



# NAZIONALE PNRR E DIABETE





**8 LUGLIO 2022**  
dalle 10.30 alle 13.30

**ROMA**  
Hotel Nazionale  
Sala Cristallo  
Piazza Monte Citorio, 131

Con il patrocinio di



*Istituto Superiore  
di Sanità*



**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°. Il diabete 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 (700 milioni entro il 2045), 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'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 e, in risposta a questo, il nuovo PNRR stanziava 15,63 miliardi di euro (7 miliardi tra reti di prossimità, strutture, servizi di telemedicina e 8,63 miliardi su innovazione, ricerca, digitalizzazione).

Ma l'innovazione prodotta da farmaci e devices in Italia ha un accesso equo ed uniforme paragonabile a quello di altri paesi europei? E, all'interno del Nostro paese, le regioni offrono un panorama uniforme circa l'accesso? Quali opportunità potrà fornire il PNRR, come verrà declinato nelle varie regioni e sarà in grado di rispondere alle esigenze delle persone con diabete? Il cambiamento organizzativo previsto sarà in grado di garantire un più facile accesso all'innovazione e ai percorsi di cura semplificando la presa in carico ed il monitoraggio? Punterà sull'educazione e sull'empowerment della persona con diabete?



## BENVENUTO DI DIABETE ITALIA

Il tema delle opportunità offerte dal PNRR per potenziare e migliorare l'offerta di salute per i pazienti diabetici è un tema estremamente ampio e in grado di coprire gran parte delle attuali problematiche che devono affrontare i cittadini con diabete.

È un tema però di centrale importanza di salute pubblica poiché il diabete ha una larghissima incidenza ed è una malattia cronica con un forte impatto sulla vita di chi ne soffre e per le loro famiglie.

Esiste però una grande disparità di accesso alle cure e all'innovazione, 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 quindi che i fondi del PNRR dovranno essere investiti per potenziare l'attuale sistema di presa in carico e diagnosi per il diabete, ma dovranno essere utilizzati prima di tutto per garantire un sistema equo.

La sostenibilità del sistema è un'altra grande 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



## SALUTI ISTITUZIONALI

Compito delle istituzioni è quello di garantire le migliori cure possibile per i pazienti e al contempo garantire la sostenibilità del sistema.

Questi due aspetti però non si escludono a vicenda, per farli coesistere è necessario un modello gestionale e di spesa basato sul principio dell'equità di cura e della generazione di salute la prevenzione delle complicanze e la presa in carico precoce con attenzione anche alla sostenibilità del sistema.

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. E' importante ampliare l'utilizzo di queste tecnologie che deve essere accompagnato da appropriati strumenti di governo dell'innovazione e di adeguata formazione di medici e pazienti. Tali interventi andrebbero, inoltre, supportati dalla generazione di analisi HTA ed evidenze real world in una patologia come il diabete dove il paziente esercita un ruolo attivo fondamentale. Analisi che indaghino effectiveness delle tecnologie, costi ed impatto sulla qualità di vita rappresentano quindi un asset cruciale nel validare e indirizzare future strategie di politica sanitaria in area diabete.



## LE CRITICITA' EMERSE DURANTE LA ROADMAP "PNRR E DIABETE"

1. Disomogeneità di accesso nelle regioni ai devices di monitoraggio (specie per i pazienti DT2) e ai farmaci nota 100.
2. I singoli SSR hanno criteri e regole difformi nel mettere in campo strumenti di innovazione e risorse necessarie per garantire le migliori cure.
3. Il panel ha chiesto particolari focus di implementazione su alcune regioni (Friuli-Venezia Giulia, Puglia, Sardegna, Emilia Romagna, Umbria).
4. Disparità di applicazione della digitalizzazione e dell'accesso alla interoperabilità dei sistemi nelle diverse regioni (passi necessari alla luce del finanziamento dedicato nel PNRR).
5. Lento aggiornamento dei PDTA che non segue la rapidità delle evidenze scientifiche legate alla innovazione (esempio: revisione del posizionamento di utilizzo dei dispositivi di monitoraggio); che segua le evidenze dei sistemi di digitalizzazione e dei farmaci NOTA 100.
6. Strategie PNRR e ruolo delle case di comunità nei PDTA diabete: chi farà cosa e chi nella filiera assistenziale starà dentro il sistema interoperabile.
7. Programmazione delle risorse necessarie ancora per silos di spesa, che non tiene conto quindi delle evidenze di valore (HTA) sull'impatto delle tecnologie innovative nel percorso di cura.
8. Basso livello di considerazione/coinvolgimento del paziente nelle valutazioni di valore (vantaggi dei Device di monitoraggio e farmaci nota 100) e nelle strategie organizzative.



## CALL TO ACTION DAL PERCORSO MACROREGIONALE “PNRR E DIABETE”

- Snellire le procedure di burocrazia (es. piani terapeutici); più tempo da dedicare al malato → un sistema burocratico più snello favorirebbe l'aderenza alle terapie oltre che migliorare la qualità della vita di paziente e caregiver.
- Equità di accesso alle cure e all'innovazione → Ogni singolo SSR deve mettere in campo gli strumenti necessari per garantire su tutto il territorio le stesse opportunità di cura nel rispetto delle evidenze scientifiche e dei criteri di sostenibilità.
- Riscrivere regole/criteri di prescrizione → per garantire accesso uniforme a tutti i dispositivi legati al diabete, come già avvenuto con NOTA 100 per i farmaci. Fondamentale sarà poi però monitorare che questo avvenga in tutti i territori regionali, attraverso indicatori ad hoc.
- Strumento PDTA → deve essere in grado di chiarire ruoli e responsabilità all'interno della filiera di cura per migliorare la presa in carico e la gestione dei pazienti con diabete in ogni territorio; il suo aggiornamento deve essere rapido.
- HOME delivery → 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 è impossibilitato a muoversi o abita in aree difficilmente accessibili.
- Opportunità PNRR → per migliorare l'offerta sanitaria e la qualità della vita dei cittadini con diabete, sono necessarie linee strategiche di indirizzo nazionali che puntino a diminuire la disegualianza di qualità delle cure che persiste sul territorio italiano.
- Coinvolgimento delle Associazioni pazienti → in ogni regione è fondamentale anche nella fase strategico-programmatoria.
- Formazione in particolare sulle nuove tecnologie → occorrerebbe strutturarla ad ogni livello (personale, filiera di cura e pazienti).



## GLI ESEMPI DI AREE DI FORZA REGIONALI

Alcuni dei punti di forza del lavoro svolto dalle regioni:

- Dal confronto emerso, in Campania tutti i centri di riferimento regionali per il diabete hanno partecipato ad una serrata formazione sulle nuove tecnologie, fondamentale per implementarne l'utilizzo e la corretta prescrizione di device di monitoraggio.
- Dal confronto emerso, in Lombardia, Campania, Toscana vi è stato impegno nel semplificare le delibere di giunta per portare la salute del cittadino al centro (es. corrette numeriche previsionali DT1 e DT2 nelle procedure d'acquisto).
- Dal confronto emerso, la Toscana sin dal 2020 con la sua ARS ha prodotto dati HTA, pubblicati nel 2021, sul risparmio ottenibile attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie di monitoraggio glicemico; inoltre, in diversi territori ha attivato la televisita.

## GLI ESEMPI DI AREE DI IMPLEMENTAZIONE REGIONALI

Alcuni dei punti di implementazione del lavoro svolto dalle regioni:

- Dal confronto emerso, il FVG risulta essere attualmente l'unica regione d'Italia a rimborsare le tecnologie solo per il DT1 (non DT2).
- Dal confronto emerso, in Emilia Romagna la tecnologia viene rimborsata per DT1 e DT2 con restrizioni (pazienti in regime insulinico basal bolus con ulteriori criteri restrittivi).
- Dal confronto emerso, in Puglia si deve chiarire quando si sbloccherà la situazione dei centri prescrittori, ancora del tutto bloccata. La Regione Puglia è stata individuata, con la Regione Lombardia, per sviluppare le applicazioni per l'erogazione dei servizi di telemedicina attraverso l'implementazione di piattaforme verticali nazionali.





## LA QUALITÀ ORGANIZZATIVA E L'EFFICIENZA DELL'ASSISTENZA DIABETOLOGICA SONO CORRELATE AD UN MIGLIOR CONTROLLO DELLA MALATTIA

Dal punto di vista della sanità pubblica, la qualità dell'assistenza e la gestione territoriale della malattia sono ritenute 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.

Gli obiettivi strategici devono necessariamente tenere conto:

- della realizzazione di reti di servizi di assistenza integrata, sostenibili per il SSR, 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 di presa in carico sul territorio;
- del miglioramento della autonomia funzionale delle persone ammalate e dei loro caregiver.

I modelli organizzativi e gestionali dovranno però adeguarsi ai nuovi investimenti e alle nuove strutture previste dal PNRR; è quindi indubbio che sia necessario potenziare la rete diabetologica e basarla su centri multiprofessionali che operino all'interno delle Case di comunità dove si potrà 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.



## DIGITALIZZAZIONE IN SANITÀ

Grazie anche alle risorse del PNRR, è iniziata una trasformazione del servizio sanitario nazionale; il SSN ha 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 sane.

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 e riguarderanno, per esempio nel caso del diabete, lo stile di vita, il tipo di alimentazione e l'attività fisica, l'andamento delle altre patologie correlate, la sorveglianza e la prevenzione secondaria e terziaria delle complicanze del diabete e la prevenzione delle fasi di scompenso grazie anche all'utilizzo dei sistemi innovativi di monitoraggio della glicemia.

Questa modalità innovativa di gestione dei dati cambierà profondamente il modo stesso di intendere il rapporto con il paziente, e non ci sarà più il medico isolato ma l'équipe sanitaria che lavorerà attorno a lui. A questa nuova forma di assistenza, però, si deve tendere attraverso piattaforme di telemedicina utilizzati al meglio.



## DIAGNOSTICA DI I LIVELLO: COME ORGANIZZARLA

Il Medico di Medicina Generale già ricopre un ruolo di centrale importanza nella diagnostica di primo livello; è quindi necessario creare un modello gestionale e organizzativo che mantenga questa centralità anche nel nuovo assetto che avrà la medicina territoriale dopo il PNRR.

Il ruolo del MMG si trasformerà da un approccio basato oggi sulla singola prestazione, verso un approccio di presa in carico, lavorando insieme ai team multidisciplinari, anche all'interno delle Case di Comunità.

dovrà cambiare il suo approccio passando da quello attuale, basato sulla prestazione, ad un approccio di presa in carico, lavorando insieme ai team multidisciplinari.

Sarà quindi necessario dotare i medici di strumenti fondamentali.

1. Gli strumenti organizzativi appropriati; strutturare, quindi PDTA, che chiariscano oltre a chi fa cosa anche come i vari attori del sistema sanità debbano dialogare e collaborare tra di loro.
2. Gli strumenti tecnologici/diagnostici e di formazione; questi strumenti, e la formazione, però non devono essere relativi al solo diabete ma anche alle numerose comorbidità che possono accompagnare la diagnosi di diabete.

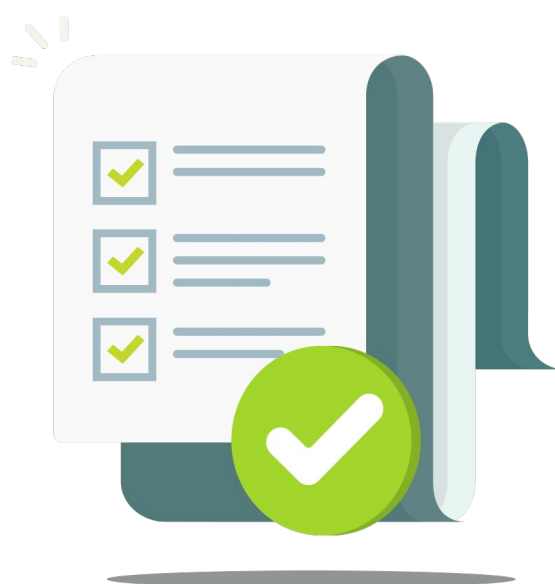


## CONCLUSIONI

Il diabete è il paradigma della malattia cronica con un impatto enorme sulla popolazione italiana. Le Regioni hanno da tempo iniziato un percorso virtuoso per migliorare l'impatto della tecnologia, il monitoraggio ed il timing range delle cure. Nonostante il lavoro svolto, sussistono però ancora molte criticità che devono essere risolte.

È chiaro, inoltre, che la riforma della medicina territoriale prevista dal PNRR potrà avere un fortissimo impatto positivo per la presa in carico dei pazienti con diabete; servirà però un grande sforzo da parte della governance sanitaria per rimodellare l'attuale sistema ospedalocentrico in un sistema che garantisca una trasversalità della presa in carico del paziente tra ospedale e territorio.

Le governance sanitarie sono quindi chiamate a dare una risposta rapida ed efficace, ma per superare questa sfida sarà necessaria una stretta collaborazione e dialogo con tutti gli stakeholders.





## ACTION POINTS

- Il numero di pazienti non ancora diagnosticati si stima essere molto alto. Servono maggiori investimenti in programmi di screening ed in programmi di informazione/sensibilizzazione rivolti alla popolazione. I fondi e le nuove strutture, che saranno messe in campo con il PNRR, potranno essere utilizzati per questo scopo rispondendo anche alla necessità di sostenibilità economica del sistema, poiché investimenti in prevenzione e screening comporteranno un risparmio sul medio-lungo periodo creando un modello di investimenti sostenibile per il sistema.
- I nuovi modelli di assistenza basati sulle nuove tecnologie (televisita, telemedicina, telemonitoraggio, etc.) rappresentano una enorme opportunità per il SSN; per riuscire ad applicarli in maniera efficace saranno necessari non solo investimenti in nuove tecnologie, ma anche investimenti in infrastrutture e nella digitalizzazione della sanità.
- La formazione del paziente è un punto cardine per l'uso appropriato dei nuovi dispositivi medici; le Case di Comunità previste dal PNRR potrebbero diventare il luogo eletto alla formazione dei pazienti e dei caregiver. Questo potrà avvenire soltanto grazie ad una collaborazione strutturata con le associazioni dei pazienti.
- Serve creare un nuovo modello di finanziamento che vada oltre la logica dei silos. L'attuale metodo di finanziamento e controllo della spesa risulta obsoleto rispetto al modello di sanità futura basata sulla presa in carico del paziente trasversale tra ospedale e territorio.
- Le risorse umane nell'ambito sanitario sono poche rispetto alla richiesta di salute. Serve maggiore lungimiranza e maggiori investimenti nell'ambito della formazione di tutti le professioni che operano nella sanità. Inoltre, le nuove tecnologie e la digitalizzazione in sanità richiederanno che i nuovi professionisti abbiano anche delle competenze specifiche; è quindi necessario prevedere questo ambito nei percorsi universitari e di formazione professionale.



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

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

**Federico Bertuzzi**, Direttore SC Diabetologia Ospedale ASST Niguarda, Milano

**Francesco Colasuonno**, Responsabile PO Registri di Monitoraggio AIFA e Centri Prescrittori Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, Regione Puglia

**Luca De Re**, Presidente dell'Associazione "Insù", Pordenone

**Graziano Di Cianni**, Coordinatore dell'Area Diabetologica della USL Toscana Nord Ovest e Direttore Diabetologia Livorno, Presidente Nazionale AMD

**Elena Frattolin**, Presidente Coordinamento Regionale Associazioni Diabete Friuli Venezia Giulia

**Francesco Gabbrielli**, Direttore Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali, Istituto Superiore di Sanità

**Concetta Irace**, Professore Ordinario Università degli Studi Magna Graecia Catanzaro

**Rodolfo Lena**, Presidente VII Commissione Politiche Sociali e Salute Regione Lazio

**Raffaele Mancini**, Direttore UOSD Diabetologia e Dietologia ASP Catanzaro

**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

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

**Massimiliano Petrelli**, Diabetologo della Clinica di Endocrinologia AOU Ospedali Riuniti di Ancona e Referente della Rete Diabetologica Marchigiana presso Agenzia Regionale Sanità-Marche

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

**Vincenzo Provenzano**, Direttore U.O.C. Medicina Interna, Diabetologia C.R.R. di Diabetologia e Impianti Microinfusori AUSL n. 6 Palermo Ospedale civico di Partinico

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

**Giancarlo Tonolo**, Referente SIMDO Regione Sardegna e Direttore SC Diabetologia ASL Gallura

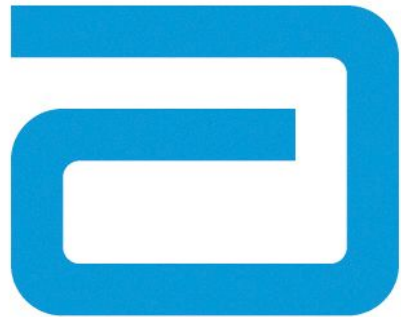


**Riccardo Trentin**, Presidente Federazione Rete Sarda Diabete Ets-Odv

**Claudio Zanon**, Direttore Scientifico Motore Sanità



Con il contributo incondizionato di



**Abbott**



**Boehringer  
Ingelheim**



**ORGANIZZAZIONE**

Anna Maria Malpezzi - 329 97 44 772



**SEGRETERIA**

Elisa Spataro - 350 16 26 379

Ramona Musso - 380 89 16 835



[segreteria@panaceascs.com](mailto:segreteria@panaceascs.com)





MOTORE  
SANITÀ

panacea

