



**COMMISSIONE IGIENE E SANITA'
SENATO DELLA REPUBBLICA**

**OSSERVAZIONI E DATI DELLA
FEDERAZIONE ITALIANA AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE
PER**

**"Indagine conoscitiva sulla patologia diabetica
in rapporto al Servizio sanitario nazionale
ed alle connessioni con le malattie non trasmissibili"**

Documento per Audizione

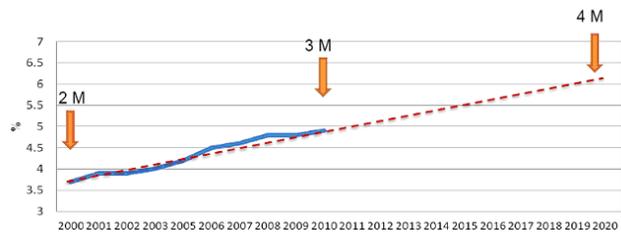
Roma, 14 giugno 2012

Premessa

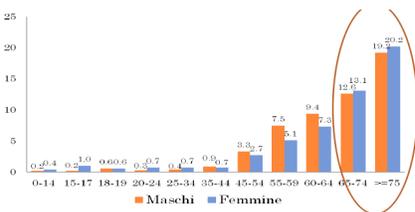
Tra le diverse forme di patologie croniche, quella diabetica presenta la più consistente evoluzione di incidenza sulla popolazione. In Italia il numero di persone affette da diabete è cresciuto di 1 milione negli ultimi 10 anni, raggiungendo la quota di 3 milioni - il 4,9% degli italiani (5,2% delle donne e 4,5 % degli uomini) - oltre ad una quota imprecisata, ma sicuramente superiore al milione, di persone affette dalla malattia senza saperlo: pari a circa 2.960.000 persone.

Se la crescita continuerà ai ritmi attuali, nel 2020 le persone affette da diabete noto saranno 4 milioni, con enormi ripercussioni riguardo i costi e l'organizzazione dell'assistenza.

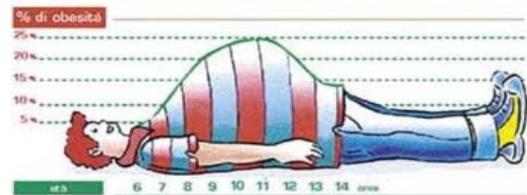
Andamento della prevalenza del diabete in Italia: 2001-2010 (ISTAT)



Andamento del diabete in Italia per fasce di età e sesso. (ISTAT, 2010)



A rendere il quadro ancora più preoccupante non è solo la crescita



continua del numero di cittadini ultra sessantacinquenni che svilupperà il diabete, ma la comparsa di diabete di tipo 2 anche nei giovani adulti, causata dall'aumento dei casi di obesità in età infantile ed adolescenziale.

Riguardo ai fattori di rischio associati al diabete: tra i diabetici, il 55% ha ricevuto una diagnosi di ipertensione e il 45% di ipercolesterolemia, il 75% è in eccesso ponderale (IMC \geq 25), il 39% è sedentario e il 22% fumatore.

La prevalenza del diabete mellito cresce a velocità vertiginosa in tutte le regioni del mondo, a causa dell'adozione sempre più diffusa di stili di vita inappropriati che stanno determinando in tutte le fasce di età un aumento incontrollabile dell'obesità e del sovrappeso.

Impatto sociale

La prevalenza ed il rischio di diabete sono più elevati nelle classi sociali più basse e nel sesso femminile.

L'impatto della malattia sulla sopravvivenza e sulla qualità della vita è rilevante.

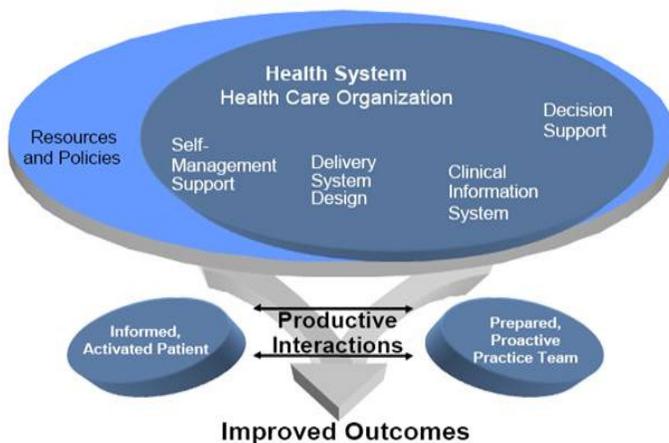
L'epidemia di diabete mellito ha anche importanti risvolti economici. In Italia attualmente, le persone con diabete sono responsabili di un consumo di risorse sanitarie (costi diretti) 2,5 volte superiore rispetto a quello delle persone non diabetiche di pari età e sesso. Oltre il 50% dei costi diretti è attribuibile ai ricoveri ospedalieri. Per quanto

riguarda i farmaci, la quota principale del costo è imputabile al trattamento delle complicanze cardiovascolari. Tutte le categorie farmacologiche, tuttavia, mostrano un aumentato utilizzo nei diabetici rispetto ai non diabetici, a sottolineare l'interessamento multi organo della malattia.

La gestione integrata della patologia diabetica: un modello da perseguire

Il diabete risulta essere una malattia metabolica caratterizzata da

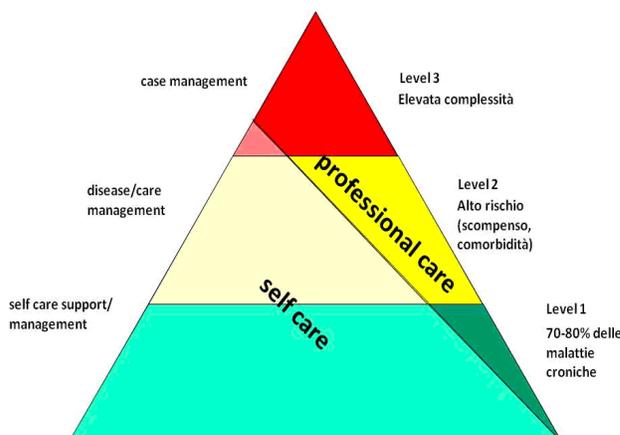
- Altissimi numeri di malati
- Diversi livelli di complessità (da semplici a gravi e invalidanti)
- Diverse tipologie/livelli di cura
- Necessità che i pazienti abbiano grande capacità di autogestione nell'applicare lo stile di vita più consono alla loro malattia
- Terapia specifica ed impegnativa



Rispetto alle specifiche esigenze della malattia cronica diabetica, l'integrazione professionale e la gestione della casistica complessa all'interno delle reti organizzative di assistenza e cura trovano i loro fondamenti nei principi del nel **Chronic Care Model**, in quanto ritenuto il più adatto ad individuare in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio **“sistemico”** alle malattie

croniche. “Sistemico” in quanto muove tutte le leve organizzative ed operative per promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori

Disease Management delle Malattie Croniche e Continuità delle Cure



In base a tale modello, sei sono le aree di intervento per migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da patologia cronica:

1. IL SISTEMA ORGANIZZATIVO (Health System):

- Creare una cultura, un'organizzazione e meccanismi

che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità.

- miglioramento visibilmente supportato ad ogni livello dell'organizzazione, ad iniziare dai leader “anziani”;
- promuovere efficaci strategie di miglioramento finalizzate ad un globale cambiamento del sistema;
- incoraggiare una gestione degli errori e delle problematiche aperta e sistematica per migliorare l'assistenza;
- fornire degli stimoli/incentivi basati sulla qualità dell'assistenza;
- sviluppare intese che facilitino il coordinamento per l'assistenza entro e fra le organizzazioni.

2. IL DISEGNO DEL SISTEMA DI EROGAZIONE (Delivery System Design):

- assicurare l'erogazione di un'assistenza clinica efficace ed efficiente e di un sostegno auto-gestito
- definire i ruoli e distribuire i compiti fra i membri del team;
- utilizzare interazioni pianificate per sostenere le cure basate sulle evidenze;
- fornire servizi adeguati per la gestione dei casi clinici per i pazienti complessi;
- assicurare un follow-up regolare da parte del team di cura;
- assicurarsi che i pazienti capiscano e che le spiegazioni fornite corrispondano al loro background culturale.

3. I PROCESSI DECISIONALI (Decision Support):

- promuovere un'assistenza clinica che sia in accordo alle evidenze scientifiche e alle preferenze del paziente
- integrare le linee guida evidence-based con la pratica clinica quotidiana;
- condividere le linee guida evidence-based e le informazioni con i pazienti per incoraggiare la loro partecipazione;
- utilizzare metodi di insegnamento efficaci;
- integrare la conoscenza specialistica con l'assistenza di base.

4. IL SISTEMA INFORMATIVO (Clinical Information Systems):

- organizzare i dati relativi ai pazienti e alle popolazioni per facilitare un'assistenza efficace ed efficiente
- fornire opportuni promemoria ai pazienti e ai providers;
- identificare importanti sottopopolazioni per una assistenza proattiva;
- facilitare piani di cura individuali per i singoli pazienti;
- condividere informazioni fra pazienti e providers per coordinare l'assistenza;
- monitorare la performance dell'attività del team e del sistema di cura;

5. IL SOSTEGNO ALL'AUTOGESTIONE (Self-Management Support):

- potenziare e preparare i pazienti a gestire la loro salute e la loro assistenza;
- enfatizzare il ruolo centrale del paziente nella gestione della propria salute;
- usare efficaci strategie di supporto auto-gestite che includano valutazione, definizione degli obiettivi, pianificazione delle azioni, risoluzione dei problemi e follow-up;
- organizzare risorse interne e sociali per fornire un continuo sostegno auto-gestito ai pazienti.

6. LE CONNESSIONI CON LA COMUNITA' (The Community):

- mobilitare le risorse della comunità per incontrare i bisogni dei pazienti;
- incoraggiare i pazienti a partecipare ad efficaci programmi sociali;
- formare delle partnerships con le organizzazioni sociali per sostenere e sviluppare interventi che riempiano le mancanze nei servizi necessari;
- sostenere politiche che migliorino l'assistenza al paziente.

La chiave di volta di una nuova visione e di una nuova cultura sistemica che veda il distretto – come possibile articolazione dell'accesso territoriale – e l'ospedale come componenti complesse di un unicum e di un continuum indissolubile è il superamento della tendenza all'autoreferenzialità e lo spostamento del confronto sul tema dell'appropriatezza in risposta ai fabbisogni assistenziali. Il concetto di appropriatezza, infatti, non va applicato soltanto alle attività clinico-assistenziali ma anche e primariamente al “dove” (setting). L'appropriatezza del luogo di cura e del professionista più pertinente (non solo in termini di competenze ma anche di tecnologie e di tempi disponibili) per i fabbisogni del paziente è un prerequisito di economicità ma anche di qualità complessiva sia dell'offerta sia della relazione servizio-utente.

Superare la contrapposizione dualistica ospedale-distretto implica, pertanto, la costruzione di “ponti” non solo culturali ma anche organizzativi ed operativi.

C'è bisogno di un grande lavoro sul versante culturale, professionale, organizzativo ed operativo, che costruisca una rete integrata di attori riconoscibili, nella quale il paziente possa muoversi avendo riferimenti affidabili e stabili, dei quali deve poter percepire il valore e la differenza all'interno di un disegno unitario.

La gestione integrata va considerata come un processo dinamico in progressiva evoluzione, strettamente correlato alla maturità culturale e organizzativa del contesto. Essa è, quindi, definibile come un processo assistenziale mirato al progressivo consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra l'MMG, che è il riferimento primario del singolo paziente, e la rete di professionisti territoriali ed ospedalieri (specialisti, infermieri, altre figure professionali) che entrano in gioco nell'erogazione dell'assistenza. Elemento fondamentale in un modello di gestione integrata è la definizione, concordata all'interno della rete assistenziale e sulla base di un percorso di cura articolato e

proattivo, di un piano di presa in carico e follow-up personalizzato, calibrato, cioè, sul fabbisogno assistenziale del singolo paziente.

Il quadro logico-concettuale che sottende alla gestione integrata - dalla presa in carico al follow up coordinato e proattivo - è quello relativo alla “managed care” (concetto contrapposto in letteratura a quello di “usual care”), basato su un’integrazione strutturata e documentabile tra i vari professionisti.

La gestione integrata risponde in modo adeguato alla complessità. Sotto questo profilo è necessario che MMG e Team Diabetologico condividano:

- PDTA
- Standard assistenziali
- Linee guida nazionali ed internazionali
- Diagnosi e cura per singola persona

Strumenti per la realizzazione della gestione integrata:

- Formazione interdisciplinare per tutti gli operatori
- Organizzazione corsi per MMG sulla gestione del diabete
- Implementazione dei PDTA in modo uniforme per tutte le persone con diabete
- Stratificazione dei pazienti in categorie di differente complessità dove è variabile il contributo prevalente alla cura del MMG e del Team Diabetologico
- Promozione di un sistema informativo compatibile con lo scambio di dati e informazioni tra il MMG e il Team Diabetologico

Funzioni organizzative nella gestione del paziente cronico/stabilizzato:

- ☞ Medico consultant: definisce diagnosi e determina terapia
- ☞ Case Manager: verifica compliance alla terapia di tutte le componenti dell’organizzazione e del paziente stesso
- ☞ Care Giver: eroga effettivamente le cure

La scelta del profilo professionale richiesto per ciascuna funzione organizzativa può essere adoperata incrociando la dimensione della sostenibilità economica e dell’efficacia del servizio.

Rete assistenziale	Compiti
<p>1° LIVELLO</p> <p>MMG</p> <p>responsabile della presa in carico del paziente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuare i soggetti a rischio e proporre corretti stili di vita ▪ Ricercare il diabete misconosciuto (controlli annuali) ▪ Assistere i diabetici nell'ambito di PDTA condivisi con il Team Diabetologico ▪ Inviare al Centro i pazienti scompensati ▪ Condividere con il Centro Diabetologico l'assistenza ai pazienti ad alta complessità, garantendo un follow-up attivo dei pazienti ▪ Collaborare alla rilevazione dei dati e all'aggiornamento della cartella clinica informatizzata ▪ Contribuire all'educazione del paziente con incontri educazionali di gruppo ▪ Usare gli indicatori previsti ▪ Predisporre e condividere insieme agli specialisti momenti di audit clinici ed organizzativi
<p>2° LIVELLO</p> <p>Team Diabetologico</p> <p>responsabile degli interventi specialistici</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestire il paziente neo-diagnosticato, eseguendo anche lo screening iniziale del danno d'organo ▪ Impostare la terapia nutrizionale ▪ Assistere con continuità in gestione integrata con i MMG i pazienti ad alta complessità ▪ Fornire consulenza al MMG per i pazienti a bassa complessità ▪ Collaborare alla definizione e all'aggiornamento dei PDTA ▪ Condividere con i MMG i dati clinici dei pazienti diabetici secondo le modalità definite all'interno della gestione integrata ▪ Usare gli indicatori previsti ▪ Partecipare ad audit clinici ed organizzativi propri e con la medicina generale
<p>3° LIVELLO</p> <p>Centro diabetologico (area vasta)</p>	

Oltre che delle rete assistenziali e alla programmazione dell'offerta, pilastro nella gestione della patologia cronica – e in particolare per quella diabetica - risiede nel governo della domanda in termini di medicina d'iniziativa e valutazione dell'appropriatezza.

Con la gestione anticipata della fragilità e la realizzazione di politiche di promozione della salute e di empowerment del paziente, la necessità di affrontare la patologia cronica in modo integrato si traduce nel prevedere non soltanto interventi sanitari e contabilizzazione delle prestazioni offerte, ma anche interventi sui determinanti di salute – principalmente gli stili di vita - con evidenza dei risultati di salute raggiunti.

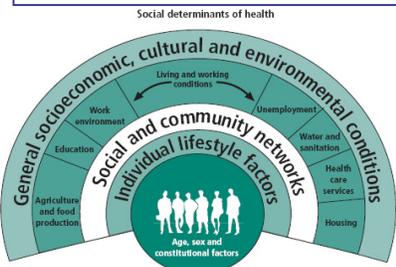
Il rischio di diabete di tipo 2 aumenta per predisposizione familiare, ma soprattutto per sedentarietà, eccesso di calorie e di carne rossa e salumi, carenza di fibra e un modello alimentare ad alto indice e carico glicemico (IG-CG).

Anche il fumo aumenta il rischio di diabete (e ne aggrava molto le conseguenze), come il non aver ricevuto un allattamento materno, o l'uso abituale di certi farmaci (es. antidepressivi, integratori/multivitaminici con selenio, statine, β -bloccanti).

Ma il fattore più importante è il peso eccessivo: rispetto ai normopeso, i grandi obesi sono decine di volte più colpiti dal diabete.

Promuovere la salute significa mettere in atto politiche per il benessere individuale e collettivo, nelle quali è necessario che le Aziende Sanitarie partecipino attivamente pianificando e realizzando progetti a sostegno dell'adozione di sani stili di vita.

La comunicazione, che consente il coordinamento e la realizzazione di azioni interdisciplinari nei diversi contesti sociali (mercati, piazze, centri commerciali, eventi territoriali, scuole, ecc.) rappresenta una leva importante nella promozione della salute in quanto “luogo” di condivisione di obiettivi e strategie tra i Soggetti impegnati nel miglioramento dello stato di salute.

Cosa fare		
Rete	Arete tematiche	Destinatari
 <p><small>Source: Dahlgren G, Whitehead M. Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Background paper for "The King's Fund International Seminar on Tackling Health Inequalities". Ditchley Park, Oxford: King's Fund; Reproduced with permission of the authors. WHO 05.111</small></p>		
<p>PREVENZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promuovere comportamenti salutari e creare condizioni ambientali che favoriscano l'adozione di stili di vita corretti ➤ Migliorare la salute dei bambini, delle donne in gravidanza e delle madri ➤ Implementare programmi di prevenzione per le popolazioni vulnerabili e ad alto rischio 		

Copenhagen Roadmap
Outcomes of the European
Diabetes Leadership Forum

Il contributo di FIASO per l'indagine sulla patologia diabetica

I piani degli interventi previsti per arginare la crescita della patologia diabetica – *epidemia* delle malattie croniche - e al contempo garantire appropriati livelli assistenziali richiamano le principali questioni che nella fase attuale sta affrontando il SSN: sostenibilità, rete, qualità, efficienza, trasparenza.

Riuscire a coniugare tutti questi elementi in una logica di governo nella gestione di una tra le principali malattie croniche del Paese rappresenta una sfida che il sistema delle Aziende sanitarie - con le sue direzioni, professionisti e operatori - sono chiamate a realizzare.

Le considerazioni proposte, con elementi e dati di supporto tratti dall'attività scientifica della Federazione, vengono suddivise in tre allegati:

1. Laboratorio FIASO “Governo del Territorio”
2. Pratiche di Buona Sanità nell'assistenza territoriale
3. Laboratorio FIASO “Comunicazione e promozione della salute”

FIASO, quale comunità culturale impegnata nel confronto continuo di esperienze e di condivisione di conoscenze, attraverso il coinvolgimento diretto delle Aziende associate e di primari centri universitari, ha avviato diverse attività di ricerca ed approfondimento nell'ambito delle quali sono state rilevate alcune importanti esperienze che possono fornire utili soluzioni operative agli ambiziosi progetti trattati anche nelle precedenti audizioni dalla Commissione.