

Il percorso dell'assistito con patologia cronica ad alta prevalenza

Umberto Valentini
U.O.Diabetologia
Dipartimento di Medicina
A.O.Spedali Civili di Brescia

L'emergenza cronicità: lo scenario

Più del 30% della popolazione è affetta d una o più malattie croniche

Più dell'70% dei costi sanitari diretti è determinato dalle malattie croniche

Circa l' 80% dei ricoveri è dovuto alle malattie croniche

Più del 50% dei malati cronici non riesce a seguire le terapie consigliate

Diabete : modello della cronicità

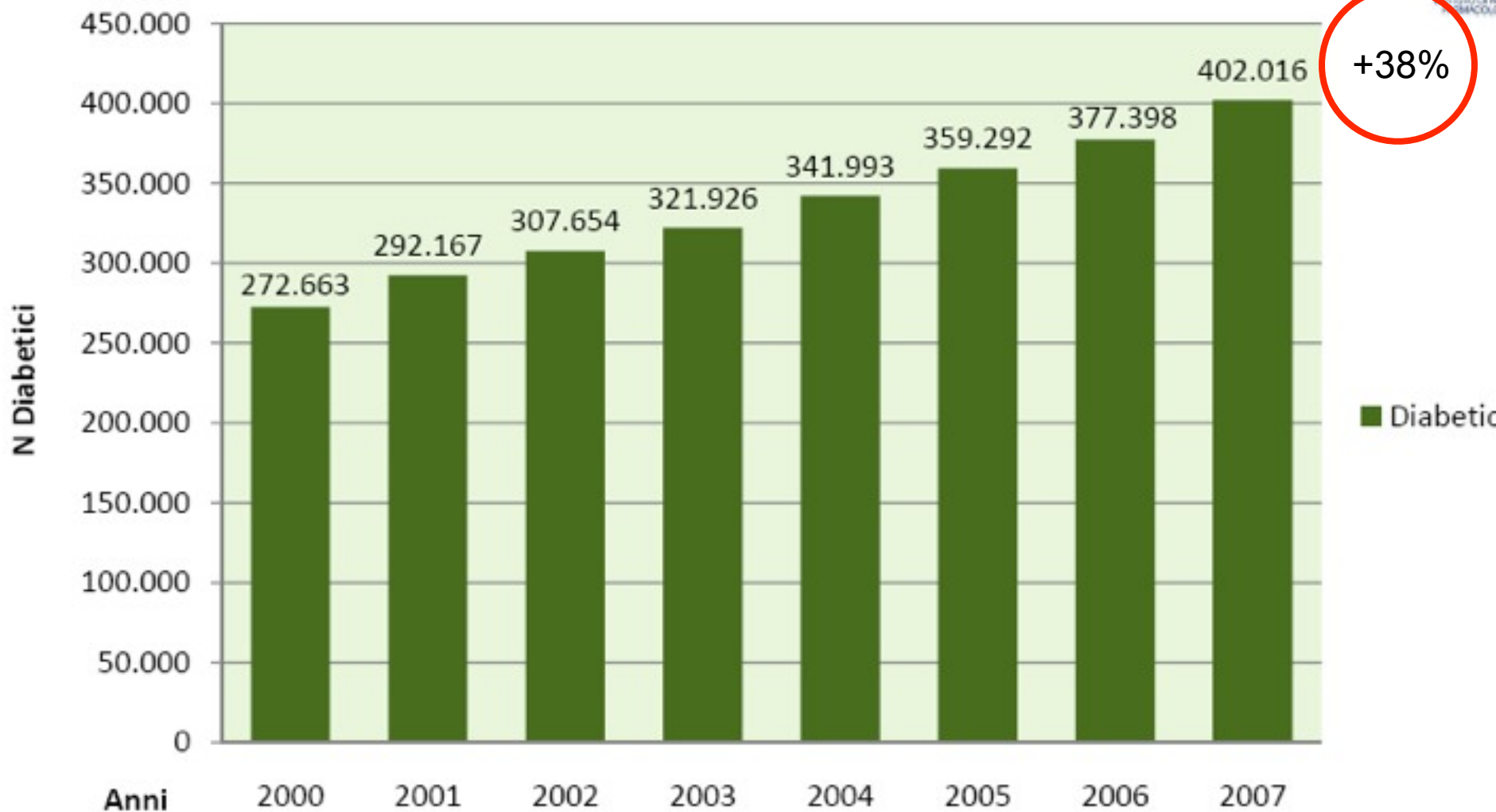
Caratteristiche

- Prevalenza elevata e in continuo aumento
- Malattia evolutiva
- Elevati costi sanitari diretti e indiretti
- Centralità e ruolo della persona
- Integrazione tra i diversi livelli assistenziali

La malattia diabetica

- Il **4,9% della popolazione** assistita dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ha il diabete, ciò corrisponde in termini assoluti a circa **3 milioni di Italiani** (fonte: *ISTAT 2010*)
- In aggiunta, almeno **1 milione di Italiani è diabetico senza sapere di esserlo**
- In soli 10 anni, la percentuale di persone affette da diabete è passata dal **3,7% al 4,9%**

Diabetici in regione Lombardia dal 2000 al 2007



Residenti
Regione
Lombardia

8.936.225

9.002.979

9.061.258

9.133.310

9.186.811

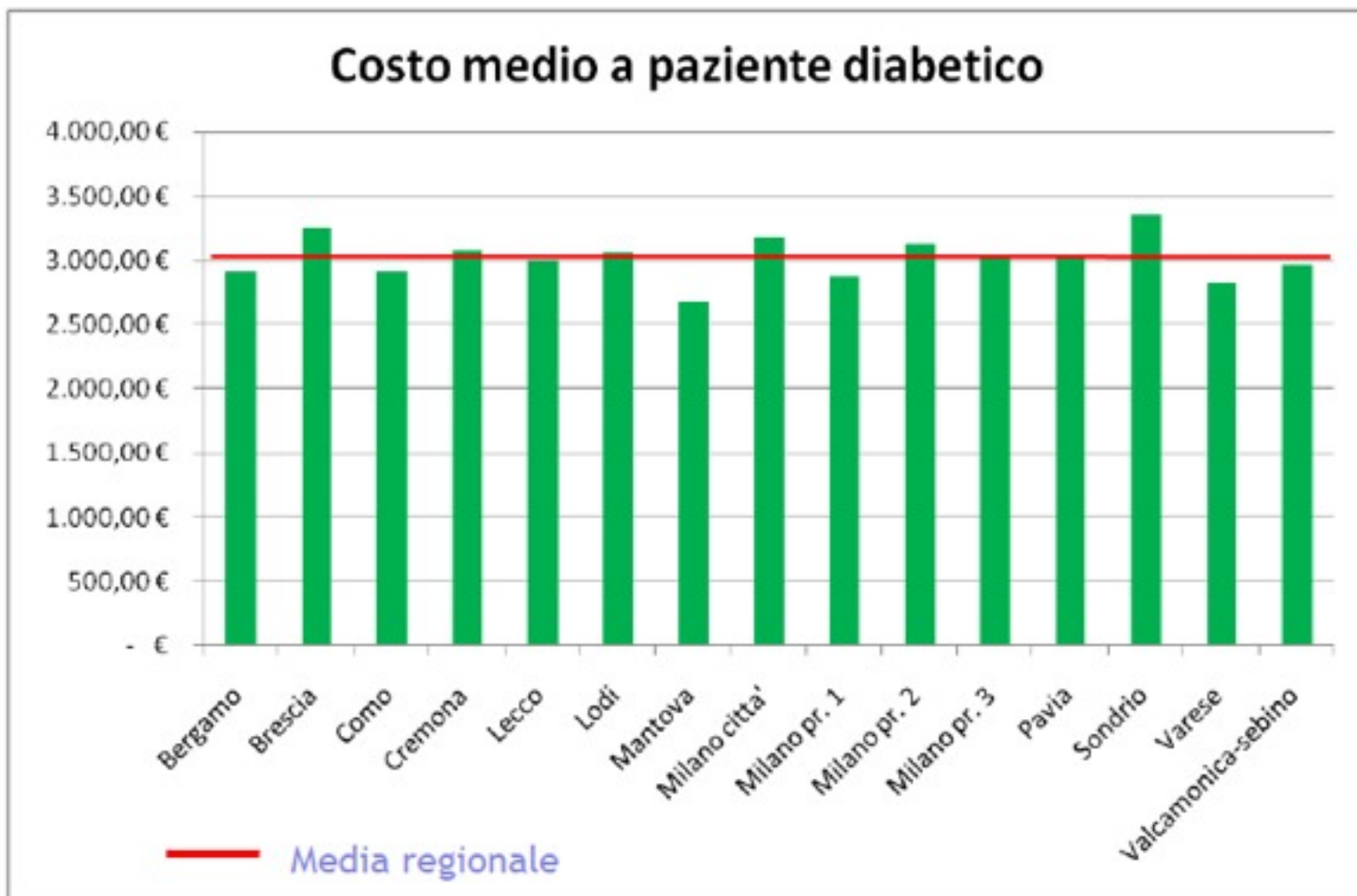
9.235.121

9.263.332

9.526.350

La malattia diabetica

- Una persona con diabete **costa annualmente al SSN in media 2.589 euro**: 827 (31,9%) per farmaci, 1.274 (49,2%) per ricoveri dovuti alle complicanze, 488 (18,9%) per prestazioni specialistiche e diagnostiche (*Osservatorio Arno Diabete; Consorzio Interuniversitario Cineca, 2007*)
- Le **complicanze**: la malattia coronarica (angina, infarto) è da 2 a 4 volte più frequente rispetto ai non diabetici; le persone con diabete contribuiscono per circa un terzo ai nuovi casi di dialisi; la metà di tutte le amputazioni non legate a traumi è causata dal diabete; infine



Fonte: indicatori forniti da LISPA (2007)

**La cronicità è un sistema complesso e
richiede.....**

Un diverso approccio

Un diverso processo di cura

Un diverso percorso di terapia

una DIVERSA GESTIONE!

Modello di cura di malattia cronica



Gli elementi

- Centralità della persona
- Il processo di cura
- La misura del percorso di cura
- L'integrazione tra i diversi livelli assistenziali

Centralità della persona

L'elemento più importante di questo modello è la centralità della persona con malattia, il suo ruolo attivo, la convinzione che solo l'autogestione consapevole della malattia e del processo di cura permetta di ottenere risultati clinici migliori, una miglior qualità della vita, una maggior efficienza

Il trattamento medico

Le dimensioni psicosociali







**La persona
al centro del
trattamento medico**

Qual'è il problema ?

OCA o CONIGLIO ?

CONIGLIO o OCA ?

Il punto di vista del medico

Il punto di vista del paziente

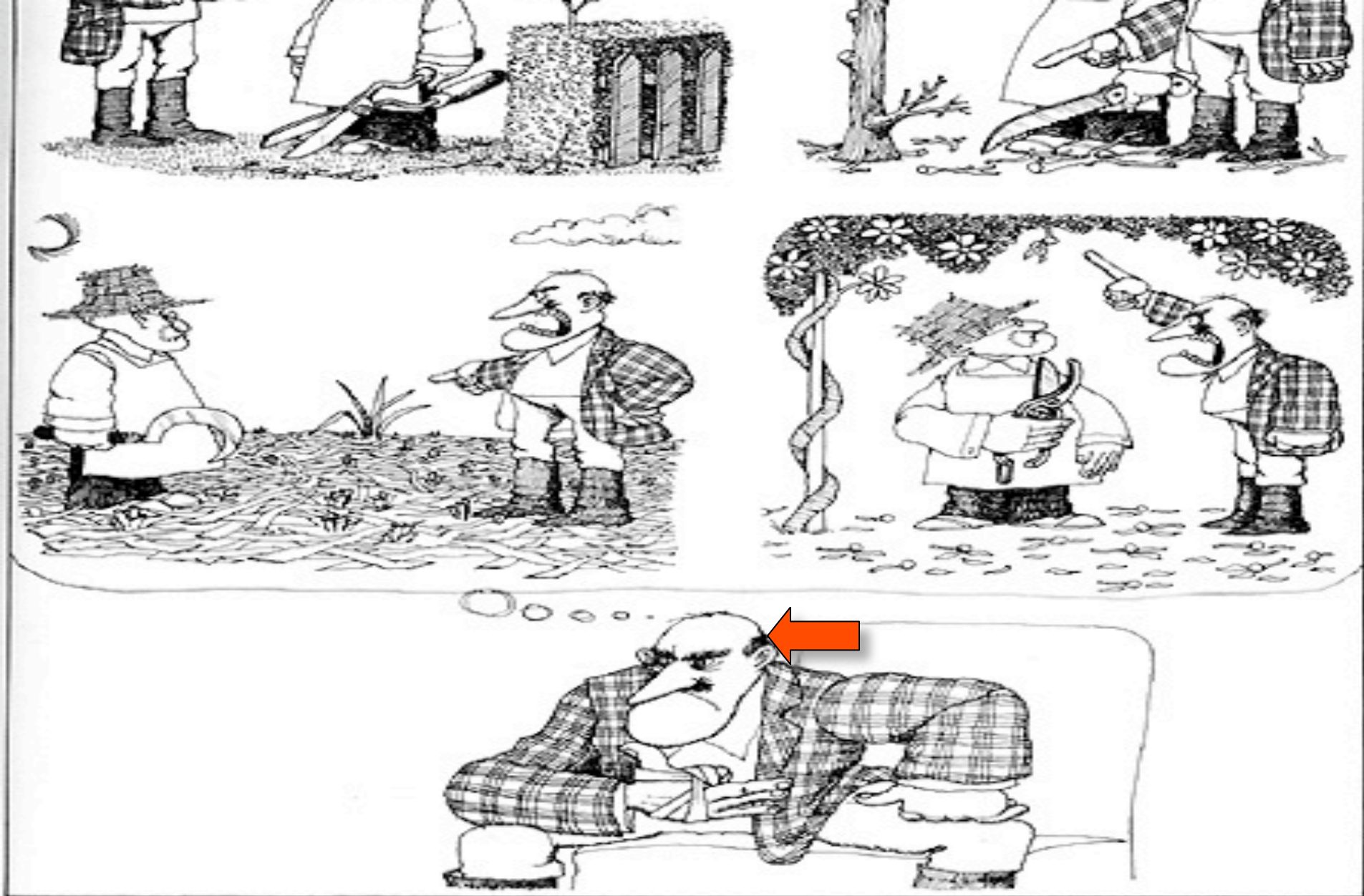






Klinikòs?... klìne vuol dire letto!





La teoria del dito, non regge



23 de Bell

23 de Bell



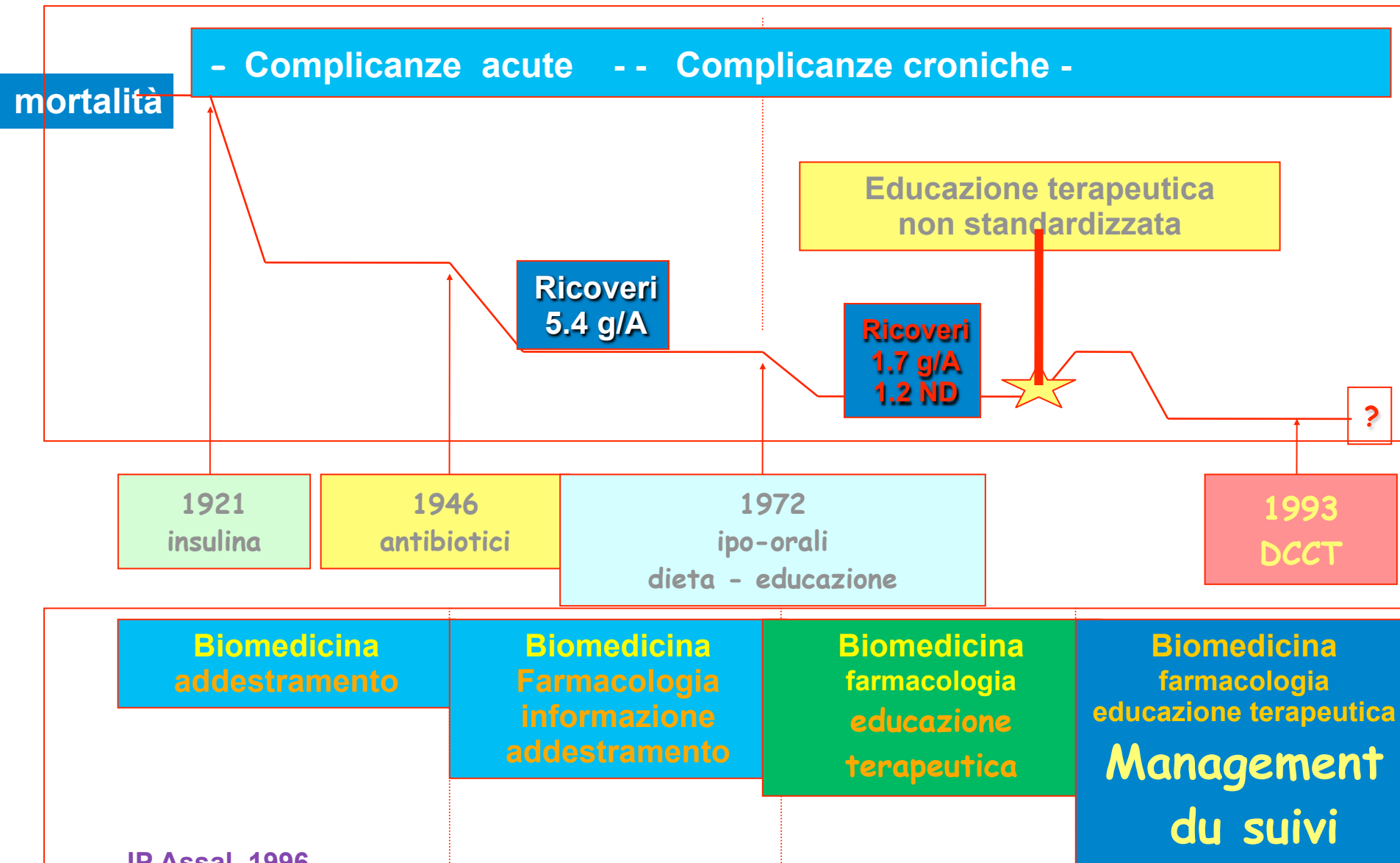
Aderenza alla terapia prescritta in diverse condizioni di cronicità

Ipertensione (Svezia) a 2 anni	65 %
a 3 anni	34 %

RAA bambini (USA)	33 %
Anziani (USA)	41 %
Varie patologie (USA)	54 %
Lebbra (Tanzania)	68 %
Tubercolosi (Canada)	63 %

Fabre, Assal, Dayer: J.suisse pharmac. 122,1158-1170,1984

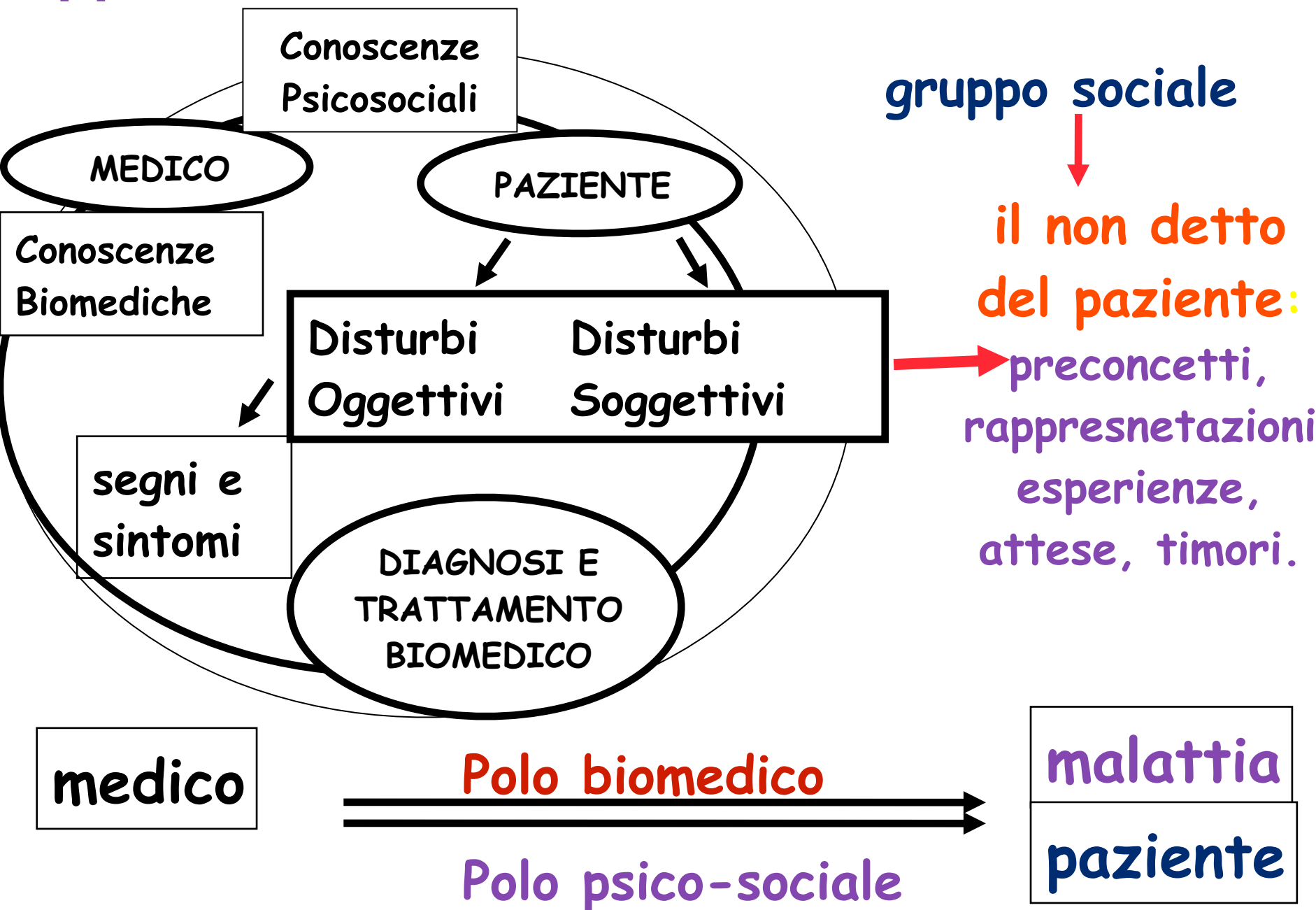
L'evoluzione della cura del Diabete



JP Assal, 1996

Il patteggiamento tra i bisogni della malattia ed i bisogni del malato

Approccio Bio-Psicosociale



gruppo sociale
↓
il non detto del paziente:
preconcetti, rappresentazioni, esperienze, attese, timori.

medico

Polo biomedico
Polo psico-sociale

malattia
paziente

Self Care – A Real Choice

Self Care Support – A Practical Option

NHS - PLAN

Issued: January 2005

Gateway 4401

© Crown copyright 2005

Produced by COI for the Department of Health

266332 1p 2k Jan 05 (CWP)

If you require further copies of this title quote 266332/Self Care – A Real Choice contact:
DH Publications Orderline
PO Box 777
London SE1 6XH
Tel: 08701 555 455
Fax: 01623 724 524
E-mail: dh@prolog.uk.com

08700 102 870 – Textphone (for minicom users) for the hard of hearing 8am to 6pm
Monday to Friday

www.dh.gov.uk/SelfCare

www.dh.gov.uk/SelfCare

Fig 1: Spectrum of Care

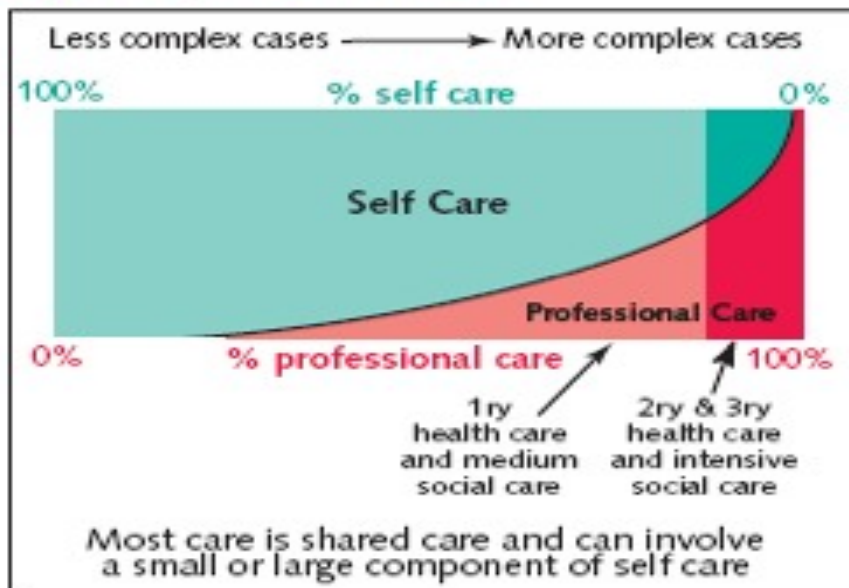
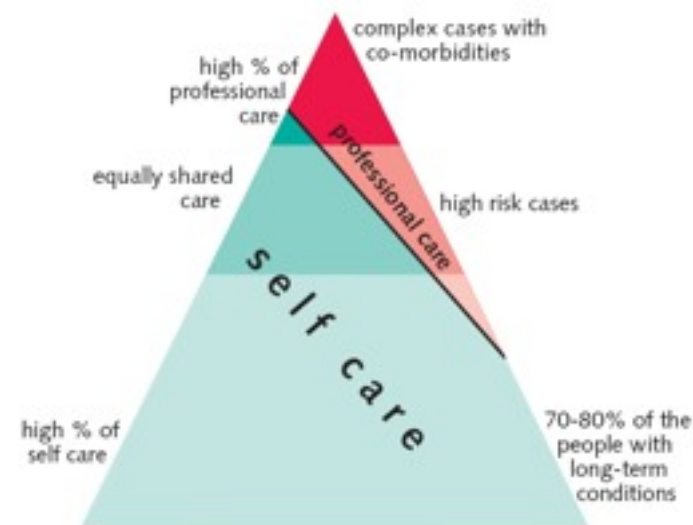


Fig 4: People with Long-term Conditions requiring Self and Professional Care



The Department of Health strategy for care of long-term conditions and regular updates on the strategy can be found at

www.dh.gov.uk/Publications

L'Educazione Terapeutica

Forma il malato affinché possa acquisire un
“ **saper fare e un saper essere** ”
adeguato per raggiungere un equilibrio tra la sua vita e il
controllo ottimale della malattia.

È un **processo continuo** che fa parte integrante della cura.

**WHO Report on Continuing Education programmes for
Health Care Providers on Therapeutic patient Education
in the field of chronic diseases, 1998**

L'Educazione Terapeutica è
un processo di
apprendimento
sistemico centrato sul
paziente.

Educazione Terapeutica e Diabete

Migliora la qualità della vita

(**Miller**, NEJM 1972; **Rubin**, Diabetes Metab Res Rev 1999)

Riduce le amputazioni

(**Assal**, Diabète e Metabolism, 1993)

Determina una riduzione delle
ospedalizzazioni

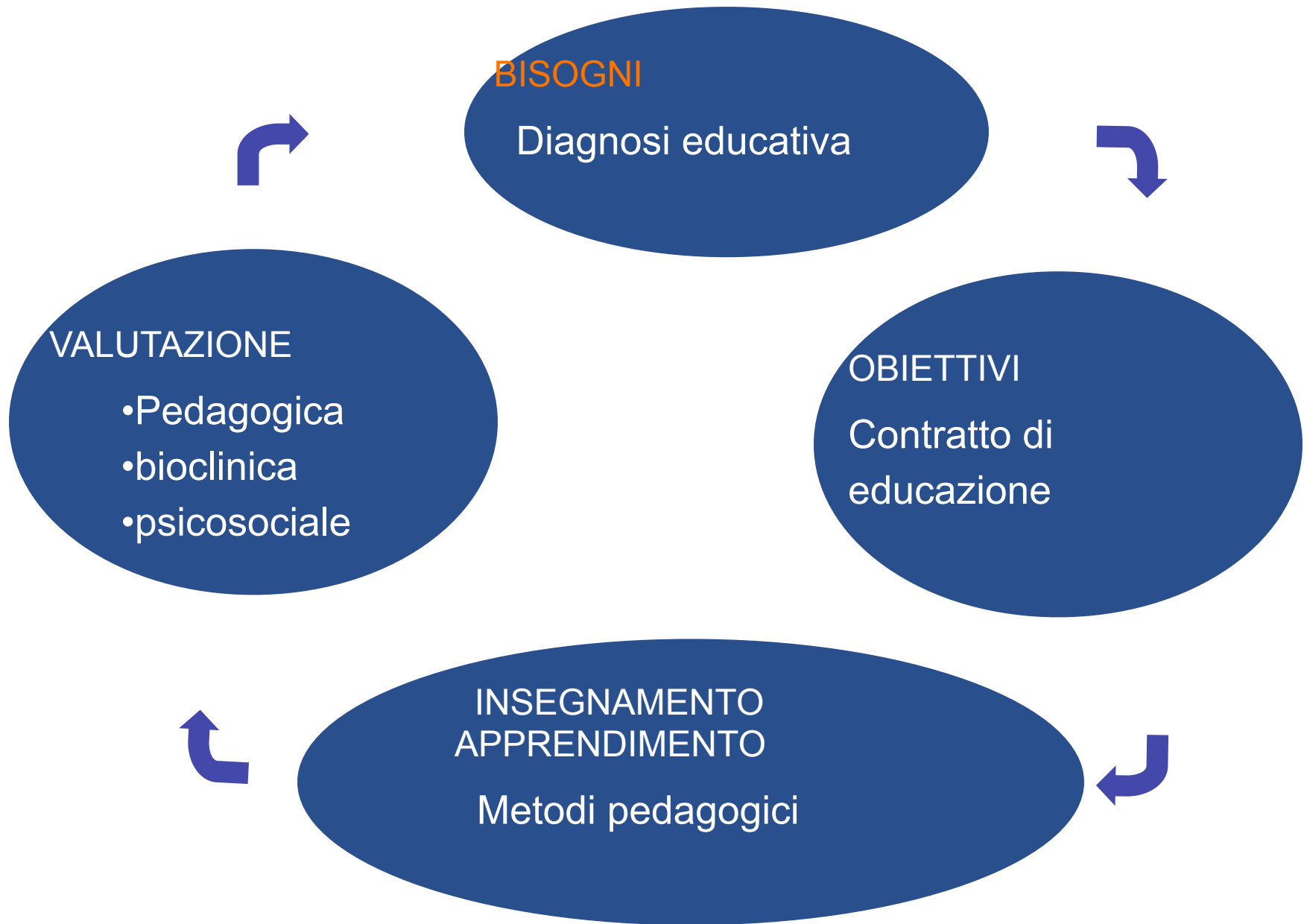
(**Clement**, Diabetes Care,

Organizzazione ed Educazione Terapeutica “strutturata”

Gli interventi educativi, progettati adeguatamente e realizzati da diverse figure professionali, migliorano ulteriormente i risultati clinici quando le strutture sanitarie sono organizzate a gestire il processo di cura del diabete.

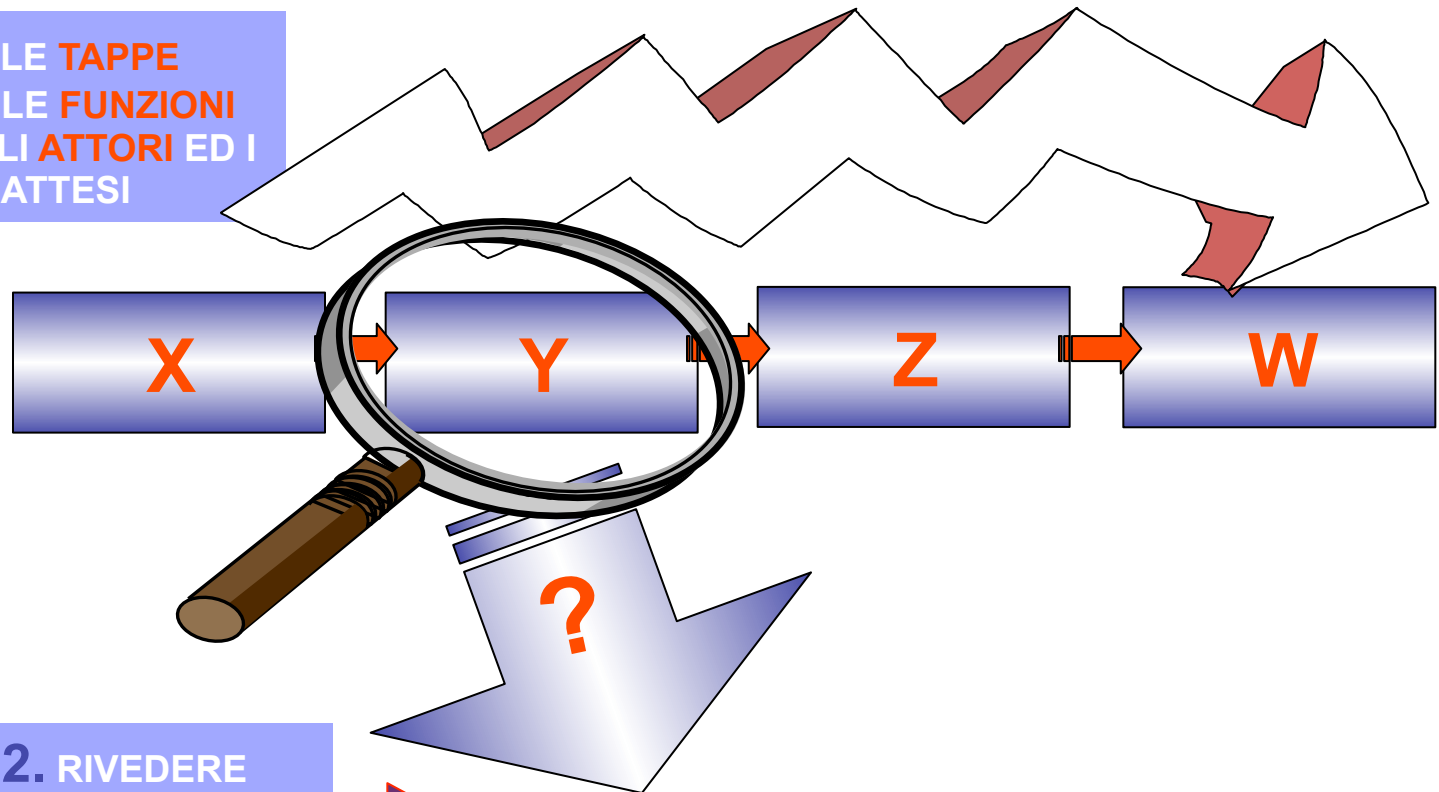
Renders, The Cochrane
Database of systematic Reviews , 2002





IL PERCORSO ASSISTENZIALE COME BASE PER CREARE SISTEMA E PER GARANTIRE CONTINUITA' ASSISTENZIALE ...

1. DEFINIRE LE **TAPPE** ASSISTENZIALI, LE **FUNZIONI** APPROPRIATE, GLI **ATTORI** ED I **RISULTATI** ATTESI



2. RIVEDERE CRITICAMENTE L'**APPROPRIATEZZA** DELLE **FUNZIONI** SVOLTE DALLE TAPPE ASSISTENZIALI E ANALIZZARLE IN DETTAGLIO

3. VALUTARE I **RISULTATI** DELLE SINGOLE TAPPE ASSISTENZIALI E DEL SISTEMA



Percorso Assistenziale

Metodo per la gestione appropriata dei **bisogni globali (OMS) del paziente**, in armonia con le esigenze dell'organizzazione e dei professionisti, con risultati misurabili ed in condizioni di praticabilità in qualsivoglia contesto

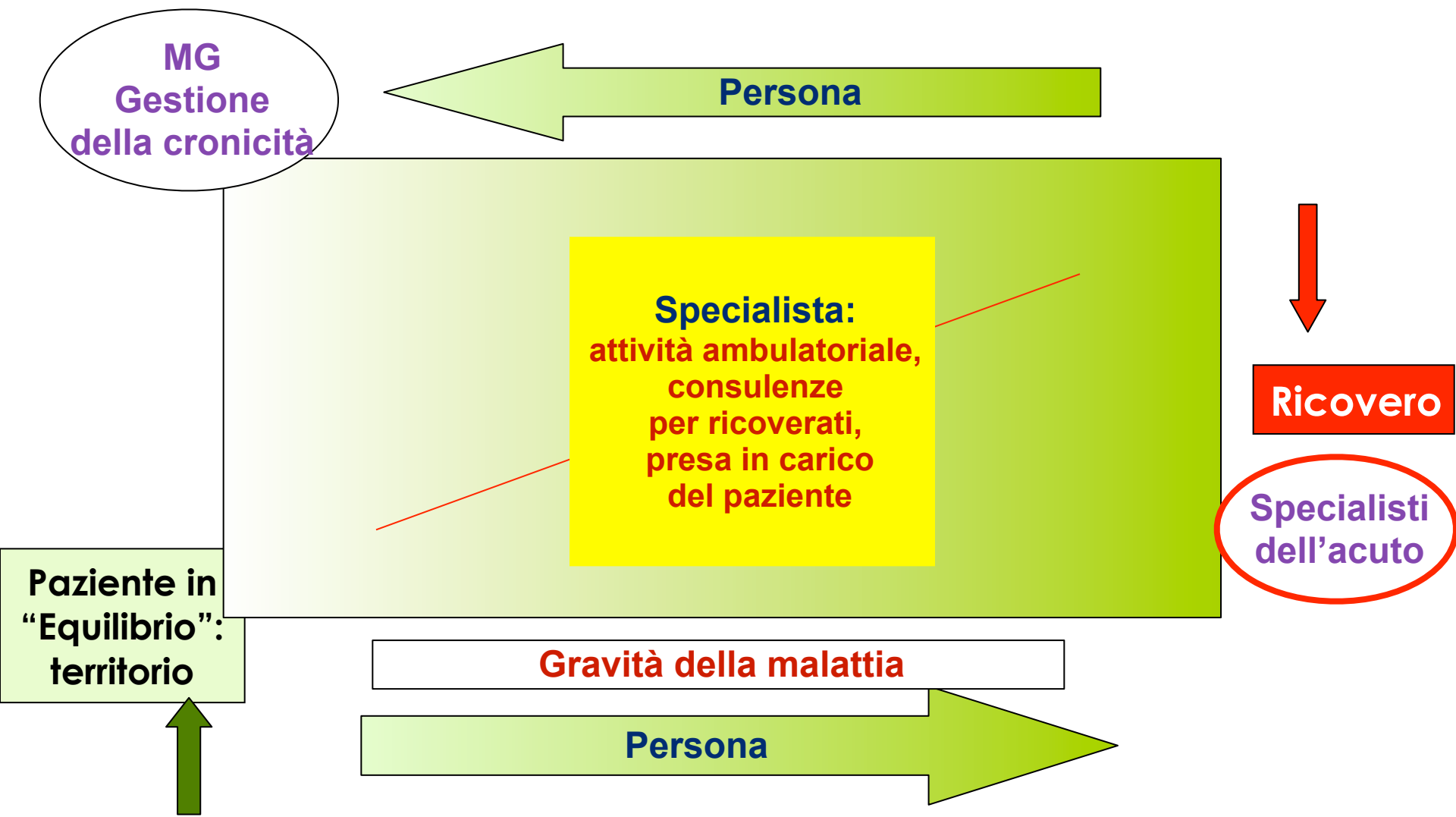
Piano Nazionale Diabete 2013

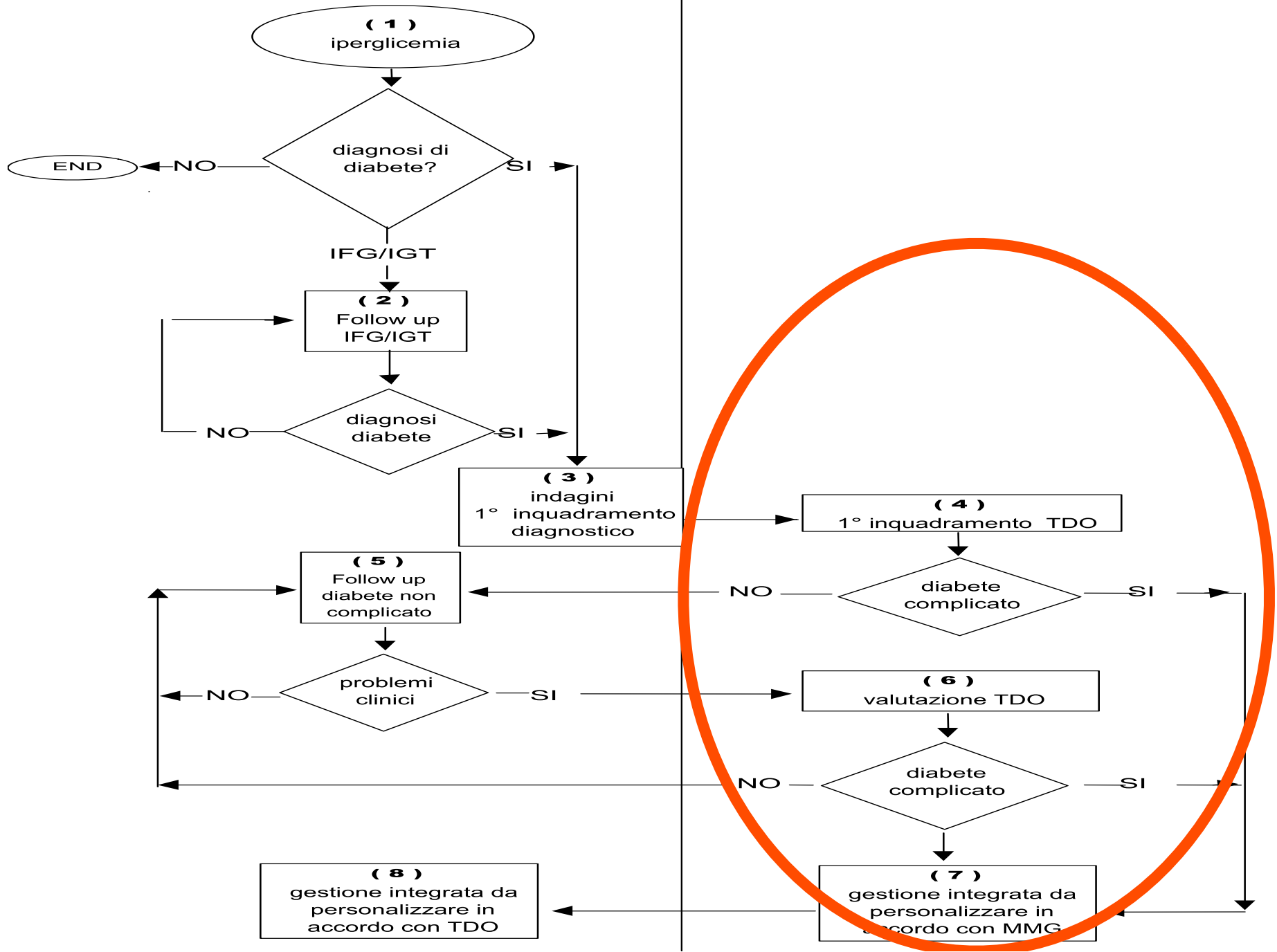
A distanza di 26 anni dalla legge 115/87, vede la luce il Piano Nazionale Diabete, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale(07/02/2013)

I contenuti del Piano

Il Piano afferma che un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, con l'attivo coinvolgimento delle persone con diabete, è in grado di ottenere i risultati migliori.

La nostra esperienza





Gli elementi caratterizzanti

- rinvio del paziente con appuntamento, a distanza di molti mesi
- richiamo telefonico per ricordare la visita
- motivazione ed educazione del paziente alla gestione della malattia e ai controlli periodici
- condivisione del protocollo di Gestione Integrata
- comunicazione efficace tra primary e secondary care

“Strumenti “ per l’autonomizzazione della persona diabetica

- Pianificazione concordata e scritta dei controlli clinici, strumentali, bioumorali;
- Criteri scritti in modo semplice e comprensivo per interpretare gli esami eseguiti
- Diario per la registrazione dell’autocontrollo glicemico
- Recapiti telefonici degli operatori sanitari

Indicatori di processo Tipo 2

	2004	2006	2008	2010	2012
Pazienti	661	754	955	1198	1509
HbA1c %	6,6±0,7	6,7±0,6	7,1±0,8	6,9±0,7	6,8±0,9
Colesterolo mg/dl	198,7± 35	198,4±34	192,8±35	188,8±32	184,4±31

Anno	Pazienti	HbA1c 1 controllo/anno	HbA1c 2 controlli/anno	HbA1c >2 controlli/anno	
2003	277	60%	23%	11%	6%
2004	754	45%	31%	19%	5%
2005	955	41%	37%	19%	3%
2006	1060	34%	41%	22%	3%
2007	1017	32%	40	26.5	1.5
2008	1107	32.5%	40%	25%	2.5%
2010	1198	32%	43%	23%	2%
2012	1509	36.5%	44%	18%	1.5%

GESTIONE INTEGRATA ANNI 2003-2012

Anno	Pazienti	F.O. Almeno 1/anno	ECG Almeno 1/anno
2003	277	74%	68%
2004	754	79.5%	77.5%
2005	955	84.5%	82%
2006	1060	86.5%	87.5%
2007	1017	89%	90%
2008	1107	89%	89%
2010	1204	91%	92%
2012	1269	88%	90%

Anno	Pazienti	Rinvio secondo PDT	Rinvio a Breve	Rinvio Definitivo	Visite Intermedie
2003	277	73%	23%	3%	6%
2004	754	79%	18%	2%	5%
2005	955	78%	18.5%	3%	6%
2006	1060	80%	17.5%	2.5%	6.5%
2007	1017	84.5	11.5	4	5
2008	1107	81%	14.5%	3.55%	8.5%
2009	1204	65.5%	15%	19.5%	6.5%
2010	1269	16%	22%	56%	8%



La Gestione del diabete tipo 2

Gli elementi vincenti la gestione del diabete tipo 2, in grado di ridurre mortalità e morbilità

- **Appuntamento ad ogni controllo**
- **Richiamo telefonico**
- **Facilitare l'accesso alle prestazioni**
- **Autonomizzazione del paziente**

S. Griffin Metanalisi sulla integrazione tra primary e secondary care nella cura del diabete tipo 2; Br.Med.J. 1998

Conclusioni

Nella nostra esperienza il coinvolgimento attivo della persona (Educazione Terapeutica) nel PDT permette di

- ottenere una buona qualità della vita
- mantenere una buona efficacia clinica nel tempo
- usare in modo appropriato delle risorse

