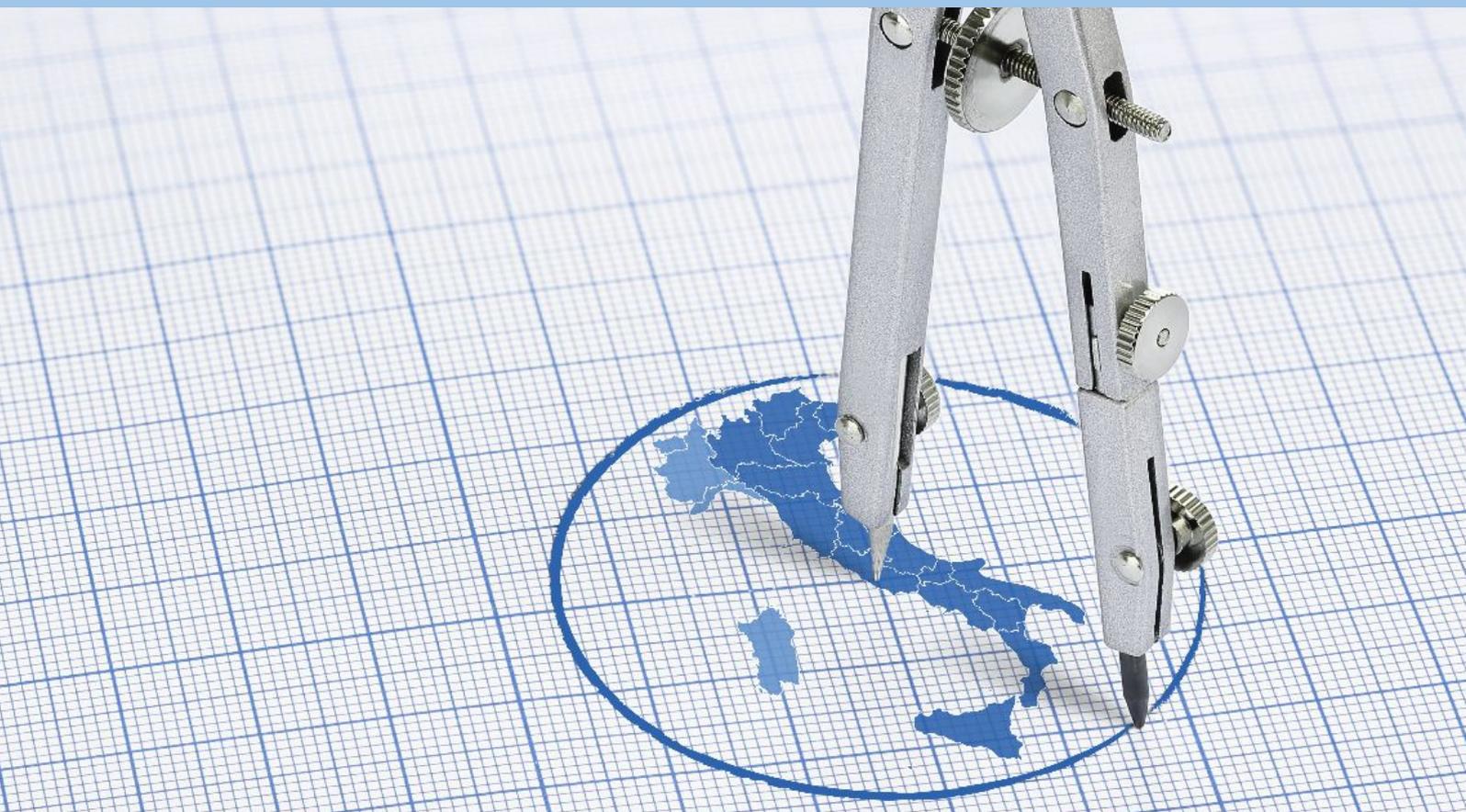


26 OTTOBRE 2021

WEBINAR

LA PANDEMIA DIABETE IN VALLE D'AOSTA, PIEMONTE, LIGURIA E SARDEGNA: MODELLI ORGANIZZATIVI E CRITICITÀ GESTIONALI

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

Attualmente la prevalenza del diabete in Italia viene stimata intorno al 6%, con approssimativamente 3,6 Milioni di soggetti che ne sono affetti. Ma da più fonti viene indicato come il sommerso raggiunga numeri ben più elevati. I dati recenti pubblicati dal data base nazionale Health Search che raccoglie 1.200.000 cartelle cliniche relative ai MMG, indicano una prevalenza di diabete tipo 2 nella popolazione adulta pari al 7,6%. L'impatto della malattia dal punto di vista clinico, sociale ed economico sul SSN e sui servizi regionali è molto importante, basti pensare che:

- 7-8 anni è la riduzione di aspettativa di vita nella persona con diabete non in CONTROLLO GLICEMICO, 60% almeno della mortalità per malattie CV è associata al diabete, 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
- 32% dei soggetti è in età lavorativa (20-64 anni) con prevalenza del 10% fra le persone di 50-69 anni, l'8% del budget SSN è assorbito dal diabete con oltre 9,25 miliardi € (solo costi diretti a cui ne vanno aggiunti 11 di spese indirette), la spesa, desunta dai flussi amministrativi, indica circa 2.800 euro per paziente (il doppio che per i non diabetici)

Ma il 90% dei costi è attribuibile a complicanze e comorbilità, mentre solo il 10% è assorbito dalla gestione del problema metabolico. Il diabete rappresenta chiaramente un esempio paradigmatico di patologia cronica la cui condizione spesso polipatologica, richiede una gestione multidisciplinare complessa per la quale i percorsi di cura debbono essere rivisti. La recente pandemia ha aperto gli occhi su tutto ciò, in maniera drammatica e ha stimolato in molte Regioni una revisione organizzativa della rete assistenziale. Nel diabete di tipo 1 sono fondamentali rapida e precoce diagnosi ed un monitoraggio attento attraverso molte innovazioni disponibili che cambiano la vita dei pazienti. Nel diabete di tipo 2 diventa fondamentale l'aggiornamento delle linee di terapia farmacologica, che grazie alle molte innovazioni degli ultimi 15 anni, può essere condotta con varie modalità: dalle fasi iniziali della malattia, dove l'obiettivo glicemico può essere raggiunto con il cambiamento dello stile di vita, ai molti soggetti cui è necessario rapidamente l'uso di farmaci, in primis la metformina, o durante le fasi successive della malattia, in cui la terapia richiede ulteriori implementazioni con farmaci orali o iniettivi. Ma come accade per molte altre patologie le Regioni rispondono ai bisogni assistenziali in maniera molto diversa e il diabete non fa eccezione a questo.

Un impiego razionale dell'innovazione purtroppo ad oggi è spesso precluso al MMG (farmaci e devices), nonostante possa cambiare la vita dei pazienti ed il decorso clinico della malattia, riducendo o evitando le temibili complicanze sopra descritte.

SCENARIO DIABETE 2021 – UNA FOTOGRAFIA DEL DIABETE IN ITALIA

In questo momento storico di grande attenzione sul sistema sanitario e con l'opportunità del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza alle porte, si rende indispensabile un'analisi della situazione diabete in Italia. Questa esigenza trova riscontro nel tema della Giornata Mondiale del Diabete per il triennio 2021-23 proposto dall'International Diabetes Federation. Diabete Italia promuove un ciclo di approfondimento delle singole Regioni per mettere in luce le buone pratiche già implementate nelle varie realtà, con lo scopo di condividerle e di definire la "Regione ideale" in cui vivere col diabete, prendendo ciò che di meglio hanno da offrire i vari modelli organizzativi. La Regione ideale non sarà direttamente identificabile con una delle altre 21 ma prenderà il meglio. L'auspicio sarà quindi quello di creare occasioni di condivisione e revisione delle organizzazioni e promuovere l'apertura o il rafforzamento dei tavoli regionali per l'implementazione del Piano Nazionale Diabete.

L'ESEMPIO VIRTUOSO DEL PIEMONTE

Il diabete è un delle patologie croniche più frequenti nella popolazione, ed è ben dimostrato come la sua gestione come quella delle complicazioni sia una materia sempre più multidisciplinare e multispecialistica per via dei numerosi sistemi e apparati del corpo che possono essere interessati. La gestione delle complicanze assorbe la gran parte dei costi di cura del diabete, una malattia che vede 1/3 di coloro che ne sono affetti ancora in età lavorativa, ed anche per questo che è necessaria una rete clinico assistenziale solida e che segua in modo dinamico l'evolversi delle opportunità sia in termini di modelli organizzativi che farmacologici o strumentali. La Regione Piemonte ha avviato un percorso che, negli ultimi anni, ha consolidato già dal 2016 una DGR molto articolata con l'avvio della Rete territoriale Endocrino-Diabetologica del Piemonte e definizione della composizione della Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale. Il Covid-19 ha determinato ulteriori mutamenti, spostando l'attenzione alla necessità di un maggior rafforzamento della componente territoriale del cosiddetto sistema integrato ospedale territorio, che necessita di essere implementato con maggiore decisione anche partendo dal definire con esattezza un piano di assistenza territoriale aggiornato che ancora non è stato approvato dal Ministero. Dopo i rallentamenti causati dalla pandemia, la Regione Piemonte è pronta a riprendere il percorso avviato nel 2016 per un migliore assetto regionale per la diagnosi e presa in carico dei pazienti con diabete.

LA SARDEGNA: PRIMA IN ITALIA PER INCIDENZA DI DIABETE TIPO1

Nel panorama Nazionale la Regione Sardegna presenta forti criticità epidemiologiche per il diabete: da sempre, infatti, detiene il triste primato italiano di incidenza di diabete di tipo 1, con oltre 12.000 adulti, più di 1.500 under 18 e circa 120 nuovi casi di diabete tipo 1 diagnosticati nella fascia di età 0-14 anni (un bambino ogni 150 è affetto da questa patologia). Considerando la fascia d'età 0-30 l'incidenza del DT1 è di oltre 50/100.000 abitanti, laddove nel resto d'Italia i nuovi casi annuali registrati si aggirano intorno al 6-7/100.000. Ogni anno quindi si manifestano 700 nuovi casi di DT1, che richiedono almeno quattro somministrazioni giornaliere di insulina per la sopravvivenza. Con questi numeri la Sardegna raggiunge un triste primato, collocandosi ai vertici della classifica mondiale, seconda solo alla Finlandia. Non ci sono invece dati ufficiali per quanto riguarda l'incidenza del DT2. Tuttavia, alcune fonti portano a ipotizzare un numero approssimativo di almeno 5.000 nuovi casi all'anno. Quindi il diabete conterebbe oltre 50.000 pazienti a cui vanno aggiunti i casi ignoti che porterebbe questo numero a oltre 80.000 cittadini.

Criticità:

Il grande numero di pazienti e l'età sempre più avanzata della popolazione (la Sardegna è al 4° posto in Italia nell'indice di invecchiamento della popolazione) rappresentano le principali criticità, ma non solo:

- Mancano chiare linee di indirizzo da parte della Regione.
- Manca una presa in carico integrata del paziente con DT2.
- C'è una carenza di diabetologi che si riscontra anche nell'area pediatrica.
- Riduzione di accesso ai presidi farmaceutici.
- Nonostante la Regione Sardegna abbia recepito il piano nazionale del diabete già nel 2013 non è stato raggiunto ancora nessuno dei 10 obiettivi in esso contenuti.
- Sono ancora in corso limitazioni prescrittive obsolete.

Nuove prospettive di cura e nuovo ruolo del MMG, focus sulle case della salute.

Le nuove tecnologie informatiche e digitali hanno aperto moltissime nuove vie di indirizzo per la presa in carico, il monitoraggio ed il follow-up dei pazienti cronici. Un sistema sanitario ideale vedrebbe una stretta collaborazione tra specialisti ed MMG, che con l'ausilio delle tecnologie saranno sempre più vicino al paziente, agendo già ai primi sintomi dell'aggravio della malattia. Per riuscire in questo è necessario creare nuovi modelli gestionali, prendendo ad esempio quelli delle USCA usate durante la pandemia da Covid19, oltre che naturalmente nuovi investimenti nelle tecnologie e nella formazione dei medici e dei pazienti. Nel corso del panel si è parlato anche delle case della salute contenute nel PNRR e di cui gli MMG dovrebbero essere i protagonisti. Gli esperti intervenuti nel hanno sottolineato come i principali ostacoli siano rappresentati dalle numerose limitazioni nella prescrizione sia di farmaci che di devices. Se questi ostacoli legislativi non vengono superati, le case della salute non potranno portare grandi vantaggi per i pazienti diabetici.

Gare d'appalto, necessario un sistema più vicino al paziente

Le nuove tecnologie ed i nuovi devices possono apportare enormi vantaggi nella salute e nella qualità della vita dei pazienti con diabete. Nel corso del panel però è stata sottolineata la necessità da parte delle Regioni di acquisti che non puntino unicamente ai più vantaggiosi economicamente ma che abbiano come parametri anche la facilità di utilizzo da parte del paziente.

Il ruolo delle farmacie

Le farmacie da tempo cercano di ritagliarsi il ruolo di erogatori di servizi sanitari e non soltanto di farmaci. Con la pandemia sono stati moltissimi i servizi sanitari demandati alle farmacie di quartiere. Anche in campo diabetologico sono state diverse le esperienze durante gli ultimi anni, ma sono state difformi sul territorio nazionale e limitate nel tempo. Visto il successo di queste iniziative e le professionalità offerte dal farmacista sarebbe auspicabile un cambiamento strutturale e di governance facendo sì che la farmacia diventi parte integrante dei sistemi regionali di diagnosi e follow-up dei pazienti con diabete.

CONCLUSIONI

In questo Webinar si sono confrontati da un lato il Piemonte con la sua rete endocrinologica unica in Italia e una medicina sempre più territorializzata e dall'altra la Sardegna che rappresenta un po' il fanalino di coda italiano. Infatti, nonostante la Sardegna rappresenti un caso a livello Europeo per i tassi di incidenza del diabete di tipo 1, la Regione è priva di un governo regionale in grado di affrontare il problema a 360°: la politica regionale ha iniziato oltre un decennio fa un percorso per la cura del diabete, che però non è stato completato ed è quindi rimasto fermo. I pazienti e medici chiedono un cambio di passo radicale che porti la Sardegna ad avere una programmazione ben definita per il futuro e che possa in pochi anni portarla allo stesso livello delle Regioni più avanzate.

IL PANEL CONDIVIDE

- È necessario circoscrivere con precisione le criticità attuali per poterle affrontare singolarmente.
- Per migliorare il sistema di presa in carico non si devono solo identificare nuovi investimenti, bisogna anche creare un percorso virtuoso che sposti le attuali risorse dalle ospedalizzazioni legate alle complicanze all'utilizzo di farmaci e dispositivi innovativi.
- Il SSR non deve rispondere soltanto ai bisogni di salute dei pazienti diabete ma anche alle necessità socio-assistenziali.
- Uno dei grandi ostacoli da affrontare per il futuro è la carenza di personale sanitario. Se non si agisce il prima possibile in futuro mancheranno tutte le figure necessarie per curare i pazienti.
- Fino a quando la medicina territoriale nelle AFT non avrà delle figure specifiche (educatori specializzati e specialisti in diabetologia) ogni paziente che riceve diagnosi di diabete deve essere indirizzato (al di là di una corretta diagnosi che può avvenire anche nella medicina territoriale) alle diabetologie per iniziare un percorso di educazione terapeutica strutturato; dopodiché si potranno aprire le diverse possibilità di spostamento del paziente all'interno della Rete di diabetologia a seconda del bisogno.

ACTION POINTS

1. Specialisti e pazienti devono ancora oggi affrontare troppa burocrazia (es. Rinnovo piani terapeutici). Un sistema burocratico più snello favorirebbe l'aderenza alla terapia oltre che migliorare la qualità della vita del paziente stesso e dei caregiver.
2. Occorrerebbe strutturare l'educazione terapeutica, come fanno altre Regioni, attraverso il finanziamento di campi scuola.
3. Ogni singolo SSR deve mettere in campo gli strumenti necessari per garantire su tutto il territorio equità d'accesso alle cure e all'innovazione.
4. È prioritario riscrivere le regole di prescrizione di tutti i farmaci e dispositivi legati al diabete.
5. In Sardegna manca ancora un database regionale per il censimento dei pazienti con diabete.
6. PDTA non devono essere scritti unicamente per gestire le offerte già esistenti all'interno di un SSR ma devono essere anche un organo in grado di creare nuovi strumenti per migliorare la presa in carico e la gestione dei pazienti con diabete.
7. In Sardegna manca da troppo tempo (l'ultimo atto è del 2009) una programmazione regionale in grado di creare il solco su cui costruire il futuro.
8. I punti di assistenza diabetologica della Regione Sardegna dovrebbero essere coerenti con il numero degli assistiti, la loro residenza e tenere conto della viabilità e mobilità all'interno della Regione stessa.

SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):

Luisa De Sanctis, Referente Regionale SIEDP Piemonte

Giuseppe Del Vais, Segretario Federfarma Oristano e Componente Consiglio Federfarma Sardegna

Pasquale Ferrara, Componente Consiglio Direttivo AGD Piemonte

Giacomo Guaita, Consigliere Nazionale AMD

Maria Luisa Malpelo, Comunicazione Mondo Sanità

Giuseppe Noberasco, Presidente SIMG Liguria

Alessandro Stecco, Presidente IV Commissione Sanità, Regione Piemonte

Riccardo Trentin, Presidente Federazione Rete Sarda Diabete Ets-Odv

Claudio Zanon, Direttore Scientifica Motore Sanità

*Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità** e **Diabete Italia** con il patrocinio di **Federfarma Sardegna**, **Rete Sarda Diabete**, **SIMG - Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie**, **SIEDP - Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica***

