



PERCORSO INTEGRATO TERRITORIO-OSPEDALE
Roviano - 6 giugno 2011



La cura per le persone con malattie croniche Il Progetto IGEA

Marina Maggini

Responsabile Progetto IGEA

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
Istituto Superiore di Sanità

Traduzione organizzativa e operativa per la gestione integrata

Che cosa è

Un insieme di azioni e interventi che intendono favorire il miglioramento dell'assistenza alle persone con diabete e a prevenire le complicanze attraverso l'adozione di programmi di disease management (gestione integrata della malattia).

Quale obiettivo

Come

Tutte le attività concorrono al raggiungimento dell'obiettivo di trasferire le evidenze scientifiche nella pratica clinica per migliorare la qualità della cura e superare le **disuguaglianze** attraverso la definizione di standard nazionali.

- Piano sanitario Nazionale 2003-2005
- Intesa Stato-Regioni, Luglio 2003
- Accordo di Cernobbio 2004
- Piano di prevenzione attiva 2004-2006

Programmi di disease management: “partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia, attraverso programmi di educazione e di supporto del paziente, svolti a livello delle rete primaria di assistenza; attivazione di una schedulazione di sistemi atti a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente; attivazione di un sistema di monitoraggio, su base informatizzata.”

- Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007
- Intesa Stato-Regioni, Marzo 2005

Le regioni hanno accettato di vincolare una quota del Fondo Sanitario Nazionale all'attivazione del Piano Nazionale della Prevenzione: prevenzione della patologia cardiovascolare; prevenzione delle complicanze del diabete; diagnosi precoce dei tumori; vaccinazioni; prevenzione degli incidenti.

- PNP 2005 - 2007 prorogato al 2009
- PNP 2010 - 2012

IGEA

Prospettive di cura delle patologie croniche: l'organizzazione come opportunità

...governare la complessità



**Prendersi cura dei pazienti...
ma anche dei sistemi che curano
in una prospettiva di cambiamento radicale
(culturale, organizzativo, operativo)**

Adesione alle raccomandazioni in Italia

Studio QUADRI - 2004

Visita medica approfondita (ultimi 6 mesi) **49%**

Controlli annuali

- Controllo accurato dei piedi **37%**
- Esame del fondo dell'occhio **59%**
- Determinazione dell'albumina urinaria **68%**
- Determinazione della colesterolemia **83%**

Controlli quadrimestrali

- Determinazione dell'HbA1c **66%** (del 67%)
- Controllo della PA **75%**
- Misurazione della glicemia **54%**

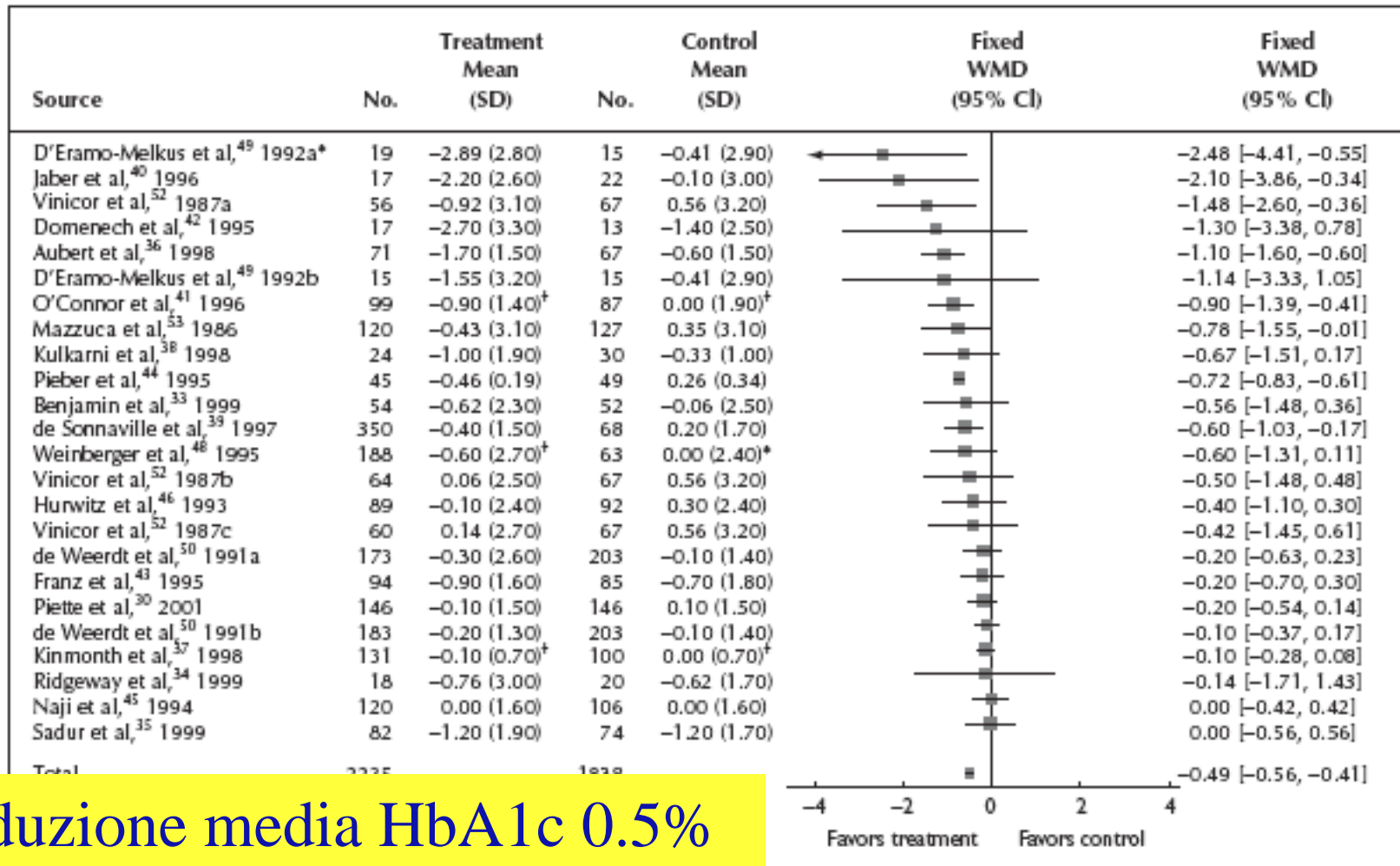
- ✓ **Linee guida** diagnostico-terapeutiche e organizzative condivise
- ✓ **Modelli cooperativi** che coinvolgano gruppi multidisciplinari e multiprofessionali di operatori sanitari
- ✓ **Supporto formativo** ai pazienti per l'autogestione della patologia (patient empowerment)
- ✓ **Sistemi informativi** idonei per i processi di identificazione della popolazione target, per la valutazione di processo e di esito, per svolgere una funzione proattiva di richiamo dei pazienti all'interno del processo, per condividere, efficacemente e tempestivamente, le informazioni necessarie alla gestione dei pazienti.
- ✓ La **formazione continua** per gli operatori preposti alla gestione del percorso

Disease management per il diabete

A Systematic Review of Diabetes Disease Management Programs

Kevin Knight, et al AJMC 2005;11:242

Figure. Forest Plot of the Estimated Program Effects on Glycemic Control



Riduzione media HbA1c 0.5%

*a = comparison 1; b = comparison 2; c = comparison 3.
[†]Baseline values not reported, assumed to equal control group follow-up values.
 SD indicates standard deviation; WMD, weighted mean difference; CI, confidence interval.

Rispondere alle sfide di un mondo che cambia

Grandi miglioramenti dello stato di salute

... ma aumento delle disuguaglianze

Cambiamento dei problemi di salute

... aumento delle persone con malattie multiple

Putting people first

Centralità della persona

Completezza e integrazione

Continuità delle cure

Accesso regolare ai servizi

Patto di cura/fiducia

IX. STRATEGIES FOR IMPROVING DIABETES CARE —

Qualità della cura lontana dall'ottimale

Uno dei fattori che contribuisce maggiormente a questo basso livello di qualità è l'organizzazione del sistema di cura



frammentato

manca di un progetto complessivo

Modello suggerito



Chronic Care Model

Chronic care model - Wagner 1998



per creare una cultura orientata alla qualità

Chronic care model - Disease management

Obiettivi comuni

Miglioramento della qualità della cura per le persone con malattie croniche

Informazione e sostegno per l'autogestione

Riduzione dei costi

Metodi diversi

Riorganizzazione della pratica
clinica
(team multiprofessionali)

Comunicazione diretta tra il
paziente, nella propria casa, e
organizzazioni specializzate

La “gestione integrata della malattia”

continuità assistenziale



integrazione e coordinamento tra i livelli di assistenza



coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura

formazione



Strategia di sviluppo del progetto

Definizione di standard (raccomandazioni/linee guida) nazionali relative a tutte le aree di intervento del progetto (l'organizzazione, i requisiti informativi, la formazione degli operatori, la comunicazione ai cittadini, etc)

Condivisione a livello regionale degli standard per consentire alle Regioni di definire/adattare dei percorsi attuativi specifici (road map)

Sostegno per l'attuazione del programma di gestione integrata in tutte le Regioni

Requisiti clinico organizzativi

Contenuti:

le modalità organizzative essenziali per realizzare la gestione integrata del diabete

le raccomandazioni essenziali per migliorare la qualità della cura

gli indicatori essenziali per monitorare la gestione integrata in Italia e favorire il confronto tra i sistemi sanitari regionali



chi fa che cosa

quali controlli con quale frequenza

quali indicatori

Requisiti informativi



Contenuti:

- definizione di un modello logico-concettuale del Sistema Informativo
- identificazione di un set minimo di dati sufficiente ai processi di valutazione e di supporto del programma di gestione integrata
- identificazione e definizione di indicatori idonei a misurare il grado di realizzazione del programma e la sua efficacia
- definizione di linee di indirizzo per lo sviluppo di Sistemi Informativi

Piano di formazione → **Processo a cascata**

- 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

Obiettivi generali:

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

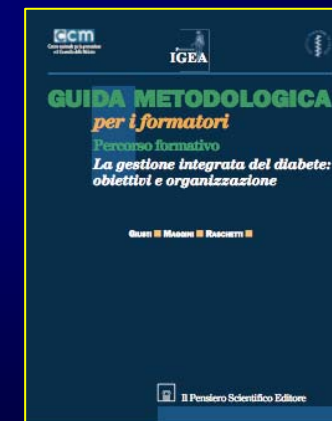
Promuovere la collaborazione e l'integrazione di tutti gli attori coinvolti nella gestione del paziente

Promuovere la valutazione dei processi e degli esiti del proprio lavoro

Manuale di formazione



Guida metodologica per i formatori



Gestione integrata e percorsi assistenziali



Contenuti:

- Scenari di sistema integrato in ambito territoriale e ospedaliero
- I passaggi-chiave della gestione integrata
- Stadiazione e approccio per popolazioni omogenee di pazienti
- I percorsi assistenziali per dare traduzione organizzativa e operativa alla gestione integrata

documenti/strumenti IGEA

		English edition Chi siamo Contattaci Mappa Cerca			
<h2>Integrazione, gestione e assistenza per la malattia diabetica</h2>					
<ul style="list-style-type: none"> IGEA Il progetto Documenti Igea Formazione Strumenti Convegni Igea Progetti regionali La dea Igea Documenti Linee guida Oms Risoluzione Onu 2006 Ministero della Salute Qualità e percorsi assistenziali gli altri... Il diabete Che cos'è il diabete Fatti e numeri Farmaci e diabete 	<p>Trasferire le evidenze scientifiche nella pratica clinica per migliorare la qualità della cura e superare le disuguaglianze attraverso la definizione di standard nazionali</p>		<p>In primo piano</p>		
	<p>IGEA: DA PROGETTO A SISTEMA <i>7-8 marzo 2011</i> - La gestione integrata del diabete prevede un cambiamento forte delle modalità di cura per i pazienti e, forse anche di più, per le figure sanitarie coinvolte. La quinta edizione del convegno nazionale IGEA ha discusso l'importanza di una corretta informazione per le persone con malattie croniche e valutato lo stato di attuazione del progetto nelle regioni italiane. Consulta il programma delle due giornate e i materiali disponibili alla pagina dedicata.</p>		<p>2 febbraio 2011 La Federazione internazionale diabete ha lanciato la sua chiamata all'azione, pubblicando un documento destinato anche a promuovere il summit sulle malattie croniche di settembre 2011. Consulta la presentazione.</p>		
	<p>ADA PUBBLICA GLI STANDARD DI CURA 2011  <i>2 febbraio 2011</i> - Puntualmente a inizio anno l'American Diabetes Association pubblica gli standard di cura per il diabete. La linea guida, basata su una revisione completa della letteratura scientifica più rilevante, è uno dei punti di riferimento mondiali per il trattamento del diabete.</p>		<p>Gennaio 2011 Un rapporto, pubblicato dall'Oms, aggiorna, senza invalidarli, i criteri diagnostici per il diabete mellito del 2006, aggiungendo un nuovo test per l'accertamento della malattia. Leggi il comunicato sul sito dell'Oms e scarica il documento completo "Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus".</p>		
	<p>I DOCUMENTI DEL PROGETTO IGEA Una nuova sezione del sito raccoglie tutti i documenti di riferimento pubblicati sin qui dall'avvio del progetto IGEA: i requisiti clinico-organizzativi e informativi per la gestione integrata del diabete, il manuale di formazione per gli operatori sanitari e la relativa guida metodologica, il software SITA e l'indagine qualitativa sulla percezione dell'adeguatezza e sui bisogni informativi.</p>		<p>2 gennaio 2011 L'American Diabetes Association ha pubblicato gli standard di cura per il diabete. La linea guida</p>		

www.epicentro.iss.it/igea

... in conclusione

“la gestione integrata è ormai divenuta un impegno imprescindibile ed indifferibile per tutte le componenti del sistema assistenziale ed è senza dubbio uno strumento non di massificazione ma di differenziazione e di riqualificazione.”

La gestione integrata del diabete mellito può rappresentare un valido modello per lo sviluppo successivo di programmi di gestione integrata della cronicità.



grazie per l'attenzione