Regione Emilia-Romagna

Fe. D. E. R.
Federazione Diabete Emilia Romagna

L' Applicazione del Piano sulla Malattia Diabetica nella Regione Emilia Romagna

Nuove risposte per nuovi bisogni, in un contesto che cambia

Antonio Brambilla
Servizio Assistenza Territoriale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione

Assistenza tradizionale vs Assistenza centrata sul paziente

Cure ambulatoriali convenzionali in ospedale o nelle strutture extraospedaliere	Programmi di controllo delle malattie	Cure primarie centrate sulla popolazione
Focus sulla malattia e sulle cure	Focus sulle malattie prioritarie	Focus sui bisogni di salute
Relazioni limitate al momento della visita/consulto	Relazioni limitate alla realizzazione del programma	Relazioni personali durature
Assistenza curativa episodica	Interventi definiti dal programma di controllo delle malattie	Assistenza continua, “comprensiva” e centrata sulla persona
Responsabilità limitata alla effettiva e sicura informazione al paziente al momento della visita	Responsabilità per malattie definite in gruppi definiti di popolazione	Responsabilità per la salute di tutti in una comunità durante il ciclo della vita; responsabilità per affrontare i determinanti di malattia-salute
Gli utilizzatori sono consumatori della assistenza che acquistano	Gruppi di popolazione sono fruitori degli interventi di controllo delle malattie	Le persone sono partner nella gestione della propria salute e di quella della loro comunità

I percorsi clinico-organizzativi integrati nella RER
Sclerosi Multipla
Rischio Ospedalizzazione
BPCO / Asma
Rete Cure Palliative
Scompenso
Diabete fase 3
Demenze
PIRP
Diabete fase 2
Diabete fase 1
Progetto Leggieri
Multidisciplinarietà del teamwork
MMG + Spec e/o Infermieri + Sociale
EMPOWERMENT dei pazienti
awarness
informazione/condivisione
self-management
1995
2000
2005
2010
2015

IL FUTURO

JAMA, June 20, 2012—Vol 307,

Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition—Multimorbidity

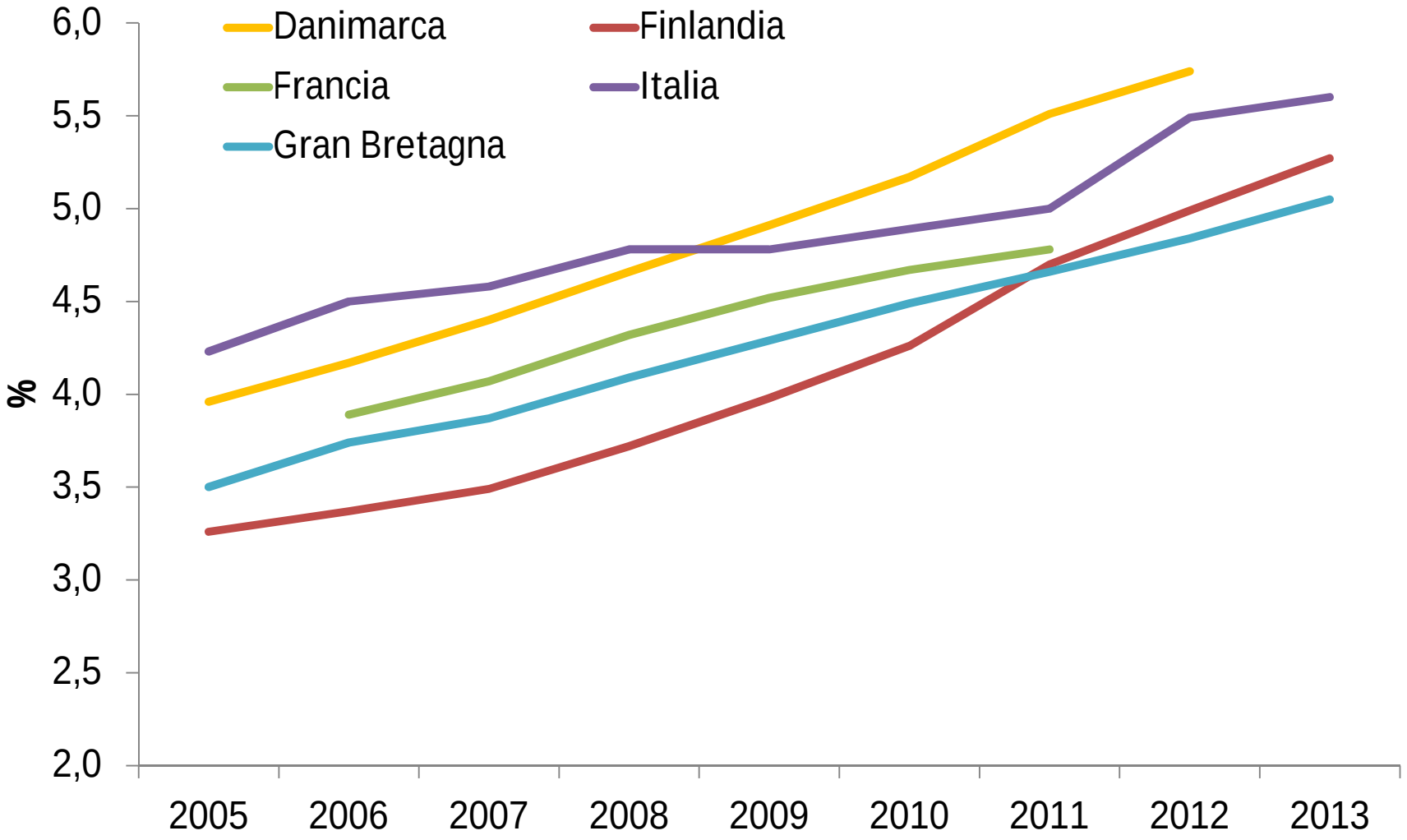
Mary E. Tinetti, MD
Terri R. Fried, MD
Cynthia M. Boyd, MD, MPH

Changes Needed in Quality Measurement, Health Care Delivery, and Payment

The National Quality Forum (NQF) recently released its framework for multiple chronic conditions,[5] perhaps a pre-

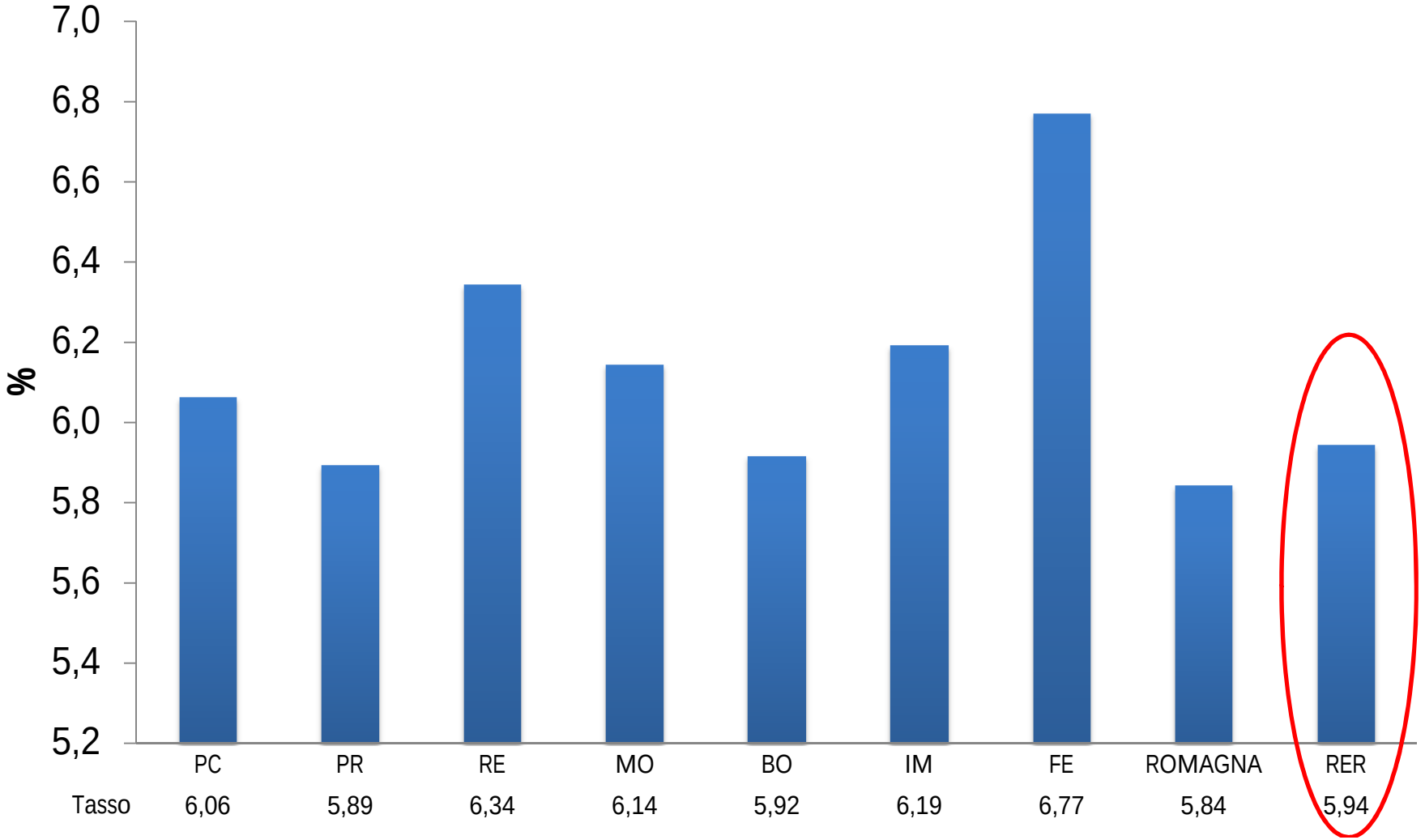
THE MOST COMMON CHRONIC CONDITION EXPERIenced by adults is multimorbidity, the coexistence of multiple chronic diseases or conditions. In patients with coronary disease, for example, it is the sole condition in only 17% of cases.[1] Almost 3 in 4 individuals aged 65 years and older have multiple chronic conditions, as do 1 in 4 adults younger than 65 years who receive health care.[2] Adults with multiple chronic conditions are the major users of health care services at all adult ages, and account for more than two-thirds of health care spending.[2]

Diabete: prevalenza (%) – 2002-2013
trend in aumento in diversi paesi



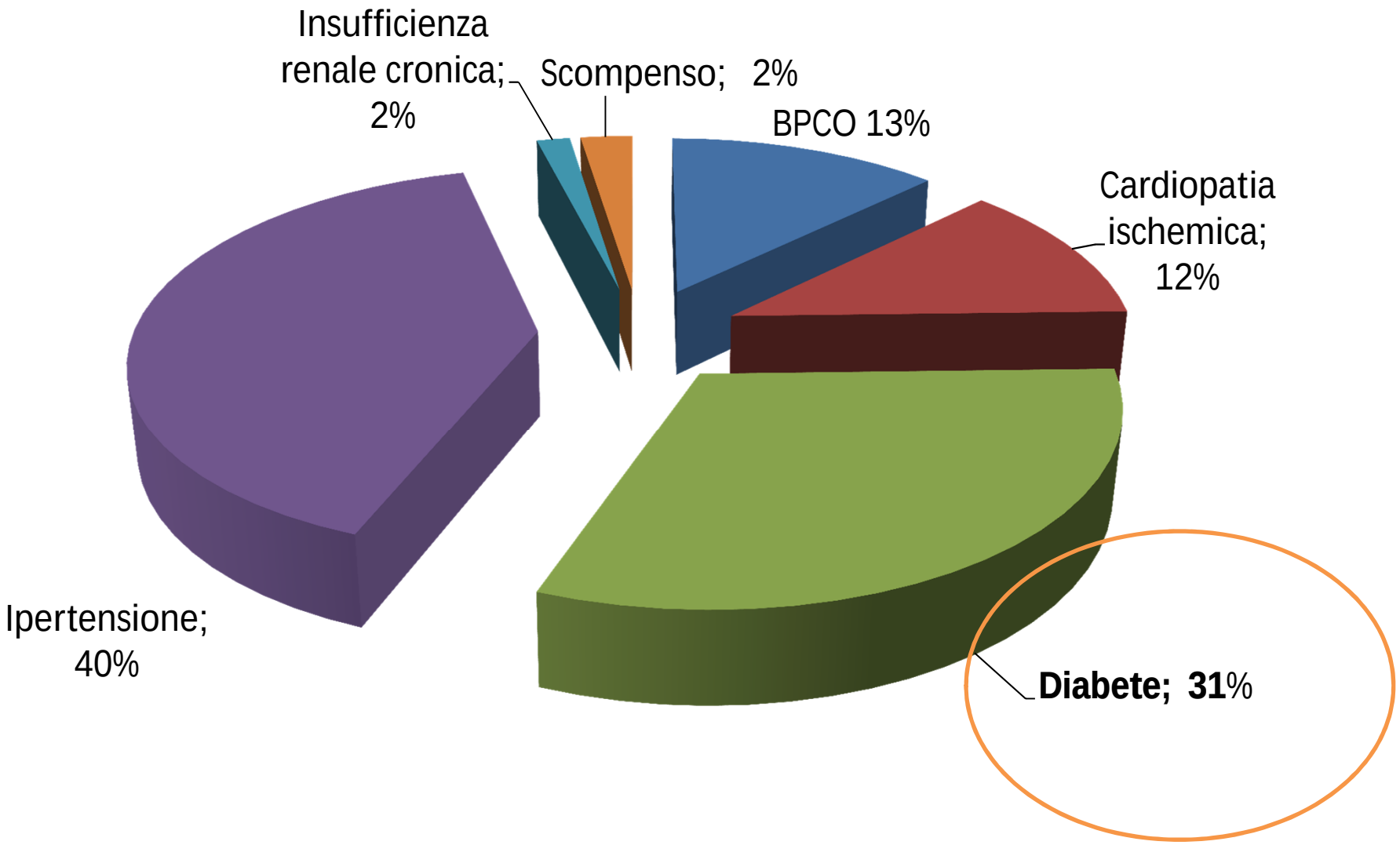
Fonte: European Health for alla Database (2015)

Circa 260.000 pazienti: 5,9 ogni 100 residenti nel 2014

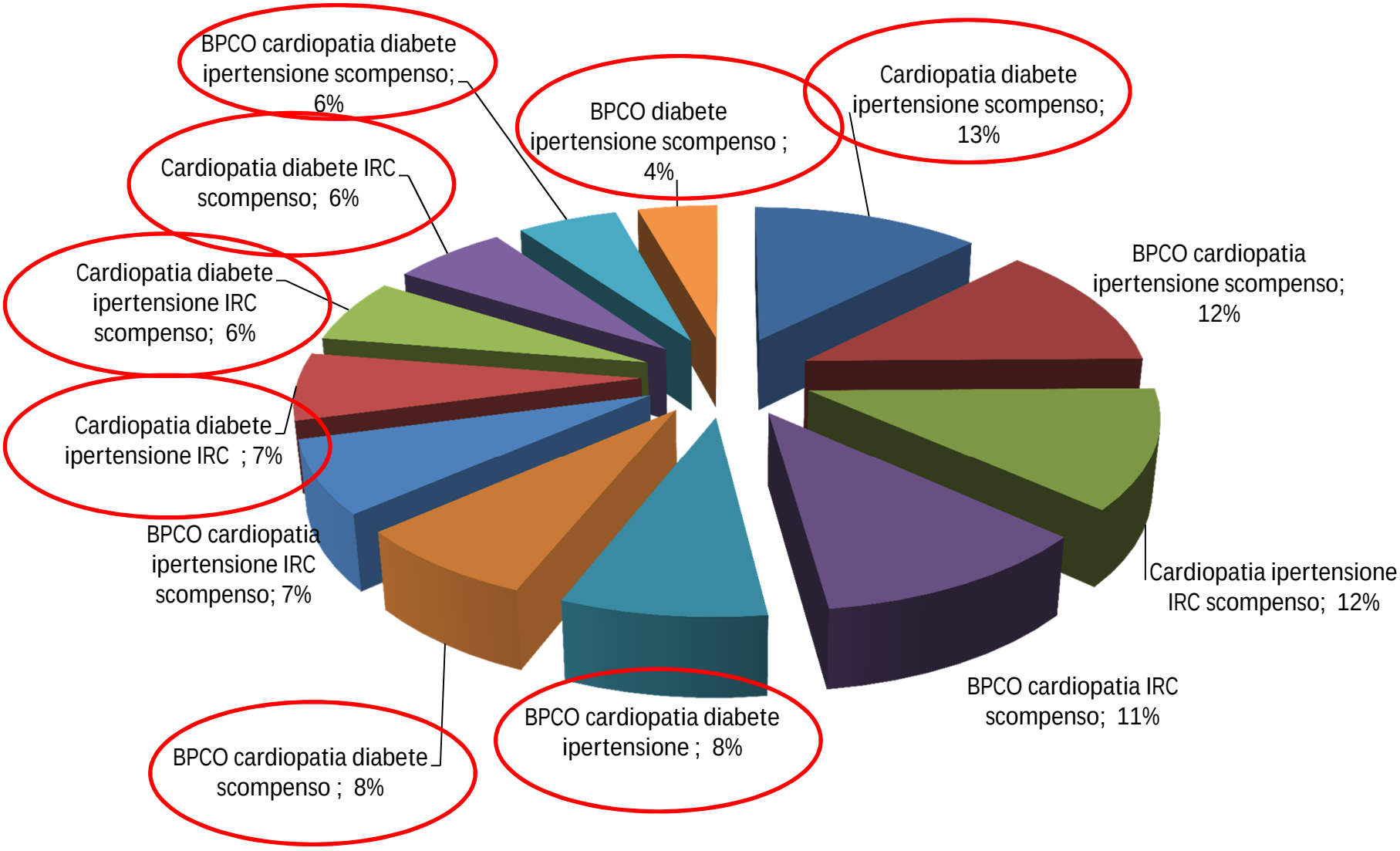


Prevalenza per 100 assistiti standardizzata per età e sesso

Pazienti con una sola patologia 31%



Pazienti con 4+ patologie 58%



L’ Applicazione del Piano Nazionale Malattia Diabetica in RER

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL’ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Commissione Nazionale Diabete

Piano sulla malattia diabetica

Le tappe del recepimento del PND

2013

Workshop: L'APPLICAZIONE DEL PIANO SULLA MALATTIA DIABETICA NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA
Martedì 4 giugno 2013
Sala Conferenze-Viale della Fiera 8 - Bologna

Aprile 2014

- **DGR 540/2014: Recepimento dell'Accordo tra il Governo , le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di conferenza Stato-Regioni in data 6 Dicembre 2012, Rep. Atti N° 233/CSR, sul "Piano per la Malattia Diabetica"**

Giugno 2014

- **DETERMINAZIONE n° 7598 del 06/06/2014: COSTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO "COMITATO DI INDIRIZZO PER LAMALATTIA DIABETICA"**

2015

Relatori e Moderatori

Perché questo Workshop

Il Workshop regionale intende fare il punto sui percorsi assistenziali per le persone con diabete messi in atto dalla Regione alla luce delle linee di indirizzo del Piano Nazionale Malattia Diabetica.

Come raggiungerci

Siamo in zona Fiera

Con i mezzi pubblici, dalla stazione FS: autobus 35 e 38 fermata Costituzione. La sala Polivalente è in Viale Aldo Moro 50, poco distante dalla fermata.

In auto, dall'Autostrada uscita Fiera, dalla tangenziale uscita 8, direzione centro alla rotonda imboccare la prima uscita su viale A. Moro.

Segreteria Scientifica

A Brambilla: abrambilla@regione.emilia-romagna.it
L Carcioppoli: lcarcioppoli@regione.emilia-romagna.it

Sono previsti crediti ECM

L'iscrizione al Workshop è gratuita e deve essere effettuata on line sul sito: iscrizioni on line

Segreteria Organizzativa

Michela Taddei Sabrini- Tel. 051/5277254
e-mail: mtaddei@regione.emilia-romagna.it

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

AGENZIA PER LA PROMOZIONE DELLA RETE

Lunedì 26 ottobre 2015
ore 9:00 - 17:00
Workshop
L'Applicazione del Piano sulla Malattia Diabetica nella Regione Emilia Romagna: seconda edizione

Sala Polivalente "Guido Fanti"
Viale Aldo Moro, 50
BOLOGNA

Workshop: L'Applicazione del Piano sulla Malattia Diabetica nella Regione Emilia Romagna: seconda edizione
Lunedì 26 ottobre 2015
Sala Polivalente "Guido Fanti"
Viale Aldo Moro, 50 BOLOGNA

E-R Salute

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

RegioneEmilia-Romagna

Cerca

solo nella sezione corrente

Venerdì 23.10.2015 BO 8°/17° | Primo Piano | Servizio sanitario regionale

E-R | Salute | Cure primarie

Diabete

- Medici e pediatri di famiglia
- Consultori
- Visite ed esami
- Ticket ed esenzioni
- Cure odontoiatriche e protesiche
- **Diabete**
- Case della Salute
- Ospedali di comunità
- La documentazione sulle cure primarie

La malattia

Il diabete è una malattia cronica in cui si ha un aumento della glicemia, ovvero dei livelli di zucchero nel sangue, che l'organismo non è in grado di riportare alla normalità. Questa condizione può dipendere da una ridotta produzione di insulina, l'ormone prodotto dal pancreas per utilizzare gli zuccheri e gli altri componenti del cibo e trasformarli in energia, oppure dalla ridotta capacità dell'organismo di utilizzare l'insulina che produce. Livelli elevati di glucosio nel sangue, se non corretti con una terapia adeguata, possono nel tempo favorire la comparsa delle complicanze croniche della malattia: danni a reni, retina, nervi periferici e sistema cardiovascolare.

Esistono due tipologie di diabete: tipo 1 e tipo 2. Il diabete tipo 2 è presente con maggior frequenza nella popolazione rispetto al tipo 1, e si manifesta generalmente dopo i 35/40 anni. Nel diabete tipo 2 il problema consiste o nella insufficiente produzione di insulina, rispetto al fabbisogno dell'organismo (deficit di secrezione di insulina) o nel meccanismo di azione dell'insulina (insulino-resistenza).
Il diabete di tipo 1 si manifesta generalmente più precocemente rispetto al diabete tipo 2 (età pediatrica). Nel diabete tipo 1 il problema consiste in una reazione autoimmunitaria che distrugge le betacellule del pancreas dove viene prodotta l'insulina (necessaria a far entrare il glucosio nelle cellule).

La gestione integrata della malattia in Emilia-Romagna

L'obiettivo primario nella gestione del diabete consiste nel garantire una soddisfacente qualità di vita, attraverso la prevenzione delle complicanze acute e croniche provocate dalla malattia.

Sin dalla metà degli anni '90, in Emilia-Romagna è maturata l'idea di sperimentare un modello di assistenza a gestione integrata del paziente, ovvero che coinvolge diverse figure professionali (medico o pediatra di famiglia, specialista diabetologo, e infermiere). Il paziente è un vero e proprio partner dell'équipe professionale.
In Emilia-Romagna le associazioni dei pazienti (FeDER) sono entrate a far parte dei tavoli di lavoro regionali sulla malattia diabetica, quali interlocutori stabili nelle attività di programmazione e di verifica: è iniziata così una nuova collaborazione tra istituzioni e associazioni.

La capacità della persona con diabete nel gestire la propria malattia è un ingrediente fondamentale per la prevenzione delle complicanze e garantire una soddisfacente qualità di vita. A tal fine viene svolta una attività di educazione terapeutica nell'ambito degli ambulatori infermieristici per la gestione integrata della malattia. A questo vanno aggiunti i gruppi di auto-mutuo-aiuto delle associazioni dei pazienti.

In Emilia-Romagna vengono realizzate diverse tipologie di interventi orientati a una medicina di iniziativa, dedicando una particolare attenzione alle persone più fragili: ad esempio i percorsi clinico assistenziali del diabete mellito pediatrico e la prevenzione e riduzione del diabete nelle donne sovrappeso in gravidanza.
La Regione esercita, inoltre, una azione di monitoraggio degli interventi realizzati nei vari territori, che riguarda anche l'appropriatezza nella prescrizione dei nuovi farmaci e dei dispositivi medici ad alto costo.
Nelle Aziende Usl sono attivi specifici registri delle persone con diabete, che consentono anche alle singole Aziende sanitarie una azione di monitoraggio sulla qualità dell'assistenza.

Il Piano nazionale diabete e i percorsi di cura in Emilia-Romagna

Con il Piano nazionale diabete (2013), il Ministero della Salute ha definito obiettivi e iniziative sulla prevenzione

Da oggi una pagina di ER Salute sul Diabete

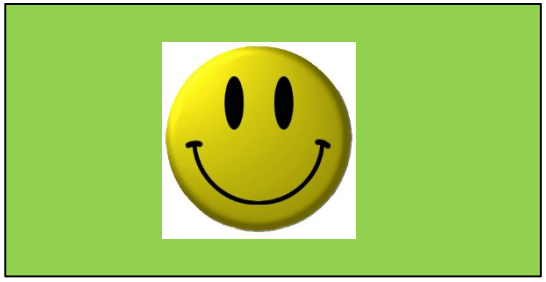
http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/diabete

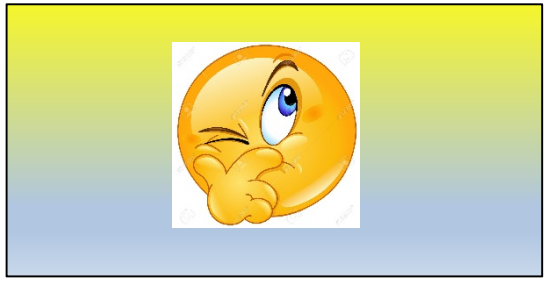
I membri del Comitato di Indirizzo per la Malattia Diabetica

- Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione (Assistenza Territoriale e Assistenza Ospedaliera)
- Agenzia Sociale e Sanitaria regionale
- Direzioni Generali Ausl e AOSP
- Rappresentante della Federazione Diabete Emilia Romagna (**Fe.D.E.R.)**
- Rappresentanti delle **Società Scientifiche** (AMD e SID)
- Rappresentanti della **Medicina Generale**

Comitato di Indirizzo per la Malattia Diabetica

….individua le tematiche prioritarie su cui lavoreranno appositi gruppi di lavoro che saranno coordinati da singoli suoi componenti anche con la partecipazione di esperti individuati sulla base delle specifiche competenze ed in relazione alla tipologia degli argomenti trattati…





Obiettivo 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"

Linee di indirizzo prioritarie del PNMD	Cosa abbiamo fatto	Cosa fare
Recepire le raccomandazioni nazionali	Tenuto conto delle LG Standard di cura e del Sistema IGEA, sono stati redatti: • Gestione Integrata DM2 • PDTA Piede Diabetico • Integrazione Ospedale-Territorio • Dispositivi medici	Diffusione dei documenti
Istituire **gruppi di lavoro rappresentativi** dei diversi Attori, comprese le Associazioni	• Dal 2010 la FeDER è dentro i Gruppi di Lavoro per la programmazione regionale • Istituzione del Comitato di Indirizzo nel 2014	Proseguire con la **programmazione** regionale **partecipata**
Costruire **banche dati**	• Istituiti i **Registri** Aziendali del Diabete • Istituito il Registro Regionale Pediatrico per il DM1	• Alimentare i registri • Monitorare gli indicatori dai registri e dai Profili di NCP • Linkaggio dei dati dei CD con il registro

Obiettivo 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 intersettorialità per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete"

Linee di indirizzo prioritarie del PMD	Cosa abbiamo fatto	Cosa fare
Promuovere nella popolazione **dell'informazione sui corretti stili di vita e sulla malattia diabetica**	• Piano Regionale Prevenzione 2014/2018 • Campagne di informazione nelle scuole • Incontri con la cittadinanza nelle CdS • Progetto Palestre Etiche • Camminate della salute • Progetto Diabete e Sport • Promuovere i «consigli sanitari» da parte del MMG e degli altri professionisti della salute	• Attuare gli obiettivi del PRP • Maggiore coinvolgimento delle Associazioni nelle iniziative • Rendere visibile i percorsi e le iniziative tra i diversi attori (MMG, Servizi di Sanità Pubblica, ecc.) • Favorire maggiormente informazione, comunicazione, educazione tra i professionisti della salute
Attuare e valutare iniziative di **diagnosi precoce** della patologia diabetica per i soggetti a rischio	• **Registri e altri algoritmi** (RHO) • PDTA • PDA pediatrico • **Campagna di prevenzione** della chetoacidosi diabetica in età pediatrica	• Alimentare i registri e gli altri algoritmi • Implementare i progetti pilota per pz a rischio e pz non diagnosticato su tutto il territorio regionale
Realizzare **sistemi di sorveglianza** sugli stili di vita della popolazione	• Progetto PASSI • Sistemi di sorveglianza per bambini e ragazzi (OKkio alla salute e Health Behaviour in School-aged Children)	Implementare un sistema di sorveglianza basato sui flussi amministrativi correnti

Obiettivo 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"

Linee di indirizzo prioritarie del PNMD	Cosa abbiamo fatto	Cosa fare
Supportare la **ricerca** sul diabete mediante programmi specifici e favorire l'accesso a finanziamenti nell'ambito dei programmi quadro dell'UE Favorire forme di **partnership** per sviluppare le attività di ricerca sul diabete (Associazioni e Società Scientifiche)	• Ricerca Finalizzata • Progetti europei • Ricerca come obiettivo programmatico del Comitato di Indirizzo	**Favorire progetti di ricerca** in partnership con l'Università e le **Società Scientifiche** **Valutare l'impatto** di alcuni **interventi**: • modelli assistenziali • PIRP per il diabetico • aderenza alle linee guida da parte dei professionisti
Programmare Corsi di formazione sul modello del Progetto IGEA.	Formazione integrata, PBL	Promuovere la formazione congiunta tra professionisti e la FeDER

Obiettivo 4:

"Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio - sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete"

Linee di indirizzo prioritarie del PMD	Cosa abbiamo fatto	Cosa fare
Disuguaglianze sociali e Fragilità	• Censimento di AMD e annali AMD • Progetto regionale SUNFRAIL • Applicazione di EqIA (valutazione di impatto in termini di equità) sull'accesso alle cure del Piede Diabetico • Progetto del RHO • Progetti regionali per gli immigrati	• Sviluppare maggiormente la cultura e gli strumenti per l'identificazione della fragilità sociale e sanitaria • Maggiore integrazione con le Associazioni
Potenziare **l'assistenza domiciliare** integrata per il diabetico fragile	Sviluppo dell'ADI	Integrazione del diabetologo nell'ADI

Obiettivo 5:

"Nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale".

Linee di indirizzo prioritarie del PMD	Cosa abbiamo fatto	Cosa fare
Sviluppare e applicare standard di assistenza per il **management clinico del diabete gestazionale**	• SaPeRiDoc: Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva • Linee Guida AMD/SID • Linea guida Nazionali 'Gravidanza fisiologica' Recepimento con DGR 1704/2012 **Alcune esperienze Aziendali:** • Ausl Reggio-Emilia: Screening del diabete gestazionale (GDM) e PDTA integrato per la donna diabetica in gravidanza. • Ausl Modena: Il diabete e la gravidanza. Protocollo assistenziale Interaziendale Diabete	Diffusione dei protocolli in tutte le Aziende Sanitarie

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

Obiettivo 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"

Linee di indirizzo prioritarie del PMD	Cosa abbiamo fatto	Cosa fare
Supportare e condurre studi finalizzati alla prevenzione, **diagnosi precoce** e cura del diabete in età evolutiva;	• Percorso Diagnostico Assistenziale (**PDA) per bambine/i e adolescenti con DM1** • Campagna di prevenzione della chetoacidosi diabetica in età pediatrica • Protocollo per la somm.ne farmaci a scuola	• Valutare l'applicazione del PDA e del protocollo dei farmaci a scuola • Linee guida sulla prevenzione della chetoacidosi diabetica in età pediatrica
Promuovere interventi per il **miglioramento della qualità della vita** negli ambiti relazionali propri dell'età	Valutazione della qualità di vita dei bambini diabetici con il questionario PedsQl, attraverso il registro regionale	Applicazione del questionario
Promuovere **l'uso appropriato delle tecnologie**	Documento delle raccomandazioni sull'uso appropriato dei dispositivi	Diffusione del documento

Obiettivo 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"

Linee di indirizzo prioritarie del PNMD	Cosa abbiamo fatto	Cosa fare
Promuovere l'attivazione di gruppi di lavoro (nazionali e regionali) finalizzati alla condivisione di un **sistema di indicatori su base nazionale**;	• Progetti MATRICE • BERSAGLIO • ReportER Cure primarie • Recepimento degli annali AMD/SID • Indicatori del registro clinico del diabete	• Proseguire il monitoraggio degli indicatori • Rendere trasparenti i risultati on line

Obiettivo 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".

Linee di indirizzo prioritarie del PMD	Cosa abbiamo fatto	Cosa fare
Realizzare attività di **formazione e audit**	• Formazione integrata, PBL • Audit negli NCP e nei Centri Diabetologici	• Pubblicare i risultati dell'indagine "Come mi sento curato" • Proseguire la somministrazione dei questionari per la gestione integrata in tutto il territorio regionale
Adottare specifiche politiche aziendali per la **raccolta sistematica delle informazioni sulla qualità dei servizi** percepita dai pazienti.	• Indagine conoscitiva per la Qualità della vita correlata al Diabete • ("**Come mi sento curato**") • Validazione in lingua italiana del questionario sulla qualità dell'assistenza alle patologie croniche dal punto di vista del pz: **PACIC** (Patient Assessment Chronic Illness care)	

Obiettivo 9:

"Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie"

Linee di indirizzo prioritarie del PMD	Cosa abbiamo fatto	Cosa fare
Garantire la formazione **(educazione terapeutica)** delle persone con diabete a un uso corretto e appropriato dell'autocontrollo glicemico e delle altre tecnologie	Educazione terapeutica nei CD e CdS/NCP Campi estivi pediatrici	Garantire educazione terapeutica strutturata
Favorire una **adeguata selezione dei pazienti** che tenga conto di criteri di selezione condivisi.	Documento regionale sulle **raccomandazioni per un uso appropriato dei dispositivi**	Diffondere l'atto normativo

Obiettivo 10:

"Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni di persone con diabete rappresentative a livello regionale, sviluppando l'empowerment delle persone con diabete e delle comunità"

Linee di indirizzo prioritarie del PMD	Cosa abbiamo fatto	Cosa fare
Coinvolgimento delle **Associazioni**	• Coinvolgimento della **FeDER** (Federazione del 100% delle associazioni sul diabete) nella programmazione regionale • Gruppi AMA • Community Lab (programmazione partecipata dalla cittadinanza)	Maggiore coinvolgimento dei paziente nelle attività (**"Paziente Competente"**) Proseguire il percorso di collaborazione con le associazioni nella valutazione della qualità dell'assistenza Maggiore diffusione del progetto Community Lab su tematiche del diabete

Regione Emilia-Romagna

Fe. D. E. R.
Federazione Diabete Emilia Romagna

L' Applicazione del Piano sulla Malattia Diabetica nella Regione Emilia Romagna

Grazie a tutti e buon lavoro!

Antonio Brambilla
Servizio Assistenza Territoriale
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione