

Il TEAM diabetologico del futuro

Salvatore A. De Cosmo

Department of Medical Sciences

Scientific Institute «CSS», San Giovanni Rotondo (FG)

*“ HAPPY
BIRTHDAY:
Forever young ”*

Innovazione
farmacologica
e tecnologica:
il futuro
della Diabetologia



Torino
Centro Congressi
The Place
Via E. Fenoglioletti, 20

11-12 ottobre
2024

AMD ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGICI 1974-2024
SID Società Italiana di Diabetologia 1964-2024

Torino 11-12 ottobre 2024



Conflitto di Interessi

Il dott. Salvatore A. De Cosmo dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi per letture o partecipazione ad Advisory Board dalle seguenti Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche:

Eli Lilly, Boheringer, Astra-Zeneca, MSD, Sanofi, Novo-Nordisk, Daiichi Sankyo, Bayer, Guidotti.

Il contesto



Le opportunità per l'assistenza diabetologica alla luce del PNRR



Casi totali
4 milioni

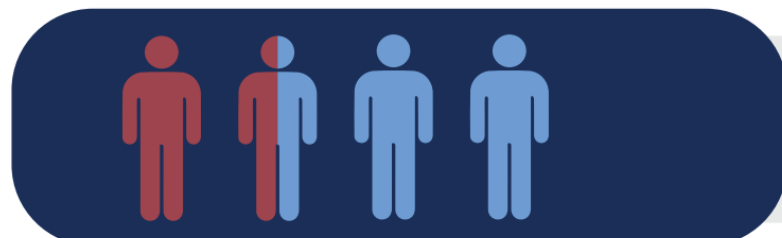
Casi non diagnosticati
1 milione



Casi con malattia cardiovascolare già manifesta
1 milione



Casi con altissimo o alto rischio cardiovascolare
3,6 milioni



Casi con malattia renale
1,2 milioni

Nuovi dializzati ogni anno
2 mila

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

Le opportunità per l'assistenza diabetologica
alla luce del PNRR

2000

SPECIALISTI IN
ENDOCRINOLOGIA/
DIABETOLOGIA CHE
OPERANO DA DIABETOLOGI

650

PUNTI DI EROGAZIONE
SPECIALISTICA
(CENTRI E AMBULATORI
DI DIABETOLOGIA)

350

CENTRI DIABETOLOGICI
(PRESENZA DEL TEAM
MULTI-PROFESSIONALE)

300

AMBULATORI
(DIABETOLOGO SINGOLO)



**L'ASSISTENZA
SPECIALISTICA**

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


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

Consente una maggiore
**aderenza alle
linee guida** per
il monitoraggio
della malattia

OPEN ACCESS PEER-REVIEWED

RESEARCH ARTICLE

The Impact of Adherence to Diabetes Clinics Referrals on Diabetes

Carlo Giorda , Roberta Picariello, Elisa N...

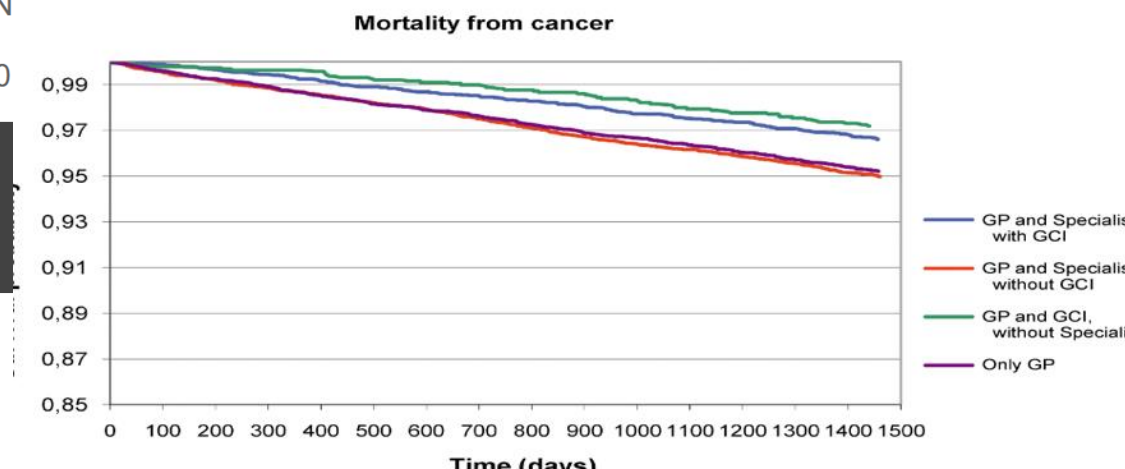
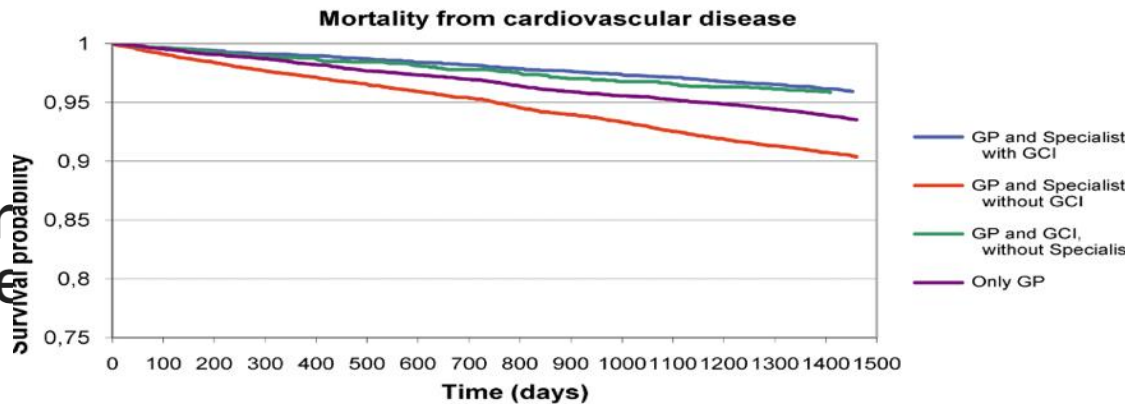
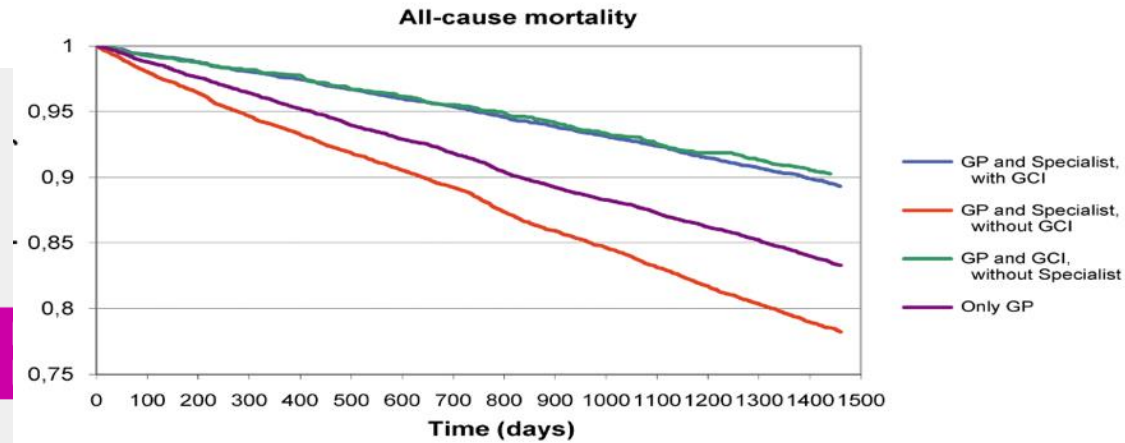
Published: April 3, 2012 • <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0034000>

Article

Authors



Kaplan Meier survival curves



os.org

create account

sign in

SE

SEARCH



advanced search

58
Save

46
Citation

6,012
View

1
Share

Download PDF

Print

Share

La sostenibilità dei sistemi sanitari è una sfida per un mix di fattori



- Invecchiamento delle popolazioni e ***multiple chronic conditions (MCC) o multi-morbidity.***
- Costo delle innovazioni, in particolare quelle farmacologiche e tecnologiche.
- Costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti.
- Risorse economiche limitate ed insufficienti.

LA SFIDA ATTUALE PER I SISTEMI SANITARI ED I PROFESSIONISTI



Rispetto dei valori fondamentali di universalità, equità e accesso a cure sanitarie di qualità, efficaci e sicure.

Il contesto

Le criticità





Criticità



La pandemia ha evidenziato la presenza di diverse criticità nel sistema di gestione del diabete.

DISEGUAGLIANZA

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).

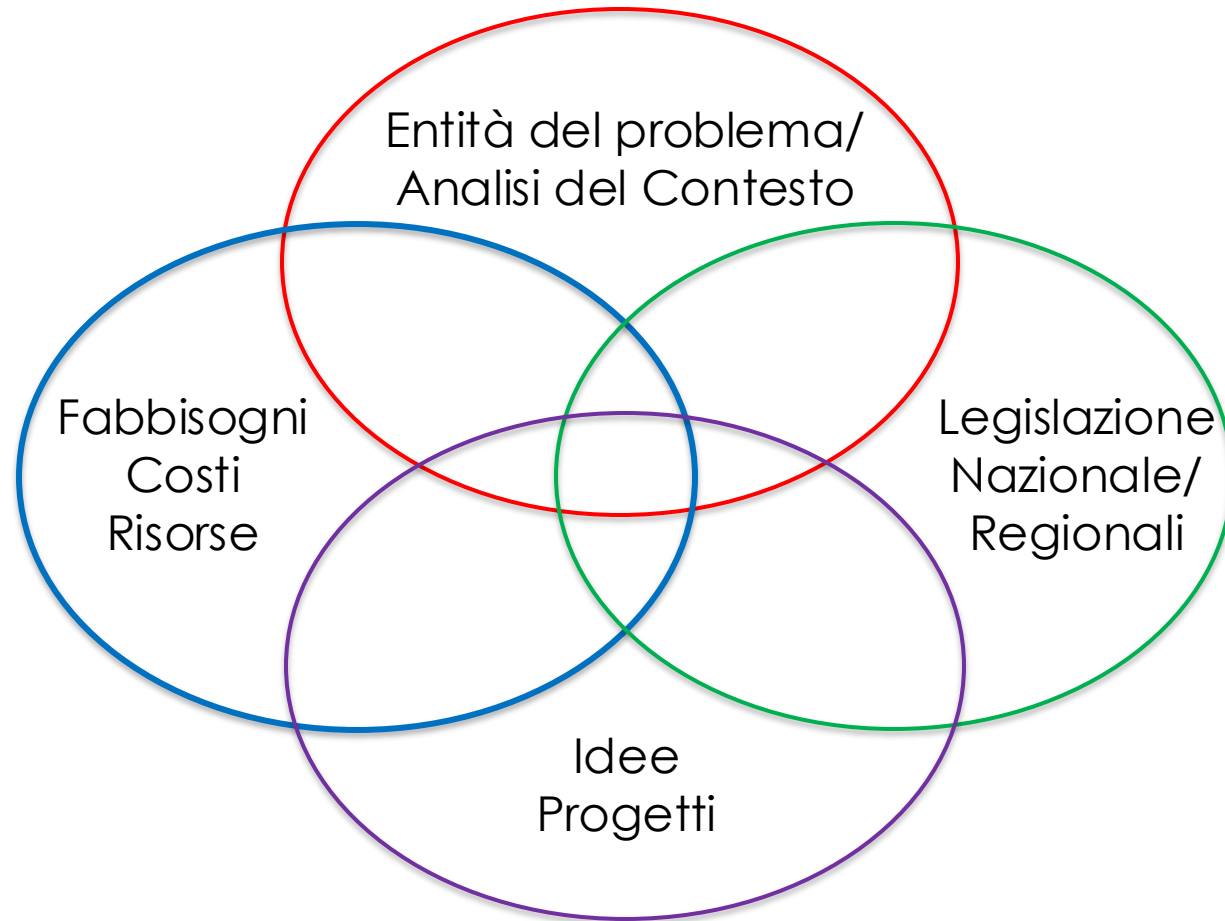
Il contesto



Le criticità

La possibile risposta

Riorganizzazione della Diabetologia



← **PNRR Missione 6**

Nuovi modelli di organizzazione delle cure primarie



- 1. Modelli che introducono nuovi ruoli o modificano i precedenti.**
- 2. Modelli di collaborazione interdisciplinare all'interno della practice** (specialisti, nursing, dietiste e altre figure socio-sanitarie) e di **integrazione con gli altri livelli di cura** (secondaria e terziaria), con gradi di responsabilità e committenza differenziati, e integrazione con i servizi sociali.
- 3. Modelli organizzativi** che prevedono oltre a **nuovi ruoli e collaborazione interdisciplinare** la creazione di gruppi, **reti**, federazione, centri di cure primarie.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: I 6 Punti salienti

Digitalizzazione,
Innovazione,
Competitività,
Cultura e
Turismo

Infrastrutture
per una
mobilità
sostenibile

Istruzione e
Ricerca

Inclusione e
Coesione

Rivoluzione
verde e
Transizione
ecologica

Missione 6:
Salute



Sviluppo della sanità di prossimità e una
più forte integrazione tra politiche
sanitarie, sociali e ambientali

1

Potenziare la rete diabetologica e basarla su centri multi-professionali ospedalieri o territoriali



2

Ottimizzare la rete diabetologica inserendo i professionisti isolati nei centri multi-professionali



3

Articolare la rete diabetologica in 350-400 centri multi-professionali, ognuno dei quali assiste circa 15000 persone



4

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)



Le opportunità per l'assistenza diabetologica alla luce del PNRR

5

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



6

Implementare e potenziare la digitalizzazione (teleconsulti, teleassistenza, educazione terapeutica via web, condivisione di dati clinici, ecc.) integrando i processi per migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il continuo dialogo medico-paziente ed il confronto tra professionisti



7

Rafforzare le funzioni e la professionalità del diabetologo nel suo ruolo di coordinatore dell'intero percorso di cura, anche attraverso una formazione specifica dedicata alle competenze manageriali



Inventiamo da sempre per un solo grande scopo: la Vita.



segui **quotidianosanita.it**



twitter



facebook



newsletter



archivio



Post



Condividi



Condividi 0



stampa

Il diabete e la sfida del Pnrr. I diabetologi italiani: “Servono team specialistici anche nelle Case e negli Ospedali di comunità”

Se ne è parlato oggi a Roma in una conferenza stampa promossa dall'Associazione diabetologi italiani e dalla Società italiana di diabetologia in occasione della Giornata mondiale del diabete che si svolgerà il 14 dicembre. "Dobbiamo creare anche sul territorio delle forti unità di diabetologia che possono lavorare in rete e interagire con le Case di Comunità".

ECCELLENTI E MERITEVOLI!

MA NON ABBASTANZA DA ESSERE DIRIGENTI!
CON IL CONTRATTO FERMO DA 19 ANNI!

VENERDÌ
20 SETTEMBRE 2024

SCIOPERO

PERSONALE MEDICO HUMANITAS (ICH) DI ROZZANO

CIMOP

CONFEDERAZIONE ITALIANA
MEDICI OSPEDALITÀ PRIVATA



QSnewsletter

TEMA 1

La costruzione del polo diabetologico nelle Case di Comunità, secondo gli obiettivi della Missione 6 del PNRR

The new organization of diabetes care in the Italian Health Houses according to Mission 6 of the PNRR

Annalisa Giancaterini¹, Laura Molteni², Mary Mori³, Paola Ponzani⁴

¹UOSD Endocrinologia, Malattie del Ricambio e della Nutrizione, ASST Brianza, Ospedale Pio XI di Desio (MB). ²Centro Ambulatoriale di Diabetologia, Endocrinologia e Malattie Metaboliche, Ospedale Sacra Famiglia-Fatebenefratelli, Erba (CO). ³UO Diabetologia e Malattie del Metabolismo, ambito territoriale Massa Carrara, USL Toscana Nordovest (MS).

⁴Unità di Diabetologia e Malattie del Metabolismo, ASL 4 Liguria, Chiavari (GE).

Corresponding author: annalisa.giancaterini@gmail.com

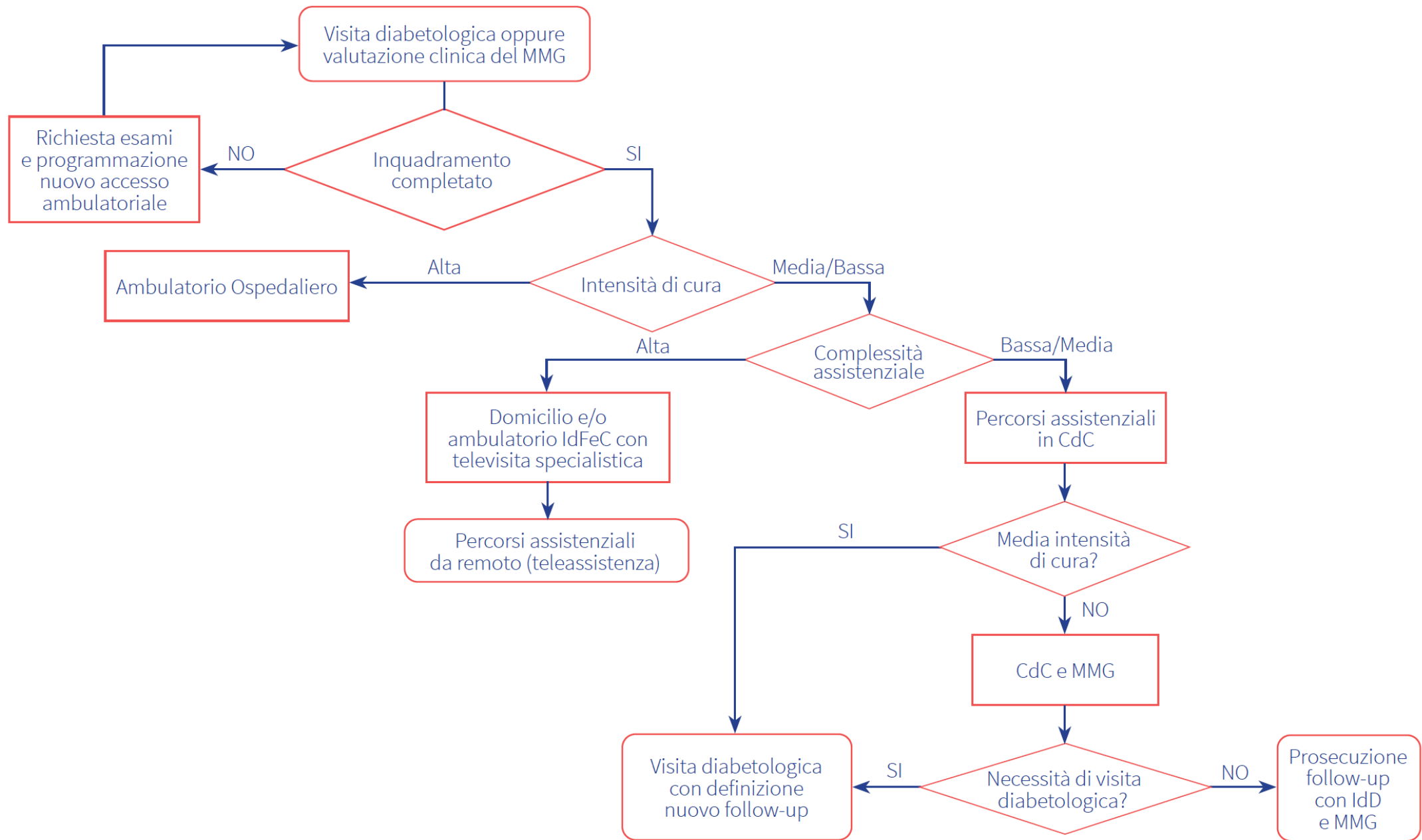


Figura 1 | Flow chart nuovo modello.

Tabella 2 | SWOT Analysis.

	Fattori positivi	Fattori negativi
Fattori interni	<p>Punti di forza</p> <ul style="list-style-type: none">Distribuzione capillare sul territorioTrasversalità organizzativaModalità di contatto bidirezionali in TLMPercorsi e flussi definitiCollaborazione con i professionisti del «sociale»Team diabetologico espertoMaggiore equità di accesso alle cure specialisticheCriteri di segmentazione della popolazioneCapacità di accoglienza di nuovi pazienti	<p>Punti di debolezza</p> <ul style="list-style-type: none">Resistenza al cambiamentoLentezza nella realizzazioneLimitata diffusione e confidence verso la telemedicinaAspetti logistici e infrastruttura tecnologicaIndividualismo degli stakeholdersScarsi investimenti promozionali per la diffusione dei serviziInquadramento giuridico dei MMG
Fattori esterni	<p>Opportunità</p> <ul style="list-style-type: none">Tariffazione e riconoscimento di tutte le attività in telemedicinaCreazione di percorsi collaborativi con altri specialisti, con MMG, caregiver, IdFeC, assistenti socialiIntegrazione della filiera erogativaRiorganizzazione internaImpulso alla digitalizzazioneCapacità attrattiva	<p>Minacce</p> <ul style="list-style-type: none">Scarsa accessibilità ai dati per la stratificazione dei pazientiScarsa percezione del valore e innovazione del progettoLimite delle risorseConcorrenza delle strutture private /accreditate

TEMA 3

Percorso per il teleconsulto medico-sanitario tra Centro Diabetologico e Casa di Comunità

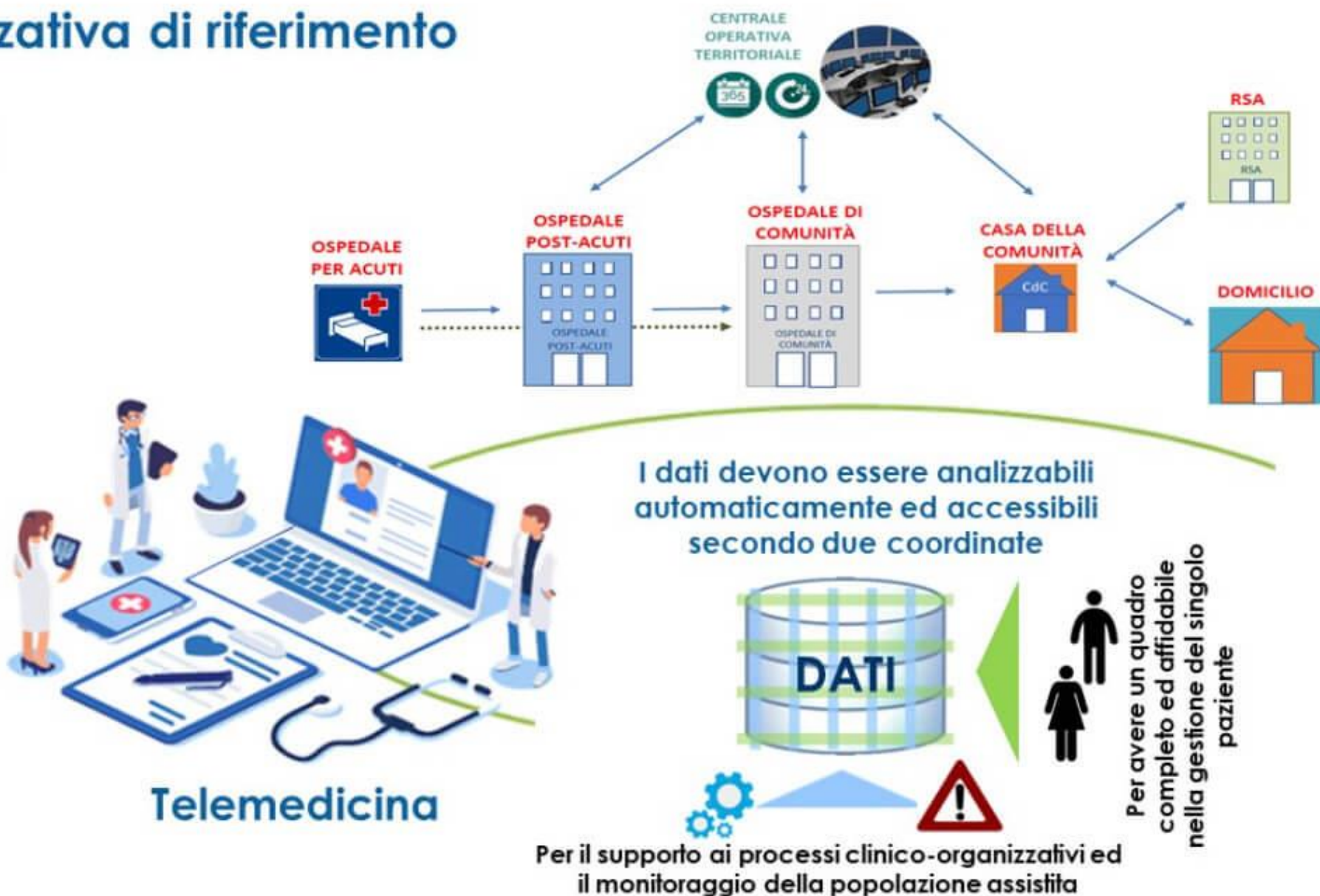
Pathway for medical tele-consultation between Diabetes Unit and Community House

Diletta Daffra¹, Cristina Lencioni², Margherita Occhipinti³, Veronica Resi⁴, Elisabetta Salutini⁵

¹SC Nutrizione Clinica Diabetologia e Malattie Endocrine, ASST Pavia, Pavia. ²UOS Diabetologia, Ospedale S. Luca, Dipartimento delle Specialità Mediche, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Lucca. ³UOS Diabetologia, Ospedale Versilia, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Lido di Camaiore. ⁴Endocrinology Unit, Fondazione IRCCS Ca' Grande Ospedale Maggiore Policlinico, Milan. ⁵SOS Diabetologia, Ospedale San Jacopo, Azienda USL toscana Centro, Pistoia.

Struttura organizzativa di riferimento

Il core del modello si basa sulla presa in carico condivisa della popolazione di riferimento da parte di una équipe multiprofessionale in diversi centri



Telemedicina

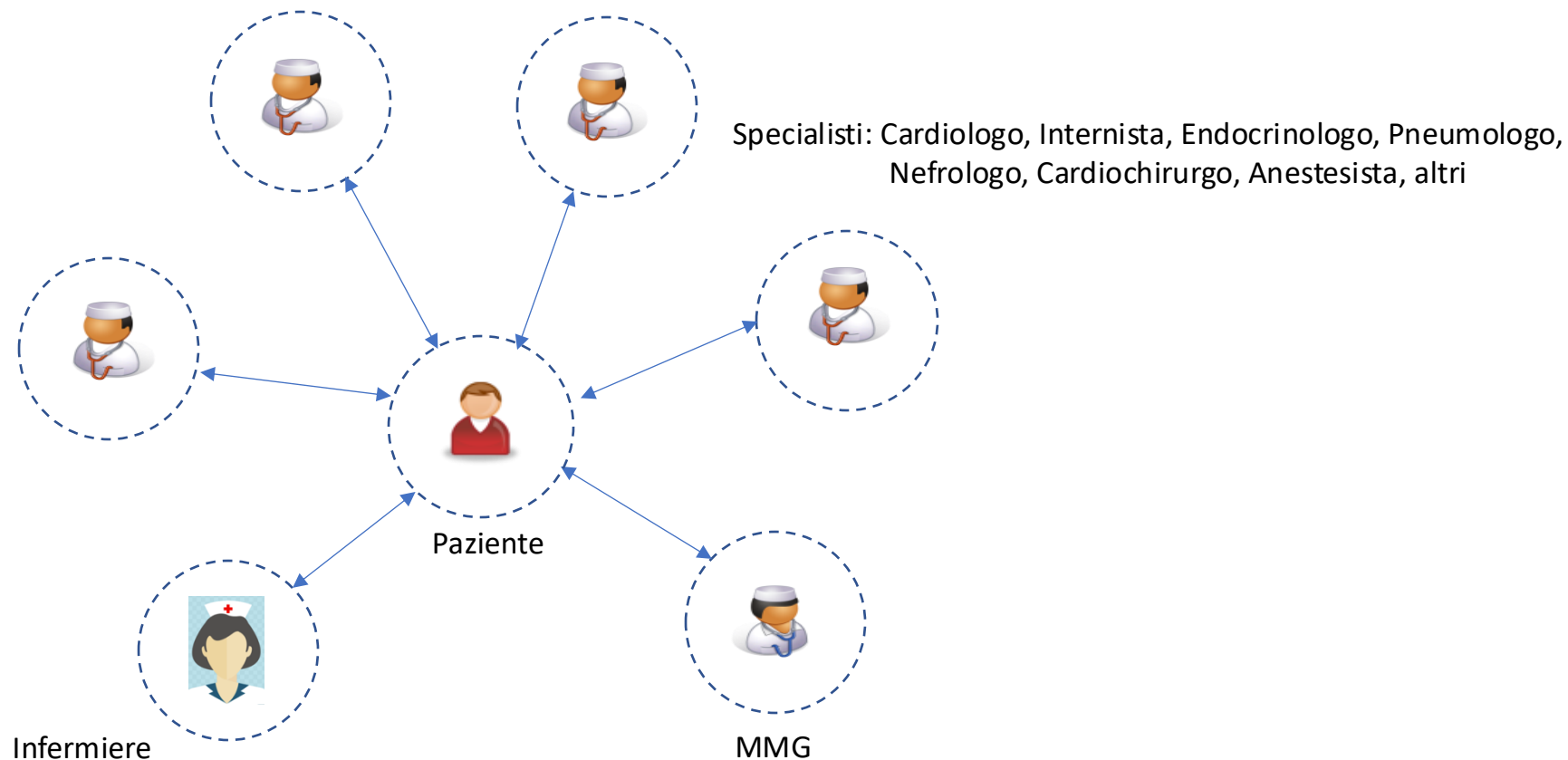
I dati devono essere analizzabili automaticamente ed accessibili secondo due coordinate



Per il supporto ai processi clinico-organizzativi ed il monitoraggio della popolazione assistita

Per avere un quadro completo ed affidabile nella gestione del singolo paziente

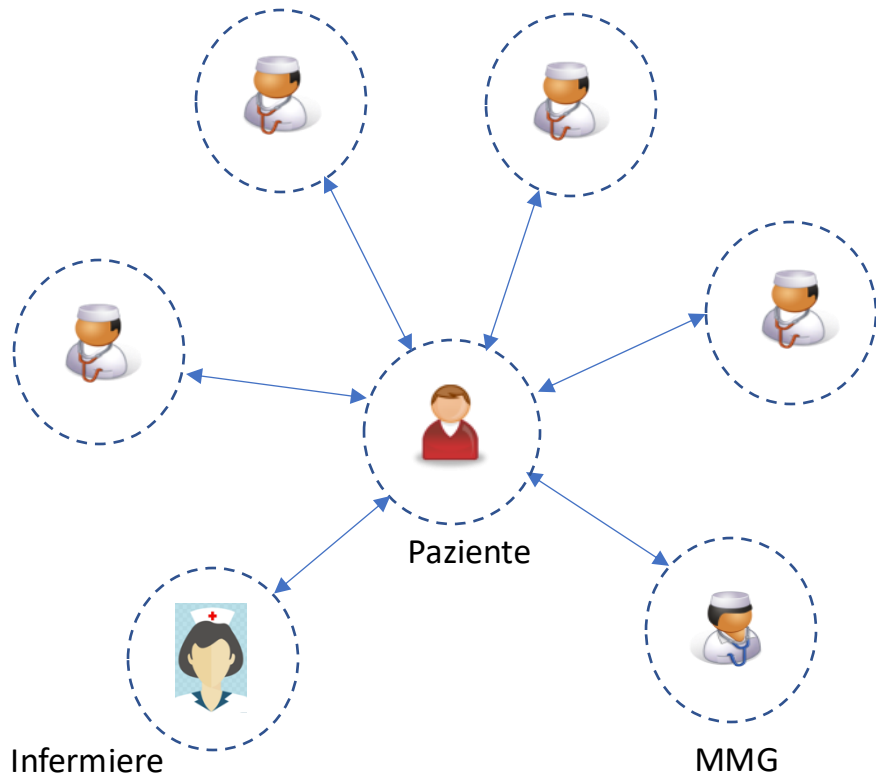
Modello di gestione della cronicità



«Rischio ridondanza e frammentazione dei percorsi in assenza di un coordinamento»

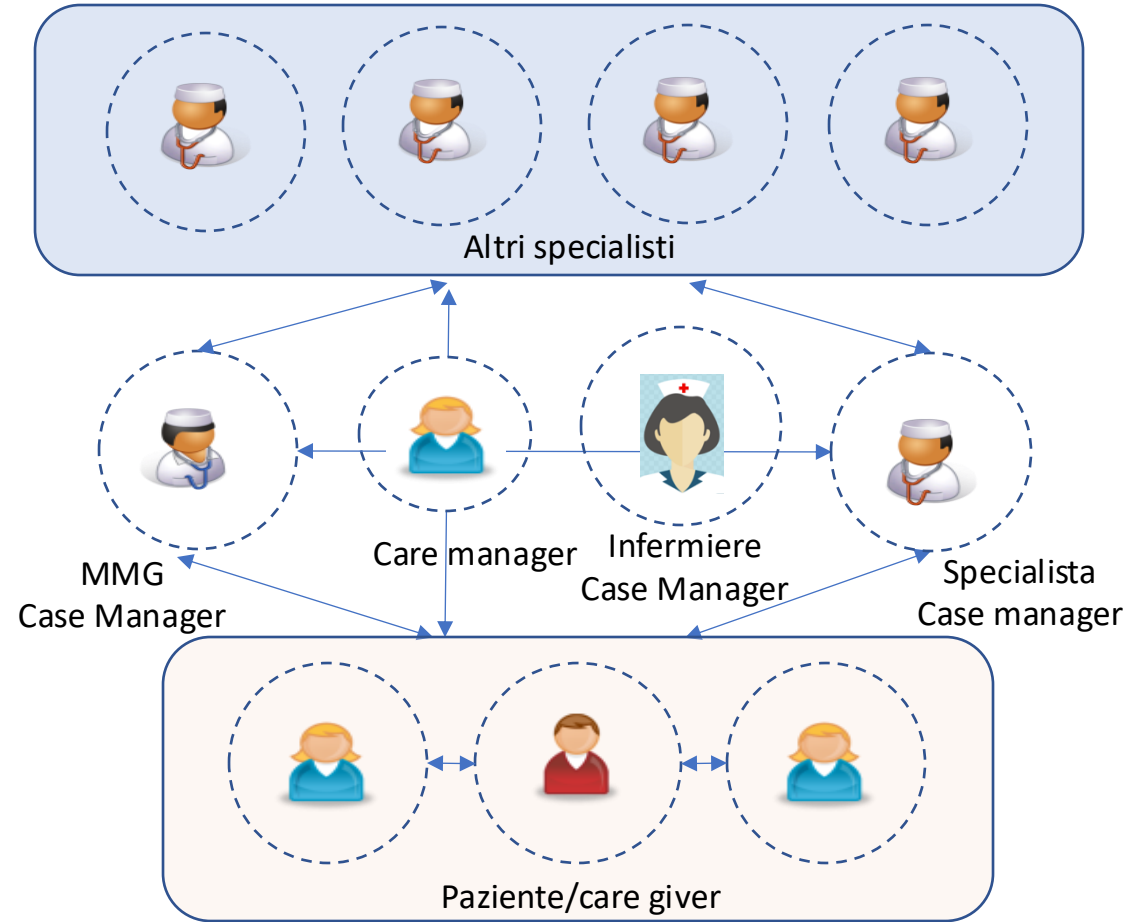
Modello di gestione della cronicità che cambia

Specialisti: Cardiologo, Internista, Endocrinologo, Pneumologo, Nefrologo, Cardiochirurgo, Anestesista, altri



«Rischio ridondanza e frammentazione dei percorsi in assenza di un coordinamento»

Specialisti: Cardiologo, Internista, Endocrinologo, Pneumologo, Nefrologo, Cardiochirurgo, Anestesista, altri



«Case manager preferenziale e dinamico»

Il territorio

- Uguaglianza ed equità geografiche/Regioni
- Competenza specialistica

Tabella 1. Cooperazione funzionale delle figure presenti che costituiscono l'équipe multiprofessionale

MMG e PLS e	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita.
Medico di Medicina di Comunità e Medici dei Servizi	Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua

ende/ Aree

professionale

Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo.

La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.

Specialista

- Lavoro in team, collabora
- Ospedale (PS) come inevitabile ma non ce la può fare...

Psicologo	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Altre professioni dell'Equipe	Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di <i>case manager</i> nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

MG...

ma di cure per la cronicità;

Una organizzazione unitaria per la gestione integrata del paziente cronico multimorbido

Condizioni utili (quasi indispensabili) per l'implementazione del modello territoriale:

- **Modello organizzativo strutturato (o almeno funzionale)** a supporto/governo di una offerta multiprofessionale (idealmente multidisciplinare) integrata, completa, proattiva, equa...
- **Team medico-infermieristico integrato**, di comprovata esperienza-competenza (ospedaliera...), in grado di dare una offerta completa ed olistica, dalla presa in carico del paziente cronico, agli ambulatori dedicati, alla telemedicina, all'intervento educativo, alla valutazione multidimensionale, all'attività strumentale di 1°, 2° livello ed avanzata (CPET, ECO stress, ECO TEE,ecc).
- **Percorsi condivisi strutturati (o almeno funzionali) tra Cardiologia ed altri specialisti della cronicità** (diabetologo, pneumologo, nefrologo, in futuro l'oncologo...) con definizione del case manager preferenziale e dinamico.
- **Una adeguata dotazione di spazi e strumenti (anche condivisi)**, diffusa nel territorio (Hub&Spoke), per una offerta non invasiva completa nella maggioranza dei casi ad elevata complessità, per sgravare l'ospedale, per quanto possibile, dall'attività ambulatoriale.
- **La visibilità on line di tutti i dati del paziente (FSE)**, idealmente in formato strutturato per un serio programma di monitoraggio degli indicatori della qualità delle cure, base per interventi di Medicina di Iniziativa, **e una piattaforma digitale di comunicazione, teleconsulto e telemonitoraggio**

Il sogno di una Diabetologia integrata, proattiva, efficace e sostenibile nel Territorio

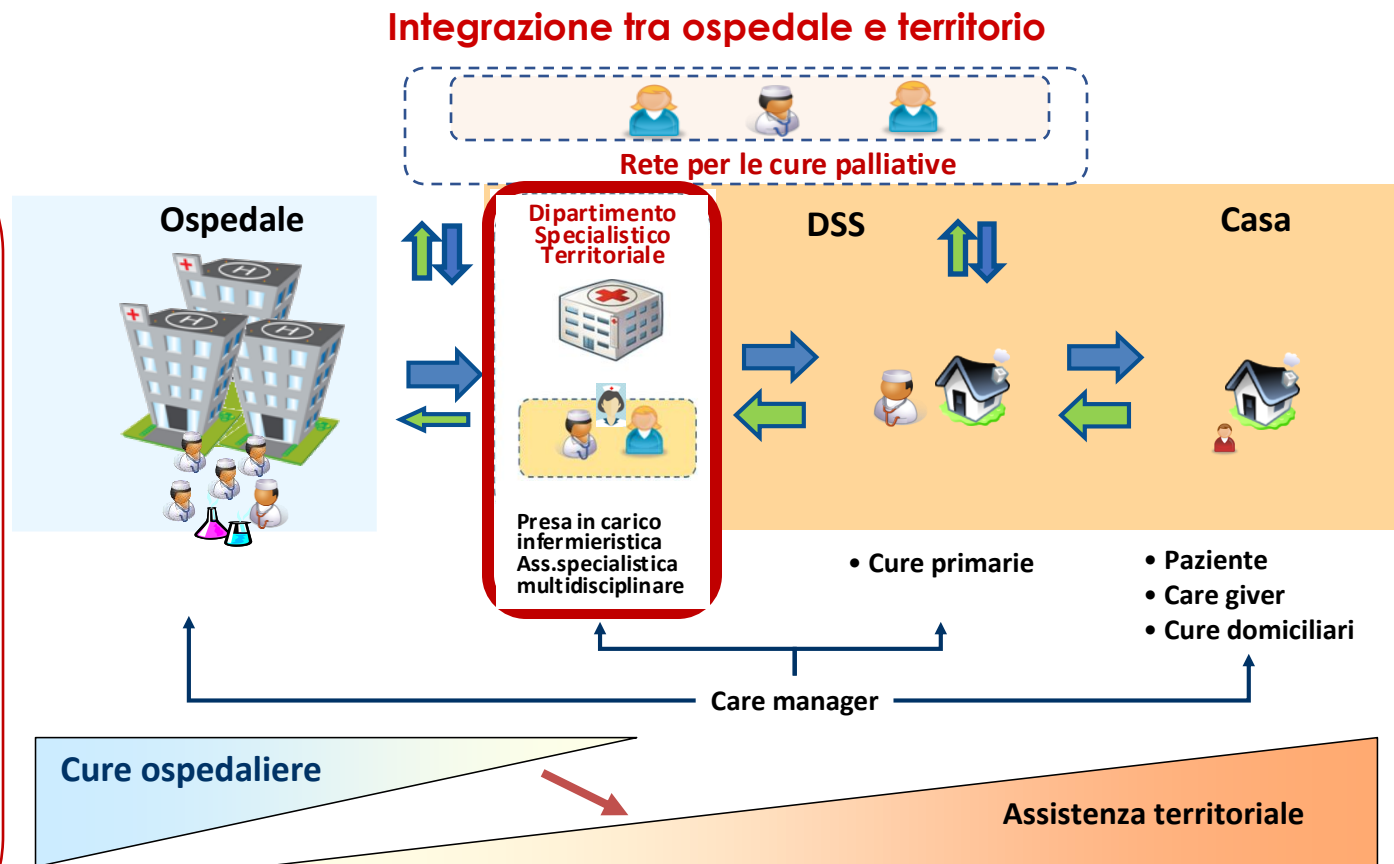
- Lo specialista deve essere pronto a percorrere un processo inverso da quello «classico» (verso la superspecializzazione), tornando ad essere un' «internista - case manager con interesse specifico metabolico», ritrovando una apertura mentale; una elasticità, duttilità e dinamicità
- Una gestione condivisa tra specialisti guidata da un case manager preferenziale e dinamico, supportata da piattaforma digitale, è la via da percorrere per rispondere in maniera olistica ed efficace alla complessità dei pazienti cronici multimorbidi
- La sostenibilità (e sopravvivenza) del SSN passa attraverso una presa in carico selettiva, una stratificazione accurata ed intervento personalizzato multidisciplinare, proporzionale alla complessità clinica (medicina di iniziativa)
- L'obiettivo è promuovere la cosiddetta “Value Based Medicine”, medicina efficace ma sostenibile sia in termini economici sia in termini di valori individuali che sociali

Grazie per l'attenzione

Attività e posizionamento nella rete Ospedale - Territorio

Ambulatorio Diabetologico

- Approccio multidisciplinare
- Pazienti ad alto rischio e complessità (Non solo diabete ma ... obesità, NAFLD)
- Personale qualificato e dedicato
- Ottimizzazione terapia farmacologica e con device
- Educazione del paziente e familiari (self-care)
- Coinvolgimento del paziente nel monitoraggio
- Follow-up post-dimissione
- Facilitazione accesso prestazioni
- Facilitazione accesso in caso instabilizzazione
- Interventi appropriati in caso di variazioni cliniche e laboratoristiche
- Accesso a trattamenti avanzati
- Supporto psicosociale



La Nuova Diabetologia alla Luce del PNRR Verso il futuro...

- **Prevenzione**
- **Integrazione/Rete**
- **Prossimità**
- **Equità delle Cure /Abbattere Diseguaglianza**
- **Innovazione**

