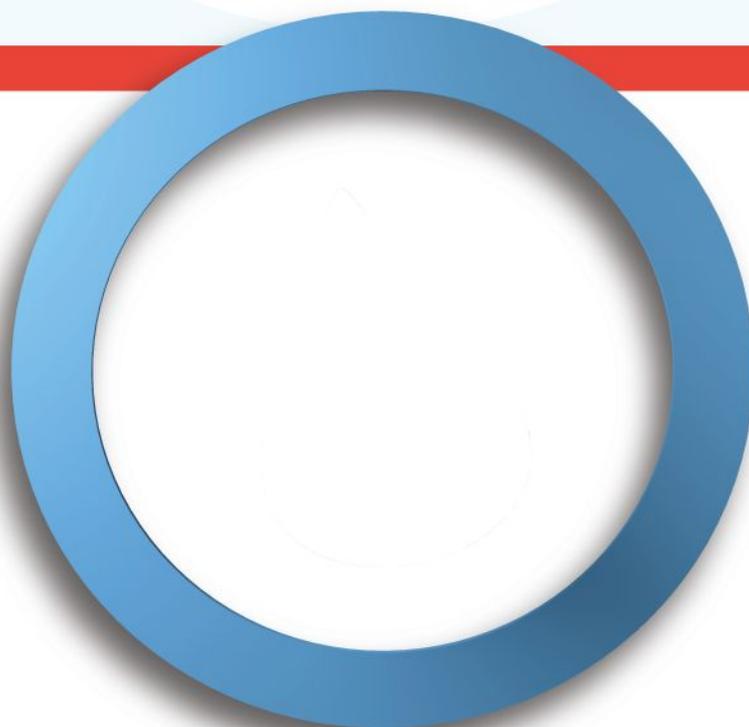


MOTORE
SANITÀ

DOCUMENTO DI SINTESI



www.motoresanita.it



LA PANDEMIA DIABETE T2

DAI MODELLI ORGANIZZATIVI, ALLE CRITICITÀ GESTIONALI, ALLE NUOVE OPPORTUNITÀ DI CURA

26 Settembre 2023

dalle 10.00 alle 13.30

NAPOLI

Holiday Inn - Via Domenico Aulisio
Centro Direzionale Isola, E6

Con il patrocinio di



federfarma campania



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI NAPOLI FEDERICO II



RAZIONALE SCIENTIFICO

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/non diagnosticato raggiunga numeri ben più elevati.

I dati recenti pubblicati dal database 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 comorbidità, mentre solo il 10% è assorbito dalla gestione del problema metabolico. Attraverso questo scenario il diabete rappresenta chiaramente un esempio paradigmatico di patologia cronica la cui condizione spesso polipatologica, richiede una complessa gestione multidisciplinare.

Nel diabete di tipo 2 raggiungere l'obiettivo glicemico indicato dalle linee guida con il solo cambiamento dello stile di vita è raramente possibile e diventa necessario l'utilizzo di farmaci, in primis la metformina.



Durante le fasi successive della malattia inoltre, spesso la terapia richiede ulteriori implementazioni con farmaci orali o iniettivi. E secondo le più recenti linee guida nazionali “l’intensificazione della terapia è uno strumento efficace nella prevenzione delle complicanze a lungo termine che determina una riduzione dei costi legati alla gestione delle complicanze stesse”.

Nell’ultimo decennio il panorama terapeutico si è molto arricchito di efficaci opzioni terapeutiche e visti i dati epidemiologici di questa cronicità in continuo aumento, Motore Sanità ritiene importante un confronto tra tutti gli attori di sistema per rivedere i percorsi di cura mantenendo la sostenibilità di sistema.



SINTESI

Introduzione:

La Campania, come molte altre regioni italiane, si trova di fronte a una sfida crescente e silenziosa - la pandemia del diabete di tipo 2. Questo disturbo metabolico sta assumendo proporzioni epidemiche e richiede un'attenzione urgente.

In questo documento divulgativo, esamineremo le principali questioni emerse dalle dichiarazioni dei professionisti sanitari in una discussione recente sulla gestione del diabete di tipo 2 in Campania. Approfondiremo i modelli organizzativi, le criticità gestionali e le nuove opportunità di cura legate a questa pandemia.

Modelli Organizzativi:

- *La Necessità di Centri Specializzati:* Una delle soluzioni suggerite per affrontare il diabete di tipo 2 in Campania è quella di istituire centri specializzati.

Questi centri, se adeguatamente organizzati, potrebbero offrire una presa in carico multidisciplinare, educare i pazienti e contribuire a ridurre le complicanze.

- *Un Modello di Organizzazione Uniforme:* La discussione ha sottolineato l'importanza di un modello di organizzazione uniforme, eliminando le attuali discrepanze tra i diversi luoghi di cura.

Questa uniformità potrebbe garantire una migliore assistenza a tutti i pazienti, indipendentemente dal loro luogo di residenza.

- *Il Coinvolgimento dei Diabetologi:* I professionisti medici hanno evidenziato la necessità di coinvolgere i diabetologi a tutti i livelli decisionali. La loro presenza è fondamentale per affrontare le sfide pratiche della gestione del diabete e garantire un'assistenza completa.



Criticità Gestionali:

- *Carenza di Risorse Umane:* La carenza di medici, in particolare di medici di medicina generale, è emersa come una delle principali criticità. Questa situazione aumenta le responsabilità sui medici esistenti e rallenta l'accesso ai servizi di cura.
- *Tempi di Attesa Lunghi:* Pazienti con diabete devono affrontare tempi di attesa prolungati sia per le prime visite che per i controlli. Questa situazione richiede una maggiore flessibilità nell'organizzazione dei servizi sanitari.

Nuove Opportunità di Cura:

- *Prevenzione:* La prevenzione è stata identificata come uno strumento chiave per ridurre i costi associati alle complicanze del diabete. Educare la popolazione sui fattori di rischio e promuovere uno stile di vita sano possono fare una differenza significativa.
- *Telemedicina:* L'uso della telemedicina è stato suggerito come una risorsa per migliorare l'accesso ai servizi sanitari, in particolare nelle aree con una maggiore deprivazione di servizi.
- *Formazione Continua:* L'aggiornamento costante delle competenze dei professionisti sanitari è essenziale per migliorare la qualità dell'assistenza. La formazione dovrebbe essere incentrata su modelli basati sull'evidenza.

Raccomandazioni:

Sulla base delle discussioni e delle riflessioni emerse dalle dichiarazioni dei professionisti sanitari, emergono alcune raccomandazioni chiave:

- **Stabilire Centri di Eccellenza:** La creazione di centri di eccellenza specializzati nella gestione del diabete di tipo 2 dovrebbe essere una priorità. Questi centri devono essere multidisciplinari e servire da punti di riferimento per i pazienti, garantendo loro una presa in carico completa e personalizzata.



- **Riforma dell'Organizzazione Sanitaria:** La regione deve attuare una riforma dell'organizzazione sanitaria per garantire uniformità nella fornitura di servizi. Questo richiede un impegno a lungo termine e una pianificazione attenta, ma è essenziale per ridurre le disuguaglianze nella cura del diabete.
- **Formazione Continua:** I professionisti sanitari devono partecipare a programmi di formazione continua mirati alla gestione del diabete di tipo 2. Questa formazione dovrebbe essere basata su modelli basati sull'evidenza e promuovere le migliori pratiche.
- **Promozione della Prevenzione:** Gli sforzi di prevenzione dovrebbero essere intensificati attraverso campagne educative che promuovano uno stile di vita sano. Questo potrebbe aiutare a ridurre l'incidenza del diabete e i costi associati alle complicanze.
- **Integrazione della Telemedicina:** La regione dovrebbe esplorare l'uso della telemedicina per migliorare l'accesso ai servizi sanitari, in particolare nelle zone meno servite. Questa tecnologia potrebbe facilitare il monitoraggio dei pazienti e la consulenza a distanza.
- **Coinvolgimento dei Diabetologi:** I diabetologi devono essere coinvolti a livello decisionale nella gestione del diabete di tipo 2. Il loro contributo è essenziale per garantire che le politiche e le pratiche siano basate sull'evidenza e allineate alle esigenze dei pazienti.

Conclusioni Finali:

La pandemia del diabete di tipo 2 in Campania richiede una risposta globale e coordinata da parte delle autorità sanitarie, dei professionisti medici e della comunità. Affrontare questa emergenza richiederà tempo, risorse e un impegno costante.

Tuttavia, è importante ricordare che con l'adozione di modelli organizzativi più efficaci, una migliore formazione dei professionisti sanitari, la promozione della prevenzione e l'integrazione della telemedicina, è possibile migliorare notevolmente la qualità dell'assistenza ai pazienti affetti da diabete di tipo 2.



In ultima analisi, una gestione efficace del diabete può portare a una migliore qualità della vita per i pazienti e a una riduzione dei costi a lungo termine per il sistema sanitario.

La Campania ha l'opportunità di diventare un modello per affrontare la pandemia del diabete di tipo 2, ma ciò richiederà il coinvolgimento e il sostegno di tutti gli attori coinvolti. È il momento di agire con determinazione e fare la differenza nella vita dei pazienti diabetici della regione.



ESTRATTO DELLE DICHIARAZIONI

Saluti Istituzionali

Antonio Postiglione, Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale

"L'Assessorato Regionale alla Sanità desidera, con questa breve introduzione, esprimere la nostra vicinanza e impegno verso temi di grande rilevanza. Nel corso degli ultimi anni, ci siamo concentrati sull'importante riorganizzazione dei servizi dedicati alla tutela dei pazienti diabetici.

Abbiamo elaborato il fabbisogno dei servizi territoriali due volte, attraverso due delibere ravvicinate. Questo processo rappresenta il risultato di un costante monitoraggio e attenzione alla problematica in continua crescita".

"Abbiamo istituito centri anti diabete di primo e secondo livello all'interno delle strutture pubbliche, e laddove il settore pubblico non è sufficiente, abbiamo collaborato con il settore privato autorizzato ed accreditato. Questo impegno è mirato a rispondere alle sfide derivanti da una malattia che, come è noto, comporta numerosi disagi e rischi per la salute pubblica".

"Durante il corso di questa giornata, ascolteremo interventi prestigiosi e sono certo che da questi incontri e dallo sviluppo di queste tematiche emergeranno indicazioni sempre più efficaci per offrire ai pazienti utenti finali i migliori servizi possibili, considerando le risorse e disponibilità attualmente a nostra disposizione, anche se consapevoli che spesso non sono sufficienti."

Giovanni Porcelli, Consigliere Regionale Campania

"L'incidenza del diabete sulla sanità pubblica è elevatissima. Voglio sottolineare che è un tema caldo e delicato non solo dal punto di vista sanitario, ma anche dal punto di vista economico-finanziario.

Abbiamo milioni di malati nella nostra nazione, e nel mondo occidentale, il diabete è probabilmente la vera epidemia. Più che una malattia cronica, è un problema enorme dal punto di vista dei costi.



Il 20% della spesa sanitaria, tra costi diretti e indiretti, è assorbito da questa malattia. Questo dovrebbe farci rendere conto di due cose essenziali: la necessità di prevenzione per limitare i costi e la necessità di organizzare il sistema con una maggiore attenzione ai medici di medicina generale nella fase preventiva”.

“Gli stili di vita e il riconoscimento dei pazienti, insieme alla familiarità, ci consentono di gestire meglio questa malattia. Questo è particolarmente importante nelle regioni con maggiori difficoltà, come il Sud Italia, dove c'è una maggiore deprivazione di servizi. La spesa sanitaria e le risorse destinate ai cittadini del Sud Italia sono spesso insufficienti. Dobbiamo affrontare questa sfida e lavorare per ridurre le inefficienze e gli sprechi”.

“Questo periodo di pandemia ci ha anche fatto riflettere sull'importanza dell'informatizzazione dei sistemi e della telemedicina, che possono aiutare a gestire malattie croniche come il diabete. Ma spero che questa situazione ci consenta di affrontare il divario tra Nord e Sud Italia in termini di spesa sanitaria in modo pacifico e sereno. Dobbiamo superare il problema dell'età anagrafica nella distribuzione delle risorse e avviare un percorso di riavvicinamento tra Nord e Sud”.

“La riforma dell'Autonomia differenziata è sul tavolo, e dobbiamo affrontarla seriamente. Il diabete è l'emblema delle disuguaglianze nella distribuzione dei servizi sanitari. Vogliamo discutere della questione dell'Autonomia differenziata e delle risorse da destinare alle regioni in modo equo e competitivo rispetto alle altre regioni d'Italia”.

Diego Venanzoni, Consigliere Regionale Campania

“Uno dei deficit della politica è spesso la mancanza di conoscenze dettagliate su alcune malattie, come il diabete. Questo può limitare la capacità di prendere provvedimenti e lavorare su questioni specifiche. Ringrazio per questa opportunità di discutere questi temi”.

“La mia sensibilità nei confronti del diabete è accentuata dalla presenza di un paziente diabetico nella mia famiglia.



Questa esperienza personale mi ha insegnato l'importanza del lavoro di squadra nella gestione di questa malattia. Convincere un paziente di diabete a seguirne le cure richiede tempo e pazienza, ma è essenziale”.

“Un tema comune che emerge è la carenza di risorse, che è cruciale per affrontare le sfide relative al diabete. Ad esempio, abbiamo recentemente approvato una legge in Consiglio Regionale per l'abolizione del numero chiuso per gli studenti di medicina. Questo rappresenta un passo importante verso l'aumento delle risorse umane nel settore medico.

“Un altro aspetto rilevante è la telemedicina. Anche se è fondamentale, richiede un approccio empatico e il corretto utilizzo di strumenti innovativi per garantire la piena accettazione dei pazienti”.

“La telemedicina è un percorso che va disciplinato in modo più completo per affrontare le sfide tecnico-scientifiche e garantire l'accesso a ulteriori risorse. È un impegno che dovrebbe essere affrontato con urgenza”.

“Inoltre, dobbiamo rafforzare le strutture ambulatoriali specialistiche e migliorare la qualità dell'empatia tra i professionisti e i pazienti”.

La carenza di risorse è un problema urgente da affrontare, e dovremmo considerare ulteriori risorse nel prossimo bilancio per farlo. Inoltre, il Centro Unico di Prenotazione integrato può essere un passo importante per affrontare le liste di attesa. Spero che il Consiglio Regionale possa contribuire in modo significativo a questi obiettivi”.

Introduzione di scenario

Carlo Tomassini, Direzione Scientifica Motore Sanità

“L'impatto epidemiologico del diabete è uno dei più rilevanti in Italia, con una stima di circa 3,5 milioni di pazienti. Tuttavia, è probabile che questa cifra sia sottostimata, come spesso accade con le malattie croniche. La prevalenza varia dal nord al sud del Paese, con valori intorno al 6%, ma alcune fonti suggeriscono che possa essere anche più alta, fino al 7-7,6%”.



“Inoltre, il diabete è spesso associato ad altri fattori di rischio, come l'ipertensione, l'eccesso ponderale, la sedentarietà e il fumo, che contribuiscono all'impatto sulla salute e sui costi del sistema sanitario.

Il 60% delle morti per malattie cardiovascolari è associato al diabete, oltre ad altre patologie. Le complicanze più comuni includono problemi agli occhi e al sistema nervoso, ma anche le arteriopatie periferiche”.

“Questo impatto si riflette anche sul sistema sanitario in termini di risorse. La popolazione diabetica rappresenta circa l'8% del budget assegnato, con una spesa annuale di circa €800 per paziente, in contrasto con la metà di questa cifra per i non diabetici. La maggior parte dei costi è attribuita alle complicanze e alle comorbidità, il che evidenzia l'importanza del controllo metabolico”.

“Tuttavia, negli ultimi dieci anni, ci sono state molte innovazioni terapeutiche, farmaci e tecnologie che hanno dimostrato di ridurre le complicanze, le ospedalizzazioni e la mortalità cardiovascolare. L'efficacia di queste nuove risorse dipende dall'organizzazione e dall'implementazione efficace nell'ambito sanitario”.

“Pertanto, è necessario considerare modelli organizzativi che sfruttino appieno le nuove opportunità. L'innovazione è fondamentale, e la valutazione dell'efficacia deve precedere la discussione sull'efficienza.

La gestione del diabete richiede un approccio olistico che coinvolge tutti gli aspetti, dall'obiettivo glicemico allo stile di vita e alle terapie avanzate”.

“Per affrontare queste sfide e massimizzare l'efficacia delle risorse disponibili, è importante esaminare l'organizzazione delle strutture diabetologiche, l'accesso ai servizi, l'implementazione delle linee guida e l'adozione delle nuove tecnologie.

La formazione continua è fondamentale per tutti i professionisti coinvolti, compresi i medici di medicina generale, per garantire un trattamento efficace e mirato ai pazienti diabetici.”



Situazione epidemiologica Regionale e criticità gestionali nel diabete T2

Stefano Masi, Presidente AMD Regione Campania

“Il diabete è una malattia cronica, un paradigma delle malattie croniche non trasmissibili. È eterogeneo nella sua comparsa e patogenesi, coinvolge molti organi, richiede una gestione complessa e genera costi diretti e indiretti significativi”.

Epidemiologia:

“In Italia, ci sono circa 4 milioni di pazienti diabetici, ma vi è anche un milione e mezzo di persone diabetiche non diagnosticate. Circa il 58% della popolazione è coinvolto in questo problema. La prevalenza varia geograficamente, con il Sud che ha il 7-8% di prevalenza”.

Fattori Socioeconomici:

“La prevalenza del diabete aumenta con l'età e colpisce di più le persone a basso reddito e basso livello di istruzione. Anche le condizioni socio economiche influenzano la prevalenza, con il diabete essendo più comune tra coloro con bassa istruzione”.

Obesità e Sovrappeso:

“Il diabete è spesso correlato all'obesità e al sovrappeso, che sono una vera e propria epidemia. La prevenzione e la gestione dell'obesità sono cruciali”.

Accesso alle Cure e Rinuncia alle Prestazioni:

“Molte persone rinunciano alle prestazioni sanitarie, in parte per motivi economici e in parte a causa delle lunghe liste d'attesa. La pandemia ha accentuato questo problema.

Complicanze:

“Le complicanze principali del diabete sono cardiovascolari e includono malattie cardiache, ictus, malattie renali, cecità e lesioni non traumatiche agli arti inferiori”.



Pandemia e Servizi Sanitari:

“La pandemia ha ridotto le diagnosi e le visite per il diabete, con un aumento di diagnosi tardive. La telemedicina è stata una risorsa preziosa per mantenere i pazienti connessi”.

Amputazioni:

“Le amputazioni sono un problema grave, e la Campania ha una prevalenza relativamente alta. I percorsi di assistenza e il coordinamento tra primo, secondo e terzo livello sono criticità importanti”.

Prevalenza, Gestione e Costi:

“In Campania, la prevalenza del diabete è del 44,2%, e i costi diretti e indiretti del diabete sono notevoli. La regione deve affrontare sfide significative per migliorare la gestione del diabete e ridurre i costi”.

Vincenzo Guardasole, Presidente eletto AMD Regione Campania

“Il diabete è una patologia complessa, non solo dal punto di vista patogenetico ma anche nei confronti dei pazienti. La terapia richiede l'uso di farmaci, diverse possibilità di associazione e comporta molti effetti da considerare. L'educazione dei pazienti è cruciale e richiede spiegazioni chiare sulle terapie e le indicazioni. È un aspetto spesso sottovalutato ma fondamentale”.

“Gestire questa complessità richiede un approccio multidisciplinare. Coinvolge medici specialisti, infermieri, dietisti e anche psicologi. Ci sono anche aspetti legati all'attività fisica da considerare, soprattutto per i pazienti più giovani”.

“Una delle sfide principali è la carenza di risorse umane, tra cui medici specialisti, infermieri, dietisti e psicologi. Questa carenza deve essere affrontata per garantire una gestione adeguata del diabete nel futuro”.

“La telemedicina è stata identificata come un modo per ottimizzare i costi e migliorare l'accesso ai servizi sanitari, specialmente in aree con carenza di risorse. È stata particolarmente rilevante durante la pandemia.



Le esperienze dei pazienti con la telemedicina sono generalmente positive. Alcuni pazienti ritengono che sia più comoda rispetto alle visite tradizionali. Tuttavia, ci sono sfide legate a limiti informatici e alla formazione del personale”.

“L'adozione della telemedicina comporta la necessità di adattarsi a nuove modalità di lavoro, con sfide legate all'uso di sistemi informatizzati e all'addestramento del personale. È un cambiamento che richiede tempo e sforzi”.

“La rete diabetologica in Italia ha dimostrato di ridurre la mortalità e favorisce l'accesso all'innovazione e all'aderenza alle linee guida. Questa rete è cruciale per garantire una gestione efficace del diabete”.

“La proposta per il futuro è razionalizzare la rete diabetologica, potenziando i centri multiprofessionali ospedalieri e creando una rete solida che possa assistere un gran numero di persone. È un passo importante per affrontare le sfide future legate alla gestione del diabete”.

Tavola rotonda

Istituzioni, clinici e pazienti a confronto sui nuovi scenari organizzativi nel Diabete T2

- Il quadro regionale sui percorsi di cura: cosa ha insegnato la pandemia e quali nuovi modelli per una efficace prevenzione delle complicanze?
- PDTA regionali e loro applicazione pratica: come passare dal molto bello al realizzato?
- Diabete T2 non controllato: cause, ricadute cliniche e soluzioni
- Obiettivi primari di sistema: dal raggiungimento del target all'aderenza ed eventuale intensificazione della terapia mantenendo la sostenibilità
- Il valore della fenotipizzazione del paziente nella scelta della terapia?



Discussant

Fabiana Anastasio, Consigliere nazionale FAND Associazione Nazionale Diabetici Presidente del Coordinamento delle Associazioni di pazienti diabetici della Campania

“Come paziente e rappresentante della FAND (Associazione Nazionale dei Pazienti Diabetici) in Campania, desidero sottolineare l'importanza di affrontare il diabete come una malattia estremamente normata. Purtroppo, molte delle normative esistenti non vengono applicate, un problema che riguarda anche la regione Campania”.

“Ad esempio, proposi una riorganizzazione della diabetologia territoriale nella regione, ma purtroppo questa iniziativa creò alcune difficoltà, specialmente per i medici. La mancanza di personale, tra cui infermieri, rendeva difficile il lavoro medico”.

“Tuttavia, c'è stata un'esperienza molto positiva al Cardarelli con la creazione del Centro di Riferimento Regionale per il Piede Diabetico. Un team di specialisti, come previsto dalle normative, si è dedicato alla gestione del piede diabetico, ottenendo risultati straordinari nella riduzione delle amputazioni maggiori e nell'aumento delle amputazioni minori. Questo è stato un passo significativo verso la prevenzione, che potrebbe essere migliorato ulteriormente se fossero applicati i percorsi previsti dalle leggi”.

“Un altro aspetto rilevante riguarda la prescrizione di terapie e presidi tecnologici avanzati, un problema diffuso in tutta Italia. Nel 2020, abbiamo emesso un decreto in Campania che consentiva la prescrizione di queste terapie, ma la formazione dei professionisti necessaria per la sua attuazione non è stata uniformemente applicata in tutti i centri selezionati”.

“Oggi, ci troviamo di fronte a una situazione in cui la prescrizione di presidi di monitoraggio in continuo è stata oggetto di una gara che ha sollevato molte criticità, coinvolgendo 17.000 pazienti utilizzatori. Sfortunatamente, il processo di gara ha creato problemi significativi”.

“La gestione adeguata del diabete è essenziale non solo per la salute dei pazienti ma anche per il bilancio del sistema sanitario nazionale, poiché una corretta gestione del diabete aiuta a prevenire molte complicanze e patologie correlate”.



Giovanni Annuzzi, Professore Associato in Scienze Tecniche Dietetiche Applicate, Università Federico II, Napoli

“In questo momento, ritengo fondamentale analizzare in modo trasversale l'evoluzione della situazione. Nonostante i progressi che abbiamo osservato, spesso procediamo a un ritmo lento.

Ad esempio, abbiamo discusso a lungo di registri centrali, che sono fondamentali per la cooperazione e la condivisione dei dati, ma non siamo ancora riusciti a implementarli adeguatamente. La mancanza di registri centrali è un deficit significativo nella nostra attuale infrastruttura”.

“Questo deficit può portare a situazioni in cui un paziente può ricevere cure diverse presso più centri contemporaneamente o può ricevere trattamenti opposti, il che è chiaramente problematico. Questa situazione riflette anche la sfida dell'allocazione delle risorse, che non sono sempre assegnate in modo efficace”.

“Il concetto chiave che emerge è che il team è la chiave per affrontare queste sfide. Tuttavia, spesso mancano professionisti chiave nei centri, come dietisti, nutrizionisti o psicologi.

È importante capire perché mancano tali figure professionali e se ci sono ostacoli che impediscono la loro presenza. Forse è il momento di un'analisi più diretta delle necessità specifiche e di un'azione mirata per risolvere i singoli problemi”.

“È importante che identifichiamo chiaramente quali sono gli ostacoli e le carenze, e che cerchiamo soluzioni concrete. Questo richiede un impegno diretto e una definizione chiara dei passi da intraprendere. Quando un problema rimane irrisolto, dobbiamo essere in grado di giustificare perché non possiamo intervenire o quali sono i deficit nei singoli livelli delle strutture di assistenza”.

“Inoltre, dobbiamo forse considerare un coinvolgimento più diretto a livello politico per garantire che le risposte e le soluzioni siano coerenti con gli obiettivi condivisi da tutti noi qui presenti. Abbiamo le stesse conoscenze e obiettivi comuni, ma dobbiamo tradurli in miglioramenti reali e concreti nella funzionalità del nostro settore”.



Giuseppe Bellastella, Presidente SID Regione Campania

“Vorrei iniziare parlando dei numeri del diabete, uno dei nostri principali obiettivi. Dovremmo concentrarci su come frenare l'incremento dei casi di diabete, un'osservazione che faccio da anni. Se guardiamo alle previsioni globali, ci aspetta un futuro allarmante.

Tra un decennio, è previsto che il numero mondiale di casi di diabete quasi raddoppi, e attualmente nel mondo ci sono già oltre 300 milioni di persone affette da questa malattia. Le prospettive per il 2035 non sono promettenti”.

“Il nostro obiettivo principale dovrebbe essere rallentare questa tendenza. Oggi rappresento la Società Italiana di Diabetologia e l'Azienda Ospedaliera Vanvitelli, con la quale sono onorato di essere affiliato. La mia direttrice, la Professoressa Katherine Esposito, è anche la coordinatrice della Commissione Diabetologica Campana. Questo mi permette di essere costantemente al corrente delle criticità legate al diabete”.

“Abbiamo sentito parlare oggi del diabete in relazione alla pandemia. Questo evento ha riaffermato quanto i pazienti diabetici siano fragili. È fondamentale riconoscere che i pazienti diabetici sono a rischio non solo in caso di infezione da COVID ma anche in situazioni apparentemente meno gravi, come l'influenza stagionale.

Diversi studi scientifici dimostrano che i pazienti diabetici, durante un'infezione influenzale, sono più a rischio di sviluppare un infarto miocardico. Pertanto, le infezioni, anche non legate al COVID, devono essere prese molto sul serio. Dovremmo sensibilizzare i medici e i pazienti diabetici riguardo alle campagne di vaccinazione, comprese le vaccinazioni influenzali e quelle contro altre malattie”.

“Ho notato che la telemedicina è stata discussa oggi, e credo che stia mostrando sviluppi entusiasmanti. Tuttavia, rimangono alcune vulnerabilità da affrontare. La telemedicina deve essere adeguatamente regolamentata e autorizzata.

Dovrebbe essere considerata una visita medica completa, con il paziente che richiede una prescrizione per la televisita e il medico che effettua l'esame. L'ideale sarebbe una chiamata video, ma anche una semplice chiamata telefonica può essere efficace.



Il medico dovrebbe essere situato in una struttura ambulatoriale e condurre la visita in telemedicina. La telemedicina è uno strumento utile per snellire le liste d'attesa e semplificare le visite, in particolare quelle per l'educazione del paziente e il rinnovo dei piani terapeutici”.

“Inoltre, vorrei menzionare il Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), che rappresenta un passo avanti significativo. Il PDTA coinvolge molte figure professionali, inclusi gli specialisti del territorio, medici di medicina generale e pazienti. È fondamentale per una diagnosi precoce e un trattamento adeguato”.

“Infine, la fenotipizzazione dei pazienti diabetici è cruciale. Con un'ampia gamma di farmaci a disposizione, è importante identificare il farmaco più adatto per ciascun paziente, considerando la glicemia, il peso corporeo e il rischio cardiovascolare. Questo può migliorare notevolmente il controllo della malattia e ridurre il rischio di complicanze”.

Emilio Augusto Benini, Presidente FAND Associazione Italiana Diabetici ODV

“Vorrei evidenziare un aspetto importante riguardante WhatsApp. Questa piattaforma è stata ampiamente utilizzata durante la pandemia e purtroppo continua ad essere molto diffusa a tutti i livelli.

È importante notare che tutti i dati scambiati su WhatsApp vengono archiviati su server non nazionali, il che solleva questioni di privacy che richiedono maggiore attenzione”.

“Inoltre, vorrei menzionare il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che rappresenta un'opportunità che non dovremmo lasciarci sfuggire. Tuttavia, è evidente che la Missione 6 sembra ricevere meno attenzione rispetto alle altre missioni.

Vale la pena ricordare che il DM70 e il DM77 definiscono i criteri per le reti cliniche e gli obiettivi principali, inclusa la creazione di un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria.



Questo modello mira a garantire standard uniformi in termini di infrastrutture, tecnologia e organizzazione in tutto il territorio nazionale. L'obiettivo è garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), facilitare l'individuazione delle priorità di intervento, favorire la continuità delle cure e disegnare un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico”.

“Tuttavia, ci sono almeno tre sfide critiche da affrontare. In primo luogo, l'omogeneità su tutto il territorio nazionale, considerando che l'organizzazione dei processi sarà delegata alle singole regioni e, in particolare, ai distretti.

In secondo luogo, la carenza di personale medico, infermieristico e di operatori sanitari in generale.

Terzo, il Fascicolo Sanitario Elettronico, che è ancora lontano dall'essere uno strumento efficace di integrazione, soprattutto considerando che il numero di persone con diabete di tipo 2 è in costante aumento e i centri diabetologici faticano a soddisfare questa crescente domanda di servizi.

Per quanto riguarda il diabete di tipo 2, è essenziale individuare nuovi modelli di assistenza che permettano di erogare cure direttamente presso il domicilio delle persone o in comunità. Questa sfida richiede un approccio multidisciplinare che coinvolga i medici di medicina generale, la telemedicina e una visione olistica del paziente, non solo focalizzata sugli aspetti sanitari ma anche su quelli sociali.

“Per concludere, vorrei sottolineare che l'educazione sanitaria e terapeutica è fondamentale per migliorare la vita delle persone con diabete. Questo è un obiettivo centrale della Legge 115, promossa da FAND, e riteniamo che l'educazione sanitaria e terapeutica debba essere fornita esclusivamente dal team diabetologico”.

Massimo Di Gennaro, Direttore Operativo Innovazione Logistica Integrata, Sanità digitale So.Re.Sa S.p.a

“Nel mio ruolo di operatore sanitario specializzato in sanità digitale, il mio principale impegno è stato quello di guidare il processo di digitalizzazione nell'ambito sanitario.



Abbiamo lavorato a stretto contatto con la Regione per offrire supporto a tutti gli operatori, fornendo loro strumenti per semplificare il loro lavoro e centralizzando i sistemi informativi. Questo ha dato origine al progetto SinFonia, che coinvolge medici di base, specialisti e altri attori chiave nel settore”.

“Il progetto SinFonia mira a standardizzare e centralizzare i sistemi informativi sanitari, riducendo così l'onere amministrativo. Inoltre, ciò ci consente di raccogliere dati essenziali per una corretta pianificazione sanitaria a livello regionale.

In questo contesto, stiamo trasferendo la gestione dei piani terapeutici dalla piattaforma Sanap a SinFonia, garantendo massima interoperabilità”.

“La digitalizzazione si estende anche ai medici, che ora utilizzano smartphone per svolgere varie attività. Tuttavia, è fondamentale che queste attività vengano svolte in modo strutturato e che i dati vengano condivisi. Se non strutturiamo e condividiamo le informazioni, continueremo a lavorare in silos, separando i dati invece di unirli”.

“Uno dei punti chiave discussi oggi riguarda la telemedicina. La Regione Campania ha recentemente adottato una piattaforma unica per le televisite e i teleconsulti.

Questa piattaforma è già in uso in molte Aziende Sanitarie, ma le decisioni sulle prestazioni idonee per la telemedicina devono essere prese dalle direzioni aziendali in collaborazione con gli specialisti”.

“La telemedicina offre un grande potenziale, ma deve essere supportata dalle Aziende Sanitarie e richiede una sensibilizzazione per sfruttarne appieno i benefici. Il teleconsulto è un altro aspetto importante e può essere gestito a livello aziendale o attraverso accordi tra aziende”.

“Infine, vorrei menzionare il Fascicolo Sanitario. Nella sua versione iniziale, era principalmente un contenitore di documenti. Tuttavia, con il Fascicolo Sanitario 2.0, le regioni hanno lavorato per fornire ai medici dati strutturati, migliorando l'usabilità e l'interoperabilità del sistema”.



Vincenzo Guardasole, Presidente eletto AMD Regione Campania

“La problematica principale nel trattamento del diabete è che non esiste una soluzione univoca. La soluzione a questo problema può essere trovata solo quando tutte le parti coinvolte lavorano insieme per mettere in pratica piani di cura che sono estremamente complessi ma altamente necessari.

Ciò richiede inevitabilmente una collaborazione e un coordinamento tra diverse figure professionali. Quello che mi sento di auspicare è che vengano coinvolti ulteriori soggetti in questo processo di collaborazione, al fine di riunire tutte le varie figure coinvolte nel trattamento del diabete”.

“Inoltre, è fondamentale che queste figure vengano considerate nella loro importanza, in quanto la gestione delle risorse pubbliche richiede una valutazione attenta di come allocare tali risorse.

È importante che anche i politici si avvalgano di un "consenso informato", ossia che ascoltino le opinioni e i contributi dei professionisti del settore, in modo da avere tutte le informazioni necessarie per prendere decisioni ponderate”.

“Un'altra considerazione importante è che i diabetologi dovrebbero essere presenti non solo a livello istituzionale regionale, ma anche nei tavoli aziendali. A livello territoriale, spesso mancano interlocutori con cui dialogare, e la presenza dei diabetologi a questo livello può aiutare a superare le difficoltà e le sfide che si presentano nella gestione del diabete sul campo”.

Matteo Laringe, Presidente SIMG, Regione Campania

“In qualità di medico di medicina generale, ho una prospettiva unica sul sistema sanitario, vista dalla base. È chiaro che ci sono molte sfide che dobbiamo affrontare, nonostante i progressi che sono stati discussi dai relatori precedenti.

Vorrei sottolineare che la regione Campania è stata pioniera nell'implementare l'articolo 9 dell'accordo integrativo regionale dei medici di medicina generale.



Questo articolo prevede la gestione integrata del paziente diabetico tra il medico di medicina generale e i centri diabetologici. Alcune altre regioni hanno successivamente adottato questa pratica”.

“Concordo con il dottor Tommasini quando afferma che la prevenzione primaria è di competenza di altri settori. Purtroppo, la regione Campania spesso deve affrontare esigenze che vanno oltre il campo sanitario e che potrebbero essere soddisfatte attraverso iniziative sociali ed educative. Questo mette una pressione aggiuntiva sulla sanità”.

“La medicina generale è eterogenea, con una vasta gamma di partecipanti. Nel tentativo di superare questa eterogeneità, abbiamo creato aggregazioni funzionali territoriali. Queste aggregazioni funzionali cercano di ridurre le disparità nell'assistenza ai pazienti diabetici in diverse aree. La regione Campania ha scelto di implementare queste aggregazioni per garantire un trattamento più uniforme”.

“Riguardo alla "Nota 100," ci sono stati problemi con la sua implementazione. La regione Campania ha invitato i medici di medicina generale a prescrivere questa nota, ma molti colleghi hanno risentito della richiesta. Dovremmo ricordare che la regione è vasta e comprende diversi tipi di professionisti della medicina generale, ognuno con metodi di lavoro diversi”.

“Per quanto riguarda l'implementazione dei piani diagnostico-terapeutici, è essenziale renderli noti e rendicontabili sul territorio. Questa è una parte fondamentale del processo.

La regione dovrebbe richiedere ai direttori generali di implementare questi piani attraverso le aggregazioni funzionali territoriali, che dovrebbero ridurre le disparità di trattamento”.

“Infine, vorrei sottolineare l'importanza della telemedicina. Dovremmo istituire una remunerazione specifica per i consulto brevi effettuati tramite telemedicina. È un aspetto spesso sottovalutato ma fondamentale per l'integrazione tra professionisti, che deve essere tracciabile e riconosciuto come parte importante del servizio medico”.



Massimo Liguori, Direttore UOSD Diabetologia AORN A. Cardarelli Napoli

“Il piede diabetico rappresenta una parte significativa delle complicazioni associate al diabete, costituendo circa il 25% dei problemi clinici legati a questa patologia. In altre parole, il 4% delle ospedalizzazioni dei pazienti diabetici è direttamente collegato al piede diabetico.

Potremmo definirlo come la "complicazione delle complicazioni" del diabete, poiché il piede diabetico può riflettere le condizioni cardiache, renali, e arteriose del paziente”.

“La gestione del piede diabetico richiede un approccio multidisciplinare, ma il ruolo chiave spetta al diabetologo all'interno di questo team. Tuttavia, spesso i pazienti arrivano in ospedale con lesioni gravi, il che è considerato una sconfitta.

Questo è dovuto in parte al ritardo nella diagnosi del piede diabetico, che può essere fino a 30-50 giorni dopo l'insorgenza della lesione. Questo ritardo può portare a complicazioni gravi, tra cui amputazioni maggiori”.

“Inoltre, è importante notare che esiste una correlazione inversa tra amputazioni maggiori e amputazioni minori. Riducendo il numero di amputazioni minori, si possono prevenire amputazioni maggiori. Per fare ciò, dovremmo creare una rete di centri di primo, secondo e terzo livello, in grado di identificare e trattare pazienti con lesioni non complicate, complicate e critiche”.

“La carenza di personale è un problema costante in questo contesto, con bisogni di infermieri altamente specializzati per l'assistenza e la prevenzione a livello di centri di primo e secondo livello”.

“Inoltre, la telemedicina è stata utilizzata come strumento per il piede diabetico, ma la diagnosi clinica rimane fondamentale. Le immagini inviate tramite email possono fornire solo una visione limitata”.

“Infine, dovremmo considerare l'importanza di una rete di comunicazione che consenta uno scambio continuo di informazioni tra i vari livelli di assistenza, al fine di fornire una visione completa della storia clinica di un paziente”.



Stefano Masi, Presidente AMD Regione Campania

“Un paziente che ha familiarità per il diabete e che è in sovrappeso, la prima cosa che dovrebbe fare è misurare la glicemia. I valori di riferimento sono i seguenti: se il paziente presenta una glicemia a digiuno superiore a 126 mg/dL in due diverse occasioni, già questo significa una diagnosi di diabete.

Ma la sfida si presenta quando si ha una glicemia a digiuno alterata, cioè un valore di glicemia a digiuno tra 101 e 125 mg/dL. In questa situazione, è necessario valutare il paziente, effettuare una curva da carico e considerare tutti gli altri fattori di rischio legati al sovrappeso.

Questo è il dato di fatto principale, ma spesso il paziente può anche avere altre patologie concomitanti con la malattia diabetica, come l'ipertensione. È importante considerare queste situazioni in modo integrato”.

“Ho ascoltato con molta attenzione tutte le relazioni e gli interventi della dottoressa Fabiana Staso e della dottoressa Spinosa, ai quali rivolgo il mio ringraziamento. Ho colto con grande attenzione tutte le criticità.

L'obiettivo principale, come è emerso dalle parole della dottoressa Spinosa e dei medici di medicina generale, sembra essere che il paziente diabetico debba avere un percorso diverso da quello del Cup regionale.

È necessario un percorso di presa in carico che non si limiti solo alle prescrizioni. Siamo spesso alle prese con pazienti che richiedono visite specialistiche, prime visite, visite di controllo e rinnovo di piani terapeutici.

Tutto ciò costituisce un impegno quotidiano per noi, e spesso non sappiamo come far fronte a queste necessità, poiché il problema principale attuale sembra essere il problema delle liste d'attesa, sia per le prime visite che per le visite di controllo. Spero che la regione possa trovare un sistema per rendere più elastico il servizio del Cup regionale, in modo da venire incontro alle esigenze dei pazienti”.



Paola Pisanti, Consulente esperto Malattie Croniche Ministero della Salute

“Si è discusso dell'importanza dell'interazione tra le strutture ospedaliere e ambulatoriali e l'assistenza primaria, utilizzando il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA). Inoltre, è stata menzionata la Legge 115, che ha dato rilevanza sociale oltre che sanitaria al diabete in Italia.

L'accordo Stato Regioni del 1991 ha contribuito a definire l'organizzazione delle strutture di diabetologia, sia per gli adulti che per i giovani. Attualmente, in Italia, ci sono circa 2000 medici specializzati in endocrinologia diabetologia, di cui 650 operano in centri e ambulatori di diabetologia.

Tuttavia, sono evidenti diverse criticità, inclusa l'ineguaglianza nell'accesso alla specialistica, l'eterogeneità nell'accesso alle cure e la carenza di risorse umane”.

“Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) richiede un'ottica trasversale, coinvolgendo diverse missioni, tra cui la missione 6, senza trascurare le altre missioni.

“Il piano della malattia diabetica del 2012 e la commissione sulla cronicità hanno sottolineato l'importanza di riconoscere il diabete come una malattia che va oltre la mera condizione clinica, specialmente quando compaiono complicanze”.

“Il PNRR sottolinea il potenziamento dell'assistenza ospedaliera e territoriale, senza escludere il ruolo fondamentale degli ospedali. Si tratta di una prospettiva di maggiore prossimità e capillarità, con un'attenzione alla tecnologia e alla formazione dei professionisti. L'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali è essenziale, così come la cooperazione con il volontariato”.

“L'innovazione è un aspetto cruciale, ma deve essere accompagnata da un'adeguata formazione degli operatori e dei pazienti. La telemedicina rappresenta il futuro, e il suo successo dipende non solo dalla tecnologia, ma anche dall'organizzazione, dalla formazione e dall'adozione appropriata.

“La telemedicina non riguarda solo l'aspetto tecnologico ma anche l'adozione di nuovi modelli organizzativi che favoriscano la continuità assistenziale e l'assistenza al domicilio”.



“La prevenzione, soprattutto l'educazione sanitaria, è cruciale per affrontare il passaggio dal fattore di rischio alla malattia e dalla malattia alla disabilità. È necessario definire in modo chiaro gli attori responsabili della prevenzione e come verrà organizzata”.

“Infine, si è sottolineata l'importanza della formazione e della disponibilità di risorse per la transizione verso un sistema di sanità digitale, con particolare attenzione alla telemedicina. La formazione, l'organizzazione e il coinvolgimento delle istituzioni locali sono fondamentali per il successo di queste iniziative. Un gruppo di lavoro presso il Ministero ha sviluppato una metodologia di monitoraggio dei PDTA, il che rappresenta un passo avanti nella gestione delle patologie croniche”.

Luigi Sparano, Segretario Provinciale Fimmg Napoli

“Se ritorniamo a quello che vi è stato detto prima sul decreto 16 della Regione Campania, che ha istituito le AFT e ha chiaramente un inizio già negli anni precedenti, noi non siamo più nel 2013. Siamo andati oltre. Dall'inizio della gestione integrata, è passato molto tempo”.

“C'è stato uno sviluppo notevole di una serie di condizioni che, però, ci determinano la necessità di fare un'ulteriore rivoluzione. Nel 2020, proprio all'inizio della pandemia, abbiamo siglato in Campania un accordo rivoluzionario che portava l'obbligatorietà di partecipazione per gli attuali 3200 medici di medicina generale.

Nel 2013 eravamo 4200. Quindi, si parla, cercherò di riassumere rapidamente: questi numeri sono importanti quando si parla molto della carenza dei medici. Non è soltanto una carenza di medici, ma è una carenza di medici di medicina generale”.

“Noi abbiamo un rapporto numerico tra i medici e la popolazione in altre nazioni d'Europa simile a quello dell'Italia. Tuttavia, Purtroppo, c'è una pericolosa deriva che sta scardinando il primo livello. Un primo livello che non solo ha bisogno di risorse umane, ma anche di nuovi medici. Quindi, abbiamo bisogno di nuovi medici che faranno questa professione. Nei prossimi tre anni perderemo altri 2600 medici”.



“Oggi siamo 3300. Negli ultimi tre anni, sono stati formati 600 nuovi medici. Questo significa che la formazione e la conoscenza di tutta la progettualità che è stata fatta in Campania non sono note almeno alla metà dei medici attualmente in servizio.

Quindi, i risultati, se li andiamo a leggere, non sono deludenti. Sono risultati su cui si può basare un ulteriore futuro. Anzi, prendo anche gli assist che sono stati dati dal professore Bellastella su ciò che è la necessità di allearci, perché il diabete ci coinvolge tutti. Abbiamo la necessità di trovare anche una modalità semplice di parlare con la popolazione”.

Tiziana Spinosa, *Direttrice del Distretto 25 Referente per la Diabetologia ASL Napoli Centro*

“La rete è un concetto complesso, molto teorico. Vengo dalla recente esperienza della Rete Oncologica Campana, che ha avuto un grande punto di forza: la realizzazione di una piattaforma informatizzata che ha collegato tutti i punti della rete. Sinceramente, con grande onestà intellettuale, nella diabetologia non parlerei proprio di "rete diabetologica" perché fondamentalmente non esiste.

Mentre il Decreto 98 del 2016 ha istituito la Rete Oncologica Campana con una valutazione anche di indicatori di processo ed esito, tutto ciò non esiste per quanto riguarda la parte diabetologica. Non c'è alcun documento di rete, anche se esistono punti di assistenza che si sono sviluppati in base alle esperienze locali e alla presenza di chi era più illuminato e sensibile al tema”.

“La Società Scientifica ha giocato un ruolo fondamentale. Ho visto come negli anni, in diverse branche della cronicità, la società scientifica abbia svolto un ruolo determinante nel sostituire una rete di professionisti, non solo specialisti in diabetologia, ma anche altre figure professionali.

Questa collaborazione è fondamentale, e la società scientifica ha anche contribuito a unire professionisti indipendentemente dal fatto che lavorino nel settore privato o pubblico. Questo ha permesso di confrontarsi su temi legati all'evidence-based medicine e all'assistenza”.



“Tutte le linee guida sono disponibili, e la Regione Campania ha preso in carico il Piano Nazionale diabete. Tuttavia, la realtà è diversa. Non abbiamo effettivamente monitorato le azioni del Piano Nazionale diabete, né le abbiamo inserite negli obiettivi generali come previsto dal Piano Nazionale della cronicità. Questo è un esempio di un ottimo esercizio di sanità pubblica teorico che non ha trovato attuazione pratica”.

“Nella mia esperienza come direttore di distretto, ho sempre messo al centro l'assistenza diabetologica come obiettivo principale, nonostante le difficoltà strutturali e logistiche. Ho cercato di creare un team diabetologico integrato, anche coinvolgendo infermieri diabetologi. Questo ha fatto la differenza.

Se ogni direttore di distretto perseguisse l'obiettivo di creare un centro antidiabete organizzato e multidisciplinare, potremmo avere più centri antidiabete. Ma dobbiamo fare in modo che la regione recepisca il Piano Nazionale diabete, e che ogni direttore di distretto risponda alla missione di costituire un centro antidiabete, come io ho fatto. Questo richiede un impegno concreto”.

“Dobbiamo lavorare affinché la regione adotti il Piano Nazionale diabete e assicuri la sua effettiva attuazione. Solo così potremo creare veri centri antidiabete che possano aiutare i pazienti a gestire al meglio la malattia”.



Con il contributo incondizionato di



Evento organizzato da



Con la collaborazione di



Comunicazione e redazione stampa
a cura di www.mondosanita.it

Registrati e ottieni le nostre
rassegne stampa in esclusiva

ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA

Francesca Romanin - 328 8257693
Cristiana Arione - 328 8443678

segreteria@panaceascs.com



MOTORE
SANITA

panacea



www.motoresanita.it

