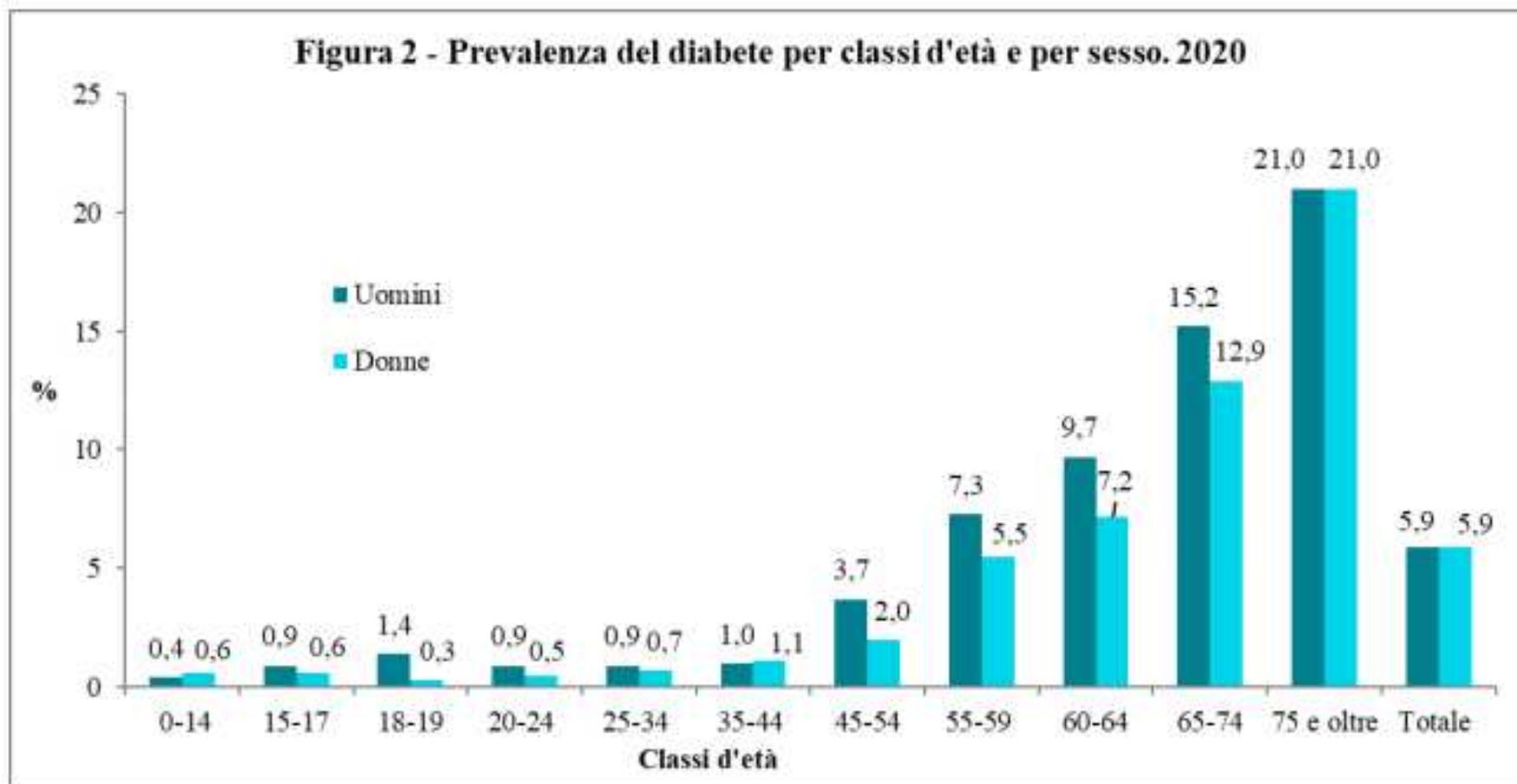


PRESENTAZIONE ACTION PLAN 2022- 2025 ROMA CITIES CHANGING DIABETES

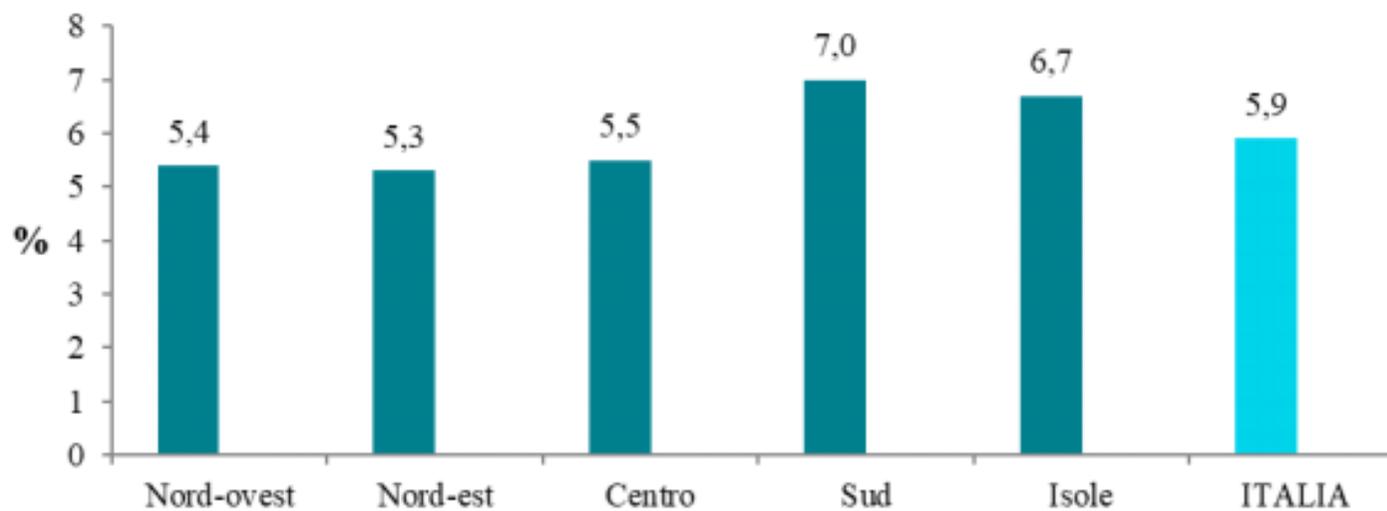
Tiziana Frittelli
Direttore generale AO S.Giovanni Addolorata
Presidente Nazionale di Federsanità

DIABETE - Relazione annuale al parlamento 2022 (2019-2020)



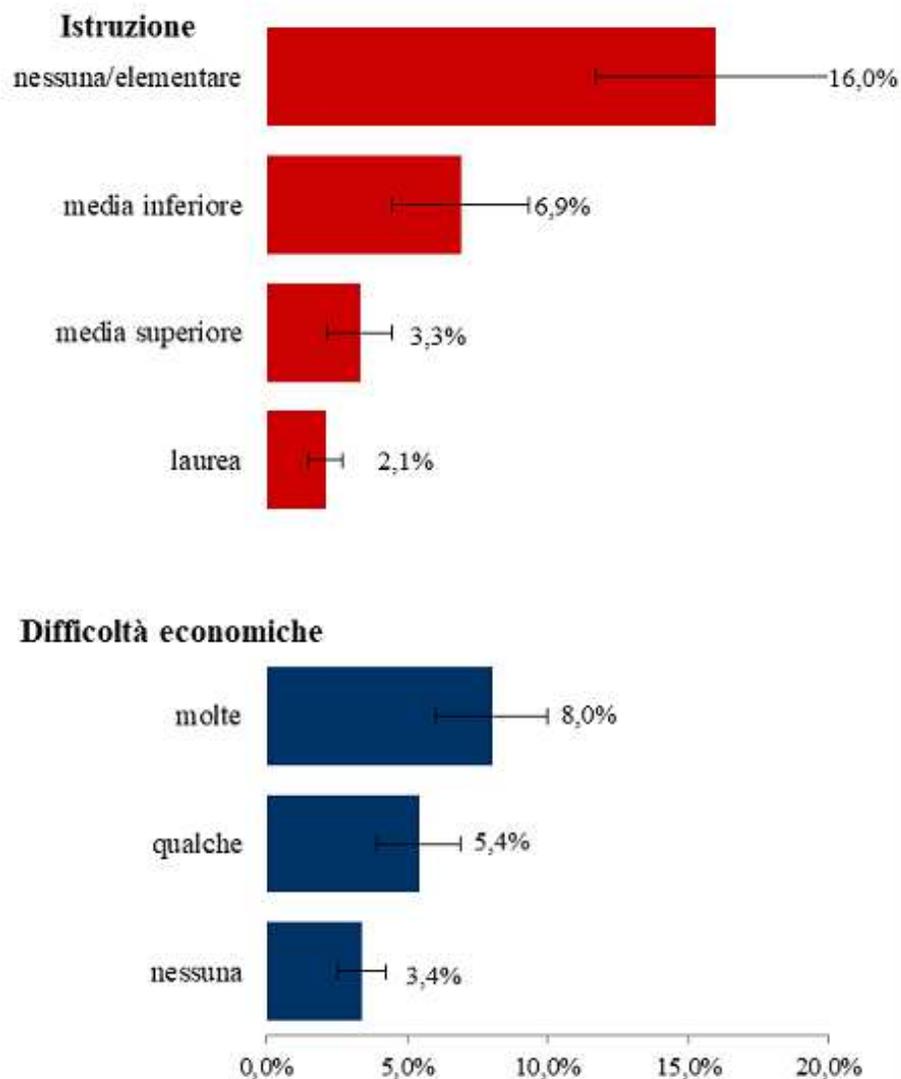
DIABETE - Relazione annuale al Parlamento

Figura 3 - Prevalenza diabete per area geografica. 2020



DIABETE DIABETE - Relazione annuale al Parlamento

**Figura 6 - Prevalenze diabete per
caratteristiche socio-economiche.
PASSI 2017-2020**



PREVALENZA di DIABETE - regione Lazio - Anno 2020

Tasso standardizzato (x1.000)

TASSO STANDARDIZZATO 2020 (X 1.000 RESIDENTI)

Lazio	49,5 (49,3-49,7)
ASL Roma 1	40,1 (39,8-40,5)
ASL Roma 2	48,0 (47,6-48,3)
ASL Roma 3	45,2 (44,6-45,7)
ASL Roma 4	54,9 (54,1-55,7)
ASL Roma 5	59,4 (58,8-60,1)
ASL Roma 6	53,3 (52,7-53,9)
ASL Frosinone	52,3 (51,7-52,9)
ASL Latina	57,0 (56,4-57,6)
ASL Rieti	52,4 (51,4-53,5)
ASL Viterbo	50,7 (49,9-51,4)

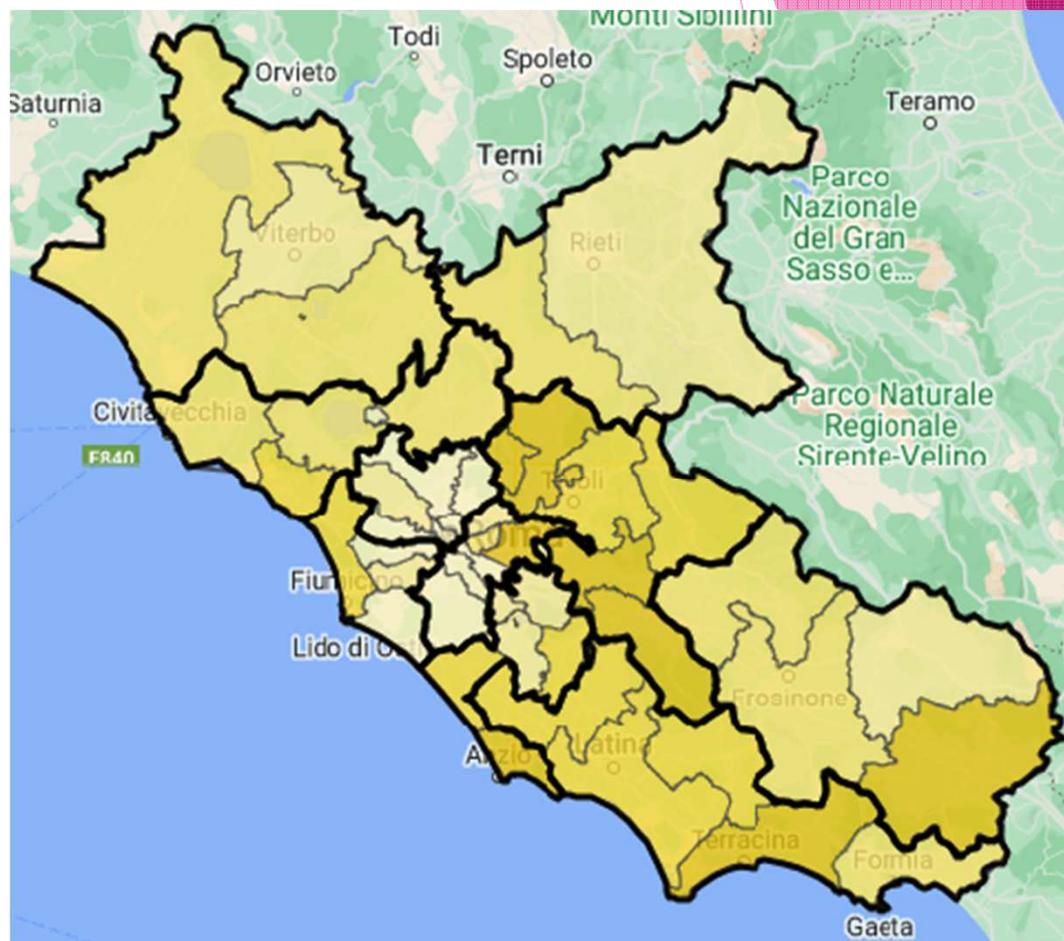
Gruppo patologie: Dati di prevalenza Diabete (tipo 2)

Genere: Tutti (maschi e femmine)

Classi età: Tutte le classi

Indicatore: Tasso standardizzato

Anno: 2020



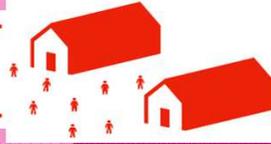
a cura di DepLazio

<https://www.deplazio.net>



CASO STUDIO TORINO (CO-CREAZIONE)

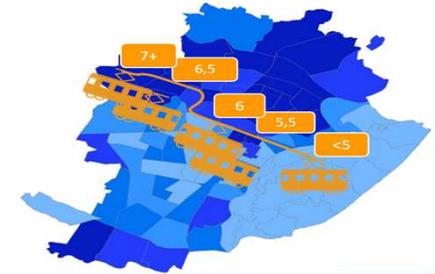
3RD PHASE: Oct 2019- still in progress



- **Queste disuguaglianze se ben comunicate possono motivare e spingere gli attori locali a studiare insieme cause e soluzioni**

- perché la prevalenza di diabete è così disuguale?
- quali sono i meccanismi che generano le disuguaglianze
- di chi è la responsabilità per evitare o moderare questi meccanismi?

Prevalence of Diabetes 2
Turin 2017, age standardized



- **Due comunità di pratica locali si sono costituite intorno a questi mandati**

- professionisti sanitari (MMG, specialisti, farmacie, infermieri, distretto) per quanto riguarda le loro responsabilità nella diagnosi precoce e nel trattamento,
- attori di comunità locale (case popolari, lavoro, povertà, scuola, cultura, tempo libero, verde, urbanistica, distribuzione alimentare, terzo settore...) per quanto riguarda la loro responsabilità nella prevenzione



Raccomandazioni per l'equità nelle politiche della cronicità- Relazione intergruppo parlamentare sulla cronicità - settembre 2022

1. **Attuare e aggiornare il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) alla (...)**
2. **Finanziare l'attuazione e l'aggiornamento del PNC con lo stanziamento e la finalizzazione di risorse specifiche in Legge di Bilancio 2023.**
3. **Realizzare e pubblicare una Relazione Annuale al Parlamento sullo stato di attuazione del PNC.**
4. **Inserire l'applicazione del PNC nel Nuovo Sistema Nazionale di Garanzia dei LEA.**
5. **Accelerare la realizzazione di un modello nazionale di stratificazione della popolazione da utilizzare in tutte le Regioni (...)**
6. **Recuperare e rilanciare l'impegno (...)** (rispetto alle innovazioni organizzative del PNRR) e nella **misurazione degli esiti dei PDTA**, anche in termini di qualità di vita dei pazienti.



Raccomandazioni per l'equità nelle politiche della cronicità- relazione intergruppo parlamentare sulla cronicità - settembre 2022

7. Emanare il **Decreto Tariffe** per l'attuazione in tutte le Regioni dei LEA (2017).
8. Inserire esplicitamente la **telemedicina** nei LEA (...)
9. **Adeguare il personale socio-sanitario** dal punto di vista quali-quantitativo per garantire l'effettiva esigibilità dei LEA in tutte le Regioni; (...)
10. **Agire su liste di attesa e cure mancate** per limitare l'impatto su prevenzione, diagnosi tardive, aumento delle complicanze, aderenza al percorso di cura e alle terapie, costi sociali. (...).
11. Definire **strategie** per favorire la diffusione della **cultura della pianificazione comunicazionale** (...)
12. **Potenziare il ruolo del distretto** procedendo ad una specifica formazione dei professionisti, che dovranno svolgere la funzione di capo distretto e dei coordinatori di tutte le aree sanitarie coinvolte e individuare strategie ed azioni che creino una efficace integrazione tra SSN, Comuni e terzo settore (...):

DIABETE - Stratificazione del rischio

Il DM 77 si basa su quattro concetti cardine:

- la medicina di popolazione
- la sanità di iniziativa
- la stratificazione della popolazione per profili di rischio
- il progetto di salute

Solo la conoscenza della popolazione può consentirne una stratificazione sulla base del rischio e l'appropriatezza nell'offerta delle prestazioni

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/Intensità assistenziale	Azioni (Preso in carico derivante)
I livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari.	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali preso in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socio assistenziali
V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbidità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali preso in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socio assistenziali
VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali preso in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socio assistenziali

Osservatorio della cronicità - PON Governance Digital Kit - Manuale operativo



Uno strumento per uniformare i servizi di assistenza sul territorio, per garantire gli stessi livelli di assistenza in ogni Regione, da Nord a Sud

Osservatorio della cronicità - PON Governance

La comunità di pratica

Per garantire la collaborazione continuativa fra i diversi attori del progetto coinvolti a differenti livelli, è stata implementata la **Comunità di Pratica**, una piattaforma che consente di gestire e condividere documenti, idee, esperienze in tempo reale, di creare chat e organizzare eventi (intesi come videocall) permettendo alle risorse impegnate sul progetto di lavorare insieme riducendo la distanza fisica tra le regioni, gli esperti e la rete dei referenti regionali, facilitando in questo modo il **processo partecipativo e multidimensionale**.

L'Osservatorio per la raccolta delle buone pratiche di integrazione sociosanitaria (OISS) di FEDERSANITÀ - AGENAS



IL CICLO DI FUNZIONAMENTO DI OISS



Scheda e Allegati

Descrizione	• Titolo	• Data
Contatto	• Indirizzo	• Telefono
Allegati	• Documento	• Documento
Stato	• Stato	• Stato
Altri	• Altri	• Altri

Gruppo Operativo

Rassegne Critiche



Partenariato
Tecnico e scientifico

Anci Regionali
Federsanità Regionali

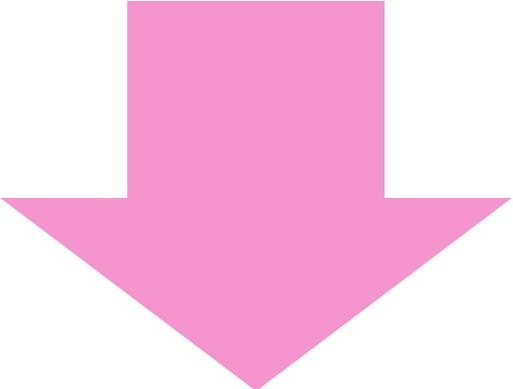
Iniziative di Dialogo e Discussione

insistere sull'attività di prevenzione



**paziente ben curato costa annualmente
circa 1/3 del costo medio per paziente in
Italia**

**una diffusa (semplice ed economica)
attività di prevenzione delle
complicanze consente di ridurre
considerevolmente il costo del diabete
e di migliorare la qualità della vita dei
pazienti**



**paziente non ben curato costa
annualmente oltre 2 volte il costo medio
per paziente in Italia**



DIABETE in Città - URBAN HEALTH

- ❑ Buona pianificazione dell'assetto urbano.
 - ❑ Miglioramento della circolazione urbana.
 - ❑ Riqualificazione di zone degradate.
 - ❑ Creazione di spazi verdi, di piste pedonali e ciclabili e di percorsi sicuri casa-scuola
- sono misure semplici ed efficaci per ridurre le malattie connesse all'inquinamento dell'aria e per promuovere l'attività motoria nella popolazione.

Creare un sistema tra diverse competenze, pianificatori e urbanisti, salute pubblica e decisori per attuare una serie di accorgimenti di tipo tecnico volti a ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute.



DIABETE in Città - Azioni di prevenzione

Quindi, quali ulteriori azioni non sanitarie si possono adottare per prevenire il diabete?

- Adottare i Piani Regionali di Prevenzione 2021-2025
- Costruire Reti integrate tra Dipartimenti prevenzione delle ASL e Comuni per città in salute (*Scuole in salute, parchi, palestre, centri anziani, ristorazione collettiva, ecc.*)

Facilitare il movimento e la corretta alimentazione: impegno di Federsanità con Happy Ageing e Rete città sane



DIABETE in Città - Azioni di informazione

Organizzare campagne di informazione corretta e diffusa fondata su evidenze scientifiche per:

- ❑ accrescere l'alfabetizzazione sanitaria, contrastare le fake news e favorire decisioni informate e consapevoli sulla salute;
- ❑ ridurre inappropriatezze e consumismo sanitario;
- ❑ promuovere sani stili di vita;

**Responsabilizzare tutti i cittadini
verso la salute propria, quella del Paese e
verso un SSN universalistico**