



VI CONVEGNO NAZIONALE
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD

NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI
STAZIONE MARITTIMA



Ministero della Salute
Direzione Generale per la Programmazione Sanitaria



VI Convegno Nazionale

Centro studi e ricerche- Fondazione AMD

Napoli 18-20 Ottobre 2012

Centro Congressi

Stazione Marittima

Perchè un Piano Nazionale Diabete in Italia?

Property of Paola Pisanti and the Italian MoH, even partial reproduction must be authorised.



Obiettivi generali degli atti di programmazione che affrontano il problema della cronicità'

- miglioramento degli standard di cura, con attenzione ai nuovi modelli di assistenza alla cronicità ←
- omogeneità dell' offerta e continuità assistenziale; ←
- riduzione della variabilità clinica e la diffusione della medicina basata sulle prove (EBM); ←
- uso congruo delle risorse e rendere i servizi efficaci, efficienti ed appropriati. ←



VI CONVEGNO NAZIONALE
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD

NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI
STAZIONE MARITTIMA



Diritto alle cure

il diritto alle cure viene garantito alle persone con diabete, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), così come avviene per altri pazienti con altre patologie.





VI CONVEGNO NAZIONALE
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD

NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI
STAZIONE MARITTIMA



Decreto malattie croniche

L'individuazione della malattia diabetica fra le condizioni di malattia croniche e invalidanti garantisce a questi pazienti, in esenzione dalla quota di partecipazione, l'utilizzo di prestazioni specialistiche ambulatoriali appropriate, come da decreto legislativo n. 124 del 1998.



DIABETE



Ministero della Salute
Direzione Generale per la Programmazione Sanitaria

CONTESTO INTERNAZIONALE

Dichiarazione di Saint Vincent 1989
Linee guida OMS 1991
Risoluzione ONU 2006
Forum di NEW YORK 2007
Lavori della commissione Europea su "patient information"
Raccomandaz. Europee Vienna 2006
Collaborazione con la Regione europea dell'OMS alla definizione di una strategia di contrasto alle malattie croniche(GAINING HEALTH) 12 settembre 2006 Copenaghen
Cooperazione con l'OMS alla costruzione di una strategia europea di contrasto all'obesità(12 Novembre 2006-Istanbul
Piano d'Azione OMS 2008-2012
Dichiarazione politica
Risoluzione Parlamento Europeo
Road map Copenaghen

CONTESTO ITALIANO

- Modifica al Titolo V della Costituzione
- Decreto sui livelli di assistenza
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
- Legge 115/87
- Atto di Intesa del 1991 tra Governo centrale e Regioni
- Bozza Piano sanitario 2011-2013
- Altro

PIANO NAZIONALE SUL DIABETE

ATTIVITA'

Piano nazionale di prevenzione 2010-2012

Progetto IGEA

Ricerca

Pacchetto LEA

Rapporti internazionali

Programma "Guadagnare Salute"

Piano Intersettoriale materno-infantile

Supervisione progetto DAWN

Commissione Nazionale diabete

GAPS



Ministero della Salute
Direzione Generale per la Programmazione Sanitaria

DIABETE e contesto attuale

CONTESTO INTERNAZIONALE

- Dichiarazione di Saint Vincent 1989
- Linee guida OMS 1991
- Risoluzione ONU 2006
- Forum di NEW YORK 2007
- Lavori della Commissione Europea su “patient information”
- **Raccomandazioni Europee** Giugno 2006 - Vienna
- Collaborazione con la Regione europea dell'OMS definizione di una strategia di contrasto alle malattie croniche(GAINING HEALTH) 12 settembre 2006 Copenaghen
- Cooperazione con l'OMS alla costruzione di una strategia europea di contrasto all'obesità(12 Novembre 2006-Istanbul
- Piano d'Azione OMS 2008-2013
- Dichiarazione politica
- Risoluzione Parlamento Europeo
- Road map Copenaghen



European measures

**A recommendation handed down from the European Council session in Vienna on 15-16 February 2006 adopted by EPSCO 2 June 2006:
Development and implementation of Diabetes Plans framework**

What actions can be taken by the EU to combat the growing diabetes epidemic?

Ensure uniform access to the same level of care across the EU.

Increase funding for European research in DM and its Complications.



DIABETE e contesto attuale

• CONTESTO ITALIANO

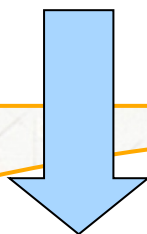
- **Modifica al Titolo V della Costituzione**
- **Decreto sui livelli di assistenza**
- **Legge 115/87**
- **Atto di Intesa del 1991 tra Governo centrale e Regioni**
- **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008**
- **Regioni**



CONTESTO ITALIANO

LEGGE 115/87 E ATTO D'INTESA DEL 1991

**STABILISCONO I CANONI
DELL'ASSISTENZA**



**AFFIDANDO ALLE REGIONI LA
RESPONSABILITA' PER
L'IMPLEMENTAZIONE DELLE
INDICAZIONI**



**PROMUOVERE UNA UNIFORMITA'
NELL'ASSISTENZA**



Finalità

**Piano Sanitario Nazionale
2003-2005**

**Piano Sanitario Nazionale
2006-2008**

- *identificare le aree di miglioramento;*
- *creare una piattaforma di dialogo con i vari interlocutori coinvolti nel sistema ed attivare una serie di attività che possano condurre a progetti globali e collaborazioni;*
- *coinvolgere attivamente le persone con diabete, attraverso le Associazioni di volontariato.*



VI CONVEGNO NAZIONALE
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD

NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI
STAZIONE MARITTIMA



PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008

LE GRANDI PATOLOGIE



TUMORI

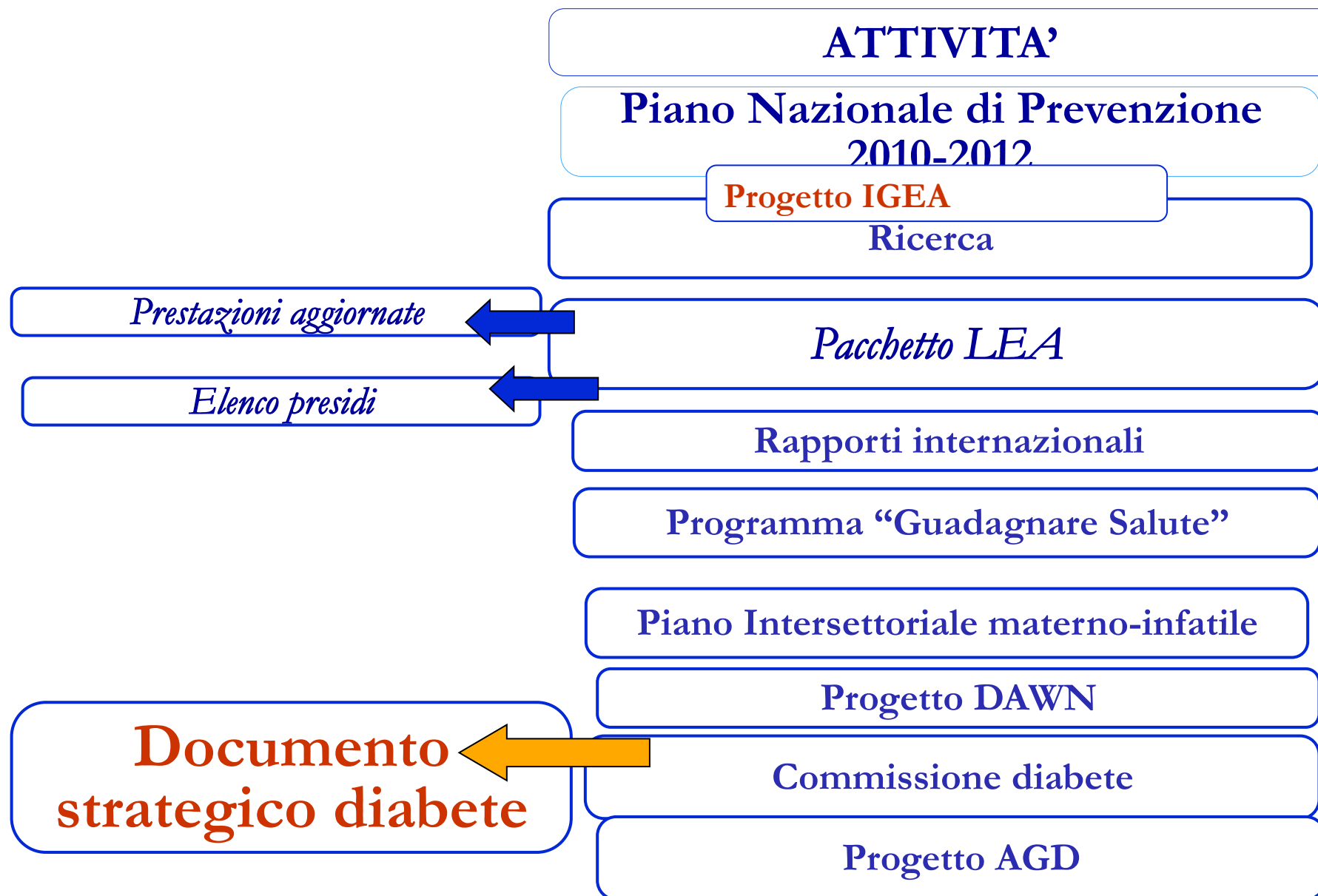
**MALATTIE
CARDIOVASCOLARI**

DIABETE

MALATTIE RESPIRATORIE



DIABETE e contesto attuale



Commissione Nazionale sulla malattia diabetica

Direzione Generale della Programmazione

Esperti

**Rappresentanti
delle Società
Scientifiche**

**Rappresentanti delle
21 regioni**

**Associazioni delle persone
con diabete**

Direzione Generale della Prevenzione





VI CONVEGNO NAZIONALE
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD

NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI
STAZIONE MARITTIMA



Obiettivi specifici:

Conoscenza ed analisi situazione esistente

Conoscenza ed analisi criticità

Definizione delle possibilità di miglioramento

Riesame dell'Atto d'intesa e degli allegati tecnici del 1991

Proposta di un documento strategico sul diabete

REGIONI

Tutte le Regioni, con gradi di avanzamento e modelli diversificati, sono attualmente coinvolte in questo sforzo di riorganizzazione e razionalizzazione dell'assistenza diabetologica in Italia

Centralità del paziente

Integrazione tra struttura specialistica e territorio

Educazione sanitaria

Equipe diabetologica

Percorso formativo specifico

Educazione terapeutica

Adozione del disease management come strumento di analisi del percorso assistenziale nei suoi aspetti clinici, economici e qualitativi



•PERCHE' ABBIAMO BISOGNO DI UN PIANO?

•Perchè nonostante

- una adeguata organizzazione dei centri diabetologici
 - la Legge nazionale (115/87)
 - l'atto di intesa (1991)
 - leggi di recepimento regionale
 - tutele economiche a carico dei diabetici
 1. esenzione ticket
 2. legge 104
 3. invalidità
 4. norme patente di guida
 - indicazione per la fornitura di dispositivi diagnostici e terapeutici

Ci sono delle

CRITICITA'



Per il Sistema Sanitario Nazionale:

- aumento della prevalenza malattia
- elevati costi sanitari diretti dovuti alle complicanze della malattia
- difficoltà sanitarie e amministrative nell'attuare programmi di Gestione Integrata
- scarsa aderenza alla terapia farmacologia e agli stili di vita della persona con diabete
- carenza di sistematicità nella gestione dei pazienti diabetici da parte dei MG e dei Centri Specialistici
- gestione “confusa” della patologia diabetica tra le varie competenze
- scarsa comunicazione e scarsa cultura dell'integrazione tra MG e Specialista;
- carenza di programmi coordinati di Educazione alla Salute per la prevenzione della malattia e di Educazione Terapeutica per la cura della malattia diabetica
- difficoltà a reperire i dati clinici con cui monitorare il percorso assistenziale della persona con diabete

BARRIERE DEL SISTEMA

Per la persona con diabete:

- scarsa conoscenza delle risorse disponibili
- scarsa motivazione e quindi scarsa aderenza alla cura
- difficile accesso ai servizi
- ostacoli “sociali”: lavoro, scuola, dipendenza da altri (per l’età avanzata)

Per il Medico di Medicina Generale:

- organizzazione dell’ambulatorio
- comunicazione con il Centro Specialistico
- raccolta dei dati clinici per il monitoraggio della malattia
- accesso ad esami per il controllo della malattia

BARRIERE DEL SISTEMA

Per il Centro Specialistico:

- **eccesso di richiesta, sovraffollamento, liste d'attesa**
- **aumento dei pazienti con complicanze evolute che necessitano di alta intensità di cura**
- **organizzazione del lavoro**
- **disponibilità di risorse a prestazione e non a pacchetto**
- **migliore allocazione delle risorse umane, strutturali ed organizzative**
- **raccolta dei dati clinici**
- **comunicazione con il MMG**

BARRIERE DEL SISTEMA

Per i Manager della Sanità Pubblica:

- **scarsità di dati epidemiologici essenziali per una corretta e adeguata Programmazione**
- **scarsa comunicazione tra i livelli assistenziali**
- **variabilità assistenziale**
- **uso inappropriato delle risorse (farmaci, ospedalizzazioni ecc.)**
- **scarsa aderenza al trattamento da parte del paziente con conseguente aumento dei costi economici e sociali**
- **aumento dei costi della malattia dovuti all'aumento della prevalenza**

LE FORZE DEL SISTEMA ITALIANO

- **AUMENTO DI INTERESSE A LIVELLO INTERNAZIONALE, NAZIONALE E LOCALE**
- **PRESENZA DI UNA LEGGE E NORME SPECIFICHE SULLA MALATTIA**
- **LA PRESENZA DI CENTRI SPECIALISTICI SUL TERRITORIO NAZIONALE**
- **DISPONIBILITA' DI LINEE GUIDA E DOCUMENTI DI CONSENSO NAZIONALI**
- **AUMENTO DELLE ATTIVITA' CHE PREVEDONO L'INTEGRAZIONE DEI VARI INTERLOCUTORI A LIVELLO NAZIONALE E LOCALE**
- **UN SISTEMA CHE PREVEDE L'EROGAZIONE GRATUITA DEI SERVIZI E PRESIDI**
- **L'INCREMENTO DELL'INFORMAZIONE A LIVELLO DEI MASS MEDIA**

Un Piano quale strumento per

- **Contribuire al miglioramento della tutela assistenziale della persona con diabete o a rischio di diabete, riducendo l'impatto della malattia sulla singola persona, sul contesto (famiglia, parenti, amici, ambiente di lavoro, scuola)**

- **Rendere i servizi efficaci, efficienti in termine di prevenzione e assistenza**

Assicurare equità di accesso





VI CONVEGNO NAZIONALE
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD

NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI
STAZIONE MARITTIMA



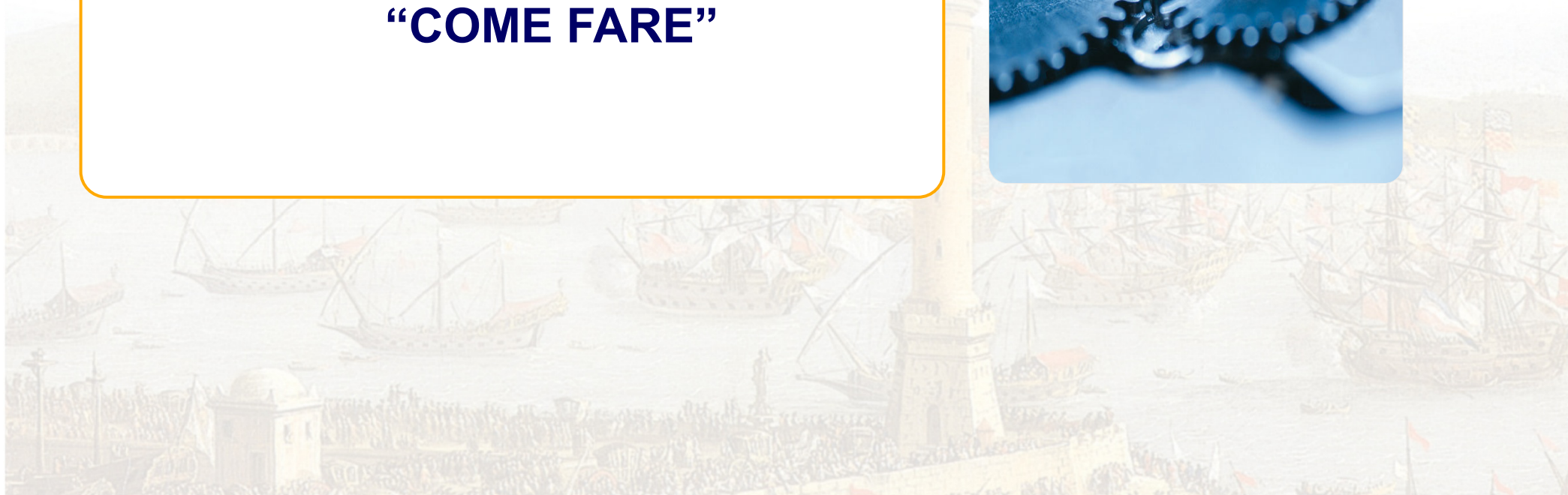
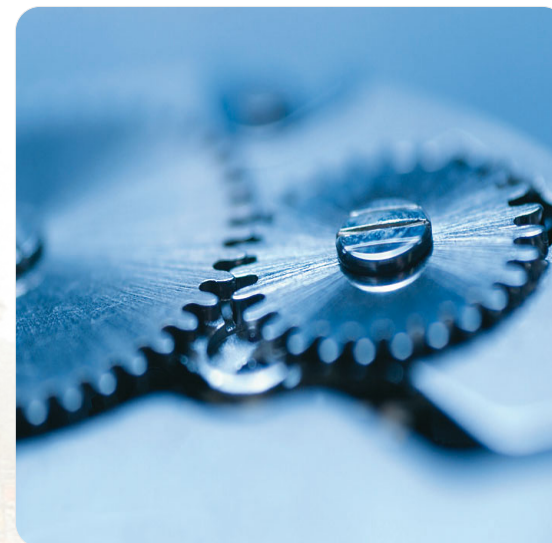
Un piano che risponda

non solo al

“COSA FARE”

ma soprattutto al

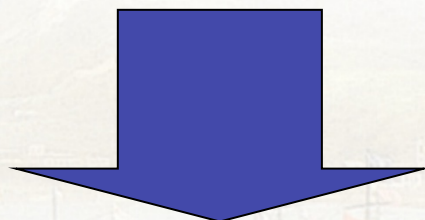
“COME FARE”





PER CHI E' SCRITTO IL PIANO

**Il documento può
costituire una linea di
indirizzo per i decisori
istituzionali**



**Il Piano deve illustrare i percorsi attraverso i quali i
problemi possono essere indirizzati per trovare
delle risposte**

**A chi è indirizzato
IL PIANO**



Il documento è scritto per le persone che hanno il diabete, quelli che assistono le persone con diabete, le persone a rischio di sviluppare diabete

PERCHE' E' SCRITTO IL PIANO



Il piano è scritto per illustrare le "Call to action" verso cui tutti i differenti componenti del Servizio Sanitario e gli altri interlocutori del sistema, anche non appartenenti a mondo sanitario, devono convergere

proporre un comune set di obiettivi, raccomandazioni e pratiche di implementazione del Piano

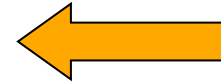
guidare un azione collettiva a livello pratico e a livello politico con lo scopo di ridurre il personale e pubblico impatto del diabete in Italia



**E' stata
proposta
come**

VISION del Piano

Efficace ed efficiente

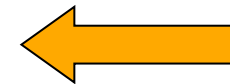


Focalizzato sulla popolazione in generale ma soprattutto sui bisogni dell'individuo.



**•il
sistema
dovrà
essere
in futuro**

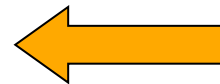
Deve contemplare la partecipazione della comunità attraverso il volontariato



Deve contemplare la partecipazione della famiglia quale nodo della rete assistenziale



Riconoscere il ruolo dei providers dell'assistenza primaria nella prevenzione e nell'assistenza



VISION del Piano

Muove da modelli tradizionali con ruoli ben definiti fino a modelli basati su una interdisciplinarietà, identificando i ruoli che devono essere svolti

Deve tener conto di differenze sociali, culturali, demografiche e geografiche,

Mantenere scelte basate su un range di modelli, metodi, attività e risorse che producono simili e positivi outcomes, ma che possono essere adattati a differenti circostanze



VISION del Piano

Deve collegare processi efficaci a efficaci risultati attraverso il monitoraggio e i sistemi di reporting

Deve passare attraverso una valutazione con utilizzo di una gamma di indicatori

Deve lavorare per ottenere risultati che possono essere standardizzati



DI COSA DEVE TENERE CONTO IL PIANO?

Centralità della persona

**Necessità di interventi trasversali sia sanitari
che di altri settori**



VI CONVEGNO NAZIONALE
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD

NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI
STAZIONE MARITTIMA



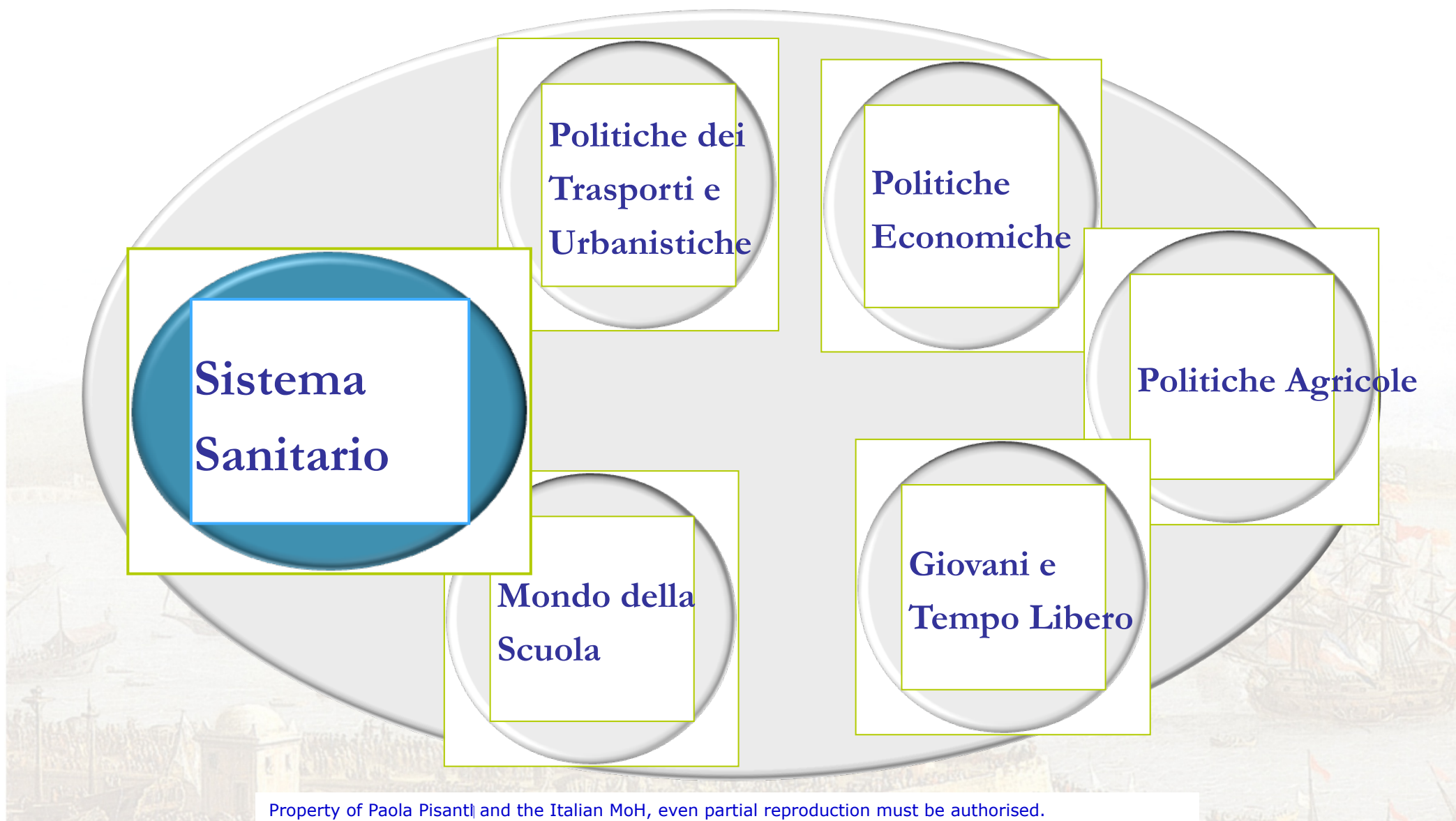
SU COSA DEVE AGIRE IL PIANO?

Processo di cambiamento culturale necessario per gestire adeguatamente la cronicità

evidenziando la necessità di utilizzare la formazione non solo come momento di conoscenza tecnico scientifica

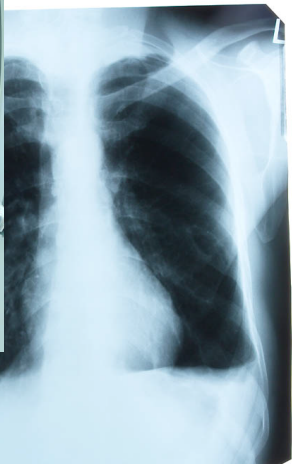
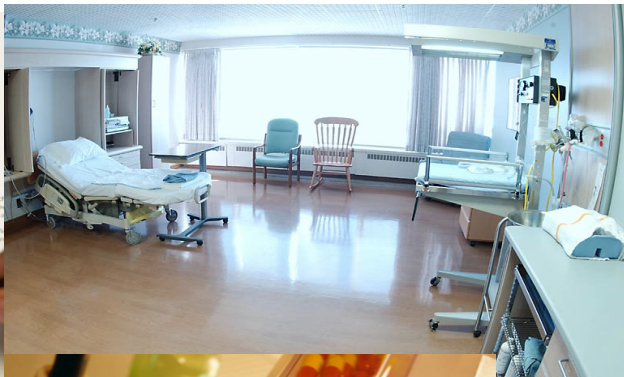
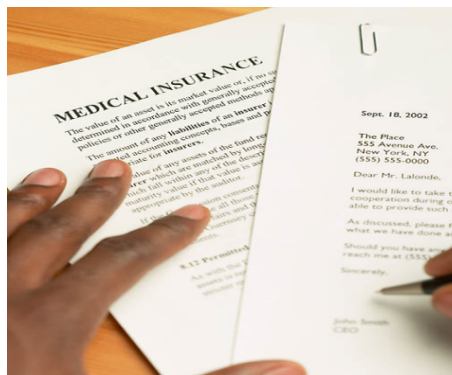
ma anche di crescita ETICA E SOCIALE

Qualsiasi modello operativo non può prescindere da un valido raccordo tra i nodi dell'assistenza e la garanzia di continuità delle cure



Sistema





La persona al centro del trattamento







VI CONVEGNO NAZIONALE
CENTRO STUDI E RICERCHE - FONDAZIONE AMD

NAPOLI, 18-20 OTTOBRE 2012



CENTRO CONGRESSI
STAZIONE MARITTIMA



PAOLA PISANTI



Property of Paola Pisanti and the Italian MoH, even partial reproduction must be authorised.