

LTC NINE

LONG-TERM CARE e CRONICITA'
STATI GENERALI DELL'ASSISTENZA A LUNGO TERMINE

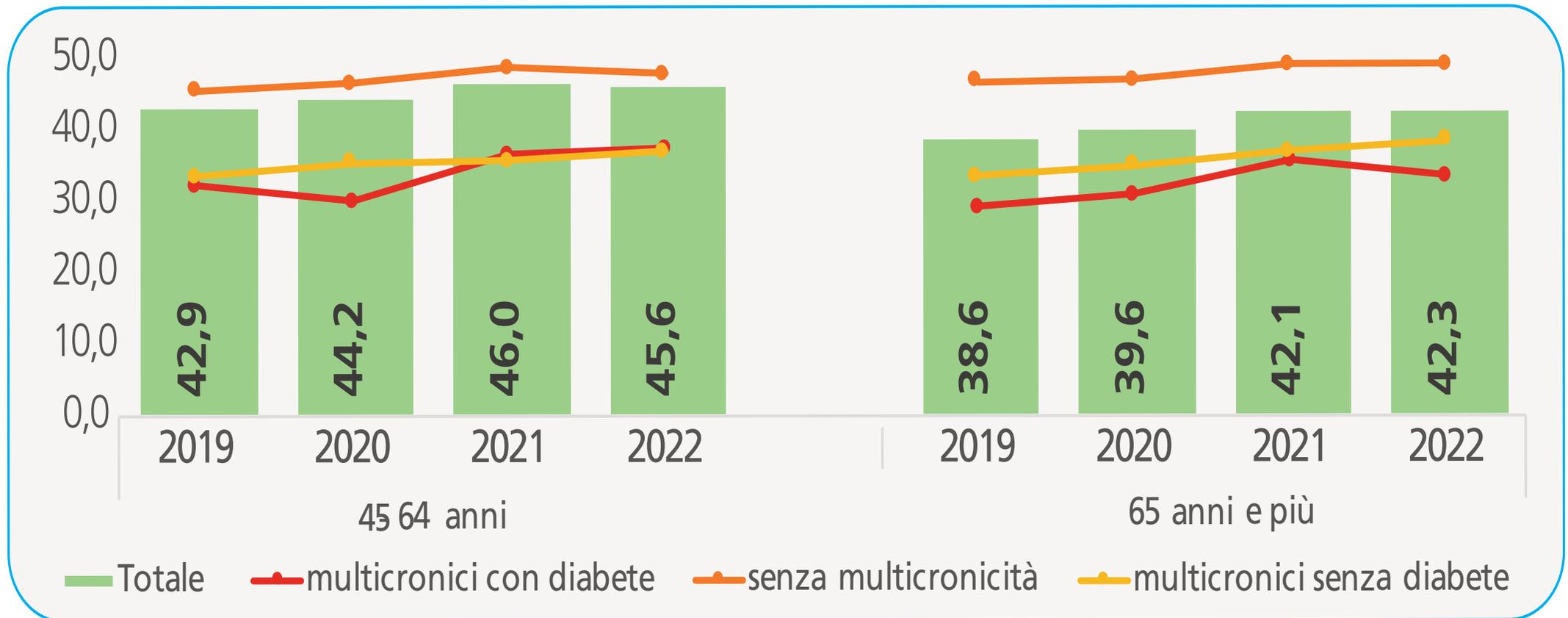
16 – 17 luglio 2024

Modelli di prevenzione e di presa in carico del diabete nell'anziano: sfide e buone pratiche

Riccardo Candido
Presidente Associazione Medici Diabetologi

Persone di 45 anni e oltre con presenza di multicronicità, con e senza diabete, per classe di età. Anni 2019-2022.

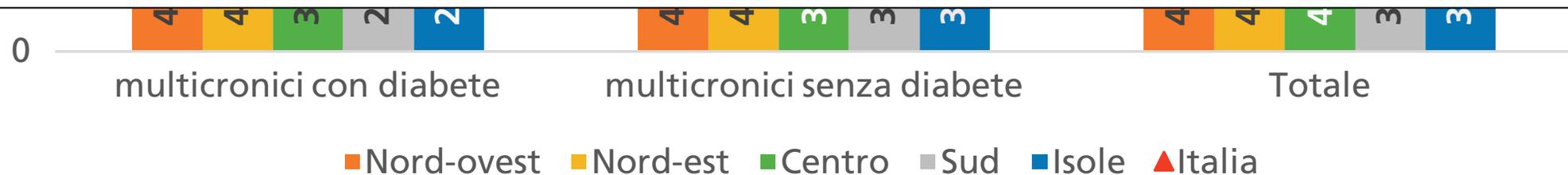
Tassi per 100 persone



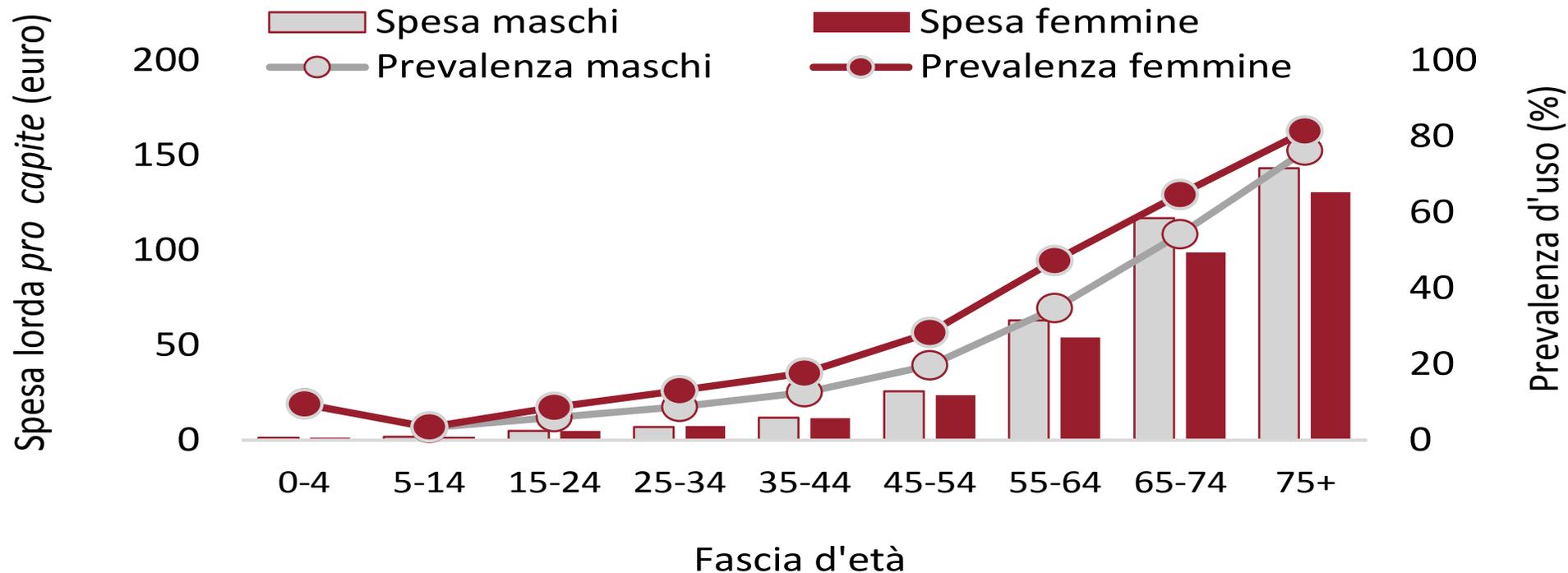
Persone di 65 anni e oltre con elevato grado di soddisfazione (a) per la propria vita nel suo complesso, presenza di multicronicità, con e senza diabete, per ripartizione geografica. Anno 2022. Tassi standardizzati per 100 persone (b)

60

I pazienti multimorbidi determinano il 60% dei ricoveri per cause cardiovascolari



Distribuzione per età e sesso della spesa, della prevalenza d'uso e dei consumi in regime di assistenza convenzionata e distribuzione per conto 2022



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

- **Invecchiamento delle popolazioni**
- **Aumento delle malattie croniche** ma soprattutto delle condizioni multi-patologiche (multiple chronic conditions o multi-morbidity)
- Costante **aumento della domanda di servizi e prestazioni** da parte di cittadini e pazienti
- **Costo delle innovazioni**, in particolare quelle farmacologiche e tecnologiche
- **Risorse economiche limitate ed insufficienti**
- **Rispetto dei valori fondamentali di universalità**, equità e accesso a cure sanitarie di qualità, efficaci e sicure

Le nuove questioni da porre

DA Quanti pazienti vedo?

A Quanti e quali problemi dei pazienti posso risolvere?

DA Qual è la frequenza con cui vedere un paziente per garantire un buon monitoraggio?

A Qual è la modalità migliore per monitorare quella condizione?

Chi deve governare la cronicità?

CRONICITÀ

=

TERRITORIO

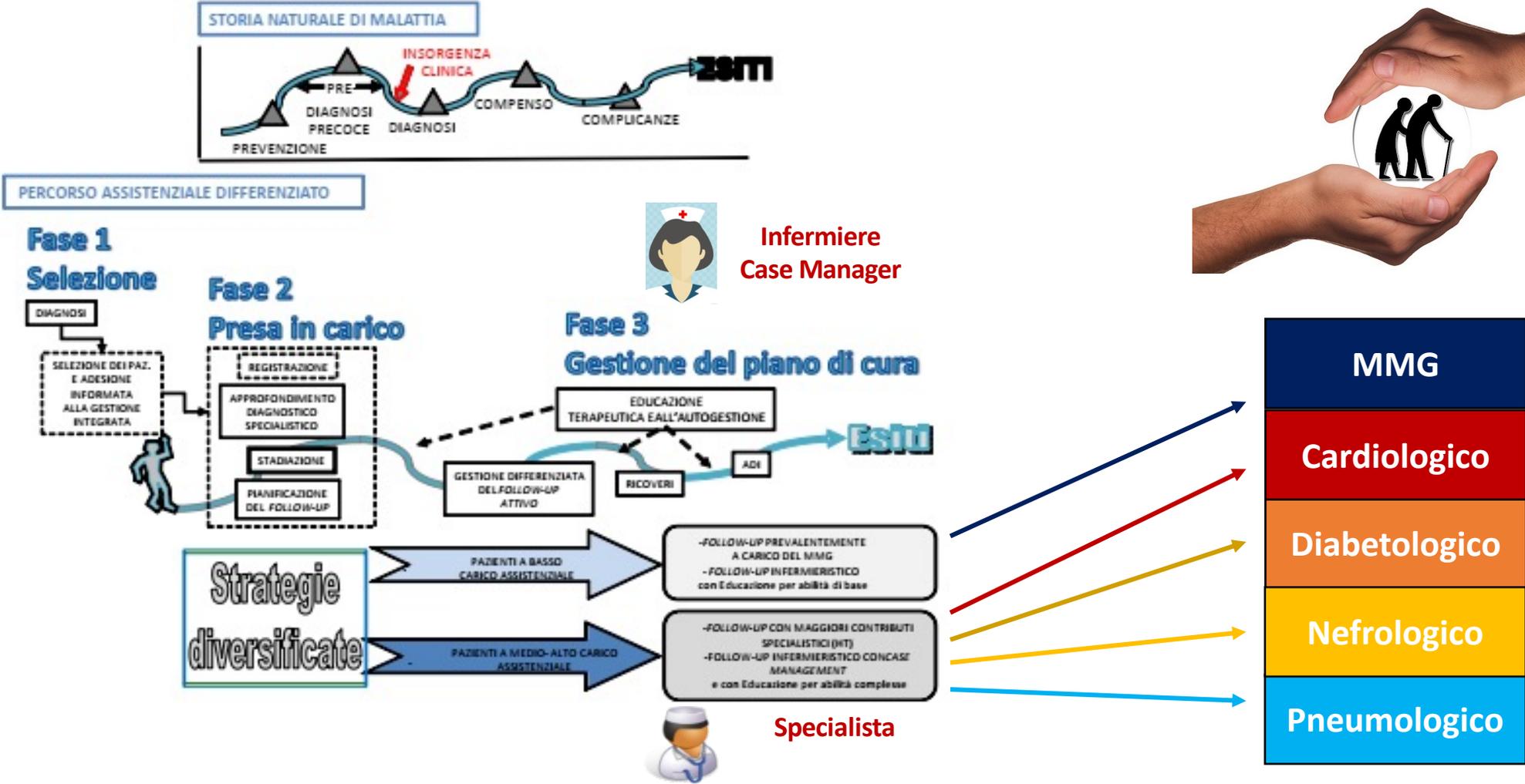
=

CURE PRIMARIE

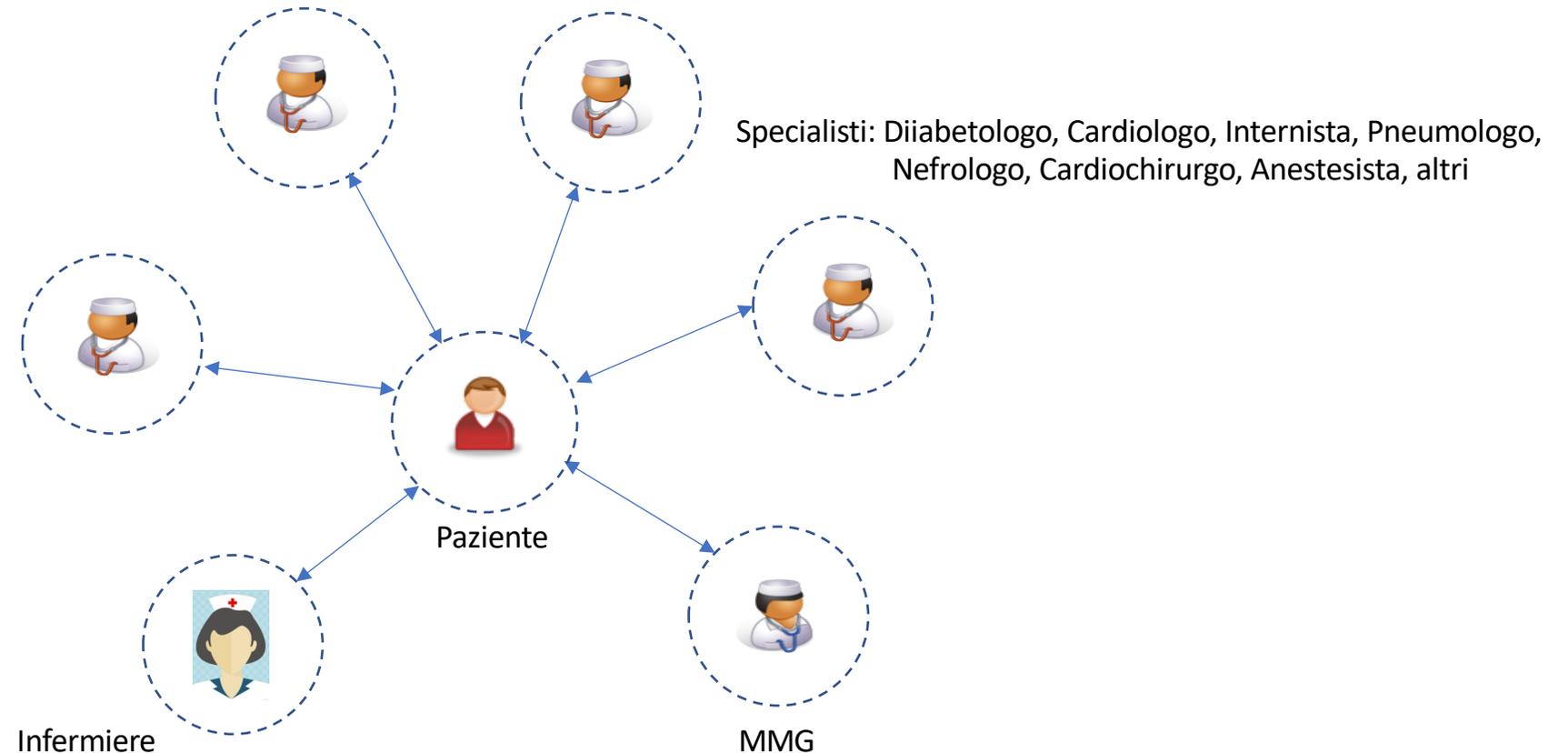
=

MMG

Piano Nazionale della Cronicità 2017



Modello di gestione della cronicità



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



Spesso e volentieri si perde il governo della «peregrinazione», che diventa un «viaggio» fuori controllo

5. Isole Eolie (EOLO)
6. Porto Pozzo (LESTRIGONI)
7. Eëa (CIRCE)
8. Averno
9. Scilla e Cariddi
10. Isola del Sole
11. Ogigia (CALIPSO)
12. Scheria (FEACI)
13. Itaca

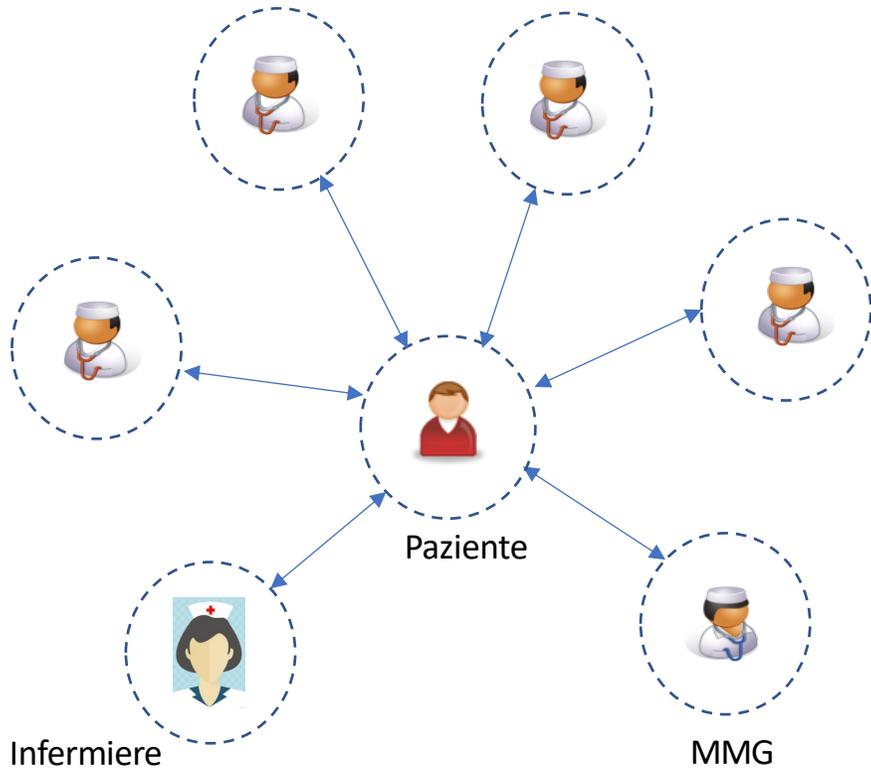


Opportunità

- PNRR - Missione 6 e DM 77
- Potenziamento e rafforzamento dell'offerta di salute dedicata alla cronicità
- Progressi della terapia farmacologica
- Possibilità di ridurre ricoveri e complicanze (CV, dialisi, cecità, amputazioni)
- Tecnologia (device, diagnostica, terapie)
- Salute e Medicina Digitale
- Intelligenza artificiale

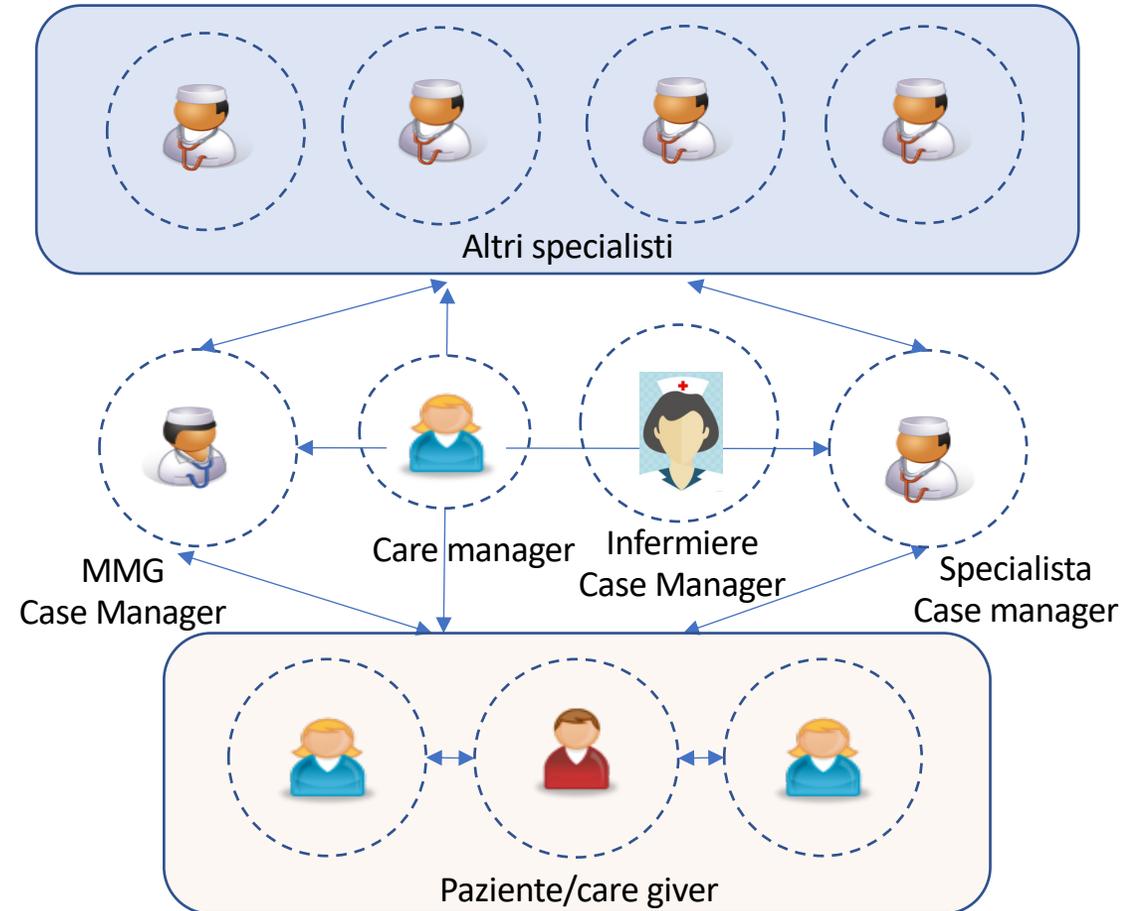
Modello di gestione della cronicità che cambia

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



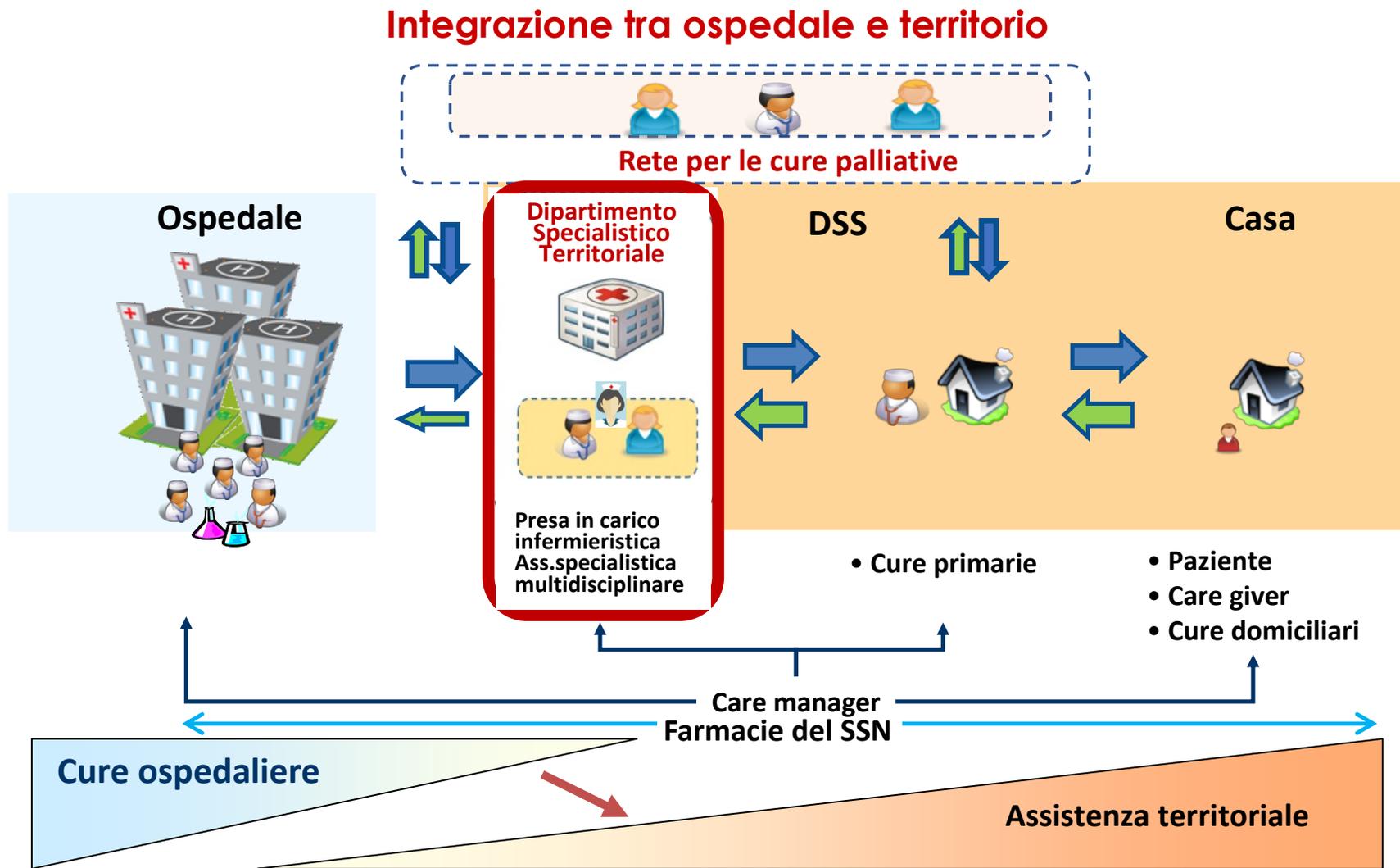
«Rischio ridondanza e frammentazione dei percorsi in assenza di un coordinamento»

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



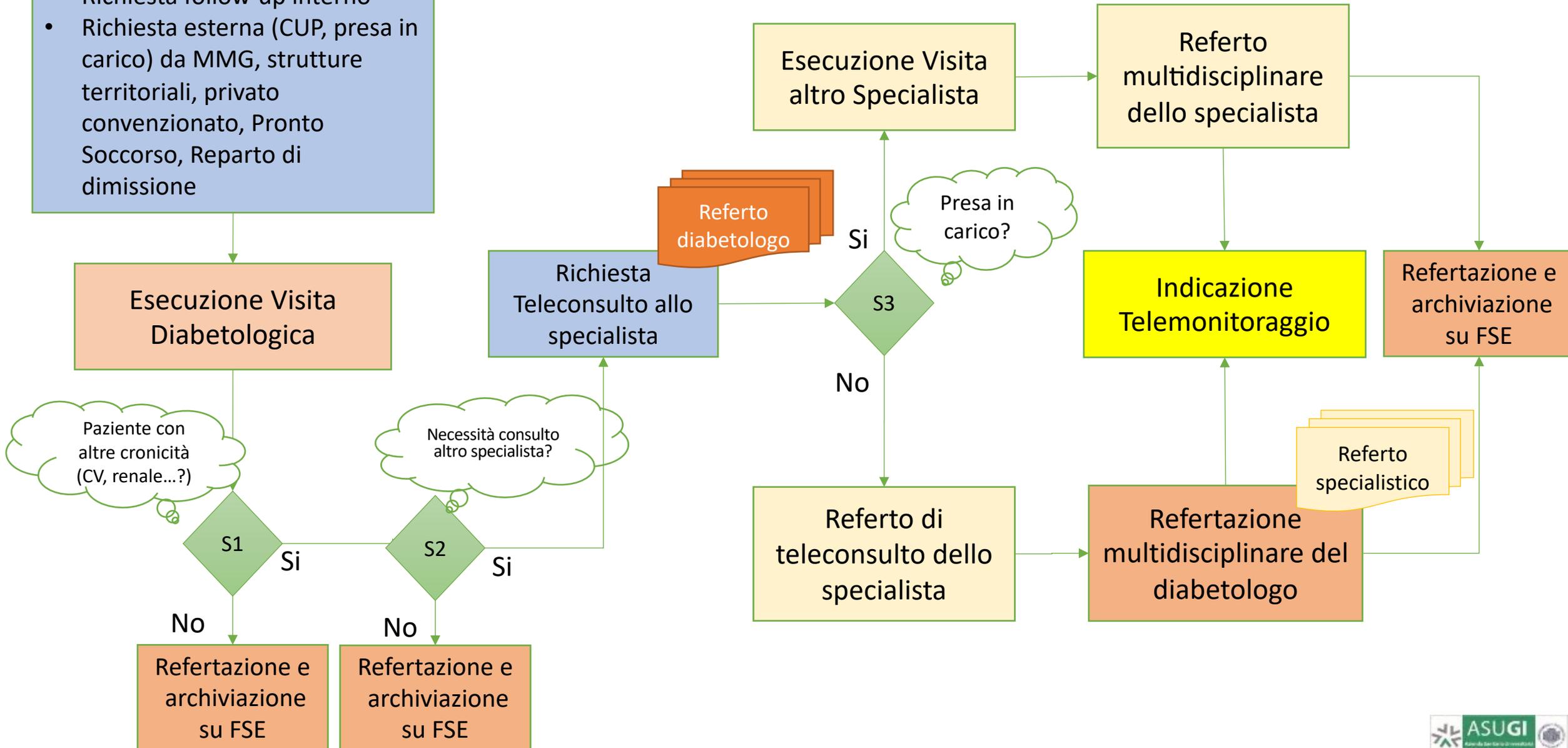
«Case manager preferenziale e dinamico»

Modello di organizzazione dell'assistenza al malato cronico multimorbido



Percorso di gestione del malato cronico

- Richiesta follow-up interno
- Richiesta esterna (CUP, presa in carico) da MMG, strutture territoriali, privato convenzionato, Pronto Soccorso, Reparto di dimissione



Action Points

- **Assistenza multidisciplinare:** implementare team medici-infermieristici-dietisti integrati.
- **Strutture organizzative:** case di comunità hub per attività cliniche e spoke per primo livello.
- **Case manager dinamico:** il case manager della patologia più gravescente prende in carico la gestione del paziente, coinvolgendo altri specialisti quando necessario utilizzando il teleconsulto.
- **Strumenti di comunicazione:** usare agende interne, piattaforme digitali per teleconsulto/televisita.
- **Telemonitoraggio domiciliare:** fornire telemonitoraggio per pazienti cronici avanzati in fase vulnerabile.
- **Riduzione visite a bassa priorità e visite ripetute** in più specialità per aumentare le **persone prese in cura**.
- **Riduzione ricoveri e decessi:** ridurre ricoveri dei malati multi-cronici e decessi con una gestione efficiente e integrata.



**La cronicità: una complessità
Da riempire di valore**