

# CENTRO

## PNRR E DIABETE

12 Maggio 2022



[www.motoresanita.it](http://www.motoresanita.it)

Con il patrocinio di





## 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 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. 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 pubblicate.

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

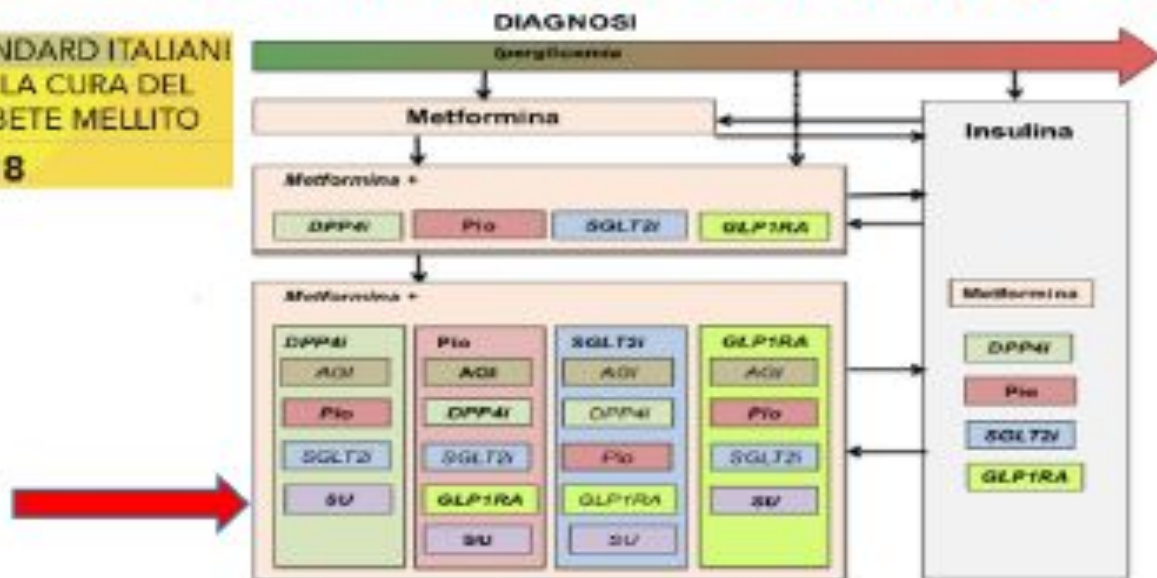
Paese	Rimborsabilità	Condizioni	Tetto di spesa	Piano Terapeutico	1° prescrizione da parte MMG
		Rimborsato in associazione nei valori di HbA <sub>1c</sub> compresi tra 7,5 e 8,5 e in monoterapia nei pts con IRC moderata/severa (a partire da livelli di HbA <sub>1c</sub> ≥7%).			
		Tutte le indicazioni 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 <sub>1c</sub> )			
		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 130.000 persone con diabete che adottano un sensore per il monitoraggio glicemico; questo dato corrisponde al 4% 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).
- Anche considerando solo questo sottogruppo che necessita, come da linee guida, di frequenti controlli giornalieri, ne consegue che 4 pazienti su 5 ricorrano, ancora oggi, 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
1	Switzerland	8 <sup>th</sup>	1 <sup>st</sup>	1 <sup>st</sup>	14 <sup>th</sup>	11 <sup>th</sup>	3 <sup>rd</sup>
2	The Netherlands	1 <sup>st</sup>	11 <sup>th</sup>	6 <sup>th</sup>	1 <sup>st</sup>	2 <sup>nd</sup>	1 <sup>st</sup>
3	Norway	1 <sup>st</sup>	25 <sup>th</sup>	1 <sup>st</sup>	3 <sup>rd</sup>	1 <sup>st</sup>	6 <sup>th</sup>
4	Denmark	2 <sup>nd</sup>	11 <sup>th</sup>	4 <sup>th</sup>	3 <sup>rd</sup>	11 <sup>th</sup>	6 <sup>th</sup>
5	Belgium	15 <sup>th</sup>	2 <sup>nd</sup>	7 <sup>th</sup>	6 <sup>th</sup>	5 <sup>th</sup>	13 <sup>th</sup>
6	Finland	8 <sup>th</sup>	20 <sup>th</sup>	1 <sup>st</sup>	3 <sup>rd</sup>	5 <sup>th</sup>	6 <sup>th</sup>
7	Luxembourg	21 <sup>st</sup>	5 <sup>th</sup>	7 <sup>th</sup>	7 <sup>th</sup>	11 <sup>th</sup>	13 <sup>th</sup>
8	Sweden	6 <sup>th</sup>	31 <sup>st</sup>	4 <sup>th</sup>	1 <sup>st</sup>	5 <sup>th</sup>	6 <sup>th</sup>
9	Austria	12 <sup>th</sup>	10 <sup>th</sup>	7 <sup>th</sup>	9 <sup>th</sup>	16 <sup>th</sup>	6 <sup>th</sup>
10	Iceland	3 <sup>rd</sup>	5 <sup>th</sup>	13 <sup>th</sup>	9 <sup>th</sup>	3 <sup>rd</sup>	24 <sup>th</sup>
11	France	15 <sup>th</sup>	5 <sup>th</sup>	12 <sup>th</sup>	9 <sup>th</sup>	20 <sup>th</sup>	3 <sup>rd</sup>
12	Germany	16 <sup>th</sup>	17 <sup>th</sup>	7 <sup>th</sup>	21 <sup>st</sup>	5 <sup>th</sup>	1 <sup>st</sup>
13	Portugal	12 <sup>th</sup>	17 <sup>th</sup>	13 <sup>th</sup>	15 <sup>th</sup>	16 <sup>th</sup>	6 <sup>th</sup>
14	Czech Republic	12 <sup>th</sup>	10 <sup>th</sup>	18 <sup>th</sup>	9 <sup>th</sup>	29 <sup>th</sup>	19 <sup>th</sup>
15	Estonia	3 <sup>rd</sup>	5 <sup>th</sup>	25 <sup>th</sup>	15 <sup>th</sup>	25 <sup>th</sup>	19 <sup>th</sup>
16	United Kingdom	6 <sup>th</sup>	33 <sup>rd</sup>	18 <sup>th</sup>	7 <sup>th</sup>	2 <sup>nd</sup>	6 <sup>th</sup>
17	Slovakia	8 <sup>th</sup>	5 <sup>th</sup>	20 <sup>th</sup>	23 <sup>rd</sup>	25 <sup>th</sup>	18 <sup>th</sup>
18	Serbia	12 <sup>th</sup>	3 <sup>rd</sup>	25 <sup>th</sup>	28 <sup>th</sup>	20 <sup>th</sup>	19 <sup>th</sup>
19	Spain	23 <sup>rd</sup>	31 <sup>st</sup>	13 <sup>th</sup>	15 <sup>th</sup>	5 <sup>th</sup>	13 <sup>th</sup>
20	Italy	26 <sup>th</sup>	25 <sup>th</sup>	12 <sup>th</sup>	24 <sup>th</sup>	5 <sup>th</sup>	26 <sup>th</sup>

## LE COMPLICANZE DEL DIABETE DETERMINANO UN ALTISSIMO IMPATTO SUI COSTI E SULLA PRODUTTIVITÀ

Le complicanze associate al diabete non controllato hanno un impatto negativo sulla qualità di vita dei pazienti (QoL) essendo la prima causa di malattie cardiovascolari, renali, degli occhi e degli arti inferiori. Purtroppo però ancora oggi quasi il 50% dei pazienti con diabete di tipo 2 risultano non adeguatamente controllati.



## **IL DIABETE E' UNA PRIORITA' DI INTERVENTO CONSIDERANDO L'ELEVATO CARICO ASSISTENZIALE ED ECONOMICO**

In relazione ai costi diretti, la voce preponderante è sempre rappresentata dalle ospedalizzazioni rendendo esplicita l'esigenza di agire sulla prevenzione delle complicanze con l'obiettivo di ridurre la spesa sanitaria. I costi di gestione di un paziente sono pari a circa 3.000€ annui con crescita esponenziale in caso di complicanze. A questi costi vanno aggiunti gli enormi costi indiretti a carico di pazienti, caregivers e collettività.

Se opportunamente governata, l'innovazione tecnologica nel diabete può migliorare gli outcome clinici e ridurre sensibilmente i costi diretti e indiretti. I nuovi farmaci e gli innovativi device per il monitoraggio glicemico (rt-CGM, FGM) hanno ampiamente dimostrato di migliorare il controllo glicemico e conseguentemente ridurre ospedalizzazioni e costi di gestione. Ancora oggi però in Italia il fenomeno dell'inerzia terapeutica genera un impatto clinico importante sulla gestione del paziente diabetico aggravata da una situazione frammentata a livello regionale di equità di accesso all'innovazione.

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

La disponibilità di adeguati strumenti tecnologici e l'integrazione dei dati, posta come obiettivo primario del PNRR, sarà fondamentale per generare percorsi di gestione, incentivazione e remunerazione basati sugli outcome. Inoltre la riforma territoriale della sanità, anche questo obiettivo primario del PNRR, potrebbe portare grandi vantaggi per i cittadini affetti da diabete. Tutto, però, dipenderà da come i singoli sistemi sanitari regionali andranno a declinare il PNRR sul proprio territorio.



## **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 rispetto ai farmaci innovativi. Infatti, vengono considerati innovativi dei farmaci che addirittura sono in scadenza di brevetto. Nel contempo però sono usciti nuovi farmaci anche più efficaci, creando un sistema burocratico che rende la prescrizione da parte del diabetologo (ed in alcuni casi da parte del medico di medicina generale (MMG) farraginoso e che molto spesso spinge i medici a prescrivere i farmaci più comuni e quindi meno costosi.

Se da un lato la burocrazia è necessaria per governare i processi sanitari, dall'altro la burocrazia non può e non deve essere utilizzata come strumento per limitare la prescrizione di determinate terapie.

MMG e Specialisti chiedono quindi una riflessione da parte dei decisori per definire una volta e per tutte quali piani terapeutici si possono applicare senza barriere burocratiche.

## **Accesso ai device: come ridurre le attuali disuguaglianze di rimborsabilità**

Differenti approcci regionali sulle condizioni di rimborsabilità/procedure di acquisto dei medical devices in area diabete generano situazioni molto diversificate sia in termini di investimento che di equità di accesso all'innovazione.

I devices, se utilizzati appropriatamente, possono impattare in maniera molto positiva sul decorso della malattia e sulla qualità della vita del cittadino. Una disuguaglianza di accesso crea di conseguenza una disuguaglianza nella qualità delle cure offerte.

Una possibile soluzione a questo problema potrebbero essere delle linee guida nazionali che traccino il percorso su cui poi le singole regioni devono costruire la propria strada.



## **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 offrono moltissime soluzioni per la presa in carico, il monitoraggio ed il follow-up dei pazienti cronici.

Un sistema sanitario ideale vedrebbe una stretta collaborazione tra specialisti e MMG che con l'ausilio delle tecnologie siano sempre vicino al paziente e che riescano ad agire già ai primi sintomi dell'aggravio della malattia. Per riuscire in questo è necessario creare nuovi modelli gestionali, prendendo ad esempio quelli delle USCA usate durante la pandemia da Covid, oltre che naturalmente nuovi investimenti nelle tecnologie e nella formazione dei medici e dei pazienti.

Nel corso del panel si è parlato anche delle Case di Comunità contenute nel PNRR e di cui i MMG ne dovrebbero essere i protagonisti.

Gli esperti intervenuti nel panel hanno sottolineato come i principali ostacoli siano rappresentati dalle numerose limitazioni nella prescrizione sia di farmaci che di devices. Se questi ostacoli legislativi non vengono superati, le Case di comunità non potranno portare grandi vantaggi per i pazienti diabetici.

### **Il ruolo delle farmacie**

Le farmacie da tempo cercano di ritagliarsi il ruolo anche di erogatori di servizi sanitari e non soltanto di farmaci. Con la pandemia di Covid sono stati moltissimi i servizi sanitari demandati alle farmacie di quartiere.

Anche in campo diabetologico sono state diverse le esperienze durante gli ultimi anni, ma sono state esperienze difformi sul territorio nazionale e limitate nel tempo. Visto il successo di queste iniziative e le professionalità offerte dal farmacista, sarebbe auspicabile un cambiamento strutturale e di governance facendo sì che la farmacia diventi parte integrante dei sistemi regionali di diagnosi e follow-up dei pazienti con diabete.





## Il ruolo delle Case di Comunità

Molti degli investimenti del PNRR verranno dedicati alla creazione delle Case della Comunità. Le Case di Comunità saranno il luogo fisico di prossimità dove la comunità potrà accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Alcune Regioni del centro hanno storicamente una forte vocazione territoriale, all'interno della quale si inseriranno le strutture delineate dalla riforma territoriale. dovranno inserirsi all'interno queste nuove strutture delineate dalla riforma territoriale.. Altro discorso è invece per quelle Regioni che negli anni passati hanno investito poco sul territorio per puntare su una visione “ospedalocentrica” della sanità.

Le Case di Comunità svolgeranno un ruolo ampio, dal monitoraggio della patologia, alla formazione del paziente e l'educazione a corretti stili di vita. Un corretto e potenziato monitoraggio delle patologie croniche ed una corretta educazione del cittadino/paziente potrebbero portare enormi effetti benefici sulla popolazione diabetica generando, da una parte, una migliore salute e qualità della vita e, dall'altra un forte risparmio per il SSN a fronte di una riduzione delle prestazioni ospedaliere.

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

Telemedicina, telemonitoraggio e digitalizzazione sono terminologie che di fatto sono entrate nel vocabolario sanitario degli italiani. Queste tecnologie ormai ben consolidate altrove non trovano una declinazione unica in Italia, ma come spesso accade un utilizzo a macchia di leopardo. Questi strumenti sono necessari per portare la sanità italiana nel presente. Importante quindi l'adozione delle linee guida nazionali per una implementazione omogenea in tutta Italia.

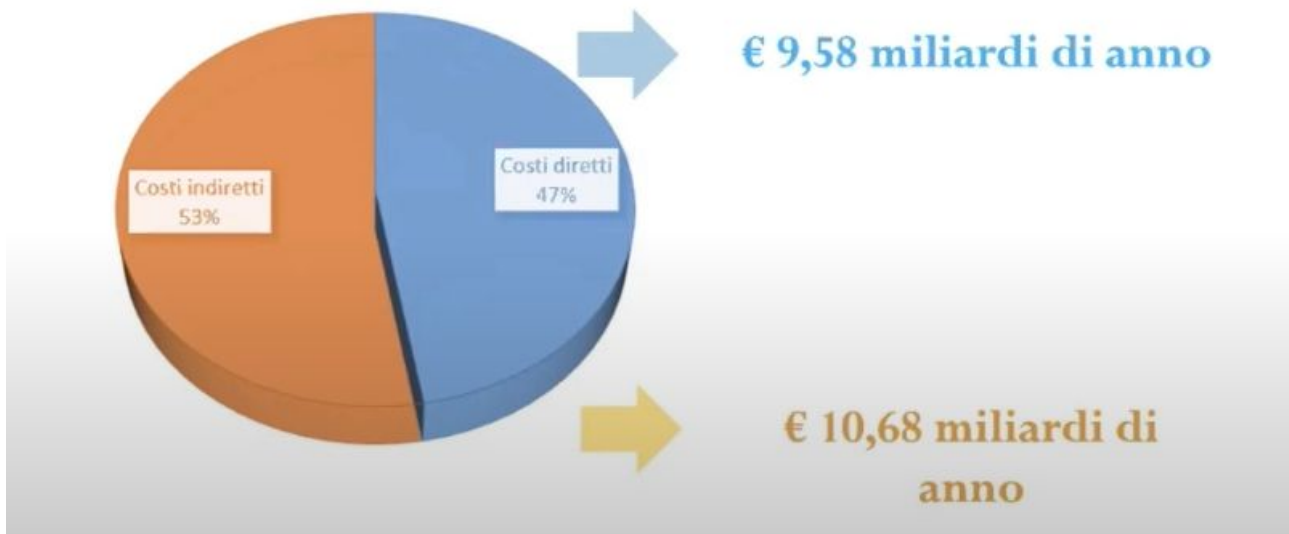


## I COSTI DEL DIABETE

- Le determinanti del costo del diabete (comorbidità, ospedalizzazioni, farmaci)
- Sostenibilità della spesa e potenziali interventi terapeutici per riduzione del burden economico della malattia

Il costo stimato annuo è pari a circa 20.3 miliardi di €

### COSTI ANNUALI DEL DIABETE IN ITALIA





## Innovazione e sostenibilità

La gestione a silos dei budget e la mancanza di percorsi di gestione outcome-based limitano oggi lo sfruttamento adeguato delle nuove tecnologie nel diabete ed il loro impatto sul SSN.

- Le nuove tecnologie (farmaci e devices) hanno di norma un costo di acquisizione superiore rispetto alle vecchie tecnologie che vanno a sostituire ma consentono di ridurre sensibilmente, anche in un breve arco temporale, altri costi a carico del SSN (ospedalizzazioni, accesso in pronto soccorso, etc.)
- La disponibilità di adeguati strumenti informativi e l'integrazione dei dati, posta come obiettivo primario del PNRR, sarà fondamentale per generare percorsi di gestione, incentivazione e remunerazione basati sugli outcome (e non sugli output).

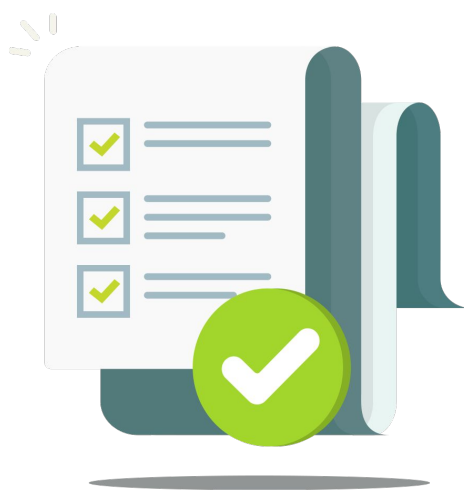


## CONCLUSIONI

La recente esperienza, maturata a causa dell'emergenza pandemica da Covid, ha fatto emergere la necessità di ripensare il rapporto tra assistito e territorio al fine di renderlo più sinergico con i servizi attualmente offerti dai centri diabetologici multi-professionali e di garantire maggiore integrazione tra le strutture diabetologiche e la medicina del territorio. La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) impone di ragionare in ottica di potenziamento e rafforzamento dell'offerta di salute dedicata alla cronicità di cui il diabete rappresenta il modello per eccellenza.

È necessario quindi:

1. potenziare la rete diabetologica;
2. ottimizzare la rete diabetologica inserendo i professionisti isolati nei centri multi professionali;
3. implementare e potenziare la digitalizzazione;
4. articolare la rete diabetologica in 350-400 centri multi-professionali, ognuno dei quali assiste circa 15.000 persone;
5. allocare fondi per ampliare il reclutamento e la formazione di personale dedicato all'assistenza al diabete;
6. rafforzare le funzioni e la professionalità del diabetologo nel suo ruolo di coordinatore dell'intero percorso di cura.





## ACTION POINTS

- Specialisti e pazienti devono ancora oggi affrontare troppa burocrazia (es. Rinnovo piani terapeutici). Un sistema burocratico più snello favorirebbe l'aderenza alle terapie oltre che migliorare la qualità della vita del paziente e dei caregiver.
- Occorrerebbe strutturare l'educazione terapeutica, come fanno altre Regioni, attraverso il finanziamento dei campi scuola.
- Ogni singolo SSR deve mettere in campo gli strumenti necessari per garantire su tutto il territorio una equità di accesso alle cure e all'innovazione tecnologica dei dispositivi di monitoraggio.
- È prioritario riscrivere le regole di prescrizione dei farmaci ed i dispositivi legati al diabete.
- 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.
- L'attuale sistema di erogazione dei farmaci e dispositivi è troppo legato ai centri specialistici, situati quasi sempre nelle grandi città, rendendo difficile l'accesso a chi si trova geograficamente lontano o è impossibilitato a muoversi. Questa difficoltà di accesso è molto presente nelle regioni, che presentano territori montuosi o insulari e di conseguenza difficilmente accessibili.
- Il PNRR rappresenta una enorme possibilità per migliorare l'offerta sanitaria e la qualità della vita dei cittadini con diabete, è necessaria l'implementazione delle linee guida nazionali al fine di diminuire la disegualianza di accesso ed equità delle cure che persiste sul territorio italiano.



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

**Elisabetta Alti**, Direttore Dipartimento Medicina Generale AUSL Toscana Centro e Vicesegretario Sez. Provinciale FIMMG Firenze

**Fabio Baccetti**, Dirigente Medico UO Diabetologia e Malattie del Metabolismo Azienda UsI Toscana Nord Ovest e Tesoriere Nazionale AMD

**Giulio Lucarelli**, Responsabile Unità Operativa di Endocrinologia e Diabetologia dell'A.O. Ospedali Riuniti Marche Nord

**Alessandro Malpelo**, Giornalista Scientifico

**Edoardo Mannucci**, Direttore Diabetologia AOU Careggi, Firenze

**Andrea Marinozzi**, Farmacista Dirigente Assistenza Farmaceutica Regione Marche

**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

**Stefano Nervo**, Presidente Diabete Italia

**Mario Nieddu**, Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, Regione Autonoma della Sardegna

**Simone Pampanelli**, Presidente Eletto SID Umbria

**Dario Pitocco**, Direttore UOSD Diabetologia Policlinico Gemelli, Roma

**Marco Sonnini**, Presidente Associazione dei Diabetici della Valdichiana Senese-ODV Alfredo Cupelli (A.DI.VA.SE.)

**Carol Tola**, Referente Federazione Rete Sarda Diabete Ets-Odv

**Giancarlo Tonolo**, Direttore Diabetologia Azienda Sanitaria ASL 2 Olbia, Presidente SIMDO Regione Sardegna

**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità



MOTORE  
SANITÀ  
WEBINAR

Panacea

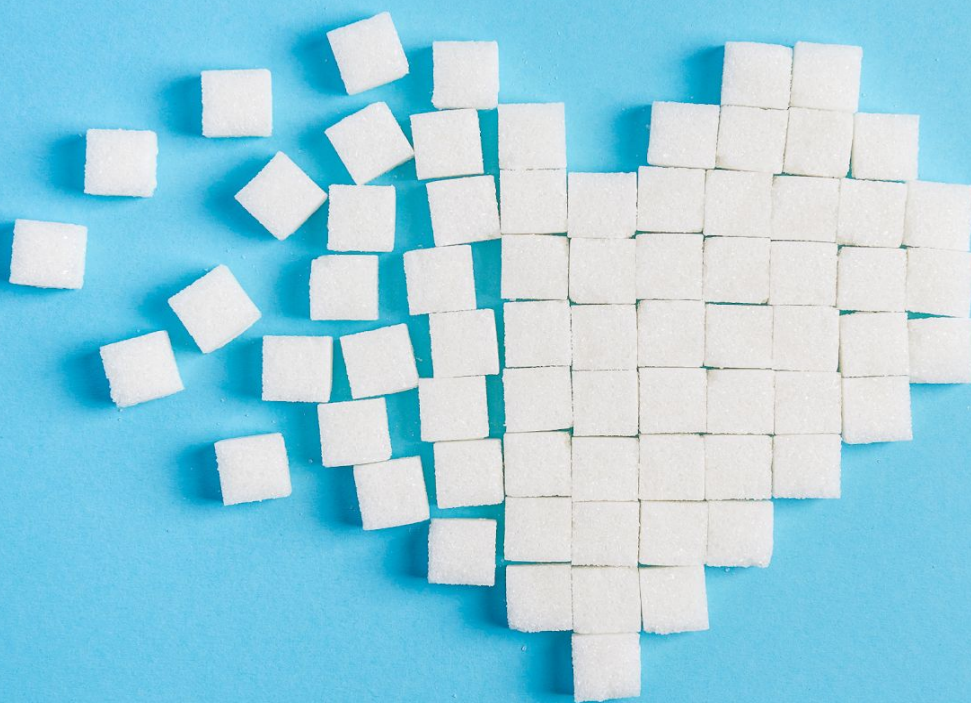
Con il contributo incondizionato di



**Abbott**



Boehringer  
Ingelheim



[www.motoresanita.it](http://www.motoresanita.it)