



CONGRESSO REGIONALE
AMD-SID
Abruzzo / Molise

**IL DIABETE PARADIGMA
DI CRONICITA'**

**CONTUGARE ECCELLENZA E
PROSSIMITA' DELL'ASSISTENZA**

Chieti - 12 novembre 2022

Auditorium Centro Studi e Tecnologie Avanzate
CAST

**Coniugare eccellenza e prossimità
dell'assistenza
LE PROPOSTE SID - AMD**

AGOSTINO CONSOLI

DMSI & CeSI-MeT Università d'Annunzio

UOC Territoriale Endocrinologia e Malattie Metaboliche AUSL Pescara



LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO NEL PNRR

L'emergenza pandemica ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del SSN nel fornire servizi adeguati sul **territorio**. Non solo il processo di invecchiamento della popolazione italiana prosegue ma, una quota significativa e crescente della stessa, pari circa al 40% convive con **malattie croniche**.

- La **Casa della Comunità** diventerà lo strumento attraverso cui **coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici**. Sarà una struttura fisica in cui opererà un **team multidisciplinare** di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute.
- Attraverso il **potenziamento dei servizi domiciliari**, il Pnrr mira ad aumentare il **volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico**, entro la metà del 2026, **il 10% della popolazione over65** con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.
- **I mezzi di telemedicina** rappresentano un formidabile mezzo per (i) **contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali** in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia, (ii) **garantire una migliore "esperienza di cura"** per gli assistiti e (iii) **migliorare i livelli di efficienza** dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto.



«SINTESI» degli indirizzi del PNRR sulla cronicità

- Portare l'assistenza al malato cronico **FUORI DALL'OSPEDALE**
- Portare la erogazione della cura il più vicino possibile al destinatario della cura
- Utilizzare, ovunque possibile, soluzioni telematiche per la erogazione della cura (*viaggia il dato, non viaggia il paziente*)

MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE: LE CASE DI COMUNITÀ

La bozza del documento «**Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale**» - che verrà inviata in questi giorni alle Regioni - servirà per l'implementazione dell'atteso «**Dm71**», il decreto ministeriale che disegnerà la Sanità di prossimità».

- La **rete delle cure** sarà strutturata secondo un modello «**hub&spoke**», con Case della Comunità (CdC) principali o hub (ogni 40-50 mila abitanti) collegate ad altre spoke e agli ambulatori di medici e di pediatri di famiglia;
- Nelle **CdC hub**, anche grazie alla **telemedicina**, ai cittadini sarà garantita la presenza delle équipe di medici e infermieri ma anche programmi di medicina d'iniziativa, punti prelievo, screening, piccola diagnostica e **visite con specialisti**, come il **DIABETOLOGO**.
- La **CdC** coordinerà la rete di tutti i servizi al paziente **attraverso una Centrale Operativa Territoriale (COT)**, prevista nel PNRR, in quattro direzioni:
 1. la messa in rete dei professionisti;
 2. il raccordo con le CdC spoke;
 3. il collegamento con gli altri setting sul territorio (assistenza domiciliare, ospedali di comunità, RSA, hospice);
 4. l'integrazione con l'ospedale





L'ASSISTENZA SPECIALISTICA

Ha mostrato una riduzione del **19%** della mortalità per tutte le cause nelle persone con diabete

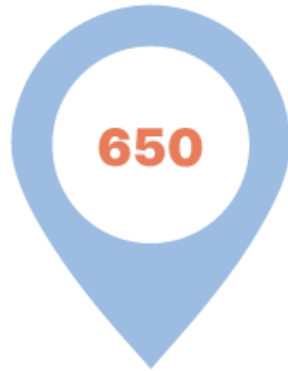
Permette l'accesso alla innovazione farmacologica e alla tecnologia per monitoraggio e cura

Ha mostrato una maggiore aderenza alle linee guida per il monitoraggio della malattia

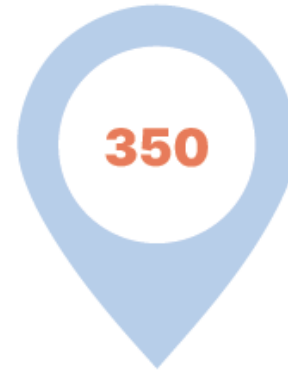
L'assistenza al diabete oggi in Italia



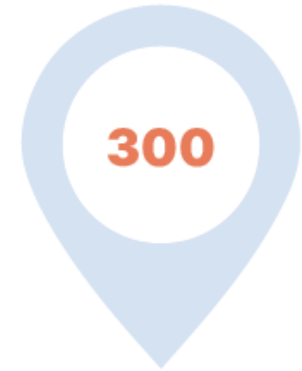
SPECIALISTI IN
ENDOCRINOLOGIA/
DIABETOLOGIA CHE
OPERANO DA DIABETOLOGI



PUNTI DI EROGAZIONE
SPECIALISTICA
(PRIMO, SECONDO
E TERZO LIVELLO)



CENTRI DIABETOLOGICI
DI 2° E 3° LIVELLO
(PRESENZA DEL TEAM
MULTIPROFESSIONALE)



PUNTI DI EROGAZIONE
SPECIALISTICA
DI PRIMO LIVELLO
(DIABETOLOGO ISOLATO)

Criticità nell'assistenza diabetologica

DISUGUAGLIANZA

Solo il **30%** delle persone con diabete riceve anche assistenza specialistica. Solo una parte minoritaria dei pazienti che accedono alle strutture diabetologiche riceve consulenza da parte dei dietisti e ha accesso a percorsi di educazione terapeutica

ECCESSIVA ETEROGENEITÀ

L'accesso all'assistenza specialistica risulta variabile sia tra regioni che all'interno delle stesse e si rileva una distribuzione subottimale delle strutture diabetologiche

QUANDO MANCA IL TEAM

Gli specialisti ambulatoriali isolati, in assenza di team, non riescono a erogare una incisiva e completa assistenza

RISORSE

La possibilità di accedere alle strutture diabetologiche, non sempre garantisce l'erogazione di visite della durata appropriata

Come declinare la assistenza diabetologica nelle strategie della Misura 6 del PNRR

- 1.** Mantenere e potenziare l'organizzazione della Diabetologia in centri dedicati, dotati di team multiprofessionali, unica garanzia di una presa in carico efficace e completa
- 2.** Ottimizzare la rete diabetologica, in modo che ai team multiprofessionali centrali al percorso di assistenza (che veda la persona con diabete al centro di un processo educativo continuo e strutturato) afferiscano TUTTI gli specialisti diabetologi del territorio.
- 3.** Dotare le strutture di cui ai punti **1** e **2** delle risorse necessarie alla effettuazione dello screening di primo livello delle complicanze della malattia

Come declinare la assistenza diabetologica nelle strategie della Misura 6 del PNRR

- 4. Individuare parametri che garantiscano una equa distribuzione della rete dei centri di diabetologia sul territorio nazionale, prevedendo una struttura di Diabetologia multiprofessionale ogni 15,000 - 20,000 assistiti (o ogni 200,000 - 300,000 abitanti**
- 5. Individuare parametri che consentano di garantire le risorse umane minime per il funzionamento dei centri multiprofessionali di diabetologia (numero di medici, infermieri, dietisti, psicologi e podologi necessari per numero di assistiti)**
 - 1 medico ed 1 infermiere ogni 2.000 assistiti**
 - 1 dietista ogni 10.000 assistiti,**
 - 1 podologo ed 1 psicologi ogni 15.000 assistiti**

Come declinare la assistenza diabetologica nelle strategie della Misura 6 del PNRR

- 6. Potenziare la imprescindibile sinergia** (*da realizzarsi anche e soprattutto attraverso il potenziamento e la implementazione di reti di comunicazione telematica*) **tra SPECIALISTI DIABETOLOGI e MEDICI DI MEDICINA GENERALE.**
- 7. Implementare la presenza** (*strutturata ed organizzata secondo turni precisi*) **del personale afferente ai centri di diabetologia multiprofessionali presso le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le RSA**

Come declinare la assistenza diabetologica nelle strategie della Misura 6 del PNRR

- 8. Implementare in maniera massiccia la digitalizzazione (*teleconsulti, teleassistenza, educazione terapeutica via web, condivisione di dati clinici, ecc.*) integrando i processi per migliorare la qualità dell'assistenza in termini di continuo dialogo medico-paziente e di confronto tra professionisti**

Perché questa proposta va nel senso delle indicazioni della Misura 6 del PNRR

- a) Richiama in maniera forte la valenza “territoriale” delle strutture hub deputate alla erogazione della assistenza di alto livello
- b) Propone soluzioni efficaci per una capillarizzazione della assistenza di prossimità che non penalizzi la qualità nella erogazione della cura
- c) Poggia, per la sua realizzazione, sulla costruzione e/o sul potenziamento di una articolata rete telematica ed è pertanto necessariamente di impulso all’avanzamento dei processi di digitalizzazione