

DOCUMENTO DI SINTESI

NORD

PNRR E DIABETE

5 Maggio 2022



www.motoresanita.it

Con il patrocinio di



diabete Italia
onlus



Società
Italiana di
Diabetologia





INTRODUZIONE DI SCENARIO

Il diabete da molti viene definita “la malattia cronica” poiché il suo impatto gestionale è davvero rappresentativo di una cronicità complessa a 360°. Esso rappresenta la prima causa di cecità, la prima causa di amputazione non traumatica degli arti inferiori, la seconda causa di insufficienza renale terminale fino alla dialisi o al trapianto, la concausa di metà degli infarti e degli ictus.

L'International Diabetes Federation (IDF) nel 2019 indica circa 463 milioni di adulti (20-79 anni) con diabete nel mondo e una prevalenza in continuo aumento (entro il 2045 700 milioni), soprattutto per quanto riguarda il diabete di tipo 2. Gli stessi dati riferiti all'anno 2019 indicano inoltre che più di 4 milioni di persone tra 20 e 79 anni, siano morte per cause connesse al diabete.

In Italia secondo il bollettino epidemiologico nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sarebbero circa 3,4-4 milioni le persone con diabete ma circa 1-1,5 milioni quelle che non sanno di averlo, mentre 4 milioni di persone sarebbero ad alto rischio di sviluppare la malattia.

Secondo le stime più recenti, la spesa per il diabete tra costi sanitari diretti (circa 9 miliardi) e costi sanitari indiretti (circa 11 miliardi) ammonterebbe attualmente ad almeno 20 miliardi di euro all'anno. Questi numeri ne fanno comprendere l'impatto socio-assistenziale ed economico-sanitario del diabete. Nonostante tutto ciò, grazie soprattutto alla grande innovazione prodotta nell'ultimo decennio, le ospedalizzazioni hanno un andamento decrescente (riduzione media annua del 5,5% nel periodo 2010-2018). La attuale pandemia ha però fatto emergere tutte le debolezze del sistema assistenziale, molto legate in particolare alla presa in carico territoriale ed in risposta a questo il nuovo PNRR stanZIA 15,63 miliardi di € (7 miliardi tra reti di prossimità, strutture, servizi di telemedicina e 8,63 miliardi su innovazione, ricerca, digitalizzazione).



DIABETE E ACCESSO ALL'INNOVAZIONE IN EUROPA, IN ITALIA, NELLE REGIONI, NEI TERRITORI

Negli ultimi anni la ricerca ha prodotto nel campo del monitoraggio e della cura del diabete molti strumenti innovativi, che però a tutt'oggi nei diversi territori regionali italiani non hanno avuto un accesso equo ed uniforme. Se paragonata ad altri paesi su questo aspetto come sulla rimborsabilità ed eleggibilità il nostro paese resta fanalino di coda. Tutto ciò nonostante le oramai innumerevoli evidenze scientifiche maturate.

Le condizioni di accesso e rimborsabilità di alcune classi di antidiabetici orali in Italia sono le più restrittive tra i BIG EU

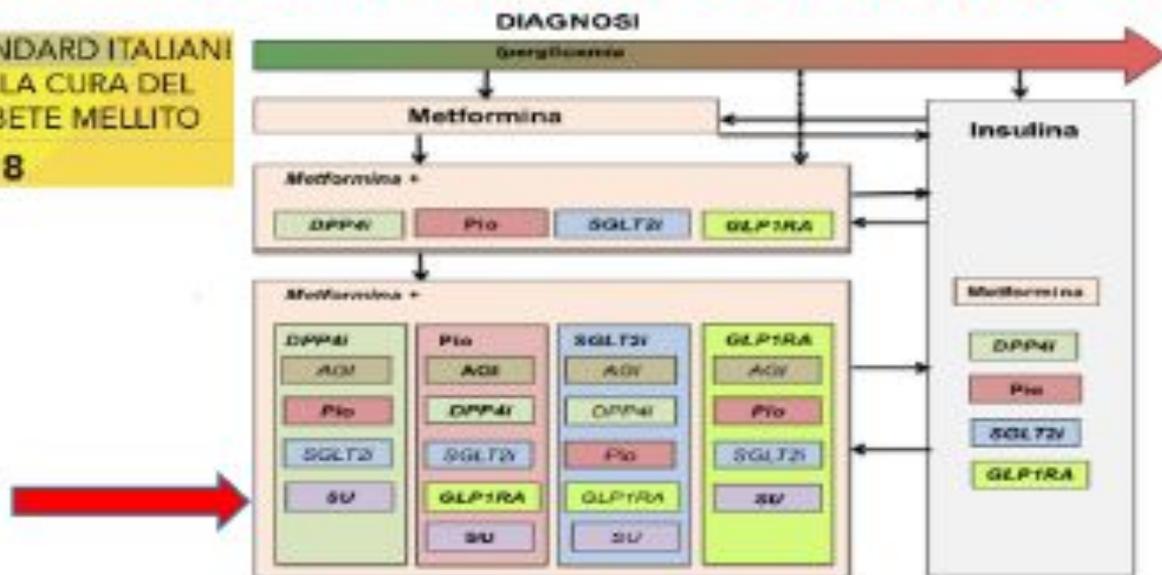
Paese	Rimborsabilità	Condizioni	Tetto di spesa	Piano Terapeutico	1° prescrizione da parte MMG
		Rimborsato in associazione nei valori di HbA _{1c} compresi tra 7,5 e 8,5 e in monoterapia nei pts con IRC moderata/severa (a partire da livelli di HbA _{1c} ≥7%).			
		Tutte le indicazioni rimborsate, meno la monoterapia			
		Tutte le indicazioni rimborsate			
		In add on ad altre terapie (continuazione dopo 6 mesi se registrata riduzione di almeno 0,5% di HbA _{1c})			
		Tutte le indicazioni rimborsate			

Modificato da The European House - Ambrosetti su dati IDF, 2014



Standard cura diabete 2018 AMD/ SID

STANDARD ITALIANI
PER LA CURA DEL
DIABETE MELLITO
2018



Situazione a livello internazionale: accesso all'innovazione

- Ad oggi in Italia si stimano poco più di 100.000 persone con diabete che adottano un sensore per il monitoraggio glicemico ; questo dato corrisponde al 3% di tutti i diabetici ed a circa il 20% di quelli in trattamento insulinico intensivo (multi-iniettivo sia di tipo 1 che di tipo 2).
- Considerando quindi solo questo gruppo, che da linee guida necessita di frequenti controlli e potrebbe giovare delle tecnologie innovative, ne consegue invece che, ancora oggi, 4 pazienti su 5 ricorrono a meccanismi di monitoraggio tradizionali (strisce e lancette pungidito).



HEALTHCARE SYSTEM RANKINGS: NORTHERN EUROPE SCORES HIGHEST

Rank	Country	Patient Rights & Info	Accessibility	Outcomes	Range & Reach of Services	Prevention	Drug Access	Comments
1	 Switzerland	8 th	1 st	1 st	14 th	11 th	3 rd	Scores top in Accessibility and Outcomes.
2	The Netherlands	1 st	11 th	6 th	1 st	2 nd	1 st	Always consistently in Top 3. Access only issue.
3	Norway	1 st	25 th	1 st	3 rd	1 st	6 th	Scores best in Prevention. Access only issue.
4	Denmark	2 nd	11 th	4 th	3 rd	11 th	6 th	Tightened access recently - you can only call 2 numbers.
5	 Belgium	15 th	2 nd	7 th	6 th	5 th	13 th	Most generous healthcare system in Europe.
6	Finland	8 th	20 th	1 st	3 rd	5 th	6 th	Top outcomes at a fairly low cost.
7	Luxembourg	21 st	5 th	7 th	7 th	11 th	13 th	Wealthiest country in the EU. Patients go out of country.
8	Sweden	6 th	31 st	4 th	1 st	5 th	6 th	Notoriously poor accessibility. Long waiting times.
9	Austria	12 th	10 th	7 th	9 th	16 th	6 th	Modest outcomes performance.
10	 Iceland	3 rd	5 th	13 th	9 th	3 rd	24 th	Icelandic doctors spend 8-10 years training out of country.
11	France	15 th	5 th	12 th	9 th	20 th	3 rd	Lowest heart disease mortality in Europe.
12	Germany	16 th	17 th	7 th	21 st	5 th	1 st	People upset that "everything is not free anymore."
13	Portugal	12 th	17 th	13 th	15 th	16 th	6 th	A leader in "bang for the buck."
14	Czech Republic	12 th	10 th	18 th	9 th	29 th	19 th	Scores well in Range and Reach of Services.
15	Estonia	3 rd	5 th	25 th	15 th	25 th	19 th	A leader in "bang for the buck."
16	United Kingdom	6 th	32 nd	18 th	7 th	2 nd	6 th	Poor access and autocratic management culture.
17	Slovakia	8 th	5 th	20 th	23 rd	25 th	18 th	Disparity with neighbor Czech Republic on Range of Services.
18	Serbia	12 th	3 rd	25 th	28 th	20 th	19 th	Implementing MojDoktor for direct specialist appts.
19	Spain	23 rd	31 st	13 th	15 th	5 th	13 th	Very regionally decentralized. Poor access scores.
20	Italy	26 th	25 th	12 th	24 th	5 th	26 th	Biggest disparity in wealth between regions.

14

Source: Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2018. Accessibility mainly involves waiting times and specialist access. Drug access involves level of Rx subsidy and access to new drugs.

IL PERCORSO AD OSTACOLI OGGI DEL PAZIENTE DIABETICO, IL PNRR CHE COSA PUÒ CAMBIARE?

Il diabete rappresenta la malattia cronica paradigmatica per il Servizio sanitario nazionale. Ad oggi le grandi problematiche assistenziali della malattia possono essere risolte in parte con un maggiore coinvolgimento delle strutture territoriali di prossimità, sia per quanto riguarda le cure che per quanto riguarda il monitoraggio/follow-up. E proprio su questo aspetto le risorse dedicate alla riorganizzazione del territorio previste nel PNRR devono essere sfruttate come una grande opportunità. da ogni regione

Tutto dovrà però essere legato ad un cambio di visione, dove l'innovazione di valore va vista come un investimento anziché come un costo a breve termine, principio dal quale i singoli sistemi sanitari regionali dovranno partire per declinare in questa ottica i loro piani.



Accesso e gestione condivisa delle terapie innovative a livello territoriale: come ridurre l'attuale burocratizzazione del sistema, dalle note AIFA ai piani terapeutici

Nel corso degli anni nell'ambito diabetologico si è creata una problematica tutta italiana rispetto ai farmaci innovativi, chiamati ancora così nonostante oramai siano in scadenza di brevetto. Il sistema burocratico creato per la prescrizione di questi fino a pochi mesi fa non consentiva l'utilizzo di questi da parte del MMG e rendeva la prescrizione dello specialista inutilmente farraginoso.

Se da un lato la burocrazia è necessaria per governare i processi sanitari, dall'altro essa non deve essere utilizzata come strumento per il rallentamento di determinate terapie. MMG e Specialisti chiedono quindi una riflessione da parte dei decisori per definire una volta e per tutte quali strumenti moderni di governo dell'appropriatezza si possono applicare senza creare inutili barriere burocratiche.

Accesso ai device come ridurre le attuali disuguaglianze di rimborsabilità

Una delle criticità maggiormente riscontrate dai pazienti riguarda l'accesso ai devices di monitoraggio della glicemia dove ogni regione ha regole di accesso proprie e criteri di eleggibilità molto diversi, soprattutto se si pensa ai pazienti di tipo 2.

I rappresentanti dei pazienti sottolineano che i devices, utilizzati appropriatamente, impattano in maniera molto positiva sul decorso della malattia e sulla qualità della vita. Una disuguaglianza di accesso crea di conseguenza una disuguaglianza nella qualità delle cure offerte.

Una possibile soluzione potrebbe essere creare indicatori di monitoraggio su cui misurare nelle regioni l'accesso garantendone l'equità.



La medicina territoriale e la rete diabetologica: come organizzarla, quale sviluppo, quale formazione per implementarla

Il ruolo del MMG resta ancora oggi centrale nella diagnosi, nel monitoraggio e nella cura del diabete. Le nuove tecnologie informatiche e digitali ed i nuovi farmaci hanno aperto moltissime nuove opportunità per la cura, la presa in carico, il monitoraggio ed il follow-up dei pazienti cronici.

Un modello assistenziale ideale dovrebbe vedere una stretta collaborazione tra specialisti e MMG con l'appropriato utilizzo delle nuove tecnologie. Per far sì che questo accada occorre rivedere l'attuale approccio di presa in carico dando chiare indicazioni e chiare responsabilità alle nuove strutture territoriali previste dal PNRR, fornendo in primis una formazione adeguata al personale che vi sarà impegnato. Gli esperti intervenuti hanno sottolineato come il punto di partenza dovrà essere eliminare nel territorio gli ostacoli oggi rappresentati dalle numerose limitazioni alla prescrizione sia di farmaci che di devices innovativi.

Oltre a questo sarà necessario realizzare un collegamento concreto tra tutti gli attori della filiera assistenziale, attraverso la **digitalizzazione** e l'implementazione degli strumenti di telemedicina finalmente riconosciuta e correttamente finanziata. Senza un investimento su questi aspetti realizzare una efficace riorganizzazione dei percorsi di cura non sarà possibile.

Il ruolo delle farmacie

Le farmacie di territorio con la riforma prevista attraverso il nuovo modello di farmacia dei servizi stanno ricoprendo un ruolo di erogatori non soltanto di farmaci ma anche di servizi sanitari. Con la pandemia si è potuto sperimentare l'efficacia potenziale di questo aspetto: sono stati moltissimi i servizi sanitari demandati alle farmacie di quartiere. In campo diabetologico sono state diverse le esperienze durante gli ultimi 2 anni, ma ancora una volta sono state esperienze difformi sul territorio nazionale dettate dall'urgenza e limitate nel tempo. Sarebbe auspicabile un cambiamento strutturale e di governance che renda strutturale e diffuso il ruolo integrato della farmacia di territorio nella filiera assistenziale ai pazienti con diabete.



Il ruolo delle Case della Salute

Molte aspettative sono focalizzate su queste strutture per l'assistenza alle cronicità, ma il rischio è che le diverse strategie di contenuto dei singoli Servizi sanitari regionali, creino delle diseguità.

Idealmente le Case della Salute potrebbero svolgere un ruolo molto attivo e vario che va dal monitoraggio della malattia alla formazione del paziente riferita anche all'educazione ai corretti stili di vita. Questo potrebbe portare enormi effetti benefici sulla popolazione diabetica.

I nuovi farmaci e gli innovativi devices di monitoraggio glicemico (rt-CGM, FGM) hanno ampiamente dimostrato di migliorare il controllo glicemico e conseguentemente ridurre ospedalizzazioni e costi di gestione, generando un risparmio per il SSN e benefici clinici per i pazienti. Per questo dovrebbero trovare ampia applicazione a questo livello.

La digitalizzazione nella filiera diabete: a che punto siamo e come implementarla?

Telemedicina, televisita e digitalizzazione sono terminologie di fatto entrate nel vocabolario sanitario degli italiani.

Purtroppo però ancora una volta il panel evidenzia come anche per questo aspetto lo scenario di utilizzo in Italia sia frammentato e differenziato in termini sia di investimento che di equità di accesso. Questi strumenti sono però necessari e diventano fondamentali linee di indirizzo nazionali con indicatori di monitoraggio che ne facilitino la misura dell'implementazione in tutta Italia, secondo tempistiche ben codificate.



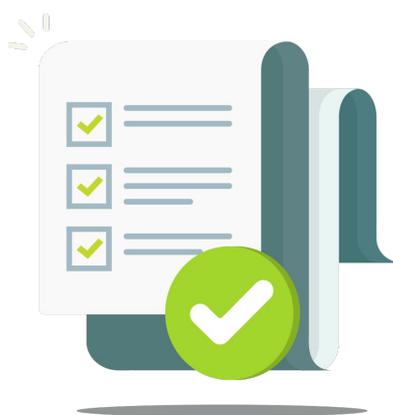
CONCLUSIONI

La recente esperienza maturata a causa dell'emergenza pandemica, ha fatto emergere la necessità di ripensare il rapporto tra assistito e territorio per renderlo più sinergico in questa trasformazione oramai improrogabile le nuove tecnologie possono garantire maggiore integrazione con i servizi offerti dai centri diabetologici multi-professionali

La Missione 6 del PNRR impone di ragionare in ottica di potenziamento dell'offerta sulla gestione delle cronicità di cui il diabete rappresenta un modello sfidante.

Questi i passaggi necessari:

1. Potenziare la rete assistenziale diabetologica (personale, tecnologie, formazione)
2. Ottimizzare la presa in carico del paziente da parte di un team multispecialistico
3. Implementare la digitalizzazione per il collegamento della filiera di cura
4. Articolare la rete diabetologica in 350-400 centri multi-professionali, ognuno dei quali possa prendere in carico 15.00 pazienti
5. Rafforzare le competenze del diabetologo nel suo ruolo di coordinatore dell'intero percorso di cura. 6 Considerare l'accesso all'innovazione, un passaggio obbligato





ACTION POINTS

- **Burocrazia:** clinici e pazienti devono ancora oggi affrontare troppa burocrazia (es. Rinnovo piani terapeutici). Un sistema semplificato /sburocratizzato incrementerebbe il tempo da dedicare alle cure riducendo le liste d'attesa , favorendo l'aderenza alle terapie , migliorando la qualità della vita del paziente e dei caregiver.
- **Formazione:** occorrerebbe strutturare l'educazione terapeutica, come già fanno alcune Regioni, attraverso il finanziamento dei campi scuola.
- **Strumenti:** Ogni singolo Servizio sanitario regionale deve mettere in campo gli strumenti necessari per garantire su tutto il territorio una equità di accesso alle cure e all'innovazione tecnologica.
- **Integrazione:** rendere disponibili adeguati strumenti informatici per l'integrazione dei dati, obiettivo primario del PNRR per generare appropriatezza nei percorsi di gestione, incentivazione e remunerazione basati sugli outcome e non sugli output.
- **PDTA:** da strutturare in ogni territorio , non devono essere scritti unicamente per gestire le offerte già esistenti ma devono essere in grado di inserire rapidamente l'innovazione .
- **Accesso e prossimità :** L'attuale sistema di erogazione dei farmaci e dispositivi è troppo legato ai centri specialistici situati quasi sempre nelle grandi città, rendendo complesso l'accesso a chi si trova geograficamente lontano o è impossibilitato a muoversi (territori montuosi o insulari)
- **PNRR:** rappresenta una enorme possibilità per migliorare l'offerta sanitaria , sono necessarie però linee di indirizzo nazionali che puntino a diminuire la disuguaglianza che persiste sul territorio italiano.



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

Angelo Avogaro, Presidente Eletto SID - Professore di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo presso Università di Padova

Federico Bertuzzi, Direttore Struttura Complessa Diabetologia Ospedale ASST Niguarda, Milano

Carlo Borghetti, Vicepresidente Consiglio Regionale Componente III Commissione permanente - Sanità e politiche sociali

Roberta Chiandetti, Responsabile attività di Coordinamento Reti Cliniche , ARCS Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute Friuli Venezia Giulia

Luca De Re, Presidente Insù Associazione Giovani con Diabete, Pordenone

Paolo Di Bartolo, Direttore Rete Clinica di Diabetologia AUSL Romagna

Gian Paolo Fadini, Professore Associato Endocrinologia e Malattie del Metabolismo presso Università di Padova

Elena Frattolin, Presidente CRAD (Coordinamento Regionale Associazioni Diabete) Friuli Venezia Giulia

Marco Maria Fumagalli, Componente III Commissione Sanità e Politiche Sociali, Regione Lombardia

Stefano Genovese, Responsabile Unità Critica e Ricerca di diabetologia endocrinologia e malattie metaboliche presso IRCCS Centro Cardiologico Monzino

Carlo Bruno Giorda, Direttore S.C. Malattie Metaboliche e Diabetologia Ospedale Maggiore di Chieri, Asl 5 Torino, Coordinatore della Rete Endocrino-Diabetologica del Piemonte

Francesco Saverio Mennini, Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Research Director-Economic Evaluation and HTA, CEIS, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - Presidente SIHTA



Gianni Origgi, Direttore S.C. Innovazione e Progetti Speciali, ASST GOM Niguarda, Milano

Andrea Pizzini, Vicepresidente SIMG Piemonte,

Franco Ripa, Dirigente Responsabile Programmazione Sanitaria e Socio-sanitaria. Vicario Direzione Sanità e Welfare Regione Piemonte

Rita Lidia Stara, Presidente Fe.D.ER Federazione Diabete Emilia Romagna e Membro Comitato Direttivo Diabete Italia

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità



**MOTORE
SANITÀ**
WEBINAR

panacea

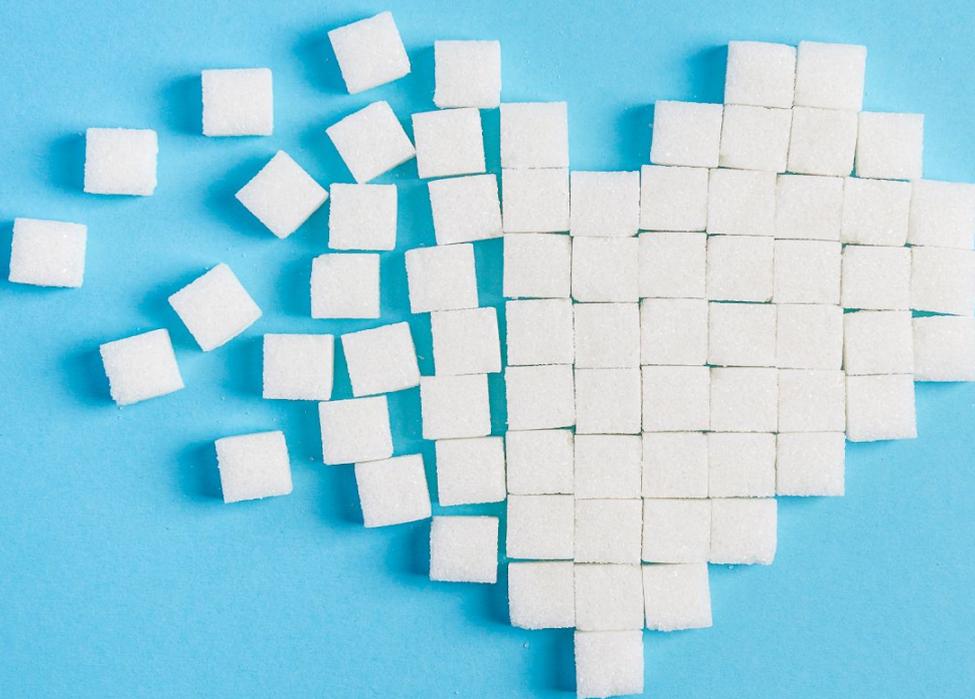
Con il contributo incondizionato di



Abbott



Boehringer
Ingelheim



www.motoresanita.it