



L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

Gruppo **INPATIENT**



Gruppo INPATIENT (2013-2015)

COORDINATORE	SURACI	CONCETTA
COMPONENTE	CERIELLO	ANTONIO
COMPONENTE	CHIARAMONTE	FRANCESCO
COMPONENTE	CLEMENTI	LINA
COMPONENTE	MANICARDI	VALERIA
COMPONENTE	MARELLI	GIUSEPPE
COMPONENTE	MUSACCHIO	NICOLETTA
COMPONENTE	PONZIANI	MARIA CHANTAL
COMPONENTE	SFORZA	ALESSANDRA
CONSULENTE ESTERNO	LANZETTA	ROSARIO
CONSULENTE ESTERNO	STAGNO	GAUDENZIO
DAIF	DE MONTE	ARIELLA
DAIF	LEONCAVALLO	ANNA RITA

Gruppo Diabete in Ospedale 2011-2013

Note: Composizione del gruppo INPATIENT (2013-2015)
Composizione del gruppo Diabete in Ospedale (2011-2013)

COORDINATORE	SURACI	CONCETTA
COMPONENTE	DE FRANCESCO	CARMELO
COMPONENTE	MANGONE	IDA
COMPONENTE	MICHELINI	MASSIMO
COMPONENTE	MORVIDUCCI	LELIO
COMPONENTE	PATRONE	MAURIZIO
COMPONENTE	PELLIGRA	ILARIA
CONSULENTE ESTERNO	BORZI'	VITO
CONSULENTE ESTERNO	CUNSOLO	ROSARIO
CONSULENTE ESTERNO	LANZETTA	ROSARIO
CONSULENTE ESTERNO	MAFFETTONE	ADA
CONSULENTE ESTERNO	MANICARDI	VALERIA
CONSULENTE ESTERNO	MARELLI	GIUSEPPE
CONSULENTE ESTERNO	PACIOTTI	VINCENZO
CONSULENTE ESTERNO	ANTONELLI	ANTONIO
CONSULENTE ESTERNO	BOTTA	AMODIO
CONSULENTE ESTERNO	SALOMONE	ENRICA
CONSULENTE ESTERNO	SFORZA	ALESSANDRA
REFERENTE CDN	PONZIANI	MARIA CHANTAL

Definire il profilo del diabetologo nei vari contesti d'assistenza

SENATO DELLA REPUBBLICA
XVI LEGISLATURA

Doc. XVII
n. 16

DOCUMENTO APPROVATO DALLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

nella seduta del 4 ottobre 2012

Nel corso delle audizioni svolte non sono stati presentati dati aggiornati e diffusi sulla qualità dell'assistenza diabetologica fornita in Italia alla persona con diabete in ricovero ospedaliero. Si ha l'impressione che la **volontà di «despecializzare» e «deospedalizzare» il percorso di cura del diabete sia giunta al paradosso di dimenticare che comunque il rapporto fra diabetico ed ospedale non possa essere completamente eliminato anche in un ipotetico mondo ideale.**

SULLA PATOLOGIA DIABETICA IN RAPPORTO AL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE ED ALLE CONNESSIONI CON LE
MALATTIE NON TRASMISSIBILI

(Articolo 48, comma 6, del Regolamento)



Ministero della Salute

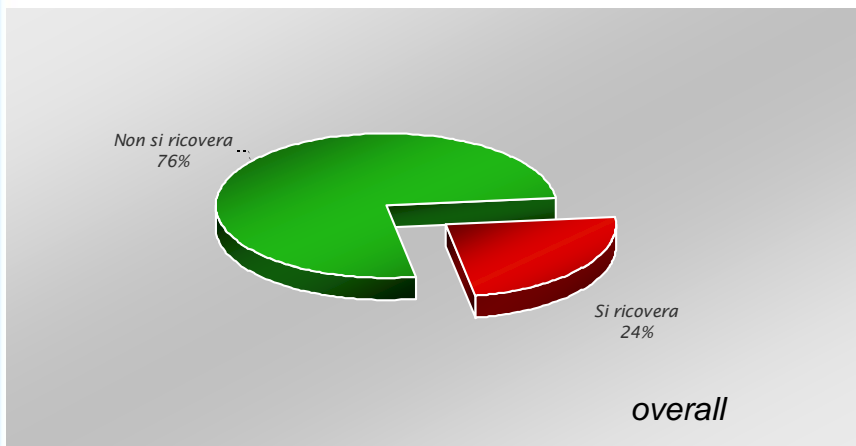
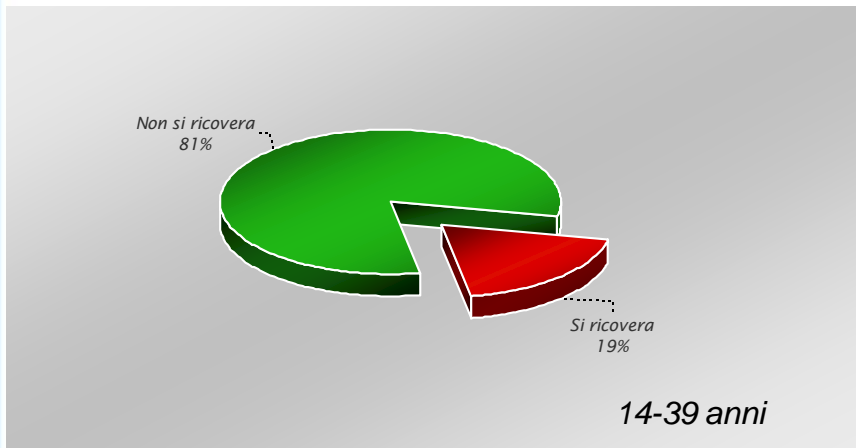
DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

..... 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.**

Piano sulla malattia diabetica

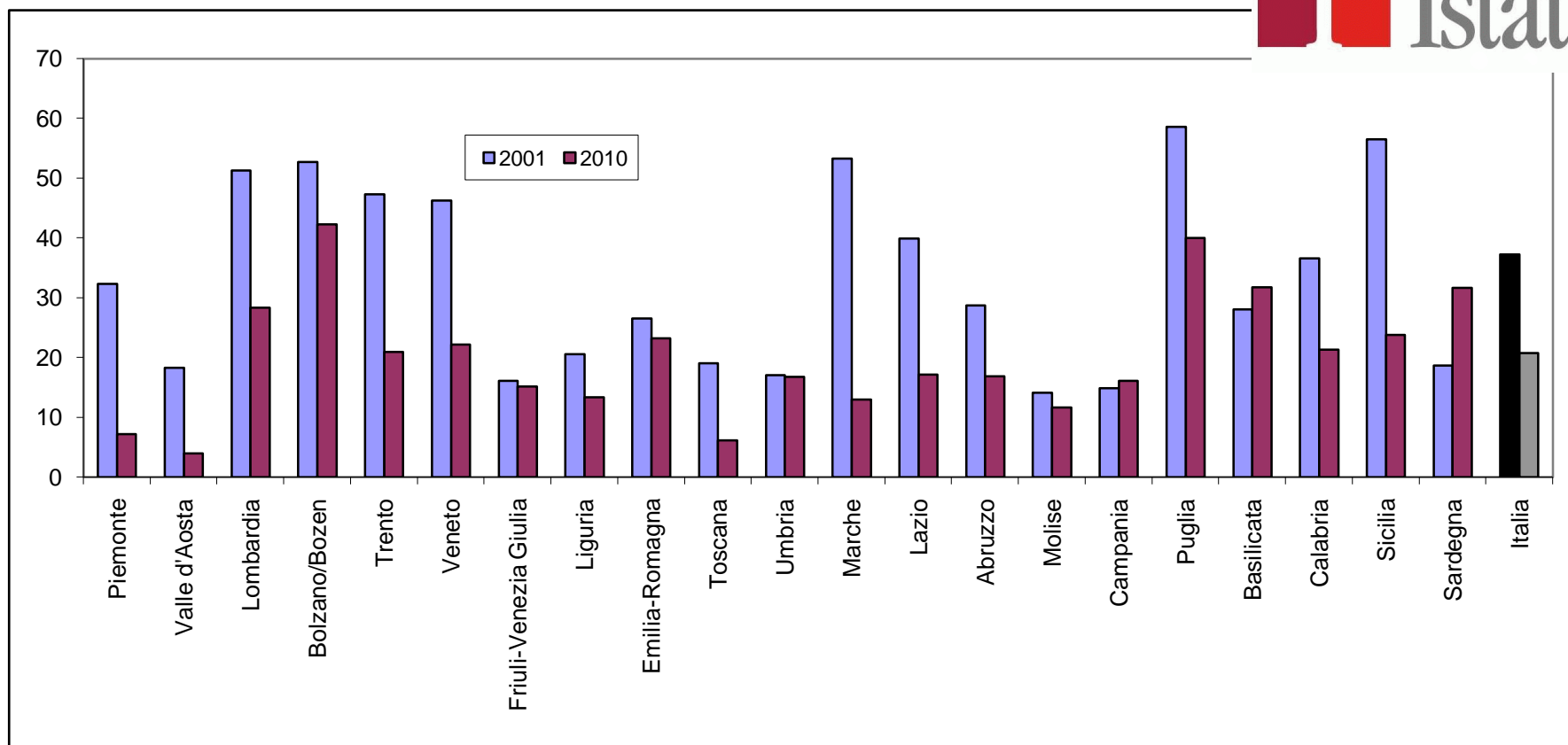
Ogni anno una persona su 4/5 con diabete si ricovera



The burden of hospitalization related to diabetes mellitus: A population-based study

G. De Berardis ^a, A. D'Ettoire ^a, G. Graziano ^a, G. Lucisano ^a, F. Pellegrini ^{a,f}, S. Cammarota ^b, A. Citarella ^b, C.A. Germinario ^c, V. Lepore ^a, E. Menditto ^b, A. Nicolosi ^d, F. Vitullo ^{a,e}, A. Nicolucci ^{a,*}, for the DADA (Diabetes Administrative Data Analysis) Study Group

Anche se i ricoveri ospedalieri nei diabetici si riducono



Tassi di ospedalizzazione standardizzati per età (18 anni e oltre) per 100.000 abitanti per diabete non controllato senza complicanze – Anni 2001 e 2010

Diabete: crollano i ricoveri per le complicanze acute - 51% in dieci anni

Table 2. Hospital admission rates for acute diabetic complications in Italy, 2001–2010.

	Acute diabetic complications			Acute hyperglycemic complications			Hypoglycemic coma		
	N	rate/100,000 residents*	rate/1,000 diabetic people (95% CI)	n	rate/100,000 residents*	rate/1,000 diabetic people (95% CI)	n	rate/100,000 residents*	rate/1,000 diabetic people (95% CI)
2001	32,096	56.3	14.4 (13.8–15.1)	30,302	53.2	13.6 (13.1–14.3)	1,794	3.1	0.81 (0.84–0.77)
2002	30,304	53.1	13.7 (13.1–14.3)	28,546	50.0	12.9 (12.4–13.5)	1,758	3.1	0.80 (0.76–0.83)
2003	30,072	51.7	13.5 (12.9–14.1)	28,457	49.0	12.7 (12.2–13.3)	1,615	2.8	0.72 (0.69–0.76)
2004	27,694	46.9	11.9 (11.3–12.4)	26,202	44.4	11.2 (10.7–11.7)	1,492	2.5	0.64 (0.61–0.67)
2005	26,861	44.7	11.0 (10.5–11.6)	25,395	42.3	10.4 (9.9–10.9)	1,466	2.4	0.60 (0.57–0.63)
2006	26,512	43.5	10.2 (9.7–10.7)	25,067	41.2	9.6 (9.2–10.1)	1,445	2.3	0.56 (0.53–0.58)
2007	25,177	40.7	9.3 (8.9–9.7)	23,714	38.4	8.7 (8.4–9.1)	1,463	2.3	0.54 (0.52–0.56)
2008	24,732	39.3	8.6 (8.3–9.0)	23,361	37.2	8.2 (7.8–8.5)	1,371	2.1	0.48 (0.46–0.50)
2009	22,052	34.5	7.7 (7.3–8.0)	20,777	32.6	7.2 (6.9–7.5)	1,275	1.9	0.44 (0.42–0.46)
2010	20,874	32.4	7.1 (6.8–7.4)	19,707	30.6	6.7 (6.4–7.0)	1,167	1.7	0.39 (0.38–0.41)
Δ%**		-42.5	-51.1		-42.4	-51.1		-45.1	-51.7

*Standardized by age and gender on 2001 Italian population.

**Relative percentage variation from 2001 to 2010.

Temporal Trend in Hospitalizations for Acute Diabetic Complications: A Nationwide Study, Italy, 2001–2010

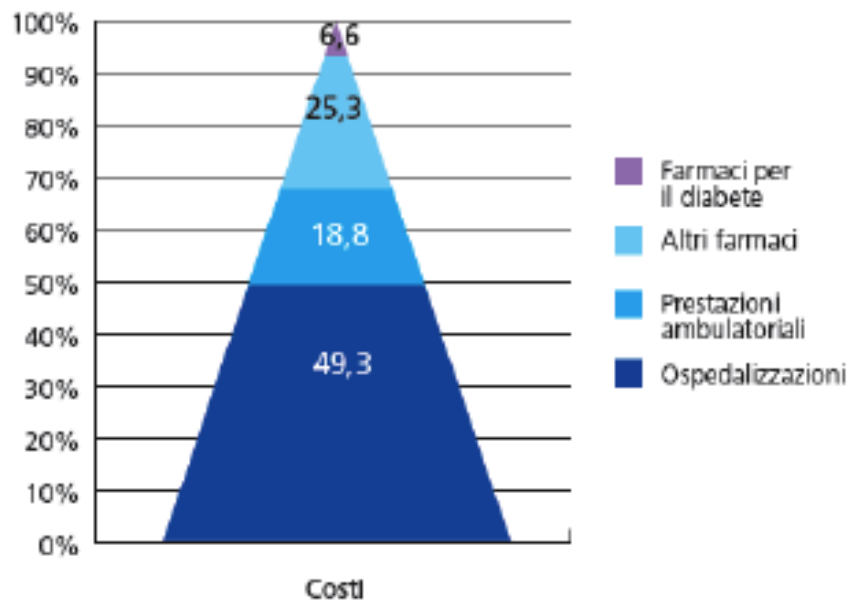
Flavia Lombardo, Marina Maggini, Gabriella Gruden, Graziella Bruno

PLOS ONE- 2013, 8: e63675

Firenze – Hotel Mediterraneo – 16 Gennaio 2014

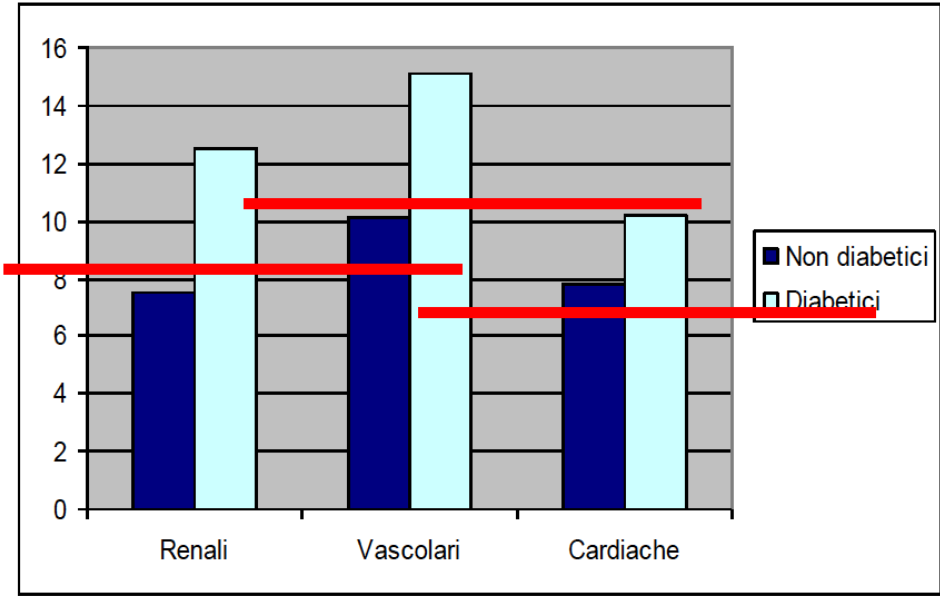
Note: Meno ricoveri per complicanze acute per efficienza/efficacia rete diabetologica; Inoltre è prova di buon intervento delle diabetologia (educazione del paziente, azione sull' illness)

Fattori che contribuiscono ai costi sanitari diretti per il diabete (Osservatorio ARNO)



	2006	2010
Farmaci per il diabete	170	171
Altri farmaci	527	643
Prestazioni ambulatoriali	488	373
Ricoveri ospedalieri	1274	1569
Totale	2589	2756

Effetti della presenza di diabete sulla degenza media ospedaliera per alcune cause di ricovero E DELLA PRESENZA DI UN S. DI DIABETOLOGIA



Giorda et al. Diabetic Medicine, 2006

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

La struttura specialistica di Diabetologia Ospedaliera si fa carico della costruzione dei percorsi assistenziali con il Pronto Soccorso, il DH, il Day Service, i Reparti di degenza medica e chirurgica

- per garantire alle persone con diabete i trattamenti appropriati alla situazione clinica e la continuità di cura
-è fondamentale che in ogni presidio sia attiva una Struttura Diabetologica (team) intraospedaliera
- nelle realtà periferiche ove non sussista tale struttura, la funzione deve essere garantita con consulenza esterna o con specifica formazione di medici di area medica (internisti, geriatri) e di infermieri dell'organico

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

- Percorso pre-operatorio del paziente diabetico.
- Accesso dei pazienti Diabetici in Pronto soccorso e gestione dei percorsi.
- Assistenza al paziente diabetico ricoverato
- Dimissione “protetta” o presa in carico pre-dimissione

Gruppo INPATIENT obiettivo generale

Produrre e diffondere materiali e strumenti operativi “validati” per la gestione della persona con diabete nella fase di ricovero in ospedale con l’obiettivo di dare valore all’operato specifico del team diabetologico.

Gruppo INPATIENT obiettivi specifici

1. Produrre strumenti: elaborare i Profili di Cura del soggetto con diabete ricoverato in Ospedale
2. Diffondere materiali e strumenti : eventi formativi di capillarizzazione per regionalizzare il prodotto
3. Verificare l'efficacia degli strumenti: progettare una sperimentazione che permetta di valutare le ricadute della implementazione degli strumenti sul management del paziente diabetico in ospedale
4. Individuare il ruolo del diabetologo (team diabetologico) nell'ospedale per intensità di cure

Confronto-collaborazione con le Direzioni Sanitarie

Note: Gli obiettivi specifici si perseguiranno mediante confronto/condivisione con la Direzioni Sanitarie

**La proposta operativa
del Gruppo INPATIENT**

2014-2015

**Workshop multiprofessionale
per definire il ruolo del
diabetologo nell'ospedale per
intensità di cura**

2014-2016

**Sperimentazione sulla
efficacia/ricaduta della
implementazione dei profili di cura**

2014-2015

Capillarizzazioni regionali

novembre 2012 -
febbraio 2014

Elaborazione Profili di Cura
*(Profilo di cura del paziente ricoverato in
chirurgia, Profilo di cura del paziente in
DEU, Profilo di cura del paziente ricoverato in
cardiologia)*

Gruppo Diabete in Ospedale



Note: 4 steps partendo da quanto ha già fatto il Gruppo Diabete in ospedale

Profili di Cura

Mandato del CDN 2011-2013

Approfondire e dettagliare in percorsi diagnostico terapeutici delineati nel Documento interassociativo AMD-SID sull'assistenza

Nel corso di 3 Workshop interdisciplinari progettati ed erogati nel periodo novembre 2012-ottobre 2013 sono stati **elaborati 3 profili di cura specifici** (Profilo di cura del paziente ricoverato in **chirurgia**, Profilo di cura del paziente in **DEU**, Profilo di cura del paziente ricoverato in **cardiologia**)
I profili, condivisi con le Società Scientifiche, saranno oggetto di eventi formativi per dare continuità dal livello nazionale a quello regionale.

Capillarizzazioni

Capillarizzazioni sui Profili di Cura del diabetico “Inpatient” (area Medica, DEU, Chirurgia, Cardiologia) della durata di un giorno sul territorio, con il coinvolgimento dei team diabetologici, in coordinamento con il Presidente Regionale e/o il gruppo regionale Diabete in Ospedale (se presente), anche in una logica di equità/sostenibilità clinico-organizzativa e formativa.

Progettare una sperimentazione sulla efficacia/ricaduta della applicazione dei Profili di Cura del paziente diabetico in Ospedale.

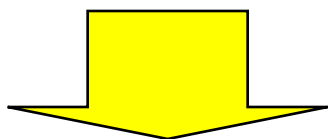
Il progetto è quello di individuare indicatori forti (giornate degenza, ricoveri ripetuti, etc) e verificarli prima e dopo 6-12 mesi di applicazione dei “profili di cura di riferimento” in almeno due Ospedali.

Il progetto sarà condotto in partnership con ANMDO (alcuni componenti del CDN ANMDO hanno già collaborato nei Workshop per l’elaborazione dei profili)

L' **Ospedale per Intensità di Cure** non è più strutturato in unità operative, in base alla patologia e alla disciplina medica, ma è organizzato in aree che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso ed al conseguente livello di complessità assistenziale

Note: Per quanto riguarda la quarta tappa si deve fare riferimento alla evoluzione dell'Ospedale tradizionale verso l'Ospedale per intensità di cura.

L'ospedale di ieri



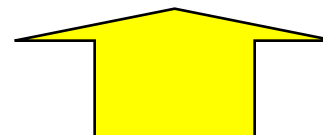
Organizzato intorno al sapere

Cercava l'innovazione e le economie di conoscenza

Adottando la struttura organizzativa basata sull'unità operativa disciplinare

- Utilizzo improprio della struttura organizzativa;
- Rilevanza della variabile economica;
- Progresso della medicina moderna;
- Aspettative del paziente;

- Differenziazione ed autonomia nei percorsi di carriera dei medici e delle altre professioni



L'ospedale del futuro

Organizzato intorno al bisogno

Cerca le economie di scala e di scopo

Adottando una struttura organizzativa basata sull'incrocio tra responsabili di unità **“funzionali”** graduate per intensità e per natura assistenziale e responsabili di aree disciplinari integrate in equipe **multidisciplinari** e **multiprofessionali**

Care-focused o Patient-focused

Integrazione clinica

- Dipartimenti
- Lavoro per team

Integrazione delle risorse

- Condivisione risorse
- Nuovi schemi logistici

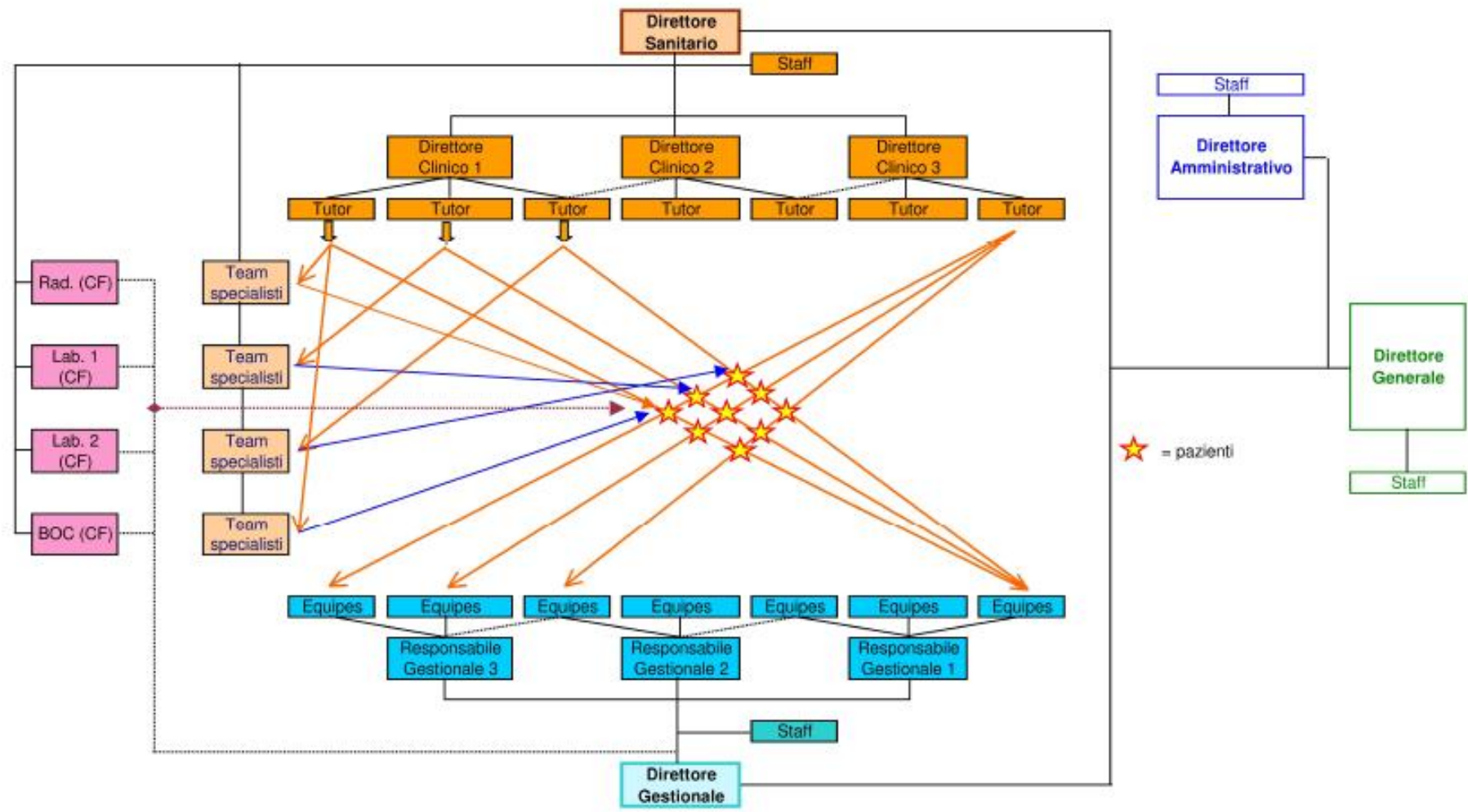
Centralità del paziente

- Logistica con al centro il paziente
- Raggruppamento di pazienti con bisogni omogenei

Coinvolgimento dei professionisti

- Ridisegno di meccanismi organizzativi - i.e. liste di attesa, dimissione ecc.
- Nuovi ruoli

Ipotesi organigramma Nuovo Ospedale Galliera



L'ospedale organizzato per intensità di cure pone le basi per la multidisciplinarietà e per un'assistenza standardizzata.

Consente all'operatore di concentrarsi sulle proprie competenze distintive e di esercitarle in diverse piattaforme logistiche

La vera sfida sull'ospedale per intensità di cure, non è applicare un unico modello "preconfezionato", ma trovare per ogni specifico ospedale (sede o meno di DEA, polispecialistico o meno) l'assetto organizzativo migliore, così da garantire la massima efficienza nell'utilizzo delle degenze, ambulatori, sale operatorie, in base al livello di instabilità clinica e dei bisogni assistenziali dei pazienti.

L'organizzazione ospedaliera tradizionale (in divisioni e unità operative) ha rappresentato fino ad ora l'elemento che più ha garantito la continuità assistenziale nell'iter diagnostico-terapeutico del paziente con una chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità dei professionisti.

Nell'Ospedale per Intensità di Cure deve essere definita con chiarezza la catena delle responsabilità.

**La proposta operativa
del Gruppo INPATIENT**

2014-2014

**Workshop multiprofessionale
per definire il ruolo del
diabetologo nell'ospedale per
intensità di cura**

2014-2016

**Sperimentazione sulla
efficacia/ricaduta della
implementazione dei profili di cura**

2014

Capillarizzazioni regionali

novembre 2012 -
febbraio 2014

Elaborazione Profili di Cura
*(Profilo di cura del paziente ricoverato in
chirurgia, Profilo di cura del paziente in
DEU, Profilo di cura del paziente ricoverato in
cardiologia)*

Gruppo Diabete in Ospedale



Il ruolo del diabetologo nell'ospedale per intensità di cura

Workshop di elaborazione/ condivisione del materiale in ambito multiprofessionale e multidisciplinare.

La sfida è quella di identificare indicatori, metodi e strumenti per applicare correttamente i percorsi delineati anche per assicurare una sostenibile ed appropriata continuità assistenziale tra inpatients e outpatients.

Si cercherà di declinare e sviluppare la sostenibilità, l'equità e l'appropriatezza del materiale prodotto. Il tutto in una ottica di confronto con i decisori istituzionali.

Note: Come si intende a progettare la 4 tappa



1974
ANNO DI FONDAZIONE

grazie