



**Integrazione Ospedale–Territorio:
dimensioni del problema in
Regione Campania:
sono possibili nuovi percorsi di
cura**

Amodio Botta

RIUNIONE ANNUALE CONGIUNTA SID - AMD CAMPANIA 2022
**IL *DIABETE* AL CENTRO DI
PERCORSI INNOVATIVI DI CURA**

NAPOLI
Via Ponte di Tappia, 25

**HOTEL
MEDITERRANEO
RENAISSANCE**

08 OTTOBRE 2022





Conflitto di interessi

Ai sensi dell'art. 3.3 del Regolamento applicativo dell'Accordo Stato-Regioni 05.11.2009, Il sottoscritto Amodio Botta, in ottemperanza alla normativa ECM ed al principio trasparenza delle fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario, dichiara di aver ricevuto compensi negli ultimi due anni dalle seguenti Aziende Farmaceutiche :

Novo Nordisk
Lilly
Neopharmed
Novartis
Takeda

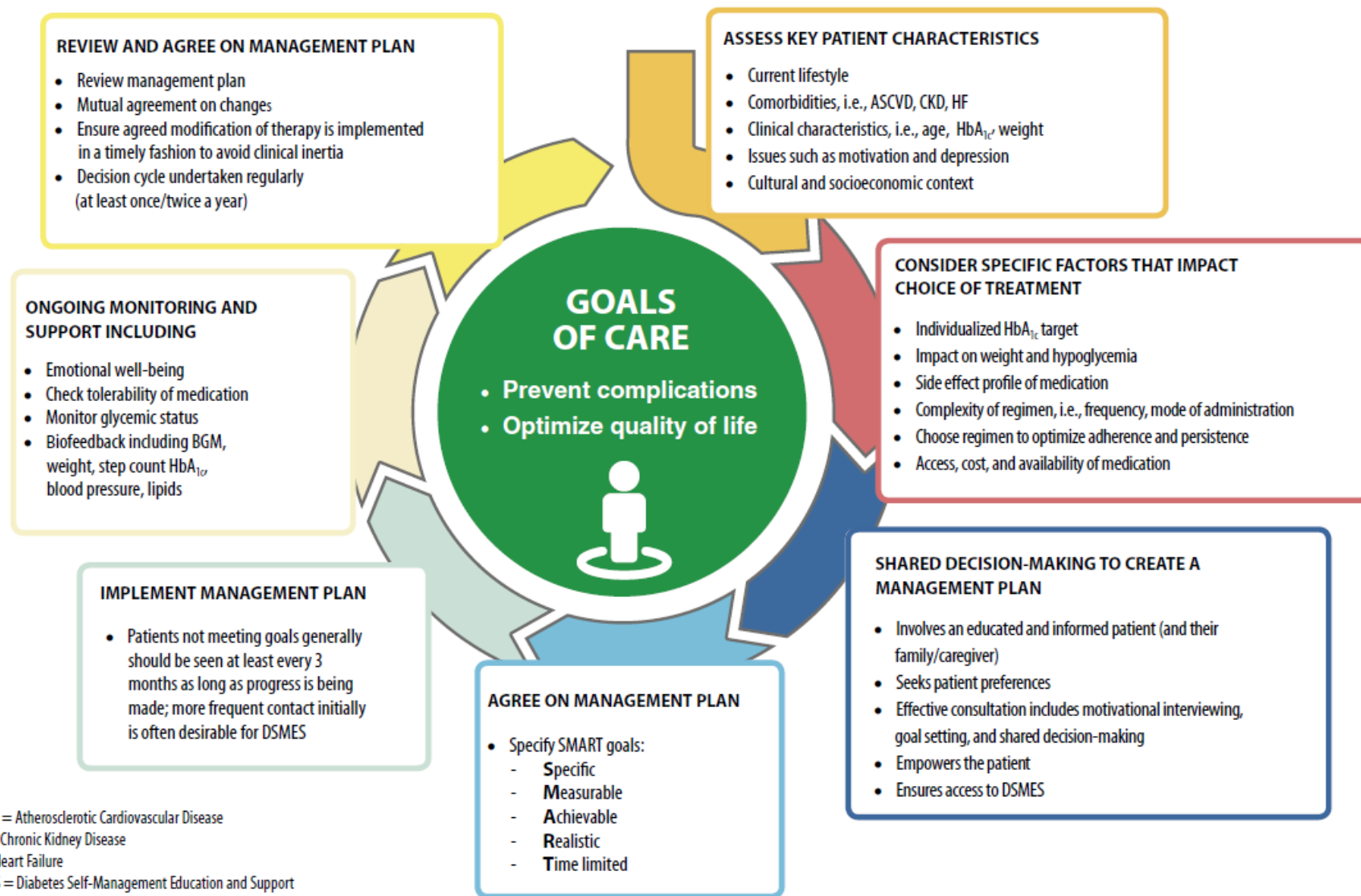
per partecipazione ad attività come moderatore/relatore ad eventi congressuali.

Dichiaro, altresì, di astenermi nell'ambito della mia relazione dal nominare, in qualsivoglia modo e/o forma, aziende farmaceutiche e/o nomi commerciali di farmaci e di non fare pubblicità di qualsiasi tipo relativamente a specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici, etc)

PROGRAMMA - RIUNIONE CONGIUNTA SID - AMD CAMPANIA

Hotel Mediterraneo Renaissance - Napoli 8 Ottobre 2022

DECISION CYCLE FOR PATIENT-CENTERED GLYCEMIC MANAGEMENT IN TYPE 2 DIABETES





INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

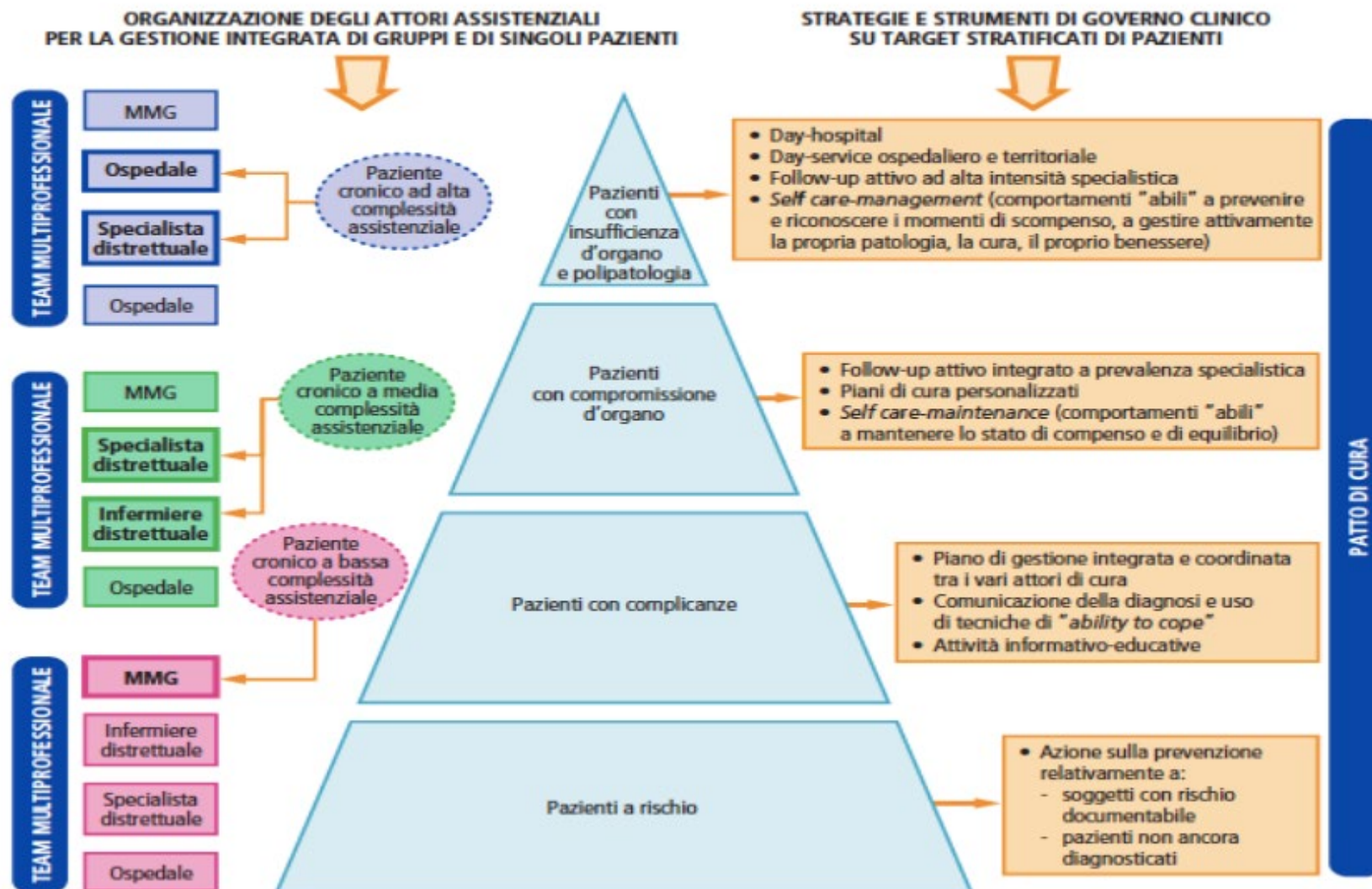
MODALITÀ DI ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

Per raggiungere gli obiettivi di cura è necessario :

- creare un'organizzazione di assistenza per la malattia cronica adeguata e diversa da quella per la malattia acuta
- stabilire una comunicazione efficace tra i diversi livelli per realizzare concretamente la continuità assistenziale
- monitorare i processi di cura definiti dall'applicazione delle linee guida di riferimento, realizzando adeguati sistemi informativi
- condivisione dei protocolli diagnostici-terapeutici con gli Operatori impegnati nella cura della persona con diabete
- definire ruoli, competenze, attività e risultati attesi degli Operatori impegnati nella cura della persona con diabete in tutti i livelli assistenziali
- allocare risorse idonee all'ottenimento dei risultati



Chronic Care Model



SCENARI DI SISTEMA INTEGRATO

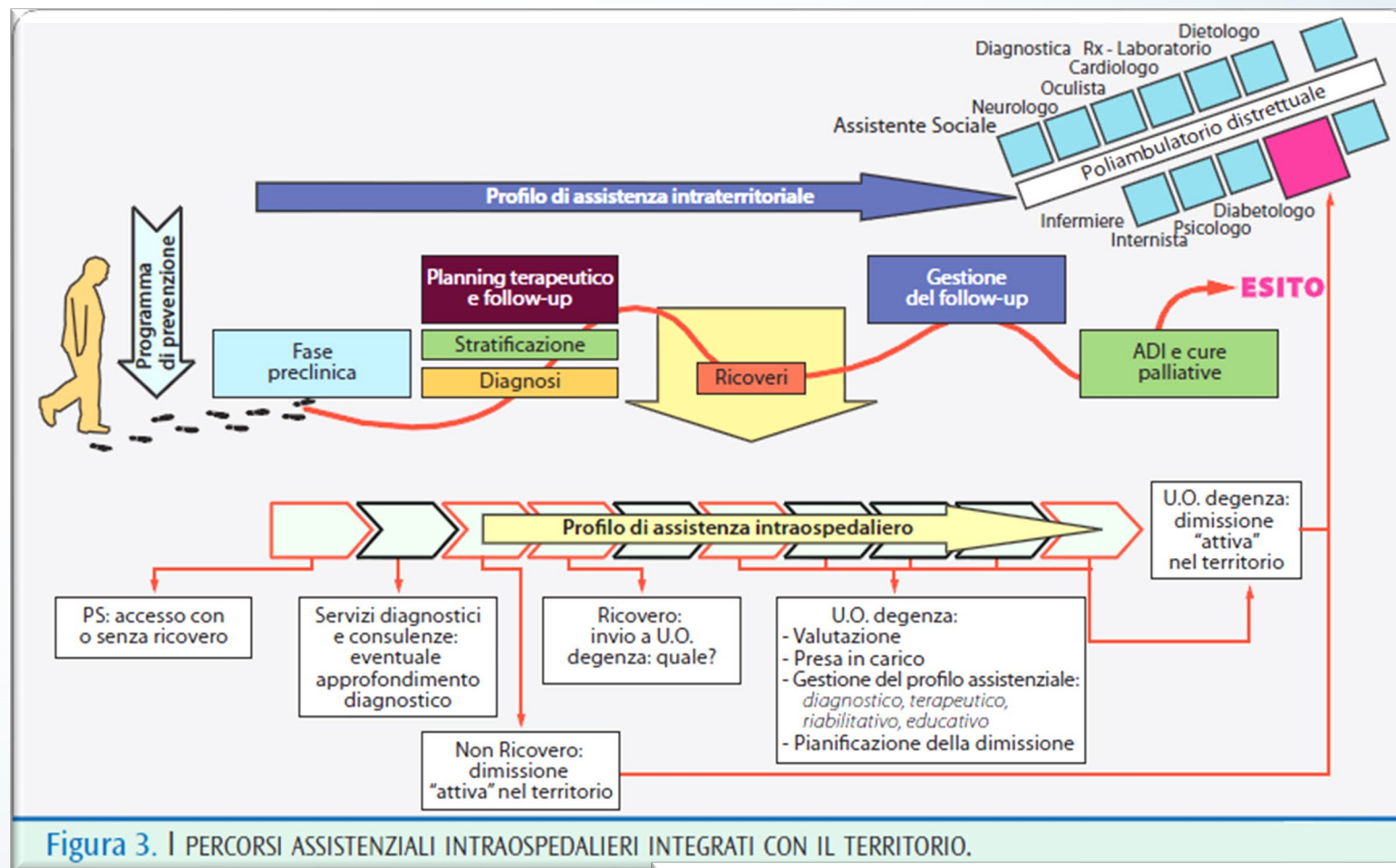


Figura 3. I PERCORSI ASSISTENZIALI INTRAOSPEDALIERI INTEGRATI CON IL TERRITORIO.

Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio*

Gruppo di lavoro

Maria Teresa Branca, Raffaella Buzzetti, Domenico Fedele, Carlo B. Giorda, Valeria Manicardi, Domenico Mannino, Maria Franca Mulas, Leonardo Pinelli, Sebastiano Squatrito, Concetta Suraci



Assistenza al paziente con diabete ricoverato in ospedale

Sono individuabili quattro percorsi fondamentali

- Percorso pre-operatorio del paziente diabetico
- Accesso dei pazienti Diabetici in Pronto soccorso
- Assistenza al paziente diabetico ricoverato
- Dimissione "protetta" o presa in carico pre-dimissione

AMD ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI 1974
XX CONGRESSO NAZIONALE 13/16 MAGGIO 2015 Centro Congressi Magazzini del Cotone Genova

I PERCORSI ASSISTENZIALI OSPEDALE-TERRITORIO PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON DIABETE MELLITO: un percorso formativo AMD

Gruppo Diabete e Inpatient
C. Suraci (coordinatore) - C. De Francesco, I. Mangano, M. Michelini, L. Marviducci, M. Patrone, I. Pelligra (componenti)
A. Antonelli, V. Barzì, A. Botta, F. Chiaramonte, R. Cunsolo, A. De Monte, R. Lanzetta, R. Leoncavallo, A. Maffettone, V. Manicardi, G. Marelli, V. Paciotti, E. Salomone, A. Sforza, G. Stagno (consulenti esterni)
M.C. Ponziani (Referente CDN)

Premessa. Il 25% dei pazienti ricoverati ed il 10% dei pazienti che devono essere sottoposti ad un intervento chirurgico sono affetti da diabete mellito. Questi pazienti presentano un rischio aumentato di insorgenza di complicanze e di infezioni correlate all'assistenza e richiedono degenze medie più elevate. Per una loro appropriata presa in carico è necessaria la predisposizione di protocolli assistenziali specifici. I pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico richiedono un percorso pre-operatorio che consenta di eseguire l'intervento in una fase di controllo metabolico adeguato e la predisposizione di schemi di trattamento dell'iperglicemia nel post-operatorio. In sintesi il paziente diabetico ospedalizzato è complesso e richiede un'attenta e competente "continuità di cura" e una "dimissione protetta" dall'ospedale al territorio: occorrono la presa in carico da parte del team diabetologico, per la gestione ottimale e la consulenza infermieristica strutturata, per addestrare i pazienti all'uso della terapia insulinica e dell'autocontrollo glicemico domiciliare.

Metodi. Il progetto è stato pianificato come un percorso di formazione interattiva e applicazione per la costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi di gestione del diabetico in una logica di medicina centrata sulla persona e di continuità assistenziale durante il ricovero e tra Ospedale e Territorio. Dopo la raccolta dei bisogni attraverso un questionario (Fig. 1) è stato costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare (Board di progetto) con il coinvolgimento dei delegati delle Società Scientifiche di riferimento per cardiologi, anestesisti, chirurghi, urgentisti e direttori sanitari che nel corso di un primo workshop residenziale (ottobre 2012) ha individuato i punti da presidiare per la stesura dei protocolli di presa in carico del paziente: sono state evidenziate le attività assistenziali e cliniche necessarie ad una corretta gestione del malato, in modo da garantire l'integrazione tra le diverse figure professionali e di ottimizzare tutti gli interventi. Il gruppo ha quindi elaborato 3 Profili di Cura (Cardiologia, Chirurgia, DEU) che sono stati, in una seconda fase, condivisi/revisionati con diabetologi (64), cardiologi (7), chirurghi (5), DEU (9) e Direttori Sanitari(6) nel corso di due eventi formativi (luglio e ottobre 2013 -) e questi sono stati raccolti in un Documento approvato dalla Società Scientifica coinvolte e pubblicato sul sito di AMD (http://www.aemmedi.it/pages/linee-guida_e_raccomandazioni/) e sul Giornale di AMD (2014;17:159-176).

Scopo. Ricependo il mandato del CDN di AMD nel 2011 il Gruppo a Progetto Diabete in Ospedale ha avviato un progetto al fine di dettagliare in Percorsi Diagnostico Terapeutici i contenuti delineati nel Documento intersocietativo AMD-SID-SIEDP-OSDI sull'assistenza. Il progetto mira ad adeguare la gestione del paziente diabetico ai principi di Clinical Governance (l'organizzazione dei servizi tramite percorsi, il confronto interdisciplinare e la misurazione delle performance).



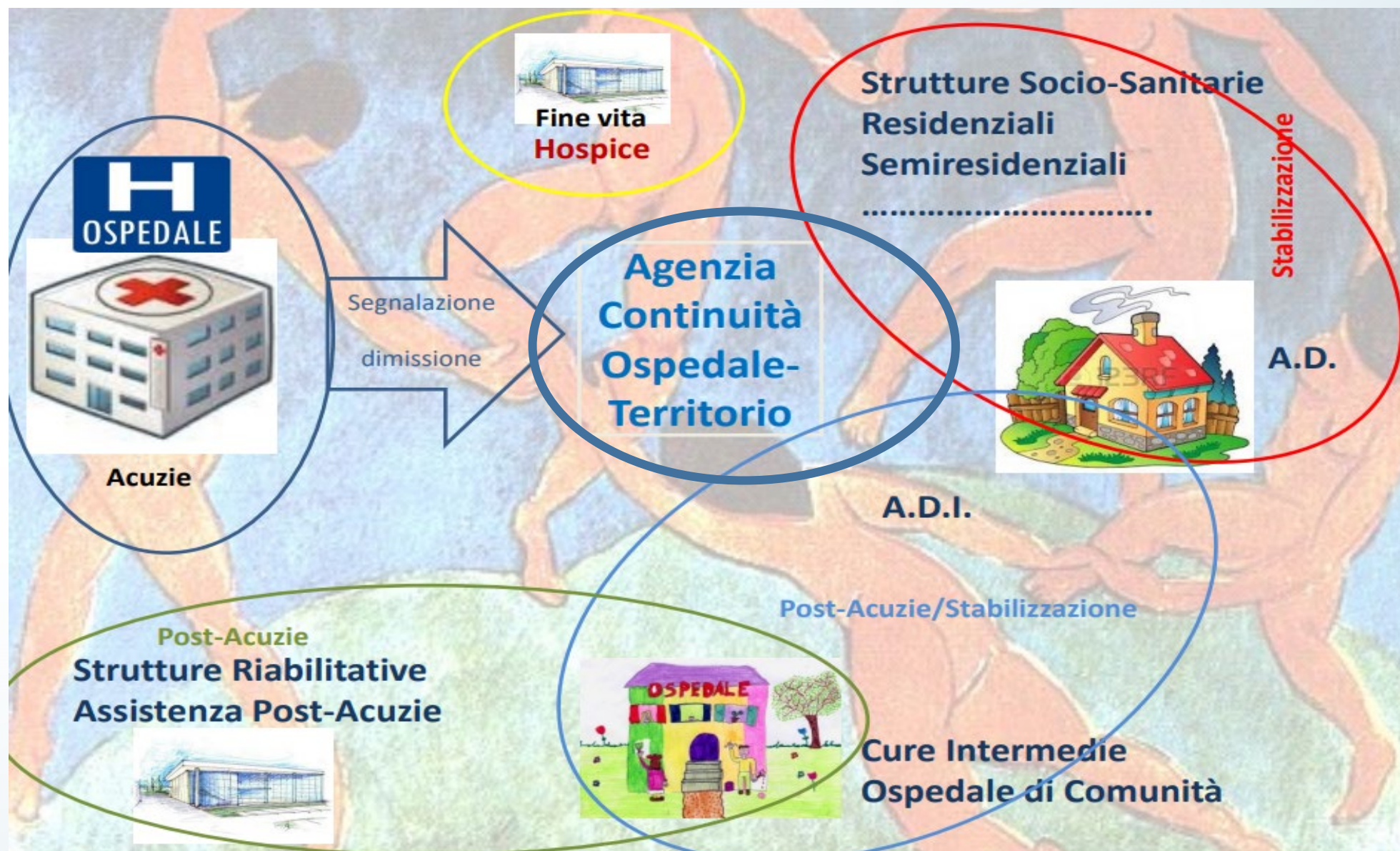
Continuità ospedale-territorio

1. **PROGRAMMARE LA DIMISSIONE** Programmare la consulenza Diabetologica pre-dimissione per la terapia domiciliare e la presa in carico dei pazienti da parte degli Infermieri Professionali del Servizio di Diabetologia almeno **3 giorni** prima della dimissione per l'addestramento all'autocontrollo e alla somministrazione corretta della Insulina
2. **PIANIFICARE IL RIENTRO A DOMICILIO** indicazioni che occorrono per controlli clinici successivi, ulteriori accertamenti, prosecuzione di cure, alimentazione, presidi(**Kit di dimissione**), presa in carico pre-dimissione
3. **ATTUARE LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE** relazione scritta al MMG e contatto con la SD territoriale di residenza sia al PS prericovero sia alla dimissione
3. **DIMISSIONE PROTETTA** e/o assistita, in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta, nelle disponibilità di **strutture intermedie*** con varie funzioni, nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, nei programmi di ospedalizzazione domiciliare



*Per struttura Intermedia, omnicomprensiva della qualsivoglia tipologia o "provenienza" del paziente, si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali e pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto

Territorio - Ospedale - Territorio



Piano Nazionale Diabete

«medicina d'iniziativa» e «follow up pro-attivo»



- ...la gestione ambulatoriale dei pazienti deve acquisire una funzione sempre più proattiva e l'ospedale spostare progressivamente il proprio livello di produzione quanto più possibile verso formule di gestione ambulatoriale o di day service.
- Va anche sottolineata la necessità di garantire una gestione ottimale della malattia quando la persona con diabete è ricoverata in ospedale per altra patologia quale trauma, infezione, evento intercorrente o per procedure chirurgiche, elettive o d'urgenza. **Tale gestione dovrebbe includere una vera presa in carico da parte del team diabetologico durante la degenza, una continuità assistenziale territorio-ospedale, una dimissione protetta.**

Legislatura 16ª - 12ª Commissione permanente - Resoconto sommario n. 369 del 04/10/2012

Documento conclusivo sull'indagine conoscitiva sulla Patologia diabetica in rapporto al Servizio Sanitario Nazionale e alle connessioni con le malattie non trasmissibili

approvato dalla Commissione

(Doc. XVII, n. 16)

Documento conclusivo sull'indagine conoscitiva sulla Patologia diabetica in rapporto al Servizio Sanitario Nazionale e alle connessioni con le malattie non trasmissibili

approvato dalla Commissione

(Doc. XVII, n. 16)

Criticità e possibili soluzioni

- ✓ **Implementazione rete diabetologica ospedale –territorio**
- ✓ Carenze di dati:realizzare il registro delle persone con diabete
- ✓ Favorire l'*empowerment* della persona con diabete con particolare riferimento alla componente educativa e alla capacità di autogestione con l'obiettivo di migliorare l'aderenza alla terapia
- ✓ Rete assistenziale non centrata sui bisogni della singola persona
- ✓ Definire i LEA diabetologici e gli standard minimi per i servizi di diabetologia
- ✓ Ribadire campagne nazionali tese a promuovere stili di vita salutari
- ✓ Disparità nell'accesso alle cure
- ✓ Favorire campagne educative nelle scuole e negli ambienti di lavoro
- ✓ Promuovere interventi educativi nel diabete gestazionale
- ✓ Garantire al meglio l'assistenza alle persone con diabete ricoverate in ospedale
- ✓ Diabete non diagnosticato e soggetti ad alto rischio
- ✓ Implementare su larga scala la gestione integrata
- ✓ Modifica dello stile di vita nei soggetti ad alto rischio
- ✓ Intervento legislativo che garantisca la somministrazione insulina da parte del personale scolastico
- ✓ Promuovere la figura del "diabetico guida" ed il coinvolgimento a livello decisionale delle associazioni di volontariato



L'ospedale: il peso del ricovero

Tra il 2010 ed il 2020, in Italia sono stati chiusi 111 ospedali e 113 Pronto soccorso. Sono stati tagliati 37 mila posti letto e, nonostante le assunzioni per far fronte al Covid-19, nelle strutture ospedaliere mancano all'appello ancora oltre 29 mila professionisti, di cui 4.311 medici.

- Le persone con diabete corrono un rischio 2 volte maggiore di ricovero rispetto alle persone senza diabete
- Il 20-25% delle persone con diabete vengono ricoverate almeno una volta durante l'anno.
- La durata del ricovero aumenta del 20% in presenza di diabete
- Oltre 50 milioni di euro ogni anno vengono spesi in Italia per ricoveri causati da una grave ipoglicemia

PROGRAMMA - RIUNIONE CONGIUNTA SID - AMD CAMPANIA

Hotel Mediterraneo Renaissance - Napoli 8 Ottobre 2022



Toscana: I «nuovi» modelli organizzativi



ospedale
riorganizzato
per intensità
di cura

Acuzia



Acuzia



Cronicità

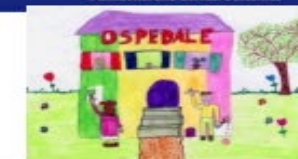
territorio organizzato
secondo parametri
di complessità dei
percorsi assistenziali
e di integrazione
socio-sanitaria



Cronicità



Chronic Care Model



Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (G.U. 4 giugno 2015, n. 127)

AREA MEDICA : codice disciplina 19

MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE(a)

Strutture di degenza per bacino 1.200.000-600.000

(a) Per le attività di diabetologia possono prevedersi strutture complesse o semplici dipartimentale **in aggiunta** con bacino di utenza 1.000.000-2.000.000

8.1.1. All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle **reti per patologia** che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale: **rete medicine specialistiche**

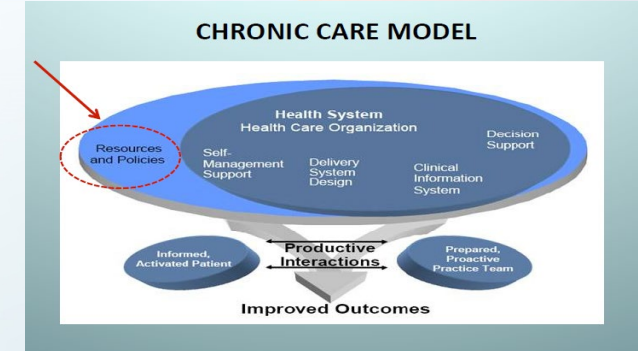
10.1 Continuità ospedale-territorio. La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale.

Specifiche proposte:

- attivazione di dipartimenti con competenza clinico-professionale estesa a tutto il sistema ospedaliero e al territorio;
- unità operative multizonali, dipartimenti transmurali ospedalieri-territoriali (es. per geriatria e longevità, salute della donna, del bambino e della famiglia, riabilitazione, salute mentale)
- attivazione di team di assistenza integrati;
- modelli organizzativi strutturati in cui le reti professionali territoriali si coordinano con le reti ospedaliere



Dalla rete specialistica verso un nuovo sistema di cure



- Il sistema deve tenere conto delle realtà locali, con l'obiettivo di organizzare una rete che integri i medici di medicina generale, capillarmente presenti sul territorio (**assistenza primaria**), con i team diabetologici (**cure specialistiche**), eventualmente raccordati con centri regionali di alta specializzazione (**AUO, AORN**)
Legge Regione Campania n.9 22/7/2009)
- Partendo da un'idonea stadiazione dei pazienti il sistema deve attivare **PDTA personalizzati**, differenziati in rapporto al grado di complessità della malattia nel singolo individuo e ai suoi specifici fabbisogni, indirizzando i casi più complessi verso programmi di cura che contemplino un follow up specialistico più intensivo, e quelli meno complessi verso una gestione prevalente, da parte del MMG/PLS. Tutti i pazienti, sin dal momento della diagnosi, devono essere inseriti in un processo di "**gestione integrata**", in cui MMG/PLS e Centri di diabetologia partecipano alla definizione del PDTA e alla definizione e verifica degli obiettivi terapeuti
Accordo per la medicina Generale con Gestione Integrata Diabete Decr. 159/2013
- **La rete**, oltre che intra-territoriale, va costruita anche tra le strutture specialistiche **territoriali e ospedaliere**, in una prospettiva di continuità assistenziale modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia

Decreto n° 51/2017 Rete Regionale centri di assistenza diabetologica II livello

In Campania il Piano Nazionale del Diabete è stato recepito con la D.C.A n. 26 del 3 giugno 2014



Barriere per realizzare un'ottimale assistenza diabetologica in Campania

Per il Sistema Sanitario Regionale

- Gestione «confusa» e scarsa cultura dell'integrazione tra MMG e Specialista
- Carenza di programmi coordinati nell'ambito della prevenzione e dell'Educazione alla Salute
- Non c'è continuità alla dimissione ospedaliera(mancano PDTA Ospedale-Territorio,manca Agenzia di continuità assistenziale)
- Difficoltà a reperire dati clinici per monitorare i PDTA
- Manca un Registro regionale delle Persone con Diabete(e delle Persone con microinfusore)
- Manca una piattaforma regionale dedicata
- Manca una cartella clinica diabetologica regionale

Per i Manager della Sanità

- La definizione dei PDTA deve essere obbligatoria non solo per le ASL ma anche per AORN e AUO
- E' importante che la cabina di regia regionale includa un delegato per ogni ASL o AORN /AUO per garantire applicazioni uniformi del territorio regionale
- Nell'ambito degli obiettivi previsti dal PND bisogna programmare con investimenti specifici gli interventi con una prospettiva di realizzazione programmata in un tempo definito(step)



Dinamiche Evolutive dell'Assistenza Diabetologica

L'assistenza alla Persona con diabete si è evoluta: non riguarda il mero controllo della glicemia, bensì una azione di protezione globale verso il rischio di sviluppare tutte le patologie cui la Persona con diabete è maggiormente esposta

- Portare la erogazione della cura il più vicino possibile al destinatario della cura: soluzioni telematiche per la erogazione della cura (*viaggia il dato, non viaggia il paziente*)
- Aumento delle condizioni di Long Term
- Aumento delle condizioni di fragilità
- Innovazione (cure innovative, tecnologie per la somministrazione dell'insulina e per il monitoraggio dei parametri metabolici anche da remoto)
- Over Use e Under Use dei servizi (dilatazione diseguaglianze)
- Approccio "One-Health"
- Aprirsi al sociale come "terza missione"
- Razionalizzazione dell'uso delle risorse :de-finanziamento pubblico e riduzione risorse



Il nuovo modello di assistenza territoriale di prossimità in un'ottica One Health

Dalla visione 'classica' della salute al nuovo paradigma della salute articolato secondo One Health: un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione sul territorio in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con un approccio integrato (*One Health*) e con una visione olistica (*Planetary Health*).

SALUTE: LA NUOVA VISIONE

PREVENZIONE

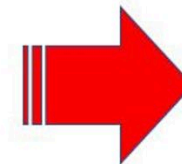
PROTEZIONE

PROMOZIONE

SERVIZI SANITARI

CURA

RIABILITAZIONE



Salute umana,
animale, ambientale
Interdisciplinarietà
Big data
Intelligenza Artificiale



Il contesto italiano

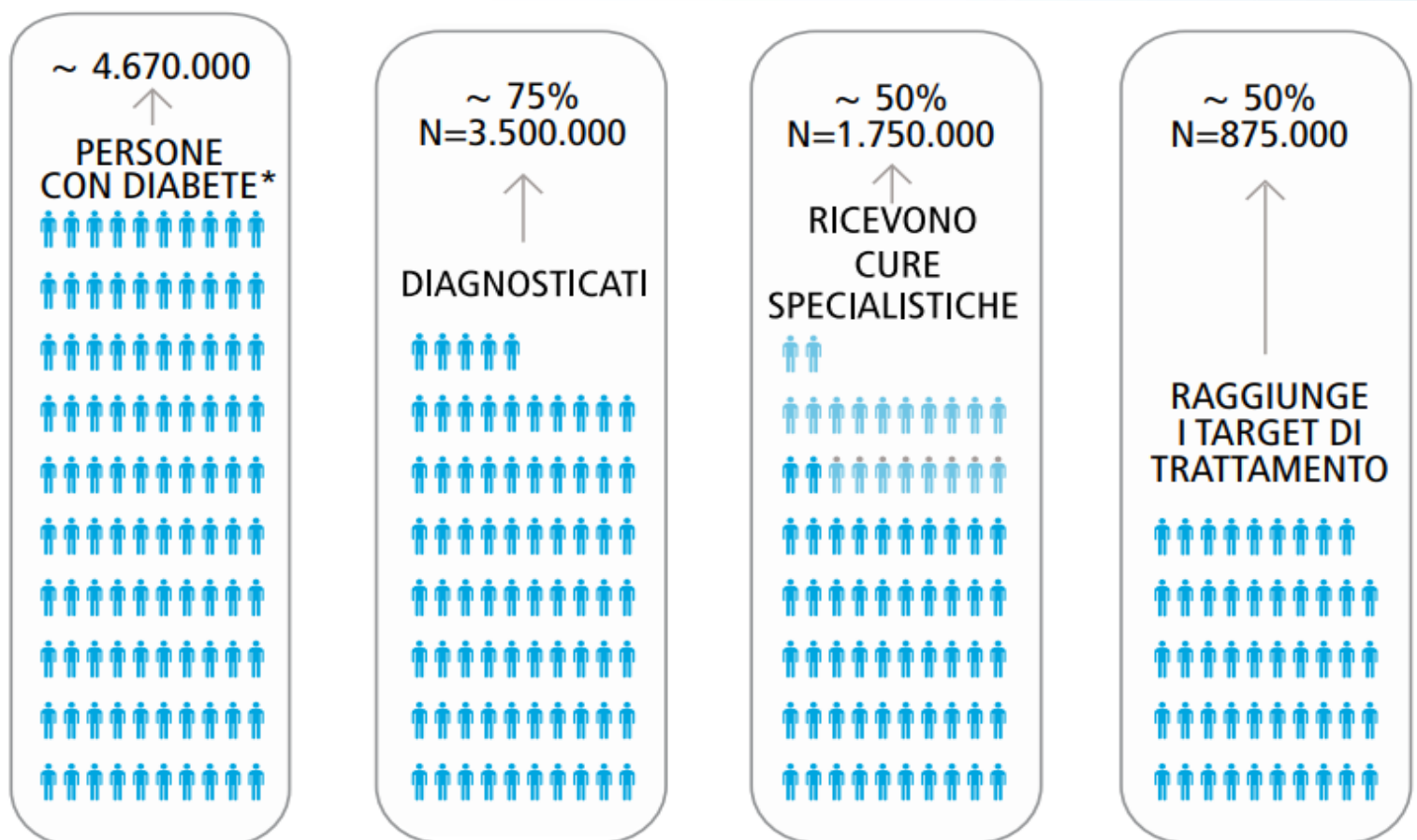


- Il modello italiano si basa su una rete capillare di centri o ambulatori specialistici, diffusi su tutto il territorio nazionale, in costante dialogo con la Medicina Generale e che spesso, ma non sempre, includono competenze multi-professionali.
- In un numero limitato di centri più evoluti opera un team multi-professionale composto da diabetologi, infermieri, dietisti, psicologi e podologi esperti di diabete.





Il contesto italiano



*Tale numero prende in considerazione una stima epidemiologica delle persone che non sanno di essere diabetiche non avendo ricevuto diagnosi.



Il contesto italiano

criticità



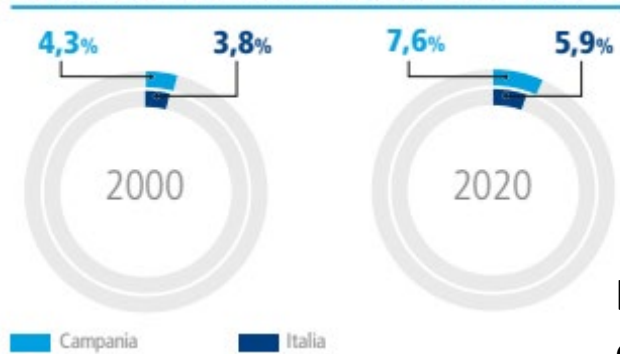
- **DISUGUAGLIANZA:** Solo il 30% delle persone con diabete riceve anche assistenza specialistica. Solo una parte minoritaria dei pazienti che accedono alle strutture diabetologiche riceve consulenza da parte dei dietisti e ha accesso a percorsi di educazione terapeutica.
- **ETEROGENEITÀ:** L'accesso all'assistenza specialistica risulta variabile sia tra regioni che all'interno delle stesse, e si rileva una distribuzione subottimale delle strutture diabetologiche
- **SPECIALISTI ISOLATI** I singoli Specialisti ambulatoriali, che operano in assenza di Team multi-professionali, non riescono a erogare un'assistenza completa e incisiva.
- **POCA INTEGRAZIONE** In assenza della necessaria integrazione fra Strutture Diabetologiche e Medicina Generale, gli outcome di salute peggiorano e si fanno più ricorrenti e minacciose le complicanze.
- **CARENZA DI RISORSE UMANE** Anche laddove siano presenti centri multi-professionali, questi non sempre sono nelle condizioni di garantire adeguati volumi di assistenza (visite della giusta durata, presa in carico di tutti i pazienti)



N° DI PERSONE CHE DICHIARANO
DI ESSERE DIABETICHE 427.000

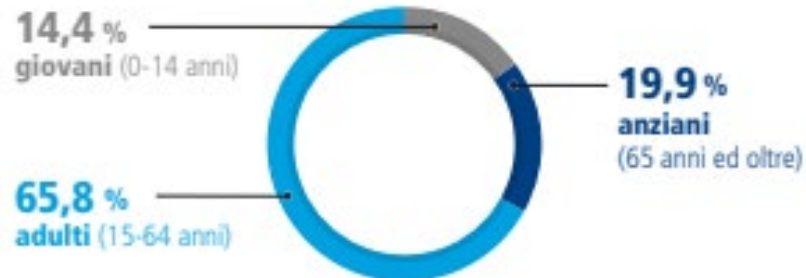
CAMPANIA

5.624.260 abitanti



La Campania detiene il primato della prevalenza di persone con diabete (7,6%) pur essendo superiore alla media nazionale (5,9%) non è così elevata come in altre regioni (es. Calabria 7,9%).

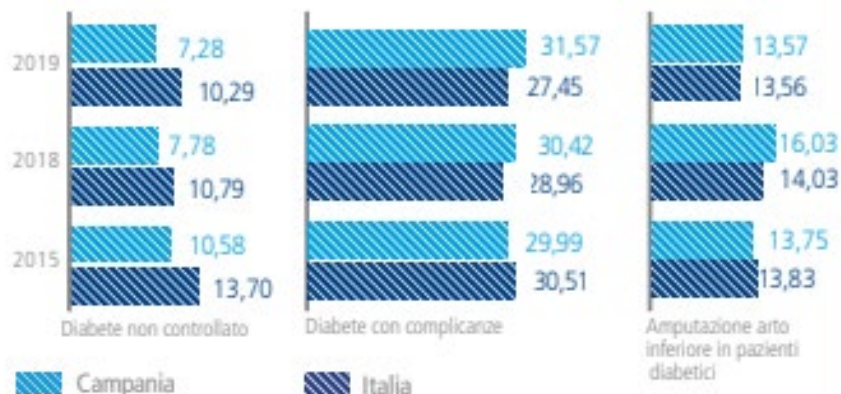
STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



La Campania è la regione più “giovane” con un’età media di 43,3 anni (45,9 la media nazionale), ma è anche il territorio dove la speranza di vita è minore (per i maschi: 78,5 anni, contro una media nazionale di 79,80 anni e per le femmine: 83,4 anni, contro una media nazionale di 84,5 anni).



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



CAMPANIA

5.624.260 abitanti

È leggermente migliore rispetto ai dati nazionali il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato.



Il tasso standardizzato di mortalità per diabete in Campania è marcatamente più alto rispetto alla media nazionale sia per i maschi che per le femmine, sebbene nel 2019 si sia registrato un calo rispetto agli anni precedenti

	Maschi			Femmine			Totale		
	decessi	% sul totale dei decessi	tasso grezzo per 10.000 residenti	decessi	% sul totale dei decessi	Tasso grezzo per 10.000 residenti	decessi	% sul totale dei decessi	tasso grezzo per 10.000 residenti
Campania	1.214	4,6	4,3	1.651	5,9	5,6	2.865	5,2	5,0
Caserta	201	5,0	4,5	276	6,8	5,9	477	5,9	5,2
Benevento	56	3,6	4,2	82	4,9	5,9	138	4,2	5,0
Napoli	626	4,7	4,2	842	5,9	5,4	1.468	5,3	4,8
Avellino	100	4,4	4,9	118	5,1	5,6	218	4,8	5,3
Salerno	231	4,3	4,3	333	5,8	6,0	564	5,0	5,2



CAMPANIA

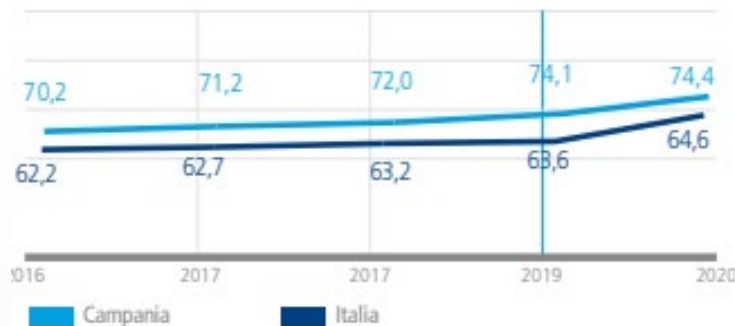
5.624.260 abitanti

ACCESSO ALLE CURE

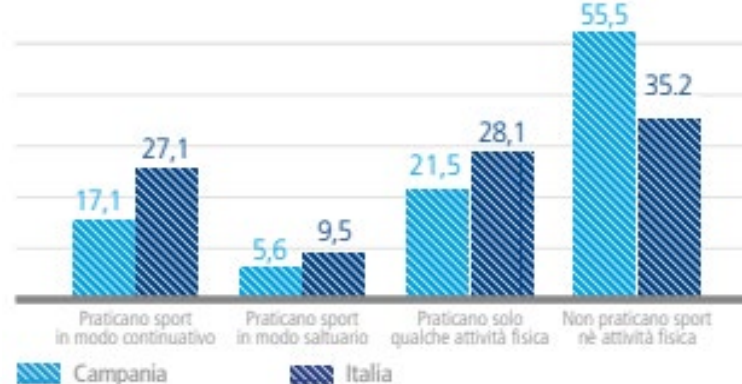
In Campania non ci sono restrizioni regionali per il rimborso di strisce e glucometri per l'auto-monitoraggio per i pazienti con diabete (ad esempio pompe di insulina e accessori) ma esistono raccomandazioni della Commissione Diabetologica che ricalcano le linee guida AMD SID



CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI
(DDD/1000 abitanti/die pesate)



ATTIVITÀ FISICA (%)



ASL	N° Pazienti e Prevalenza (%) Anno 2018	FABBISOGNO CAD	CAD ESISTENTI	INCREMENTO FABBISOGNO in 2 anni
AVELLINO	29.252 (6,3)	7	4	+3
BENEVENTO	19.545 (6,2)	5	3 *	+2
CASERTA	62.202 (7)	16	9	+7
NAPOLI 1 CENTRO	62.261 (6,2)	15	10*	+5
NAPOLI 2 NORD	65153 (6,9)	16	11*	+5
NAPOLI 3 SUD	69.060 (6,6)	17	11	+6
SALERNO	75305 (6,5)	19	11	+8
CAMPANIA	378.335 (6,5)	95	59	+36



Il baricentro della sanità sul territorio

*Il futuro dell'assistenza diabetologica
in Campania*

Il luogo di elezione per rispondere ai bisogni delle persone con cronicità sono il territorio e il "domicilio", la casa della persona.



Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ([PNRR](#)) rappresenta la grande occasione per ripensare l'intero Servizio Sanitario Nazionale in una ottica nativamente digitale, disintermediata, inclusiva e, soprattutto, finanziariamente sostenibile.

Le opportunità per l'assistenza diabetologica alla luce del PNRR

Piani Regionali entro febbraio 2022.

Termine ultimo per utilizzare i fondi stanziati nel 2026

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), rispondendo alla crisi con il Next Generation EU (NGEU) approvato il 13 Luglio 2021,



La Cronicità: il paradigma “ Diabetologia”

- Rete Regionale di Diabetologia ed Endocrinologia con un numero di strutture diabetologiche in rapporto al numero degli abitanti nell'ambito del Nuovo Distretto Territoriale (Case di Comunità Hub)
- Dipartimento di Diabetologia, Endocrinologia e Malattie Metaboliche Ospedale – Territorio per garantire continuità assistenziale : Unità Operative ospedaliere in rete ed integrate con Unità Operative sul territorio
- I livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e Livelli Essenziali di Prestazioni (LEP) sono entrambi necessari per una efficace presa in carico

IL RUOLO DEL DIABETOLOGO ALL'INTERNO DELLA MISSIONE 6 DEL PNRR

Attuare e aggiornare il Piano sul Diabete alla luce delle novità intercorse in termini di politiche del personale, modelli organizzativi e investimenti/riforme PNRR

- Potenziare la rete diabetologica e basarla su centri multi-professionali ospedalieri o territoriali
- Ottimizzare la rete diabetologica inserendo i professionisti isolati nei centri multi-professionale
- Articolare la rete diabetologica in 350-400 centri multi-professionali, ognuno dei quali assiste circa 15.000 persone con diabete
- Il Diabetologo deve acquisire la formazione e le competenze necessarie per diventare un *manager della sanità*, in grado di interfacciarsi e di coordinare le diverse figure professionali coinvolte nel team di cura, per gestire un modello assistenziale complesso, dettato dalla necessità di un'integrazione sempre più puntuale e sinergica tra ospedale e territorio
- Allocare fondi per ampliare il reclutamento e la formazione di personale dedicato all'assistenza al diabete (1 diabetologo ed 1 infermiere ogni 1.000 pazienti quindi almeno 4.000 Specialisti vs i 2.000 attuali ed almeno 4.000 infermieri vs i 1.500 attuali, 1 dietista ogni 5.000 pazienti, quindi almeno 800 dietisti vs i 400 attuali; almeno 1 psicologo ed 1 podologo ogni 10.000 pazienti, quindi almeno 400 psicologi e podologi vs i pochissimi oggi disponibili, aumentare di almeno il 50% il numero di contratti per le Scuole di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del metabolismo
- Garantire maggiore sinergia tra Specialisti endocrinologi/diabetologi e medici di Medicina Generale prevedendo la collaborazione di membri del Team diabetologico presso le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le RSA
- Implementare e potenziare la digitalizzazione (teleconsulti, teleassistenza, educazione terapeutica via web, condivisione di dati clinici, ecc.)
- Differenziare i percorsi di cura: percorsi agevolati per le varie età e la presenza di complicanze (PAI) accelerando la realizzazione di un modello di stratificazione della popolazione da utilizzare, basato non solo sul consumo di prestazioni sanitarie ma anche su determinanti di salute socioeconomici e culturali e su stili e abitudini di vita (LEP)



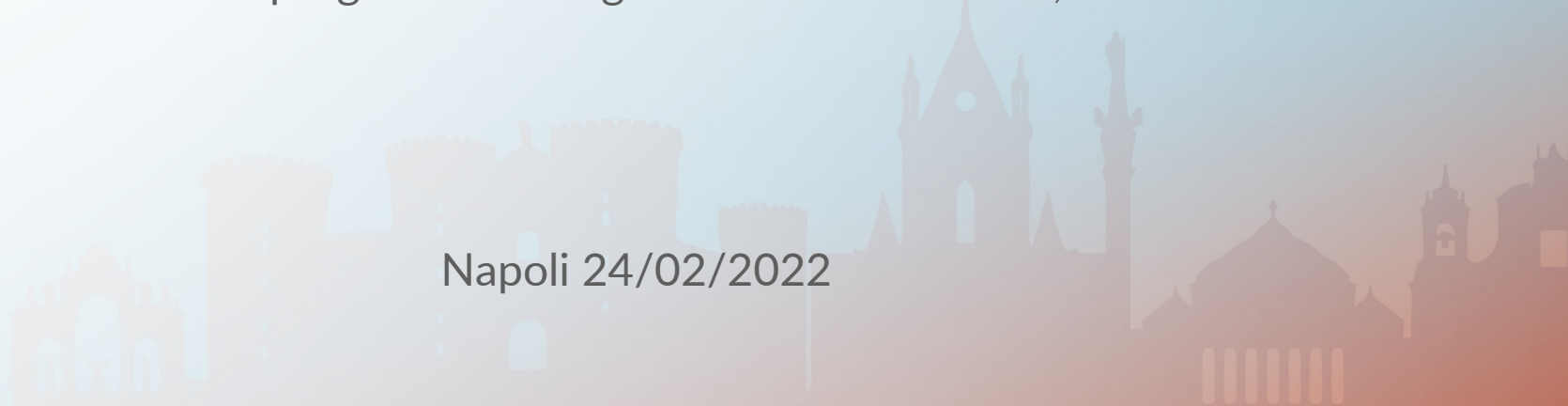
Regione Campania Piano di Sanità territoriale



Il piano si pone obiettivi funzionali precisi come quello di evitare la congestione dei Pronto Soccorso sul territorio e quello di offrire possibilità di cura ai malati cronici molto più efficaci con un investimento complessivo di 380 milioni euro.

Nel piano è previsto inoltre l'acquisto di grandi apparecchiature tecnologiche (con una spesa programmata di 130 milioni di euro) nonché il potenziamento del programma di digitalizzazione delle Asl, finanziato con altri 160 milioni di euro.

Napoli 24/02/2022





Come cambia l'assistenza sanitaria territoriale nella regione Campania

172 *

CASE DELLA COMUNITÀ

Risorse PNRR

€ 249.679.318

48 *

OSPEDALI DI COMUNITÀ

Risorse PNRR

€ 110.986.975

65

CENTRALI OPERATIVE
TERRITORIALI

Risorse PNRR

€ 19.761.492 **



Cosa cambia nella rete ospedaliera per la regione Campania

21

interventi PNRR e PNC

MESSA IN SICUREZZA E
RIQUALIFICAZIONE DELLA
RETE OSPEDALIERA

Risorse PNRR e PNC

€ 231.835.731

29

DEA digitalizzati

DIGITALIZZAZIONE DEI
DIPARTIMENTI DI
EMERGENZA E
ACCETTAZIONE

Risorse PNRR

€ 160.943.647

407

apparecchiature

ACQUISTO GRANDI
APPARECCHIATURE AD ALTO
CONTENUTO TECNOLOGICO

Risorse PNRR

€ 131.980.983





Il Distretto: funzioni e standard

PROGRAMMA - RIUNIONE CONGIUNTA SID - AMD CAMPANIA

Hotel Mediterraneo Renaissance - Napoli 8 Ottobre 2022

PROFESSIONISTI E SERVIZI CDC HUB	PROFESSIONISTI E SERVIZI CDC SPOKE
• Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali • Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie); • Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità • Assistenziale; • Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7; • Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario; • Punto prelievi; • Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti • di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.); • Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, • pneumologia, diabetologia, ecc.); • Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, • inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per • la gestione integrata della cronicità e	• Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, • Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie); • Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato); • Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario; • Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, • diabetologo, ecc.); • Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, • inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza • sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche; • Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento; • Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale; • Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

Gazzetta Ufficiale del 22 giugno 2022 .Decreto 23 maggio 2022, n. 77, del Ministero della Salute "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", c.d. DM 71in vigore dal 7 luglio 2022.

Centrale Operativa Territoriale

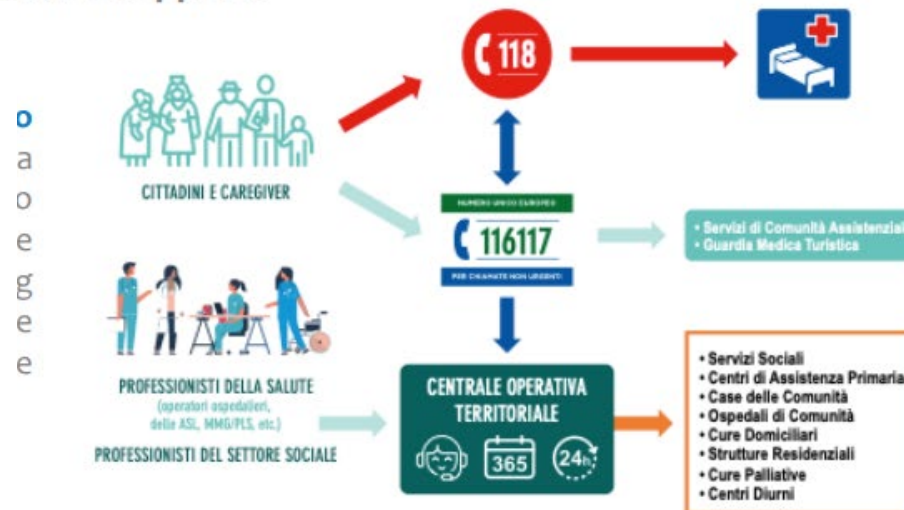
63 centrali operative in Campania

Standard: 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore

Standard minimo di personale: di 1 COT per 100.000 abitanti: 5-6 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

- Rete intra-CdC
- Rete inter-CdC: tra CdC hub e CdC spoke
- Rete territoriale: tra i vari servizi territoriali
- Rete territoriale integrata: con l'attività ospedaliera, ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale



Misura PNRR M6 – C1- Riforma Reti di prossimità strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

IL RUOLO DEL DIABETOLOGO ALL'INTERNO DELLA MISSIONE 6 DEL PNRR Sanità digitale e integrazione ospedale -territorio

Il PNRR fornisce l'opportunità di potenziare alcuni **elementi critici o fragili** dell'assistenza sanitaria:

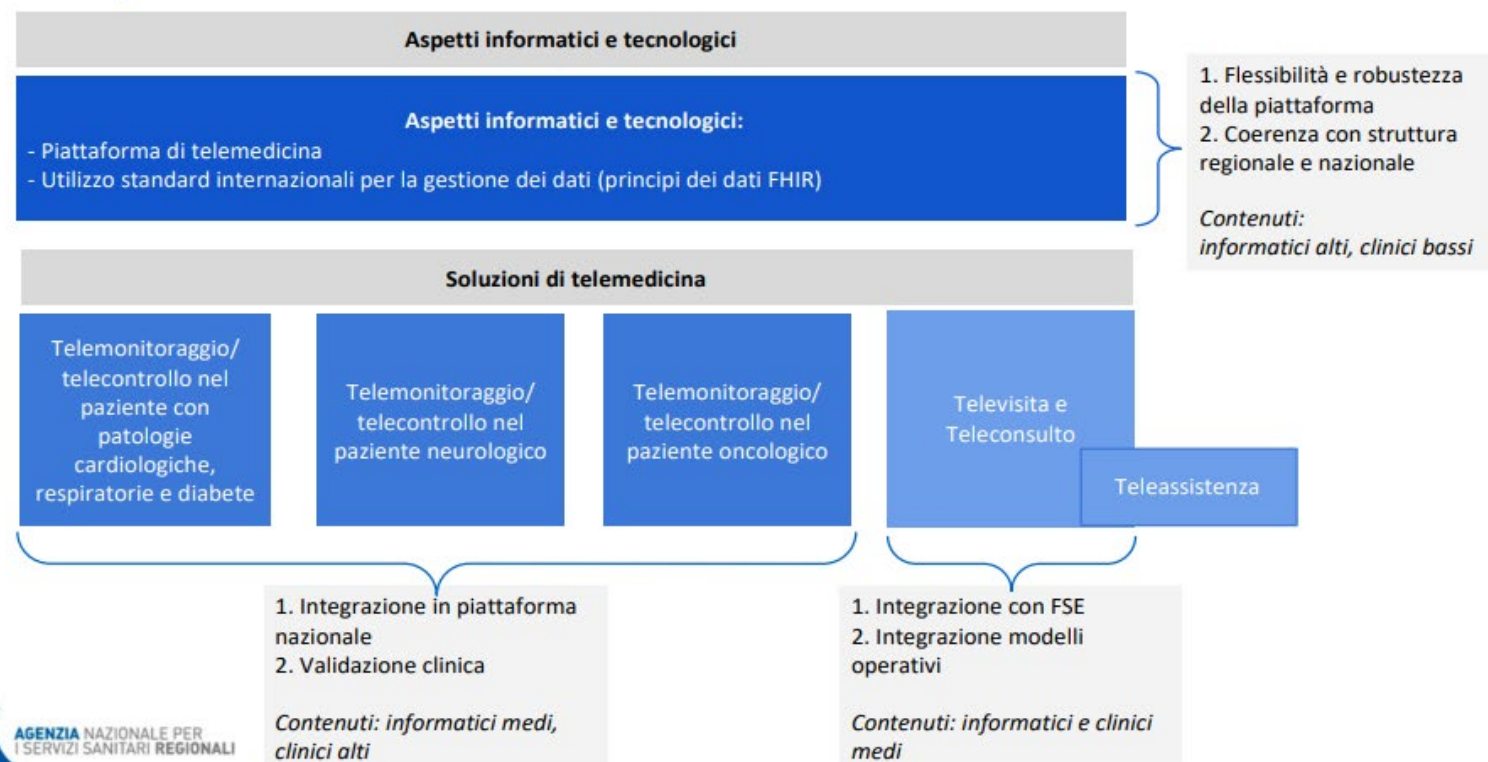
- l'ammodernamento della **strumentazione diagnostica** e dei vari dispositivi, così da potersi avvalere in tutto il territorio nazionale di strumenti non più obsoleti ma al passo con lo sviluppo tecnologico e scientifico. Il valore di spesa dovrebbe essere di circa 2 miliardi di euro, a cui si aggiungono 1,41 milioni già disponibili, per un totale di 3,41 miliardi di euro.
- strumenti ed iniziative che sfruttano le **tecnologie digitali**: [Fascicolo Sanitario Elettronico](#), [ricetta elettronica](#), [telemedicina](#), ma anche iniziative di diagnostica e cura che si basino sui Big Data e sull'Intelligenza Artificiale, che sfruttino adeguatamente il cloud e le infrastrutture, anche quelle opportunamente aggiornate e potenziate.
- Integrare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA regionali, nazionali): inserire la telemedicina e l'Ecocardiografia tra le prestazioni in esenzione per il paziente diabetico



La Telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche

Regioni e Province Autonome	Popolazione (Fonte: Istat)	Servizi di Telemedicina
Campania	5.712.143	82.140.000 Euro

Componenti dell'investimento e fattori di successo





Fascicolo Sanitario Elettronico(FSE)

Il FSE svolgerà tre funzioni chiave:

- punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN;
- base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente;
- strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.

I dati del fascicolo sanitario elettronico devono servire non solo per curare ma per costruire un nuovo sistema informativo della sanità italiana, dotato di modelli predittivi, di un sistema nuovo di sorveglianza epidemiologica.

I fondi europei del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza su questa voce specifica arriveranno se, entro la fine del 2025, il suddetto fascicolo sarà alimentato dall'85% dei medici di base e se entro giugno 2026 sarà adottato da tutte le Regioni

PROGRAMMA - RIUNIONE CONGIUNTA SID - AMD CAMPANIA

Hotel Mediterraneo Renaissance - Napoli 8 Ottobre 2022



Fascicolo Sanitario
Elettronico



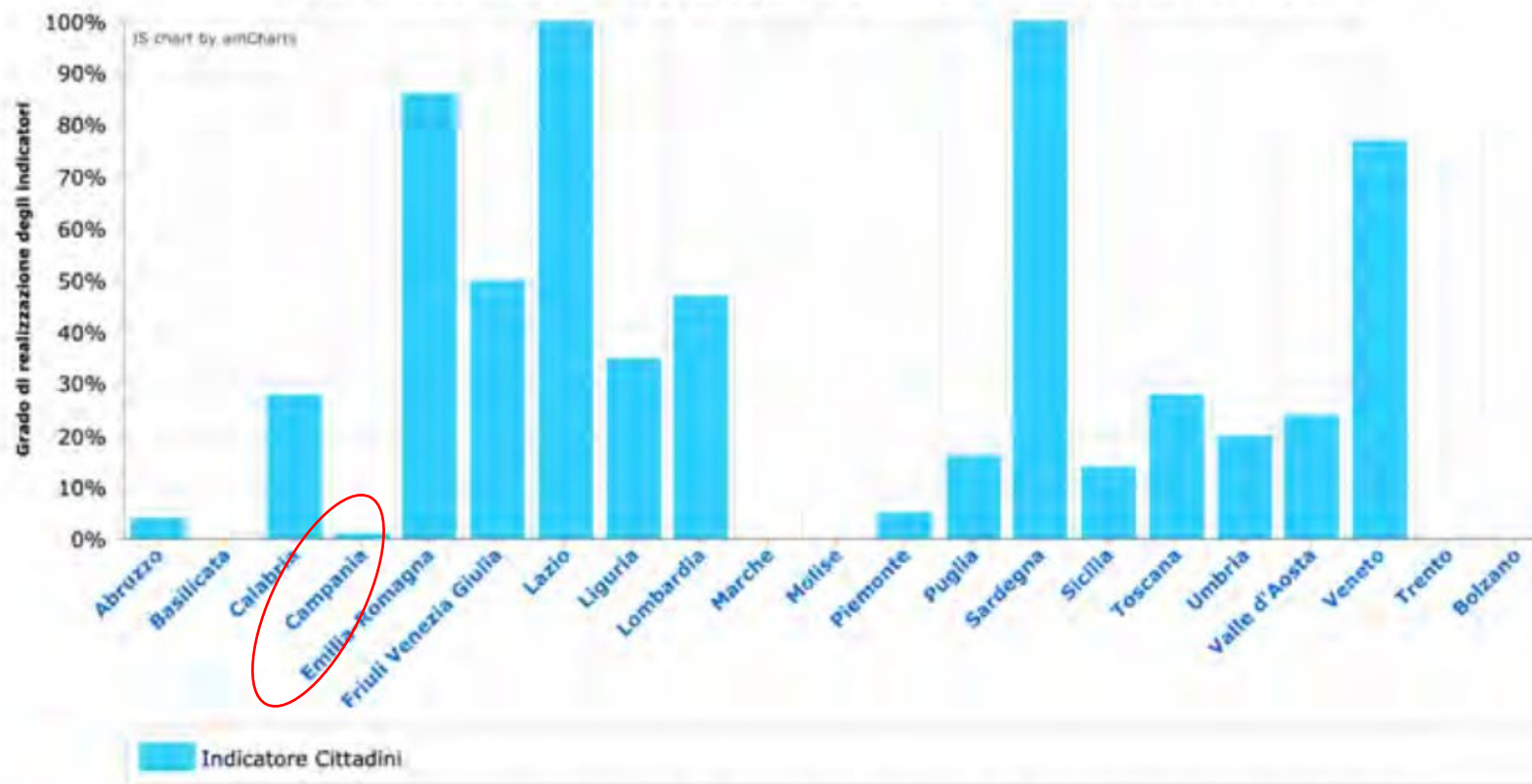
Fascicolo Sanitario Elettronico

Indicatore monitoraggio di utilizzo "Cittadini" per tutte le regioni

Cittadini che hanno utilizzato il FSE negli ultimi 90 giorni *

Dati riferiti al 3° trimestre 2021 o all'ultimo aggiornamento rilevato dalle singole regioni.

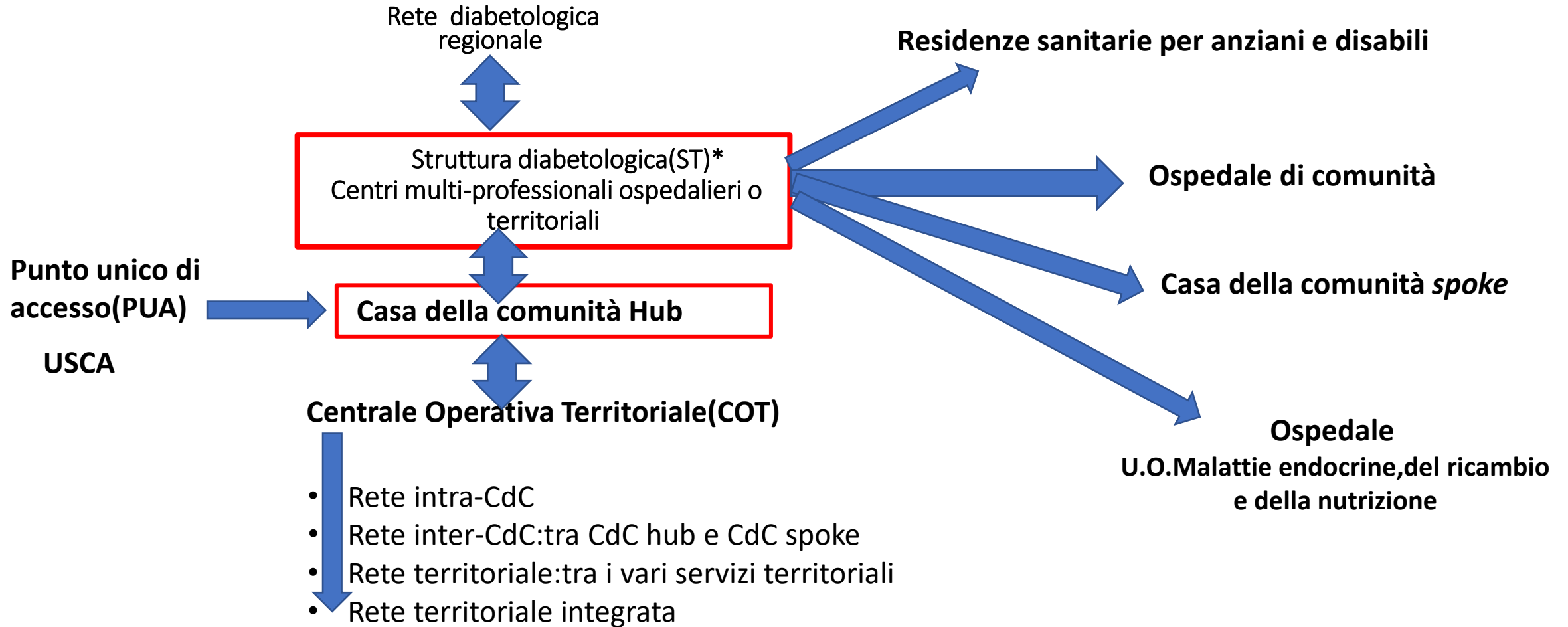
Cliccando sul nome della singola regione si possono consultare i relativi dati specifici



* Il dato si riferisce alla % di accesso da parte dei cittadini ai servizi FSE nei quali è stato reso disponibile almeno un nuovo documento negli ultimi 90 giorni.

Fonte: <https://www.fascicolosanitario.gov.it/it>

Il Diabetologo è il coordinatore dell'intero percorso di cura della Persona con Diabete



*1 diabetologo ed 1 infermiere ogni 1.000 pazienti , 1 dietista ogni 5.000 pazienti, 1 psicologo ed 1 podologo ogni 10.000 pazienti,

PROGRAMMA - RIUNIONE CONGIUNTA SID - AMD CAMPANIA

Hotel Mediterraneo Renaissance - Napoli 8 Ottobre 2022



UN PATTO PARLAMENTARE PER IL DIABETE

Lettera aperta della Società Italiana di Diabetologia - SID e dell'Associazione Medici Diabetologi - Amd (con il supporto della Società Italiana di Endocrinologia - SIE, della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica - Siedp, della Società Italiana di Medicina Generale e delle cure primarie - SIMG e degli Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani - OSDI) ai Leader dei partiti e ai candidati alle elezioni politiche del 25 Settembre 2022, affinché il diabete sia una delle priorità sanitarie della prossima legislatura.

Il diabete è una delle più diffuse malattie croniche non trasmissibili e rappresenta una patologia complessa, che, per il suo forte impatto socio-economico-sanitario, necessita di una forte attenzione istituzionale. In Italia le persone con diabete sono circa 4 milioni, e si stima che un ulteriore milione sia affetto dalla malattia senza che essa sia mai stata diagnosticata.

Se non diagnosticato, diagnosticato tardivamente o non trattato appropriatamente il diabete può causare complicanze severe, che coinvolgono diversi organi e apparati, incidendo negativamente sul benessere della persona e condizionandone pesantemente la qualità e la quantità di vita, abbreviandola in media di oltre 6 anni e di quasi 16 se diagnosticato in età pediatrica.

Chiediamo per questo un **PATTO PARLAMENTARE SUL DIABETE**, che impegni Governo, Parlamento e tutte le Forze Politiche perché questa patologia trovi un posto rilevante nella prossima agenda politica, governativa e parlamentare.

In particolare, chiediamo che come in passato il diabete attraverso la legge 115/87, il Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica e la Missione 6 del PNRR ha giustamente ricevuto una peculiare attenzione legislativa e istituzionale, anche la XIX Legislatura prenda l'impegno a:



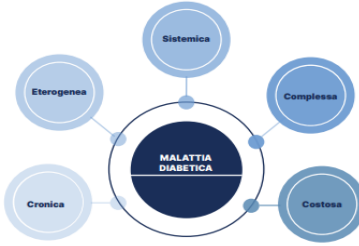
Le opportunità per l'assistenza diabetologica alla luce del PNRR

IL DIABETE

Il diabete è una delle più diffuse malattie croniche non trasmissibili e rappresenta una patologia complessa che necessita di un approccio multi-professionale e di un forte collegamento fra Diabetologie e Medicina Generale. Con una prevalenza in continua crescita, il diabete viene identificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) quale priorità globale per tutti i sistemi sanitari. Ad oggi nel mondo si stimano oltre 500 milioni di adulti con diabete, numero destinato ad aumentare a 640 milioni nel 2030. In Europa il diabete interessa circa 60 milioni di adulti.^[1] **Gli italiani con diabete sono circa 4 milioni**, e si stima che un ulteriore milione abbia la malattia senza che essa sia mai stata diagnosticata.^[2] Per quanto la curva epidemiologica sembrasse aver raggiunto un plateau nelle ultime valutazioni effettuate prima della pandemia COVID-19^[3], recenti evidenze fanno temere un ulteriore significativo aumento della prevalenza della malattia legato proprio alle conseguenze della pandemia.^[4]

Se non diagnosticato, diagnosticato tardivamente o non trattato appropriatamente - anche a causa di un insufficiente collegamento tra Medicina Generale e Specialistica - il diabete può causare complicanze severe che possono interessare diversi organi e incidere negativamente sul benessere della persona, condizionandone pesantemente la qualità di vita e abbreviandola in media di 6 anni.

La complessità nella gestione del diabete rappresenta una sfida per l'intero ecosistema sanitario. Coinvolge molteplici professionisti nell'attività di diagnosi, monitoraggio e trattamento, e inoltre impegna risorse sempre più rilevanti per garantire l'accesso alle cure migliori e all'innovazione, nel rispetto dei principi di equità e uguaglianza.^[5] Secondo le stime, in Italia ogni paziente genera per i soli costi diretti un impatto economico per il Servizio Sanitario Nazionale pari a circa € 3.500 all'anno^[6-7] per un totale di circa 14 miliardi annui. A questi vanno aggiunti i costi indiretti che sono stati stimati essere di entità almeno pari ai costi diretti.^[8]



Casi totali	Casi non diagnosticati
4 milioni	1 milione
Casi con malattia cardiovascolare già manifesta	
1 milione	
Casi con altissimo o alto rischio cardiovascolare	
3,6 milioni	
Casi con malattia renale	Nuovi dializzati ogni anno
1,2 milioni	2 mila

DECESSI ANNUI A CAUSA O ANCHE A CAUSA DEL DIABETE 125 MILA



Dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) al Servizio Socio-Sanitario Nazionale

Riformare sui bisogni globali e non solo clinici con una forte integrazione socio-sanitaria

- Il SSN non perda la sua identità ma valorizzi principi costituzionali e culturali mutuando gli aspetti virtuosi dell'esperienza clinico-assistenziale maturata negli ultimi anni - a partire dalla multi-professionalità garantita dal team diabetologico
- Declinare questo patrimonio di professionalità, conoscenze e competenze in chiave di maggiore prossimità e capillarità, sfruttando a pieno anche l'opportunità offerta dalle nuove tecnologie ispirandosi ai principi del *Chronic Care Model* (CCM) per assicurare interazioni produttive tra un gruppo di professionisti preparato e proattivo e un paziente informato, promuovendo la continuità assistenziale attraverso una *Rete Assistenziale Regionale*
- La rete diabetologica include centri multi-professionali ospedalieri o territoriali (inserendo i professionisti isolati nei centri multi-professionale)
- Implementare e potenziare la digitalizzazione (teleconsulti, teleassistenza, educazione terapeutica via web, condivisione di dati clinici, ecc.)
- Differenziare i percorsi di cura: percorsi agevolati per le varie età e la presenza di complicanze (PAI) accelerando la realizzazione di un modello di stratificazione della popolazione basato non solo sul consumo di prestazioni sanitarie ma anche su determinanti di salute socioeconomici e culturali e su stili e abitudini di vita (LEP) in una logica di “*salute globale*”, un concetto di salute che includa anche l’*illness*, cioè la “malattia vissuta” e i bisogni non clinici



***Il diabete non esiste
esistono le Persone con Diabete
(PwD)***



**Grazie
per la Vostra attenzione**

