
Insulina basale



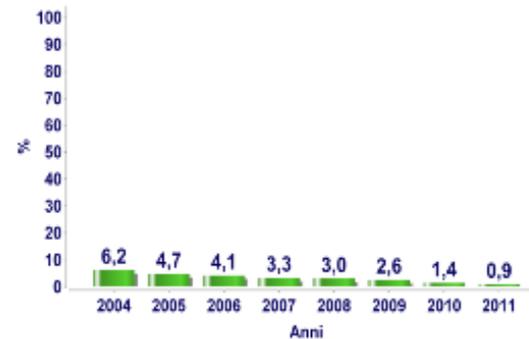
Insulina intermedia



Insulina rapida

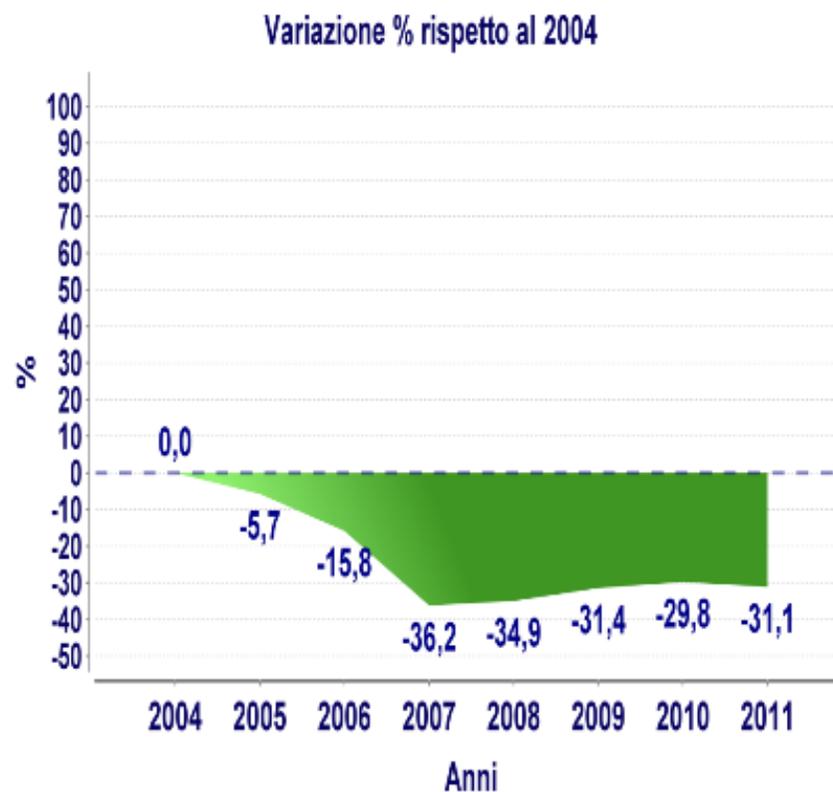
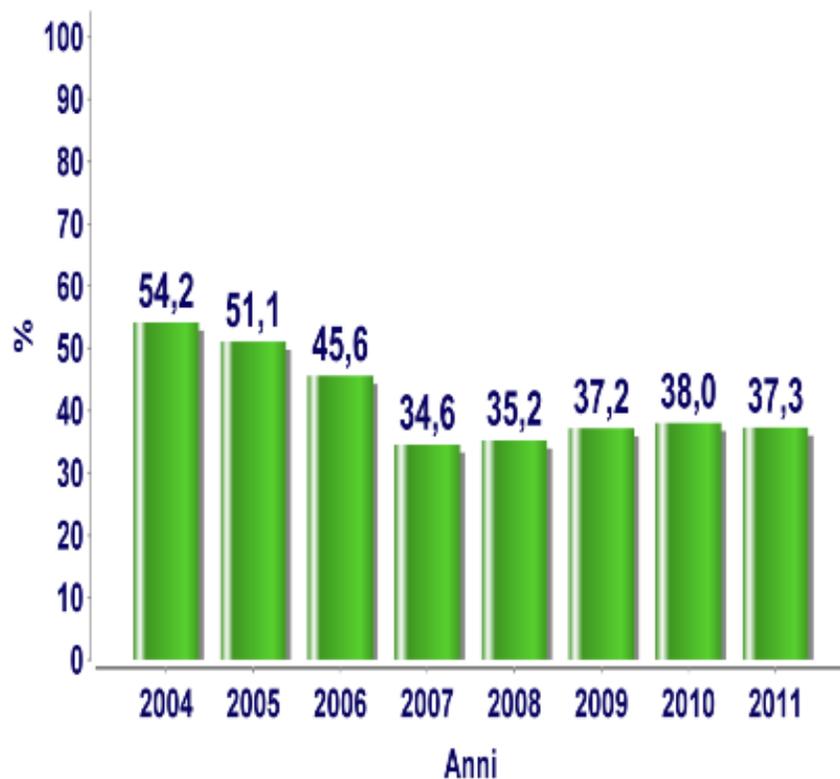


Insulina premiscelata



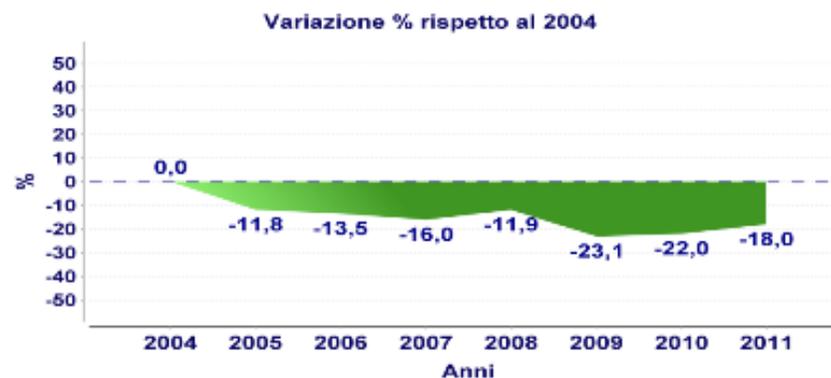
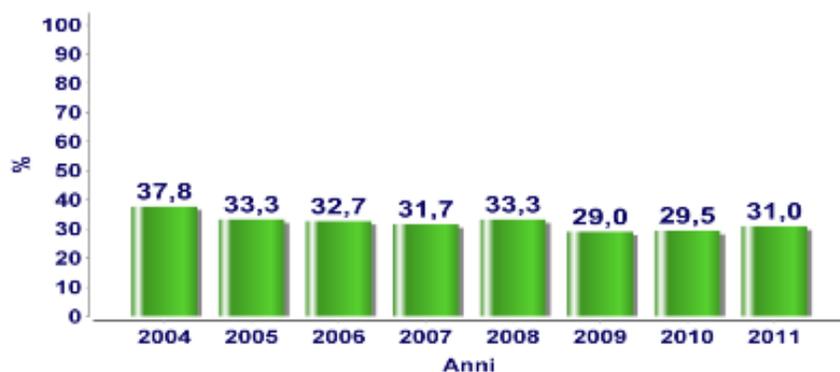
Funzionalità renale: indicatori di processo

Soggetti monitorati per nefropatia

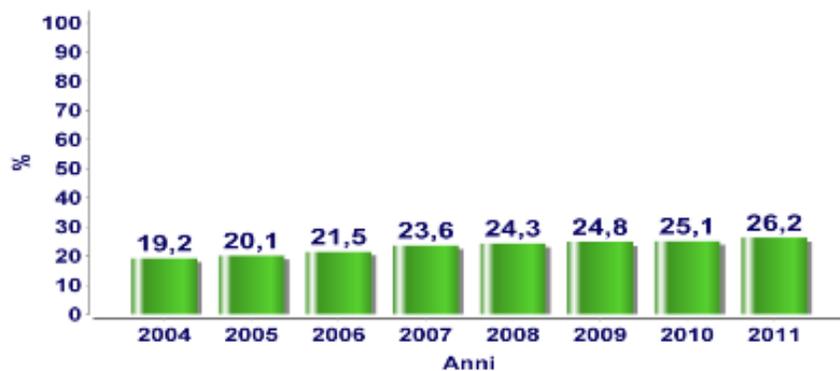


Funzionalità renale: indicatori di esito intermedio

Soggetti con microalbuminuria



Soggetti con GFR < 60 ml/min

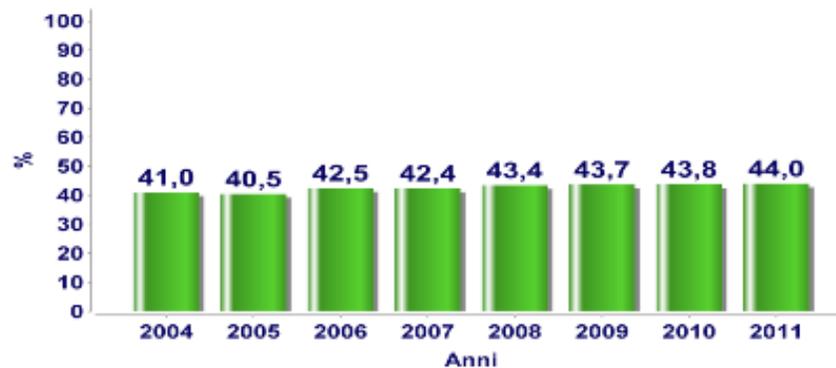


Altri indicatori di esito intermedio

Soggetti con BMI < 27 Kg/m²



Soggetti con BMI ≥ 30 Kg/m²



Quali le competenze per gestire la cronicità?

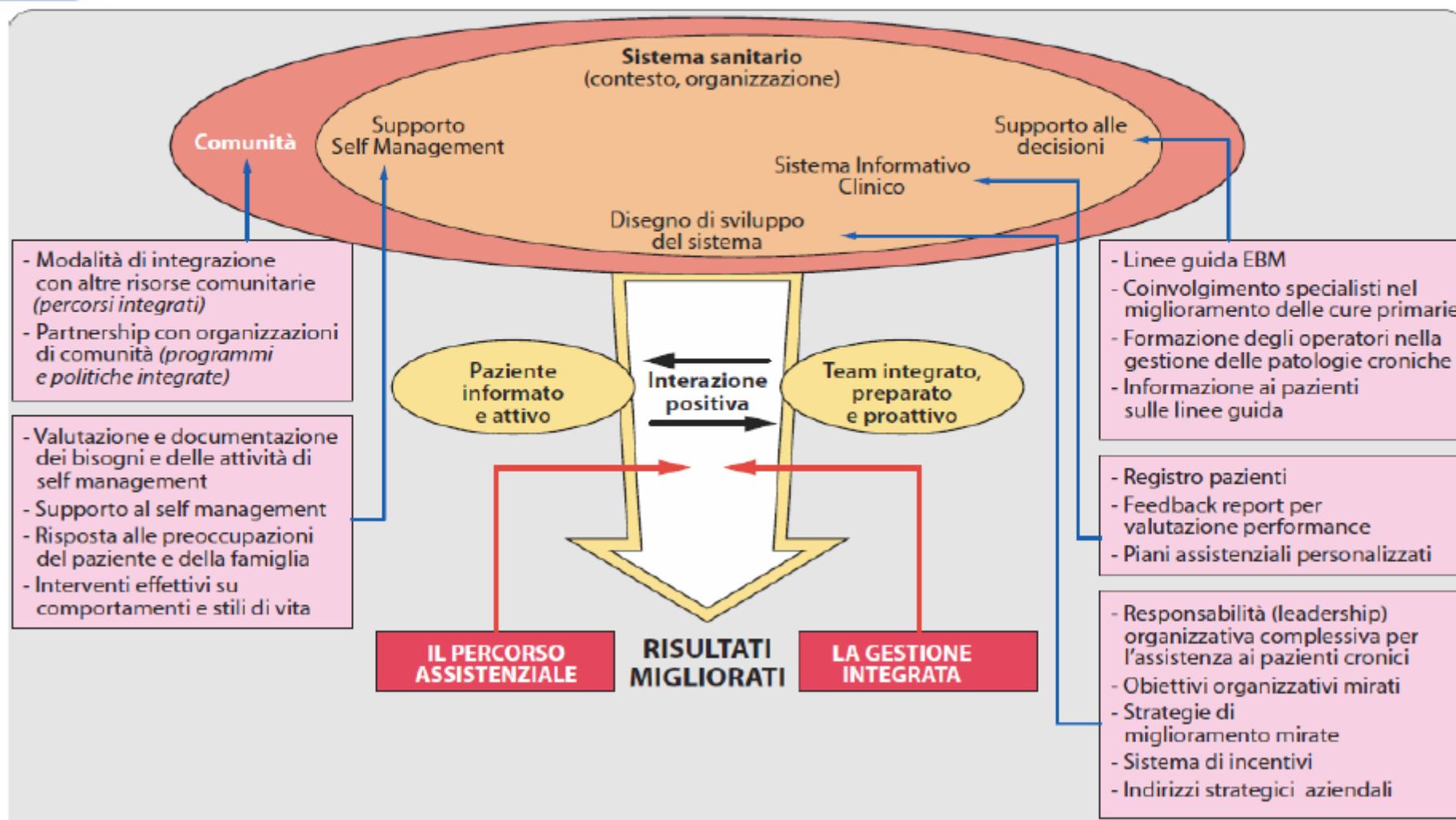


Figura 20. STRUTTURA SISTEMICA DEL CHRONIC CARE MODEL (ADATTATO DA WAGNER 1998).

PRESENTAZIONE

CONCLUSIONI:

Il PM
cron

Il Te
imp

L'or
di tu

L'ap
una



la

te

è
ere

PRESENTAZIONE



Congresso AMD-SID Emilia-Romagna

L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA
IN EMILIA-ROMAGNA:
UN IMPEGNO PER TUTTI

9 e 10 ottobre 2015