



CONGRESSO
SID AMD LAZIO 2015
IL PAZIENTE DIABETICO AL CENTRO:
RICERCA, ASSISTENZA E INNOVAZIONE

ROMA, 8-9 MAGGIO 2015
ROMA EVENTI / PIAZZA DI SPAGNA



**Appropriatezza e
sostenibilità:
ripensare l'assistenza
diabetologica**

C. Suraci

*UOC Dietologia, Diabetologia e Mal. Metaboliche
ASL Roma B*

La dott.ssa Concetta Suraci ai sensi dell' art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell' Accordo Stato – Regione del 5 novembre 2009 dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti dalle seguenti Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche:

- Johnson & Johnson Medical
- Merck Sharp & Dohme



agenda

- Il contesto
- L'appropriatezza
- La sostenibilità
- L'assistenza diabetologica



Il contesto

Da tempo il diabete viene assimilato a una vera e propria emergenza, di impatto crescente, visto l'aumento della diffusione a livello mondiale.

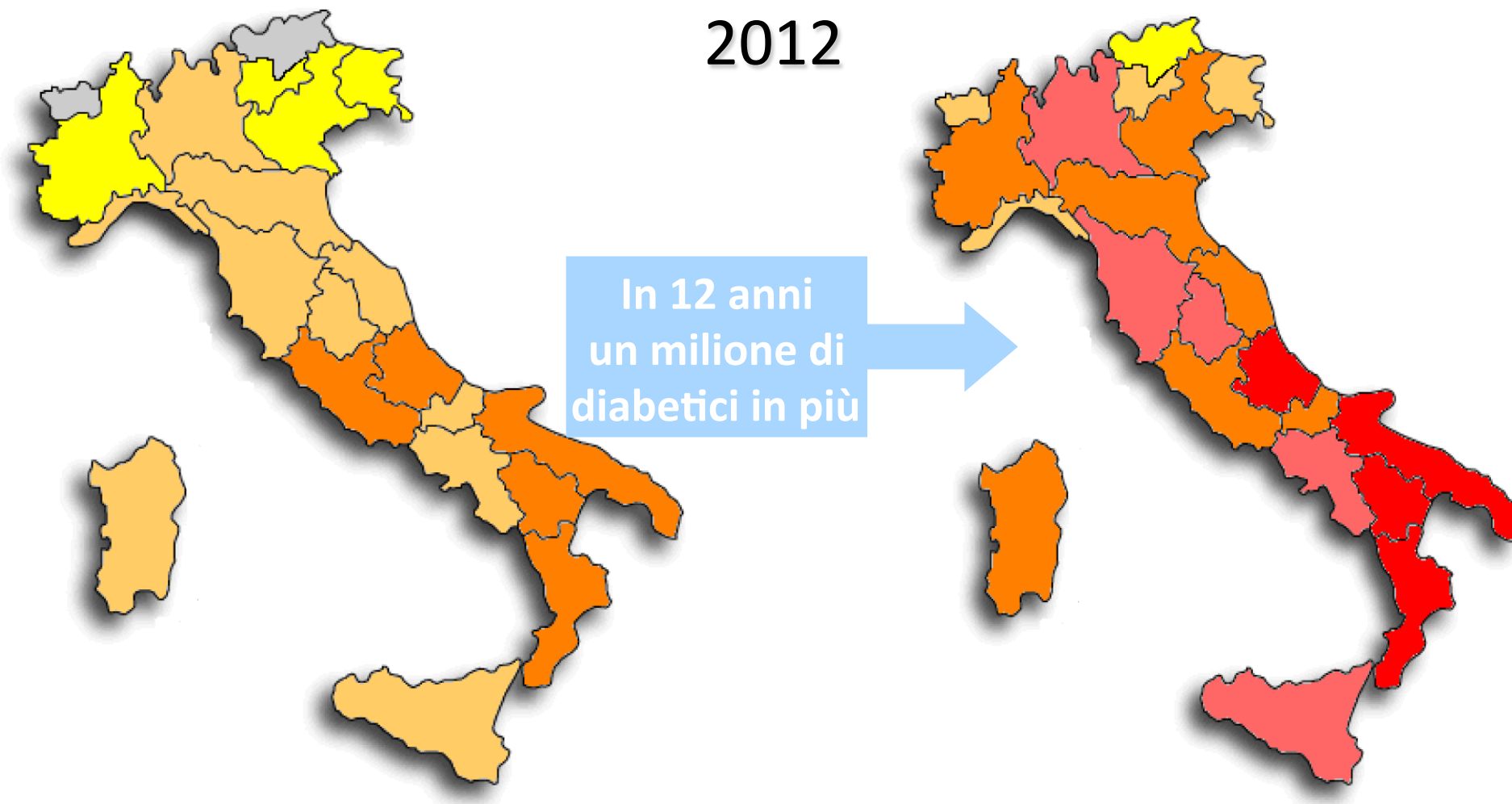
Aumenta infatti l'aspettativa di vita, ma crescono le malattie cosiddette proprie del benessere, che purtroppo mostrano effetti cronici a lungo termine, con costi sanitari e assistenziali enormi. A farne le spese sono tutti i sistemi sanitari, ma in particolare quelli dei Paesi che come il nostro offrono assistenza complessiva alla popolazione.

Antonio Ceriello, 28 aprile 2015

Prevalenza del diabete in Italia dal 2000 al 2012

2000

2012





Il diabete nel Lazio

Studio Passi 2009-2012

Prevalenza del Diabete

- Lazio 4,938%

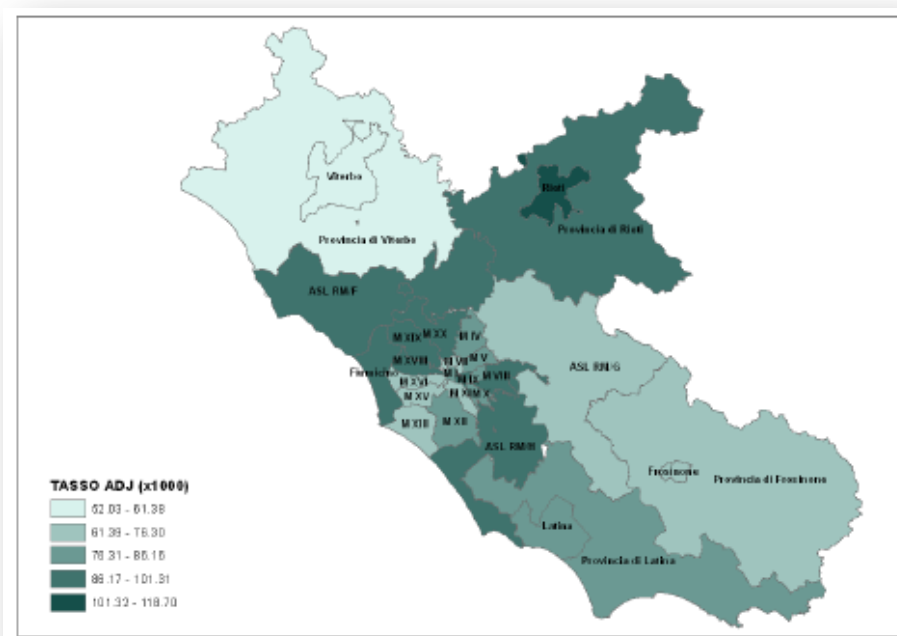
Istat

Residenti al 31/12/2013

- Lazio 5.870.451

Stima n° persone con Diabete

- Lazio 289.882





I costi del Diabete Mellito

- 10-15% della spesa sanitaria
 - In assenza di complicanze: € 800
 - In presenza di complicanze: € 3.000-36.000
 - Spesa media procapite: € 3.348/anno
- 50-70% della spesa legata a ospedalizzazione

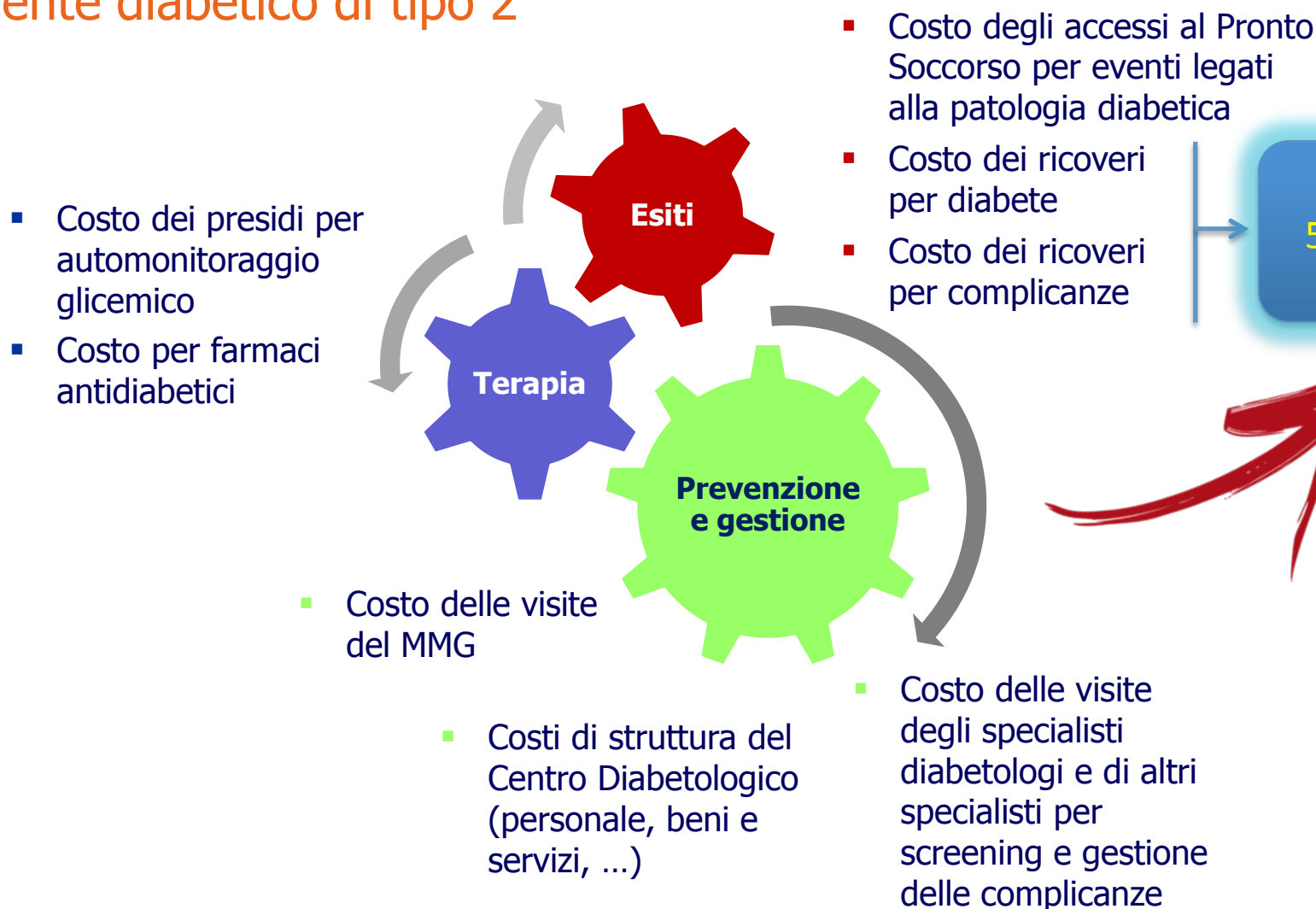
Stima della spesa nel Lazio

€ 3.348 x 289.882 persone con diabete

= € 970.524.936



Alcune voci di costo più strettamente riconducibili al PDTA del paziente diabetico di tipo 2





- 24.706 miliardi di euro

Per il **periodo 2012-2015** sono già previsti **tagli alla sanità pubblica** per quasi **25 miliardi di euro**, stimati tra il fabbisogno finanziario ante-manovre e il finanziamento reale post-manovre

- Legge di stabilità 2013
- Spending review
- DL 98/2011
- DL 78/2010





F

12.3.2012

5. invita gli Stati membri a sviluppare, attuare e monitorare piani nazionali sul diabete finalizzati alla promozione della salute, alla riduzione dei fattori di rischio, alla previsione, alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al trattamento del diabete, sia per la popolazione in generale che per le categorie ad alto rischio in particolare, nonché concepiti per ridurre le disparità e utilizzare le risorse sanitarie in modo ottimale;

B7-0147/2012 }
B7-0148/2012 } RC1

PROPOSTA DI RISOLUZIONE

8. invita gli Stati membri a mettere a punto programmi per la gestione del diabete basati sulle prassi di eccellenza e su orientamenti terapeutici fondati su dati comprovati;

In occasione delle proposte di risoluzione presentate dai gruppi
S&D (B7-0145/2012)
ALDE (B7-0146/2012)
PSE (B7-0147/2012)

9. invita gli Stati membri a garantire che i pazienti abbiano costantemente accesso, nelle cure primarie e secondarie, a equipe interdisciplinari altamente qualificate nonché a terapie e tecnologie per il diabete, ivi incluse le applicazioni di sanità elettronica (e-health); li invita altresì ad aiutare i pazienti a conseguire e mantenere le capacità e le conoscenze necessarie per essere in grado di gestire quotidianamente la malattia in modo competente e autonomo;



Take home messages

- In un tempo storico di sempre maggior contingentazione delle risorse disponibili il professionista ha l'obbligo di ripensare all'appropriatezza di tutte le sue pratiche cliniche. Il crescente peso assistenziale del diabete, l'offerta di sempre nuovi e più costosi farmaci e devices rende questa revisione non più prorogabile.
- **I grandi numeri del diabete richiedono appropriatezza**



The Doctor's Dilemma — What Is “Appropriate” Care?

Victor R. Fuchs, Ph.D.

N ENGL J MED 365;7 NEJM.ORG AUGUST 18, 2011





Appropriatezza Professionale

Un intervento sanitario è appropriato dal punto di vista **professionale** se:

- è di efficacia provata, con variabili livelli di evidenza
- ha un favorevole profilo benefici/rischi
- è prescritto
 - al paziente "giusto"
 - nel "momento" giusto
 - per la "giusta" durata





Appropriatezza Organizzativa

Un intervento sanitario è appropriato dal punto di vista **organizzativo**, se viene erogato

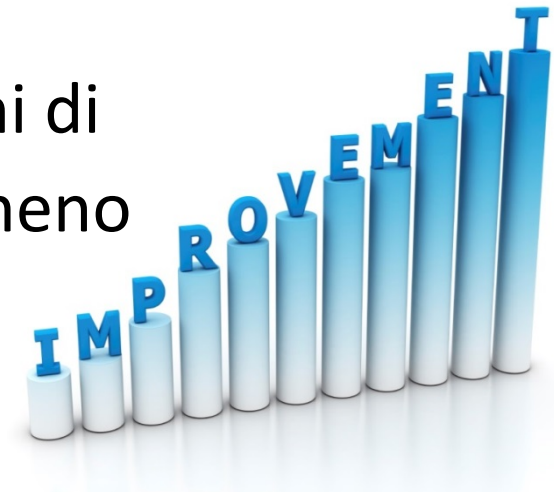
- nel setting "giusto"
- dal professionista "giusto"





Appropriatezza

- Il miglioramento dell'**appropriatezza professionale**:
 - massimizza la probabilità di effetti favorevoli (efficacia)
 - minimizza la probabilità di effetti avversi (sicurezza)
 - riduce gli sprechi
- Il miglioramento dell'**appropriatezza organizzativa**:
 - ottiene gli stessi risultati in termini di efficacia e sicurezza, utilizzando meno risorse





Inappropriatezza

Overuse: inappropriatezza in eccesso

- 20-25% delle cure erogate non è necessario e potrebbe potenzialmente essere dannoso



Underuse: inappropriatezza in difetto

- 30-45% dei pazienti non riceve cure secondo le evidenze scientifiche



*Schuster et al. Milbank Q, 1998
Grol R. Med Care, 2001*



6 categorie di sprechi nel nostro 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



Take home messages

- I grandi numeri del diabete richiedono appropriatezza
- **Deve essere garantita sia l'appropriatezza professionale che quella organizzativa**
- **L'inappropriatezza è costosa**



**Quali le iniziative della diabetologia
in ambito di appropriatezza?**

raccomandazioni

Il Giornale di AMD 2013;16:00-00

Raccomandazioni per l'autocontrollo della glicemia nel paziente diabetico: sinossi

Gruppo di lavoro AMD-SID- SIEDP-OSDI- SIBioC – SIMeL

Il Giornale di AMD, 2013;16:00-00



http://www.aemmedi.it/pages/linee-guida_e_raccomandazioni/
<http://www.siditalia.it/clinica/linee-guida-societari>

LINEE-GUIDA
PER LO SCREENING, LA DIAGNOSTICA E IL TRATTAMENTO
DELLA RETINOPATIA DIABETICA
IN ITALIA

raccomandazioni

A cura di:

AMD-Associazione Medici Diabetologi
ANAAO-ASSOMED-Associazione Medici Dirigenti
Consorzio Mario Negri Sud
FAND-AID Associazione Italiana Diabetici
FIMMG-Federazione Italiana Medici di Famiglia
Gruppo di Studio Complicanze Oculari della Società Italiana di Diabetologia
SID-Società Italiana di Diabetologia
SIR-Società Italiana della Retina
SOI-APIMO-AMOI Società Oftalmologica Italiana
Tribunale dei Diritti del Malato

Revisione e aggiornamento 2013 a cura del
Gruppo di Lavoro sulle Complicanze Oculari del Diabete
della Società Italiana di Diabetologia.

http://www.aemmedi.it/pages/linee-guida_e_raccomandazioni/

documenti di consenso

Consensus AMD SID SIEDP OSDI

Il Giornale di AMD 2012;15:9-25

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

Gruppo di lavoro

Maria Teresa Branca, Raffaella Buzzetti, Domenico Fedele, Carlo B. Giorda, Valeria Manicardi, Domenico Mannino, Maria Franca Mulas, Leonardo Pinelli, Sebastiano Squatrito, Concetta Suraci



http://www.aemmedi.it/pages/linee-guida_e_raccomandazioni/
<http://www.siditalia.it/clinica/linee-guida-societari>

Gruppo Appropriatelyzza Terapeutica

Documenti di Consenso - Gruppo Appropriatelyzza Prescrittiva Il Giornale di AMD 2014;17:248-256

Appropriatelyzza prescrittiva degli inibitori dell'enzima dipeptidil peptidase-4 (DDP-4i)



F. Tuccinardi¹, R. Assaloni², F. Strollo³, G. Corigliano⁴, A. Giancaterini⁵,
G. Magro⁶, M.C. Ponziani⁷
francot@tiscali.it

¹UOC Diabetologia Endocrinologia P.O. Gaeta Azienda USL Latina; ²SOS di Diabetologia ASS2 Isontina;
³UOC Diabetologia e Dietologia ASL RME; ⁴Servizio Diabetologia AID Napoli; ⁵UOS Cure Croniche e
Diabetologia Territoriale A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento Milano; ⁶UOS Malattie Metaboliche e
Diabetologia ASO Santa Croce e Carle Cuneo; ⁷UOC Malattie Metaboliche e Diabetologia AOU Maggiore
della Carità Novara

Parole chiave: Inibitori della DPP-4, Diabete tipo 2, Appropriatelyzza, Eventi cardiovascolari

Key words: DPP 4 inhibitors, Type 2 Diabetes Mellitus, Appropriateness, Cardiovascular events

Il Giornale di AMD, 2014;17:248-256

percorsi



**DOCUMENTO PER LA RIORGANIZZAZIONE IN TEAM MULTIPROFESSIONALE DI
STRUTTURE AZIENDALI DI DIABETOLOGIA SUL TERRITORIO**

Gruppo di lavoro: Diabetologia ambulatoriale e del territorio

Coordinatore: *Francesco Mario Gentile*

Componenti: *Vincenzo Armentano, Laura Baruffaldi, Rocco Bulzomi, Ilaria Ciullo, Iole Gaeta,
Maria Franca Mulas, Mauro Ragonese.*

http://www.aemmedi.it/pages/linee-guida_e_raccomandazioni/

percorsi

Il documento condiviso: protocolli clinico organizzativi

I percorsi assistenziali ospedale-territorio

Profilo di cura del paziente diabetico ricoverato per un intervento chirurgico d'elezione

Profilo di cura del paziente con iperglicemia in DEU

Profilo di cura del paziente con iperglicemia ricoverato in Cardiologia



Il Giornale di AMD 2014;17:159-176

http://www.aemmedi.it/pages/linee-guida_e_raccomandazioni/

Gruppo Terapia Personalizzata

La gestione appropriata del diabete **per AMD: gli algoritmi**

- **fenotipizzazione della persona con diabete**, identificando:
 - i bisogni reali
 - le fragilità complessive


Scegliere la caratteristica principale del paziente con diabete di tipo 2:


ALGORITMO A	ALGORITMO B	ALGORITMO C	ALGORITMO D	ALGORITMO E	ALGORITMO F
HbA _{1c} ≥75 mmol/mol (≥9%)	BMI <30 e HbA _{1c} 48-75 mmol/mol (tra 6,5 e <9%)	BMI ≥30 e HbA _{1c} 48-75 mmol/mol (tra 6,5 e <9%)	Rischio professionale per possibili ipoglicemie (HbA _{1c} 48-75 mmol/mol [tra 6,5 e <9%])	IRC e HbA _{1c} 48-75 mmol/mol (tra 6,5 e <9%)	Anziano fragile con iperglicemia lieve/moderata (HbA _{1c} <75 mmol/mol [<9%])

- Criteria di fragilità
- Ospite di casa di riposo/RSA
 - Decadimento cognitivo
 - Importante impedimento funzionale arti inferiori
 - Allettamento
 - Storia di comorbidità invalidanti

03/04/2015 Ascoltata la richiesta delle società scientifiche basata su solide motivazioni cliniche e anche su considerazioni di carattere economico.

News

 Stampa

 Email

Ascoltata la richiesta delle società scientifiche basata su solide motivazioni cliniche e anche su considerazioni di carattere economico. Ripristinata da AIFA la rimborsabilità della associazione insulina e agonisti dei recettori GLP-1. Modificato il modulo del piano terapeutico delle incretine per includere le nuove possibili associazioni di insulina basale con liraglutide o lixisenatide.

[Scarica il nuovo modulo aggiornato](#)

01/04/2015 SID e AMD scrivono al ministro della salute per lamentare l'assenza della diabetologia fra le branche citate nel nuovo nomenclatore delle prestazioni specialistiche in fase di allestimento

News

 Stampa

 Email

SID e AMD scrivono al ministro della salute per lamentare l'assenza della diabetologia fra le branche citate nel nuovo nomenclatore delle prestazioni specialistiche in fase di allestimento. Leggi il testo della lettera e dell'elenco delle prestazioni (esami di laboratorio e strumentali, visite e procedure) di cui si è chiesto un riferimento alla diabetologia

Leggi la [lettera al ministro](#) e l'elenco delle [prestazioni della branca di diabetologia](#).

dialogo con le Istituzioni

Allegato 7

Presidi per persone affette da malattia diabetica e da malattie rare

Aghi	
Ago a farfalla per microinfusori	A010102
Ago per penna da insulina 12,7	A010101
Ago per penna da insulina 8	A010101
Ago per penna da insulina 6	A010101
Ago per penna da insulina 10	A010101
Apparecchi per la misurazione della glicemia	
Apparecchio per la misurazione della glicemia W0201060102	Z12040115
Apparecchio per la misurazione della chetonemia W020106019099	
Microinfusori per la somministrazione programmata dell'insulina	
Microinfusori	Z1204021601
Set per la somministrazione dell'insulina con il microinfusore	A030401

Tutti i documenti dei “nuovi Lea” .

http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=25845

Allegato 8

Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

89.7A.8 =PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute.

Tutti i documenti dei “nuovi Lea” .

http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=25845

Società Italiana di Health Technology Assessment (Sihta): “Finalmente l’appropriatezza viene proposta come parte integrante della governance”

“Le Regioni – prosegue il comunicato - infatti dovranno chiarire, caso per caso, cosa in concreto si intende per appropriatezza (presumibilmente, sia in campo farmaceutico che in campo extra-farmaceutico) ed i medici saranno tenuti ad adeguarsi ai criteri predefiniti di appropriatezza anche per evitare sanzioni economiche”.

L'auspicio è che sia **l’appropriatezza** sia le eventuali sanzioni siano stabilite con criteri definiti **in base alle caratteristiche dei pazienti** e, parlando dei farmaci, non in base al mero conteggio delle scatolette consumate (come in numerosi contesti tuttora accade).

Ad esempio, è universalmente riconosciuto che monitorizzare i pazienti trattati con un determinato anti-ipertensivo (es. percentuale di pazienti trattati con i sartani ed eventuali esiti) assume un valore informativo enormemente superiore (**visione “paziente-centrica”**) rispetto al mero computo della scatolette consumate (**visione “prodotto-centrica”**).



GIUNTA REGIONALE

Linee di indirizzo regionali sulla prescrizione e gestione della terapia con i microinfusori

Determinazione n. B05079 del 6.8.2012



**Documento di consenso sulla prescrizione e gestione
della terapia con microinfusori della regione Lazio
redatto dalle Società scientifiche di diabetologia
AMD/SID/SIEDP**

Il documento, che vuole essere un contributo per una maggiore uniformità di pratica clinica e di appropriatezza prescrittiva nell'ambito dell'assistenza diabetologica regionale, è stato elaborato da un gruppo di lavoro intersocietario AMD-SID-SIEDP, come da mandato dei rispettivi Consigli Direttivi Regionali.

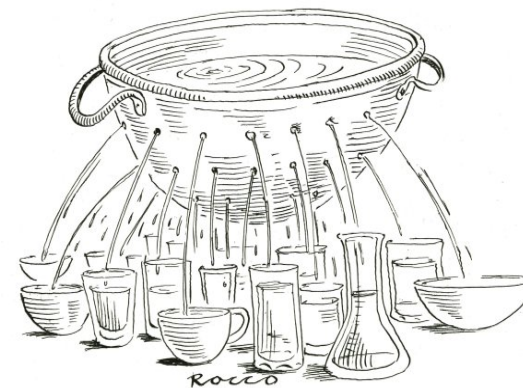
<http://www.siditalia.it/>

<http://aemmedi.sezioniregionali.it/lazio/enorme.asp>



Interventi inefficaci, inappropriati e dal *low-value*

- Riducono l'efficacia dell'assistenza
- Aumentano il rischio clinico per i pazienti
- Determinano un ingente spreco di risorse, impossibile da identificare dalla politica





PRINCIPIO GUIDA **#SalviamoSSN**

Tutte le categorie professionali devono contribuire a identificare gli sprechi conseguenti alla prescrizione ed erogazione di interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low-value*





Choosing Wisely[®]

An initiative of the ABIM Foundation

About

Partners

Lists

Learn

Resources



About
Learn More about
Choosing Wisely
Campaign

<http://choosingwisely.org>



Slow Medicine

la medicina sobria, rispettosa, giusta

FARE DI PIÙ
NON SIGNIFICA FARE MEGLIO

www.slowmedicine.it



Torino, dicembre 2010: nasce Slow medicine

Fare di più non vuol dire fare meglio

Sobria



La diffusione e l'uso di nuovi trattamenti sanitari e di nuove procedure diagnostiche non sempre si accompagnano a maggiori benefici per i pazienti.

Interessi economici e ragioni di carattere culturale e sociale spingono all'eccessivo consumo di prestazioni sanitarie, dilatando oltre misura le aspettative delle persone, più di quanto il sistema sanitario sia poi in grado di soddisfarle. Non si pone inoltre sufficiente attenzione all'equilibrio dell'ambiente e all'integrità dell'ecosistema.

Una medicina sobria implica la capacità di agire con moderazione, gradualità, essenzialità e di utilizzare in modo appropriato e senza sprechi le risorse disponibili. Rispetta l'ambiente e salvaguarda l'ecosistema.

Slow Medicine riconosce che fare di più non vuol dire fare meglio.

Valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili

Rispettosa



Ognuno ha il diritto di essere quello che è e di esprimere quello che pensa.

Una medicina rispettosa accoglie e tiene in considerazione i valori, le preferenze e gli orientamenti dell'altro in ogni momento della vita; incoraggia una comunicazione onesta, attenta e completa con i pazienti.

I professionisti della salute agiscono con attenzione, equilibrio e educazione.

Slow Medicine riconosce che valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili.

Cure appropriate e di buona qualità per tutti

Giusta



Una medicina giusta promuove la prevenzione, intesa come tutela della salute, e cure appropriate, cioè adeguate alla persona e alle circostanze, di dimostrata efficacia e accettabili sia per pazienti che per i professionisti della salute.

Una medicina giusta contrasta le disuguaglianze e facilita l'accesso ai servizi socio-sanitari, supera la frammentazione delle cure e favorisce lo scambio di informazioni e saperi tra professionisti, in una logica sistemica.

Slow Medicine promuove cure appropriate e di buona qualità per tutti.



Too much medicine

- Il 51% di oltre 3.000 trattamenti di uso corrente non è di dimostrata efficacia. *Clinical Evidence Handbook-BMJ 2012*
- L'80% dei «nuovi» farmaci immessi sul mercato sono copie di quelli già in commercio; solo il 2,5% rappresenta un progresso terapeutico. *Prescrivere 2012*
- Il 50% delle angioplastiche eseguite su pazienti con angina stabile sono inappropriate. *JAMA 2011*
- Il 33% delle TAC non sono clinicamente giustificate e le irradiazioni provocano l'1,5-2% dei tumori. *NEJM 2007*
- Il 20-40% della spesa sanitaria è rappresentata da prestazioni senza benefici per i pazienti. *WHO 2010*



Perché fare di più può essere pericoloso?



Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy

Evidence is mounting that medicine is harming healthy people through ever earlier detection and ever wider definition of disease. With the announcement of an international conference

Moynihan: BMJ 2 June 2012

- Sovradiagnosi: identificazione di patologie che sarebbero rimaste silenti
- Falsi negativi e falsi positivi che richiedono ulteriori test di approfondimento
- Rischio di eventi avversi
- Effetti collaterali dei farmaci
- Esposizione a radiazioni ionizzanti

I Check-up non riducono la mortalità, non prevengono alcuna malattia, non evitano ricoveri, disabilità o ansia.

Cochrane Database Syst Rev: BMJ 2012



Chi vive in regioni ad alta intensità prescrittiva, sperimenta, per una stessa patologia, livelli di sopravvivenza peggiori di chi vive in regioni a bassa intensità.



Wennberg BMJ 2011



Perché si tende a fare di più?

- Nuove tecnologie consentono di rilevare "anomalie" sempre più piccole, di dubbio significato clinico.
- Si ritiene che scoprire una malattia prima che si manifesti sia sempre utile.
- Le soglie di normalità di molti parametri biologici sono riviste al ribasso.
- Atteggiamenti culturali spingono a fare più esami e più trattamenti.
- Provvedimenti legali puniscono il mancato trattamento ma tollerano l'eccesso di interventi.
- La corsa alla specializzazione porta alla frammentazione dei saperi e delle cure.



An initiative of the ABIM Foundation

Evitare sprechi e danni: un imperativo etico

Le società scientifiche, in base alle migliori conoscenze disponibili, si impegnano a definire 5 procedure mediche, di uso corrente che espongono i pazienti a possibili effetti dannosi.



Il progetto intende soprattutto salvaguardare l'interesse dei pazienti e non semplicemente tagliare le prestazioni per contenere i costi, anche se l'individuazione delle "Top 5" consente di porre l'attenzione sulle più importanti cause di spreco in ambito sanitario.



Howard Brody - NEJM 2010

Procedure selezionate nell'ambito del diabete



Society of General Internal Medicine



Don't recommend daily home finger glucose testing in patients with Type 2 diabetes mellitus not using insulin.

The Endocrine Society and
American Association of Clinical Endocrinologists



Avoid routine multiple daily self-glucose monitoring in adults with stable type 2 diabetes on agents that do not cause hypoglycemia.

AMDA – Dedicated to Long Term Care Medicine™



Don't use sliding scale insulin (SSI) for long-term diabetes management for individuals residing in the nursing home.

American Geriatrics Society



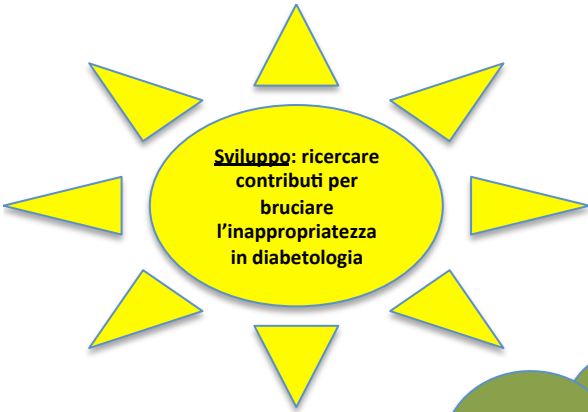
Avoid using medications to achieve hemoglobin A1c <7.5% in most adults age 65 and older; moderate control is generally better.





Quali le iniziative della diabetologia italiana?

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



coinvolgere il paziente nelle decisioni

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

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.

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.

Per rendere l'assistenza diabetologica sostenibile

- 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





Sostenibilità

- **Economica:** riferita alla spesa sanitaria rispetto al PIL
(il valore della spesa supera i costi sociali della spesa stessa)
- **Finanziaria:** legata al finanziamento pubblico della spesa sanitaria *(il valore entrate non è sufficiente)*
- La sostenibilità è anche **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*.**



Take home messages

- **I grandi numeri del diabete richiedono appropriatezza professionale e organizzativa**
- **L'inappropriatezza è costosa**
- **La capacità del sistema sanitario di convertire le risorse in valore, di ridurre gli sprechi e aumentare l'efficienza dei servizi facilita la sostenibilità della sanità pubblica**



Appropriatezza Professionale	Health Intervention "intervento giusto al paziente giusto"
	Timing "al momento giusto e per la durata giusta"
↓ ↑	
Appropriatezza Organizzativa	Setting "nel posto giusto"
	Professional "dal professionista giusto"

a favore di una cura sobria, rispettosa, giusta



CHE COS'E'



?

Need

Is Core of

Effectiveness

ANALISI DEI
BISOGNI

EFFICACIA
PRATICA

DEL SISTEMA

Amministrazioni,
professionisti,
pazienti, stakeholders

TRANSLAZIONE

Da efficacia teorica



Quale assistenza diabetologica?

Criticità degli attuali modelli assistenziali

Duplicazione di interventi

Aumento delle liste di attesa per prestazioni specialistiche e/o strumentali

Ricoveri inappropriati e/o evitabili

Piano sulla Malattia Diabetica

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

RIQUADRO 9 – DIECI OBIETTIVI GENERALI

1. “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”

2. *“Prevenire o ritardare l’insorgenza della malattia attraverso l’adozione di idonei stili di vita; identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; favorire adeguate politiche di intersectorialità per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete”*

3. *“Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi il trattamento e l’assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura”*

1. “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”

6. *“Migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare”*

7. *“Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell’assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia”*

8. *“Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona”*

9. *“Promuovere l’appropriatezza nell’uso delle tecnologie”*

10. *“Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni riconosciute di persone con diabete, sviluppando l’empowerment delle persone con diabete e delle comunità”*

Piano Nazionale Malattia Diabetica

« linee di indirizzo »

- Riconoscere le competenze specialistiche e di settore
- Riconoscere il valore del team
- Riconoscere l'importanza della autonomia del paziente quindi dei processi di empowerment
- Riconoscere il valore della rete per assicurare la continuità assistenziale
- Riconoscere l'importanza dell'utilizzo appropriato della tecnologia



Piano Regionale sulla Malattia Diabetica

TAVOLA ROTONDA

Aggiornamento sul lavoro della commissione regionale per la malattia diabetica (con la partecipazione tra gli altri dei membri della commissione regionale: Dirigenti della Regione, Società Scientifiche Diabetologiche e dei MMG, Associazioni pazienti, OSDI)

Conducono: Salvatore Caputo, Renato Giordano