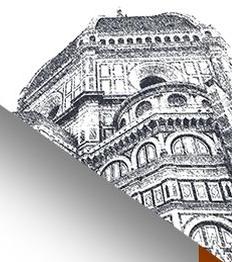


WINTER SCHOOL
MODELLI INNOVATIVI
DI RETI TRASVERSALI DELLE
PATOLOGIE CRONICHE:
LA PANDEMIA DIABETICA

VENERDÌ 26 MARZO 2021

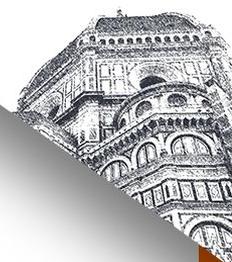


Claudio Zanon
Direttore Scientifico Motore Sanità



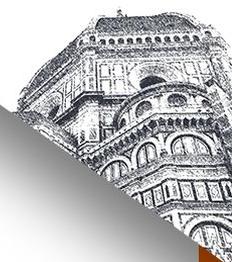
I farmaci innovativi e il problema dei PAI

- Nonostante che alcune categorie di farmaci siano a brevetto scaduto sono ancora oggetto solo della prescrizione specialistica
- Il COVID ha sottolineato la necessità di una prescrizione da parte dei MMG (l'esempio dei NAO)
- Il ruolo della MMG deve diventare più importante nella gestione del diabete mentre il ruolo ospedaliero dovrebbe essere riservato ai casi complicati ed alla prescrizione tecnologica ed ai farmaci di ultima generazione ed all'approccio multispecialistico (cardiologo, nefrologo, oculistica, etc.)
- A livello territoriale bisogna incrementare la ricerca del sommerso tramite screening per es. basati sull'HB glicata
- Bisogna implementare l'educazione e la comunicazione sul diabete
- Attenzione al diabete giovanile con tutte le sue implicazioni



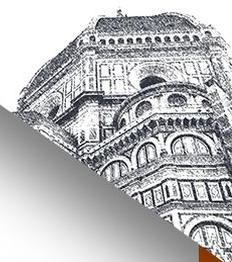
Sistemi di monitoraggio diabete tipo 1 e 2

- Diverse tecnologie a disposizione: BGM (strisce), FGM (sensori, tecnologia flash glucose monitoring con o senza allarmi), CGM (monitoraggio in continuo \pm microinfusore, tecnologie molto più costose di BGM ed FGM ma necessarie in alcuni di pazienti).
- Nel diabete di tipo 1 FGM e CGM sono sempre di più diventati lo standard, nel diabete di tipo 2, pur parlando di un setting che necessita di frequenti controlli (paziente insulinico multi-iniettivo - MDI), lo standard è ancora rappresentato dal BGM che però, oltre che avere dei costi non indifferenti è una tecnologia obsoleta e dolorosa.



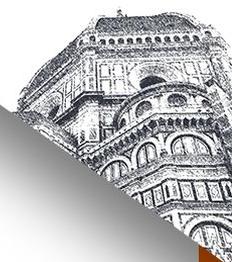
Sistemi di monitoraggio diabete tipo 1 e 2

- La tecnologia BGM rileva dei valori “puntuali” (come delle foto istantanee) mentre FGM e CGM rilevano tutto il tracciato (come un film) generando una mole di informazioni enormemente superiore e che consente di calcolare un indice sintetico (time in range - ovvero la percentuale del tempo in cui il paziente rientra nel range di normale glicemia in un dato arco temporale) molto più utile per valutare il controllo glicemico, impostare le terapie e stratificare i rischi dei pazienti.
- Ciò va anche letto alla luce dell’implementazione di iniziative di telemedicina (teleconsulto, televisita) visto che le tecnologie FGM, CGM consentono di avere un dato elettronico (Ad esempio free style libre (Abbott) ha una piattaforma per scaricare i dati in un cloud che può essere interrogato dal diabetologo (piattaforma libre view) e già usata da moltissimi specialisti)



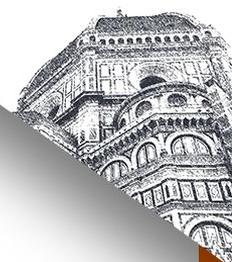
Sistemi di monitoraggio diabete tipo 1 e 2: uso a livello europeo e nazionale

- Nonostante ci siano situazioni regionali molto eterogenee, in Italia la penetrazione di queste nuove tecnologie di monitoraggio glicemico in remoto nel diabete di tipo 2 risulta mediamente molto limitata rispetto agli altri Paesi industrializzati.
- In altri Paesi europei (es. Germania, Francia) l'FGM è ormai lo standard nel diabete tipo 2 insulinico multi-iniettivo (MDI) e cominciano ad esserci dati sempre maggiori sui benefici del controllo in remoto anche in setting di pazienti meno complessi come pazienti con sola insulina basale o pazienti non insulinizzati (molti dati presentati all'ultimo congresso ADA americano un mese fa).
- In Lombardia, Campania e Veneto non ci sono specifiche limitazioni all'accesso a queste tecnologie anche se l'orientamento alle procedure è stato al momento più conservativo di quanto successo in altre Regioni (Toscana, Piemonte) che hanno incrementato significativamente le numeriche per coprire tutti i pazienti potenzialmente eleggibili



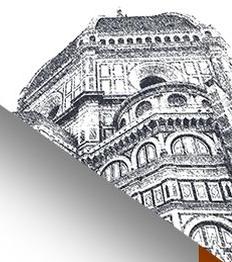
Ricadute economiche e costi

- C'è ormai un'ampia letteratura e disponibilità di dati real-world relativi ai vantaggi del monitoraggio glicemico in remoto. Quello che è ormai dimostrato è che, rispetto al BGM (strisce), i pazienti con FGM (flash glucose monitoring) si controllano molte più volte al giorno e questo si correla ad un migliore controllo glicemico che permette di ridurre significativamente ospedalizzazioni ed accessi al pronto soccorso causati da iper/ipoglicemie e relativi costi.
- Vari paper internazionali hanno stimato, ad esempio, un significativo risparmio dopo applicazione di free style libre in sostituzione delle strisce (BGM).
- In Italia, visto il più recente e più limitato utilizzo di queste tecnologie è più difficile condurre studi di questo tipo. Una prima analisi (non ancora pubblicata) basata sui dati di Regione Toscana ha evidenziato un costo di gestione del paziente con FSL inferiore di circa 1.600€/anno rispetto a pz simili senza FSL.



Ricadute economiche e costi

- Ci sono vari studi internazionali che dimostrano un importante impatto di queste tecnologie sui costi indiretti visto il carico degli eventi iper/ipoglicemici sulla produttività di pazienti e caregivers.
- In Italia ad esempio sappiamo che oltre la metà dei costi del diabete sono legati alla perdita di produttività. A tutto questo si dovrebbe poi aggiungere il miglioramento nella qualità di vita nell'evitare frequenti punture giornaliere, ipoglicemie etc. nonché i potenziali benefici economici legato all'implementazione della teleassistenza in ambito diabetologico che può essere enormemente favorita da un più ampio utilizzo di tecnologie di controllo della glicemia basate sul sensore.



Quesiti

- Come innovare la presa in carico del paziente diabetico
- Come deburocrattizzare e migliorare le vite dei pazienti diabetici
- Come implementare l'educazione e la comunicazione sul diabete
- Come omogeneizzare le cure e l'accesso alla tecnologia nel diabete
- Come superare il problema dei PAI
- Come migliorare la presa in carico territoriale