

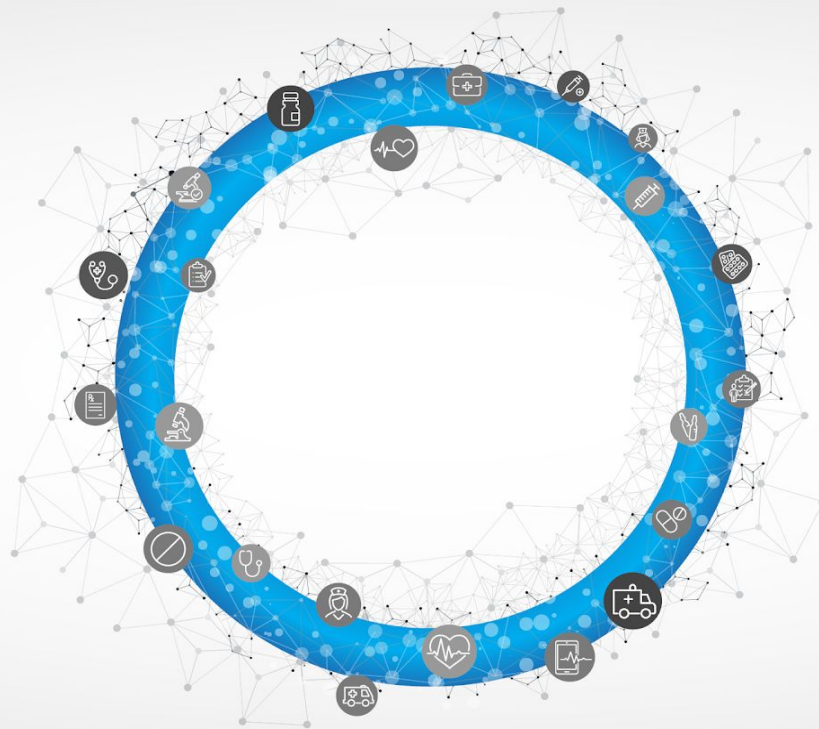
11 SETTEMBRE 2020

NAZIONALE

L'ESEMPIO DEL DIABETE

**GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE
NELL'ERA POST COVID-19**

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

Questa pandemia ha tolto moltissimo alla nostra Nazione ed al nostro SSN. Per riuscire però a ricavarne qualcosa di buono sarà necessario fare tesoro di tutte le esperienze maturate.

Ha fatto comprendere:

- Indipendentemente dai modelli assistenziali più o meno virtuosi, la fragilità attuale del sistema salute che in questi anni è stato continuamente depauperato di mezzi e risorse;
- Come le aziende di settore e le Istituzioni debbano collaborare attivamente attraverso partnership trasparenti quanto necessarie;
- Come le nuove tecnologie che consentono la gestione da remoto debbano trovare applicazione immediata;
- Se vogliamo realmente mantenere il paziente al centro del sistema, tutto deve essere pensato per dare a questo un beneficio in termini di salute e di vita;
- Come l'applicazione pratica di molti modelli programmati e scritti sulla carta tra Ospedale e Territorio non possano più attendere.

Ha messo drammaticamente in evidenza come il tema della gestione della cronicità, rappresenti sicuramente un ambito assistenziale in cui si rende necessario ed improcrastinabile ammodernare il sistema. In questo periodo il rischio di mancata assistenza ai pazienti, da tempo costretti ad accedere all'ospedale anche solo per rinnovare i propri piani terapeutici e ricevere quindi le terapie croniche utilizzate, ha avuto un impatto pericoloso per tutti i pazienti.

Alcune regioni sono corse ai ripari andando in deroga alle normative nazionali dando la possibilità fino a quel momento negata, ai MMG di intervenire attivamente nella gestione di queste terapie.

Tutti hanno compreso che è il momento di cambiare, dando valore alle tecnologie che consentono una migliore aderenza del paziente alle cure dando valore alle formulazioni di farmaci più facili da gestire nelle cure domiciliari. Per citare alcuni dati, secondo l'analisi EFPIA solamente le complicanze dovute alla scarsa aderenza alla terapia del diabete rappresentano un costo pari al 14% del totale della spesa sanitaria dei Governi Europei, circa 125 miliardi di euro all'anno. Secondo il rapporto dell'osservatorio dei medicinali, In Italia, la percentuale di aderenza per i farmaci antidiabetici è del 63% (OSMed 2015) e questo comporta: il raddoppio nel numero di ricoveri ospedalieri e dei costi del trattamento per il SSN, un aumento ogni anno di circa 6 giorni di assenza dal lavoro ed infine un aumento del 30% della mortalità per tutte le cause (dati SID). Tra i fattori che impattano sull'aderenza terapeutica, un ruolo importante potrebbero avere le differenze regionali nella efficienza dei servizi di presa in carico delle

persone con diabete e nell'accesso all'innovazione. Gli operatori e gli esperti del settore stanno già identificando le azioni da intraprendere, ora però sarà fondamentale che questo periodo sia sfruttato per riorganizzare e rivedere il nostro sistema sanitario e che i cambiamenti necessari vengano implementati subito e senza complicazioni burocratiche.

IL VALORE DELL'INNOVAZIONE FARMACOLOGICA NEL POST COVID-19 REAL WORD

La pandemia ha messo il nostro sistema alle corde, ha reso necessario affrettare quella che se no sarebbe stata, come sempre succede in Italia, un'evoluzione molto molto lenta. Il sistema doveva assistere dei pazienti che data la situazione venutasi a creare avevano molte più difficoltà a fare i controlli. Il paziente diabetico è un paziente che ha bisogno di controlli abbastanza ravvicinati perché spesso ha bisogno di aggiustamenti della terapia. Bisogna passare ad un sistema integrato ospedale-territorio, che usi l'innovazione, la telemedicina, il teleconsulto anche per rendere più equo il sistema di accesso. La gestione deve essere fatta con il coinvolgimento di tutti gli attori: MMG, medico ospedaliero, farmacista, caregiver e paziente. C'è stata forse finalmente una presa di posizione di diversi endocrinologi che hanno capito che è fondamentale che la prescrittibilità di alcuni farmaci sia possibile anche da parte dei MMG e PLS. La politica deve ascoltare la voce dei pazienti che sanno quali sono le difficoltà di cura, ascoltare la voce delle società scientifiche, rendere disponibili le cure innovative a tutti i malati e valorizzare il lavoro di tutti in particolare quello del farmacista che può dare un grande contributo sull'aderenza alla terapia. Bisogna cominciare a valutare i costi come costi globali e non più dividere farmaci, ospedalizzazioni ecc, così da rendersi conto che l'innovazione di fatto è sì costosa ma alla fine presa nell'insieme ci fa risparmiare.

Le nuove possibilità terapeutiche ci dimostrano come è possibile cambiare la storia delle persone che vivono con diabete. C'è da capire come utilizzare i nuovi farmaci, tutte le criticità nel gestire le terapie innovative e nel prescriverle durante il periodo covid-19 si sono accentuate ed è stato necessario cambiare un po' l'organizzazione. Da marzo ad oggi tante nuove terapie non sono state iniziate, si è stimato ci siano state un numero pari a 18 mila nuove diagnosi non fatte per visite non erogate.

La telemedicina svolta nel periodo pandemico non si è dimostrata in grado di rispondere al bisogno di poter seguire il paziente completamente, ad esempio intensificare le terapie, iniziarne di nuove. Essendo i piani terapeutici fatti solo ed esclusivamente dallo specialista è stata fatta una proroga fino ad il 31 agosto, ora ci si trova a dover rinnovare tutto ciò che non è stato rinnovato precedentemente. Le sale di attesa sono piene di pazienti che devono solo ricevere un timbro, l'unica risposta che AIFA ha dato è di ove possibile dare la risposta per via telematica. Non è questa la risposta che deve essere data, bisognerebbe prorogare almeno fino

al 31 dicembre i piani terapeutici e partire subito con l'allargamento della prescrivibilità anche agli altri attori dell'assistenza: MMG ed anche altri specialisti che possono essere coinvolti con la patologia del diabete. Perché esistono ancora piani terapeutici su farmaci che chiamiamo innovativi ma sono ampiamente superati ed alcuni stanno per essere genericati?

Le soluzioni devono essere costruite attorno al cittadino e non intorno all'AIFA, alla burocrazia ed ai tetti di spesa. Sono due anni che si discute sulle stesse cose, si mostrano gli stessi dati e si fanno vedere le stesse diapositive: basta, è ora di cambiare le cose.

POST-COVID E CRONICITÀ: COSTI DELLA NON ADERENZA ALLE CURE E SPESE EVITABILI ATTRAVERSO UNA CORRETTA STRATIFICAZIONE DELLE SCELTE TERAPEUTICHE

Da un punto di vista economico se si confronta il nostro paese con Francia o Germania si vede che ha ben oltre due punti percentuali in meno, quindi quando si dice che l'Italia ha un servizio sanitario costoso si sbaglia decisamente. Il nostro è uno dei servizi sanitari più produttivi rispetto all'investimento che viene operato in sanità. In termini di efficienza, efficacia ed equità è meglio rispetto ad altri. Il rapporto tra spesa sanitaria totale e PIL però tenderà ad aumentare in modo significativo. Questo rapporto cresce perché il numeratore aumenta, ovvero la spesa sanitaria ha moltissimi fattori che guidano la crescita di questo dato. Il denominatore invece dal 2008 in alcuni anni il PIL è diminuito. Questo porterà a problemi di tenuta del sistema. La quantità di persone over 65 aumenterà come è già aumentata in questi anni, di conseguenza anche le pensioni e l'assistenza sanitaria con le cronicità, questo è uno dei motivi che genererà molta spesa nel futuro.

Al diabete sono associate molte complicanze e comorbidità severe con conseguente impatto clinico, economico e sociale. È una delle malattie più sfidanti del XXI secolo. Associata a ogni complicanza del diabete c'è un impatto sulla spesa, i farmaci ipoglicemici pesano circa ¼ rispetto al totale, la gran parte del resto della spesa è farmaco non legato strettamente alla cura del diabete bensì alle sue complicanze. Parte di queste spese e complicanze sono legate ad una scarsa aderenza alla terapia da parte del paziente.

I diabetici con un tasso di aderenza e di persistenza maggiore hanno una probabilità più alta di raggiungere i target attesi come ad esempio un valore inferiore o uguale a 6.5 di glicata o riduzione di glicata superiore all'1%. Una riduzione di glicata pari all'1% porta ad una riduzione del 35% dell'over all risk di complicanze. Tutto ciò può essere tradotto con una semplice frase: **maggiore è l'aderenza, minore sono le ospedalizzazioni ed il rischio di mortalità.** Nei pazienti aderenti i costi per i farmaci antidiabetici sono maggiori ma i costi legati alla gestione delle complicanze (ricoveri, emergenze, ambulatori, altri farmaci) minori.

Come cercare di aumentare questa aderenza se ha un impatto economico così importante? Tramite campagne informative, di sensibilizzazione, educazione del paziente. Le farmacie che sono ampiamente presenti sul territorio potrebbero svolgere un ruolo fondamentale. Questa strategia richiede investimenti significativi e costanti non sporadici come spesso accade. Per modificare il comportamento di una persona ci vuole molto tempo. Un altro modo per migliorare l'aderenza può essere andando ad agire sui fattori che la favoriscono ovvero la facilità d'uso, la modalità di somministrazione o la tempistica di somministrazione della terapia.

IL PUNTO DI VISTA DEI CLINICI

C'è ancora purtroppo la percezione che il diabete sia "la malattia dello zucchero" ma non è così, è un disordine metabolico molto complesso che coinvolge tutti gli organi e gli apparati. Non è legato a mangiare o meno le castagne. Ciò che sconvolge è che ad oggi ancora molte persone chiedono: posso/devo mangiare le pannocchie? Posso mangiare le castagne? Posso mangiare la frutta? Il concetto di dovere o potere è uscito dal concetto educativo di una persona con diabete. Non si tratta di privare o di concedere, si tratta di ragionare in maniera molto semplice e chiara con il paziente **chiedendo a lui** che cosa vuole mangiare e discutendo con lui quando e come assumere determinati alimenti.

Esistono moltissimi farmaci per trattare il diabete oltre la metformina, che richiedono come ogni trattamento consapevolezza, scienza e coscienza. Per assurdo questi farmaci come SGLT-2 o DPP-4 sono ancora più maneggevoli dei vecchi. Non può esistere un motivo razionale per dire devono essere sottoposti a controllo dello specialista. Certo, tutti i pazienti diabetici hanno il diritto ed il dovere di essere visti dallo specialista, poi però deve poterlo seguire il MMG, che è assolutamente in grado di fornirgli una grande professionalità e competenza. Per questo il piano terapeutico così come è concepito adesso è proprio uno strumento di harbinger by prescription. Non si può usare il piano terapeutico per ridurre la spesa, è un'ipocrisia che va avanti da troppi anni.

Altro aspetto importante come già detto in precedenza, è l'aderenza terapeutica, davvero bassa in questa patologia. Non è una questione che riguarda solamente i farmaci, la persona con diabete deve aderire ad una miriade di cose ogni giorno ed ogni momento della giornata, che vanno al di là del trattamento farmacologico. Qualcuno gli deve **spiegare** perché può o non può fare determinate scelte, bisogna motivare queste persone. Ci sono pochi e mal distribuiti veri team diabetologici sul territorio Nazionale in cui le persone hanno a disposizione i tempi appropriati medici, infermieri o dietisti, per dare effettivamente supporto a queste persone. Per renderle aderenti.

L'aderenza non riguarda solamente il paziente, ma anche il medico, che deve rispettare le linee guida. Gli amministratori della salute ed i decisori in sanità dovrebbero collocare in maniera adeguata le risorse per rispondere ai bisogni dei diabetici.

IL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE

Si fa sempre molta fatica a mettersi nei piedi del paziente disegnando il vero percorso diagnostico terapeutico assistenziale da suo punto di vista. Spesso nei PDTA non sempre ci sono le risposte alle domande: Chi? Cosa? Dove? Quando? Perché?

Bisogna coinvolgere i diabetici ed i loro rappresentanti per capire quali sono i reali percorsi che il paziente deve affrontare. Chi definisce che informazioni deve avere il paziente ad esempio all'atto del primo ricovero della prima visita? Molte persone tonano a casa dalla prima visita, scoprono di avere il diabete ma non gli viene detto cosa può mangiare, cosa deve fare e come si deve gestire. Non bisogna preoccuparsi solo di prescrivere il farmaco.

Il paziente deve essere messo al centro, se ci si mette nei suoi panni si riuscirà davvero a capire quali sono le motivazioni che lo portano a non aderire ad una terapia od a un percorso di cura.

Portare il paziente al centro diabetologico è fondamentale, soprattutto all'inizio della malattia, però quando il paziente trova che ha un anno di tempo prima della prima visita, posti lontani e magari impegnativi per lui da raggiungere è chiaro che va semplicemente dal suo medico di famiglia. Gli viene prescritto il farmaco, passa la sintomatologia e continua ad avere il diabete in modo asintomatico, e nel frattempo si aggrava. Pochissime persone sanno esattamente quello che stanno facendo, ci si rende conto che i pazienti, le persone culturalmente ed economicamente spesso sono quelle più deboli.

IL PUNTO DI VISTA DEI FARMACISTI

Il ruolo delle farmacie è importantissimo. Il Ministero della Salute in conferenza Stato Regioni ha approvato il progetto della farmacia dei servizi, che prevede alla sua conclusione, di attivare una serie di servizi presso le farmacie territoriali. Tra questi il monitoraggio dell'aderenza alle cronicità. Nel panorama sanitario un ruolo importante sarà finalmente svolto da questo ordine professionale.

CONCLUSIONI

Se il punto di vista dei clinici, dei programmatori della politica e dei pazienti è lo stesso, perché non si riesce mai ad uscire da queste criticità?

Il diabete va affrontato in maniera proattiva, non basta parlare, bisogna impegnarsi a migliorare concretamente i punti deboli trattati:

- Fare diagnosi precoce
- Migliorare lo stile di vita: per trattare il diabete non bastano i farmaci
- Togliere gli ostacoli all'accesso alle cure in particolare ai farmaci oramai non più innovativi
- Stop alle limitazioni dei piani terapeutici
- Togliere burocrazia ed aumentare controlli
- Allargare alcune prescrizioni al MMG
- Applicare concretamente i PDTA
- Seguire i pazienti per migliorarne l'aderenza
- Valutare le innovazioni tecnologiche per il telemonitoraggio e teleconsulto
- Collaborazione di TUTTE le figure professionali: specialisti (endocrinologi, cardiologi, nefrologhi), MMG, PLS, farmacisti, infermieri.

SONO INTERVENUTI NEL CORSO DELL' EVENTO:

(i nomi sono posti in ordine Alfabetico)

Fabiana Anastasio, Consigliere Nazionale FAND - Associazione Nazionale Diabetici, Presidente del Coordinamento delle Associazioni di Pazienti Diabetici della Campania

Rossana Boldi, Vicepresidente XII Commissione (Affari Sociali) Camera dei Deputati

Enzo Bonora, Professore Ordinario di Endocrinologia, Università di Verona - Direttore, UOC Endocrinologia, Diabetologia, Malattie del Metabolismo, AOUI Verona

Pasquale Cananzi, Dirigente Farmacista Centro Regionale di Farmacovigilanza e Vaccinovigilanza, Regione Siciliana

Agostino Consoli, Professore Ordinario Endocrinologia Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento Università Chieti-Pescara

Claudio Cricelli, Segretario Generale Nazionale SIMG

Paolo Di Bartolo, Presidente AMD

Giulia Gioda, Presidente Motore Sanità

Alessandro Malpelo, Giornalista

Stefano Nervo, Presidente Nazionale Diabete Italia

Annarosa Racca, Presidente Federfarma Lombardia

Franco Ripa, Responsabile Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari,
Regione Piemonte

Andrea Sermonti, Giornalista

Rita Lidia Stara, Membro Comitato Direttivo Diabete Italia e Presidente Fe.D.ER Federazione
Diabete Emilia-Romagna

Ugo Trama, Dipartimento del Farmaco Regione Campania

Giuseppe Turchetti, Professore Economia e Gestione delle Imprese, Scuola Superiore
Sant'Anna Pisa

Roberto Venesia, Segretario FIMMG Piemonte e Coordinatore Area del farmaco FIMMG

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

*L'evento è stato organizzato da **Motore Sanità** con il patrocinio di **Regione Campania, Regione Lombardia, Regione Piemonte, Regione Siciliana, Regione Toscana, Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, AMD - Associazione Medici Diabetologi, FAND - Associazione Italiana Diabetici, FIMMG - Federazione Italiana Medici di Famiglia, Società Italiana di Diabetologia, SIMG - Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie** e con il contributo incondizionato di **Lilly e Omnidermal**.*

