

# DOCUMENTO DI SINTESI

# SUD

## PNRR E DIABETE

16 Giugno 2022



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

Con il patrocinio di



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).



## Le risorse del PNRR in risposta all'emergenza pandemia

- 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).

## 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 ormai 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

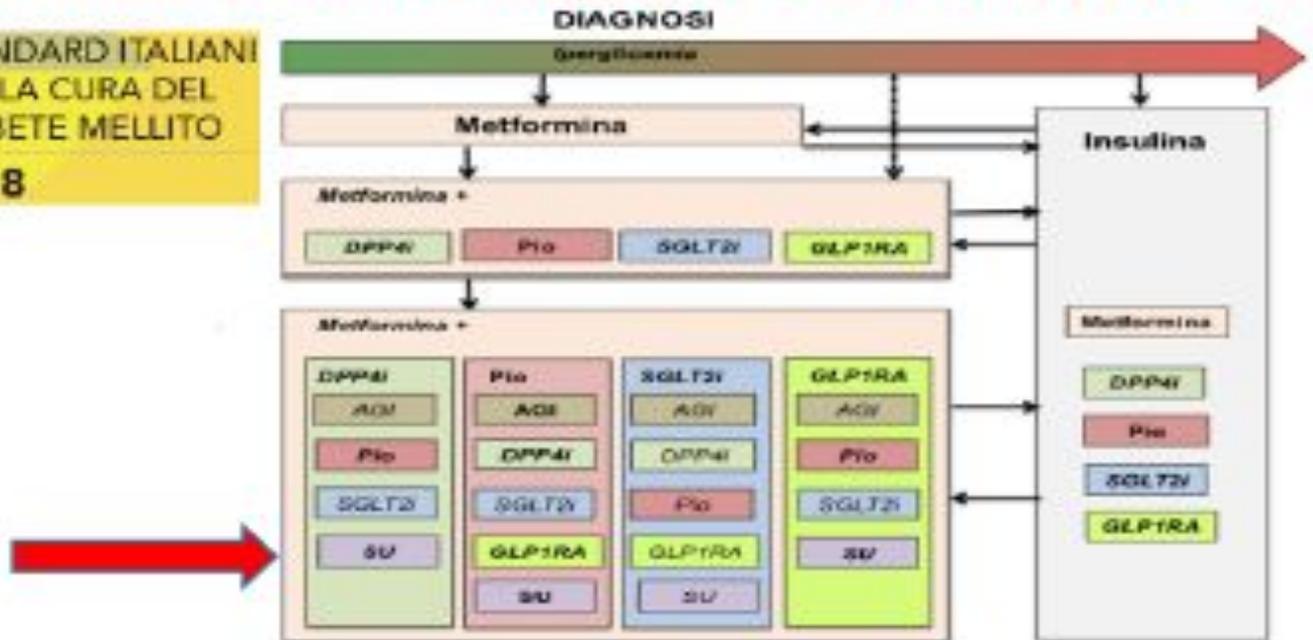
Paese	Rimborsabilità	Condizioni	Tetto di spesa	Piano Terapeutico	1° prescrizione da parte MMG
		Rimborsato in associazione nei valori di HbA <sub>1c</sub> compresi tra 7,5 e 8,5 e in monoterapia nei pts con IRC moderata/severa (a partire da livelli di HbA <sub>1c</sub> ≥7%).			
		Tutte le indicazioni 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 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 <sup>th</sup>	1 <sup>st</sup>	1 <sup>st</sup>	14 <sup>th</sup>	11 <sup>th</sup>	3 <sup>rd</sup>	Scores top in Accessibility and Outcomes.
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>	Always consistently in Top 3. Access only issue.
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>	Scores best in Prevention. Access only issue.
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>	Tightened access recently - you can only call 2 numbers.
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>	Most generous healthcare system in Europe.
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>	Top outcomes at a fairly low cost.
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>	Wealthiest country in the EU. Patients go out of country.
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>	Notoriously poor accessibility. Long waiting times.
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>	Modest outcomes performance.
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>	Icelandic doctors spend 8-10 years training out of country.
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>	Lowest heart disease mortality in Europe.
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>	People upset that "everything is not free anymore."
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>	A leader in "bang for the buck."
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>	Scores well in Range and Reach of Services.
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>	A leader in "bang for the buck."
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>	Poor access and autocratic management culture.
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>	Disparity with neighbor Czech Republic on Range of Services.
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>	Implementing MojDoktor for direct specialist appts.
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>	Very regionally decentralized. Poor access scores.
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>	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 RUOLO DEL DIABETOLOGO ALL'INTERNO DELLA MISSIONE 6 DEL PNRR

La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dedica un ampio spazio alla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale, nel tentativo di rispondere alle criticità che la pandemia ha reso ancora più evidenti, e che potrebbero aggravarsi a causa dell'accresciuta domanda di salute derivante dal trend demografico, epidemiologico e sociale.

L'esperienza emergenziale e le nuove opportunità offerte dal PNRR delineano un contesto in cui si 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. L'auspicio è che i cambiamenti derivanti dall'adozione del PNRR, anche attraverso l'istituzione delle "case della comunità", trovino fondamento nelle esperienze positive già attuate.

Il coordinamento del modello di presa in carico da parte del diabetologo, una compiuta integrazione fra Strutture Diabetologiche e Medicina Generale all'interno di un sistema di rete, l'organizzazione e la corretta allocazione delle risorse umane e strutturali sono elementi essenziali per continuare a garantire e migliorare i livelli qualitativi e gli outcome di salute dell'assistenza diabetologica, così come prevista dal Piano Nazionale della Malattia Diabetica.

L'auspicio è che il nuovo modello organizzativo, mutuando gli aspetti virtuosi dell'esperienza clinico-assistenziale maturata negli ultimi anni (a partire dalla multi-professionalità garantita dal team diabetologico) sappia declinare questo patrimonio di professionalità, conoscenze e competenze in chiave di maggiore prossimità e capillarità, sfruttando appieno anche l'opportunità offerta dalle nuove tecnologie.

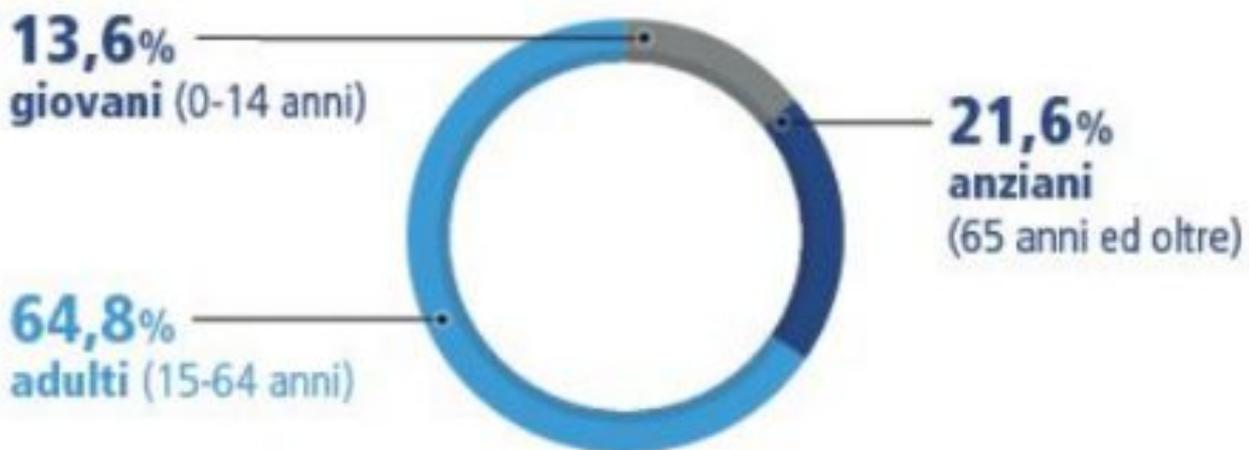


## SICILIA, SECONDA IN ITALIA PER MORTALITÀ

Il 7,3% della popolazione si dichiara diabetico in Sicilia. La Sicilia è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete superiori rispetto alla media nazionale. Nel 2000 era l'unica regione del Sud con una prevalenza grezza al di sotto della media nazionale il che indica una velocità di crescita della patologia nel successivo decennio particolarmente marcata. La Sicilia conferma di essere tra le regioni con il maggior consumo di farmaci per il diabete, sia pure dopo la Calabria 79,3DDD/1000 abitanti/die. Il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze è inferiore al dato italiano. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete rispetto al 2000 si è ridotto in modo significativo collocandosi dopo quello della Campania.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE **362.474**

### STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

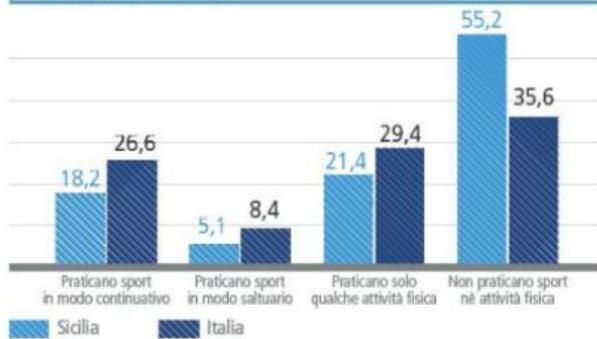




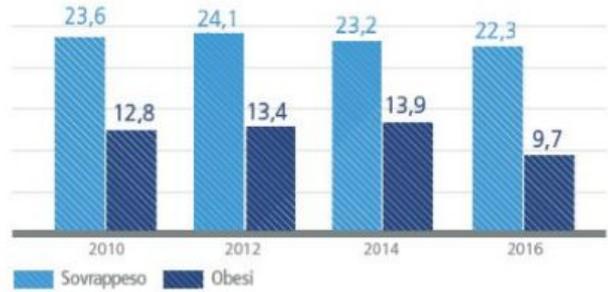
**PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE**



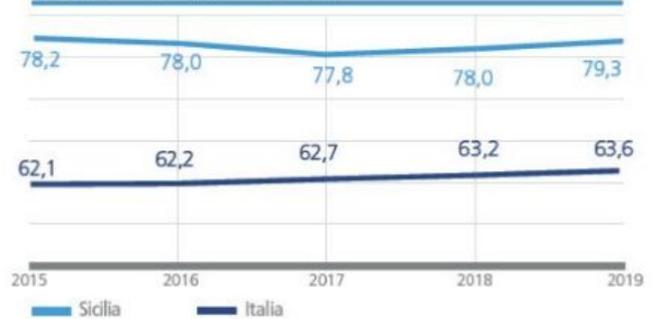
**ATTIVITÀ FISICA (%)**



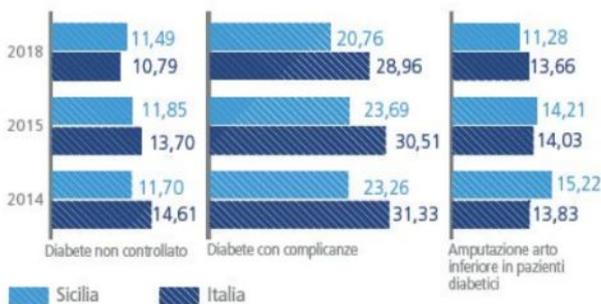
**BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)**



**CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)**



**TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI**



**TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)**





La Regione Siciliana ha quindi due enormi ostacoli da dover affrontare in tema diabete.

Il primo è rappresentato dal territorio di cui è composta, un'area molto vasta non ben collegata e con numerose isole.

Questo rappresenta un grande ostacolo per i pazienti che devono spostarsi per raggiungere i centri specialistici per consulenze e prescrizioni.

Il secondo grande ostacolo da affrontare sono gli stili di vita sbagliati, infatti nella Regione Siciliana la maggior parte dei pazienti con diabete non pratica alcuna attività fisica e il tasso di mortalità, superiore alla media italiana, è secondo solo alla Campania.

Il diabete attualmente rappresenta un problema con un elevato impatto sull'intero sistema sanitario regionale. Il paziente con il diabete deve avere un percorso di cura personalizzato, con una forte interazione ospedale-territorio, che si prenda carico dei bisogni assistenziali evitando al massimo il pronto soccorso e ricoveri programmati.

È bene che ci sia un confronto multidisciplinare, così da affrontare gli interessi del paziente a 360 gradi.

Le principali soluzioni evidenziate durante il panel sono:

- Maggiore territorializzazione della medicina specialistica
- Riformulare le possibilità prescrittive dei MMG
- Avvalersi maggiormente della tecnologia per la presa in carico domiciliare del paziente
- Potenziare il sistema di formazione agli stili di vita sani per tutti i cittadini e non solo per quelli che soffrono di diabete
- Sfruttare maggiormente le farmacie, data la loro vocazione territoriale, per la formazione e il monitoraggio dei pazienti



## CAMPANIA

I dati desunti dall'indagine ISTAT multiscopo (2001) indicano una presenza di 85.000 diabetici tra i 18 e i 64 anni in Campania, ma è stimabile che nella regione Campania risiedano attualmente oltre 300.000 diabetici, di cui circa un terzo (oltre 80.000) non ancora diagnosticati e/o trattati.

I dati epidemiologici della Regione Campania, soprattutto riguardo gli esiti delle complicanze del diabete, e l'alto consumo di risorse per tale patologia, pongono l'attenzione sulla necessità di un approccio ad una patologia cronica ad alta prevalenza come il Diabete, basato sull'integrazione tra i vari livelli di cura, potenziando la presa in carico territoriale attraverso definiti percorsi assistenziali ed implementando i livelli più complessi attraverso l'integrazione con gli ospedali, evitando migrazioni sanitarie ed i ritardi diagnostico terapeutici dovuti a tempi di attesa molto lunghi.

La Regione Campania ha negli ultimi anni intrapreso un percorso virtuoso per riuscire a far fronte ai dati di incidenza e di complicanze del diabete.

Un grande sforzo sin dagli anni 2000 è stato compiuto nel prendere in carico i pazienti pediatrici con diabete di tipo 1.

Adesso il SSR è in grado, attraverso i centri diabetologici di riferimento regionale, di prendere in carico tutti i bambini con diabete ed avviarli in un sistema di presa in carico che li accompagnerà anche nella fase adulta della vita. Molto è stato fatto anche per garantire ai pazienti pediatrici gli strumenti più adatti ed innovativi, come il microinfusore, per una migliore gestione della malattia.

La diabetologia pediatrica non è l'unico ambito su cui la Regione ha lavorato negli ultimi anni, infatti molto è stato fatto anche nella presa in carico dell'adulto.

La Campania però veniva da una situazione molto complessa così per poter agire nel migliore dei modi è stato prima di tutto calcolato il fabbisogno regionale andando a quantificare i numeri reali del diabete in Regione (Circa 375.000).

Il SSR per gestire questi pazienti poteva contare su 61 centri "anti-diabete" circa 10 per ogni ASL, numeri del tutto insufficienti per gestire la mole pazienti, così il SSR insieme ai decisori politici hanno lavorato per portare il numero di questi centri ad oltre 90.



Punti di forza del lavoro svolto in Campania:

- Tutti i centri di riferimento regionali per il diabete hanno partecipato ad una serrata formazione alle nuove tecnologie; un lavoro fondamentale per implementare l'utilizzo delle nuove tecnologie e per garantire che gli specialisti possano prescrivere appropriatamente i microinfusori, gli holder glicemici ed i sistemi integrati.
- Prima di aumentare il numero di centri territoriali per il diabete ci si è assicurati che quelli attuali sfruttassero appieno il proprio potenziale.
- Semplificato le norme legislative e le delibere di giunta per portare la salute del cittadino al centro.
- Rafforzare la presa in carico dei pazienti pediatrici formandoli nell'uso delle nuove tecnologie e mettendo a loro disposizione le cure innovative.

Tutto questo lavoro potrebbe essere utilizzato come modello gestionale anche da altre Regioni che, come la Campania sono, sotto determinati aspetti, più arretrate rispetto ad altre.



## PUGLIA

La Puglia, nonostante gli sforzi degli ultimi anni, rappresenta ancora uno dei fanalini di coda per quanto riguarda la presa in carico del paziente diabetico.

La Puglia aveva intrapreso un percorso virtuoso però bruscamente frenato dalla pandemia di Covid.

Per questa Regione è di fondamentale importanza riprendere il lavoro iniziato prima della pandemia e riuscire a costruire una rete dei centri di diabetologia con la presenza di tutti gli specialisti necessari, integrati con l'assistenza primaria dei MMG e dell'ospedale, e con tutti gli altri specialisti necessari per offrire un approccio multidisciplinare alla malattia.

Le istituzioni sanitarie devono anche creare corsi strutturati all'interno del sistema di educazione terapeutica per i pazienti e per tutti gli attori del sistema che devono prendere parte ai percorsi terapeutici e assistenziali. Inoltre, durante la pandemia anche in diabetologia sono stati attivati diversi strumenti di telemedicina, ora è necessario però riuscire ad innestarli in maniera permanente all'interno del sistema.

Per riuscire in questo processo di cambiamento della presa in carico sarà fondamentale riuscire a diminuire il numero di pazienti che, a causa di complicanze della malattia, vengono ospedalizzati per diabete.

Invertire questo trend però non è semplice e si richiedono nuovi investimenti per potenziare il sistema di diagnosi precoce e di presa in carico territoriale.

In questo scenario i fondi messi a disposizione dal PNRR potrebbero giocare un ruolo fondamentale



## CALABRIA

La Calabria è al secondo posto in Italia per incidenza di diabete mellito in età pediatrica, dietro la Sardegna. Occorre intervenire al più presto per invertire il triste primato della Calabria quale regione con il più alto numero di diabetici d'Italia.

Nonostante l'incidenza di diabete tipo 1 e di tipo 2 molto alta, la Calabria non riesce ad attuare piani omogenei per la presa in carico del paziente con diabete.

L'assenza di una Rete Diabetologica regionale e la mancanza di una cartella elettronica del paziente impediscono pertanto a monte l'attuazione di qualsiasi percorso di cura integrato, omogenea sul territorio.

La Regione è quindi caratterizzata da una presa in carico disomogenea sul territorio basata soltanto sulla buona volontà e conoscenza dei singoli medici coinvolti.

Tutto questo però nonostante la Regione Calabria abbia già nel 2018 varato una normativa sui percorsi assistenziali dei pazienti diabetici tra le più avanzate e complete d'Italia.



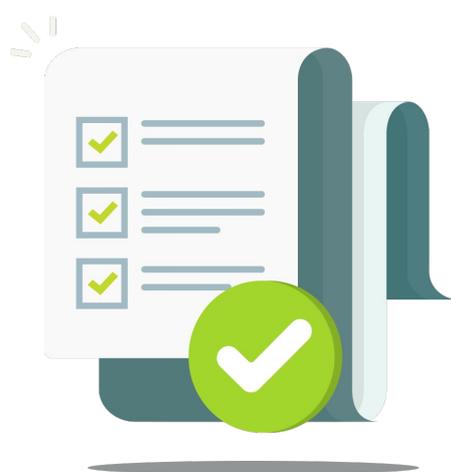
## CONCLUSIONI

Le regioni del Sud Italia prese in esame durante il panel rappresentano l'esempio di come sussista ancora oggi un enorme disparità di approccio al diabete tra Nord e Sud e tra le singole regioni dello stivale. Nelle Regioni del Sud troppo spesso manca una visione generale del problema che permetta di attuare piani di azione omogenei sul territorio.

I sistemi a rete e la strutturazione dei percorsi in PDTA è fondamentale e le Regioni che ancora peccano di questi strumenti devono dotarsene quanto prima. Inoltre, nessun piano d'azione può essere efficace senza una forte partecipazione del paziente nella gestione della malattia.

Esiste quindi la necessità di migliorare la competenza del paziente, in particolare con l'informazione e l'educazione realizzate con metodi appropriati (counselling e promozione sanitaria individuale) ed efficaci tendenti non solo a favorirne la partecipazione nella gestione della malattia (conoscenza dell'emoglobina glicata, controllo dei piedi, gestione dell'ipoglicemia, mantenimento di un peso corporeo adeguato), ma anche nella promozione di stili di vita sani (abbandono del fumo, controllo dell'obesità, incentivazione dell'attività fisica).

I fondi messi a disposizione dal PNRR rappresentano un'occasione unica per quei SSR che hanno bisogno di nuovi investimenti per riuscire a mettersi al passo con le Regioni più virtuose. I nuovi investimenti da soli però non possono risolvere tutto ed è quindi necessario che le singole sanità regionali creino modelli organizzativi e gestionali in grado di accompagnare i nuovi investimenti. I nuovi modelli organizzativi e gestionali non devono partire da zero ma devono attingere dal patrimonio di esperienze maturate dalle altre realtà regionali più virtuose o che hanno intrapreso un percorso virtuoso di miglioramento.





## IL PANEL CONDIVIDE

- Le maggiori criticità riscontrate dai pazienti e da affrontare insieme sono: lunghe liste di attesa, difficoltà nei rinnovi dei piani terapeutici, difficoltà nei rinnovi della patente, accesso limitato alle nuove tecnologie, difficoltà a prenotare nella stessa sede, difficoltà a prenotare con lo stesso specialista per preservare il rapporto medico-paziente, differenti impostazioni cliniche fra operatori sanitari (soprattutto fra specialisti e MMG) con conseguente disorientamento del paziente, disomogenea educazione terapeutica strutturata, con deficitario empowerment del paziente.
- 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 con diabete ma anche alle loro 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

- 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 regioni più virtuose, attraverso il finanziamento dei campi scuola.
- Ogni singolo SSR deve mettere in campo gli strumenti necessari per garantire su tutto il territorio un'equità di accesso alle cure e all'innovazione.
- È prioritario, per le regioni che ancora non lo hanno fatto, riscrivere le regole di prescrizione di tutti i 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.
- I PDTA non devono essere suddivisi solo per le diverse patologie ma anche per le diverse necessità assistenziali.
- 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.
- Le regioni che ancora non si sono dotate di fascicolo sanitario elettronico devono quanto prima implementare questa tecnologia.
- 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.
- È fondamentale rendere omogenea l'offerta sanitaria su tutto il territorio regionale.
- Bisogna favorire, attraverso piani educazionali, la partecipazione del paziente nella gestione del diabete.



## ACTION POINTS A LIVELLO NAZIONALE EMERSI DURANTE IL WEBINAR

1. Potenziare la rete diabetologica e basarla su centri multi-professionali ospedalieri o territoriali.
2. Ottimizzare la rete diabetologica inserendo i professionisti isolati nei centri multi-professionali.
3. Articolare la rete diabetologica in 350-400 centri multi-professionali, ognuno dei quali possa assistere circa 15mila persone.
4. Allocare fondi per ampliare il reclutamento e la formazione di personale dedicato all'assistenza del diabete
  - 1 diabetologo ed 1 infermiere ogni 1000 pazienti quindi almeno 4000 specialisti contro i 2000 attuali ed almeno 4000 infermieri contro i 1500 attuali
  - 1 dietista ogni 5000 pazienti, quindi almeno 800 dietisti contro i 400 attuali
  - 1 podologo e 1 psicologo ogni 10000 pazienti quindi almeno 400 psicologi e podologi contro i pochissimi oggi disponibili
  - Aumentare di almeno il 50% il numero di contratti per le scuole di specializzazione in endocrinologia e malattie del metabolismo
5. Garantire maggiore sinergia tra specialisti endocrinologi/diabetologi e medici di medicina generale prevedendo la collaborazione di membri del team diabetologico presso le Case della Comunità, gli ospedali di comunità e le RSA.
6. Implementare e potenziare la digitalizzazione (teleconsulti, teleassistenza, educazione terapeutica via web, condivisione di dati clinici, ecc.) integrando i processi per migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il continuo dialogo medico-paziente ed il confronto tra professionisti.
7. Rafforzare le funzioni e la professionalità del diabetologo nel suo ruolo di coordinatore dell'intero percorso di cura, anche attraverso una formazione specifica dedicata alle competenze manageriali.



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

**Daniele Amoruso**, Giornalista Scientifico

**Pietro Buono**, Dirigente UOD Attività consultoriale e materno infantile Regione Campania

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

**Maurizio Delvecchio**, Dirigente Medico di I livello U.O. Malattie Metaboliche, Genetiche e Diabetologia", A.O.U. Policlinico di Bari "Giovanni XXIII"

**Mario La Rocca**, Direttore Generale Dipartimento Pianificazione strategica Regione Siciliana

**Luigi Laviola**, Ricercatore Universitario Sezione di Medicina Interna, Endocrinologia, Andrologia e Malattie Metaboliche, Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti di Organi (D.E.T.O.), Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"

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

**Stefano Masi**, Presidente Sezione Regionale AMD Campania

**Pasqualina Memoli**, Responsabile G.O.I. Rete Diabetologica Asl Salerno

**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

**Vito Montanaro**, Direttore Dipartimento Regionale Promozione della salute e del benessere animale, Regione Puglia

**Felicia Maria Pantò**, Presidente Eletto SID Regione Sicilia

**Vincenzo Provenzano**, Presidente SIMDO

**Mario Rizzo**, Dirigente Medico Dipartimento medicina Responsabile Diabetologia presso Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli



MOTORE  
SANITÀ  
WEBINAR

panacea

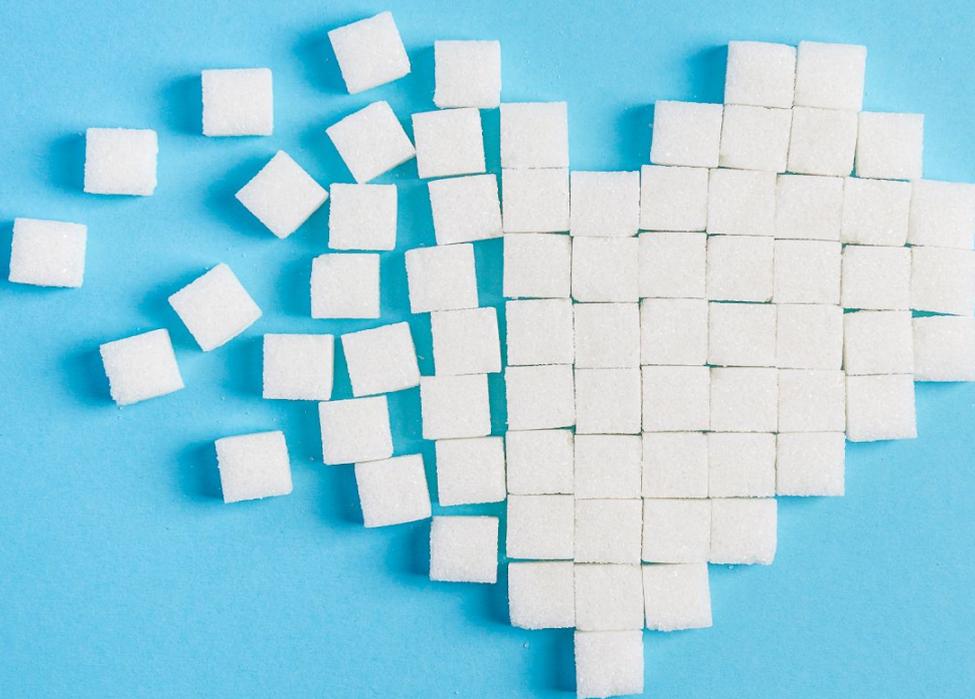
Con il contributo incondizionato di



**Abbott**



Boehringer  
Ingelheim



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