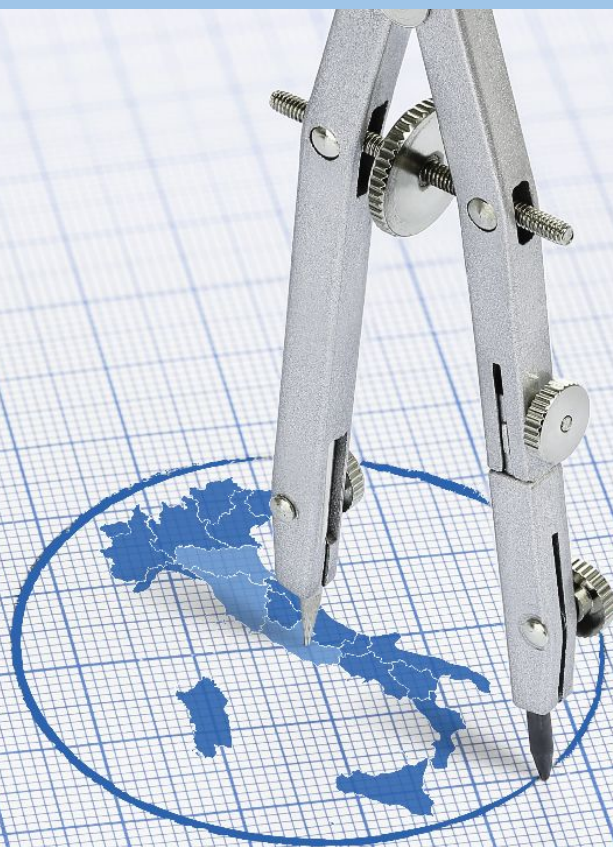


4 NOVEMBRE 2021

WEBINAR

**LA PANDEMIA DIABETE IN
EMILIA-ROMAGNA,
TOSCANA, LAZIO:
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.

EMILIA-ROMAGNA

Vista la diffusione nella popolazione della malattia diabetica è corretto riferirsi ad essa con il termine pandemia. Associazioni ed istituzioni regionali sono sempre stati consapevoli della diffusione inarrestabile della malattia e dei morti che provoca, ora che tutto il Paese sta vivendo la pandemia è probabile che anche gli altri capiscano il pericolo dell'allarmante diffusione del diabete. I cittadini hanno imparato in fretta a difendersi dal Covid, ma non hanno ancora imparato a "difendersi" dal diabete. Fortunatamente in Emilia Romagna l'accesso alle tecnologie è garantito a tutti coloro che ne hanno necessità, un impegno economico notevole che garantisce buone aspettative di vita "ben vissuta".

Negli ultimi anni la Regione ha riprogrammato in buona parte l'assistenza, con la collaborazione attiva dei cittadini competenti, con tanti PDTA aggiornati e adeguati, ma non sempre si riesce ad attuarli correttamente e uniformemente su tutto il territorio regionale. Specialisti e associazioni sottolineano come nella regione Emilia Romagna la persona con diabete sia curata molto bene, nella stragrande maggioranza dei casi i bisogni sono soddisfatti, restano margini di miglioramento e bisogna lavorare sull'inerzia clinica e organizzativa. Un esempio virtuoso è il modello di Case della Salute o della Comunità, implementato con successo da molti anni perché il diabete è una malattia che può essere curata in ambulatorio, per ambulatorio si intende un luogo facilmente accessibile al paziente, dove il cittadino trova risposte adeguate, il team diabetologico insieme ad altri specialisti, l'assistente sociale e l'associazione di riferimento.

TOSCANA

La governance della regione Toscana punta più sulla creazione di team multidisciplinari in grado di diagnosticare e curare i pazienti diabetici, cercando in questo modo di evitarne gli effetti più gravi.

Questi sforzi hanno portato la Regione ad avere il minor numero di amputazioni degli arti a livello nazionale. L'ultimo genere di approccio, non per importanza, è la creazione del primo percorso di piede diabetico in Italia con certificazione Iso. Un percorso non soltanto multidisciplinare ma anche multi-ospedaliero, integrando nei propri percorsi dei diversi ospedali della Regione.

LAZIO

Nella Regione Lazio è stato da diversi anni varato un Piano Regionale precocemente adottato e ricco di tante sfaccettature utili alla soluzione delle problematiche del diabete. Costruito insieme alle Società scientifiche e alle Associazioni dei diabetici, è un Piano che, per varia cause, non è stato realizzato in tutti i suoi aspetti. Quello che è rimasto carente e applicato a macchia di leopardo nella regione Lazio è stata la presa in carico da parte della medicina di base dei pazienti a bassa complessità.

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) nella loro realizzazione trovano ancora molte difficoltà. Un'altra grande problematica è la carenza endemica di risorse dedicate: sul territorio è riscontrata una carenza nel numero di infermieri, di dietisti e di podologi. Queste figure però sono fondamentali per riuscire a garantire una diabetologia di eccellenza. Esistono carenze anche nella formazione specifica nel trattamento del diabete per gli infermieri.

Applicazione reali dei servizi di Telemedicina, esempio Diabete

La telemedicina nella cura del diabete mellito persegue obiettivi clinici e organizzativi. Gli obiettivi clinici sono quelli di ottenere un buon controllo metabolico, ritardare le complicanze, equilibrare la terapia insulinica, l'alimentazione e l'attività fisica. Gli obiettivi organizzativi sono fornire uno strumento di assistenza continua ad alto livello, gestire meglio i pazienti logisticamente svantaggiati, ridurre le assenze da scuola e da lavoro. I pazienti che intendono utilizzare la telemedicina devono essere altamente motivati all'ottimale gestione del diabete, con numerosi controlli glicemici, una stretta compliance alimentare e una costante attività fisica. Non si possono trattare situazioni di emergenza, quali ipoglicemie severe o chetoacidosi. Altrettanto fondamentale è l'assoluta precisione ed accuratezza dei dati trasmessi dalla Unità Paziente alla Unità Medica.

Indispensabili rimangono comunque i controlli clinici e la relazione diretta medico-paziente.

CONCLUSIONI

Le 3 Regioni prese in esame nel corso del Convegno sono tra le più avanzate nella governance del paziente con diabete. La rete diabetologica rappresenta uno snodo fondamentale per una corretta organizzazione, riuscendo in queste Regioni a creare un percorso fluido per il paziente, dalla diagnosi alla presa in carico. Nonostante l'ottima organizzazione in queste Regioni sono diverse le cose che possono essere migliorate o corrette, ma per riuscirci serve una collaborazione sempre maggiore tra governance sanitaria, operatori sanitari e associazioni.

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. Ogni singolo SSR deve mettere in campo gli strumenti necessari per garantire su tutto il territorio equità d'accesso alle cure e all'innovazione.
3. È prioritario riscrivere le regole di prescrizione di tutti i farmaci e dispositivi legati al diabete.
4. I 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.
5. I PDTA non devono essere suddivisi per le diverse patologie ma anche per le diverse necessità assistenziali.
6. La telemedicina è di fondamentale importanza per le regioni con territori complessi e/o a bassa densità abitativa. Queste regioni devono quindi sfruttare i nuovi fondi messi a disposizione dal PNRR per riuscire ad implementare queste tecnologie in maniera efficace e diffusa su tutto il territorio regionale.
7. Le regioni che ancora non si sono dotate di fascicolo sanitario elettronico devono quanto prima implementare questa tecnologia.
8. Le farmacie, unico punto di riferimento sanitario in moltissimi centri abitati, devono essere maggiormente coinvolte all'interno dei singoli SSR. La farmacia può e deve diventare il "front office" del sistema prendendo parte al sistema di prevenzione, diagnosi e presa in carico del paziente con diabete

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

Fabio Baccetti, Past President AMD Toscana

Alessandro Ballestrazzi, Segretario FIMP Emilia-Romagna

Pier Luigi Bartoletti, Vice Segretario Nazionale FIMMG

Sergio Bottari, Presidente Federfarma Toscana

Andrea Cicconetti, Presidente Federfarma Roma

Elisa Forte, Presidente AMD Lazio

Paolo Guzzonato, Direzione Scientifica Motore Sanità

Maria Luisa Malpelo, Comunicazione Mondo Sanità

Marcello Monesi, Presidente AMD Emilia-Romagna

Roberta Mori, Consigliere IV Commissione Politiche per la Salute e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna

Teresa Rongai, Segretario FIMP Lazio

Valentina Solfrini, Servizio Assistenza Territoriale, Area Farmaci e Dispositivi Medici, Regione Emilia-Romagna

Donatella Spadi, Componente III Commissione Tutela della Salute Consiglio Regionale

Rita Lidia Stara, Presidente della Federazione Diabete ER e nel Comitato Direttivo di Diabete Italia

Concetta Suraci, Past President Diabete Italia

Marco Viti, Vice Presidente Federfarma Toscana

Donato Zocchi, Presidente SIMG Emilia-Romagna

*Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità** e **Diabete Italia** con il patrocinio di **Regione Emilia-Romagna**, **Regione Toscana**, **SIEDP - Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica** e **SIMG - Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie***

