



COMUNICATO STAMPA

Diabete e PNRR: la sanità digitale volano di nuovi modelli di cura e assistenza sul territorio e al domicilio del paziente grazie anche ai sistemi di monitoraggio innovativi.

In Italia il 5,3% della popolazione ha una diagnosi certa di diabete ma ogni 3 persone con diabete noto ce n'è 1 che non sa di averlo e quando lo scoprirà forse avrà già sviluppato una complicanza. Ben 3,27 milioni di italiani ad alto rischio di sviluppare il diabete.

Il diabete è una patologia a forte impatto sulla salute delle persone e sulle loro famiglie e rappresenta un onere economico impegnativo sul servizio sanitario nazionale. Per questo è una priorità di salute pubblica per i sistemi sanitari regionali in termini di sostenibilità e di burden della patologia per via dei numeri destinati ad esplodere nei prossimi 20 anni (+55% nel 2035, pari a circa 600 milioni di persone diabetiche nel mondo). Gli esperti parlano di un vero “tsunami” di portata potenzialmente devastante, se non correttamente gestito, in una società sempre più anziana quale è quella italiana. La disponibilità e l'equità di accesso alle tecnologie e alle cure, è un punto fondamentale per la presa in carico del paziente diabetico, che ancora oggi però trova delle differenze da regione a regione. L'utilizzo delle tecnologie ha dimostrato di migliorare il controllo glicemico riducendo le ospedalizzazioni e i costi di gestione. Oggi un paziente diabetico costa circa 3.500 euro al Sistema sanitario nazionale, dove le ospedalizzazioni assorbono circa il 60%. Emerge pertanto la necessità di una nuova risposta organizzativa volta a soddisfare una nuova e crescente domanda di assistenza, in cui la digitalizzazione potrà fornire modelli di cura e di assistenza sul territorio e al domicilio del paziente, favorendo il processo e la continuità di cura del paziente, la medicina di prossimità e il contenimento della spesa. Investire in innovazione garantirebbe quindi un cambio di paradigma nella gestione value-based delle persone diabetiche in linea con gli obiettivi del PNRR, riducendo inoltre in modo importante i costi di gestione come da una analisi condotta in regione Toscana sull'utilizzo del sistema FGM.

Con queste premesse si è conclusa a Roma la serie di incontri nelle diverse regioni italiane dedicati al tema **“PNRR e DIABETE”** organizzati da **Motore Sanità** con il contributo incondizionato di **ABBOTT e BOEHRINGER INGELHEIM**. La direzione scientifica di Motore Sanità in questo **evento nazionale conclusivo** ha ancora una volta dato voce a tutti gli stakeholder di sistema per proporre idee realizzabili da subito su temi aperti che consentano di evitare sprechi e mantenere la sostenibilità.

In Italia, in base ai dati Istat, **nel 2020 si stima una prevalenza del diabete noto pari al 5,9% (5,9% negli uomini, 5,9% nelle donne) pari a oltre 3,5 milioni di persone**, con un trend in lento aumento negli ultimi anni. **In Italia 4 milioni sono le persone con diabete mellito ed un milione quelle non**

diagnosticate; di queste 1 milione soffrono di una malattia cardiovascolare manifesta e 3,6 milioni presentano un alto o altissimo rischio cardiovascolare. Circa 1.2 milioni di pazienti con diabete mellito hanno malattia renale, di cui 2mila sono i nuovi dializzati ogni anno.

Ad oggi nel sistema sanitario operano circa 2.000 specialisti che si occupano di diabete mellito; 650 sono i centri e gli ambulatori di diabetologia ma solo 350 quelli dotati di team multiprofessionale e multidisciplinare. Oggi la spesa totale per il diabete è pari a circa 9,5 miliardi di euro in termini di costi diretti (farmaci, ospedalizzazioni, specialistica), circa l'8,3% della spesa sanitaria pubblica totale.

Elena Frattolin, Presidente del Coordinamento Regionale Associazioni Diabete Friuli Venezia Giulia, dati alla mano, ha aperto il tavolo di lavoro illustrando un **quadro allarmante sul diabete in Italia** e ha sottolineato il problema della **disparità di accesso alle cure e alle innovazioni che è notevole sia tra le singole regioni italiane sia tra aree di una stessa regione.**

“Il 5,3% della popolazione ha una diagnosi certa di diabete, ma ogni 3 persone con diabete note ce n'è 1 che non sa di averlo e quando lo scoprirà forse avrà già sviluppato una complicanza. Inoltre ci sono ben 3,27 milioni di italiani ad alto rischio di sviluppare il diabete. Più del 50% dei pazienti non raggiunge un buon controllo glicemico e questo getta le basi per un aumento dei costi, per questi pazienti, nell'immediato futuro. Già così, però, la spesa per diabete in Italia è di quasi 10 miliardi di euro l'anno, la maggior parte dovuta alle ospedalizzazioni. A questo si aggiunge che la disparità di accesso alle cure e alle innovazioni è notevole, non solo tra le singole regioni italiane, ma anche tra aree di una stessa regione più o meno disagiate e/o, collegate in modo più o meno efficiente ai centri più importanti. Questo fatto incide profondamente sull'aspettativa di vita alla nascita delle persone, basti pensare che un cittadino campano ha un'aspettativa di vita alla nascita di 2,7 anni in meno rispetto a un cittadino trentino. È evidente che la sostenibilità è la sfida del futuro, ma questa non può essere limitata alla sola dimensione economica. Le disuguaglianze tra i centri, la carenza di professionisti, la qualità dei servizi, la fiducia dei cittadini nel sistema, e le aspettative della società sono altrettanto importanti per un sistema sanitario sostenibile”.

In **Sicilia** la spesa per il diabete è stimata in **888.223.195 euro, pari al 10% della spesa sanitaria pubblica**. Ai costi diretti vanno aggiunti **circa 10,7 miliardi di costi indiretti (999.512.278 euro in Sicilia)**. Secondo **Vincenzo Provenzano**, Direttore della U.O.C. di Medicina Interna, Diabetologia C.R.R. di Diabetologia e Impianti Microinfusori dell'AUSL n.6 di Palermo, Ospedale civico di Partinico, la qualità organizzativa e l'efficienza dell'assistenza diabetologica sono correlate con un miglior controllo della malattia, con una migliore prognosi delle complicanze e con una minore mortalità collegata al diabete.

“Dal punto di vista della sanità pubblica, la qualità dell'assistenza e la gestione territoriale della malattia sono ritenute, quindi, una condizione fondamentale per tradurre i progressi clinici e farmacologici in una reale prevenzione delle complicanze e in un miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete mellito. È necessario differenziare le caratteristiche del paziente con diabete mellito in modo da identificare, a crescenti livelli di bisogno, modelli organizzativi in grado di fornire risposte efficaci con un appropriato utilizzo delle risorse. Certamente un livello iniziale di gestione della patologia diabetica trova nel medico di medicina generale e nelle sue forme organizzative di associazionismo il professionista più adatto a soddisfare le necessità del malato; soggetti in buon compenso possono vedere nella collaborazione tra i centri specialistici esistenti e il medico di medicina generale una soluzione intermedia adeguata alla maggiore complessità terapeutica”.

Secondo Vincenzo Provenzano gli obiettivi strategici devono necessariamente tenere conto:

- della realizzazione di reti di servizi di assistenza integrata, economicamente compatibili, rispettose della dignità della persona;
 - del corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata) in accordo con il loro effettivo utilizzo;
 - della riduzione del numero dei ricoveri impropri negli ospedali per acuti;
 - della riduzione della durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla presenza di una rete efficace ed efficiente;
 - del miglioramento della autonomia funzionale delle persone ammalate e dei loro *caregiver*.
- Importante infine sottolineare come la regione Sicilia sia una regione virtuosa in termini di accesso ai sistemi innovativi di monitoraggio della glicemia per i pazienti diabetici T1 e T2, fondamentali per una presa in carico ottimale del paziente diabetico.

Altro tema affrontato dal dottor Provenzano: **l'implementazione e il potenziamento della digitalizzazione** (teleconsulti, teleassistenza, educazione terapeutica via web, condivisione dei dati via web, etc). *“Questi rappresentano degli strumenti per migliorare la qualità dell'assistenza diabetologica. È indubbio che sia necessario potenziare la rete diabetologica e basarla su centri multiprofessionali che operino all'interno delle Case di comunità dove si può meglio realizzare una sinergia con i medici di medicina generale nell'ottica di una progettazione gestionale che somma tecnologia d'avanguardia, management sanitario e integrazione multiprofessionale”*.

E proprio sulla **digitalizzazione in sanità** è intervenuto **Francesco Gabbrielli**, Direttore del Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali dell'Istituto Superiore di Sanità. *“È iniziata una trasformazione del servizio sanitario nazionale grazie anche alle risorse del PNRR. Abbiamo l'enorme responsabilità non solo nei confronti dei pazienti attuali ma anche delle future generazioni sull'utilizzo corretto e lungimirante di queste risorse, che devono essere soldi spesi per una migliore qualità della sanità e per generare nuovo valore e nuove risorse attraverso una sanità di nuova concezione, che tende cioè a fare prevenzione, a diminuire i costi impropri ma soprattutto a promuovere la salute cominciando dalle persone apparentemente sane”*.

Il Professor Gabbrielli ha inoltre sottolineato che *“la sanità digitale per il diabete è certamente di grande utilità e ha prospettive di sviluppo più importanti di quelle che attualmente si pensano, ma bisogna che sia i pazienti che i professionisti non considerino più la telemedicina esclusivamente come televisita e teleconsulto in quanto sarà una nuova modalità di trattamento dei dati di gestione e di organizzazione. In particolare, i dati del paziente non saranno più solo dati sanitari (della cartella clinica, degli esami di laboratorio, etc.) ma saranno dati che verranno prodotti direttamente dal paziente in casa propria e riguarderanno, per esempio nel caso del diabete, lo stile di vita, il tipo di alimentazione e di attività fisica, l'andamento delle altre patologie correlate, la sorveglianza e la prevenzione secondaria e terziaria delle complicanze del diabete e della prevenzione delle fasi di scompenso. Grazie a questo nuovo utilizzo dei dati cambierà profondamente il modo stesso di intendere il rapporto con il paziente, e sarà più con il medico isolato ma l'équipe sanitaria che lavorerà attorno a lui. A questa nuova forma di assistenza, però, ci dobbiamo ancora arrivare con servizi di telemedicina ben progettati”*.

La **Regione Campania** punta a mettere in campo best practice, come **investire in tecnologia quale strumento essenziale per garantire un più ampio accesso alle cure dei pazienti**, e sul ruolo dei **diversi attori coinvolti nella presa in carico del paziente diabetico**. *“La Regione Campania, con le risorse stanziare dal PNRR e l'attivazione delle Case della comunità, delle Cot, garantirà una maggiore e più completa presa in carico del paziente diabetico”* ha spiegato **Ugo Trama**, Responsabile della Farmaceutica e Protesica della Regione Campania. *“Si tratta di una grande scommessa per il Paese ma dobbiamo essere pronti a formare i professionisti in questi nuovi modelli*

*organizzativi. La Regione ritiene centrale nel sistema sanitario regionale il ruolo sia della **medicina generale, integrata con tali figure multidisciplinari con lo sviluppo delle AFT, sia del farmacista pubblico e privato, che con la farmacia dei servizi e il potenziamento della diagnostica, determinerà una maggiore aderenza da cui deriveranno minori complicanze ed ospedalizzazioni**".*

Ufficio stampa Motore Sanità

comunicazione@motoresanita.it

Laura Avalle – Cell. 320 0981950

Liliana Carbone - Cell. 347 2642114

Marco Biondi - Cell. 327 8920962

www.motoresanita.it