

# **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

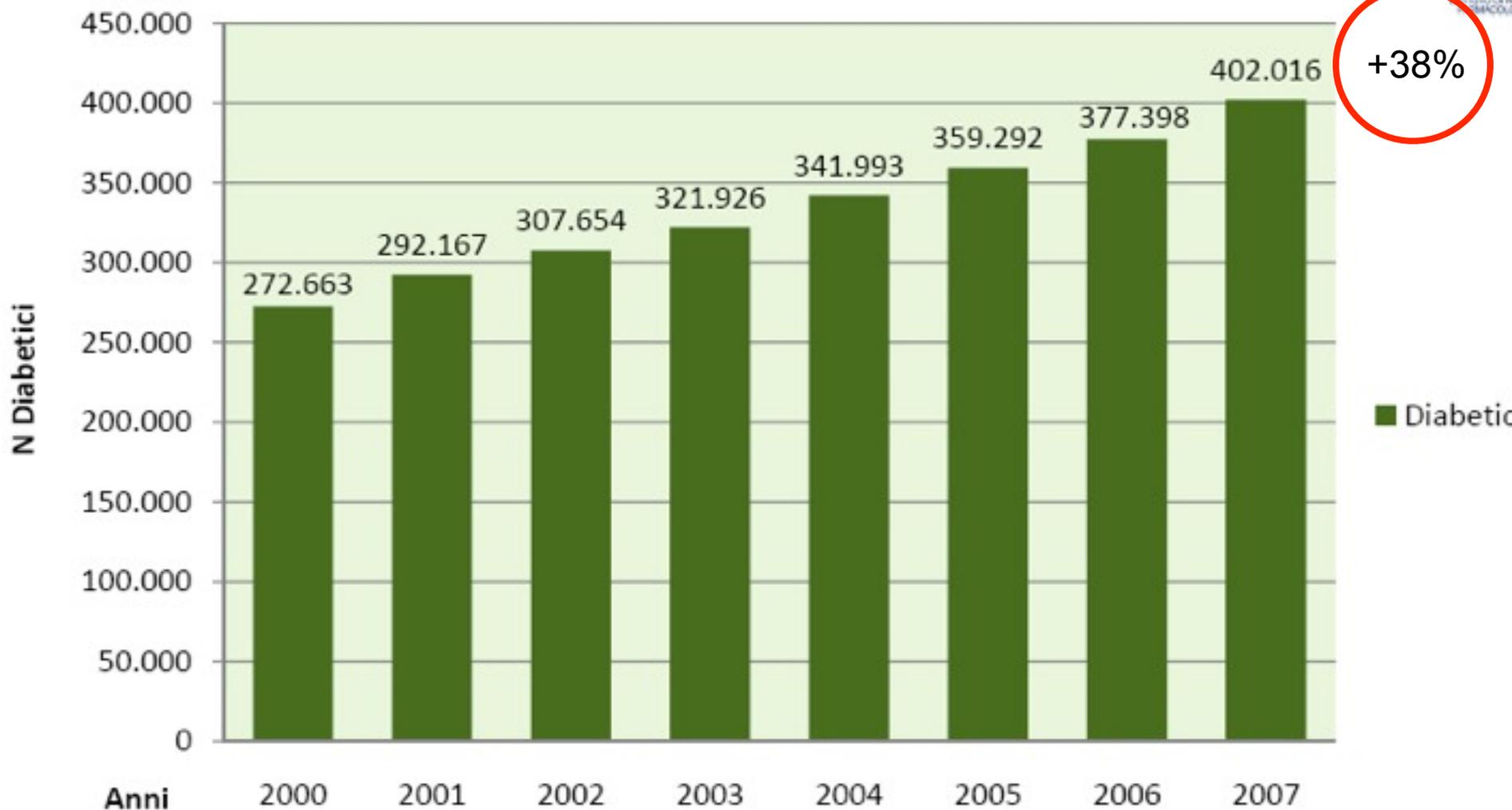
## Caratteristiche

- 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

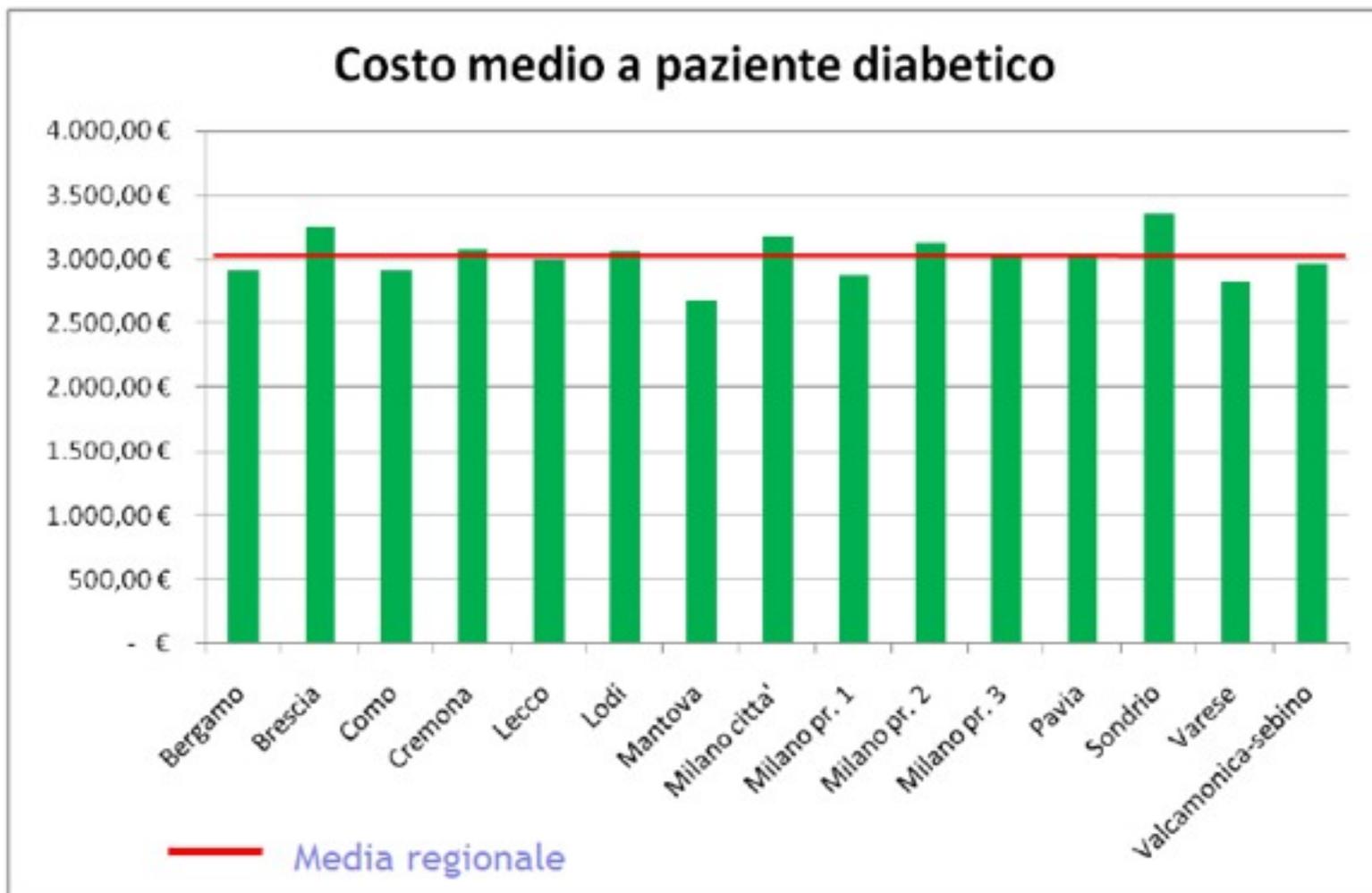
9.235.121

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**

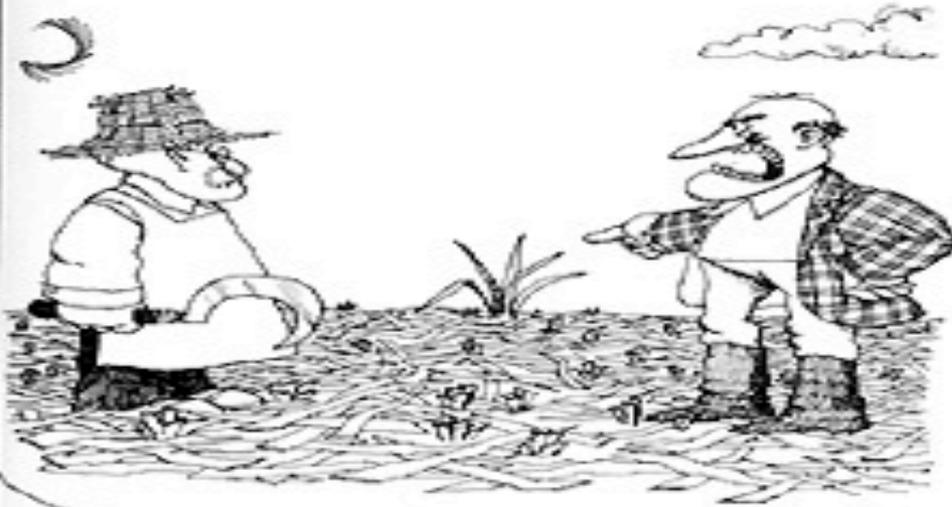
**Il punto di vista del paziente**

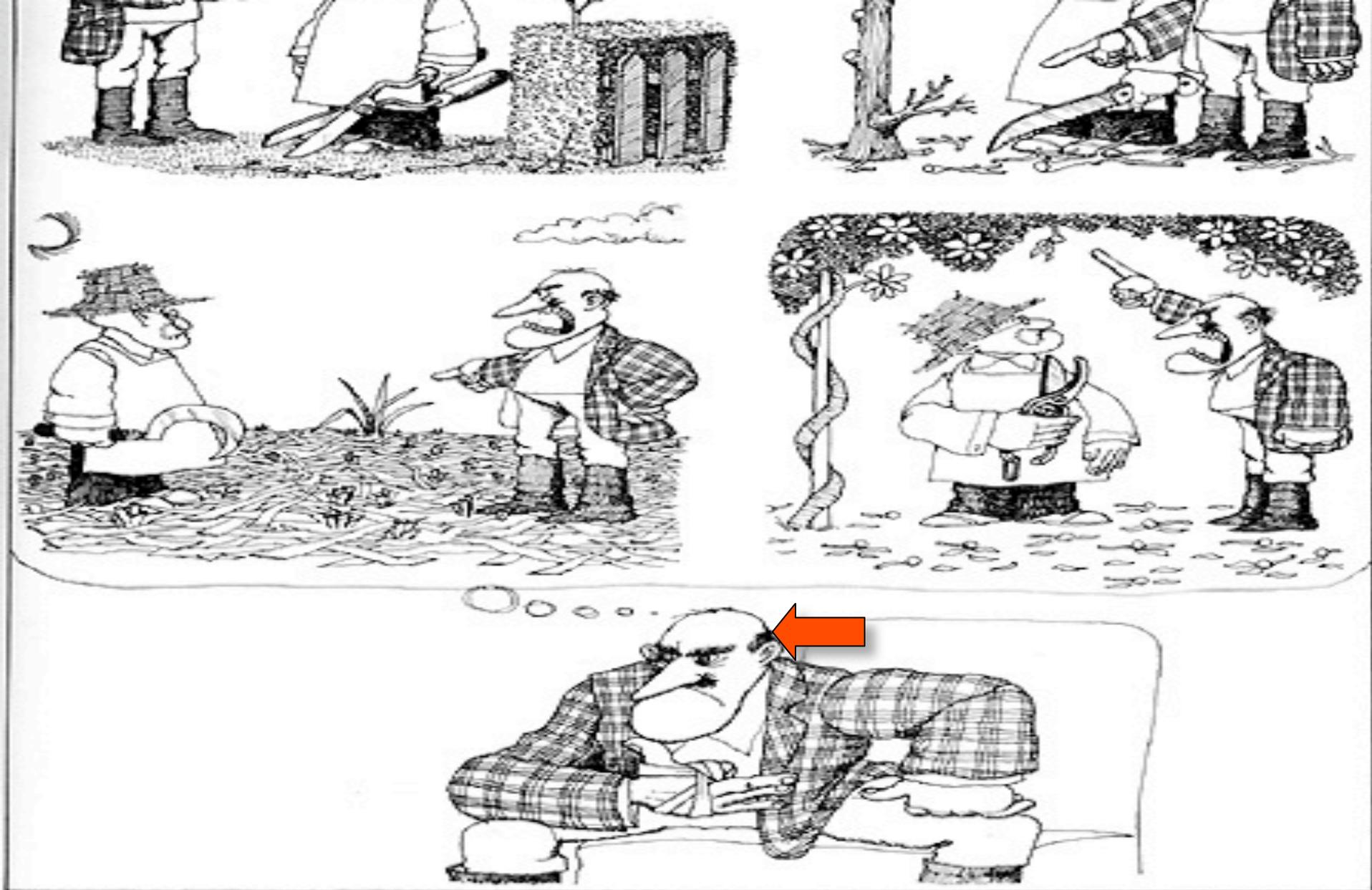






***Klinikòs?... klìne vuol dire letto!***





**La teoria del dito, non regge**



23 de Bell

23 de Bell



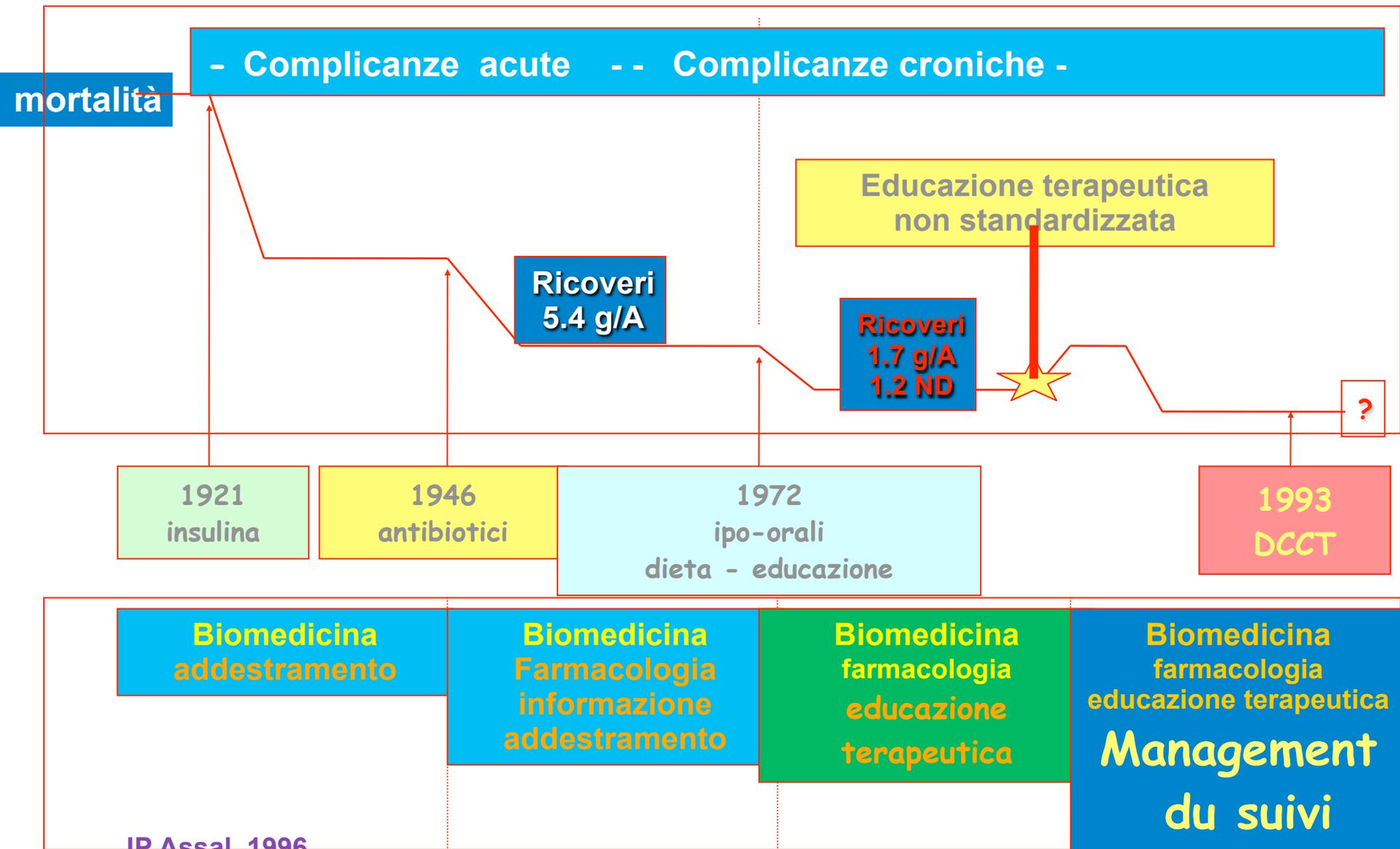
# Aderenza alla terapia prescritta in diverse condizioni di cronicità

<b>Ipertensione (Svezia) a 2 anni</b>	<b>65 %</b>
<b>a 3 anni</b>	<b>34 %</b>

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

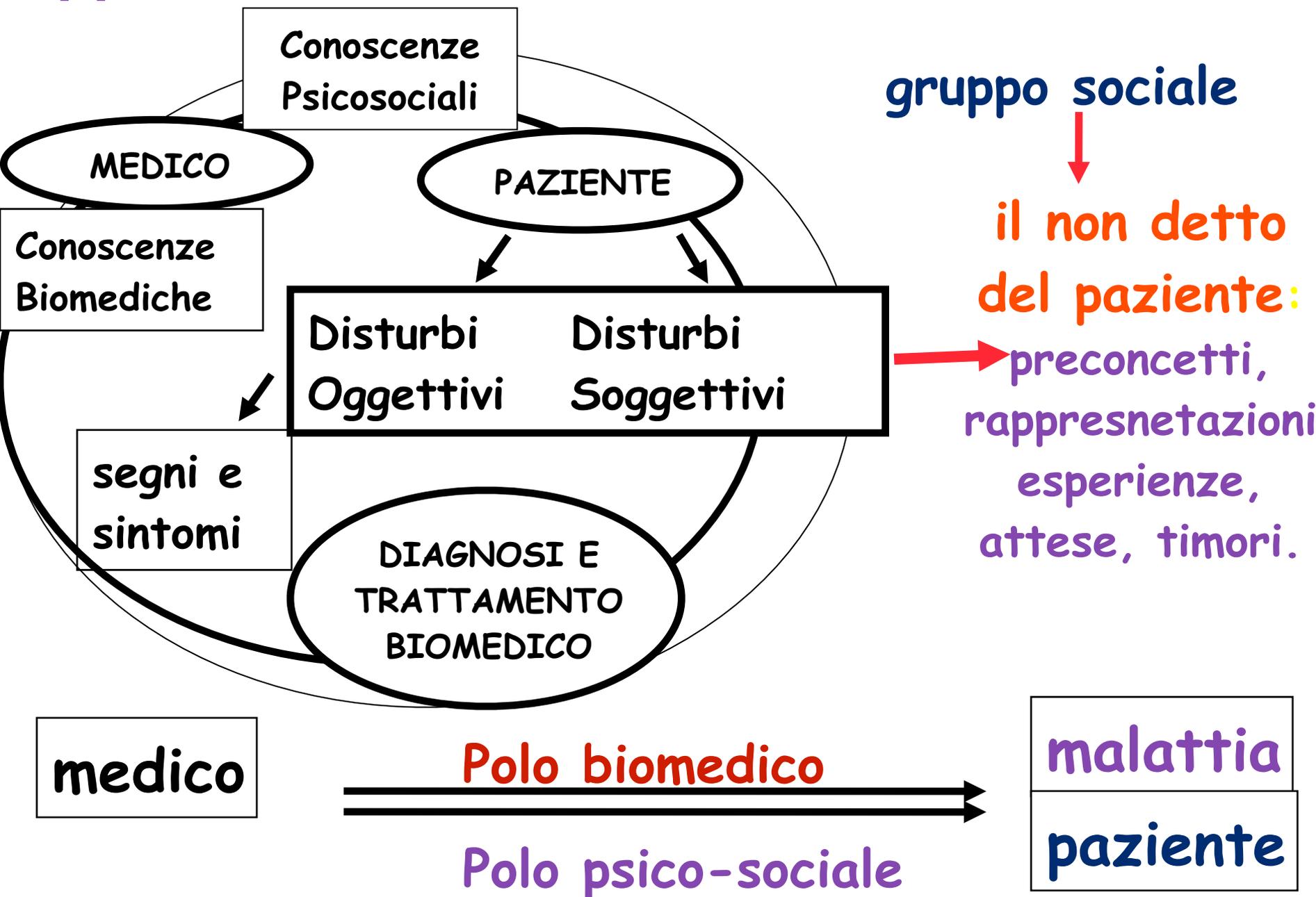
Fabre, Assal, Dayer: J.suisse pharmac. 122,1158-1170,1984

# L'evoluzione della cura del Diabete



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

# Approccio Bio-Psicosociale



# 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](mailto: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](http://www.dh.gov.uk/SelfCare)

[www.dh.gov.uk/SelfCare](http://www.dh.gov.uk/SelfCare)

Fig 1: Spectrum of Care

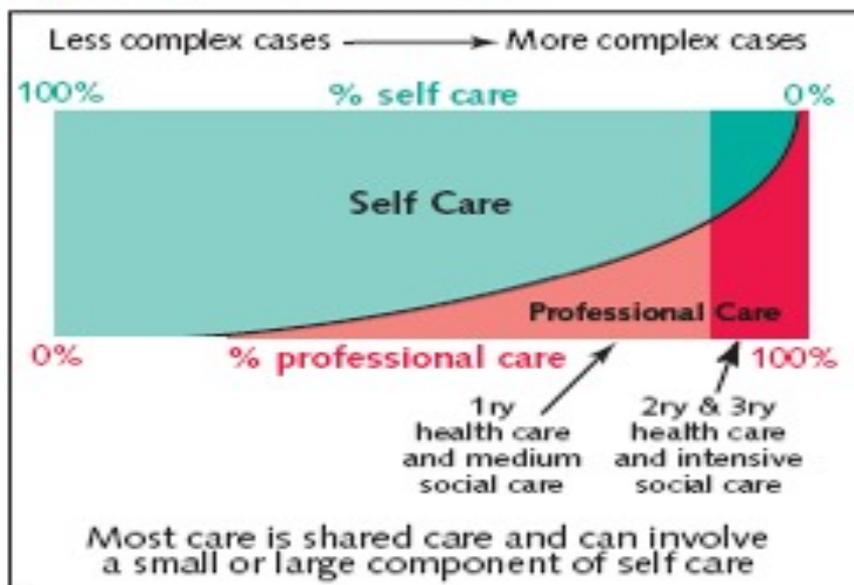
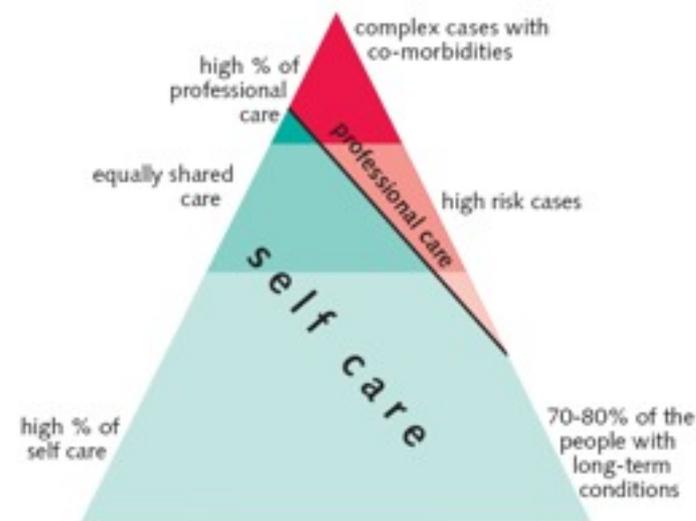


Fig 4: People with Long-term Conditions requiring Self and Professional Care



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](http://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)

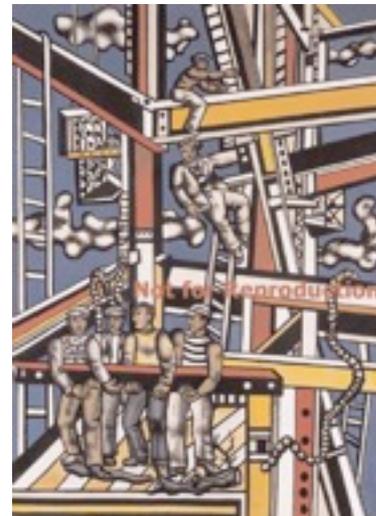
Determina una riduzione delle  
ospedalizzazioni

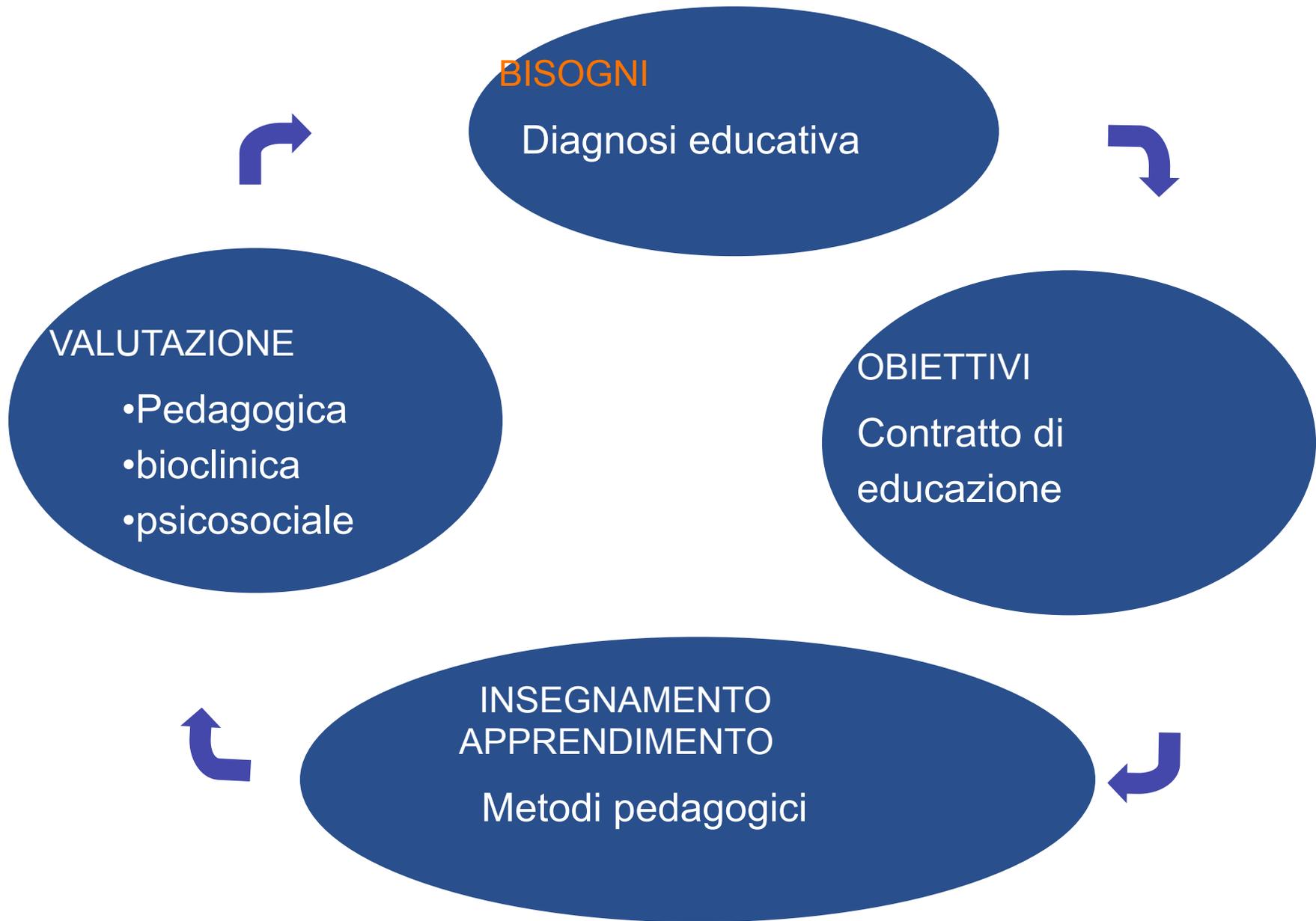
( **Clement**, Diabetes Care,

# 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.

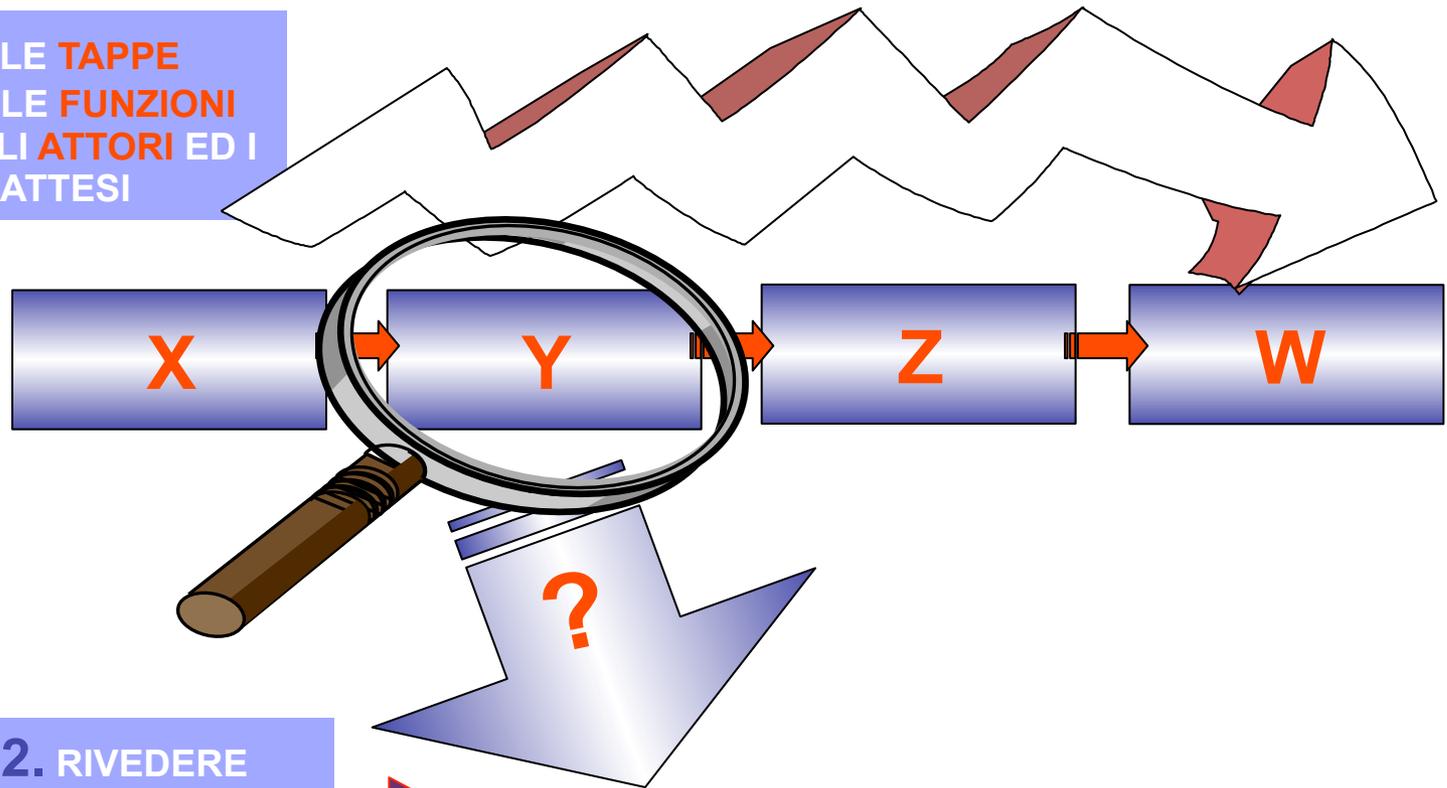
Renders, The Cochrane  
Database of systematic Reviews , 2002



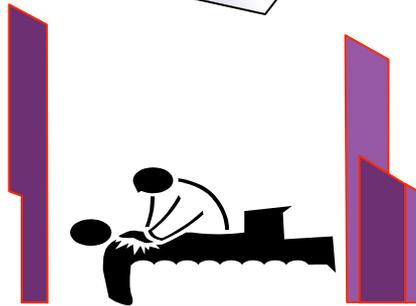


# IL PERCORSO ASSISTENZIALE COME BASE PER CREARE SISTEMA E PER GARANTIRE CONTINUITA' ASSISTENZIALE ...

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

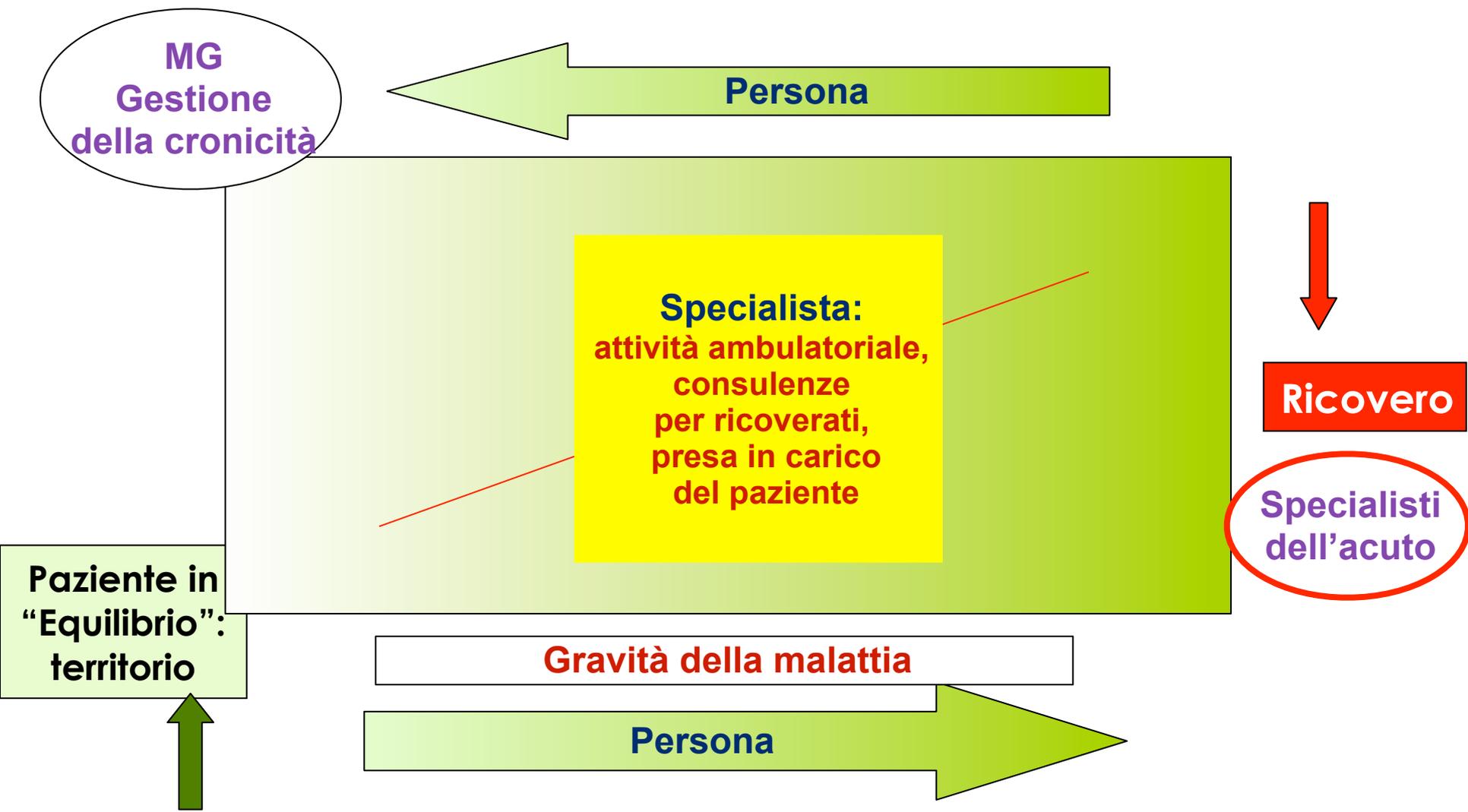
# Piano Nazionale Diabete 2013

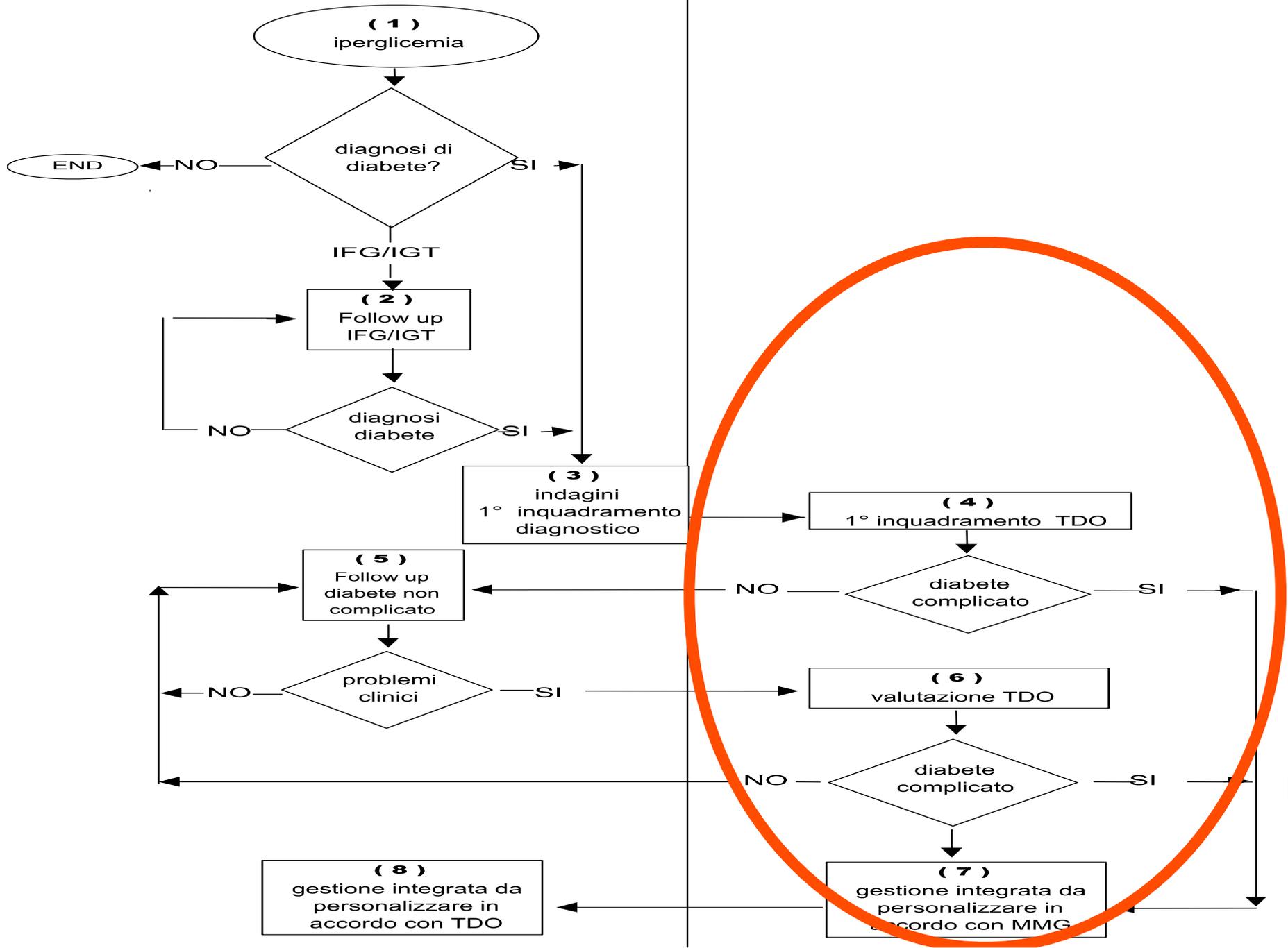
**A distanza di 26 anni dalla legge 115/87, vede la luce il Piano Nazionale Diabete, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale( 07/02/2013)**

# 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

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

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

# GESTIONE INTEGRATA ANNI 2003-2012

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

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



# 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

