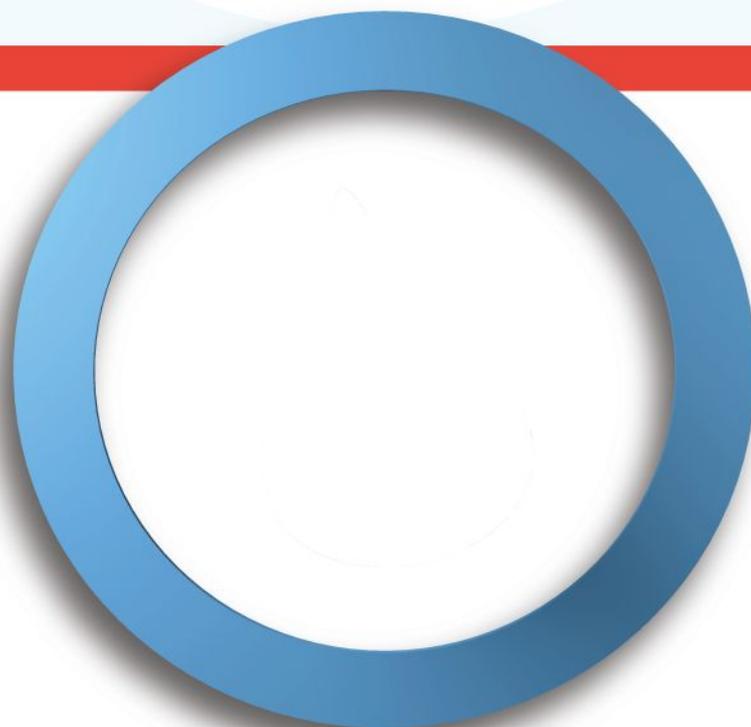


MOTORE
SANITÀ

DOCUMENTO DI SINTESI



www.motoresanita.it



LA PANDEMIA DIABETE T2

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

26 Ottobre 2023

dalle 9.30 alle 13.30

GENOVA

Best Western Plus City Hotel

Via di S. Sebastiano, 6

Con il patrocinio di



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 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 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

La Regione Liguria, come molte altre regioni, si trova ad affrontare una vera e propria pandemia diabete di tipo 2 (T2). Attraverso le dichiarazioni raccolte in questa chat, esamineremo i modelli organizzativi attuali, le criticità gestionali e le nuove opportunità di cura che possono emergere in questo contesto.

Modelli Organizzativi:

Le dichiarazioni rivelano un panorama complesso di modelli organizzativi, con una sfida chiave che emerge nella visione dicotomica tra la medicina territoriale e i centri specialistici.

Il confronto tra la medicina generale e i centri diabetologici suggerisce la necessità di un approccio complementare. L'idea di un percorso comune, coinvolgendo medicina generale e specialisti, potrebbe essere la chiave per affrontare questa complessità.

Criticità Gestionali

Le criticità gestionali si estendono dalle risorse professionali alla sostenibilità economica. L'incremento esponenziale dei casi di diabete T2 mette a dura prova le risorse professionali disponibili.

Inoltre, l'onere economico legato ai farmaci, dispositivi e gestione delle complicanze richiede una riflessione approfondita sulla sostenibilità del sistema. Le liste d'attesa e i livelli prestazionali emergono come ulteriori sfide, richiedendo un'attenta pianificazione delle risorse e un approccio basato sui dati di attività.

Nuove Opportunità di Cura:

Nonostante le sfide, emergono anche nuove opportunità. L'idea di un percorso personalizzato, basato su Programmi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), può fornire una guida nella gestione del diabete T2. Inoltre, la tecnologia e l'innovazione, come l'uso di dati digitali e piattaforme informatiche, possono migliorare l'efficienza e la qualità della cura.



La sensibilizzazione e l'azione lobbistica sono fondamentali per coinvolgere la società nella prevenzione e ridurre la prevalenza del diabete T2.

Conclusioni:

In conclusione, la pandemia di diabete T2 in Regione Liguria richiede una risposta integrata. Modelli organizzativi migliorati, una gestione efficace delle risorse e l'adozione di nuove opportunità di cura possono contribuire a mitigare gli impatti della pandemia.

Affrontare la dicotomia tra medicina territoriale e specialistica, implementare PDTA personalizzati e sfruttare la tecnologia sono passi chiave per un futuro più sostenibile nella gestione del diabete T2 in Liguria.



ACTION POINTS

- **Sviluppo di un Percorso Integrato:**
 - Favorire la collaborazione tra la medicina territoriale e i centri specialistici per creare un percorso integrato di gestione del diabete T2.
 - Implementare PDTA personalizzati che tengano conto delle specifiche esigenze dei pazienti diabetici, coinvolgendo sia medici generalisti che specialisti.

- **Ottimizzazione delle Risorse:**
 - Condurre un'analisi approfondita delle risorse professionali necessarie e valutare la possibilità di creare nuovi ruoli, come diabetologi di base o figure specializzate per la gestione del diabete.
 - Esplorare strategie di gestione delle liste d'attesa per garantire un accesso tempestivo alle visite e agli esami necessari.

- **Innovazione Tecnologica:**
 - Investire in tecnologie digitali e piattaforme informatiche per migliorare l'efficienza nella gestione dei dati dei pazienti e facilitare la comunicazione tra i vari attori del sistema sanitario.
 - Esplorare soluzioni tecnologiche per il monitoraggio remoto dei pazienti diabetici, consentendo un follow-up più attivo e personalizzato.

- **Sensibilizzazione e Educazione:**
 - Avviare campagne di sensibilizzazione sulla prevenzione del diabete T2, coinvolgendo la comunità, le scuole e le aziende.
 - Implementare programmi educativi nelle scuole per promuovere stili di vita sani, inclusa un'alimentazione equilibrata e l'importanza dell'attività fisica.



- **Collaborazione con il Settore Privato:**
 - Stabilire partenariati con il settore privato, inclusi laboratori e strutture mediche private, per garantire l'integrazione dei dati e la condivisione delle informazioni sui pazienti.
 - Esplorare opzioni di finanziamento con il settore privato per sostenere iniziative di prevenzione e gestione del diabete T2.

- **Monitoraggio Continuo e Valutazione:**
 - Implementare sistemi di monitoraggio continuo per valutare l'efficacia delle nuove iniziative e apportare regolari aggiornamenti in base ai risultati ottenuti.
 - Coinvolgere le comunità locali nella valutazione delle iniziative, raccogliendo feedback e adattando le strategie in base alle esigenze emergenti.

- **Promozione della Ricerca e Innovazione:**
 - Sostenere la ricerca scientifica sul diabete T2, incentivando progetti innovativi e collaborazioni tra istituti di ricerca, università e strutture sanitarie.
 - Favorire la partecipazione attiva della Regione Liguria a progetti nazionali e internazionali per l'avanzamento della conoscenza e delle pratiche nella gestione del diabete.



ESTRATTO DICHIARAZIONI

Introduzione di scenario

Carlo Tomassini, Direzione Scientifica Motore Sanità

“Oggi esploreremo vari temi e dimensioni legate a questa patologia. Il mio ruolo è quello di moderare la sessione e presentare brevemente i fili conduttori degli argomenti che affronteremo durante la tavola rotonda.

Vorrei sottolineare che il diabete è un punto chiave nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria per le malattie croniche, richiedendo una responsabilità particolare da parte della comunità diabetologica”.

“Il diabete, oltre agli aspetti fisiopatologici, è influenzato da determinanti sociali, economici, industriali, ambientali, alimentari e legati all'attività fisica. La connessione di questi elementi è cruciale per migliorare la qualità della vita e delle cure”.

“Nella gestione interna, si passa da un approccio individualistico a forme di collaborazione, cooperazione e integrazione. La comunità diabetologica rappresenta un modello da emulare per altre patologie croniche, con la responsabilità di mostrare i risultati raggiunti”.

“Riguardo all'impatto epidemiologico del diabete, la prevalenza è in aumento, con una stima del 6%. L'obiettivo è comprendere la persona con diabete, spesso sovrappeso, ipertesa, con dislipidemia e uno stile di vita sedentario o fumatore. Le complicanze, se non controllate, influiscono sull'aspettativa di vita e comportano un impatto economico significativo”.

“L'innovazione tecnologica, sia nei dispositivi che nei farmaci, offre nuove prospettive. L'intensificazione della terapia può ridurre le complicanze e i costi associati.

Tuttavia, sfide come l'accesso disomogeneo alle strutture di diabetologia, l'attuazione disomogenea dei piani regionali diabete, la mancanza di condivisione dati e l'accesso variegato a nuovi farmaci e dispositivi richiedono attenzione”.



“Il panorama terapeutico attuale è promettente, ma occorre affrontare le sfide organizzative e di innovazione per garantire un modello di cura ottimale per il diabete.

I punti critici includono l'accesso alle strutture, l'implementazione dei piani regionali, la condivisione dati, la formazione su farmaci e dispositivi, e il rapporto tra la medicina diabetologica e quella generale.

Durante la tavola rotonda, esploreremo le esperienze regionali, discuteremo delle sfide e cercheremo soluzioni per migliorare il controllo della patologia”.

Saluti Istituzionali

Filippo Analdi, Direttore Generale Alisa Regione Liguria e Professore Ordinario Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Genova

“Stiamo attraversando un momento cruciale, come giustamente sottolineato dal quadro epidemiologico che evidenzia un aumento di incidenza e prevalenza del diabete.

Utilizzando la nostra banca dati assistita (BDA), possiamo analizzare l'impatto del diabete sui soggetti classificati attraverso meccanismi di spesa o contatto col sistema sanitario. I criteri di definizione del diabete sono riconosciuti a livello internazionale, eliminando problemi di definizione”.

“Tuttavia, notiamo una disomogeneità significativa nella prevalenza del diabete tra diverse popolazioni, come evidenziato dai dati standardizzati per età a Genova. Questa disomogeneità non è solo influenzata da fattori di rischio diversi, ma anche da disparità nell'accesso alle cure. Garantire un accesso equo è fondamentale per affrontare i bisogni inespressi e promuovere un sistema sanitario più equo”.

“Negli anni a venire, ci troveremo in un momento centrale, discutendo di medicina della precisione, personalizzazione e tecnologie. La sostenibilità diventa cruciale, poiché le previsioni indicano un finanziamento pubblico stabile, rendendo necessario proporre soluzioni innovative”.



“La rete di prossimità, le case di comunità e il potenziamento dei servizi farmaceutici sono strumenti indispensabili per garantire la presa in carico precoce e prevenire complicanze costose. La regionalizzazione del progetto di presidi per diabetici e lo sviluppo di nuovi Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono passaggi chiave verso una gestione più efficace del diabete”.

“Inoltre, la ricerca di indicatori universali è fondamentale per confrontare le diverse realtà e implementare azioni mirate. La partecipazione a progetti europei per identificare indicatori di aderenza e compliance ottimali in diverse patologie croniche dimostra il nostro impegno verso un approccio più globale e condiviso”.

Situazione epidemiologica Regionale e criticità gestionali nel diabete T2

Lucia Briatore, Vicepresidente AMD Regione Liguria

“In Italia, si stima che ci siano circa 3,5 milioni di persone con il diabete, di cui circa 1,5 milioni potrebbero non essere a conoscenza della loro condizione. Questi numeri sono aumentati notevolmente negli ultimi 20 anni, con un incremento di circa 1.360.000 casi. Come evidenziato nel grafico, l'incidenza del diabete aumenta con l'età, e oltre l'80% delle persone oltre gli 80 anni ha livelli elevati di glicemia”.

“Il quadro epidemiologico è eterogeneo, con una maggiore prevalenza nel sud rispetto al centro e al nord d'Italia. La pandemia da COVID-19 potrebbe aver influenzato questi numeri, con possibili impatti sulla diagnosi, terapia e attività generale. Ci sono anche differenze significative tra le regioni, evidenziando la necessità di considerare le disomogeneità nell'accesso alle cure”.

“Il diabete è influenzato da vari fattori di rischio, tra cui inattività, sedentarietà, alimentazione scorretta, eccesso ponderale, ipertensione, e ipercolesterolemia. La prevenzione precoce e l'intervento sui fattori di rischio sono cruciali, con particolare attenzione al fumo e all'obesità infantile”.

“La patologia del diabete è anche socioeconomica, con il disagio socioeconomico che aumenta l'incidenza. Le persone con diabete, soprattutto giovani, spesso rinunciano alle cure per motivi economici. Investire in sanità e istruzione è essenziale per la prevenzione”.



“La gestione efficace del diabete riduce il rischio di complicanze, ma le persone con diabete spesso rinunciano alle cure per ragioni economiche o liste d'attesa. L'educazione del paziente è fondamentale e dovrebbe essere parte integrante dell'organizzazione sanitaria”.

“I costi diretti del diabete sono elevati, con il sistema sanitario nazionale che spende oltre 9 miliardi di euro all'anno. A questi si aggiungono costi indiretti, come perdita di produttività e gestione delle complicanze. La mortalità è leggermente più alta nelle regioni meridionali”.

“Nella Regione Liguria, con una popolazione di circa 1,5 milioni, il 28,9% ha più di 65 anni. I dati del 2022 indicano che 70.000 persone hanno l'esenzione per il diabete. La prevalenza della malattia è del 7,2%, leggermente superiore alla media nazionale”.

“Il lavoro dei diabetologi è cruciale, e il passaggio a nuovi modelli organizzativi è necessario. La proposta prevede la creazione di una rete diabetologica basata su centri multiprofessionali, in grado di assistere circa 15.000 persone ciascuno.

La digitalizzazione e la collaborazione tra professionisti sanitari sono fondamentali. La proposta è parte di un patto parlamentare per il diabete che mira a migliorare il sistema attuale senza cancellare quanto già realizzato”.

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

Barbara Rebesco, Direttore SC Politiche del Farmaco A.Li.sa. Regione Liguria

“L'obiettivo della nostra struttura, che è la sfida dei sistemi sanitari del sistema sanitario nazionale e dei sistemi sanitari regionali, è garantire l'accesso. L'accesso deve essere capillare ed equo, requisiti imprescindibili che sono stati affrontati nella sessione precedente”.

“La sostenibilità è un attributo e un requisito che dobbiamo garantire per permettere l'accesso. Le strategie per realizzare questo obiettivo includono la proprietà e l'aderenza, assicurando la responsabilità dei sistemi sanitari per la qualità, sicurezza ed efficacia delle cure”.

“Quattro temi chiave che desidero condividere sono: il modello della nostra regione che promuove l'accesso e la capillarità attraverso la erogazione via DPC; l'incremento della spesa procapite, dei trattamenti e del costo medio; l'andamento dei consumi di farmaci antidiabetici; e l'analisi della nota 100 e dei piani terapeutici”.

“Riguardo alla prescrizione, si è notato un incremento del 42% nella nostra regione rispetto al 30% nazionale. L'analisi dei consumi mostra un aumento del 56% nella nostra regione rispetto al 35% nazionale, con un focus sugli inibitori di SGLT-2 e la prescrizione dei piani terapeutici”.

“Per quanto riguarda l'erogazione dei presidi per diabete attraverso la DPC, abbiamo esteso il progetto a tutta la regione dal primo giugno di quest'anno. Abbiamo implementato un sistema informatizzato per la prescrizione e la distribuzione, con un focus sulla sostenibilità e un monitoraggio continuo dell'aderenza”.

“Infine, abbiamo introdotto un nuovo accordo che comprende farmaci e strisce, definito un format per il principio di appropriatezza, e monitoriamo gli indicatori di aderenza per migliorare continuamente il nostro servizio”.

“Alcuni dati relativi al mese di settembre: 1 milione di strisce erogate, 1 milione di lancette, 600.000 aghi e 3.300 siringhe trattati. Circa 7.000 pazienti sono stati coinvolti. Nel settembre 2022, sotto il precedente accordo, i pazienti trattati erano 3.000, coerente con circa metà della popolazione della regione.



Dettaglio delle erogazioni per ASL mostra il tema della sostenibilità. Nonostante la gara, si prevede un risparmio di circa €2,00 rispetto all'anno precedente per lo stesso periodo”.

“Partecipazione a un progetto europeo su aderenza e coinvolgimento di stakeholder. Analisi SWAT che identifica punti di forza e debolezza. Punti di forza includono la struttura informatica regionale e la collaborazione tra cure primarie e ospedali. Punti di debolezza come l'eterogeneità territoriale e la necessità di migliorare la restituzione dei dati ai clinici”.

“Necessità di trasformare i punti deboli in opportunità, compresa una migliore coordinazione e un programma di prescrizione condiviso. L'eterogeneità territoriale e la mancanza di consapevolezza sull'aderenza sono rilevati come sfide”.

“La governance punta al miglioramento, con un focus su azioni culturali, coinvolgimento delle figure professionali e sviluppo di gruppi di lavoro sulla competenza prescrittiva”.

Alberto Agliodoro, Direttore Servizio di Endocrinologia Diabetologia e Malattie Metaboliche ASL 1 Imperiese Sistema Sanitario Regione Liguria

“Partiamo dal titolo dell'incontro: "Modelli organizzativi, criticità gestionali e nuove opportunità di cura". Esploriamo gli strumenti legislativi a disposizione, ricordando il piano nazionale diabete 2012, la legge regionale sul diabete, il piano nazionale unicità 2016 e il PDTA regionale sul diabete dell'adulto del 2015”.

“Collaborazione con il Territorio: Emerge la necessità di interazione e integrazione con il territorio. Progetti pilota con medici di famiglia volontari, soprattutto nelle case di comunità, stanno già andando avanti. L'obiettivo è stratificare il paziente in base all'intensità di cura”.

Prevenzione e Screening:

“Importanza della prevenzione, focalizzandosi sui fattori di rischio del diabete. Il ruolo chiave del medico di famiglia nell'effettuare screening opportunistici su una sottopopolazione a rischio”.



Gestione delle Liste d'Attesa:

“Equilibrio tra offerta e domanda. La collaborazione con il territorio è fondamentale per affrontare la questione delle liste d'attesa, considerando l'offerta limitata e la necessità di appropriatezza prescrittiva”.

Farmaci Innovativi:

“La prescrizione crescente di farmaci innovativi è positiva, ma c'è ancora margine di crescita. Si sottolinea l'importanza della disponibilità di questi farmaci per una popolazione diabetica ad alto rischio cardiovascolare”.

Dati Epidemiologici:

“Una precisazione sui dati epidemiologici del diabete in Liguria. I dati reali indicano un numero di pazienti superiore rispetto alle cifre ufficiali, e c'è un lavoro da fare per sensibilizzare e includere una quota più ampia di pazienti”.

Alessandro Bonsignore, Presidente OMCeO Genova

“Credo profondamente nell'importanza di questi eventi di confronto tra gli operatori che quotidianamente hanno a che fare con problematiche di salute, peraltro così rilevanti come il diabete che impatta quasi su un cittadino su 10.

Unendo ai ragionamenti che ho ascoltato poco fa, suggerisco che questi momenti di confronto, in cui giustamente lamentate delle criticità organizzative pratiche, possano vedere una traduzione scritta di proposte concrete”.

“In questo momento storico, potrebbero trovare effettivamente una soluzione, perché è lo stesso interlocutore politico che ce lo chiede. L'Ordine dei Medici, coinvolto nei tavoli di lavoro a livello nazionale e provinciale/regionale, potrebbe essere l'ente deputato a farsi tramite tra le proposte e le soluzioni che voi avete”.

“Certamente conoscendo le difficoltà che incontrate quotidianamente e quelle che sono le indicazioni politiche, il momento storico è favorevole.



Le case di comunità potrebbero effettivamente, se ben sfruttate e riempite di contenuti, rappresentare lo strumento ideale dove il medico di famiglia e lo specialista vanno a interfacciarsi, consentendo al cittadino di avere risposte in tempi rapidi”.

“Non solo un inquadramento diagnostico o una prevenzione, ma anche uno screening e una valutazione multidisciplinare che consente di completare l'iter di inquadramento del caso clinico in tempi molto più rapidi rispetto a oggi”.

“Proprio partendo da problematiche come il diabete, con così alta prevalenza, si possono iniziare a fare dei ragionamenti concreti. Auspico vivamente che il frutto del vostro dialogo e degli sforzi organizzativi possa tradursi in un documento operativo concreto, di cui l'Ordine sarà felice di fare tramite verso le istituzioni”.

“Affinché si possa vedere realizzato almeno qualcosa di quello che potrebbe migliorare la vostra qualità quotidiana nell'esercizio professionale, consentendovi di lavorare meglio e rispondere meglio alle esigenze dei cittadini.

In Liguria, servono soluzioni di prossimità e domiciliarità, e il mio messaggio è di sfruttare l'Ordine dei Medici territorialmente competente per farsi promotore e veicolatore verso le istituzioni di idee e proposte”.

“In Liguria abbiamo la fortuna di avere una grande facilità di dialogo con le istituzioni, e credo che questo possa facilitare la nostra regione a farsi promotrice di innovazioni positive in generale per la sanità italiana.

L'altro ruolo che l'Ordine può e deve ricoprire è quello di fare cultura nella popolazione. L'Ordine può essere in supporto a voi per far sì che tante situazioni vengano intercettate per tempo attraverso la prevenzione e gli screening”.

“Quindi, quanto l'Ordine può fare in supporto a voi per far sì che tante situazioni vengano intercettate per tempo attraverso la prevenzione e gli screening e prevenire quel ciclo di diagnosi e cura che comporta costi e liste di attesa, un sovraccarico di lavoro per voi. Credo che si possa intervenire anche a livello di informazione e cultura nei confronti della cittadinanza”.



Riccardo Campus, Presidente Provinciale SNAMI Genova, Segretario Regionale SNAMI Liguria

“Sono fermamente convinto che l'evoluzione della sanità debba avvenire nei prossimi anni, anche perché le sfide legate al calo demografico e all'invecchiamento della popolazione che stiamo già vivendo porteranno sicuramente a una redistribuzione della sanità in maniera differente”.

“Il mio intervento sarà molto breve, ma ho l'impressione che in tutta questa discussione manchi un elemento oggettivo che Filippo Analdi ha toccato, cioè l'aspetto economico e la riduzione della quantità di medici disponibili. Questi due aspetti stanno purtroppo proseguendo sulla loro strada senza alcuna inversione di tendenza da parte degli attuali e precedenti governi.

Questo ha determinato una carenza sia di manodopera, cioè di medici, sia di risorse finanziarie. La sanità, nel tempo, ha rappresentato, in maniera polemica, un "bancomat" per lo Stato. Invece di aumentare il finanziamento, il COVID ha rappresentato un'inversione di tendenza in Europa.

La Germania, ad esempio, ha aumentato dello 0,7% del PIL ogni anno a causa del COVID, mentre in Italia abbiamo deflazionato il finanziamento, andando contro la tendenza europea. Questo è uno dei primi problemi evidenziati da Analdi”.

“L'aspetto economico non è solo di tipo finanziario, ma pone comunque delle difficoltà. In secondo luogo, c'è il calo vertiginoso della professione medica. Quando si dice che bisognerebbe rimandare al medico di famiglia tante funzioni, è importante considerare se questa proposta è attuabile.

Lo studio del medico di medicina generale è pieno, e aumentare le funzioni è praticamente difficile. Il problema non è solo la disponibilità di spazi negli studi, ma il numero totale di medici disponibili sul territorio.

Secondo le stime dell'Istat, nei prossimi anni mancheranno 15.000 medici all'anno. Siamo già in una carenza di 15.000 medici, e ci sono zone in cui il medico di famiglia non è presente, lasciando una quota di popolazione senza assistenza”.



“Questi sono limiti oggettivi su cui bisogna riflettere per costruire la sanità futura. Se abbiamo un problema di carenza di medici, gestire il diabete sarà il meno dei nostri problemi.

Sarà un problema gestire la distribuzione di farmaci come il Ramipril. Sono preoccupato perché, nonostante ci siano progetti interessanti, entusiasti e positivi, la realtà potrebbe trovarsi di fronte a una carenza di personale medico, soprattutto nelle zone rurali come l'entroterra della Liguria”.

Giuseppe Castello, Vice Presidente Federfarma Liguria, Presidente Federfarma Genova, Presidente ordine dei Farmacisti Genova

“Per sottolineare il ruolo che la farmacia e il farmacista possono avere nel migliorare la gestione della pandemia, considerando l'alto impatto del diabete sulla popolazione, condivido alcuni dati.

Dal confronto con il collega Enrico Torre e da un monitoraggio, emerge che il 32% dei pazienti diabetici si rivolge esclusivamente al centro diabetologico, il 31% al medico di medicina generale, mentre il 3% si rivolge ad altri specialisti e il 2% non segue alcun trattamento”.

“Nel 2019, 5654 farmacie in tutto il paese hanno monitorato 16753 pazienti diabetici. Interessante notare che il 25% dei pazienti risultava scarsamente aderente alla terapia, mentre due su tre non seguivano la terapia prescritta. La fascia di età più rappresentativa era tra i 65 e 75 anni, con il 55% di pazienti maschi.

Solo il 70% effettuava il monitoraggio della glicemia. I pazienti over 74 erano il 41% e risultavano più aderenti alla terapia. La conoscenza del farmaco migliorava notevolmente l'aderenza alla terapia”.

“Rispetto al ruolo delle farmacie nel 2019, esse hanno monitorato oltre 160.000 persone, individuando 4400 diabetici e quasi 19.000 casi di prediabete. Questo dimostra il ruolo imprescindibile delle farmacie nella lotta al diabete.



L'accesso facilitato alle farmacie non solo per i farmaci, ma anche per servizi, si sta sviluppando positivamente. È fondamentale riconoscere il ruolo complementare tra farmacisti e medici di medicina generale”.

“Inoltre, uno studio del 2017 ha mostrato che la formazione del farmacista aumenta l'aderenza alla terapia, sottolineando l'importanza della formazione continua. I farmacisti possono svolgere un ruolo chiave nella prevenzione, nello screening e nell'aderenza alla terapia. La farmacia dei servizi deve essere supportata con formazione a livello locale e nazionale”.

“I fondi dedicati alla farmacia dei servizi, specialmente nello screening, potrebbero contribuire significativamente alla prevenzione e al controllo del diabete. Estendere servizi come la misurazione dell'emoglobina glicata in farmacia potrebbe essere un passo avanti nell'offerta di servizi utili per pazienti diabetici”.

Angelo De Pascale, Presidente SID, Regione Liguria

“Vorrei sottolineare la questione dei modelli organizzativi e delle criticità gestionali. Un'indagine condotta dalla Società Italiana di Diabetologia su accesso alle cure e ai presidi tra le varie regioni ha rivelato una situazione complessa, con 21 "repubbliche sanitarie" che creano disparità nella concessione di farmaci e presidi. All'interno di queste repubbliche, le ASL, come sottorepubbliche, prendono decisioni divergenti, generando ulteriori complessità”.

“La regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, avvenuta con la modifica del titolo Quinto della Costituzione, ha creato disfunzioni difficili da risolvere. La lotta politica tra autonomia regionale e necessità di standardizzazione a livello nazionale rende il problema complesso”.

“Passando alla malattia diabetica in sé, l'accento dovrebbe essere posto sulla prevenzione e sulla promozione di modelli culturali sani. Ad esempio, il tasso di obesità infantile e adolescenziale, particolarmente alto nel Sud Italia, evidenzia la necessità di interventi educativi nelle scuole”.



“L'educazione è fondamentale per prevenire le complicanze legate all'obesità e al diabete, riducendo così i costi sociali e sanitari. Tuttavia, esiste una sottovalutazione culturale della malattia diabetica, che influisce sull'aderenza alla terapia. È importante che il medico diabetologo si occupi non solo della glicemia ma anche delle complicanze cardiovascolari, nefrologiche e altre”.

“Infine, occorre affrontare il problema dell'aderenza bassa alla terapia. Una possibile causa potrebbe essere la percezione limitata della gravità del diabete nel contesto culturale generale. La figura del diabetologo dovrebbe essere vista come un medico più ampio, coinvolto nella gestione delle varie complicanze”.

“La spesa sanitaria deve essere analizzata in modo olistico, considerando costi diretti e indiretti. L'inappropriatezza nelle prescrizioni e la medicina difensiva devono essere affrontate per ottimizzare le risorse e migliorare l'efficacia delle cure”.

Mario Monachesi, Direttore Endocrinologia e diabetologia, ASL 2 Sistema Sanitario Regione Liguria

“Molto importante, secondo noi, è creare un ambulatorio che possa essere il punto di coniugazione tra i pazienti dimessi e quelli che devono ancora arrivare sul territorio. Questo, soprattutto, per rivalutare il trattamento, poiché la riconciliazione terapeutica è fondamentale per raggiungere gli obiettivi terapeutici”.

“Volevo parlare brevemente di tre argomenti: liste di attesa, telemedicina e aderenza terapeutica. Per quanto riguarda le liste di attesa, ammettiamo di avere qualche giorno di ritardo, in parte dovuto alle visite di controllo, spesso inappropriatamente lunghe. Stiamo discutendo con la Regione per consentire ai medici di medicina generale di prescrivere presidi, alleggerendo così le liste di attesa”.

“Il secondo punto riguarda la telemedicina, un progetto recentemente avviato a Savona. È incentrato sui teleconsulti tra operatori sanitari, mirato agli ospiti di strutture RSA e anziani fragili. La missione è semplificare la terapia e migliorare la qualità di vita”.



“Infine, sull'aderenza e sui farmaci innovativi, riteniamo importante il concetto di "treat to satisfaction". Questo può essere raggiunto attraverso l'intensificazione e la semplificazione della terapia. L'uso di farmaci innovativi, come formulazioni precostituite, può migliorare l'aderenza e risultare sostenibile dal punto di vista dei costi”.

“Rispondendo alla domanda sulla valutazione di un ambulatorio condiviso tra specialisti, ritengo che, se il centro è all'interno dell'ospedale, è possibile. Abbiamo esperienze positive in tal senso a Savona con progetti come il "ponte" per lo scompenso cardiaco, che coinvolge direttamente gli oculisti. Tuttavia, al di fuori dell'ospedale, è un percorso che richiede organizzazione”.

Michele Nannei, Referente FAND, Regione Liguria

“Com'è possibile che nella regione Liguria ci siano 108.000 diabetici e poco più di 70.000 presi in carico? Questa è una domanda quasi più politica che medica, e il tema deve trovare una soluzione nel fatto che abbiamo innanzitutto delle strutture che funzionano bene. I centri diabetologici sono un caposaldo del sistema per far fronte al tema del diabete e devono essere migliorati”.

“Il dottor Tor ha indicato che non ci sono liste d'attesa per quanto riguarda la AZL 3. La domanda è: come mai poi queste persone spariscono nel nulla? Parlo in prima persona, nel momento in cui un diabetico si avvicina al centro diabetologico, vorrebbe, condizionale d'obbligo, poter trovare in un'unica giornata una soluzione per le sue necessità.

Parlo banalmente del rinnovo della patente. Un esempio: devo fare il rinnovo della patente, sono diabetico, devo andare al centro diabetologico, avere la prescrizione del diabetologo, fare la visita cardiologica, avere la visita dell'oculista. Quanto tempo impiego? Nel senso che può succedere di tutto in quel giorno.

Posso essere fortunato e risolvere tutto, oppure no. Inizia una trafila infernale che molte volte una persona con una diagnosi di diabete tipo 2, fatta in modo banale, non riesce a percepire la malattia come tale. La percezione della massa è spesso "non metto più lo zucchero nel caffè", ma non capiscono che il diabete è insidioso”.



“Il diabete è insidioso, e la prospettiva cambia se non si prende cura di sé. Il centro diabetologico dovrebbe offrire un supporto psicologico immediato, spiegando che il diabete è una malattia da gestire per evitare complicazioni future. Il diabete è stratificato, e il centro diabetologico deve definire i limiti entro cui è giusto o non è giusto rivolgersi a esso”.

“Il tema diventa banale ma drammatico, perché se la maggior parte delle persone percepisce il centro diabetologico come un ostacolo alla vita quotidiana, la gente sparisce. Il 30% delle persone con diabete che non si curano o non è gestito correttamente rappresenta un'enormità.

Il centro diabetologico dovrebbe essere il fulcro del sistema, dove concentrare tutto. La percezione della gente deve cambiare, e il centro diabetologico deve garantire che il diabetico sia in condizioni di salute per svolgere qualsiasi mansione”.

“Il problema della percezione, della cultura e del timore crea problemi. I diabetici possono nascondersi e non curarsi, ma i costi derivanti dai disastri provocati dal diabete non gestito sono enormi.

Il tema non è solo farmaci o centri diabetologici, ma le cure successive ai disastri. Il microinfusore o altro diventa irrilevante sul bilancio complessivo, ma migliora la vita del diabetico”.

Giuseppe Noberasco, Referente SIMG, Regione Liguria

“Il diabete è una problematica con numeri significativi, e il Piano Nazionale per la Cronicità ha sollevato il problema di almeno 12 cronicità. Il Medico di Medicina Generale deve affrontare tutte queste sfide. Il ruolo del diabetologo è un centro di riferimento culturale e organizzativo, forse anche un leader di ricerche cliniche”.

“C'è un problema quando il diabetologo finisce per fare il medico di famiglia del paziente diabetico. Questo è un errore del sistema, sprecando risorse. La medicina generale può essere sfruttata meglio, con la cartella clinica informatizzata che nutre le piattaforme regionali. La medicina generale dovrebbe essere di indirizzo culturale, non solo basata su visite standard”.



“È importante evitare ricicli che fanno perdere tempo e soldi. La gestione dei diabetici dovrebbe essere semplificata, ad esempio con l'uso di piattaforme regionali e flussi informatici automatici”.

“La medicina generale dovrebbe essere pronta a dare consulenza ai pazienti gravi, con dati e indicatori di processo e risultato. La cartella clinica dovrebbe alimentare automaticamente queste piattaforme regionali per una gestione più efficiente”.

“Inoltre, si è parlato della necessità di costruire e compilare il Documento di Piano di Cura (DPC) per i diabetici. Questo dovrebbe essere semplificato, evitando procedure complesse. L'esenzione per il diabete dovrebbe essere gestita in modo efficiente, evitando sprechi di risorse”.

“Il modello chronic care Model della Toscana è stato un successo, e i centri diabetologici sono un punto di baricentro essenziale in questo percorso. La condivisione dei dati tra centri di riferimento e la medicina generale è cruciale per una gestione più integrata dei pazienti diabetici”.

“Infine, si è sottolineato che la medicina generale deve essere pronta per l'emergenza e che bisogna ottimizzare le risorse disponibili. La sanità pubblica deve essere gestita in modo efficiente e sostenibile”.

Alessandro Sarteschi, Direttore Farmaceutica ASL 5 Sistema Sanitario Regione Liguria

“Mi aggancio solo ad alcune tre cose che ritengo importanti. Innanzitutto, la legge attuale sul diabete, la legge 115, è obsoleta, considerando che è datata di molti anni fa. Le leggi sono cruciali, e buone leggi portano a buoni risultati. Ritengo necessario un nuovo quadro normativo per la patologia diabetica, che coinvolge un gran numero di persone e comporta notevoli costi per il nostro paese”.

“Un altro punto su cui ci confrontiamo in questo periodo è il cambiamento del panorama farmaceutico. Notiamo che molti farmaci diventano difficili da reperire, spesso a causa di un uso improprio in altri mercati.



Ad esempio, gli antidiabetici, utilizzati negli Stati Uniti per dimagrire, ora sono difficili da trovare in tutto il mondo. Questo pone l'accento sull'importanza di utilizzare correttamente le risorse”.

“Infine, vorrei evidenziare un cambiamento significativo avvenuto recentemente in Liguria. La regione si è distinta per l'attenzione dedicata ai diabetici, erogando nuove tecnologie come sensori e microinfusori.

Sebbene queste nuove tecnologie siano costose, il costo si sta spostando su di esse, con le strisce che diventano meno costose grazie alle gare d'appalto. Queste nuove tecnologie presentano sfide, richiedendo investimenti e affinamenti”.

“Ultimo aggiornamento in Liguria: la distribuzione di presidi per diabetici tramite le farmacie è iniziata. Questa è un'importante iniziativa che potrebbe migliorare la regolarità della cura e l'aderenza, soprattutto per i pazienti che vivono in piccoli centri. Da quanto posso vedere come rappresentante di una piccola ASD, è stata un'esperienza positiva”.

Andrea Stimamiglio, Segretario FIMMG, Regione Liguria

“Vorrei concentrarmi su due aspetti principali. Innanzitutto, vorrei evidenziare il carico di lavoro. Questa diapositiva, proveniente da una tesi di laurea in medicina, illustra che in Liguria ogni giorno 50.000 abitanti si rivolgono al loro medico di famiglia. Questo sottolinea l'importanza di affrontare l'emergenza diabetica considerando il notevole carico di lavoro”.

“Parlando dell'organizzazione, la diapositiva riguardante il DM 77 è un caos incredibile. Bisogna intersecare diverse realtà, come i comuni con 30.000 abitanti, le case di comunità con 40-50.000 abitanti, l'ospedale di comunità con 100.000 abitanti e il distretto con una centrale operativa che coinvolge 100.000 abitanti. Questa complessità organizzativa sarà affrontata più approfonditamente in un progetto futuro”.



“Passando all'ambito pratico, ci stiamo concentrando su come mettere in comunicazione gli studi "spoke" con un "HUB centrale" attraverso la comunicazione informatica. Questo progetto mira a destinare un medico di famiglia o un medico di continuità assistenziale 24 ore al laboratorio centrale. Questo professionista avrebbe il compito di sgravare i punti soccorsi dai ricoveri o dagli accessi impropri”.

“Proponiamo inoltre un progetto di aggiornamento per gli specialisti che lavorano nel laboratorio e i medici di famiglia negli "spoke". Questo favorirebbe una maggiore interazione e coordinamento per risolvere i problemi dei pazienti”.

“Affrontando la questione delle cronicità, non vogliamo limitarci al diabete. Vorremmo proporre a livello regionale un approccio alle cronicità che coinvolga la medicina di iniziativa attiva. Questo richiede un finanziamento specifico per Società di Servizi per supportare medici e specialisti nella gestione dei pazienti”.

“Infine, vorremmo riproporre un vecchio percorso del diabete, personalizzato e discusso con le società scientifiche. Questo percorso deve essere adeguato alle esigenze specifiche del paziente e prevedere un sostegno da parte di società di servizi per semplificare la gestione dei dati e dei pazienti”.

“In sintesi, stiamo cercando di affrontare le sfide legate all'emergenza diabetica e alle cronicità in modo organizzato e coordinato, cercando soluzioni pratiche e sostenibili”.



Con il contributo incondizionato di



Evento organizzato da

Con la collaborazione scientifica 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@panaceasc.com



MOTORE
SANITA

panacea

f X @ y in

www.motoresanita.it

