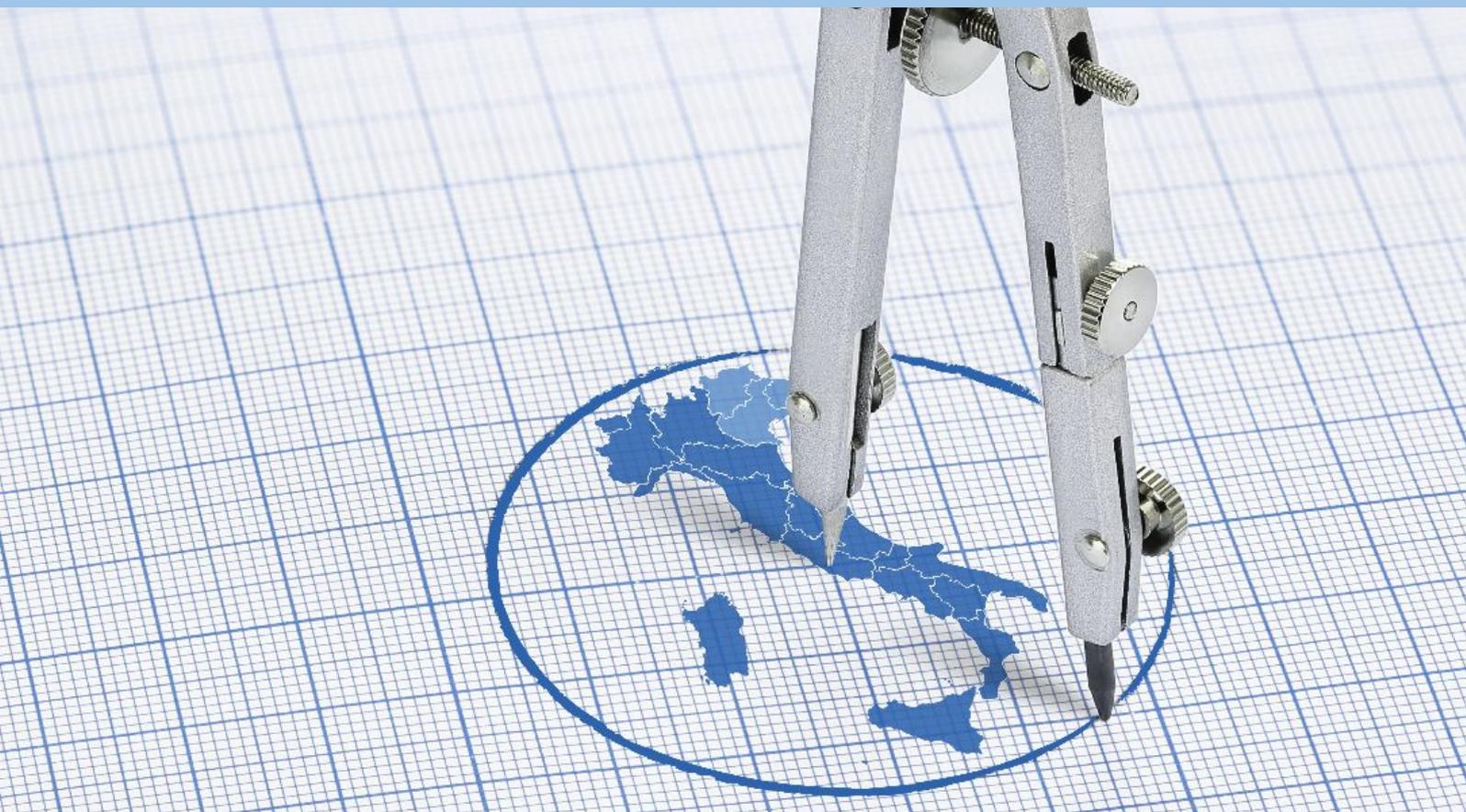


25 OTTOBRE 2021

WEBINAR

**LA PANDEMIA DIABETE IN
TRENTINO, ALTO ADIGE, VENETO,
FRIULI-VENEZIA GIULIA:
MODELLI ORGANIZZATIVI
E CRITICITÀ GESTIONALI**

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

Attualmente la prevalenza del diabete in Italia viene stimata intorno al 6%, con approssimativamente 3,6 Milioni di soggetti che ne sono affetti. Ma da più fonti viene indicato come il sommerso raggiunga numeri ben più elevati. I dati recenti pubblicati dal data base nazionale Health Search che raccoglie 1.200.000 cartelle cliniche relative ai MMG, indicano una prevalenza di diabete tipo 2 nella popolazione adulta pari al 7,6%. L'impatto della malattia dal punto di vista clinico, sociale ed economico sul SSN e sui servizi regionali è molto importante, basti pensare che:

- 7-8 anni è la riduzione di aspettativa di vita nella persona con diabete non in CONTROLLO GLICEMICO, 60% almeno della mortalità per malattie CV è associata al diabete, il 38% delle persone con diabete ha insufficienza renale (può portare alla dialisi), il 22% delle persone con diabete ha retinopatia, il 3% delle persone con diabete ha problemi agli arti inferiori e piedi
- 32% dei soggetti è in età lavorativa (20-64 anni) con prevalenza del 10% fra le persone di 50-69 anni, l'8% del budget SSN è assorbito dal diabete con oltre 9,25 miliardi € (solo costi diretti a cui ne vanno aggiunti 11 di spese indirette), la spesa, desunta dai flussi amministrativi, indica circa 2.800 euro per paziente (il doppio che per i non diabetici)

Ma il 90% dei costi è attribuibile a complicanze e comorbilità, mentre solo il 10% è assorbito dalla gestione del problema metabolico. Il diabete rappresenta chiaramente un esempio paradigmatico di patologia cronica la cui condizione spesso polipatologica, richiede una gestione multidisciplinare complessa per la quale i percorsi di cura debbono essere rivisti. La recente pandemia ha aperto gli occhi su tutto ciò, in maniera drammatica e ha stimolato in molte Regioni una revisione organizzativa della rete assistenziale. Nel diabete di tipo 1 sono fondamentali rapida e precoce diagnosi ed un monitoraggio attento attraverso molte innovazioni disponibili che cambiano la vita dei pazienti. Nel diabete di tipo 2 diventa fondamentale l'aggiornamento delle linee di terapia farmacologica, che grazie alle molte innovazioni degli ultimi 15 anni, può essere condotta con varie modalità: dalle fasi iniziali della malattia, dove l'obiettivo glicemico può essere raggiunto con il cambiamento dello stile di vita, ai molti soggetti cui è necessario rapidamente l'uso di farmaci, in primis la metformina, o durante le fasi successive della malattia, in cui la terapia richiede ulteriori implementazioni con farmaci orali o iniettivi. Ma come accade per molte altre patologie le Regioni rispondono ai bisogni assistenziali in maniera molto diversa e il diabete non fa eccezione a questo.

Un impiego razionale dell'innovazione purtroppo ad oggi è spesso precluso al MMG (farmaci e devices), nonostante possa cambiare la vita dei pazienti ed il decorso clinico della malattia, riducendo o evitando le temibili complicanze sopra descritte.

SCENARIO DIABETE 2021 – UNA FOTOGRAFIA DEL DIABETE IN ITALIA

In questo momento storico di grande attenzione sul sistema sanitario e con l'opportunità del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza alle porte, si rende indispensabile un'analisi della situazione diabete in Italia. Questa esigenza trova riscontro nel tema della Giornata Mondiale del Diabete per il triennio 2021-23 proposto dall'International Diabetes Federation. Diabete Italia promuove un ciclo di approfondimento delle singole Regioni per mettere in luce le buone pratiche già implementate nelle varie realtà, con lo scopo di condividerle e di definire la "Regione ideale" in cui vivere col diabete, prendendo ciò che di meglio hanno da offrire i vari modelli organizzativi. La Regione ideale non sarà direttamente identificabile con una delle altre 21 ma prenderà il meglio. L'auspicio sarà quindi quello di creare occasioni di condivisione e revisione delle organizzazioni e promuovere l'apertura o il rafforzamento dei tavoli regionali per l'implementazione del Piano Nazionale Diabete.

Nuove prospettive di cura e nuovo ruolo del MMG nella gestione del DT2

Le nuove tecnologie informatiche e digitali hanno aperto moltissime nuove vie di indirizzo per la presa in carico, il monitoraggio ed il follow-up dei pazienti cronici. Un sistema sanitario ideale vedrebbe una stretta collaborazione tra specialisti ed MMG, che con l'ausilio delle tecnologie saranno sempre più vicino al paziente, agendo 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 Covid19, oltre che naturalmente nuovi investimenti nelle tecnologie e nella formazione dei medici e dei pazienti.

PDTA regionali e loro applicazione pratica: come passare dal molto bello al realizzato?

Per riuscire a rendere applicabili i PDTA è necessario coinvolgere, sin dalle fasi di stesura, tutti gli attori del processo. Ancora troppo spesso sono esclusi i pazienti, i MMG e gli operatori socio- assistenziali. Solo un PDTA scritto con larga condivisione di idee potrà trovare rapida applicazioni in tutti gli strati del SSR.

Accesso all'innovazione cosa deve cambiare? istituzioni, clinici e pazienti a confronto sullo scenario regionale 2021

Esiste ancora oggi un enorme disuguaglianza di accesso all'innovazione sia essa farmacologica che tecnologica. Queste disuguaglianze sono presenti non solo tra le diverse Regioni ma anche all'interno delle stesse. L'attuale sistema è troppo legato all'erogazione di farmaci e dispositivi solo attraverso i centri specialistici, situati quasi sempre nelle grandi città, rendendo difficile l'accesso a chi si trova geograficamente lontano o impossibilitato a muoversi. Questa difficoltà di accesso è molto presente nelle Regioni che presentano territori montuosi e difficilmente accessibili.

CONCLUSIONI

Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia sono sistemi di eccellenza nel panorama italiano per la diagnosi e la presa in carico del diabete di tipo1 e tipo2.

Un'incidenza di malattia molto bassa unita a sistemi sanitari territorializzati fanno sì che vengano identificati il prima possibile i pazienti per poi essere presi in carico dagli specialisti. Nonostante l'alto livello di cure offerte da questi sistemi sono molti gli aspetti su cui agire, soprattutto in un'ottica futura che vede la popolazione invecchiare sempre di più.

IL PANEL CONDIVIDE

- 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 diabete ma anche alle 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

1. Specialisti e pazienti devono ancora oggi affrontare troppa burocrazia (es. Rinnovo piani terapeutici). Un sistema burocratico più snello favorirebbe l'aderenza alla terapia oltre che migliorare la qualità della vita del paziente stesso e dei caregiver.
2. Occorrerebbe strutturare l'educazione terapeutica, come fanno altre Regioni, attraverso il finanziamento di campi scuola.
3. Ogni singolo SSR deve mettere in campo gli strumenti necessari per garantire su tutto il territorio equità d'accesso alle cure e all'innovazione.
4. È prioritario riscrivere le regole di prescrizione di tutti i farmaci e dispositivi legati al diabete.
5. In FVG manca una scuola di specializzazione in endocrinologia, questo rende difficile reperire specialisti. Questo problema se non risolto si aggraverà nel futuro.
6. 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.

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

Enzo Bonora, Professore Ordinario di Endocrinologia, Università di Verona - Direttore UOC Endocrinologia, Diabetologia, Malattie del Metabolismo, AOUI Verona

Maurizio Cancian, Presidente Regionale SIMG Veneto

Vera Frison, Presidente eletto di AMD Veneto TAA

Carla Melani, Direttrice dell'ufficio Assistenza sanitaria Provincia Autonoma di Bolzano

Cesare Miranda, Presidente AMD Friuli-Venezia Giulia

Stefano Nervo, Presidente Diabete Italia

Maurizio Pagan, Presidente SIMG Friuli-Venezia Giulia

Petra Reinstadler, Referente SIEDP Trentino, Alto Adige

Lorenzo Stocchero, FIMP Veneto

Josef Widmann, Direttore sanitario ASL Bolzano

Piero Mauro Zanin, Presidente Consiglio Regionale Friuli-Venezia Giulia

*Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità** e **Diabete Italia** con il patrocinio di **Federfarma Veneto** e **Società Italiana di Diabetologia***

