

SURVEY

La dimissione protetta: risultati di una survey nazionale

Protected discharge: results of a national survey

Cristian Quattrini¹, Massimo Michelini², Silvia Aquati³, Elisa Forte⁴, Marzia Bongiovanni⁵, Andrea Craparo⁶, Eleonora Russo⁷, Stefano De Riu⁸, Alessia Scatena⁹

Gruppo di Studio Diabetes Management AMD per il 2025*

¹UO Diabetologia e Malattie del Metabolismo Civitanova Marche, AST Macerata. ²Unità Internistica Multidisciplinare Montecchio Emilia AUSL-IRCCS di Reggio Emilia. ³UOC Endocrinologia e Malattie Metaboliche, Romagna Ospedale Morgagni-Pierantoni, Forlì, AUSL Romagna. ⁴SC Diabetologia 2, ASL Latina. ⁵UOC Diabetologia Universitaria, Latina. ⁶SC Endocrinologia e Metabolismo, ASO S. Croce e Carle, Cuneo. ⁷Medico Diabetologo, Siracusa. ⁸Centro DS 33, ASL NA1, Napoli. ⁹UOC Diabetologia e Malattie Metaboliche, ASL Toscana Sud Est, Arezzo.

Corresponding author: quattrinicristian@gmail.com



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation Quattrini C, Michelini M, Aquati S, Forte E, Bongiovanni M, Craparo A, Russo E, De Riu S, Scatena A. La dimissione protetta: risultati di una survey nazionale. JAMD 28:193-199, 2025.

DOI 10.36171/jamd 25.28.3.5

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received July, 2025

Accepted July, 2025

Published October, 2025

Copyright © 2025 C. Quattrini. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its supporting Information files.

Funding The Authors received no specific funding for this work.

Competing interest The Authors declare no competing interests.

Abstract

The survey focuses on transitional care interventions from hospital to community. It investigates satisfaction with the present discharge planning for people with diabetes.

The results show enough satisfaction with the present system among approximately 59% of the respondents, while the others stated they were dissatisfied. The process may be improved, especially in terms of efficiency, health outcomes, and lastly reduced healthcare costs.

The majority of respondents would choose as a feasible improvement a web-based thorough sharing of medical records, while others recommend developing new clinical pathways or strengthening telemedicine platforms.

KEY WORDS diabetes; discharge; case-management; telehealth.

Riassunto

La survey si focalizza sul particolare ambito della transizione da Ospedale a territorio. Essa indaga il grado di soddisfazione circa la gestione integrata della dimissione della persona con diabete.

I risultati del sondaggio analizzano il grado di funzionalità percepito e mostrano una soddisfazione almeno sufficiente del 59% degli intervistati rispetto alla rete attualmente funzionante mentre il 41% si di-

*Alessia Scatena (coordinatrice), Elisa Forte (vice-coordinatrice), Silvia Acquati, Andrea Craparo, Cristian Quattrini, Eleonora Russo, Marzia Bongiovanni (consulente), Massimo Michelini (consulente), Stefano De Riu (referente CDN).

chiara insoddisfatto. Il sistema appare migliorabile agli intervistati soprattutto in termini di efficienza gestionale, ma anche di tutela sanitaria e infine di risparmio economico.

Un possibile strumento migliorativo che la maggioranza degli intervistati sceglierebbe è la possibilità di una condivisione totale dei dati clinici, mentre altri consigliano la formulazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale oppure il potenziamento delle piattaforme di telemedicina.

PAROLE CHIAVE diabete; dimissione; case-management; telesanità.

Introduzione

Le malattie cronico-degenerative, tra le quali il diabete, costose e invalidanti, mal si adattano ai vecchi modelli della consultazione medica individuale o del ricovero ospedaliero “risolutivo”, sia perché esse richiedono un lavoro di team, sia perché raramente vengono “guarite” con *restitutio ad integrum*.

Se da una parte l’accesso all’ospedale deve essere riservato a casi di vera e propria acuzie, dall’altra il tempo di ricovero deve perseguire strategie di efficienza e ottimizzazione delle risorse per ragioni di sostenibilità; pertanto il momento della dimissione deve rappresentare il fulcro del lavoro d’*équipe* tra ospedale e territorio volto a valorizzare le sinergie, favorire il confronto e potenziare le rispettive competenze, con l’obiettivo comune di promuovere il benessere globale della persona e ridurre il numero di riammissioni in ospedale.

Poco più di un decennio fa, a Pittsburgh, fu osservato che circa il 50% delle persone con diabete tendeva ad accedere una seconda volta al Pronto Soccorso nei 90 giorni successivi alla dimissione⁽¹⁾. Come ridurre questa quota? In breve, si fece strada l’idea che la dimissione vada preparata fin dall’inizio del ricovero^(2,3), combinando diverse strategie, tra cui la valutazione specialistica diabetologica, eseguita precocemente durante il ricovero e mirata all’adeguamento della terapia farmacologica alle esigenze di salute, e le sedute educazionali programmate in un tempo congruo con la possibilità di apprendimento del paziente prima della dimissione ed eventualmente rinforzate dopo la dimissione utilizzando anche la telemedicina^(4,5), soprattutto in pazienti isolati e fragili^(6,7). Nel caso invece del paziente non autonomo occorre coinvolgere precocemente il caregiver o creare collegamenti con le strutture di cura intermedia che accoglieranno il

paziente prima del ritorno al domicilio o con le residenze sanitarie assistenziali. La pianificazione della dimissione con interventi educativi di pazienti e caregiver, ben strutturati, personalizzati e condivisi consente una transizione agevole e previene ricadute e nuovi accessi all’ospedale^(7,8).

La dimissione protetta è pertanto un modello organizzativo sanitario, che coinvolge un team multidisciplinare e garantisce la continuità assistenziale tra l’ospedale e il territorio, assicurando che il paziente, una volta dimesso, riceva cure, supporto e monitoraggio appropriati in base al suo stato clinico e sociale. Tale organizzazione cerca di minimizzare il rischio di riammissione ospedaliera precoce ed interruzione della terapia e della presa in carico.

La realtà clinica tuttavia può discostarsi da quest’ideale, a causa di imperfetta comunicazione tra sanitari chiamati a operare in ruoli diversi e pressati dalla crescente necessità di accorciare i tempi di degenza.

Materiali e metodi

Questa survey è stata elaborata dal gruppo di studio “Diabetes Management”, nato recentemente dalla fusione dei due precedenti gruppi “Diabete e Inpatient” e “Diabete e Outpatient”. Essa si propone di far emergere la diffusione della dimissione protetta tra i diabetologi iscritti all’Associazione Medici Diabetologi italiani (AMD), nei mesi di aprile e maggio 2025. Il sondaggio è costituito da 16 domande, suddivise in 4 domande di profilazione (dalla 1 alla 4) e 12 domande (dalla 5 alla 16) inerenti la gestione della dimissione (con un focus sui reparti di degenza dalla 5 alla 8 e sui percorsi di cura all’esterno dell’ospedale dalla 9 alla 14; la 15 e la 16 di carattere gestionale generale). Il fine che ci si è voluti porre è “fotografare” l’autopercezione della comunità diabetologica circa la corretta organizzazione del delicato sistema transizionale da ospedale a territorio.

Il quesito di fondo è in che misura e con quali modalità i reparti di degenza, i centri antidiabetici, il medico di medicina generale (MMG) e le altre realtà territoriali condividano lo svolgersi del processo di cura, in modo da salvaguardare l’appropriatezza terapeutica e agevolare la compliance futura del paziente.

Risultati

Alla survey hanno risposto 97 soci AMD, operanti in 15 regioni italiane per lo più tra i 45 e i 60 anni (57%)

e oltre i 60 anni (31%). La specializzazione prevalente è data dall'Endocrinologia (69.1%). La maggior parte delle risposte arriva dal Centro-Nord e dalla Campania. Entrando nel vivo della survey, emerge che le strutture diabetologiche entrano in relazione con i reparti di degenza soprattutto attraverso richieste di consulenze; in una minoranza dei casi la struttura diabetologica stessa ha letti di degenza e in una percentuale paragonabile (15%) effettua attività di formazione diabetologica specifica. Nel 5,6% dei casi non vi è alcun contatto con i reparti di degenza (Figura 1) ma gli intervistati ritengono nel 91,8% dei casi che la condivisione della dimissione con il servizio diabetologico territoriale sia una priorità.

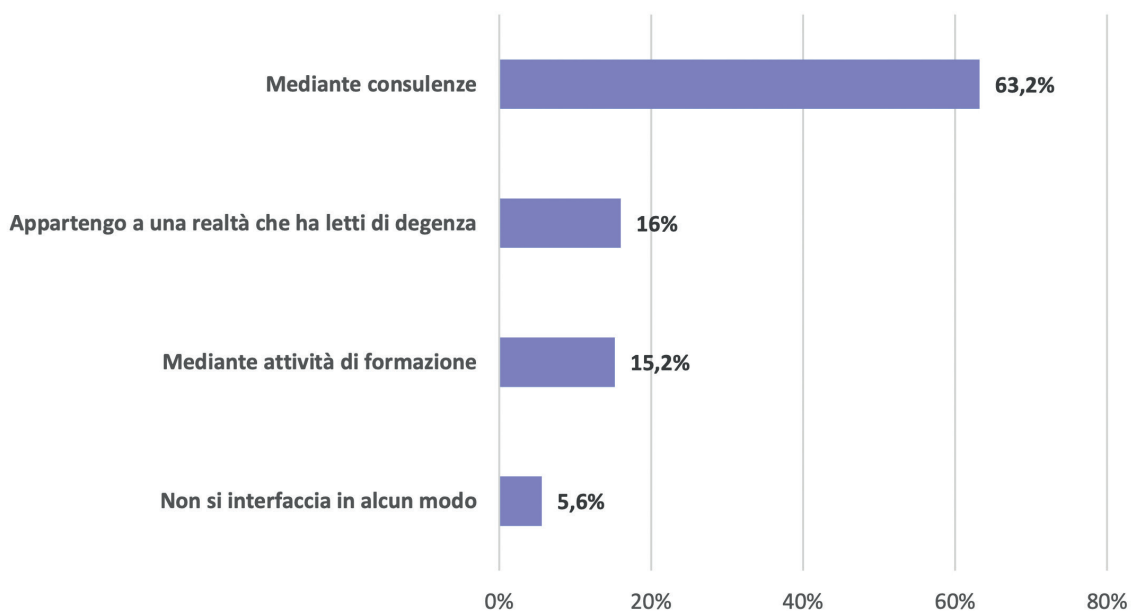
La figura 2 rimanda al quesito riguardante l'implementazione della programmazione delle richieste di consulenza. Solo in circa il 30% dei casi la consulenza avviene in modo programmato, nel 6% la programmazione non è ritenuta necessaria e nella maggior parte dei casi la programmazione è prevista ma non implementata. La consulenza eseguita senza programmazione e spesso poco prima della dimissione è solitamente limitata alla conferma o smentita di scelte terapeutiche effettuate durante la degenza e/o ad effettuare una rapida iniziazione all'insulina nel paziente *naïve*. Le consulenze richieste con scarso preavviso e a ridosso della dimissione possono essere quindi gravate da scarsa efficacia in termini di comprensione da parte del paziente e/o del caregiver. Il coinvolgimento del diabetologo pre-

cocemente durante il ricovero consente di valutare il decorso, la risposta alla terapia farmacologica, la capacità e la disponibilità a praticare terapie complesse alla dimissione. Andando poi ad indagare la tempistica di preavviso della richiesta di consulenza circa un terzo degli intervistati ritiene sufficienti 12-24 ore, il 40% circa ne richiede 36, e un quarto circa auspica addirittura da 48 a 72 ore. Per una netta minoranza può essere necessario anche un preavviso di 6 ore.

Per quanto riguarda il passaggio delle informazioni con i medici di medicina generale (MMG), nell'89.7% dei casi non esiste una cartella clinica condivisa e l'unica comunicazione avviene attraverso la lettera di dimissione. In pochissime realtà (6.2%) esiste una cartella condivisa e nel 4.1% dei casi il MMG ed il diabetologo si scambiano informazioni specifiche. Per quanto la lettera di dimissione costituisca un documento essenziale, essa da sola non garantisce la continuità assistenziale ed è spesso carente di informazioni riguardanti le strategie di adattamento e di titolazione personalizzate una volta raggiunto il domicilio né variazioni di dosaggio da adottare in caso di eventi avversi o addirittura programmazione del follow-up o contatti da utilizzare in caso di necessità.

Anche nel caso di pazienti affetti da disabilità severe con necessità di affidamento ad equipe territoriali (cure intermedie, ospedali di comunità, RSA o cure palliative), l'82,5% degli intervistati riferisce la man-

Figura 1 | Come si interfaccia la tua realtà diabetologica con i reparti di degenza?



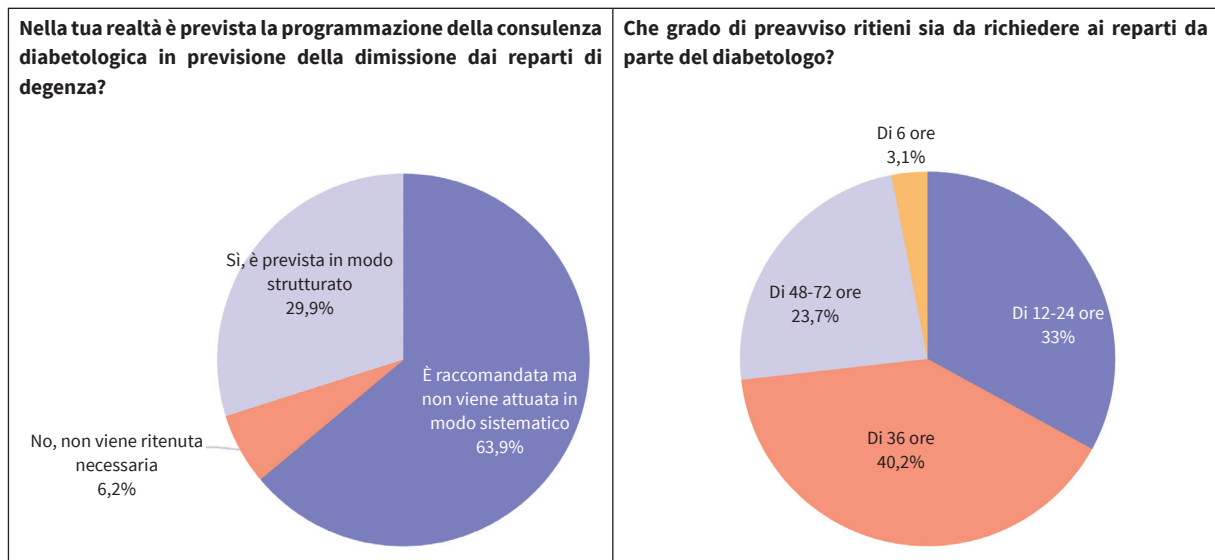


Figura 2 | Implementazione della programmazione delle richieste di consulenza.

canza di possibilità di condivisione dei dati clinici, presente invece nel 9,3% dei casi e con un 8,2% dei diabetologi che riferisce di comunicare direttamente con le strutture intermedie.

Le modalità con cui avviene la comunicazione post-dimissione tra diabetologo e MMG o cure intermedie non sono chiare e univoche, potrebbe essere una richiesta di consulenza vera e propria e potrebbe essere utilizzata la telemedicina per il suo espletamento.

La continuità di cura sembra comunque poco strutturata: si è voluto di seguito chiedere se, a giudizio degli intervistati, venga effettivamente sentita come problematica dagli operatori sanitari, sia sul versante territoriale che ospedaliero.

Il quesito in figura 3 sonda la percezione della qualità assistenziale e di cura del sistema di transizione da ospedale a territorio da parte dei diabetologi, nelle realtà locali. Dalle risposte si evince che circa il 43% dei diabetologi interpellati reputa sufficiente la strutturazione della continuità di cura e di assistenza tra ospedale e territorio mentre il 41% circa avverte il sistema come francamente inadeguato o poco soddisfacente. Solamente il 16% ritiene che il sistema sia abbastanza o molto soddisfacente così com'è.

Andando poi ad indagare il grado di consapevolezza da parte del personale ospedaliero riguardo l'importanza delle dimissioni programmate (Figura 4), emerge che circa il 43% del campione di diabetologi interpellato ritiene che il personale ospedaliero

abbia poca nessuna consapevolezza dell'importanza di eseguirle; il 34% giudica tale consapevolezza sufficiente; il restante 23% circa la reputa buona o ottima. La scarsa percezione dell'importanza della dimissione protetta è ancora da imputare alla dicotomia che contraddistingue ancora la separazione strutturale, organizzativa e culturale tra ospedale e territorio.

Quando la stessa domanda viene posta valutando il grado di consapevolezza del personale operante sul territorio, i dati risultano positivi con un 38% di consapevolezza sufficiente ed un 24% di consapevolezza buona o ottima, derivante probabilmente dalla necessità di procedere in linea con quanto indicato in ambiente ospedaliero.

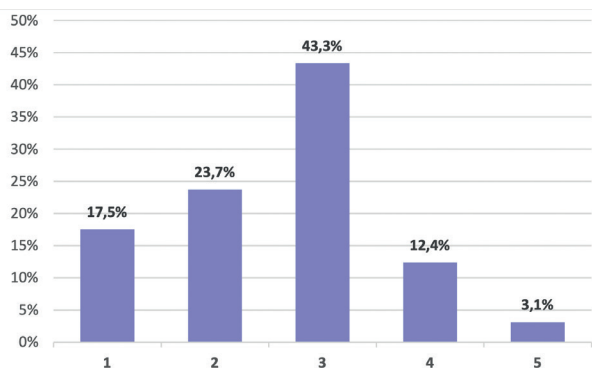


Figura 3 | Quanto ti sembra adeguatamente strutturata (da 1 a 5) la continuità di cura e di assistenza tra ospedale e territorio nella tua realtà lavorativa?

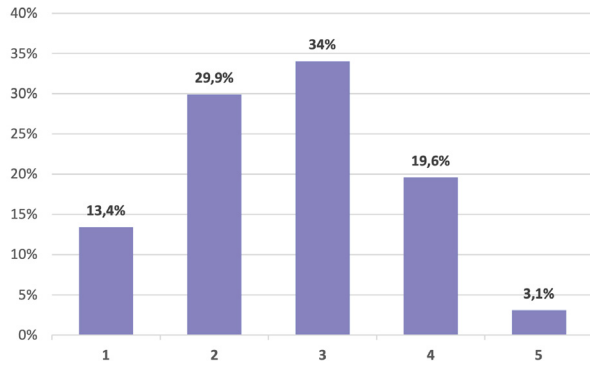


Figura 4 | Ritieni che il grado di consapevolezza dell'importanza delle dimissioni programmate/protette da parte del personale ospedaliero della tua realtà lavorativa sia adeguato?

Passando ora al grado di consapevolezza della problematica da parte del MMG, come percepito dai diabetologi, circa il 45% lo giudica scarso o molto scarso, circa il 43% sufficiente, circa il 24% buono o ottimo. Quindi la maggioranza dei soci AMD intervistati dà un giudizio positivo circa la sensibilità del MMG ma una consistente minoranza nutre delle riserve.

La domanda successiva verte sulla specifica utilità di programmare le dimissioni (Figura 5). Un dato importante è che nessuno fra gli intervistati ha escluso che vi sia un qualche beneficio. Un quarto

circa ritiene che il beneficio sia di tipo prevalentemente economico. Il 34,3% pensa che la programmazione si traduca in un miglioramento soprattutto dello stato di salute del paziente. La maggioranza relativa (40,6%) pensa invece che a migliorare sia principalmente l'efficienza del sistema. Di fatto la dimissione protetta permette una valutazione precoce in fase di ricovero (fragilità, comorbidità, rete sociale), la pianificazione condivisa tra ospedale, medicina territoriale, caregiver e servizi sociali, la riconciliazione farmacologica, l'attivazione dei servizi post-ricovero (es. assistenza domiciliare, ADI, RSA, follow-up ambulatoriale) ed il contatto con MMG e infermieri di comunità, permettendo così di ridurre il rischio di riammissione ospedaliera precoce, di evitare interruzioni nella terapia o nella presa in carico, di supportare pazienti fragili o cronici, spesso complessi.

Interrogati infine sullo strumento attraverso il quale questo percorso possa migliorare (Figura 6), la maggioranza relativa (28,7%) degli intervistati indica la condivisione della cartella clinica come strumento d'elezione, il 25,4% invece la creazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Il 19,6% sceglie tecniche di telemedicina o teleconsulto. Un 17,5% preferirebbe istituire riunioni perio-

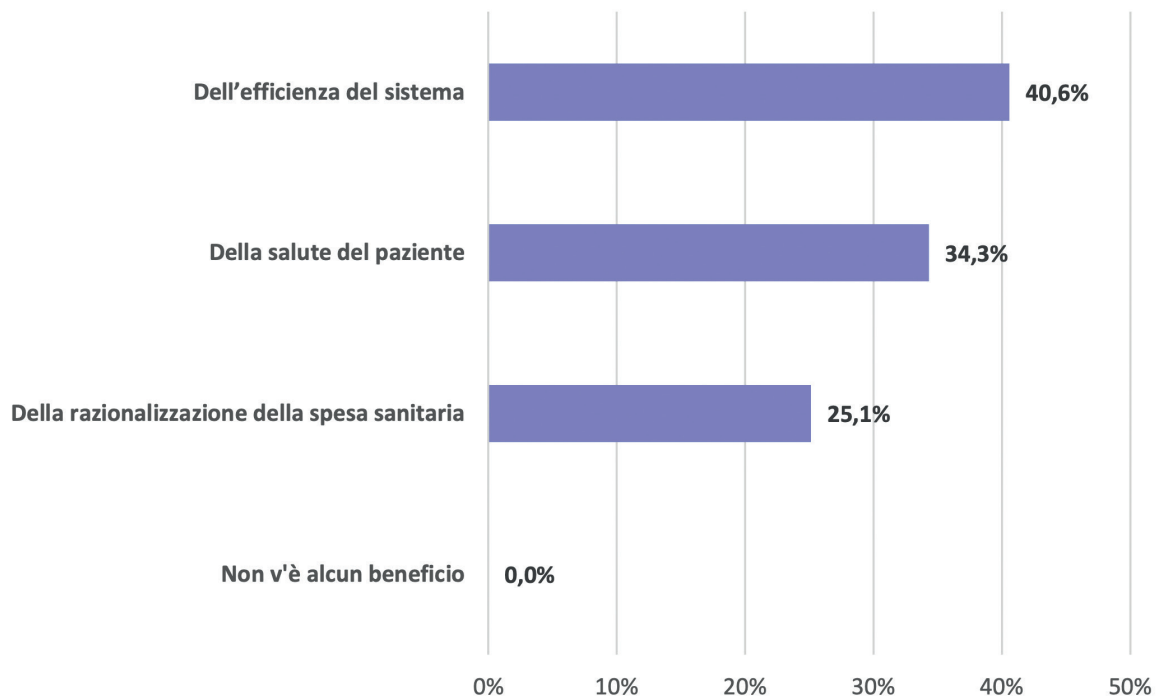


Figura 5 | Pensi che programmare le dimissioni si rifletta prevalentemente in quale tipo di beneficio?

diche tra *équipe* ospedaliera e territoriali. Una quota minore (8.5%) vorrebbe ricevere un feedback diretto dall'*équipe* territoriale.

Discussione

Lo sviluppo sempre più settoriale della medicina implica necessariamente un certo distanziamento dei vari specialisti e delle loro sfere particolari di competenza. Senza un coordinamento dinamico, il rischio è una certa ridondanza degli interventi sanitari.

Una strategia riconosciuta efficace a livello internazionale è quella della stratificazione del rischio e della individualizzazione della cura, unite alla condivisione del percorso di cura tra i professionisti fuori e dentro l'ospedale per minimizzare il rischio di ricaduta^(9,10).

La dimissione diabetologica programmata, o protetta in senso lato, sta diventando una priorità in vari sistemi sanitari, come mostrano fra l'altro le raccomandazioni degli ADA "Standards of Care 2025"⁽⁶⁾ che parlano di Structured Discharge Plan per rispondere all'elevato tasso di riammissioni in ospedale, che negli USA è pari al 14-20% per le persone con

diabete, sostanzialmente doppia rispetto ai pazienti che non hanno il diabete.

Il presente sondaggio mirava a comprendere differenze e criticità in quanto percepite come tali dai diabetologi operanti nei vari contesti geografici italiani, e sondare le loro preferenze circa un possibile modello di riferimento comune di dimissione appropriata.

I risultati indicano che in certa misura la comunità è soddisfatta della rete assistenziale del nostro Paese, che è tradizionalmente una delle più avanzate a livello globale. Per altri aspetti, invece, viene avvertito che il sistema necessita di alcuni correttivi.

Il mondo diabetologico, variamente organizzato nelle diverse località, in generale si è dimostrato sensibile al principio di programmazione del percorso del paziente, in modo che alla sua dimissione questi sia saldamente immesso su binari più chiari e sicuri.

Circa gli strumenti più appropriati da utilizzare, i partecipanti hanno espresso opinioni non unanimesi: si può ritenere che ciascuno abbia risposto in base alla situazione nella particolare realtà lavorativa.

Attualmente, solo una parte dei pazienti affetti da diabete riceve assistenza specialistica presso un centro diabetologico pubblico e ancora meno fre-

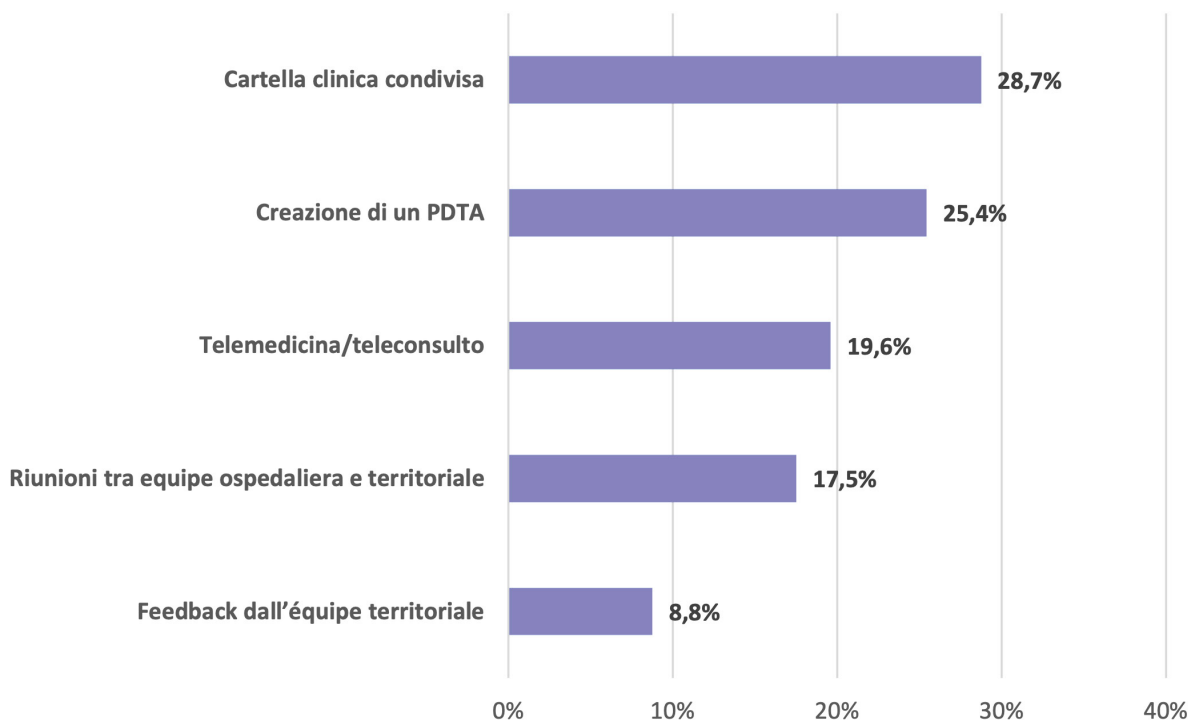


Figura 6 | Nel caso in cui la dimissione protetta/programmata non sia adeguatamente strutturata, con che cosa ritieni che possa essere utile implementarla?

quente è la valutazione diabetologica all'interno di un ricovero. Infatti, i servizi diabetologici non sempre dispongono dello staff che sulla carta dovrebbe venir loro assegnato né riescono a mettere in atto tutti i percorsi educativi strutturati ai quali le società scientifiche incessantemente richiamano. Singoli specialisti che operano isolati, in ambulatori periferici, presentano grandi difficoltà nell'interfacciarsi con il personale ospedaliero e in molti casi lo specialista non percepisce ancora la necessità di un'integrazione o di un confronto.

Lo strumento di supporto che potrebbe facilitare la comunicazione e creare esso stesso un ponte tra ospedale e territorio è la condivisione dei dati clinici con strumenti informatici avanzati. Le necessità avvertite dagli intervistati potrebbero allora essere affrontate in armonia con il progetto sanitario del PNRR. Quest'ultimo suggerisce che i ruoli dei vari specialisti nella gestione integrata di ciascun caso clinico siano flessibili e prevede nelle case di comunità⁽¹¹⁾ un polo diabetologico interfacciato anche telematicamente con MMG e Specialista ambulatoriale⁽¹²⁾. Grazie alla condivisione dei dati e al graduale sviluppo di piattaforme informatiche, che riducano i tempi di accesso alle informazioni cliniche, sarà auspicabilmente possibile pervenire a un modello più dinamico e interattivo, in cui sia previsto il coordinamento e la razionalizzazione degli sforzi, valorizzando l'apporto di ciascun operatore.

Conclusioni

Questa survey aveva lo scopo di fare emergere se, visto dall'interno, il sistema di transizione da ospedale a territorio sia percepito come ottimizzato, efficiente e sostenibile, indagando nel contempo la percezione da parte di diabetologo dello stato di soddisfazione degli altri operatori nei contesti locali. È interessante apprezzare una certa criticità nei confronti del modello attuale, l'evidenza di un *gap* comunicativo tra i vari livelli assistenziali e l'opportunità di ridisegnare alcuni percorsi per poter offrire una cultura organizzativa dedicata alla dimissione protetta, volta alla riduzione del rischio di riammissione ospedaliera precoce, all'evitare interruzioni nella terapia o nella presa in carico e al supporta-

re pazienti fragili o cronici, spesso complessi (come quelli con diabete, scompenso, ictus, ecc.).

Si ringraziano tutti i Soci che hanno permesso la realizzazione della survey con la loro attiva partecipazione.

Bibliografia

1. Patel N, Swami J, Pinkhasova D et al. Sex differences in glycemic measures, complications, discharge disposition, and postdischarge emergency room visits and readmission among non-critically ill, hospitalized patients with diabetes. *BMJ Open Diabetes Res Care* 10, 2022.
2. Cai J, Islam MS. Interventions incorporating a multi-disciplinary team approach and a dedicated care team can help reduce preventable hospital readmissions of people with type 2 diabetes mellitus: a scoping review of current literature. *Diabet Med* 40:e1495, 2023.
3. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2, 2022.
4. Taylor YJ, Roberge J, Rossman W, Jones J, Generoso C, Bobay C, DeSilva B, Evans C, Pracht M, Dulin MF, Davis CJ. A Population Health Approach to Transitional Care Management for High-Risk Patients with Diabetes: outcomes at a Rural Hospital. *Popul Health Manag* 23:278-285, 2020.
5. Gregory NS, Seley JJ, Dargar SK, Galla N, Gerber LM, Lee JI. Strategies to prevent readmission in high-risk patients with diabetes: the importance of an interdisciplinary approach. *Curr Diab Rep* 18:54, 2018.
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 16. Diabetes Care in the Hospital: standards of Care in Diabetes - 2025. *Diabetes Care* 48 (Supplement 1): S321-S334, 2025.
7. Readmissions and Adverse Events After Discharge. PSNet [internet]. Rockville (MD): agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services. 2019. Accesso 13/7/2025.
8. Demidowich AP, Stanback C, Zilbermint M. Inpatient diabetes management. *Ann N Y Acad Sci* 1538:5-20, 2024.
9. Schwarz PE, Li J, Lindstrom J, Tuomilehto J. Tools for predicting the risk of type 2 diabetes in daily practice. *Horm Metab Res* 41:86-97, 2009.
10. Thooputra T, Newby D, Schneider J, Li SC. Survey of diabetes risk assessment tools: concepts, structure and performance. *Diabetes Metab Res Rev* 28:485-98, 2012.
11. Giancaterini A, Molteni L, Mori M, Ponzani P. La costruzione del polo diabetologico nelle Case di Comunità, secondo gli obiettivi della Missione 6 del PNRR. *JAMD* 26:S23-S28, 2023.
12. Daffra D, Lencioni C, Occhipinti M, Resi V, Salutini E. Percorso per il teleconsulto medico-sanitario tra Centro Diabetologico e Casa di Comunità. *JAMD* 26:S56-S61, 2023.