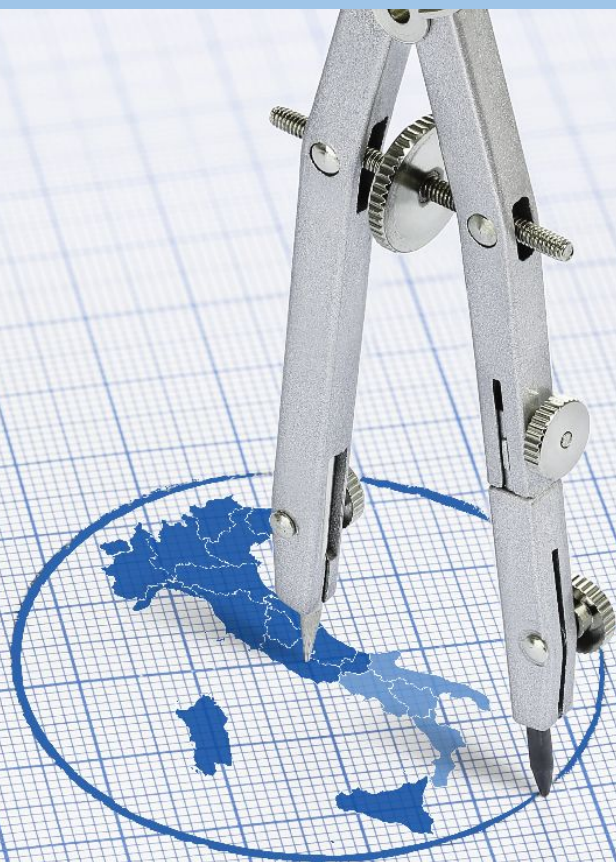


5 NOVEMBRE 2021

WEBINAR

# LA PANDEMIA DIABETE IN PUGLIA, CAMPANIA, CALABRIA E BASILICATA: 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 comorbidità, 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.

## CAMPANIA

I dati dell'indagine ISTAT multiscopo (2001) indicano una presenza di 85.000 diabetici in Campania, fra i 18 ed i 64 anni, ma è stimabile che risiedano attualmente oltre 300.000 diabetici, di cui circa un terzo (oltre 80.000) non ancora diagnosticati e/o trattati. I dati epidemiologici della Regione Campania, soprattutto riguardo gli esiti delle complicanze del diabete, e l'alto consumo di risorse per tale patologia, pongono l'attenzione sulla necessità di un approccio ad una patologia cronica ad alta prevalenza come il diabete, basato sull'integrazione tra i vari livelli di cura, potenziando la presa in carico territoriale, attraverso definiti percorsi assistenziali ed implementando i livelli più complessi attraverso l'integrazione con gli ospedali, evitando migrazioni sanitarie e ritardi diagnostico terapeutici dovuti a tempi di attesa molto lunghi. La Regione ha negli ultimi anni intrapreso un percorso virtuoso, che richiede ancora molti sforzi da parte di tutti gli attori coinvolti, per poter portare la Campania allo stesso livello delle Regioni più virtuose.

## PUGLIA

La Puglia, nonostante gli sforzi degli ultimi anni, rappresenta ancora uno dei fanalini di coda per quanto riguarda la presa in carico del paziente diabetico. La Puglia aveva intrapreso un percorso virtuoso ma bruscamente frenato dalla pandemia di Covid. Per questa Regione è di fondamentale importanza riuscire a costruire una rete dei centri di diabetologia con la presenza di tutti gli specialisti necessari, integrati con l'assistenza primaria dei MMG e dell'ospedale e con tutti gli altri specialisti necessari per offrire un approccio multidisciplinare alla malattia. Le istituzioni sanitarie devono creare corsi strutturati all'interno del sistema di educazione terapeutica per i pazienti e per tutti gli attori del sistema che devono prendere parte ai percorsi terapeutici e assistenziali. Inoltre, durante la pandemia anche in diabetologia sono stati attivati diversi strumenti di telemedicina, ora è necessario riuscire ad innestarli in maniera permanente all'interno del sistema.

## CALABRIA

La Calabria è al secondo posto in Italia per incidenza di diabete mellito in età pediatrica, dietro la Sardegna. Occorre intervenire al più presto per invertire questo triste primato quale Regione con il più alto numero di diabetici d'Italia. Nonostante l'incidenza di diabete tipo 1 e tipo 2 molto alte la Calabria non riesce ad attuare piani omogenei per la presa in carico del paziente. L'assenza di una Rete Diabetologica regionale e la mancanza di una cartella elettronica del paziente impediscono a monte l'attuazione di qualsiasi percorso di cura integrato e omogeneo sul territorio. La Regione è caratterizzata da una presa in carico disomogenea sul territorio, basata soltanto sulla buona volontà e conoscenza dei singoli medici coinvolti. Tutto ciò nonostante la Calabria abbia già nel 2018 varato una normativa sui percorsi assistenziali dei pazienti diabetici tra le più avanzate e complete d'Italia.

### **Pediatria in Calabria: il modello a rete**

Nella Regione Calabria da oltre un decennio è stata istituita una " Rete regionale di diabetologia pediatrica", riconosciuta ufficialmente con delibera della Giunta regionale n° 368 del 18 giugno 2009 con centri capillarmente attivi su tutto il territorio.

I centri identificati all'interno della rete: Cosenza, Castrovillari, Paola-Cetraro, Lamezia Terme, Vibo, Reggio Calabria, Locri, Catanzaro e Crotona. Al centro di Locri inoltre è assegnato il compito di coordinamento delle attività della rete.

La rete diabetologica pediatrica calabrese si può avvalere anche di un PDTA specifico per il bambino grazie all'approvazione del DCA n°13/2015 che conteneva sia un PDTA generale per la malattia diabetica che uno specifico per l'età pediatrica.

La Regione da tempo riconosce l'importanza della prevenzione e della formazione soprattutto per i bambini. Infatti con la legge regionale n° 50/2017 sono stati riconosciuti e finanziati i campi scuola.

La Calabria può quindi vantare un'organizzazione molto avanzata nell'approccio dei bambini con diabete, però dal punto di vista organizzativo deve scontrarsi con due grandi

- Con il blocco del turnover legato al decennale Piano di rientro in cui si trova ancora oggi la Calabria, si è ridotto il numero dei sanitari (medici e infermieri) che operano nelle Pediatrie, al cui interno si trovano questi centri e di conseguenza anche il numero dei sanitari dedicati all'attività di diabetologia pediatrica si è ridotto.
- L' équipe diabetologica pediatrica, riconosciuta dal Piano nazionale diabete, recepito dalla Regione, ed anche dai provvedimenti legislativi regionali calabresi, come elemento di fondamentale importanza nelle attività di assistenza. Formata da pediatra-diabetologo, infermiere, psicologo, dietologo e assistente sociale. Stenta a trovare attuazione nella Regione, venendo così meno il ruolo di un approccio multidisciplinare alla malattia.

## **BASILICATA**

La Regione Basilicata non fa abbastanza per i diabetici. Come indicato dagli esperti al Convegno, ancora non esiste in Regione un percorso diagnostico terapeutico e neanche l'idea di un piano individuale assistenziale per la cronicità. C'è una gran problema in Regione nel riuscire a trasportare nella realtà sanitaria locale tutti i piani e le progettualità ideate negli anni. La Basilicata necessita di un radicale cambio di passo, in modo da mettersi al più presto al passo con le altre Regioni.

## CONCLUSIONI

Le quattro Regioni prese in esame rappresentano l'esempio di come sussista ancora oggi un enorme disparità di approccio al diabete tra nord e sud e tra le singole Regioni in Italia. Nel sud troppo spesso manca una visione generale del problema che permetta di attuare piani di azione omogenei sul territorio. I sistemi a rete e la strutturazione dei percorsi in PDTA sono fondamentali e le Regioni che ancora peccano di questi strumenti devono dotarsene quanto prima. Inoltre, nessun piano d'azione potrà essere efficace senza una forte partecipazione del paziente nella sua stessa gestione. Esiste quindi la necessità di migliorare la competenza del paziente, in particolare con l'informazione e l'educazione, realizzate con metodi appropriati (counselling e promozione sanitaria individuale) efficaci, tendenti non solo a favorirne la partecipazione nella gestione della malattia (conoscenza dell'emoglobina glicata, controllo dei piedi, gestione dell'ipoglicemia, mantenimento di un peso corporeo adeguato), ma anche nella promozione di stili di vita sani (abbandono del fumo, controllo dell'obesità, incentivazione dell'attività fisica).

## IL PANEL CONDIVIDE

- Le maggiori criticità riscontrate dai pazienti sono: lunghe liste di attesa, difficoltà nei rinnovi dei piani terapeutici, nei rinnovi della patente, accesso limitato alle nuove tecnologie, difficoltà a prenotare nella stessa sede e con lo stesso specialista per preservare il rapporto medico-paziente, differenti impostazioni cliniche fra operatori sanitari (soprattutto fra specialisti e MMG) con conseguente disorientamento del paziente, disomogenea educazione terapeutica strutturata, con deficitario empowerment del paziente.
- 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 con 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 dovrà 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. 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.
6. I PDTA non devono essere suddivisi per le diverse patologie ma anche per le diverse necessità assistenziali.
7. 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.
8. Le regioni che ancora non si sono dotate di fascicolo sanitario elettronico devono quanto prima implementare questa tecnologia.
9. 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
10. È fondamentale rendere omogenea l'offerta sanitaria su tutto il territorio regionale.
11. Bisogna favorire, attraverso piani educazionali, la partecipazione del paziente nella gestione del diabete.

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

**Pietro Buono**, Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del Sistema Sanitario Regionale Regione Campania

**Francesco Colasuonno**, Responsabile Servizio Politiche del Farmaco, Regione Puglia

**Antonio Pompeo Coviello**, Presidente SIMG Basilicata

**Adriana Franzese**, Referente SIEDP Regione Campania

**Patrizia Gallo**, Pediatra di Libera Scelta e Responsabile del Centro Studi Scientifico FIMP Napoli

**Ignazio Grattagliano**, Presidente SIMG Puglia

**Dario Iafusco**, Vicepresidente Diabete Italia

**Maria Ida Maiorino**, Presidente SID Campania - Basilicata

**Francesco Mammì**, Presidente Rete Diabetologica Pediatrica Regione Calabria

**Stefano Masi**, Presidente AMD Campania

**Ugo Trama**, Responsabile Farmaceutica e Protesica della Regione Campania

**Angela Zanfardino**, Diabetologo Pediatra Università degli Studi della Campania "L. Vanvitelli"

*Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità** e **Diabete Italia** con il patrocinio di **SIMG - Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie**, **Federfarma**, **FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri Puglia**, **FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri Sezione Provinciale di Napoli***

