

# INTENSITÀ DI CURA E COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE: QUALI PERCORSI TRA

## OSPEDALE E TERRITORIO

Case di comunità: punto di incontro

**Emanuela Zarra**

*S.C. Medicina Diabetologia*

*Dipartimento di Continuità di Cura e Fragilità*

*ASST Spedali Civili, Brescia*



Presidio Ospedaliero  
di Brescia

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Spedali Civili

# DISCLOSURE

La dr./sa EMANUELA ZARRA dichiara di NON aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti da Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche

*Dichiara altresì il proprio impegno ad astenersi, nell'ambito dell'evento, dal nominare, in qualsivoglia modo o forma, aziende farmaceutiche e/o denominazione commerciale e di non fare pubblicità di qualsiasi tipo relativamente a specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici, ecc.).*

# INTRODUZIONE

## **PNRR Missione 6, Componente C1 e DM 77: principali linee di sviluppo**

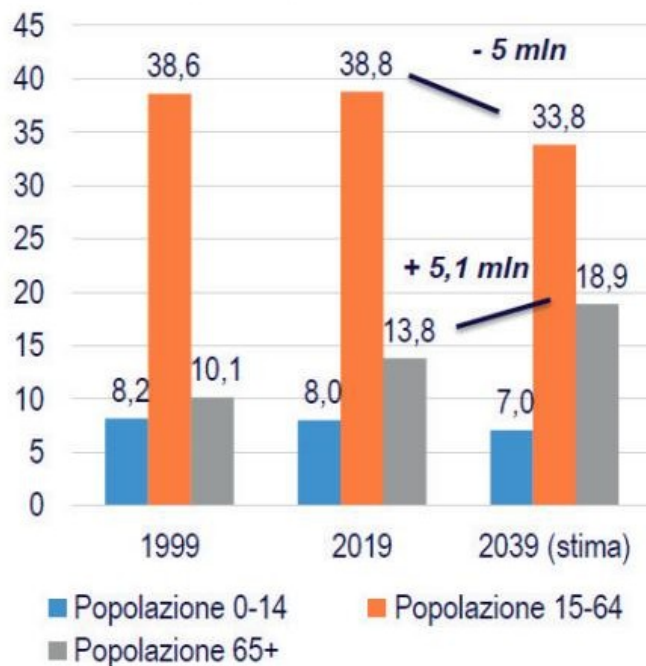
- potenziamento e riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extra-ospedalieri attraverso la costruzione di reti di prossimità
- potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare
- sviluppo della telemedicina

**CASE DI COMUNITA'** (CdC), in una rete Hub e Spoke, come riferimento territoriale per la presa in carico del bisogno di salute dei cittadini: sono il luogo dove opera il team multidisciplinare composto dai MMG, pediatri di libera scelta, Medici specialisti, Infermieri di comunità, altri professionisti non sanitari e dove si realizza l'integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari

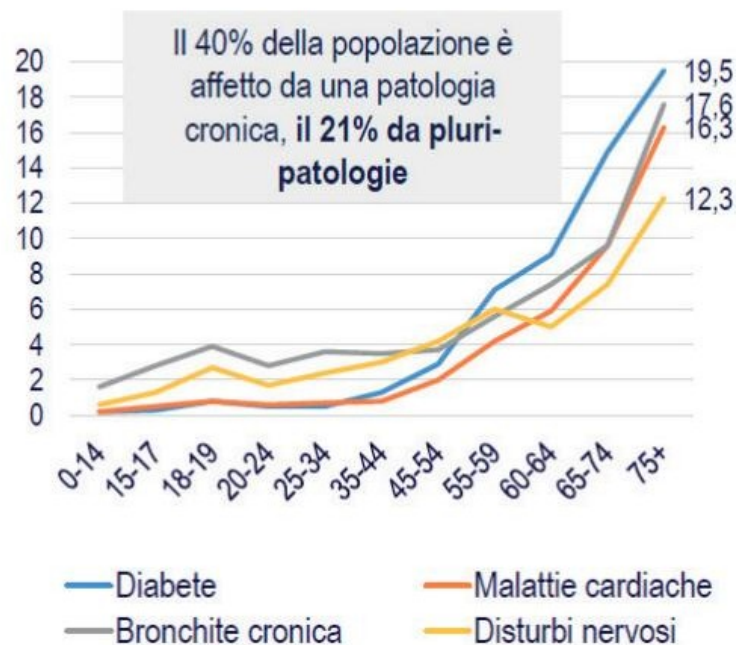
**Obiettivo è prevenire e migliorare la gestione delle malattie croniche con la presa in carico complessiva del paziente**

# SCENARIO POPOLAZIONE ITALIANA

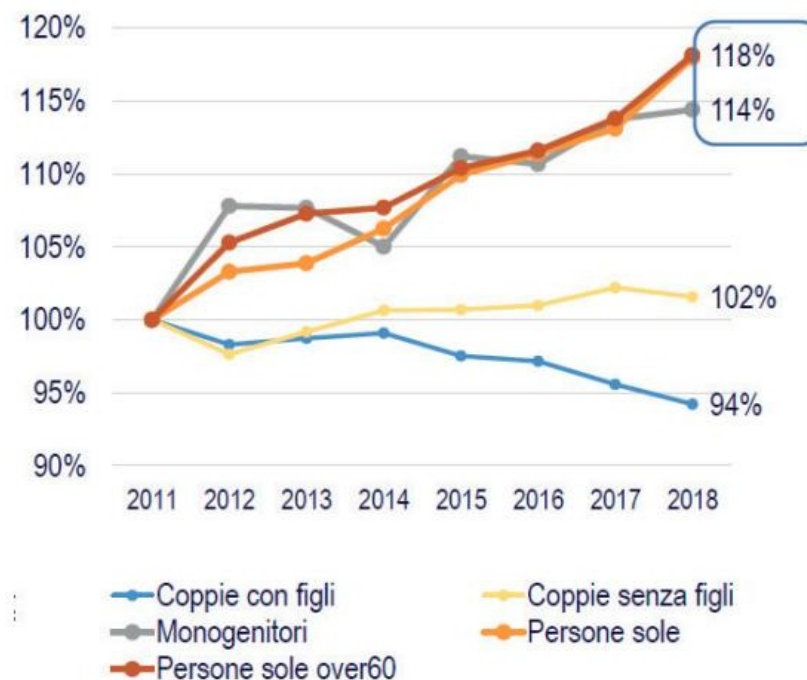
Popolazione (mln) per fascia demografica, Italia, 1999; 2019; stime 2039



Prevalenza cronicità, % per età (2017)

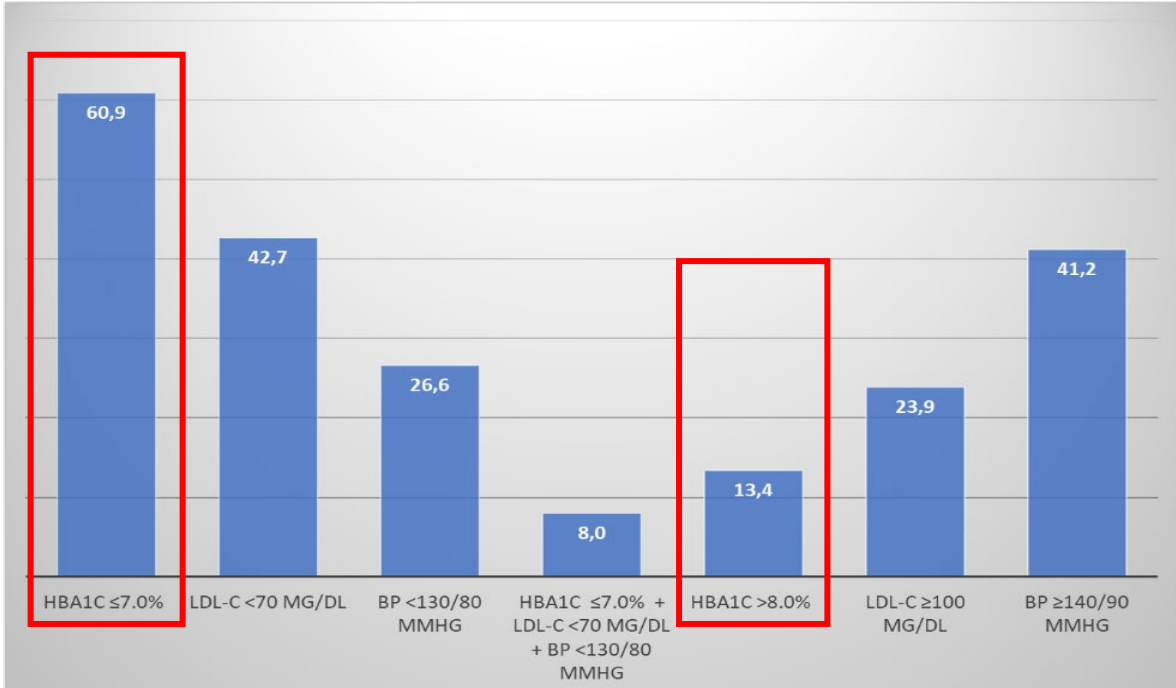


Tipologia dei nuclei familiari (numeri indice), 2011-18

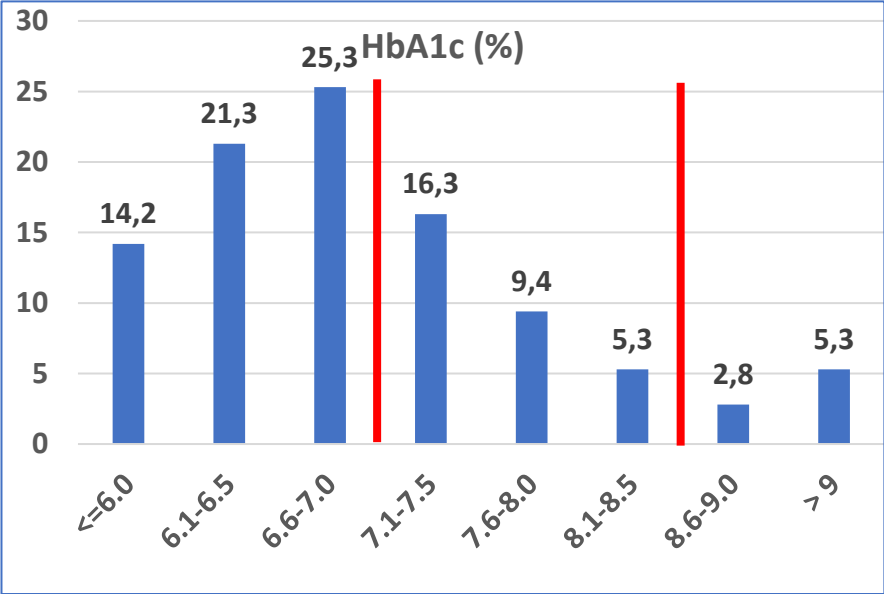




Principali indicatori di esito intermedio favorevoli e sfavorevoli nei soggetti DM2 nei dati regionali lombardi 2023



Lombardia



- Aumento delle visite a maggior complessità, multidisciplinari (< risorse)
- Aumento delle prestazioni con priorità

**AUMENTO  
INACCETTABILE TEMPI  
ATTESA DELLE VISITE  
CONTROLLO!**

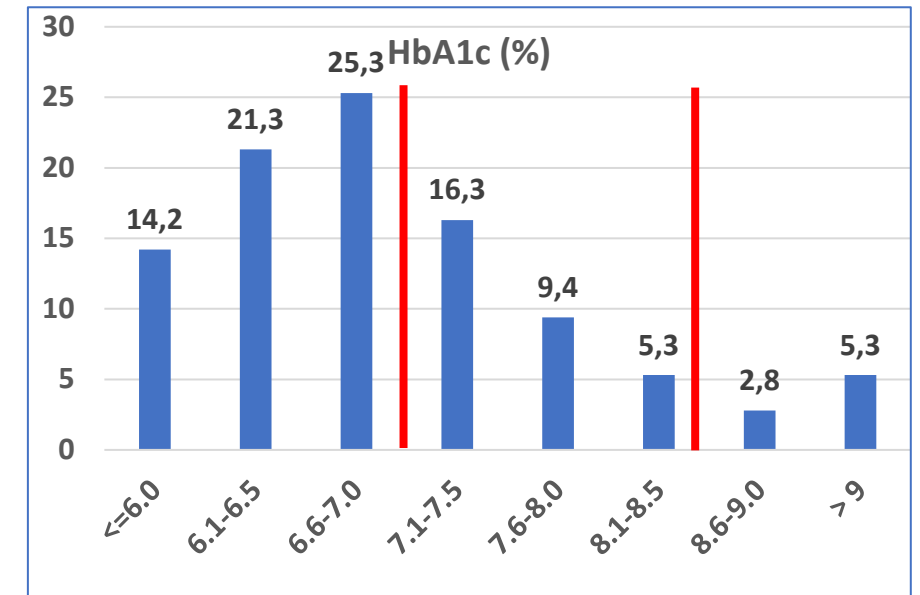
# BISOGNI/CRITICITA'

- Aumento delle visite a maggior complessità, multidisciplinari (necessità di aumentare le risorse)
- Aumento delle prestazioni con priorità

- Riduzione risorse personale specialistico



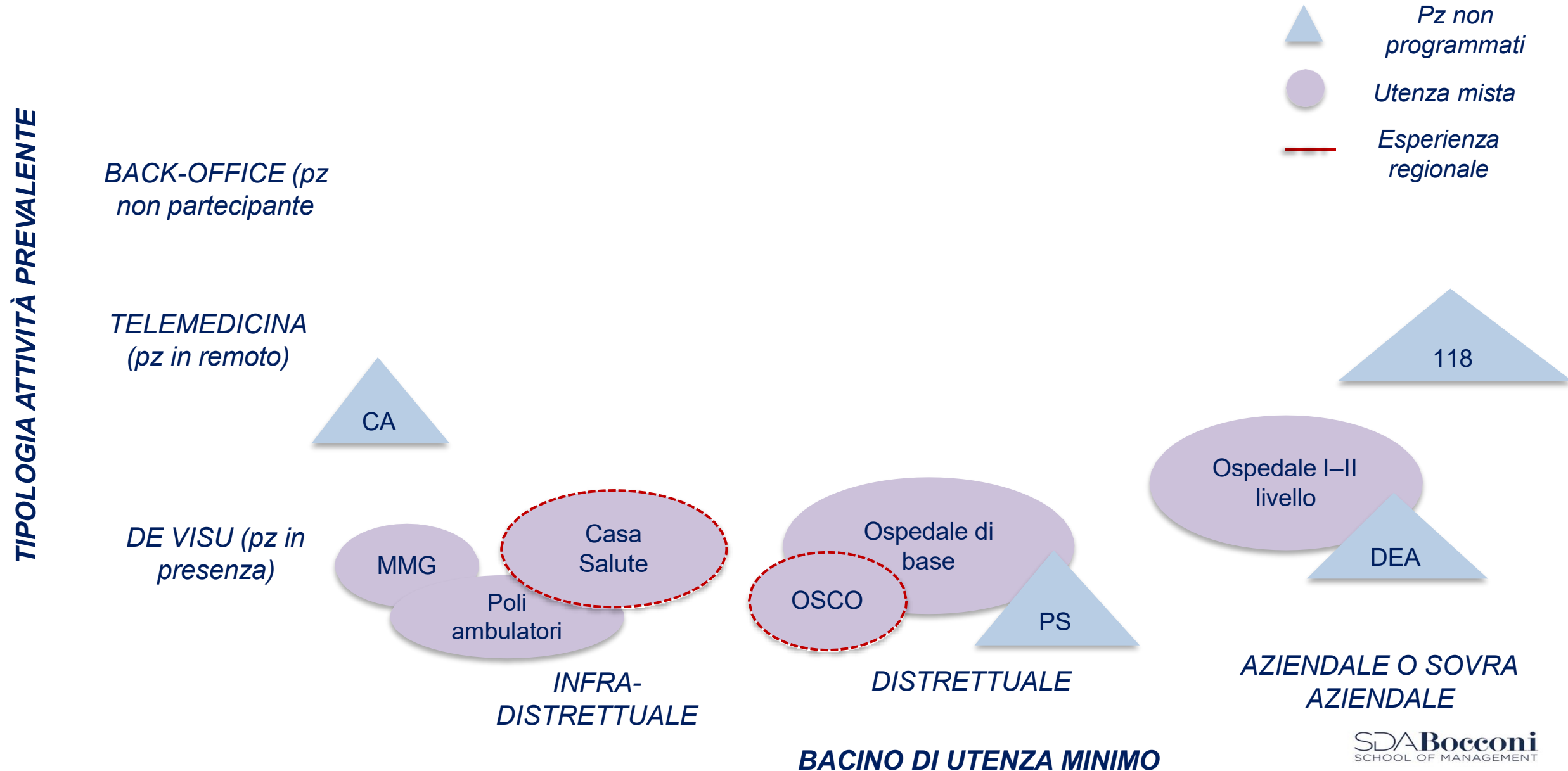
- Non adeguamento delle risorse economiche



**AUMENTO INACCETTABILE TEMPI ATTESA DELLE VISITE CONTROLLO!!!**



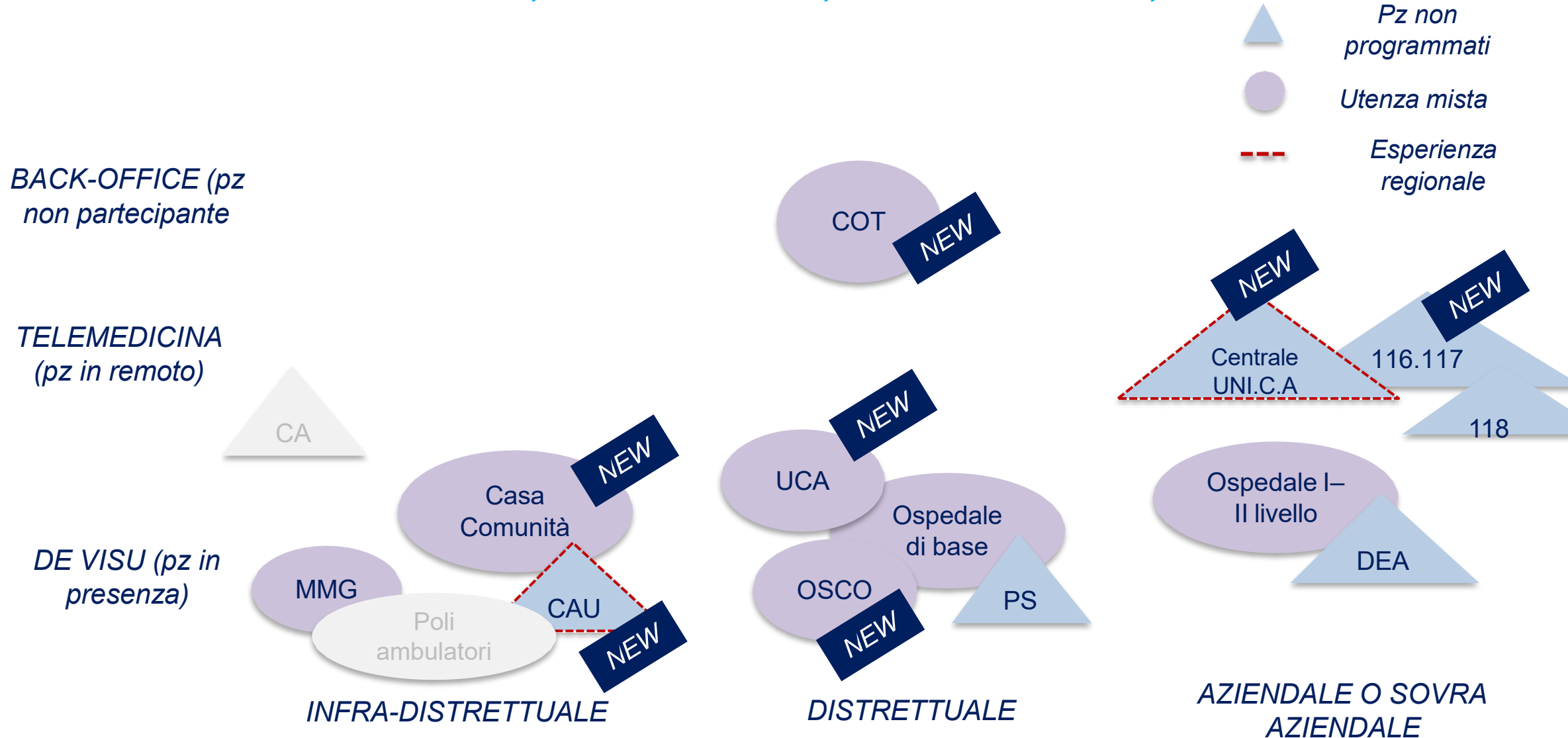
# COM'ERA STRUTTURATA L'OFFERTA PUBBLICA DI SERVIZI SANITARI PRE DM 77?



# COME SI STA DELINEANDO L'OFFERTA PUBBLICA?

**DIFFUSIONE ESPERIENZE REGIONALI, SEGMENTAZIONE, CONCENTRAZIONE, DIGITALIZZAZIONE**

TIPOLOGIA ATTIVITÀ PREVALENTE



**BACINO DI UTENZA MINIMO**

# Le Case della Comunità in Lombardia: un'indagine

Un contributo di Alessandro Nobili, Angelo Barbato, Giuseppe Remuzzi a nome del Gruppo di Lavoro Progetto Case della Comunità Lombardia

Tabella 1. Distribuzione nelle ASST e bacino di utenza delle Case della Comunità previste in Lombardia

| ASST                      | Residenti | CdC Previste | Bacino di utenza medio |
|---------------------------|-----------|--------------|------------------------|
| Bergamo Est               | 387.000   | 11           | 35.200                 |
| Bergamo Ovest             | 475.000   | 4            | 118.800                |
| Brianza*                  | 870.000   | 17           | 51.200                 |
| Crema                     | 160.000   | 2            | 80.200                 |
| Cremona                   | 191.000   | 2            | 95.600                 |
| Fatebenefratelli Sacco    | 755.000   | 11           | 68.600                 |
| Franciacorta              | 270.000   | 6            | 45.000                 |
| Garda                     | 380.000   | 7            | 54.300                 |
| Lariana                   | 578.000   | 11           | 52.500                 |
| Lecco                     | 334.000   | 8            | 41.700                 |
| Lodi                      | 233.000   | 5            | 46.600                 |
| Mantova                   | 405.000   | 9            | 36.800                 |
| Melegnano e Martesana     | 654.000   | 10           | 65.400                 |
| Niguarda                  | 184.000   | 3            | 61.500                 |
| Nord Milano               | 266.000   | 6            | 44.300                 |
| Ovest Milanese            | 467.000   | 9            | 51.900                 |
| Papa Giovanni XIII        | 245.000   | 5            | 40.900                 |
| Pavia**                   | 546.000   | 11           | 49.600                 |
| Rhodense                  | 486.000   | 9            | 54.000                 |
| Santi Paolo e Carlo       | 452.000   | 5            | 90.400                 |
| Sette Laghi               | 449.000   | 9            | 49.900                 |
| Spedali Civili di Brescia | 508.000   | 10           | 50.800                 |
| Valcamonica               | 101.000   | 7            | 14.400                 |
| Valle Olona               | 440.000   | 11           | 40.000                 |
| Valtellina e Alto Lario   | 237.000   | 7            | 33.900                 |

risultati della seconda fase del progetto di ricerca e analisi dei modelli organizzativi delle Case della Comunità (CdC) in Lombardia, promosso dal Dipartimento di Politiche per la Salute dell’Istituto Mario Negri

L’ultimo Piano Operativo della Regione Lombardia, approvato con [delibera XII/2562 del 17.6.2024](#), ha previsto entro il 2026 l’attivazione di 195 CdC

Tabella 2. Principali indicatori organizzativi delle Case della Comunità Hub e Spoke

| Indicatore                                        | Valore nelle CdC analizzate |                         |                  |                         |
|---------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|
|                                                   | CdC Hub (N=91)              |                         | CdC Spoke (N=14) |                         |
|                                                   | N*                          | Valore**                | N*               | Valore**                |
| Presenza Punto unico di accesso (PUA)             | 90                          | 99%                     | 12               | 86%                     |
| N° Giorni/settimana apertura PUA                  | 87                          | 5 (5-6); 4.7 (1.6)      | 9                | 5 (2.5-5); 4.1 (1.7)    |
| N° Ore/settimana apertura PUA                     | 87                          | 33 (16-36); 30.1 (18.0) | 9                | 33 (20-38); 31.6 (18.4) |
| N° Ore/die apertura PUA                           | 87                          | 6 (5-7); 6.1 (2.3)      | 9                | 7 (7-10); 7.7 (2.7)     |
| Responsabile nominato                             | 72                          | 79.1%                   | 9                | 64.3%                   |
| Funzioni di programmazione/coordinamento          | 91                          | 87%                     | 13               | 92%                     |
| Incontri programmati                              | 79                          | 88%                     | 8                | 87%                     |
| Definizione territorio                            | 79                          | 91%                     | 11               | 90%                     |
| Presenza MMG in CdC                               | 91                          | 33%                     | 13               | 77%                     |
| N° MMG presenti                                   | 30                          | 2 (1-5); 3.1 (2.2)      | 10               | 4 (2-5); 3.6 (1.7)      |
| N° ore/die presenza MMG                           | 27                          | 5 (3-10); 6.3 (3.5)     | 8                | 7 (4-8); 6.1 (2.8)      |
| Preservato rapporto fiduciario                    | 29                          | 83%                     | 10               | 100%                    |
| Visite se medico curante non presente             | 27                          | 33%                     | 10               | 60%                     |
| Mantenuto proprio ambulatorio esterno             | 27                          | 44%                     | 10               | 80%                     |
| Presenza IFeC                                     | 91                          | 100                     | 13               | 100%                    |
| N° IFeC presenti                                  | 87                          | 9 (5-14); 10.3 (7.2)    | 12               | 6 (3-7); 5.5 (3.1)      |
| Infermieri e MMG lavorano in equipe               | 26                          | 92%                     | 10               | 90%                     |
| Presenza in CdC servizio continuità assistenziale | 65                          | 84%                     | 10               | 90%                     |
| Assistenza domiciliare gestita da IFeC della CdC  | 90                          | 88%                     | 10               | 77%                     |
| ADI gestita da enti esterni                       | 90                          | 60%                     | 13               | 62%                     |
| Presenza Unità di Valutazione Multidimensionale   | 72                          | 85%                     | 7                | 71%                     |
| Presenza Ambulatori Specialistici                 | 91                          | 95%                     | 13               | 85%                     |
| N° specialità presenti                            | 86                          | 12 (9-15); 11.5 (4.2)   | 11               | 5 (3-10); 5.8 (4.4)     |
| Possibilità di prenotazioni prioritarie           | 76                          | 32%                     | 8                | 30%                     |

|                                               |    |                    |    |                    |
|-----------------------------------------------|----|--------------------|----|--------------------|
| Possibilità di consulti tra MMG e specialisti | 76 | 41%                | 8  | 50%                |
| Presenza strumentazione diagnostica di base   | 86 | 77%                | 13 | 77%                |
| N° strumentazione diagnostica di base         | 70 | 4 (2-5); 3.6 (1.4) | 10 | 2 (2-3); 2.2 (0.6) |
| Servizi Sociali Comunali presenti             | 91 | 21%                | 14 | 29%                |
| Volontariato e terzo settore nella CdC        | 91 | 21%                | 14 | 7%                 |
| Sale riunioni disponibili per cittadini       | 88 | 64%                | 13 | 29%                |

\*numero di CdC in cui è stato possibile rilevare l'indicatore.

\*\*percentuale di CdC in cui l'indicatore ha mostrato che il requisito era soddisfatto e in quale misura.

- quadro eterogeneo in termini di organizzazione, qualità dei servizi e risorse umane
- strutture già esistenti, soprattutto poliambulatori, e sono spesso il frutto di una riorganizzazione di servizi già precedentemente disponibili
- scarsa integrazione con il territorio...**MA**

situazione attuale è migliorata rispetto alla prima rilevazione (2023) sebbene nessuna delle CdC risponda pienamente ai requisiti previsti dagli standard regionali e nazionali, molte ne soddisfano almeno la maggior parte, tra cui l'attivazione del Punto Unico di Accesso, la presenza di nuove figure professionali come gli infermieri di famiglia e comunità, la disponibilità del servizio di continuità assistenziale, dell'assistenza domiciliare e degli ambulatori specialistici.

# Mandato dopo DM77/22: nuovo POAS, riorganizzazione tra ospedale e territorio 2023

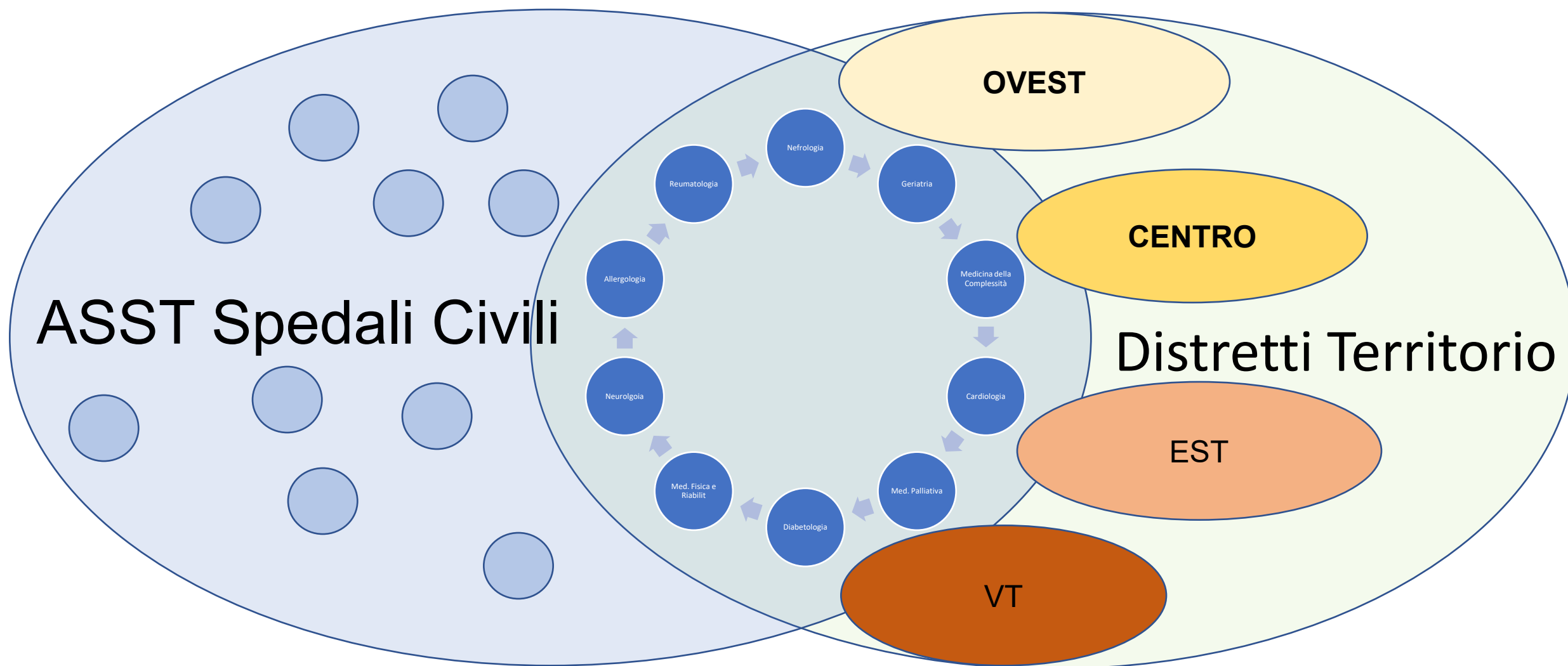


**S.C. MEDICINA GENERALE DIABETOLOGIA**  
**DIPARTIMENTO DI CONTINUITA' DI CURA E FRAGILITA'**  
Direttore f.f. Dott.ssa Angela Girelli  
P.le Spedali civili, 1 – 25123 Brescia Tel. 030/3995514 – fax  
030/3996068 [diabetologia@asst-spedalicivili.it](mailto:diabetologia@asst-spedalicivili.it)

**SC Medicina Generale – Diabetologia**  
**Dipartimento di Continuità di Cura e Fragilità**  
**Asst Spedali Civili Di Brescia**

**LA COSTRUZIONE DEL POLO DIABETOLOGICO  
NELLE CASE DI COMUNITA'**

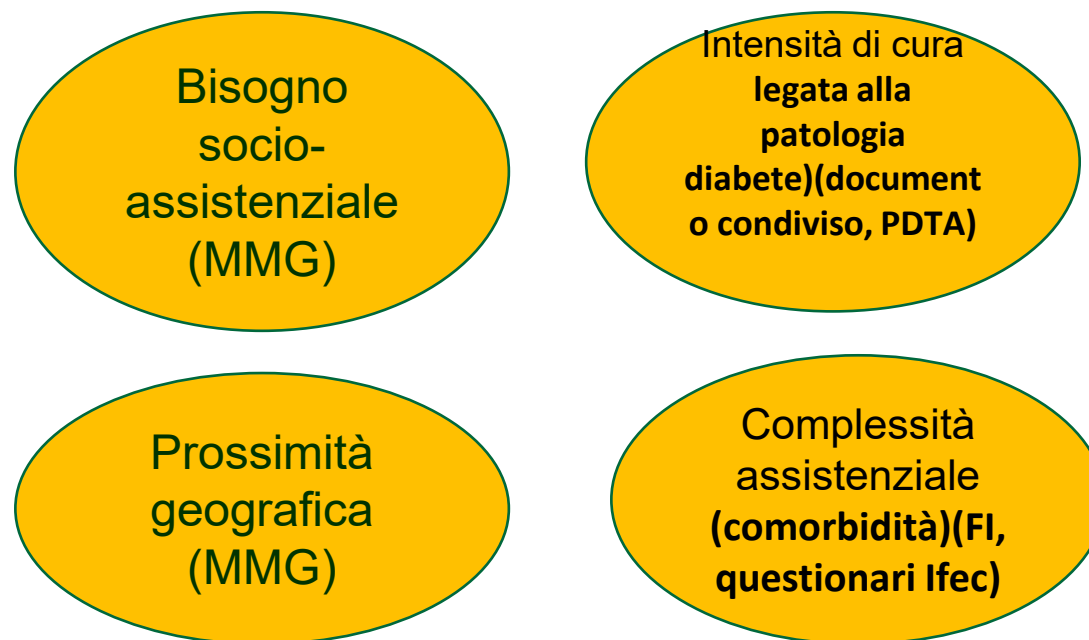
# La nuova organizzazione: un modello da costruire



## Documento di stratificazione dei pazienti diabetici di tipo 2 tra ospedale e territorio, secondo gli obiettivi della missione 6 del PNRR

2024

- Studio del territorio, della popolazione e della distribuzione rispetto ai vari distretti
- Identificati i criteri per la stratificazione della popolazione:



- Utilizzo strumenti digitali
- Pianificazione delle risorse

| BASSA INTENSITÀ DI CURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | MEDIA INTENSITA' DI CURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ALTA INTENSITÀ DI CURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diabete mellito di tipo 2 in compenso adeguato in base alle caratteristiche del paziente;</li> <li>-Diabete mellito in stabilità clinica, in assenza di ipoglicemie con adeguata gestione e assistenza strutturata;</li> <li>-Uso di farmaci a basso rischio ipoglicemico/terapie innovative o solo terapia nutrizionale;</li> <li>- Assenza di complicanze attive o significative comorbidità</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabete mellito di tipo 2 all'esordio;</li> <li>- Diabete mellito tipo 2 in compenso metabolico non adeguato in base alle caratteristiche del paziente;</li> <li>- Diabete mellito in compenso non stabile o in presenza di ipoglicemie;</li> <li>- Uso di farmaci ad alto rischio ipoglicemico o in terapia insulinica basale;</li> <li>- Presenza di complicanze stabili senza riacutizzazioni da almeno 2 anni e in regolare follow-up specialistico;</li> <li>- Pazienti in terapia insulinica multiniettiva stabili e senza complicanze evolutive</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabete mellito di tipo 2 scompensato (HbA1c &gt;9%)</li> <li>-Esordio di DMT2 scompensato</li> <li>- Diabete tipo 1</li> <li>- Donne in gravidanza con diabete mellito o diabete pre gestazionale</li> <li>- Pazienti in terapia insulinica multiniettiva non stabili/non a target</li> <li>- Pazienti utilizzatori di microinfusori per insulina</li> <li>-Presenza di complicanze attive (IRC/dialisi/uremici, cardiopatia ischemica, piede diabetico con lesioni)</li> </ul> |

#### Definizioni e Legenda dei Criteri per l'assegnazione alla classe di Intensità di Cura

Compenso glicometabolico adeguato/non adeguato: si definisce sulla base degli obiettivi di cura fissati dallo specialista durante la prima valutazione al Centro diabetologico, in accordo agli Standard di cura SID-AMD<sup>12</sup>

Compenso glicometabolico stabile/non stabile: si definisce quando siano stati raggiunti gli obiettivi di cura e siano mantenuti per un periodo superiore a 2 anni

Farmaci a basso rischio ipoglicemico: metformina, SGLT2 inibitori, GLP1RA, DPP4 inibitori, pioglitazone, acarbosio

Farmaci ad alto rischio ipoglicemico: sulfoniluree, glinidi e insulina

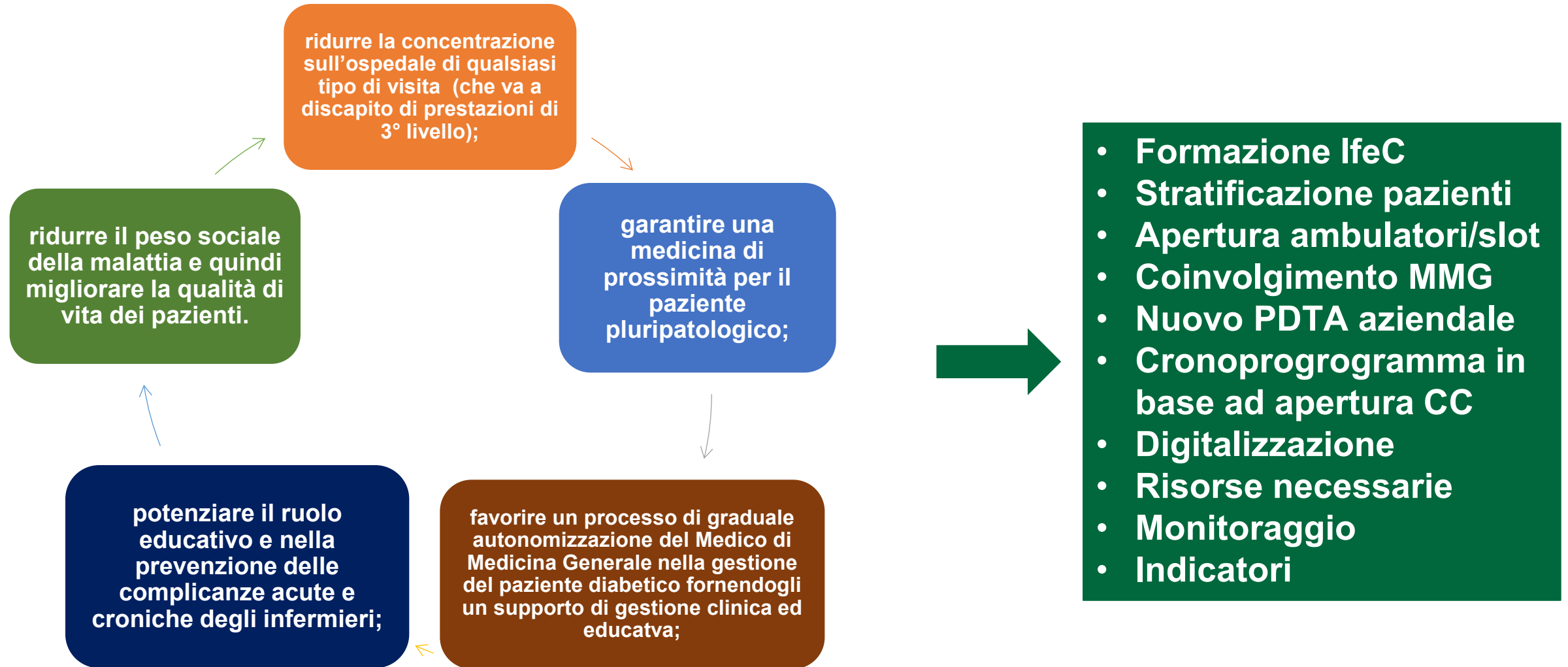
La popolazione diabetica nota viene stratificata in base ai criteri precedentemente descritti. I pazienti a **bassa e media intensità di cura** sono inseriti nei percorsi presso le CdC.

I pazienti ad **alta intensità di cura** sono inseriti nei percorsi presso i servizi di diabetologia ospedalieri. I pazienti di tipo 1 saranno inviati al Presidio diabetologico Hub per le tecnologie avanzate. Ad ogni visita di controllo, in base alle condizioni del paziente, verrà effettuata una rivalutazione del grado di intensità di cura per la nuova eventuale assegnazione di percorso.

# Tipologie di prestazioni erogabili in presenza in CdC

| Pazienti per cui il MMG chiede una consulenza/presa incarico transitoria (esempi)     | Pazienti con presa in carico da parte del diabetologo della casa di comunità            | Pazienti con diabete T2 e bisogno educativo all'autogestione | Pazienti con diabete gestazionale |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| DMT2 per cui il MMG ritiene abbia bisogno inizio insulina basale                      | DMT2 con complicanze stabili da monitorare per terapia cardio/nefroprotettiva           | Diabete mellito di tipo 2 di neo diagnosi                    | ?                                 |
| DMT2 con HbA1c in peggioramento con complicanze non evolutive                         | DMT2 anziani, pluripatologici                                                           | Paziente DMT2 con bisogno per l'autogestione                 |                                   |
| DMT2 candidabile a terapie innovative per cui il MMG chiede parere                    | DMT2 con compenso non adeguato/ipoglicemie                                              |                                                              |                                   |
| Scompenso metabolico acuto in DMT2                                                    | Pazienti in terapia insulinica che presentino una condizione di non stabilità glicemica |                                                              |                                   |
| Pazienti in terapia insulinica basal bolus da verificare per eventuale uso tecnologia |                                                                                         |                                                              |                                   |
| Necessità di modifiche della terapia alla luce delle LG Ministeriali                  |                                                                                         |                                                              |                                   |

# L'organizzazione dell'attività diabetologica presso le Case di Comunità rappresenta l'unica soluzione per:



# La visione progettuale ed il governo della riorganizzazione a livello aziendale

## OSPEDALE

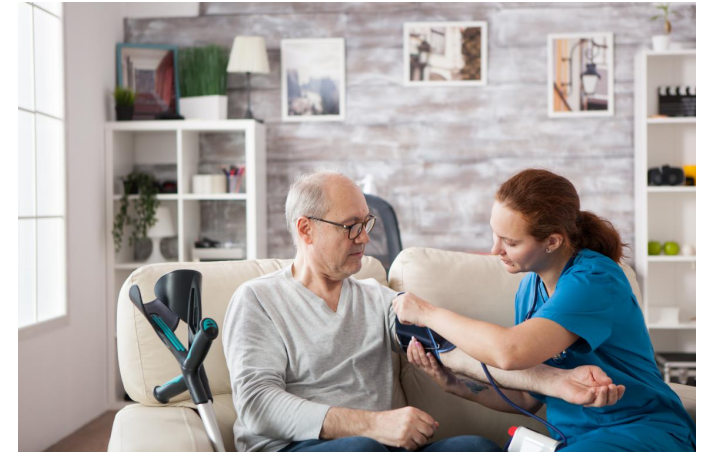
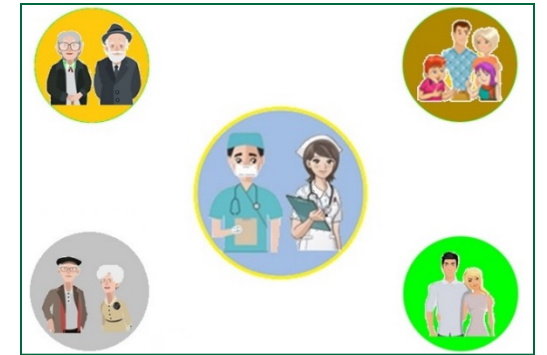
- Ottimizzazione attività paziente ricoverato (nuova PA)
- Attività Ambulatoriale:
  - Uso tecnologia: digitalizzazione, sistemi di IA per monitoraggio in remoto, «Virtual Clinic»;
  - Pazienti ad alta intensità di cura:
    - Diabete Tipo 1
    - Diabete tipo in pancreas artificiale
    - Piede diabetico (**PDTA AZIENDALE**)
    - Transizione (modellistica aziendale)
    - Gravidanza
    - Diabete tipo 2 ad alta complessità clinica, con complicanze evolutive che necessita di approcci multidisciplinare e multiprofessionale
- Attività di ricerca clinica: tecnologie e farmaci ma anche modelli/soluzioni organizzative nuove
- **IMMUNOTERA**

## TERRITORIO

- Proseguire nell'implementazione dei progetti di **TELEMEDICINA** (televisita, Teleconsulto, Help Desk per medici ed infermieri, Telemonitoraggio, Teleassistenza)
- Cronoprogramma in base apertura case di comunità
- Formazione IfeC
- Coinvolgimento MMG
- Stratificazione dei pazienti per redistribuzione in funzione di:
  - Prossimità
  - Intensità di cura
  - Bisogno socio assistenziale
- Ridistribuzione Pazienti
- Valutazione risorse necessarie
- Monitoraggio indicatori processo intermedio

# Attività Infermieristica in CdC e a Domicilio

- Tutti i pazienti diabetici a bassa intensità di cura proseguiranno le valutazioni cliniche presso il MMG e accederanno a percorsi individuali di educazione terapeutica strutturata svolti dagli Infermieri della CdC e a percorsi dedicati all'alimentazione svolti dai dietisti, con agende dedicate. È prevista per gli infermieri una fase di formazione per le attività di monitoraggio e screening per piede diabetico, lipodistrofia, ipoglicemia, terapia iniettiva.
- Prevenzione primaria piede
- Attività di supporto al MMG con verifica periodica di gestione dell'autocontrollo/sensore; alimentazione, aderenza alla terapia, esecuzione esami di follow up, ecc
- ADI



## Approccio «One Health»

- Salute individuale e collettiva
- Approccio sistemico , capillare, collaborativo e partecipativo
- promozione comunitaria alla salute e welfare generativo

## Modello intervento integrato multidisciplinare

- Assistenza primaria, PLS, specialisti
- IfeC
- Assistenti sociali, Psicologi, ostetrici, dietisti...

## Interoperabilità

- FSE
- Televisita, telemonitoraggio, teleconsulo
- Telenursing
- Teleoftalmologia
- ...

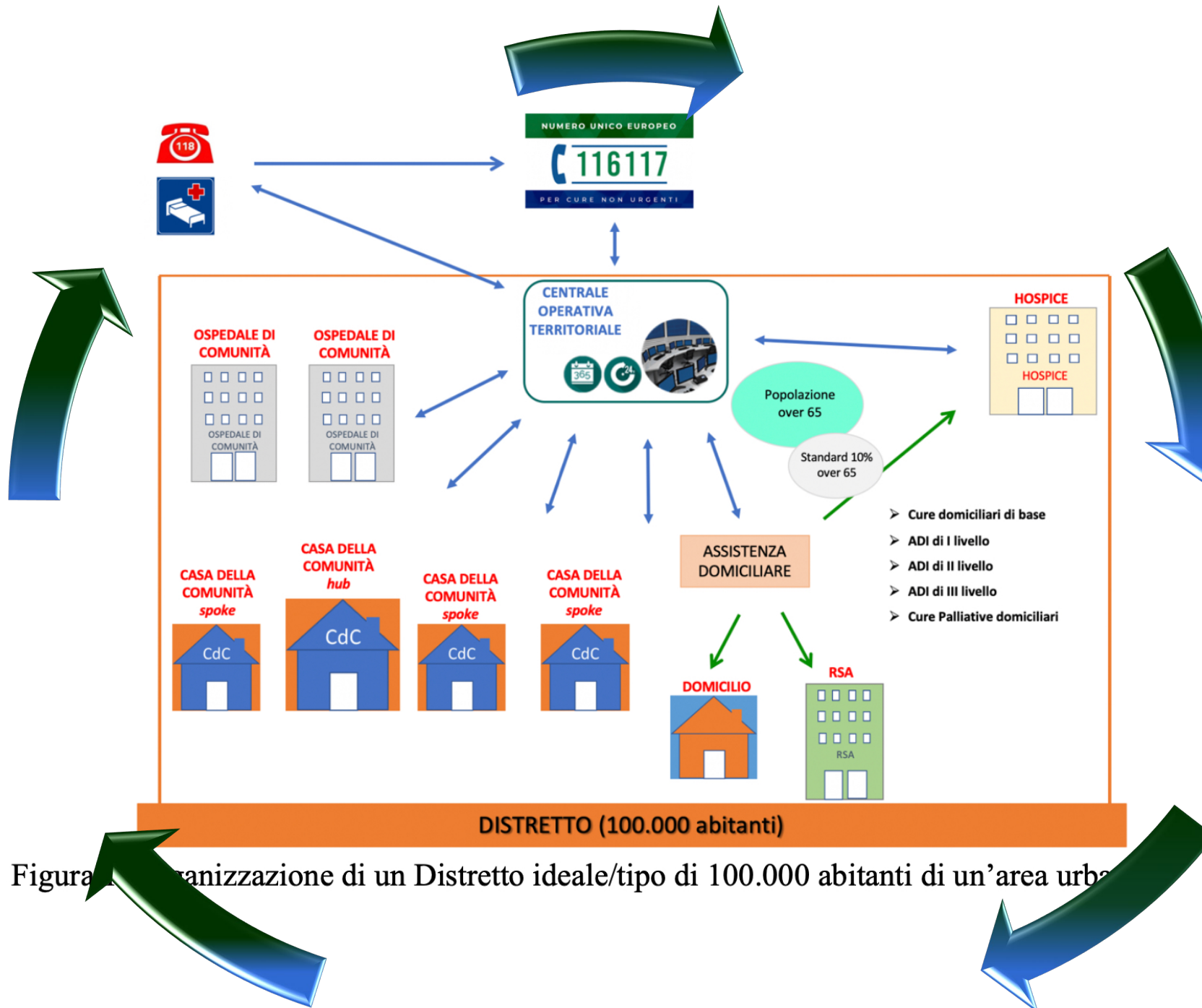
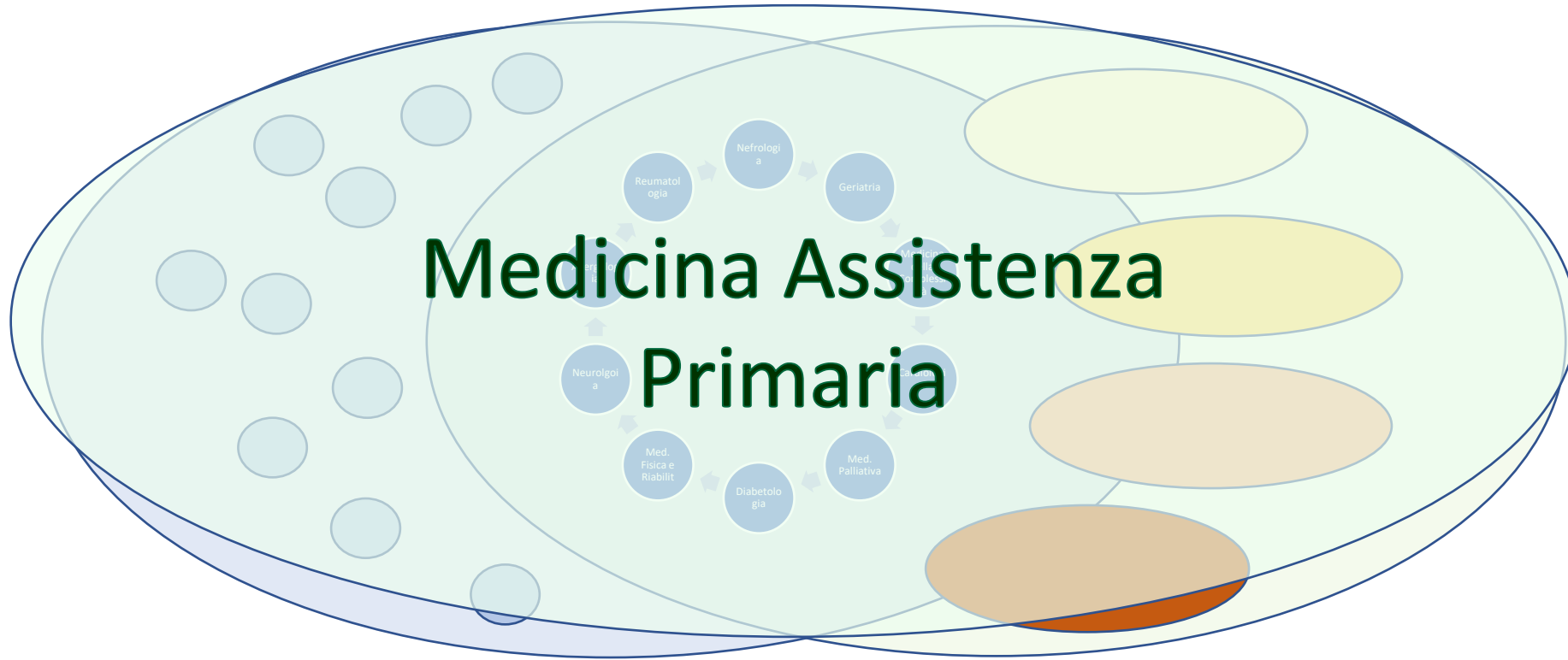


Figura 1. Organizzazione di un Distretto ideale/tipo di 100.000 abitanti di un'area urbana

# PROSPETTIVE E PROPOSTE OPERATIVE

- Visione di *primary health care* (rinnovamento culturale, *disease-oriented vs community-oriented*)
- Progetto formativo di team building con i MMG
- Percorsi di formazione continua degli operatori delle Case della Comunità
- Riorganizzazione degli ambulatori specialistici con una visione territoriale in integrazione con medicina assistenza primaria
- Accesso diretto ai servizi principali delle Case della Comunità (prime visite)
- Integrazione dei consultori con le Case della Comunità (diabete gestazionale?)
- Valorizzazione di altre figure professionali coinvolti in vari aspetti della malattia diabetica (dietiste, ortottisti, psicologi, laureati in scienze motorie...)
- Potenziamento attività da remoto
- ....

# CONCLUSIONI



Presidio Ospedaliero  
di Brescia

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Spedali Civili

*Grazie per l'attenzione*