

COMUNICATO STAMPA

Pandemia diabete: è emergenza. **I pazienti non possono più aspettare**

Le associazioni di pazienti: «Non dimentichiamo le storie degli ammalati e i loro bisogni di cura e diamo al medico di medicina generale la possibilità di prescrivere i farmaci innovativi che ridurrebbero diagnosi tardive e complicazioni».

12 Aprile 2021 - La pandemia da Covid-19 non deve fare dimenticare l'esistenza di malattie croniche come il diabete il cui impatto sulla salute del paziente e sul piano sociale è devastante. Il paziente con diabete è un paziente ad altissimo rischio. E i dati parlano chiaro.

Ogni 7 minuti una persona con diabete ha un attacco cardiaco, ogni 30 minuti una persona con diabete ha un ictus, ogni 90 minuti una persona subisce una mutazione a causa del diabete, ogni 3 ore una persona con diabete entra in dialisi, il 15% delle persone con diabete ha coronaropatia, il 38% delle persone con diabete ha insufficienza renale (può portare alla dialisi), il 22% delle persone con diabete ha retinopatia, il 3% delle persone con diabete ha problemi agli arti inferiori e piedi.

Altri dati che fanno riflettere. **Il 50% di pazienti con diabete di Tipo 2 viene vista quasi esclusivamente dai Centri specialisti, un altro 50% non viene seguito mai dallo specialista. E' di 7-8 anni la riduzione di aspettativa di vita nella persona con diabete non in controllo glicemico, il 60% almeno della mortalità per malattie cardiovascolari è associata al diabete.**

Se i farmaci SGLT2, secondo lo studio EMPAREG condotto su 7.020 pazienti ad elevato rischio cardiovascolare con diabete di Tipo 2, ha mostrato una riduzione del 38% della mortalità cardiovascolare, del 32% della mortalità per tutte le cause, del 35% le ospedalizzazioni per scompenso (Repor Arno 2019), a fronte di queste evidenze, **al medico di medicina generale non viene data la possibilità di prescrivere queste terapie e anche rapidamente.** L'impatto è devastante considerando che la diagnosi arriva quando ormai il 50% delle beta-cellule è già danneggiata e che dal momento della diagnosi all'utilizzo delle prime terapie, all'utilizzo delle sulfaniluree e quando il paziente viene inviato allo specialista passano degli anni e la malattia progredisce e subentrano le complicanze.

Per fare il punto sul tema, DIABETE ITALIA ONLUS e MOTORE SANITÀ hanno organizzato il Webinar 'CURA DEL DIABETE E MMG: un attore chiave del processo di cura con le armi spuntate', realizzato grazie al contributo incondizionato di AstraZeneca e Boehringer Ingelheim

Il covid-19 ha mostrato la necessità di dare accesso da parte della medicina territoriale all'innovazione terapeutica. Lo scenario attuale però **priva la medicina di famiglia di questo diritto** creando un disallineamento chiaro rispetto alle evidenze scientifiche e alle indicazioni delle linee guida, nonché provocando un sottoutilizzo dei **farmaci SGLT2, DDP4 e GLP1 per il diabete**, molti dei quali in commercio da oltre un decennio e oramai prossimi alla scadenza brevettuale.

Le conseguenze sono evidenti e drammatiche: un **rallentamento nei benefici di salute, potenziale rischio sui pazienti, derivante aumento dei costi socio-assistenziali**. I benefici di questo cambiamento si traducono in ridotti tempi di adesione alle indicazioni delle linee guida, presa in carico efficace e tempestiva con cure adeguate, inutili e gravosi tour dei pazienti per ottenere le terapie o semplicemente il rinnovo e rendere efficiente il territorio nella gestione della cronicità diabete.

*“Oggi ci siamo dimenticati che anche il diabete è una pandemia – si è appallata **Rita Lidia Stara**, Membro del Comitato Direttivo Diabete Italia e Presidente Fe.D.E.R Federazione Diabete Emilia-Romagna -. I numeri del diabete sono stati messi da parte ma sono enormi. Non dobbiamo dimenticarci della storia dei pazienti, dei loro bisogni di cura e di salute e non fanno bene né ai pazienti né al Sistema la contrapposizione che esiste tra il ruolo del medico di medicina generale e dello specialista nel percorso di cura e assistenziale del paziente. Chiediamo che venga dato al medico di medicina generale il diritto di prescrivere i nuovi farmaci e che il paziente sia in grado di accedervi in maniera semplice. Nella vita quotidiana il paziente è penalizzato perché non ha accesso a queste cure se non in maniera parziale. Vogliamo delle risposte ora, subito perché non possiamo più aspettare”.*

*“Il medico di medicina generale deve entrare sempre di più nella gestione di questi pazienti che hanno il diritto di essere seguiti da un team di esperti che possano anche assicurare nel luogo di cura lo screening delle diverse complicanze, ma se poi è trattato in maniera adeguata può essere seguito prevalentemente dal suo medico di medicina generale – ha spiegato **Agostino Consoli**, Presidente SID Professore ordinario di Endocrinologia, Università ‘G. d’Annunzio’ di Chieti e Responsabile della Uoc Territoriale di Endocrinologia e Malattie Metaboliche della Ausl di Pescara -. Oggi assistiamo ad un fenomeno che è poco virtuoso: il 50% di pazienti con diabete di Tipo 2 viene visto quasi esclusivamente dai Centri specialisti e questo non va bene perché non è un uso razionale delle risorse, un altro 50% non viene seguito mai dallo specialista e questo non va bene perché probabilmente perdono qualcosa del percorso che deve portare a curarsi nella maniera migliore. Questo riguarda l’organizzazione della care che deve essere assolutamente razionalizzata e sulla quale stiamo facendo una serie di discorsi, anche con la diabetologia, che deve essere riformata al suo interno, e la stessa medicina generale con la quale dobbiamo aprire e sviluppare un discorso molto più franco e collaborativo. E’ assurdo in questo scenario che il medico di medicina generale non viene considerato capace di giudicare se un trattamento è efficace o meno perché, a prescindere dal grado di controllo del paziente, è costretto ad inviarlo dallo specialista per avere la validazione di un piano terapeutico. E’ fondamentale assicurare alla persona con diabete più anni di vita a livello qualitativo e quantitativo e che contemporaneamente non abbiano effetti collaterali gravi o fastidiosi. Sta per essere conclusa la redazione delle linee guida ISS per la terapia del Diabete di tipo 2”. E ancora.*

*“Le società scientifiche e la stessa SID sostengono che nel momento in cui il paziente ha un rischio cardiovascolare altissimo (70-80%) o se il paziente ha già una patologia cardiovascolare (25%) deve essere trattato con un farmaco della classe innovativo, in caso contrario il MMG commette una violazione della legge. Non è questa la sola cosa che riuscirà a risolvere una necessaria integrazione della Specialistica e la Medicina generale nell’assistenza alla persona con diabete, e c’è tutta la volontà degli specialisti e della medicina generale a farlo. Il CTS dell’AIFA è estremamente disposto a venire incontro a questo, è verosimile che tra il convincimento culturale e la effettiva capacità di deliberare ci sono degli ostacoli nel mezzo e c’è a qualche livello una forma di scarsa competenza. E’ auspicabile la realizzazione di una **piattaforma nazionale per il tracciamento protetto dei dati del paziente e della prescrizione dei farmaci**, che risulterebbe essere anche una importantissima fonte di cultura scientifica. Abbiamo tutta la tecnologia necessaria per fare questo. Lo stiamo proponendo all’AIFA da un anno e mezzo”.*

*“L’interlocuzione con AIFA è costante e tentiamo di sollecitarla il più frequentemente possibile per ottenere un riscontro circa l’allargamento della prescrizione dei farmaci per la Medicina generale e, ove possibile, l’abolizione di alcuni piani terapeutici – ha spiegato **Paolo Di Bartolo**, Presidente AMD -. E’ un tema all’ordine del giorno in ogni riunione ma che sistematicamente la situazione emergenziale sanitaria posticipa per lasciare spazio alla campagna vaccinale. E’ indubbio che ci si deve muovere. Sono molto fiducioso e spero a giugno che si possa iniziare questa nuova avventura. Credo fortemente che la rete di assistenza clinica al paziente con diabete, costituita da nodi quali le Diabetologie, i grandi Centri iperspecialistici, i piccoli Centri e la Medicina generale, deve essere tenuta unita dalla digitalizzazione e dalla possibilità di poter prescrivere e avere pari dignità di prescrizione. Il diabetologo stesso ovviamente darà il suo contributo per prescrivere nel paziente giusto ma anche per aiutare il medico di medicina generale a sviluppare velocemente le competenze e le conoscenze per ben prescrivere”.*

*“Considerare il medico di medicina generale un professionista non competente a prescrivere tali farmaci e considerare che i farmaci costosi sono farmaci il cui costo non dipende dall’efficacia e dal beneficio è il vero limite culturale di quello che sta accadendo. Se non rimuoviamo questo limite non potremo neanche parlare di silos e altro – ha sentenziato **Claudio Cricelli**, Presidente SIMG -. Alcuni processi sono stati avviati da molto tempo, abbiamo perfezionato dei meccanismi software e le nostre cartelle cliniche sono pronte a rendere conto di tutto quello che facciamo. Sono convinto che questa trasformazione di cultura oggi sia pronta. Io spero che questa volta la situazione si risolva perché la nostra pazienza è definitivamente conclusa e se non avviene qualcosa oggi dovremo pensare a smuovere questo sistema non soltanto per i farmaci per il diabete, perché ci sono due note che sono in attesa (sui farmaci per la BPCO e altri), ma perché è arrivato il momento di dire che questo gioco è concluso e che lo sostituiamo con un altro gioco, quello della verità scientifica, delle evidenze, del conteggio dei benefici di salute e dei “malefici di salute” cioè della negazione dei benefici di salute che questi atteggiamenti e questi comportamenti stanno determinando”.*

Secondo **Federico Gelli**, Responsabile del rischio in sanità di Federsanità ANCI, Roma *“E’ disarmante apprendere che non sia cambiato nulla rispetto al passato, di fatto il problema non è mai stato risolto. La legge Gelli 24 ha aperto culturalmente alcuni principi innovativi e l’attualità della legge 24 è estremamente forte”.*

*“L’aspetto farmaci e prescrizione è un aspetto fondamentale e riusciremo a risolverlo grazie alle intese tra specialisti e medici di medicina generale già avviate – ha rassicurato **Paola Pisanti**, Consulente esperto malattie croniche, Ministero della Salute -. Si risolverà facendo attenzione alle esigenze delle persone con diabete, grazie al contributo stesso delle associazioni di pazienti che quotidianamente raccolgono i loro bisogni; grazie al lavoro dei professionisti che non devono creare confusione tra i ruoli e quindi nei confronti del paziente stesso, e grazie all’organizzazione che sicuramente deve adattarsi a questo ruolo di integrazione specialista-ospedale-territorio-strutture intermedie. La gestione integrata del malato deve infatti prevedere l’intervento del medico di medicina generale e dello specialista a seconda della condizione clinica del paziente, in un percorso sempre integrato in cui entra anche un altro attore, il farmacista che può lavorare molto sull’aderenza terapeutica, vale a dire può aiutare il medico di medicina generale e lo specialista nel favorire l’aderenza terapeutica di quelle persone in gestione integrata tra medico di medicina generale-specialista-farmacista. Ricordo che abbiamo avviato in sette regioni italiane una sperimentazione sul ruolo del farmacista di comunità nella gestione della malattia cronica”.*

Secondo **Paolo Di Bartolo**, Presidente AMD *“l’assistenza a favore della persona con diabete non è solo prescrizione di farmaco, ma uno degli elementi che maggiormente condiziona l’esito dell’assistenza è la capacità e la possibilità di portare il paziente al self management, il paziente deve diventare cioè il proprio caregiver, sapere esattamente interpretare e leggere quali bisogni ha in un determinato momento della sua vita, in questo momento però la medicina territoriale non è attrezzata per questo, fino a quando la medicina territoriale nelle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) non avrà delle figure specifiche che sono educatori specializzati e specialisti in diabetologia, ogni paziente che riceve la diagnosi di diabete deve essere indirizzato, al di là di una corretta diagnosi che può avvenire anche dalla medicina territoriale, alle diabetologie per iniziare il percorso di educazione terapeutica strutturata. Dopodiché si aprono le mille possibilità di spostamento del paziente all’interno della rete di diabetologia a seconda del bisogno e negli anni che seguiranno”*.

Ufficio stampa Motore Sanità

comunicazione@motoresanita.it

Francesca Romanin - Cell. 328 8257693

Marco Biondi - Cell. 327 8920962

www.motoresanita.it

