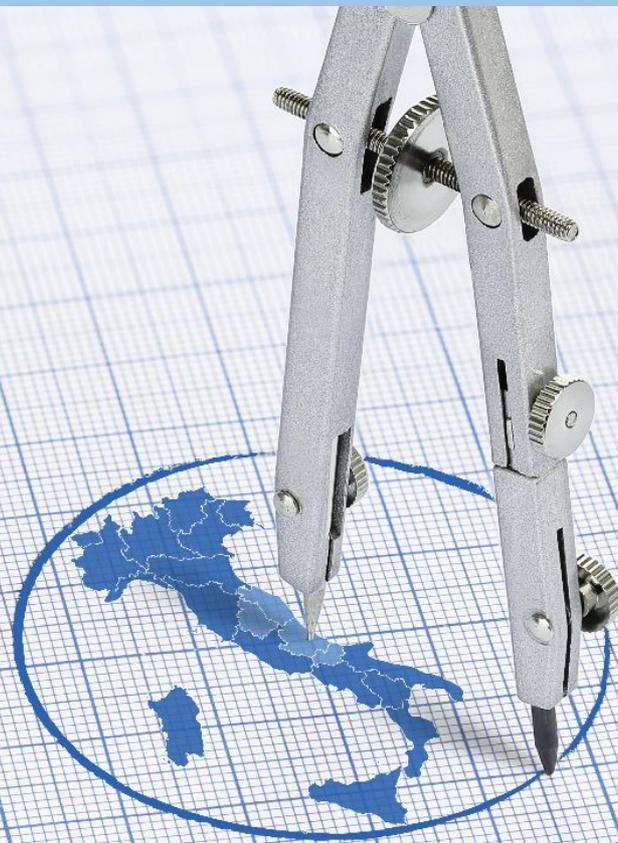


3 NOVEMBRE 2021

WEBINAR

**LA PANDEMIA DIABETE IN
UMBRIA, MARCHE,
ABRUZZO E MOLISE:
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.

MARCHE

La regione Marche in fase di pandemia è riuscita a gestire i pazienti con patologia diabetica in modo opportuno sia in ambito assistenziale che clinico, grazie alla realizzazione dei Centri di Diabetologia Regionale distribuiti su tutto il territorio regionale, ad una rete diabetologica Regionale, ad un sistema reticolare multicentrico con un dipartimento funzionale di diabetologia in ASUR, da cui sono stipulati accordi d'intesa e linee guida con i Centri di Diabetologia Regionali, ASUR, INRCA, l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona e l'AO Ospedali riuniti Marche Nord. Particolare attenzione è stata data al paziente pediatrico in tema di prevenzione, così come linee di indirizzo per la prescrizione ed il corretto utilizzo dei sensori per il monitoraggio glicemico, sul corretto uso dei farmaci per il diabete, sulla corretta distribuzione e concessione dei DM di autocontrollo e autogestione e nella presa in carico di particolari condizioni. In ultimo la regione Marche ha aderito a progettualità internazionali, nell'ambito del programma "Cities Changing Diabetes", in cui amministrazioni locali delle città della Regione Marche, sono coinvolte direttamente: ad investire nella promozione della salute e del benessere; ad affrontare i Determinanti sociali e culturali del Diabete e combattere per una salute equa; ad integrare la salute in tutte le politiche; a coinvolgere e impegnare le comunità per assicurare soluzioni per la salute sostenibili e a creare soluzioni in partenariato con altri settori in modo trasversale.

UMBRIA

Il tema trattato nel webinar, non a caso, definito come "pandemia del diabete" riprende quanto affermato dalla Organizzazione delle Nazioni Unite e dalla Organizzazione Mondiale della Sanità che individuano 3 emergenze sanitarie: 2 di natura infettiva, malaria e tubercolosi ed 1 non infettiva, il diabete mellito. I numeri si possono riassumere in 463 milioni di adulti (20 - 79 anni) nel mondo affetti e nel 2045 diventeranno 700 milioni (dati IDF International Diabetes Foundation). In Italia vi sono dai 3.4 ai 4 milioni di adulti, con una prevalenza che varia dal 5.7 al 6.2%. I dati di prevalenza sono molto variabili anche tra le varie Regioni italiane, indicando la diversità dei modelli organizzativi e delle condizioni socio-economiche. È evidente che l'esperienza COVID ha cambiato il nostro modo di interpretare ed organizzare la Sanità: la ritardata diagnosi, i mancati controlli, il peggioramento delle complicanze hanno imposto il ripensamento dei modelli assistenziali, anche avvalendosi di strumenti nuovi, come ad esempio la telemedicina. La tecnologia sia per quanto riguarda i dispositivi applicati al diabete, sia per quanto riguarda i farmaci ha fatto passi da gigante indubbiamente favorendo l'automonitoraggio, lo scambio di informazioni tra utente e diabetologo e, per quanto riguarda i farmaci, la stabilità ed il controllo della malattia diabetica con immancabile miglioramento anche delle complicanze soprattutto renali e cardiache. Le innovazioni citate, inevitabilmente, ci portano a considerare il ruolo del Medico di Medicina Generale e la sua interazione con paziente e diabetologo. A questo punto la riflessione si sposta sui costi. In questo caso la domanda che dobbiamo porci è: è opportuno investire di più all'inizio (dispositivi e farmaci) per migliorare gli outcome di medio e lungo termine con riduzione della ospedalizzazione e quindi minori costi di ricovero? Ci sono studi di farmaco-economia di medio lungo termine, conclusivi su questa strategia? Non c'è dubbio che il sistema deve darsi alcune parole d'ordine: efficacia, appropriatezza, equità d'accesso, sostenibilità

Organizzazione dell'assistenza al bambino ed adolescente con diabete in Umbria

In Umbria, per motivi epidemiologici, e' presente un unico Centro di Riferimento Regionale per la Diabetologia pediatrica situato presso l'azienda Ospedaliera di Perugia, Struttura Complessa di Clinica Pediatrica che rappresenta la HUB regionale. Questo permette una omogeneità assistenziale in tutto il territorio ed il coordinamento dei vari livelli assistenziali (Hub- Spoke) in una appropriata ottica di futura integrazione ospedale-territorio. Il Centro lavora in equipe multidisciplinare integrata dove tutte le figure professionali strutturate (Infermiere-Dietista-Psicologo- Medico) operano per il benessere dei bambini e delle loro famiglie rispettando le linee guida Nazionali ed Internazionali. Il Centro di Riferimento svolge in Umbria tutte le funzioni del livello specialistico descritto nel riquadro 13 del Piano sulla malattia Diabetica. Durante il periodo dell'emergenza COVID -19 c'è stato un momento di disorientamento , un aggravio di lavoro per tutte le figure professionali ma, al tempo stesso, la nascita di nuove modalità assistenziali come la TELEMEDICINA grazie anche agli input della SIEDP (Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica). All' inizio la telemedicina aveva caratteristiche rudimentali ma successivamente e progressivamente è stata riconosciuta come prestazione codificata e le modalità esecutive si stanno perfezionando con l'obiettivo di diventare nei prossimi tempi standardizzate con precise procedure aziendali. Attualmente la telemedicina e' uno strumento integrativo delle visite in presenza che permette di ridurre le distanze geografiche ed il peso assistenziale per i caregivers. Sottolineo che durante il periodo di emergenza covid in Umbria non vi sono stati ritardi nella diagnosi, peggioramento di eventuali complicanze, ma soprattutto nessun bambino ha avuto una interruzione di cura o un mancato controllo. Unica criticità del Centro e la sua ancora non completa applicazione come descritto nel Piano sulla malattia diabetica che auspichiamo avvenga a breve. I PDTA, come detto da motore Sanità, non devono essere belli ma realistici.

MOLISE

Il Molise deve affrontare le difficoltà causate da una popolazione numerosa e sparsa su un territorio molto complesso. Questo presupposto rende estremamente difficile per il SSR riuscire a raggiungere in maniera efficace il paziente diabetico e rende molto complesso per il cittadino l'accesso ai farmaci e ai dispositivi. La Regione deve riuscire a sfruttare al meglio le possibilità offerte dalla telemedicina per riuscire a garantire una maggiore vicinanza tra specialisti, mmg e pazienti. Il Molise inoltre deve formare una rete diabetologica regionale in grado di dialogare e collaborare con le reti diabetologiche delle Regioni confinanti.

ABRUZZO

La Regione Abruzzo è molto sviluppata in diabetologia: governance sanitaria e medici hanno sempre cercato di offrire il massimo ai cittadini. La recente pandemia ha evidenziato determinate problematiche che prima non emergevano. La governance regionale sta rivedendo i percorsi di cura e l'organizzazione. L'Abruzzo dispone di una rete diabetologica, anch'essa in fase di riorganizzazione. Il territorio si è dimostrato il punto dolente della sanità regionale e quindi va riorganizzato bene tenendo però presente che non va perso lo stretto collegamento con l'ospedale e le strutture specialistiche. La Regione sta inoltre rivedendo gli attuali PDTA di patologia per renderli più fruibili e applicabili. Obiettivo futuro è quello di sfruttare le reti informatiche per ottimizzare la gestione integrata con il medico di medicina generale. In ambito diabetologico l'Abruzzo è stata la prima Regione ad aver attuato la formula del noleggio per i microinfusori per l'aggiornamento tecnologico, per dare la possibilità ai pazienti diabetici di essere sempre al passo con la tecnologia. Anche dal punto di vista farmaceutico l'Abruzzo è una Regione innovativa e l'auspicio per il futuro è che i farmaci siano dati in prescrivibilità ai medici di medicina generale.

CONCLUSIONI

Nel corso dell'evento sono emerse le grandi differenze di approccio al diabete tra le singole Regioni prese in esame. Le diverse densità abitative e le diverse conformazioni territoriali rendono impossibile delineare un approccio unico valido per tutte le Regioni. Al contempo però è emersa la sostanziale differenza data dalla presenza o meno della rete diabetologica regionale. Il modello a rete resta il più valido ed il più efficace anche per le Regioni più piccole e complesse. Nel corso del Convegno è emerso che per queste Regioni la rete diabetologica deve essere estremamente protesa verso il territorio e il dialogo sia all'interno dei confini regionali che con le altre reti diabetologiche.

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. 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

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

Andrea Avitabile, Presidente Federfarma Marche

Dario Bartolucci, Presidente Regionale SIMG Marche

Maria Giulia Berioli, Referente SIEDP Regione Umbria

Riccardo Bogini, SIMG Umbria

Roberta Celleno, Presidente AMD Umbria

Valentino Cherubini, Direttore SOD Diabetologia Pediatrica Ancona

Enzo Di Blasio, Pediatra Campobasso e Membro della Segreteria FIMP Molise

Marianna Galetta, Presidente AMD Marche

Camillo Giammartino, Direzione Salute Regione Umbria

Giuliana La Penna, Presidente AMD Abruzzo

Angela Lepri Tsingros, Presidente AGD Umbria

Andrea Marinozzi, Farmacista Assistenza Farmaceutica Regione Marche

Rita Lidia Stara, Comitato Direttivo di Diabete Italia

*Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità** e **Diabete Italia** con il patrocinio di **Federfarma Marche**, **AMD - Associazione Medici Diabetologi** e **F.I.M.P. Molise - Federazione Italiana Medici Pediatri***

