



# Piano Regionale: aspetti salienti

**Graziano Santantonio**

*U.O.S.D. Diabetologia*

*P.O. San Paolo*

*Civitavecchia*

**Salvatore Caputo**

*U.O.S. Diabetologia*

*Policlinico A. Gemelli*

*Roma*

Piano nazionale sulla malattia diabetica

(G.U. n. 32 del 7-2-2013 - Suppl. Ordinario n. 9)



Recepimento Regione Lazio

(DCA n. U00121 del 9-4-2013)



Istituzione Commissione regionale

(Det. n. G0784 del 29-5-2014)



Inizio lavori Commissione regionale

(29-9-2014)

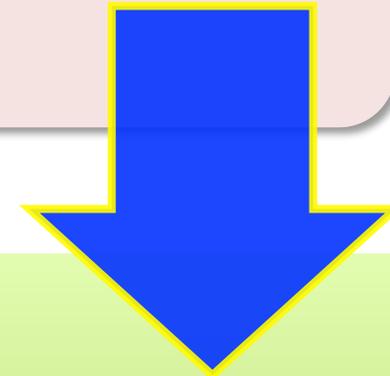


Piano per la malattia diabetica nella  
Regione Lazio 2016-2018

(DCA n. U00581 del 14-12-2015)

## Istituzione Commissione regionale

(Det. n. G0784 del 29-5-2014)

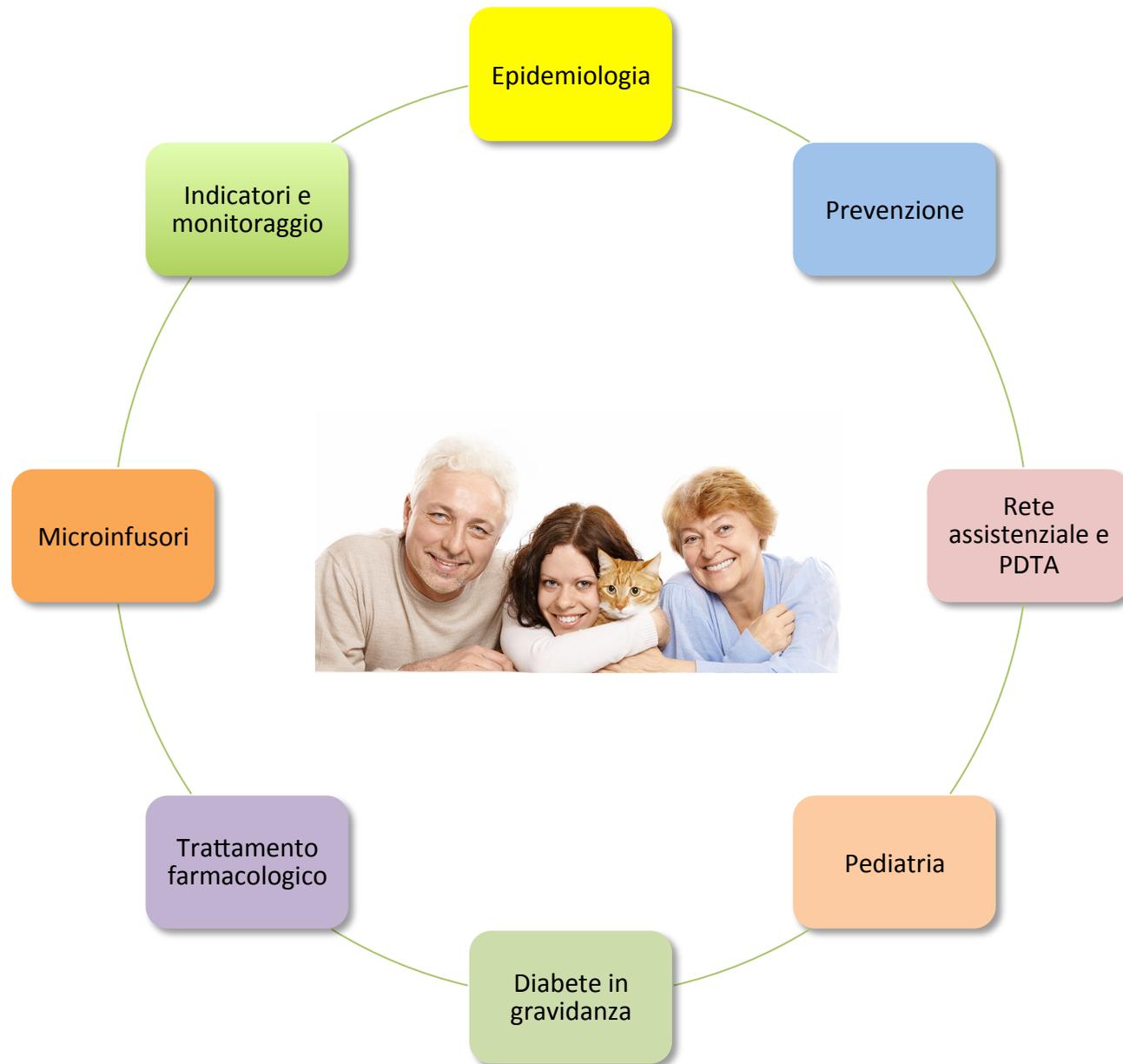


### Mandato biennale

- Elaborazione PRD
- Monitoraggio attuazione PRD

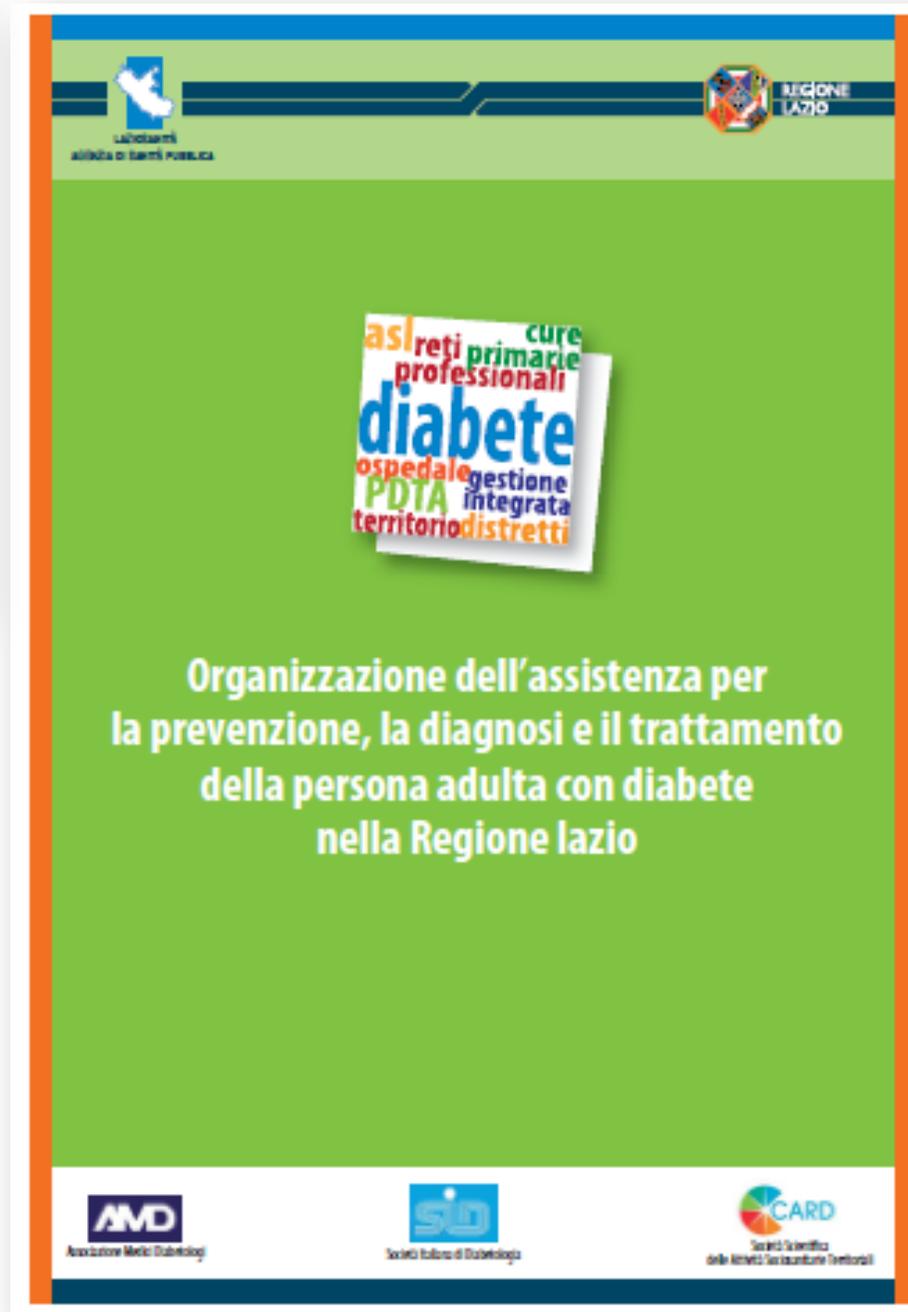


# La struttura del PRD



# La struttura del PRD

- Ciascun capitolo è stato elaborato da un gruppo di lavoro costituito da membri della Commissione e allargato al contributo di *“esperti”*



Carla Perria  
Mario Balsanelli  
Raffaella Buzzetti  
Virgilio Calzini  
Francesco Chiaramonte  
Andrea Giaccari  
Concetta Suraci  
Franco Tuccinardi  
Gregorio Versace

Trasmesso in Regione con Nota Prot. 2002/DG del 13-02-2013

# Punti di forza

## Riorganizzazione della Rete assistenziale

- Strutture Diabetologiche (SD)
- MMG
- Ospedale
- Distretto
- Case della Salute
- Assistenza domiciliare

## Identificazione dei livelli di assistenza

- 1° livello: MMG
- 2° e 3° livello: SD

## Stratificazione dei pazienti per intensità di cure e presa in carico prevalente al livello assistenziale appropriato

- Inquadramento clinico del paziente alla diagnosi da parte della SD
- Profilo di cura condiviso tra MMG e SD

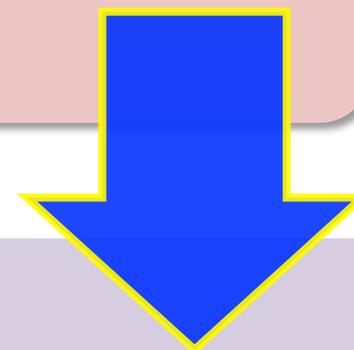
PDTA come modello operativo che garantisce la continuità assistenziale tra i vari livelli di intensità di cure in una logica di rete

# Attività nelle Case della Salute

Assistenza specialistica diabetologica tra le funzioni base della CdS

(DCA n. U00040 del 14-02-2014)

- Ulteriore nodo del sistema di “rete reticolare”
- Sinergia non replicativa ma complementare
- Continuità assistenziale nei vari livelli di intensità di cura



Linee operative di assistenza diabetologica nella CdS

- Assistenza clinica
- Integrazione socio-sanitaria (formazione)
- Prevenzione

# Punti di forza

## Livelli di coordinamento

- Regionale
- Aziendale

Revisione periodica del PDTA

Indicatori per il monitoraggio del PDTA

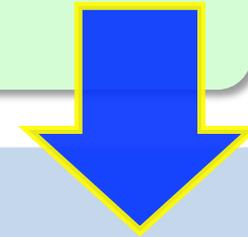
Utilizzo di cartella informatizzata → Rete informatizzata

Valutazione partecipata ad opera delle Associazioni dei pazienti

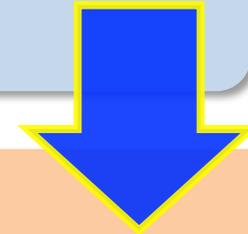
# Punti di forza

## Disponibilità all'uso delle nuove tecnologie

- Revisione e aggiornamento del documento specifico AMD-SID-SIEDP sui microinfusori e della relativa determina regionale
- Det. G08900 del 03/08/2016 sulle nuove tecnologie



Aggiornamento PAC diabete nell'adulto  
(DCA n. U00250 del 08/08/2016)



Proposta PAC diabete in gravidanza e PAC  
transizione (insieme con SIEDP)

# Indicatori e monitoraggio

**SCHEMA B - INDICATORI basati sui dati della CARTELLA INFORMATIZZATA dei DIABETOLOGI**

Indicatori di PROCESSO								
N	Denominazione	Razionale	Numeratore	Denominatore	Standard di riferimento	Interpretazione	Finalità	Criticità
<i>Indicatori di complessità assistenziale e uso di risorse</i>								
1	Proporzione di pazienti in autocontrollo	Il monitoraggio dell'autocontrollo è uno strumento utile alla razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria e migliora gli esiti di salute	Numero di pazienti in autocontrollo	Pazienti attivi nell'anno presso il servizio di diabetologia (per la definizione di "paziente attivo" vedi nota 1)	n.d.	Più alto è il valore dell'indicatore maggiore è il livello di empowerment del paziente a condizione di una adeguata educazione terapeutica	Valutare il livello di empowerment del paziente a condizione di una adeguata educazione terapeutica	Grado copertura della popolazione assistita e accuratezza registrazione dati
2	Proporzione di pazienti trattati con sola dieta	Il monitoraggio dell'uso delle risorse e delle strategie terapeutiche è uno strumento utile alla razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria e migliora gli esiti di salute	Numero di pazienti trattati con sola dieta	Pazienti attivi nell'anno presso il servizio di diabetologia	Dato non esistente come standard. Possibili confronti tra centri o elaborazione di dato regionale	Più alto è il valore dell'indicatore minore è l'intensità di cura e l'uso di risorse	Valutare il livello di complessità assistenziale e l'uso di risorse	Grado copertura della popolazione assistita e accuratezza registrazione dati
3	Proporzione di pazienti trattati con ipoglicemizzanti orali (OHA)	Il monitoraggio dell'uso delle risorse e delle strategie terapeutiche è uno strumento utile alla razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria e migliora gli esiti di salute	Numero di pazienti trattati con OHA	Pazienti attivi nell'anno presso il servizio di diabetologia	Non esiste un dato utilizzabile come standard, in quanto fortemente dipendente dal grado di compenso (valore di HbA1c) (vedi Annali AMD 2011)	Più alto è il valore dell'indicatore maggiore è l'intensità di cura e l'uso di risorse	Valutare il livello di complessità assistenziale e l'uso di risorse	Grado copertura della popolazione assistita e accuratezza registrazione dati
4	Proporzione di pazienti trattati con insulina	Il monitoraggio dell'uso delle risorse e delle strategie terapeutiche è uno strumento utile alla razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria e migliora gli esiti di salute	Numero di pazienti trattati con insulina	Pazienti attivi nell'anno presso il servizio di diabetologia	Non esiste un dato utilizzabile come standard, in quanto fortemente dipendente dal grado di compenso (valore di HbA1c) (vedi Annali AMD 2011)	Più alto è il valore dell'indicatore maggiore è l'intensità di cura e l'uso di risorse	Valutare il livello di complessità assistenziale e l'uso di risorse	Grado copertura della popolazione assistita e accuratezza registrazione dati

# Flussi informativi



**Presenza di tavoli tecnici regionali**

# Il lavoro continua

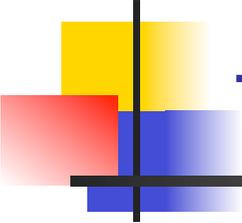
- La Commissione non ha esaurito il suo mandato
- Alcuni gruppi di lavoro stanno lavorando all'applicazione del PRD

# Rete assistenziale e PDTA

## Riorganizzazione della Rete delle Strutture Diabetologiche (SD)

- Censimento delle SD esistenti al 31/12/2014
- Rilevazione delle funzioni realmente svolte

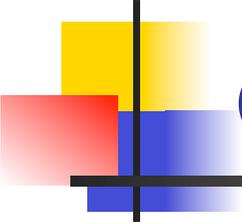
## Programmazione del PDTA



# Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA)

---

- 1996 legge finanziaria art. 1 comma 28 - sui tetti di spesa “i medici ... conformano le proprie autonome decisioni tecniche a PDTA cooperando in tal modo al rispetto degli obiettivi di spesa”
- DL 229/99 “... il PSN 1998-2000 indica le linee guida e i relativi Percorsi diagnostico terapeutici allo scopo di favorire ... lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e assicurare i LEA”
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (D.P.R. 7 aprile 2006) “... assumono particolare rilevanza le Linee Guida (LG), i Protocolli Diagnostico Terapeutici ed i Percorsi di Cura, strumenti che, nel loro insieme rappresentano l’elaborazione sistematica di indicazioni basate sulle evidenze disponibili, secondo standard raccomandati, nel rispetto del principio di appropriatezza, **con l’obiettivo di assistere i clinici ed i pazienti nel prendere decisioni**, migliorare la qualità delle cure sanitarie e ridurre la variabilità nella pratica clinica e negli outcomes...”



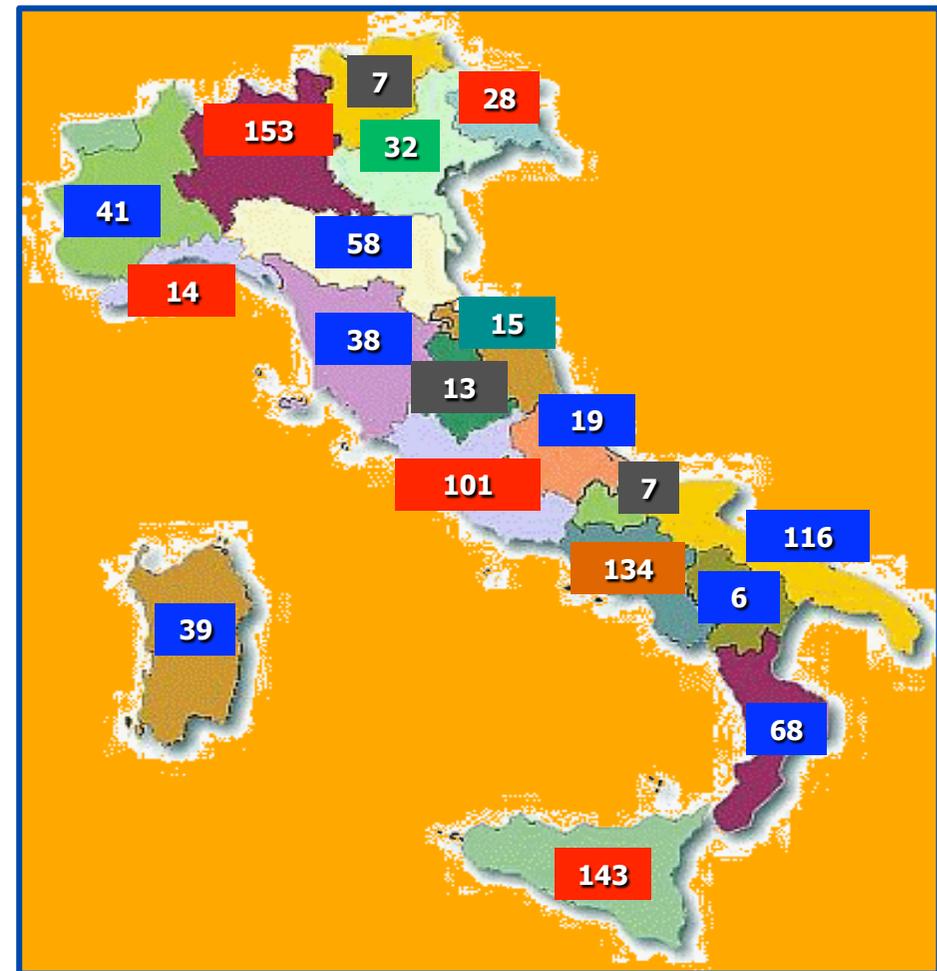
# Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) Cosa c'è dietro la sigla?

---

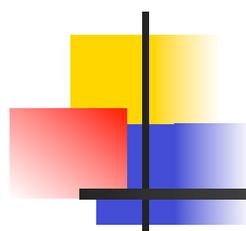
- Il termine “percorso” per definire:
  - l'iter del paziente dal primo contatto con il mondo sanitario alla diagnosi e terapia,
  - l'iter organizzativo che si realizza nella realtà aziendale dal momento della presa in carico del paziente
- I termini “diagnostico”, “terapeutico”, “assistenziale” per definire:
  - La presa in carico totale - dalla prevenzione alla riabilitazione - della persona che ha un problema di salute
  - Gli interventi multiprofessionali e multidisciplinari rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità

# La rete delle strutture specialistiche diabetologiche in Italia

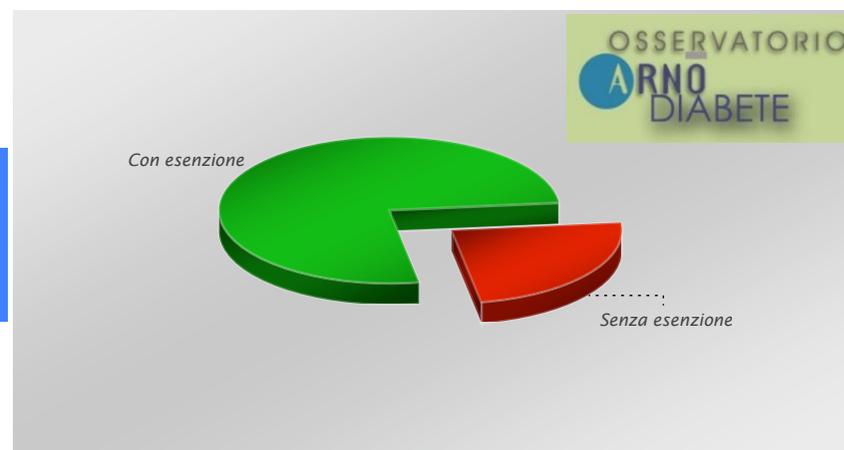
Totale Nazionale: 1007  
(nel 2003 erano soltanto 628)



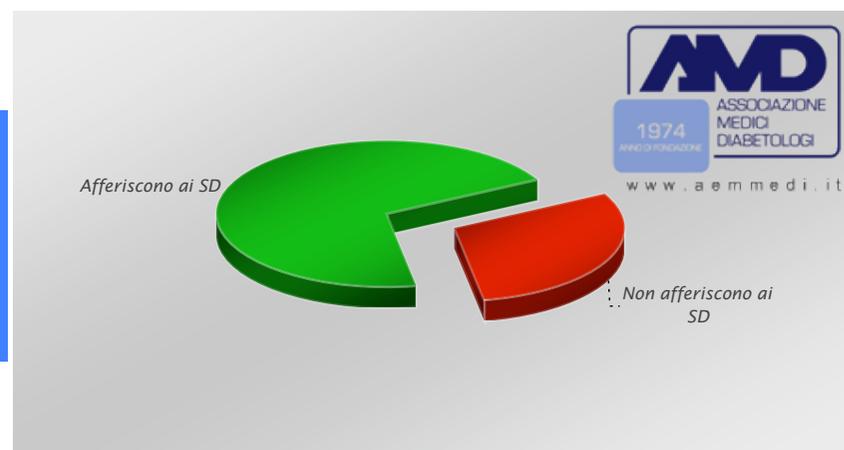
# A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA SULLA PATOLOGIA DIABETICA IN RAPPORTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ED ALLE CONNESSIONI CON LE MALATTIE NON TRASMISSIBILI



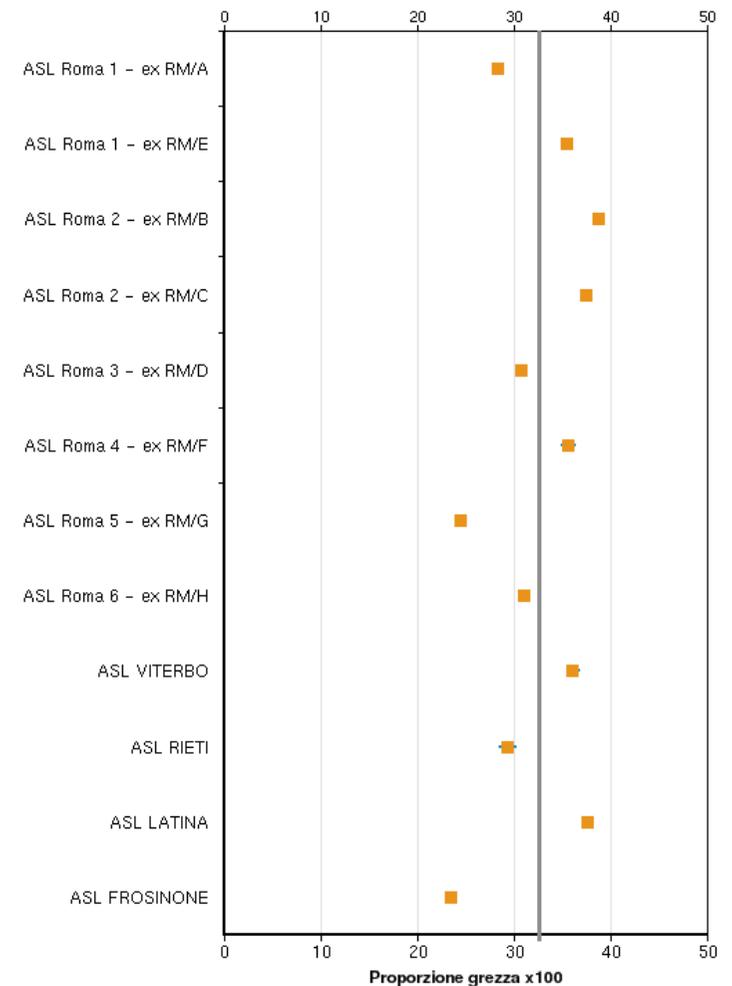
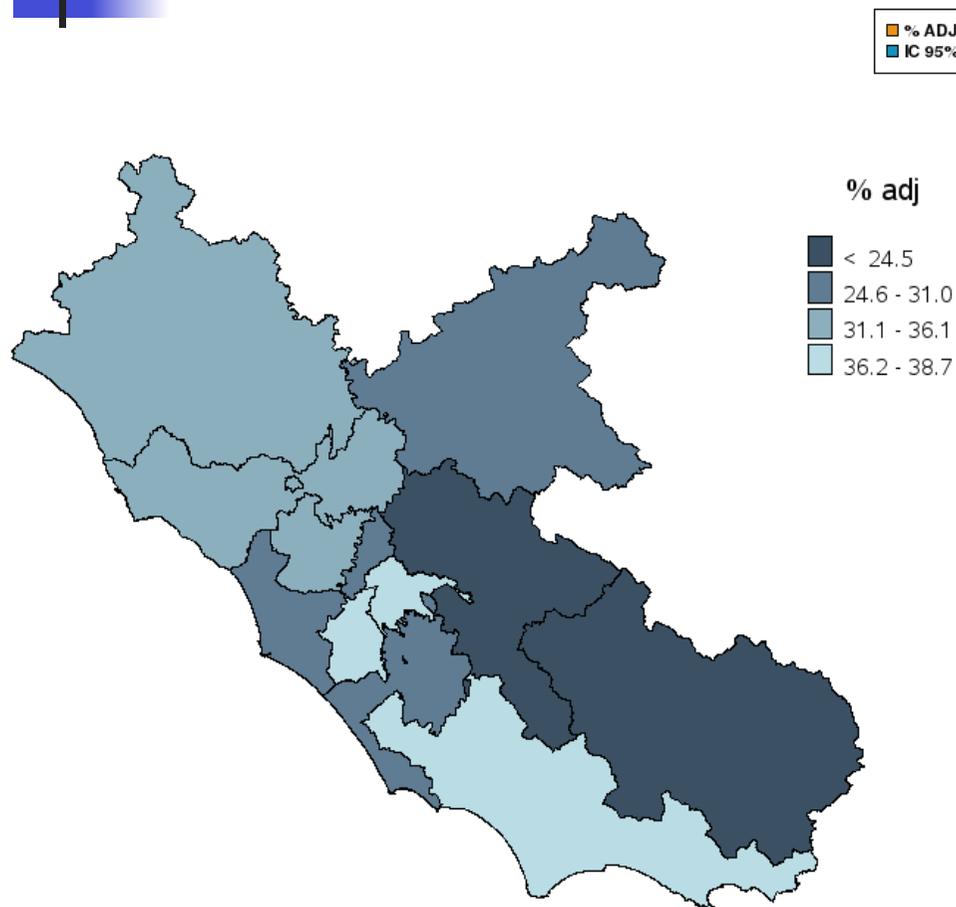
Una persona su 4 con diabete non ha l'esenzione per patologia



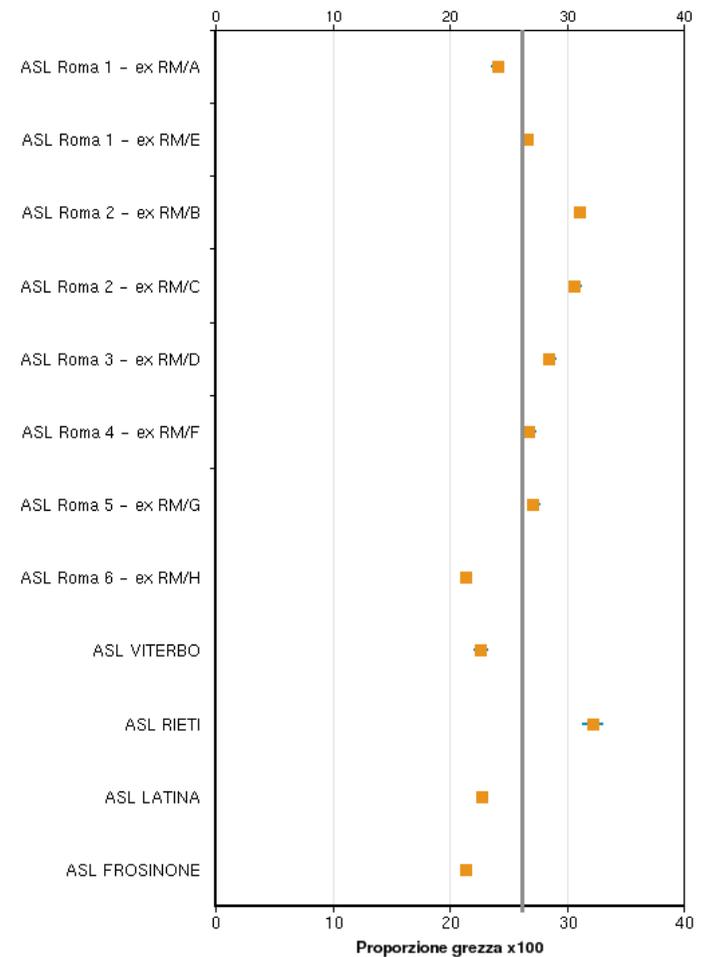
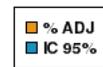
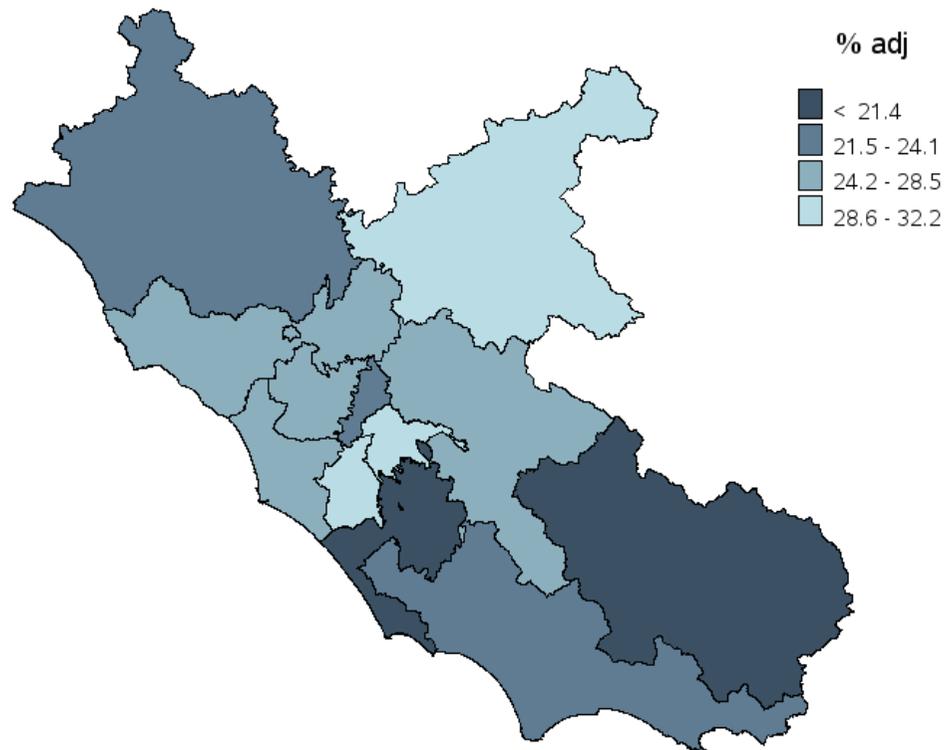
Tre persone su 10 con diabete non afferiscono alle strutture di diabetologia



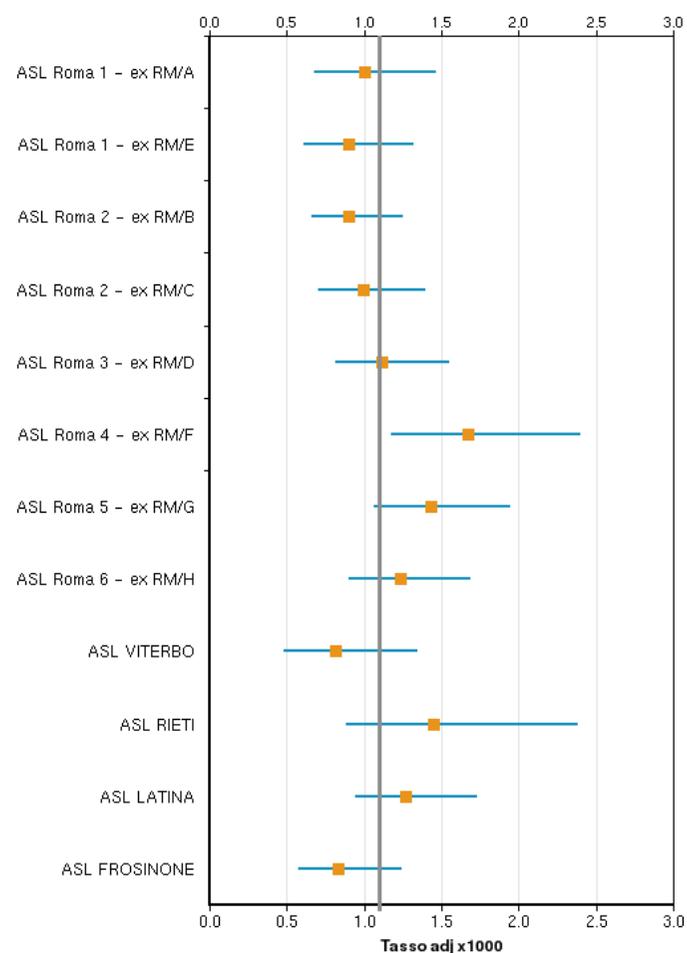
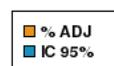
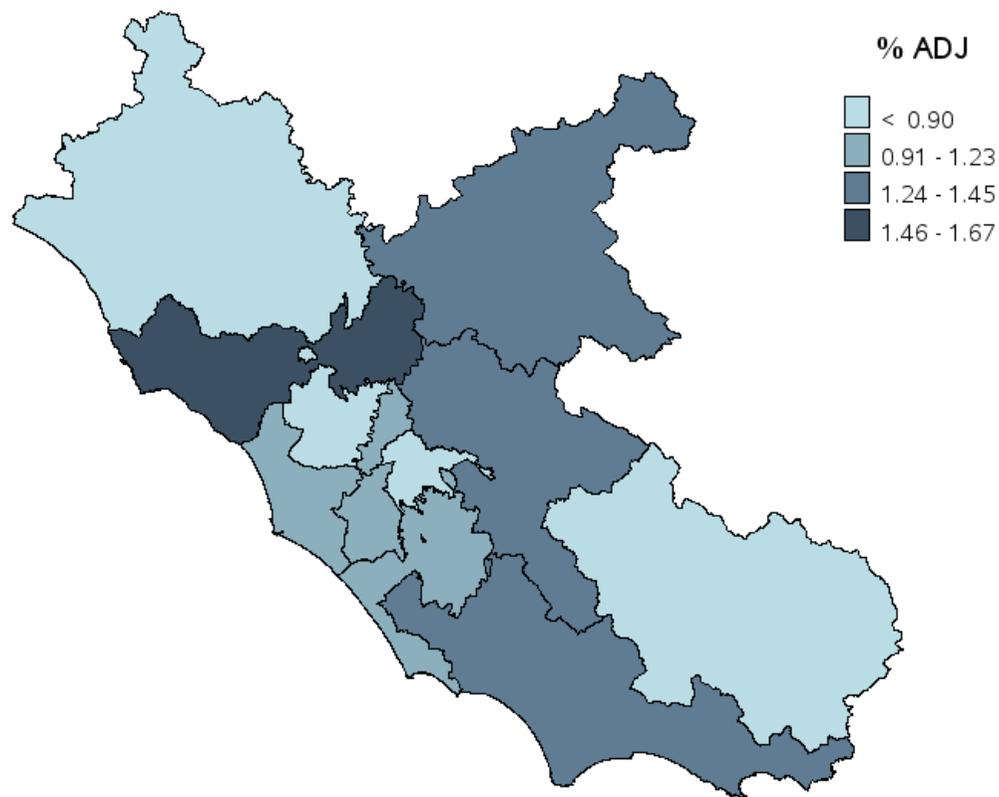
# Persone con diabete con almeno 2 determinazioni dell'HbA1c all'anno



# Persone con diabete con almeno 1 visita oculistica all'anno



# Persone con diabete con amputazione dell'arto inferiore



# Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica

(Obiettivo 1 erogazione e monitoraggio dei servizi)



- adottare e mettere in pratica raccomandazioni nazionali con il contributo delle Società Scientifiche per la definizione di PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) condivisi con le Associazioni di persone con diabete, nel rispetto di un uso appropriato delle risorse;

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E  
DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE  
DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Commissione Nazionale Diabete

Piano sulla malattia diabetica

## OBIETTIVO 1

(erogazione e monitoraggio dei servizi)

*"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"*

- razionalizzare la distribuzione dei team specialistici in maniera da mettere a disposizione Centri dotati delle necessarie risorse;
- promuovere l'assistenza diabetologica di primo livello integrata con quella specialistica;
- adottare e mettere in pratica raccomandazioni nazionali con il contributo delle Società Scientifiche per la definizione di PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) condivisi con le Associazioni di persone con diabete, nel rispetto di un uso appropriato delle risorse;
- utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza;
- garantire un'adeguata formazione con percorsi di accreditamento del personale medico e non destinato alla gestione della persona con diabete.

### Indirizzi strategici

- coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari e non, formando team locali idonei a gestire i vari gradi di complessità della malattia;
- condivisione dei PDTA e definizione dei ruoli e delle attività;
- utilizzazione e analisi periodica di indicatori;
- percorsi di formazione e verifica per il personale medico e non;
- definizione di un processo di gestione integrata che riguardi ogni singola persona con diabete dal momento della diagnosi.

### Linee di indirizzo prioritarie

- recepire le raccomandazioni nazionali per la cura e l'assistenza della persona con diabete;
- istituire gruppi di lavoro rappresentativi dei diversi Attori, compresi i rappresentanti delle Associazioni delle persone con diabete rappresentative a livello regionale;
- costruire banche dati, in cui confluiscono dati amministrativi e clinici per la valutazione dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell'assistenza;
- garantire un aggiornamento continuo;
- gestire l'ingresso di ogni persona con diabete nel PDTA al quale partecipano tutti gli attori coinvolti con un impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia.

# Prevalenza di persone che dichiarano di essere diabetiche



# Piano nazionale sulla malattia diabetica (3.4 i capisaldi per consolidare la strategia del piano)

*Rete assistenziale con forte integrazione tra MMG/PLS,  
team della Struttura specialistica e Associazioni di Volontariato.*

*Assistenza ambulatoriale per ridurre il numero dei ricoveri evitabili*

*Team Specialistici dedicati*

*Adeguata organizzazione delle attività del MMG/PLS*

*Ingresso nel percorso diagnostico-terapeutico*

*Sistemi di misura e di miglioramento della qualità delle cure e della qualità della vita*

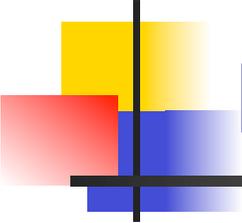
*Autonomizzazione della persona con diabete*

*(empowerment nella cura e nella gestione del percorso assistenziale)*

*Responsabilizzazione delle direzioni strategiche e dei “responsabili gestionali”*

*Efficaci sistemi di comunicazione*

*Ruolo delle farmacie nell’approccio integrato alla gestione del diabete*



## Modelli di integrazione a confronto

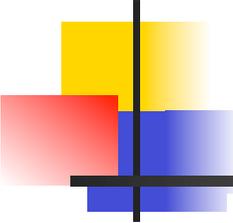
---



Territorio  $\Leftrightarrow$  Ospedale



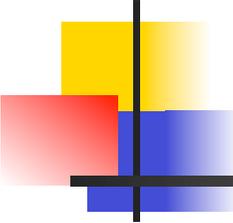
MMG  $\Leftrightarrow$  Team specialistico



# Non è questa la rete del Lazio

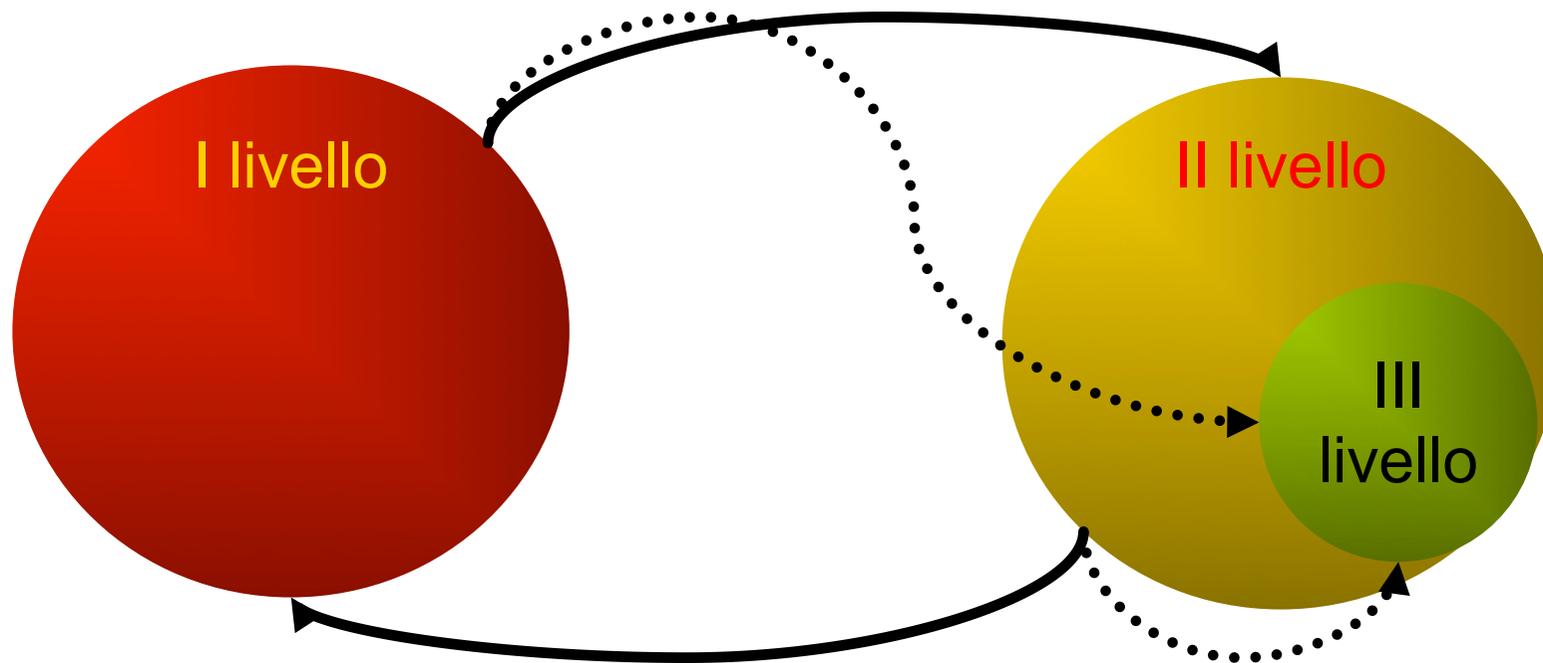
---



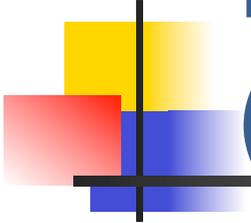


# Questa è la rete del Lazio

---



Considerata la prevalenza media del diabete e tenuto conto che i casi a maggiore complessità incidono nella misura del 50%, può essere prevista una SD di II livello ogni 100.000 abitanti.

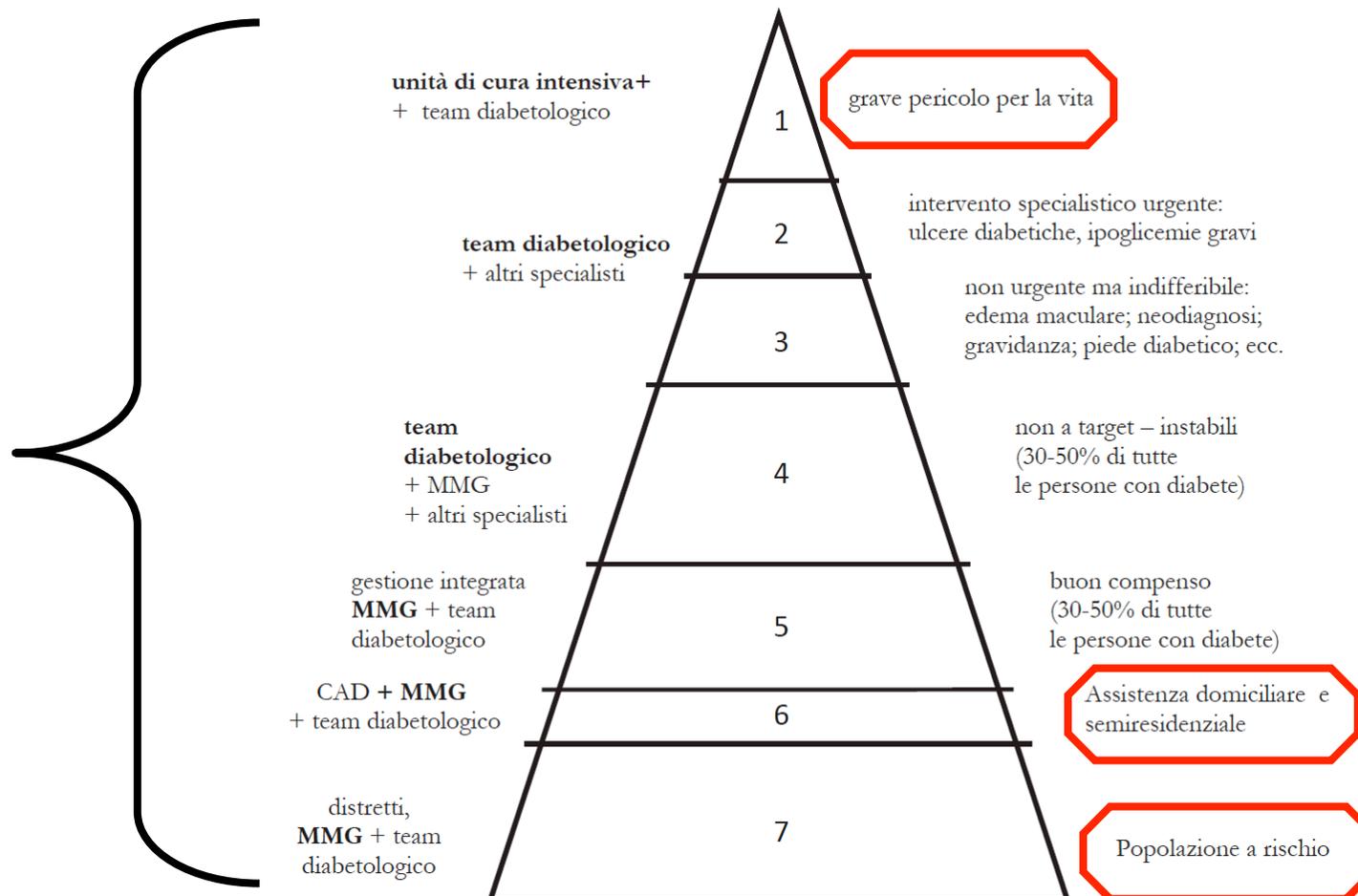


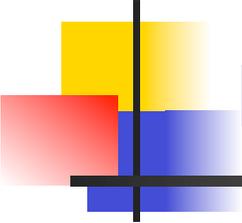
# La rete: SD di II livello (compresi III livello)

SD adulti	Fabbisogno
Roma 1	10
Roma 2	13
Roma 3	6
Roma 4	3
Roma 5	5
Roma 6	6
Viterbo	3
Rieti	2
Latina	6
Frosinone	5
	59

# Intensità di cura e non solo...

**Integrazione**  
ad ogni  
livello





# I profili assistenziali del piano regionale

Profilo A. Popolazione a rischio per diabete (classe 7 Documento AMD-SID-SIMG)  
(7)  
Screening, diagnosi e prevenzione DM2: Protocolli A1/A2

Profilo B. 3 distinte tipologie di pazienti con DM2:

- Persone con Diabete Mellito neodiagnosticato o diagnosticato in precedenza ma non seguite presso una SD: Protocollo B1/B2 (in base alle condizioni cliniche)
- Persone con DM2 senza complicanze o con complicanze stabili e in buon compenso metabolico (classe 5 Documento AMD-SID-SIMG): Protocollo B1
- Persone con DM con complicanze non stabilizzate o con scompenso metabolico (classe 2,3,4 Documento AMD-SID-SIMG): Protocollo B2

Profilo C. Gestione del paziente con DM1 e con altre forme specifiche di diabete