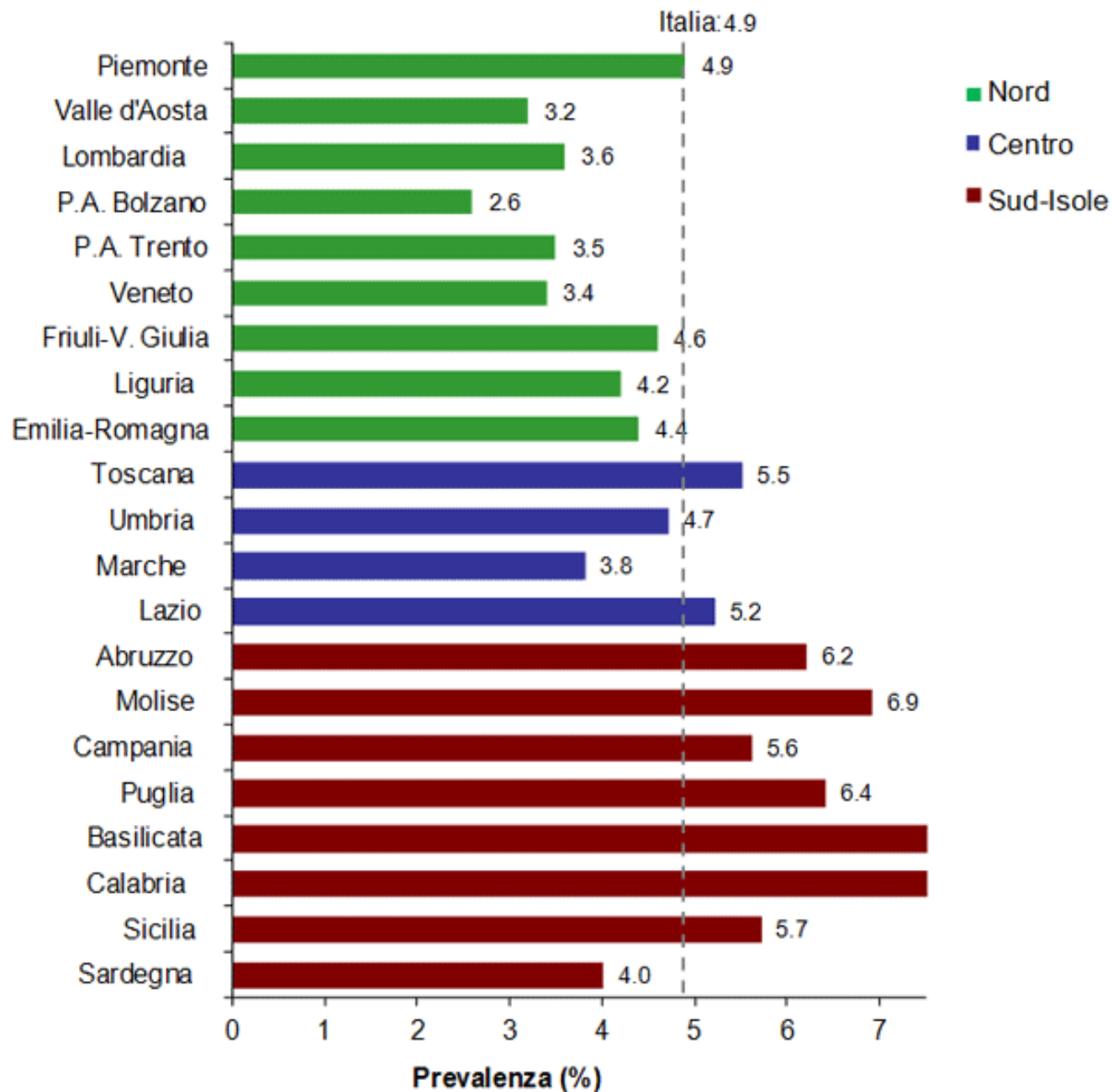


Uso dei dati della sorveglianza per la pianificazione in Campania

***Dott. T. Spinosa,
Direttore S.O. Pianificazione e
Programmazione***



Prevalenza del diabete nelle regioni italiane

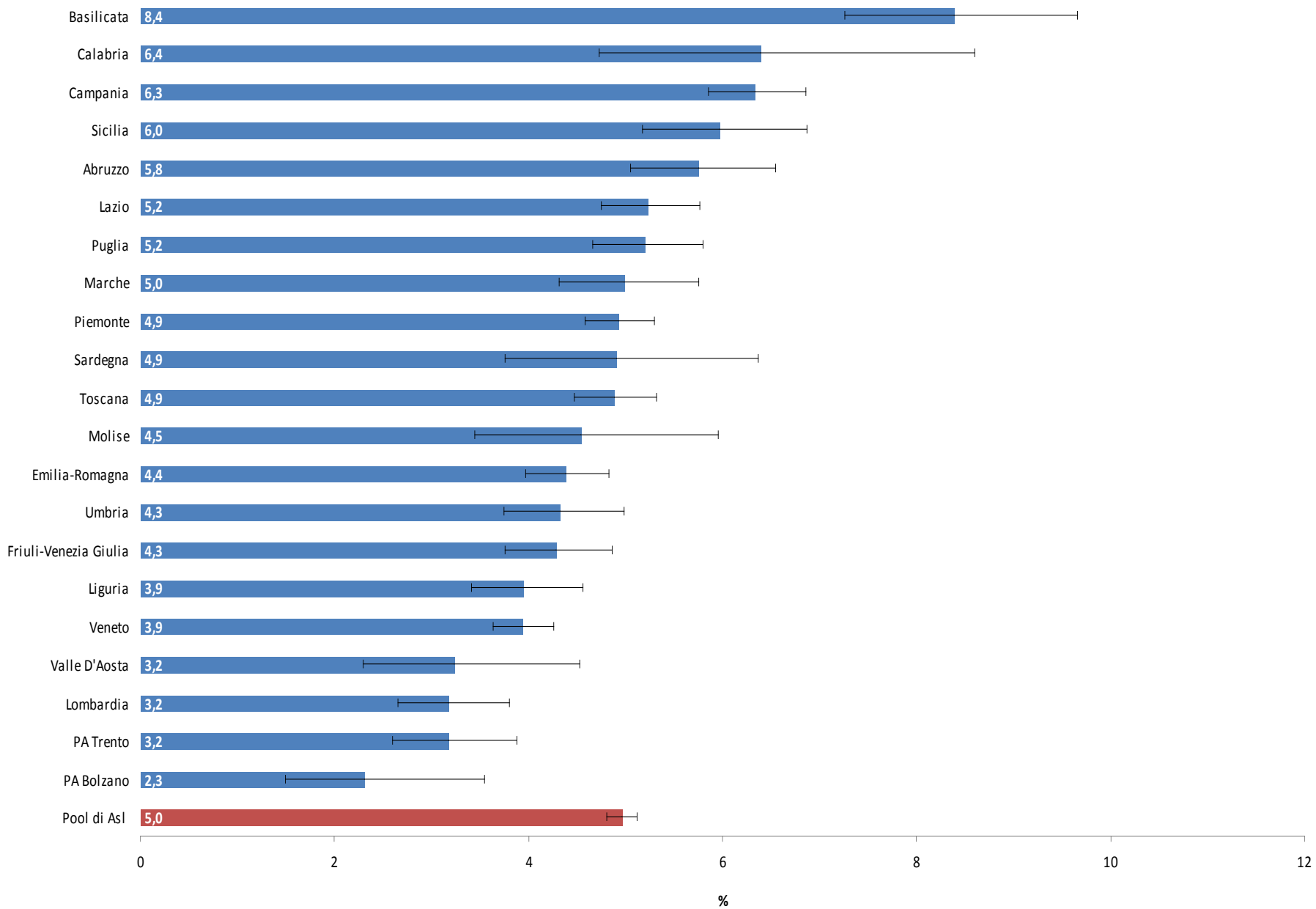


Prevalenza di persone cui è stata fatta diagnosi di diabete

Pool Asl – Passi 2007-2010



□ % superiore al Pool
□ % non significativamente diversa dal Pool
■ % inferiore al Pool



- **Fattori di rischio associati al diabete**

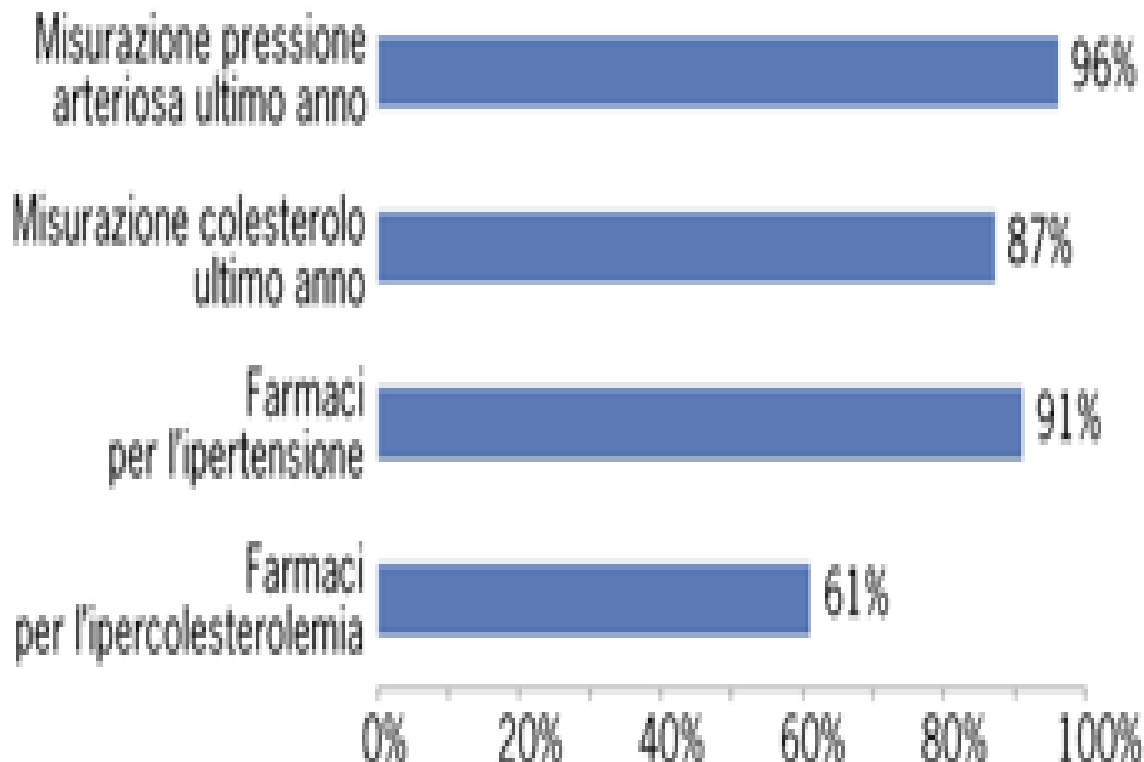
- Tra i diabetici, il 55% ha ricevuto una diagnosi di ipertensione e il 45% di ipercolesterolemia, il 75% è in eccesso ponderale ($IMC \geq 25$), il 39% è sedentario e il 22% fumatore.

- **Monitoraggio e trattamento dei principali fattori di rischio**

- Più della metà delle persone con ipercolesterolemia è in trattamento farmacologico per questa condizione: un diabetico iperteso su 10 non assume farmaci antipertensivi.
-
- Nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 96% delle persone con diabete ha misurato la pressione arteriosa e l'87% la colesterolemia.
- Tra i diabetici ipertesi il 91% è in trattamento farmacologico per controllare la pressione arteriosa e tra quelli ipercolesterolemici il 61% assume farmaci per il controllo del colesterolo.

Monitoraggio e trattamento dei principali fattori di rischio

Più della metà delle persone con ipercolesterolemia è in trattamento farmacologico per questa condizione: un diabetico iperteso su 10 non assume farmaci antipertensivi.



Dimensione del problema a livello regionale

- La mortalità per Diabete Mellito in Campania è quella che percentualmente si discosta di più dalle medie nazionali raggiungendo
 - +58% per gli uomini
 - + 89% per le donne
- 85.000 diabetici fra 18 e 64 anni
indagine ISTAT multiscopo
- Si stimano circa 300.000 diabetici di cui oltre 80.000 non diagnosticati.
- Soglie di ricoverabilità superate per DRG 294

Costi del diabete

- In Italia il costo medio di un paziente tipo 2 è circa 3000 Euro/anno
- 1998: 5 mld di euro pari al 6,7% della spesa sanitaria
- 2006: dal 3 al 5% di prevalenza, 8 mld di euro pari all'8% della spesa sanitaria
- 2010: 7% prevalenza, 11 mld di euro del Fondo Sanitario Nazionale

Costi del diabete

- La popolazione diabetica consuma il **15-20%** delle risorse sanitarie totali
- 13% dei costi diretti del diabete è attribuibile alle cure ambulatoriali. La restante parte alle cure ospedaliere
- Il 38% dell'eccesso di costo è speso per la cura delle complicanze a lungo termine
- Il 60% della quota pro-capite annua è destinata alle ospedalizzazioni per complicanze
- Il 22% al consumo dei farmaci
- Costi sociali legati alle invalidità lavorative ed alla scarsa qualità di vita del paziente.

Potenzialità del sistema informativo sui dimessi

- Valutazione dei bisogni attraverso l'analisi della domanda
- Valutazione dell'efficienza operativa degli erogatori e dell'offerta di servizi
- Supporto alle attività di programmazione, gestione e controllo
- definizione e controlli degli accordi contrattuali
- Valutazione dello stato di salute

ALCUNI ESEMPI DI STUDI EFFETTUATI MEDIANTE LA SDO

Studi relativi all'efficienza operativa:

- Produzione ospedaliera pesata per DRG
- Durata della degenza e sue componenti
- Analisi di costi per specifiche attività cliniche o prestazioni

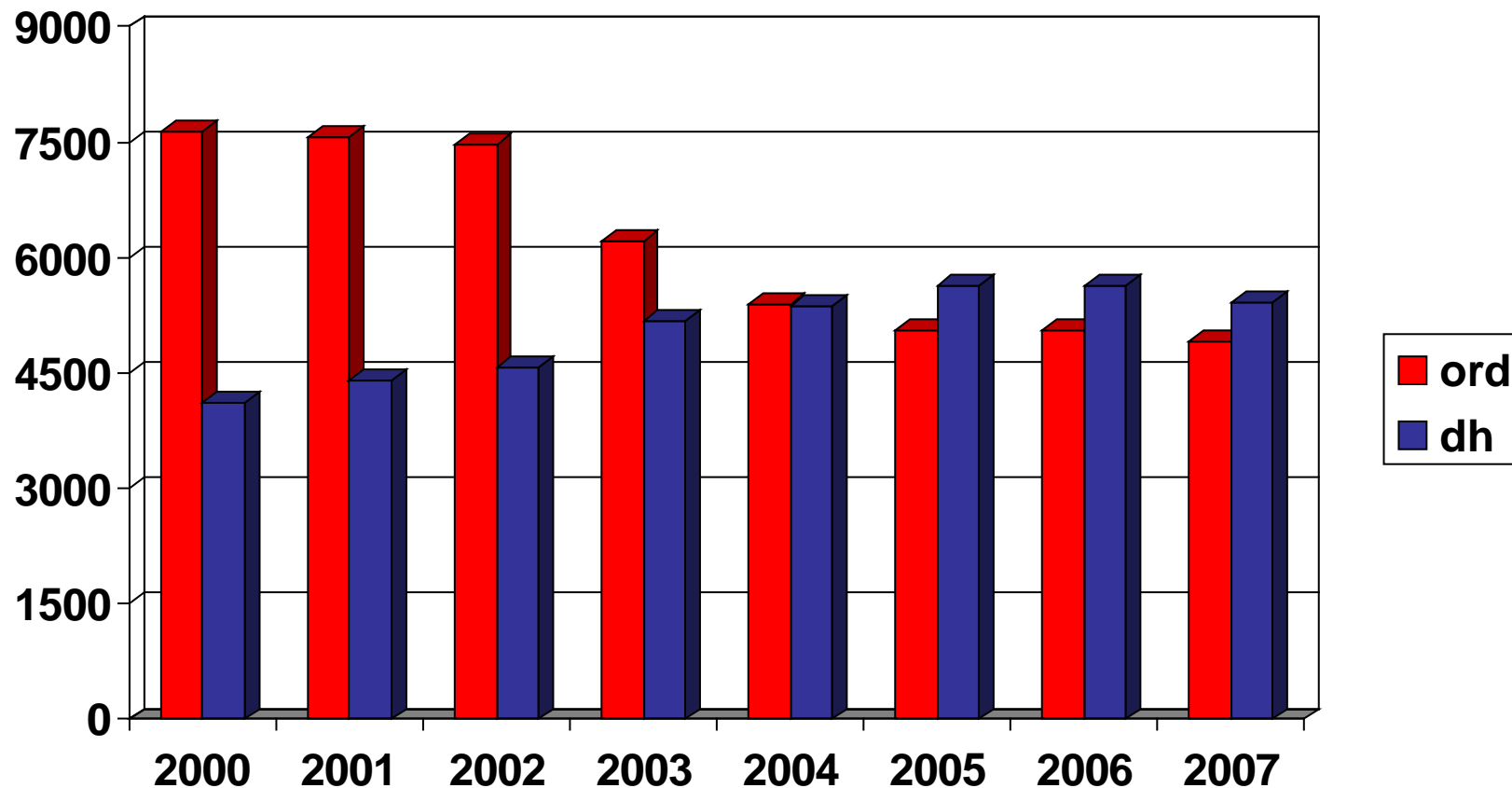
Studi relativi all'efficienza allocativa:

- analisi dei costi ospedalieri per fasce di popolazione (per età e sesso, per malattie)
- analisi di impatto del sist. di finanziamento
- previsione della domanda e dell'offerta

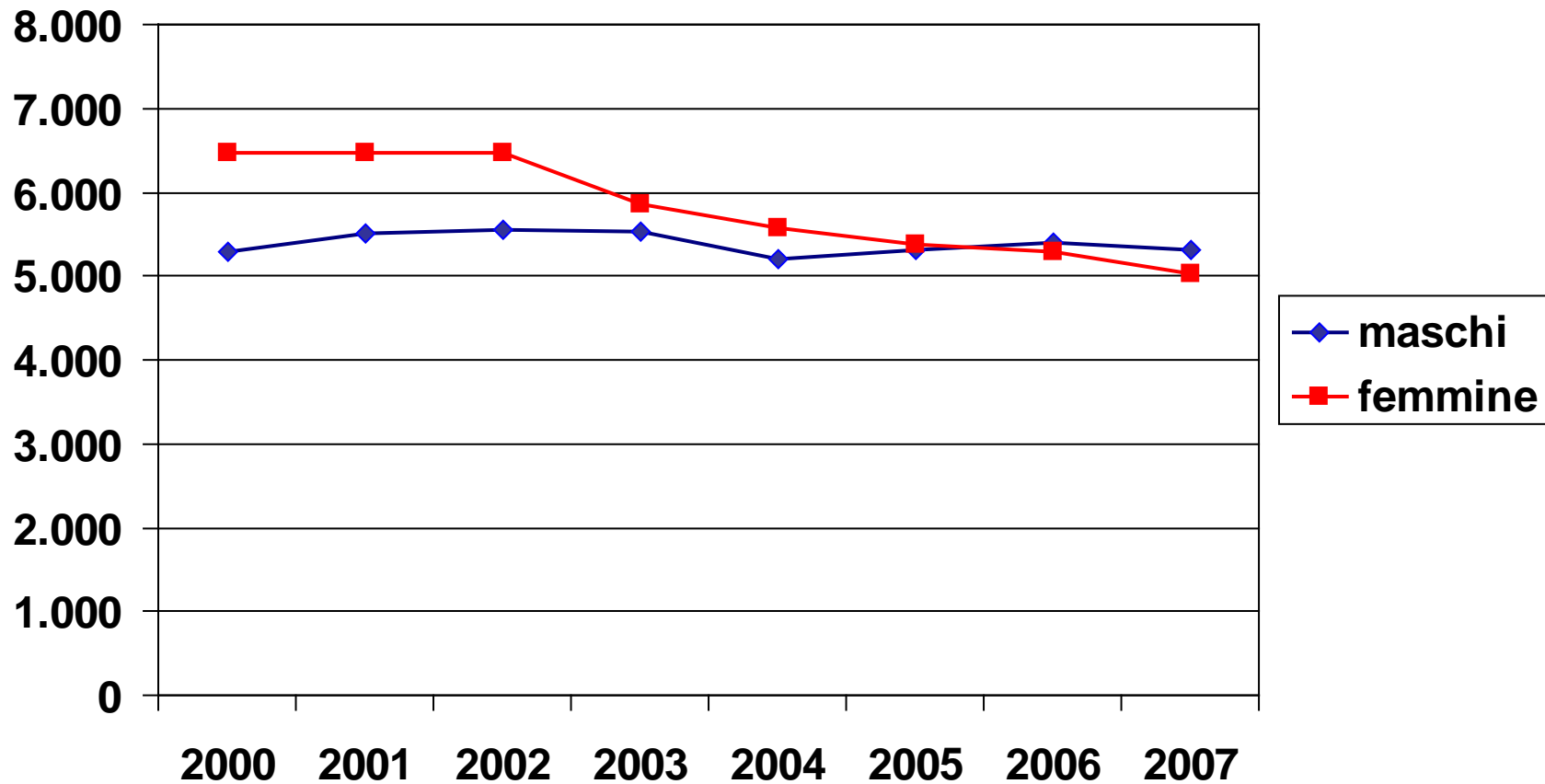
ALCUNI ESEMPI DI STUDI EFFETTUATI MEDIANTE LA SDO

- STUDI DI MORBILITA' OSPEDALIERA PER SPECIFICHE PATOLOGIE PER ETA', SESSO E RESIDENZA
- LINKAGE CON ALTRI DATA BASE SANITARI PER STUDI DI PREVALENZA ED INCIDENZA (RENCAM – IMA)
- AUSILIO ALLE ATTIVITA' DI REGISTRO DI PATOLOGIA PER LA CATTURA DEI CASI

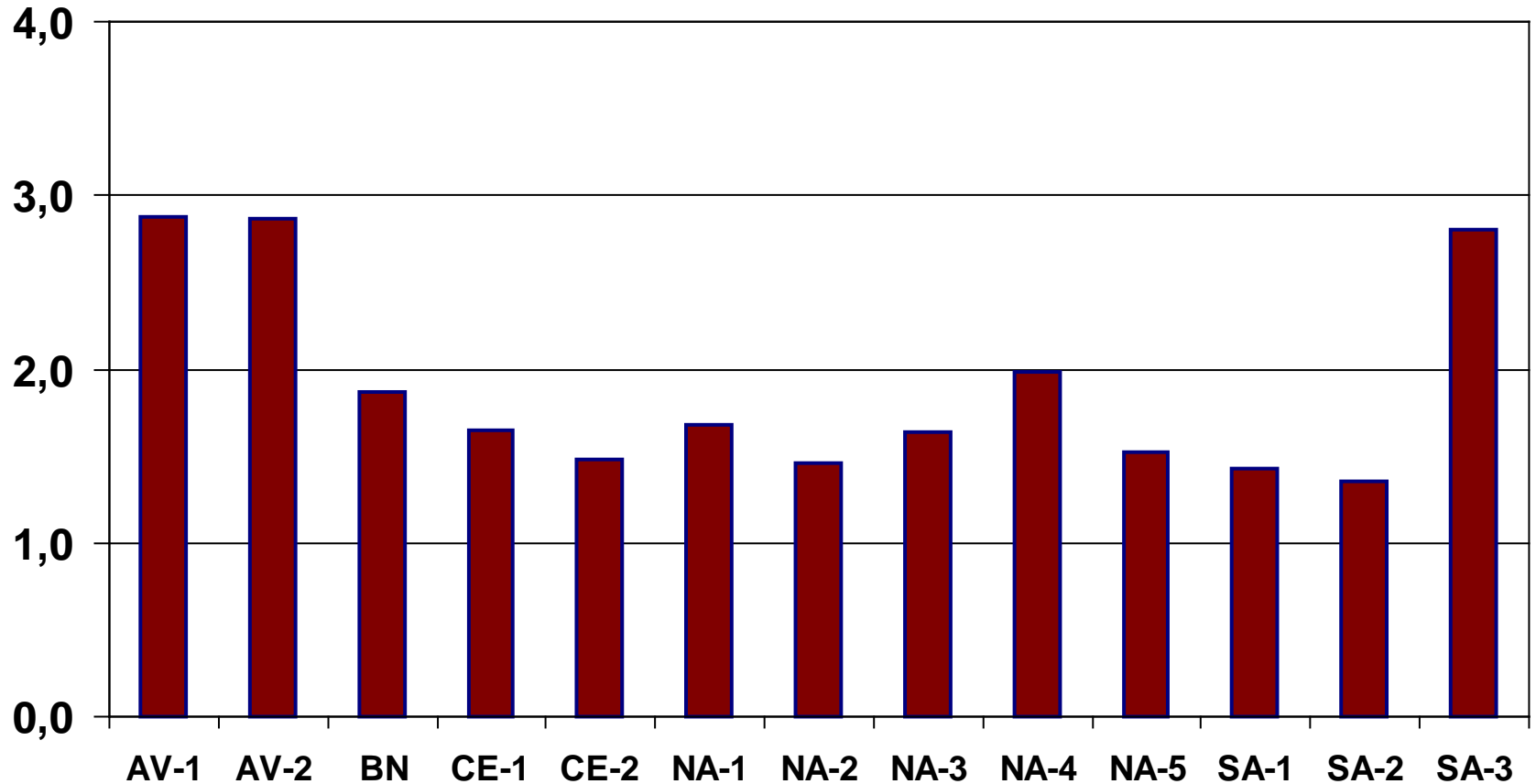
Andamento dei ricoveri ospedalieri con diagnosi principale di diabete in Campania distinti per regime di ricovero - anni 2000-2007



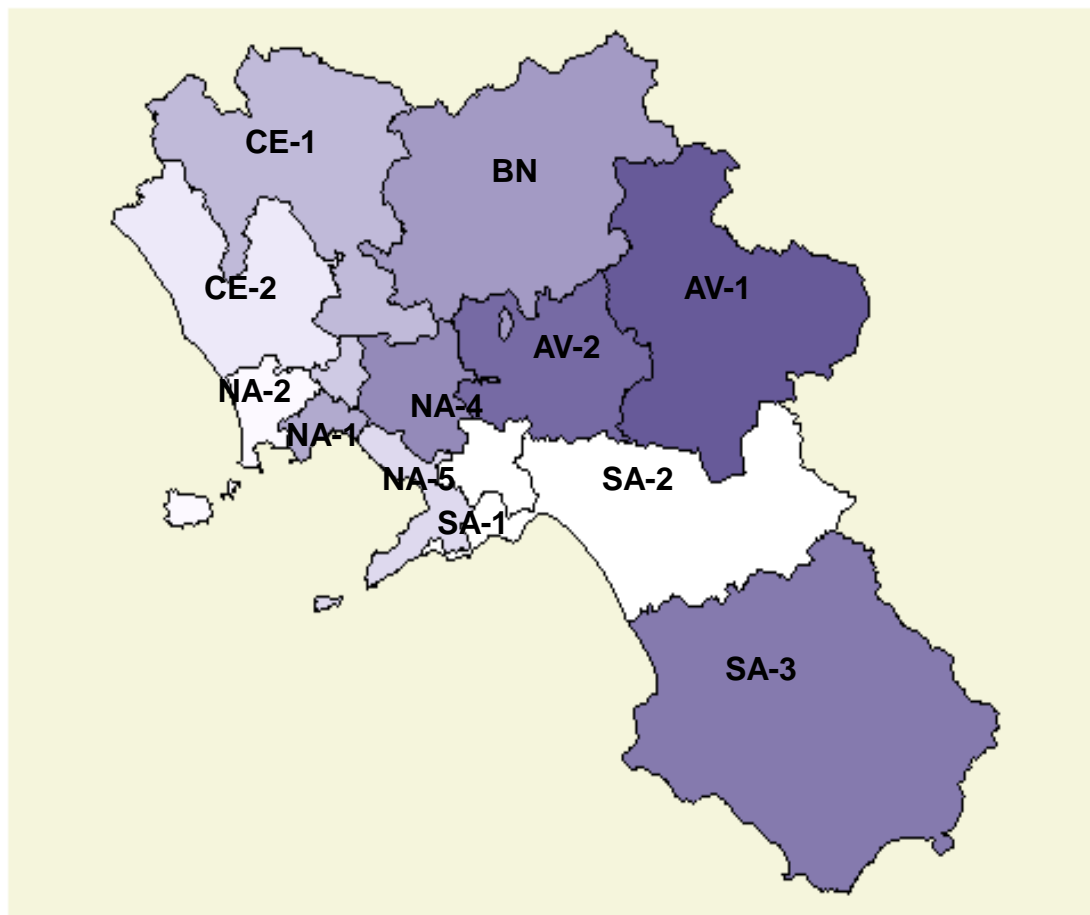
Andamento dei ricoveri ospedalieri con diagnosi principale di diabete in Campania distinti per genere - anni 2000-2007



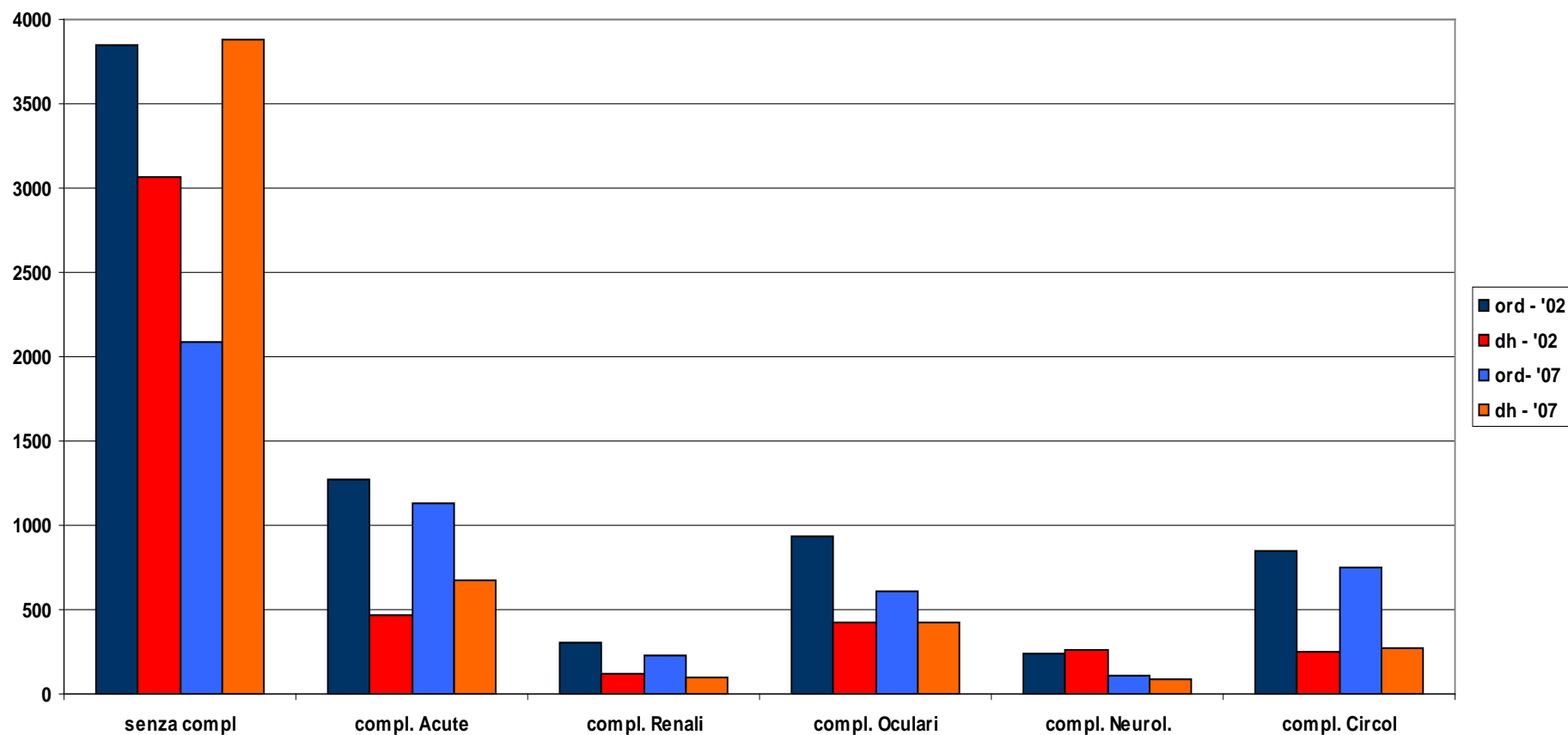
Ricoveri per diabete mellito con codice di diagnosi principale ICD-9-CM 250.xx (tasso di ospedalizzazione per 1.000 abitanti) - anno 2007, per ASL di residenza



Tassi standardizzati di ospedalizzazione per 1000 abitanti, per diabete nelle ASL della regione Campania – anno 2007

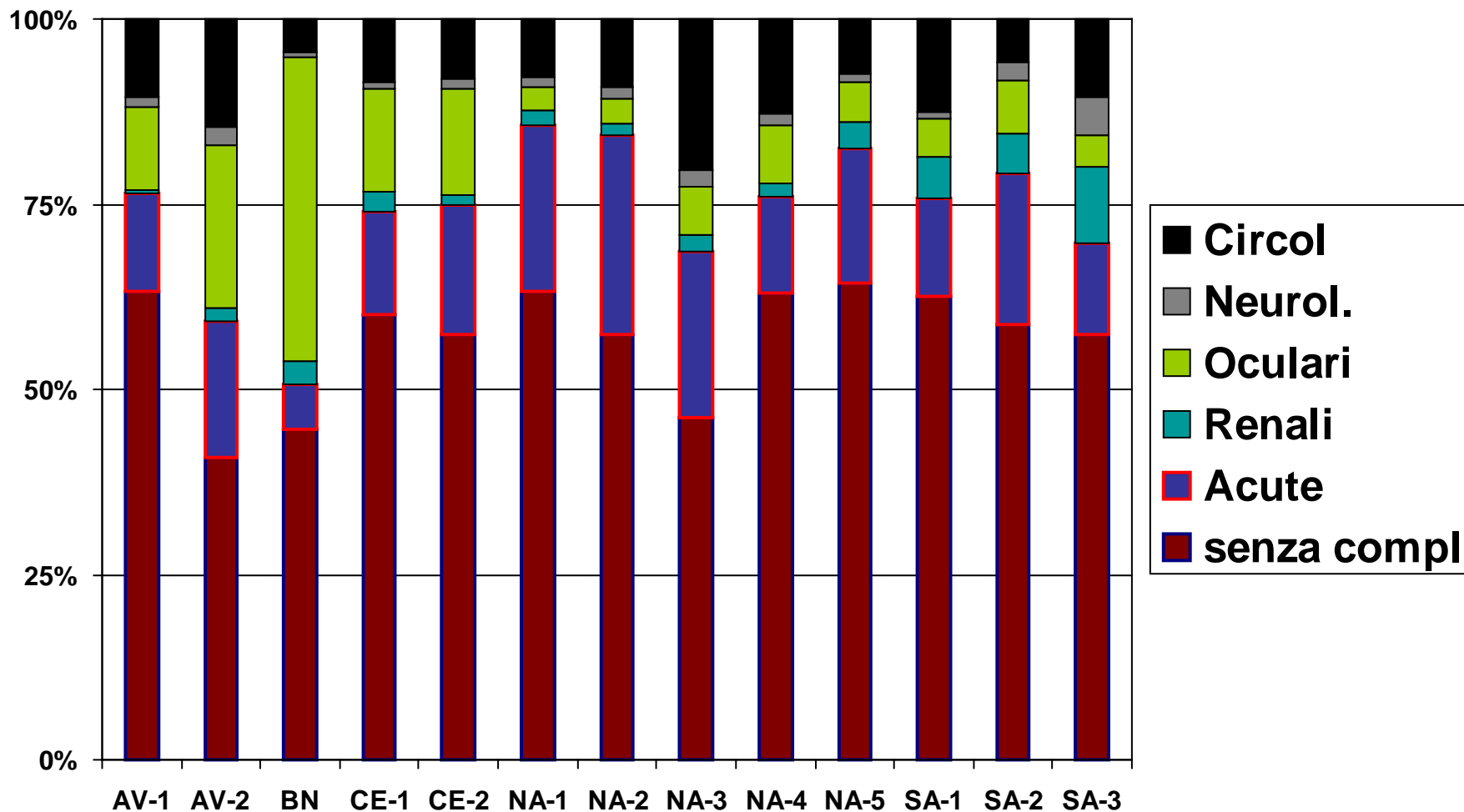


Ricoveri per diabete mellito in regione Campania negli anni 2002 e 2007, distinti per regime di ricovero e tipo di complicanza

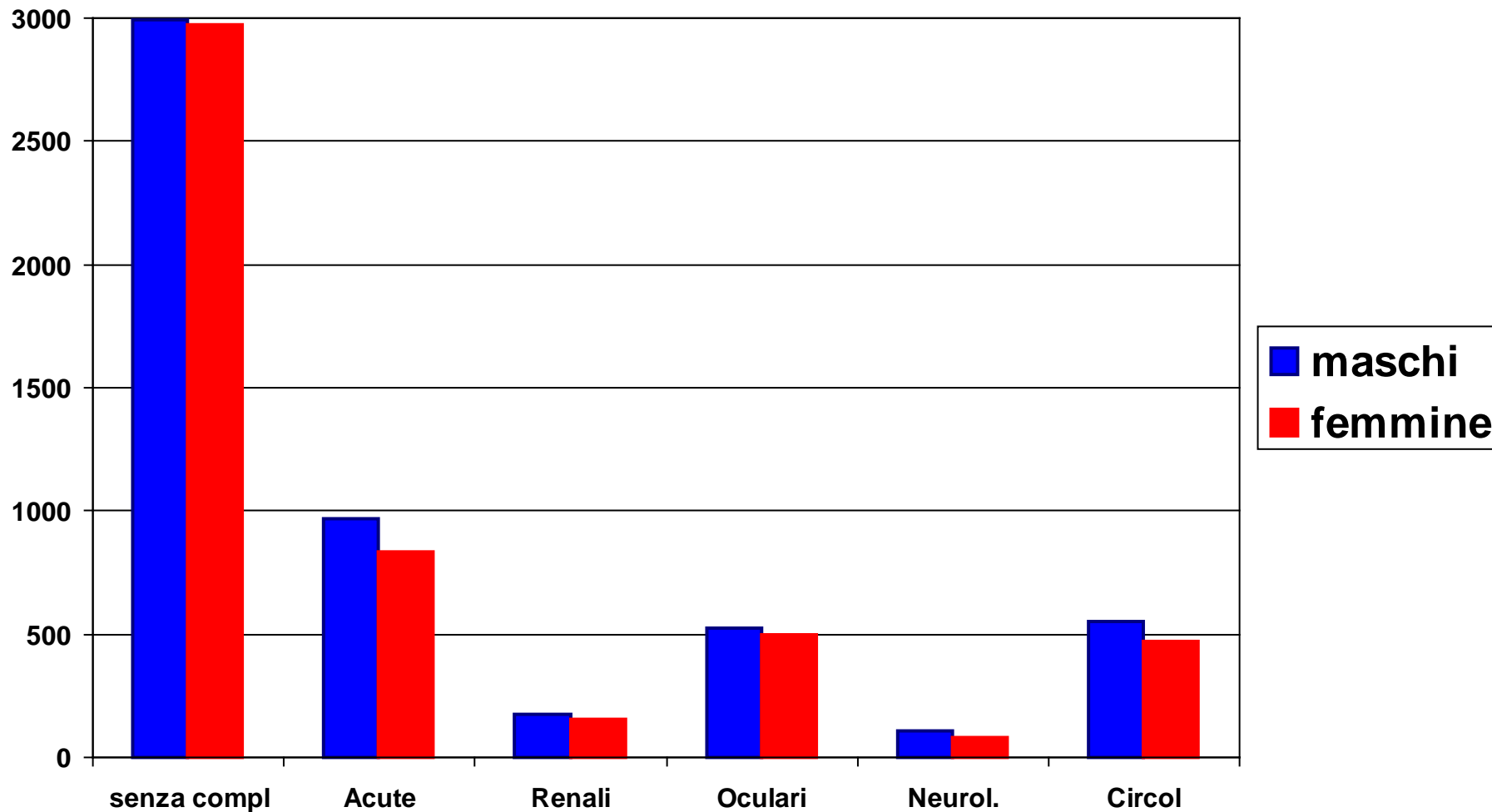


Ricoveri per diabete mellito nella regione Campania.

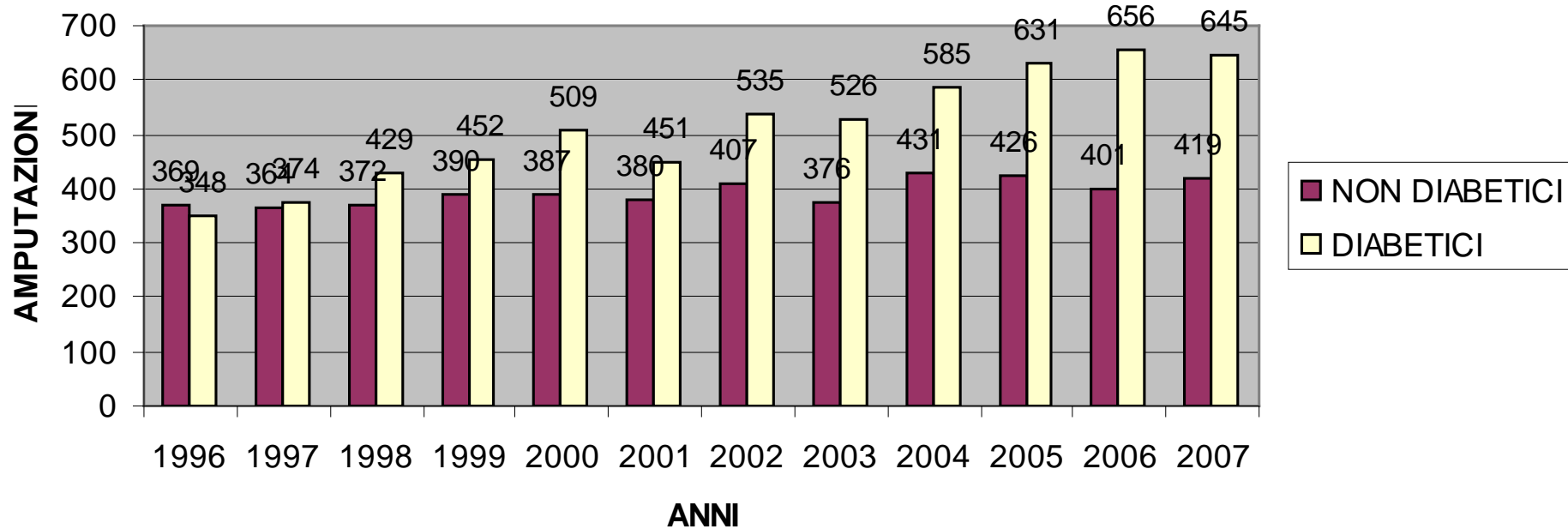
Frequenza percentuale del tipo di complicanze registrate in diagnosi principale – anno 2007, per ASL di residenza



Ricoveri per diabete mellito nella regione Campania. Frequenza del tipo di complicanze registrate in diagnosi principale distinte per genere dei pazienti, anno 2007



AMPUTAZIONI IN CAMPANIA 1996-2007



Dimessi per DRG 294

Anno	Dimessi DH	Dimessi OR	tot
2008	4.886	3.131	8.017
2009	4.611	2.939	7.550
2010	3.591	2.427	6.018
2011	3.252	1.986	5.238

Metodi di analisi della attività di specialistica ambulatoriale

- **Gli indicatori relativi all'assistenza specialistica sono insufficienti rispetto a quelli del livello di ricovero**
- **Mentre per le attività di degenza esiste un' entità minima: il **ricovero**, che contiene tutte le informazioni sull'episodio di cura, nel caso dell'attività territoriale possediamo la descrizione delle prestazioni senza un collegamento ad un **percorso assistenziale****

Metodologia

- Richiesta dati alle 6 ASL monitorate:
Per distretto:
N. di ambulatori/centri di diabetologia
N. ore di assistenza specialistica
N. specialisti diabetologi

Analisi dell'attività specialistica

Petrelli e coll. Epidemiol Prev 2002 n.3:116-123

Migliori e coll. Governo Clinico Pensiero Scient. ED.

- **Punto di offerta:** unità elementare di rilevazione corrispondente alla presenza di una branca presso una struttura pubblica o privata
- **Offre una misura dell'accessibilità alle prestazioni dal punto di vista dell'utente per il quale la presenza fisica di un ambulatorio specialistico è espressione della disponibilità della struttura assistenziale**

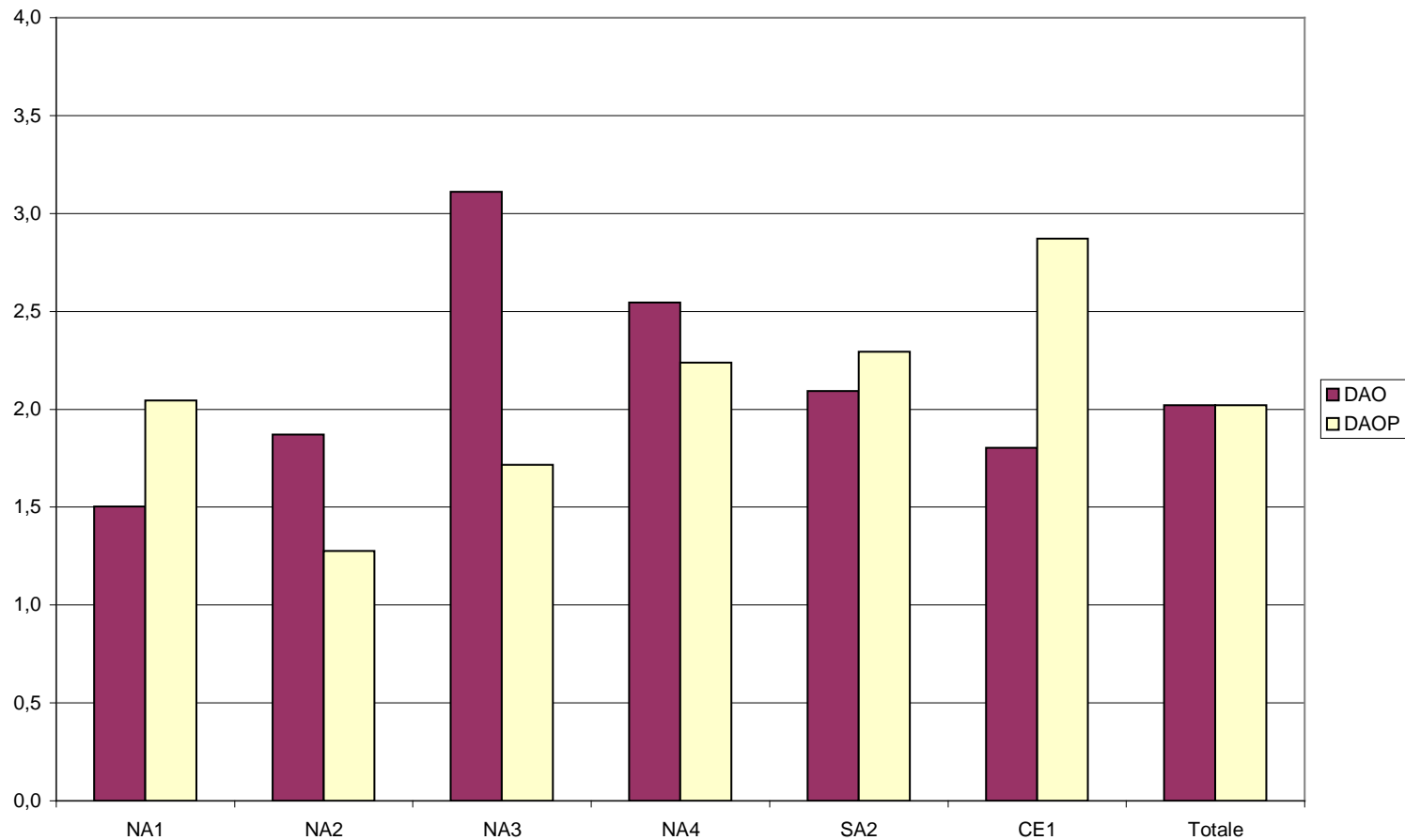
- **Densità Assoluta dell'Offerta (DAO):**

Numero di punti di offerta in rapporto alla popolazione per ogni unità di territorio (distretto)

Densità dell'Offerta pesata (DAOP):

Somma dei punti di offerta dopo la pesatura per il livello di produzione (ore di attività settimanali)

Asl monitorate nel PPA



Conclusioni

- La rappresentazione grafica mostra una attività molto disomogenea, sia in relazione al numero dei P.O. per distretto, che per livello di produzione.
- Maggiore è il Δ tra DAO e DAOP più l'offerta è generalmente insoddisfacente
- Un P.O. individua un CAD quando il $DAOP \geq DAO$
- Quando $DAO > DAOP$ si tratta di semplici ambulatori
- Si ha una prima indicazione delle aree nelle quali è utile un incremento della struttura di erogazione, intesa spesso come concentrazione di più PO con bassa DAOP in un solo PO con buona DAOP.
- Selezione delle realtà distrettuali che possono essere incluse nel progetto come pilota.

Disease Management

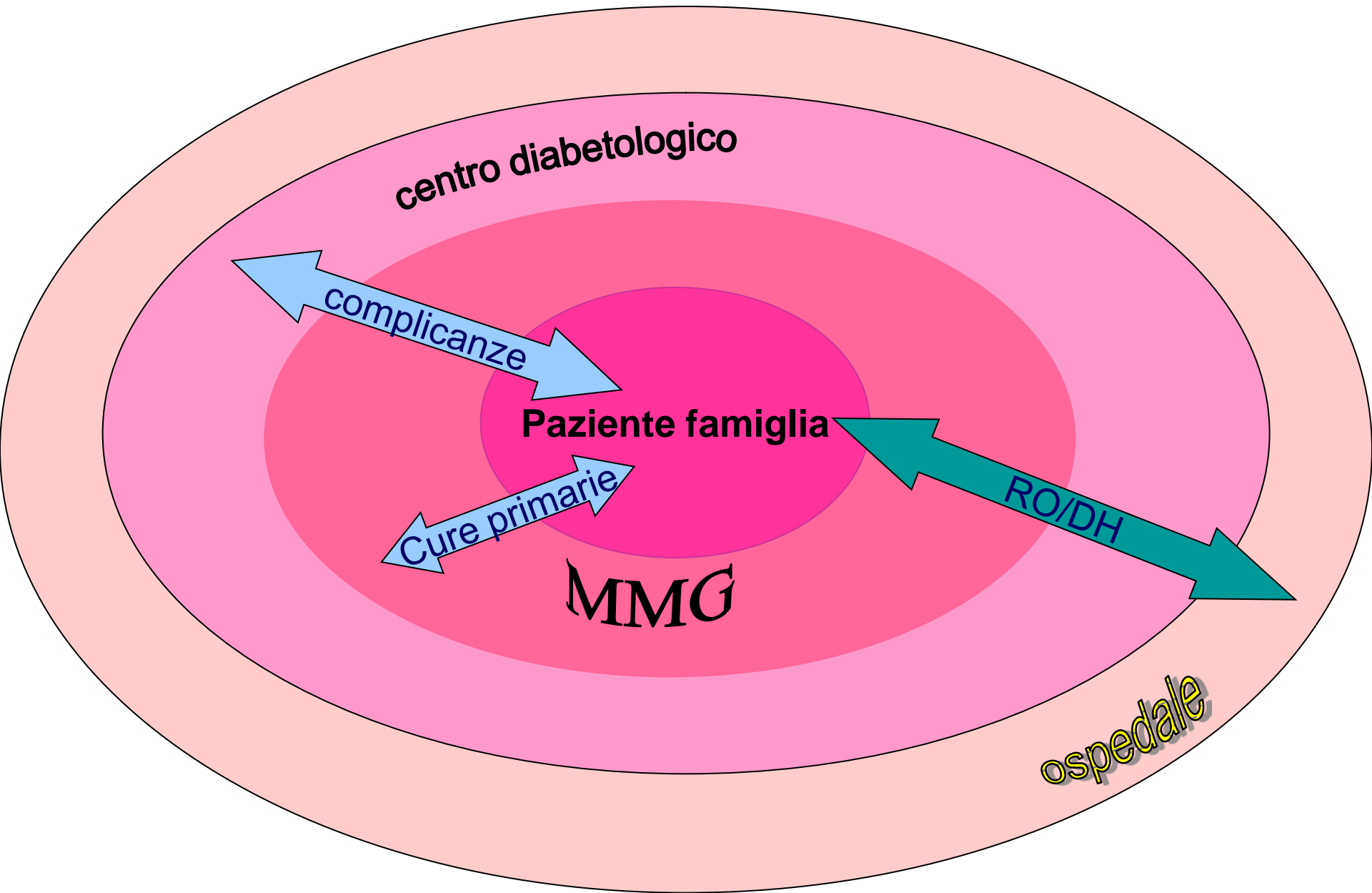
Il Disease Management è una metodologia basata su un **approccio integrato** alla malattia, teso al miglioramento dei risultati clinici e della qualità dei servizi offerti, nell'ottica della razionalizzazione delle risorse.

Obiettivo

Realizzazione di un modello assistenziale che:

- **garantisca interventi efficaci per la totalità dei diabetici**
- **attui gli interventi secondo i principi della Medicina basata sulle Prove**
- **assicuri la possibilità di misurare sia la qualità delle cure che il miglioramento degli esiti**
- **assicuri la possibilità di attivare gradualmente un modello di assistenza su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle diverse realtà territoriali, ma garantendo comunque uniformità negli interventi**

un modello assistenziale trasferibile

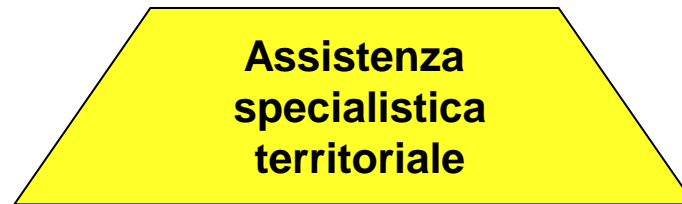


Percorso gestionale organizzativo



- Disease Management
- Team diabetologico Interdisciplinare
- Case manager → Diabetologo

1 CD/100.000-150.000 abitanti (4.000 diabetici)



**FOLLOW-UP DEL PAZIENTE DIABETICO TIPO 1
NONCHE' DEL PAZIENTE TIPO 2 CON
COMPLICANZE CRONICHE**

DONNE GRAVIDE AFFETTE DA DIABETE

**PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL PIEDE
DIABETICO**

Azioni centrali

- La dimensione sempre più grave del problema e la consapevolezza che un **attento follow-up** e un trattamento efficace possono migliorare lo stato di salute delle persone con diabete hanno indotto il ministero della Salute a inserire il diabete tra le priorità sanitarie su cui concentrare gli sforzi, promuovendo l'attuazione di progetti regionali per la gestione integrata della malattia diabetica (disease management), coordinati attraverso il progetto IGEA.

La “gestione integrata della malattia”

Un sistema organizzato, integrato, proattivo, orientato alla popolazione, che pone al centro dell'intero sistema un paziente informato/educato a giocare un ruolo attivo nella gestione della patologia da cui è affetto.

continuità assistenziale



integrazione e coordinamento tra i livelli di assistenza



coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura

L'appropriatezza organizzativa tra qualificazione dell'offerta e governo della domanda

- Accrescere l'appropriatezza organizzativa migliorando le performances del sistema di offerta
- Spostamento dei ricoveri a bassa complessità dal regime ordinario al day hospital all'ambulatoriale

**Linee di indirizzo
per l'organizzazione
dell'attività diabetologica
e
percorso assistenziale
per il paziente diabetico**

Delibera N. 1168 del 16 settembre 2005
Regione Campania

**Linee operative per la pianificazione regionale sulla
prevenzione delle complicanze del Diabete
Piano Regionale della Prevenzione per il triennio
2005-2007 (proroga 2008-2009)**

**Piano di Prevenzione 2010-12 Regione Campania
Prevenzione delle complicanze del diabete
attraverso l'attuazione del disease management
Prevenzione delle complicanze del
diabete: percorso educativo assistenziale per la
prevenzione del piede diabetico**



PROGETTO IGEA
REGIONE
CAMPANIA

Proposte di obiettivi specifici per la prevenzione delle complicanze del diabete nel nuovo PNP 2009-2011

- Censimento dei centri di diabetologia
- Effettuazione di corsi di formazione sulla gestione integrata per gli operatori sanitari, anche su base FAD
- Implementazione dell'educazione terapeutica per le persone con diabete e i loro familiari
- Creazione di banche dati dei pazienti che permettano il monitoraggio dello stato di salute e il richiamo attivo
- Individuazione e collocazione funzionale della figura del *case manager*
- Capacità di produrre, a livello locale e regionale, indicatori di processo e di esito intermedio entro la fine del triennio
- Costruzione di sistemi informativi, possibilmente informatizzati, che garantiscano la condivisione dei dati tra gli operatori

Identificazione della realtà territoriale di attuazione del progetto

- Il progetto ha monitorato 6 ASL pilota della Regione Campania: A.S.L. NA 1; A.S.L. NA 2; A.S.L. NA 3; A.S.L. NA 4 ; A.S.L. SA 2 ; A.S.L. CE 1 nelle quali risultano già avviati programmi di *Disease Management* e organizzazione dei percorsi assistenziali per i pazienti con patologia diabetica. Queste differenti realtà sono confrontate attraverso un'attività di *benchmarking*, al fine di valutare aspetti differenti nell'ambito del *Disease Management*, a cui ogni ASL ha dedicato particolare attenzione.

Legge Regionale 9 del 22 luglio 2009

Disposizioni in attuazione della Legge 16 marzo 1987 n.115 relativa alla prevenzione ed alla cura del Diabete Mellito

Dott. Tiziana Spinosa

ARSAN Campania



Legge 9 del 2009

- Art.1 Finalità- Linee guida regionali pediatriche DGR37/2004
Linee guida regionali adulto DGR 1168/2005
- Art.2 Organizzazione del modello assistenziale
- Art.3-4 Commissione Diabetologica Regionale
- Art.5 Livelli assistenziali di intervento
- Art. 6 Cure primarie
- Art.7 Centro di riferimento regionale per la malattia diabetica in età pediatrica
- Art.8 centri di Diabetologia Pediatrica Provinciali
- Art. 9 Centri di Diabetologia territoriali
- Art. 10 Centri di Diabetologia Accreditati
- Art. 11 Assistenza Ospedaliera in regime di ricovero
- Art. 12 Modalità delle Cure
- Art 13 Educazione sanitaria
- Art. 14 Formazione ed aggiornamento Professionale
- Art. 15 Attività di Analisi e Monitoraggio del percorso assistenziale e registro di patologia
- Art. 16 Associazione di volontariato diabetici
- Art. 17 Interventi per il diabete infantile-giovanile
- Art.18 Interventi nel settore dell'attività motoria
- Art.19 Interventi per il settore socio-sanitario e della ricerca
- Art.20 Norma Finanziaria
- Art.21 Norma Finale

Piano di formazione per la gestione integrata della patologia diabetica

Obiettivi generali:

Favorire la creazione di percorsi/protocolli condivisi e un linguaggio comune, in aderenza alle linee guida cliniche e organizzative proposte

Promuovere la collaborazione e l'integrazione di tutti gli attori coinvolti nella gestione del paziente

Promuovere la valutazione dei processi e degli esiti del proprio lavoro

Predisposizione di pacchetti formativi e di un piano di formazione per la gestione integrata della patologia diabetica

Processo (ECM) a cascata articolato attraverso

- **prima fase a livello nazionale per la formazione dei formatori**
- **seconda fase di realizzazione di corsi specifici a livello regionale garantendo coerenza/personalizzazione dei contenuti formativi con i progetti regionali**

- **Formazione specifica per i diversi livelli di assistenza**

- **Disease Management:**

- **Corsi IGEA Eremo dei Camaldoli(284) operatori formati)**

- **Destinatari:**

- Medici di distretto
- Medici di medicina generale
- Diabetologi
- Infermieri, dietisti, psicologi

- **Formazione del team allargato:**

- **Destinatari:**

- Medici specialisti in oculistica, chirurgia vascolare, ortopedia, cardiologia, ginecologia, neurologia, infermieri.

- **Programmi di Educazione/informazione strutturata:**

- Destinatari: soggetti con diabete partecipanti al progetto

Partecipazione al Corso di formazione per formatori IGEA ISS- S. Scolastica

- Intervista agli operatori
- Raccolta delle adesioni
- Iscrizione al corso di formatori:
- 6 medici di sanità pubblica
- 7 MMG
- 5 Diabetologi
- 3 Infermieri OSDI

Partecipanti ai Corsi IGEA

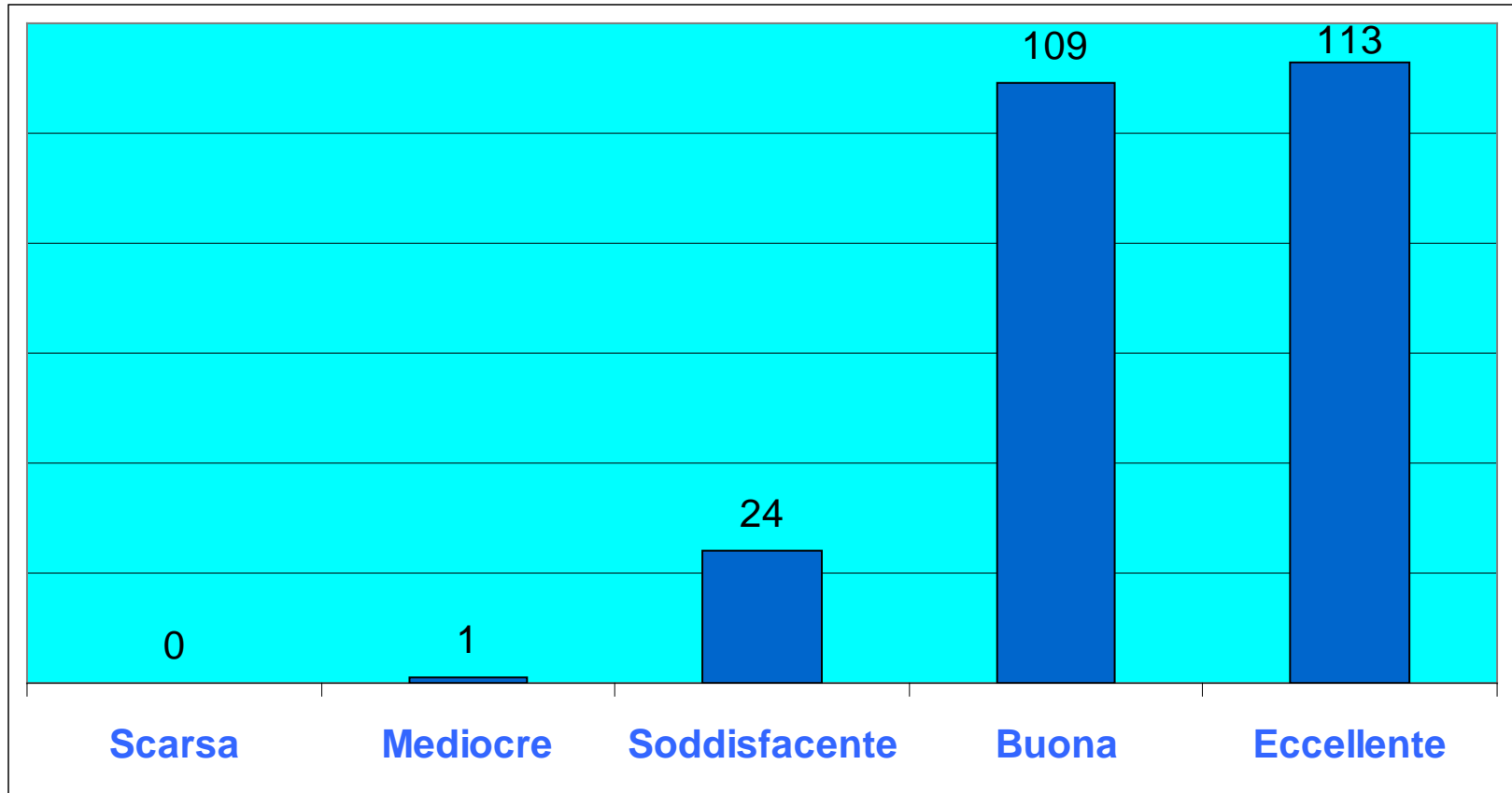
	Medici	Infermieri	Dietisti	Psicologi	Totale
ASL NA 1	82	14	1		97
ASL NA 2	25	6			31
ASL NA 3	24	1			25
ASL NA 4	48	9			57
ASL CE 1	46	4			50
ASL SA2	21	2		1	24
	246	36	1	1	284

Distribuzione dei medici partecipanti al Corso

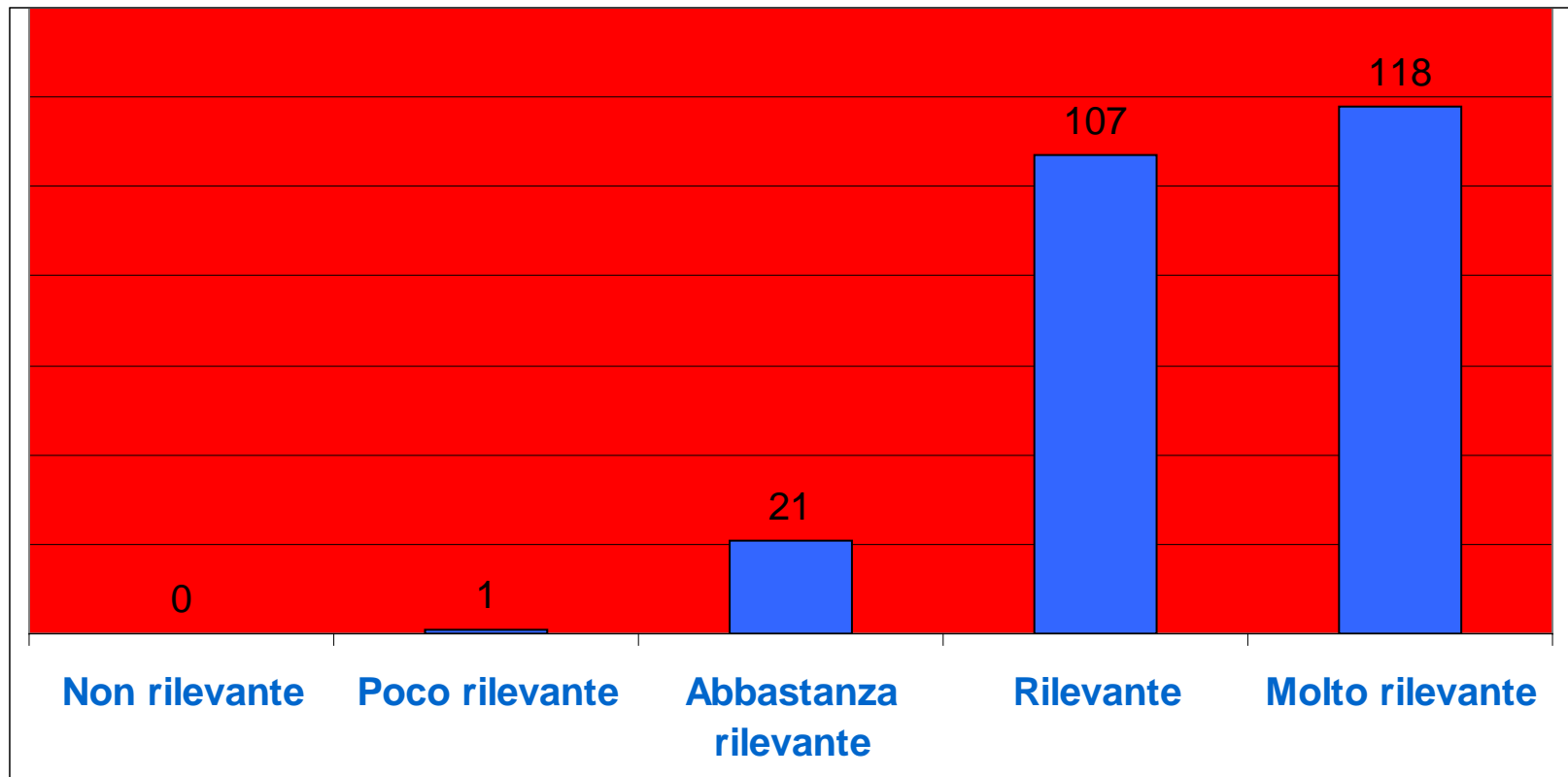
	MMG	Diabetologi	Medici di distretto	Totale Medici
ASL NA 1	36	5	41	82
ASL NA 2	15	7	3	25
ASL NA 3	14	2	8	24
ASL NA 4	30	7	11	48
ASL CE 1	31	11	4	46
ASL SA 2	17	2	2	21
	143	34	69	246



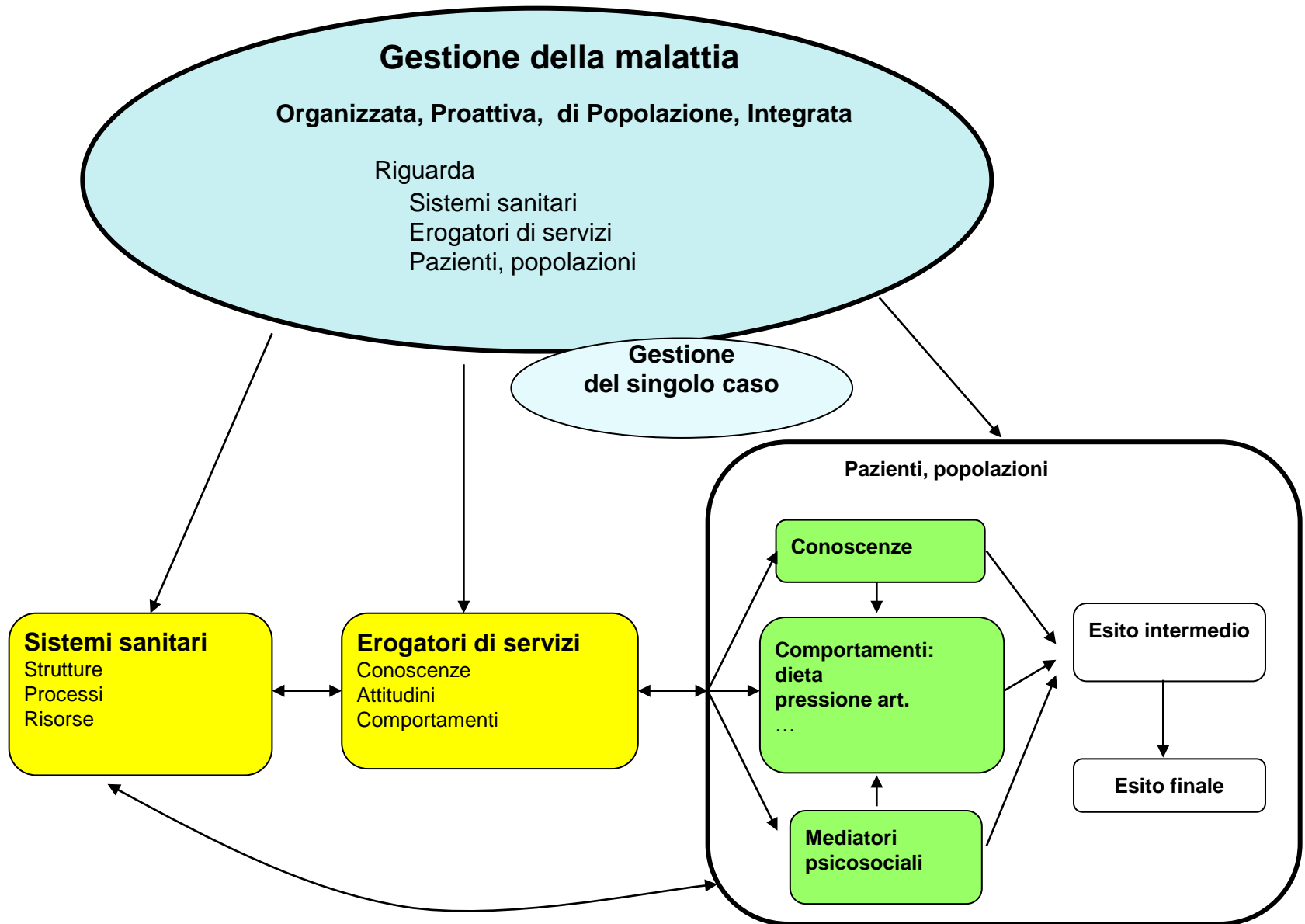
Come valuta la qualità educativa di aggiornamento fornita da questo evento?



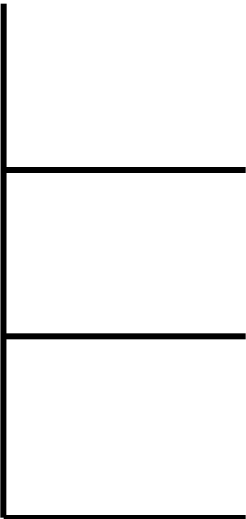
Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?



L'esigenza dei Sistemi Informativi



Indicatori Clinici



Processo

19

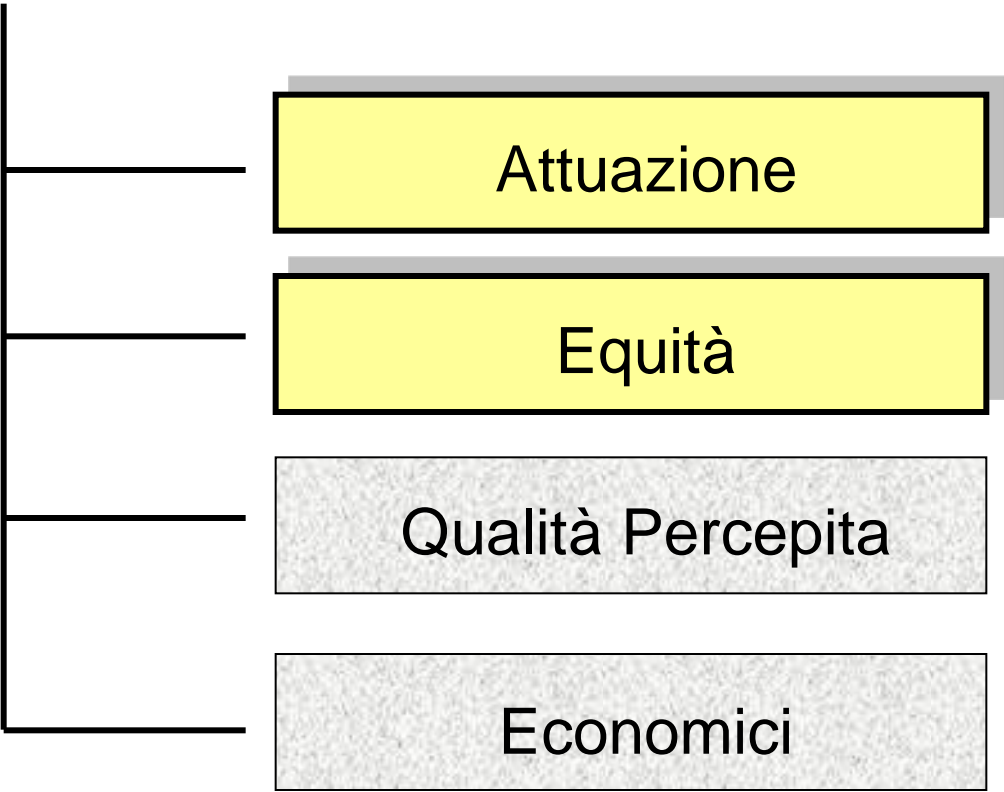
Esito Intermedio

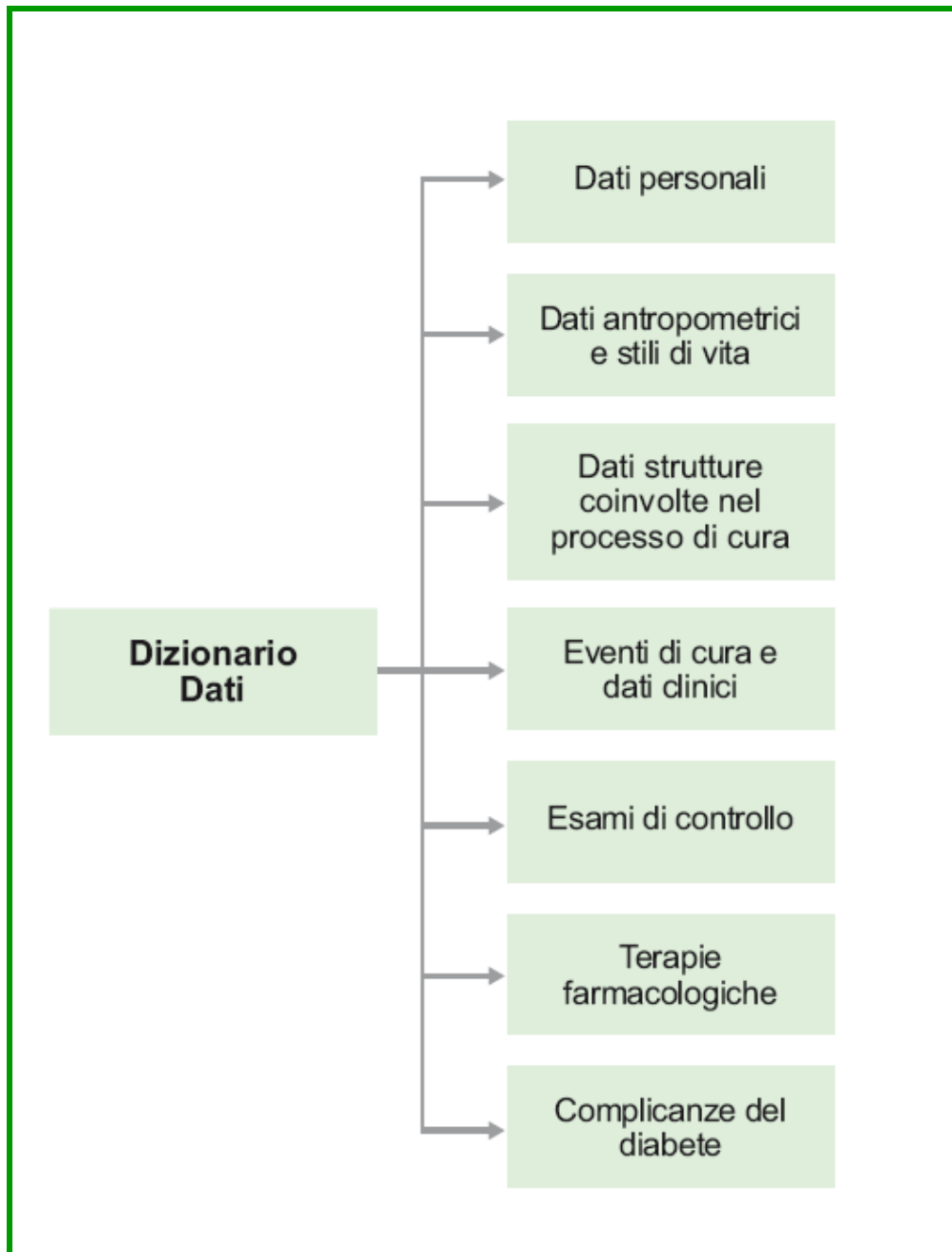
14

Esito Finale

12

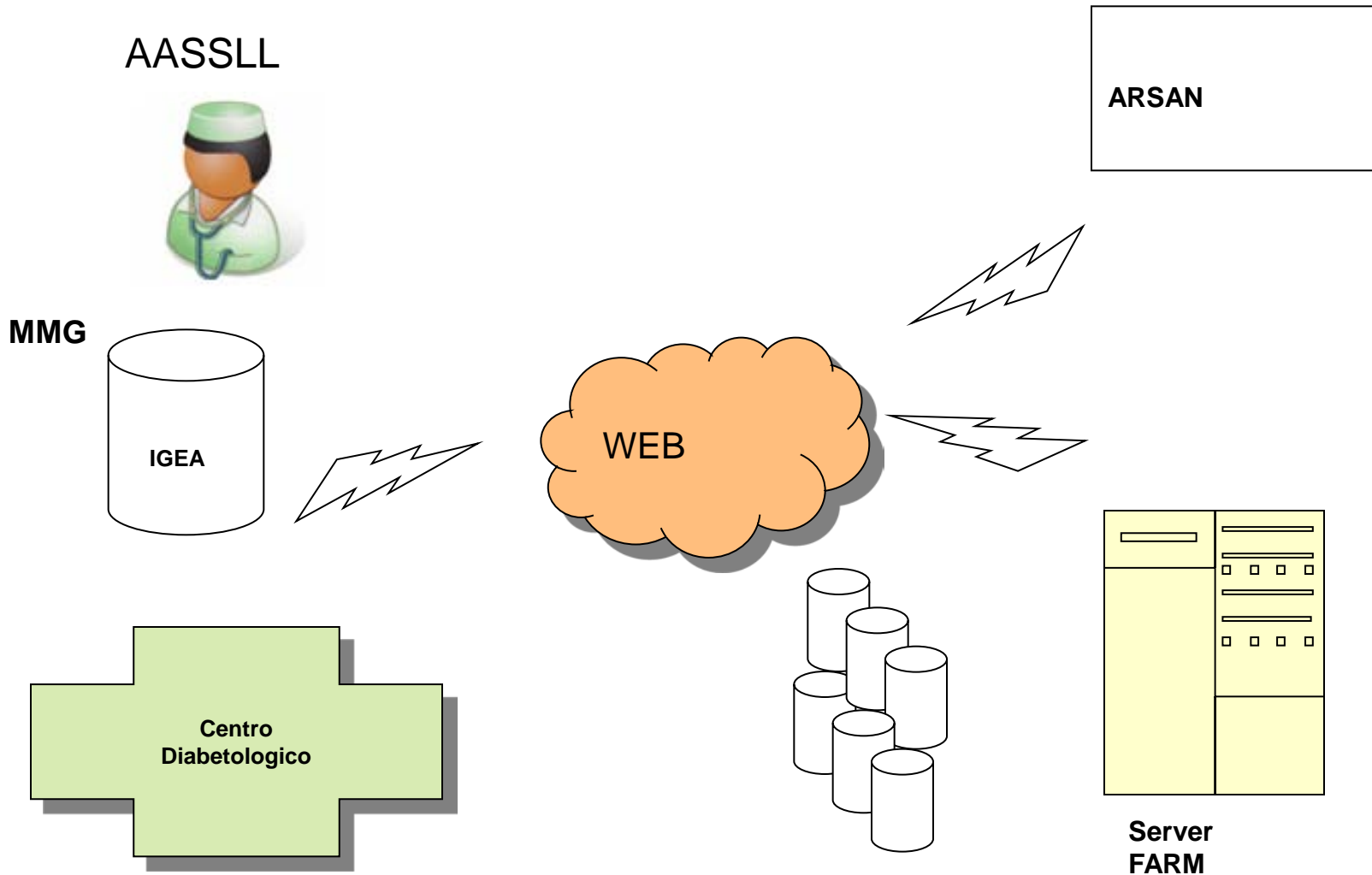
Indicatori di Sistema





- Realizzazione di una piattaforma aziendale sulla quale far condividere al medico di medicina generale ed al diabetologo le informazioni relative al monitoraggio del paziente diabetico.
- Realizzazione di una piattaforma WEB che consenta all'Arsan di poter accedere alle informazioni relative ai pazienti diabetici arruolati da ogni singola azienda.

Architettura della piattaforma



Comunità

Sistema Sanitario

Indirizzo politico e risorse economiche

Organizzazione delle cure

Self-
Management

Modello
organizzativo

Supporto
scientifico

Sistema di
raccolta
delle
informazioni

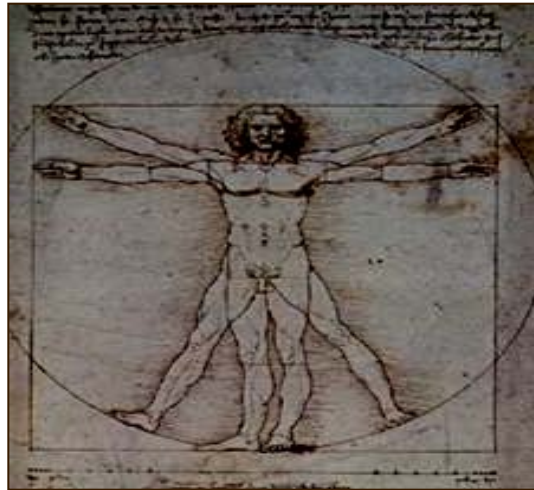
Paziente
attivo e
informato

**Interazioni
produttive**

Team pratico,
attivo, preparato

Outcomes migliori

L'Educazione Terapeutica è stata riconosciuta ufficialmente come “strumento terapeutico prioritario per la prevenzione e la terapia delle complicanze del diabete!”
(dichiarazione di St. Vincent).



“Education is not an addition to treatment, it is treatment”
Elliott P. Joslin



- Le innovazioni in campo terapeutico sulla patologia diabetica hanno in questi ultimi dieci anni raggiunto grandi traguardi, ma la vera sfida non è alla patologia stessa, ma alla **cronicità**, pertanto solo con l'adozione di **comportamenti adeguati** verranno rallentate le inesorabili complicanze legate a questa insidiosa patologia.

DESMOND

(diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed) B.M.J

- un'analisi economica di uno dei primi programmi a essere stati sviluppati e validati per questo scopo
- Tale intervento, predisposto dal National Institute for Health and Clinical Excellence e attualmente diffuso in vari centri dell'Inghilterra e della Scozia, prevede sei ore di educazione strutturata di gruppo su alimentazione, attività fisica e fattori di rischio cardiovascolari nell'ambito di una giornata o di due mezze giornate.

- Secondo tale analisi, condotta da M. Gillet (Sheffield, Regno Unito) e coll. il costo dell'erogazione del programma oscilla tra 76 e 203 sterline a paziente, e quello stimato per ogni anno di vita guadagnata aggiustato per la qualità (QUALY. Quality adjusted life year) tra 2092 e 5387 sterline (nettamente al di sotto della soglia di accettabilità, fissata dai politici britannici in 20.000 sterline per anno QUALY).
- Secondo tali stime, la probabilità di efficacia di questo programma educativo è compresa tra il **66 ed il 70%**, anche ipotizzando che i benefici indotti dai consigli educazionali vadano perduti a distanza di un anno dall'intervento.
- I maggiori benefici deriverebbero dalla riduzione del rischio cardiovascolare associata alla riduzione del fumo ed al miglioramento del profilo lipidico.

Formazione per l'attuazione dei programmi di intervento di educazione terapeutica strutturata.

- Valutare le tecniche di comunicazione
- Uniformare i “contenuti” da comunicare
- Dotare i team di materiale di supporto
- Particolare attenzione dovrà essere posta al *come* il messaggio educativo viene recepito ed al *come* viene poi ritrasmesso, monitorando il processo attraverso questionari sia ai formatori che ai pazienti partecipanti.

- **Obiettivo generale** : costruire un modello educativo da poter inserire nell'attività clinica routinaria finalizzato all'empowerment del paziente.
- **Obiettivo specifico:** - formare l'equipe (diabetologo, infermieri, mmg, e gli specialisti che fanno parte del team per lo screening delle complicanze),
- - far acquisire competenze al diabetico per motivarlo alle modifiche del suo stile di vita e all'autogestione della sua patologia .
- **Attività:**La formazione dell' equipe si realizza attraverso lezioni frontali e prove pratiche sull'approccio sistemico e i metodi di apprendimento.
- Verranno programmate visite di gruppo a cadenza periodica (**GROUP CARE**). Tempi (0 e ogni tre mesi)-

Attività del *group care*

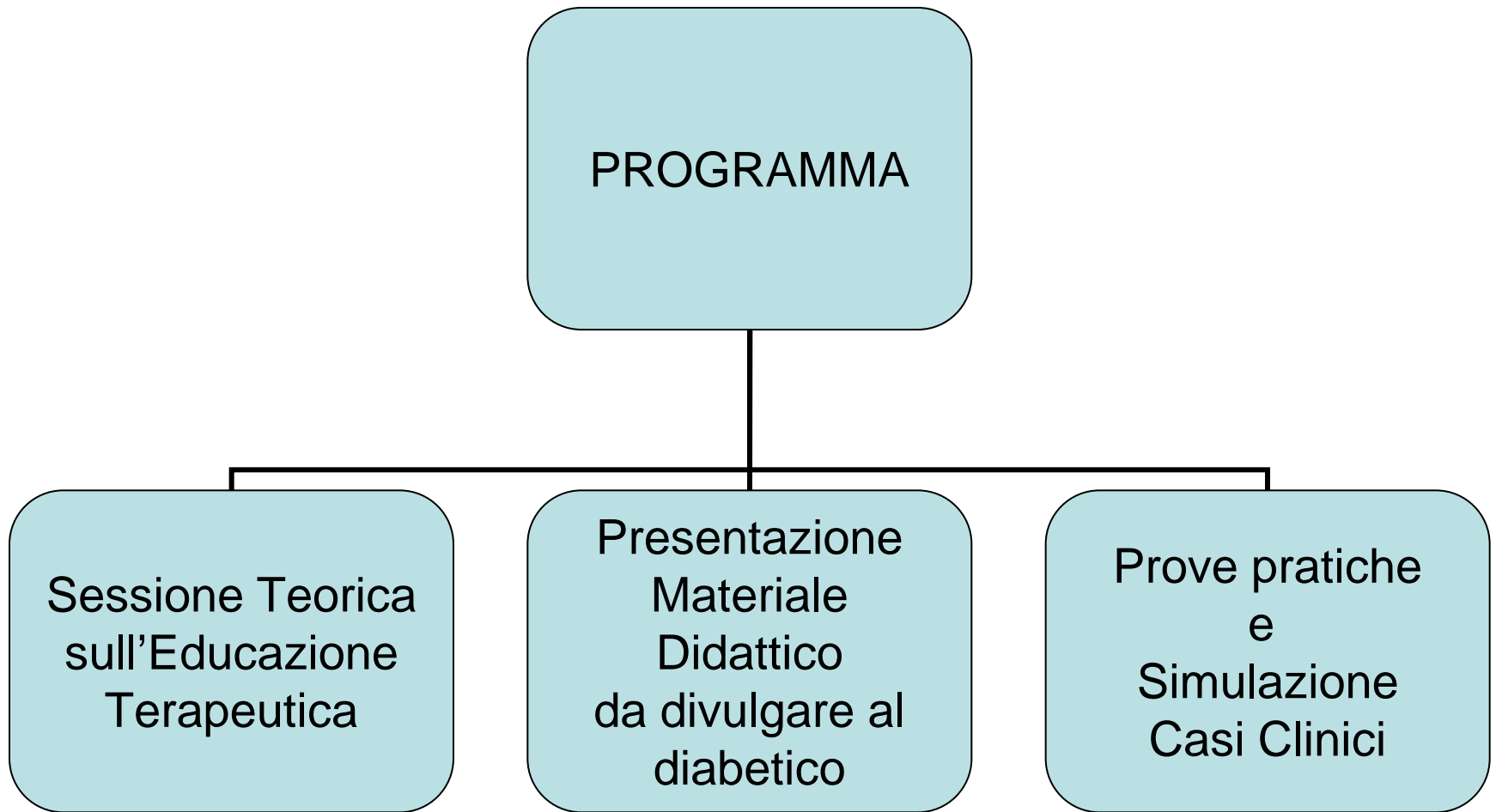
- **Valorizzazione** della persona come soggetto unico con grandi potenzialità da mettere in atto, per modificare il proprio stile di vita ed adottare atteggiamenti corretti nei confronti del “suo” diabete , con sempre maggiore **autonomia e consapevolezza**.
- All'interno del **group care** non vi è la pretesa di modificare le strutture conoscitive del soggetto, ma piuttosto si cerca di **fornire/correggere** informazioni attivando il confronto,
- l'attenzione alla persona
- favorire l'apprendimento,
- l'autonomia e quindi una
- **maggiore fiducia in se stessi**.



PRINCIPALI DIFFERENZE TRA ACUZIE E CRONICITA'

	Obiettivo cura	Durata	Conoscenza	Disease Management	Fornitori cura	Qualità della cura
ACUZIE	La cura stessa, nel minor tempo possibile	limitata	Concentrata sugli operatori sanitari	Focalizzato su un trattamento medico singolo	Struttura ospedaliera	Approccio strettamente connesso alla qualità delle strutture sanitarie
CRONICITA'	Controllo della progressione della condizione patologica; prevenzione dei fattori di rischio; aumento del tasso di sopravvivenza; miglioramento della qualità della vita	a lungo termine, indefinita	Condivisa tra operatori sanitari, pazienti e familiari	Presenza di comorbilità, quindi, utilizzo di strumenti multipli	Servizi territoriali di cure primarie, comunità, famiglie	Approccio sistemico della qualità

Corso di Educazione Terapeutica



Pianificazione interventi clinico educativi adeguati per il trattamento della patologia diabetica.

- 1) modificare gli atteggiamenti e le competenze di medici curanti, attraverso il miglioramento della **comunicazione medico-paziente e della comunicazione all'interno del team**;
- 2) **coinvolgere i pazienti** in una cooperazione continua, risolvendo la problematica della motivazione;
- 3) aiutare la persona a diventare un **decisore competente** individuando le procedure di apprendimento più idonee.

Criticità nella realizzazione dell'educazione terapeutica nel paziente con diabete tipo2

- scarsità di risorse
- adeguata formazione degli operatori
- attuazione di specifici modelli evidence-based.
- Scarsa consapevolezza dell'importanza dell'approccio

L'applicazione di un modello di offerta incentrato sui bisogni del paziente, che si basi su un approccio terapeutico non più di tipo puramente farmacologico, ma comportamentale, rappresenta una sfida ad una assistenza sempre più dipendente dalla tecnologia.

- Tali **azioni**, non passano esclusivamente, attraverso i comportamenti del singolo individuo, ma dal **contesto sociale** in cui questo è inserito.
- Devono tenere conto del contesto sociale della nostra Regione, dove i determinanti della salute comprendono realtà più deprivate,
- dove diventa necessario assumere **programmi proattivi**, per coinvolgere quegli strati di popolazione che altrimenti sarebbero naturalmente esclusi per la **disequità dell'accesso all'offerta socio-assistenziale**.
- E' necessario che programmi più ampi vengano strutturati, tali da coinvolgere le **istituzioni sociali** come le **mense, le palestre, i comuni, le organizzazioni di volontariato, le AASSLL**.

Attraverso l'attuazione dei programmi di *educazione terapeutica* nel Distretto Socio-Sanitario, la *modifica degli stili di vita* diventa parte integrante del percorso di cura,

Il **ruolo della comunicazione** diventerà, quindi, fondamentale, in quanto strumento operativo dei programmi educazionali, ma , particolare attenzione dovrà essere posta anche alla **comunicazione interna** per l'integrazione tra le varie figure professionali ed i diversi livelli assistenziali, rappresentando la strategia vincente per ottimizzare le risorse e migliorare la qualità assistenziale, ponendo di fatto **il paziente ed i suoi bisogni** al centro di tutte le attività assistenziali.



Il **Distretto Sanitario** ha acquisito negli ultimi anni una valenza sempre più importante, connotandosi come luogo di rilevazione dei **bisogni** di salute della popolazione e luogo di **offerta** dei servizi, avendo come obiettivo la promozione della salute della popolazione.

il **Distretto** si pone come il **luogo privilegiato della lettura della domanda e dell'erogazione dell'offerta territoriale** necessità di garantire equità ed adeguati livelli essenziali di assistenza (LEA) a tutti, nel rispetto dei vincoli di bilancio



Obiettivi del *Disease Management*

- - miglioramento dell'**appropriatezza** del ricorso a prestazioni diagnostico-terapeutiche, con riduzione dei ricoveri impropri;
- - trattamento precoce ed efficace delle complicanze con **riduzione dell'incidenza delle complicanze**;
- - analisi dell'impatto dell'attuazione del percorso assistenziale sulle **liste di attesa**;
- - riduzione della "**mobilità passiva**" dovuta ad interventi terapeutici per le complicanze del diabete;
- - aumento della **consapevolezza** da parte delle persone con diabete;
- - miglioramento della **qualità di vita**;
- - riduzione della **mortalità** per diabete;
- - ottimizzazione delle **risorse assistenziali** con **razionalizzazione** dei costi dedicati all'assistenza delle persone con diabete.

Obiettivi Finali

Riduzione della mortalità per diabete

Miglioramento della qualità di vita

Riduzione dell'incidenza delle complicanze

Trattamento precoce ed efficace delle complicanze

Miglioramento dell'appropriatezza del ricorso a prestazioni diagnostico-terapeutiche con riduzione dei ricoveri impropri

Riduzione della mobilità passiva per interventi terapeutici per le complicanze del diabete



"Comunicare l'un l'altro, scambiarsi informazioni è natura;

tenere conto delle informazioni che ci vengono date è cultura"

Johann Wolfgang Goethe