

PNRR E DIABETE

Vincenzo Provenzano

Introduzione di Scenario

Il diabete da molti viene definita "la malattia cronica" poiché il suo impatto gestionale è davvero rappresentativo di una cronicità complessa a 360°. Esso rappresenta la prima causa di cecità, la prima causa di amputazione non traumatica degli arti inferiori, la seconda causa di insufficienza renale terminale fino alla dialisi o al trapianto, la concausa di metà degli infarti e degli ictus.

Diabete e Accesso all'innovazione in Europa, in Italia, nelle Regioni, nei Territori

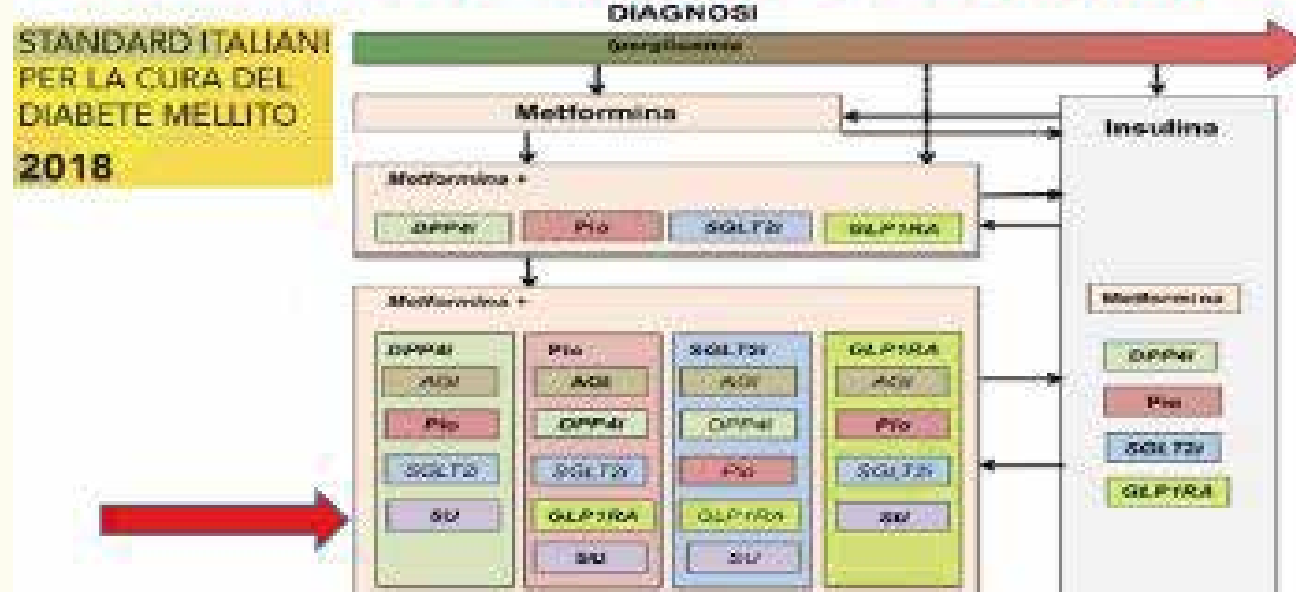
Negli ultimi anni la ricerca ha prodotto nel campo del monitoraggio e della cura del diabete molti strumenti innovativi, che però a tutt'oggi nei diversi territori regionali Italiani non hanno avuto un accesso equo ed uniforme. Se paragonata ad altri paesi su questo aspetto come sulla rimborsabilità ed eleggibilità il nostro paese resta fanalino di coda. Tutto ciò nonostante le oramai innumerevoli evidenze scientifiche pubblicate.

Le condizioni di accesso e rimborsabilità di alcune classi di antidiabetici orali in Italia sono le più restrittive tra i BIG EU

Paese	Rimborsabilità	Condizioni	Tetto di spesa	Piano Terapeutico	1° prescrizione da parte MNG
	✓	Rimborsato in associazione nei valori di HbA _{1c} compresi tra 7,5 e 8,5 e in monoterapia nei pts con IRC moderata/severa (a partire da livelli di HbA _{1c} >7%).	✓	✗	✗
	✓	Tutte le indicazioni rimborsate, meno la monoterapia.	✓	✓	✓
	✓	Tutte le indicazioni rimborsate.	✓	✓	✓
	✓	In add on ad altre terapie (continuazione dopo 6 mesi se registrata riduzione di almeno 0,5% di HbA _{1c}).	✓	✓	✓
	✓	Tutte le indicazioni rimborsate.	✓	✓	✓

Modificato da The European House - Ambrosetti su dati IDEF, 2014

Standard cura diabete 2018 AMD/ SID



Situazione a livello internazionale: accesso all'innovazione

- Ad oggi in Italia si stimano poco più di 130.000 persone con diabete che adottano un sensore per il monitoraggio glicemico; questo dato corrisponde al 4% di tutti i diabetici ed a circa il 20% di quelli in trattamento insulinico intensivo (multi-iniettivo sia di tipo 1 che di tipo 2).
- Anche considerando solo questo sottogruppo che necessita, come da linee guida, di frequenti controlli giornalieri, ne consegue che 4 pazienti su 5 ricorrono, ancora oggi, a meccanismi di monitoraggio tradizionali (strisce e lancette pungidito).

HEALTHCARE SYSTEM RANKINGS: NORTHERN EUROPE SCORES HIGHEST

Rank	Country	Patient Rights & Info	Accessibility	Outcomes	Range & Reach of Services	Prevention	Drug Access
1	Switzerland	8 th	1 st	1 st	14 th	11 th	3 rd
2	The Netherlands	1 st	11 th	6 th	1 st	2 nd	1 st
3	Norway	1 st	25 th	1 st	3 rd	1 st	6 th
4	Denmark	2 nd	11 th	4 th	3 rd	11 th	6 th
5	Belgium	15 th	2 nd	7 th	6 th	5 th	13 th
6	Finland	8 th	20 th	1 st	3 rd	5 th	6 th
7	Luxembourg	21 st	5 th	7 th	7 th	11 th	13 th
8	Sweden	6 th	31 st	4 th	1 st	5 th	6 th
9	Austria	12 th	10 th	7 th	9 th	16 th	6 th
10	Iceland	3 rd	5 th	13 th	9 th	3 rd	24 th
11	France	15 th	5 th	12 th	9 th	20 th	3 rd
12	Germany	16 th	17 th	7 th	21 st	5 th	1 st
13	Portugal	12 th	17 th	13 th	15 th	16 th	6 th
14	Czech Republic	12 th	10 th	18 th	9 th	29 th	19 th
15	Estonia	3 rd	5 th	25 th	15 th	25 th	19 th
16	United Kingdom	6 th	33 rd	18 th	7 th	2 nd	6 th
17	Slovakia	8 th	5 th	20 th	23 rd	25 th	18 th
18	Serbia	12 th	3 rd	25 th	28 th	20 th	19 th
19	Spain	23 rd	31 st	13 th	15 th	5 th	13 th
20	Italy	26 th	25 th	12 th	24 th	5 th	26 th

Le complicanze del diabete determinano un altissimo impatto sui costi e sulla produttività

Le complicanze associate al diabete non controllato hanno un impatto negativo sulla qualità di vita dei pazienti (QoL) essendo la prima causa di malattie cardiovascolari, renali, degli occhi e degli arti inferiori. Purtroppo però ancora oggi quasi il 50% dei pazienti con diabete di tipo 2 risultano non adeguatamente controllati.

Il diabete è una priorità di intervento considerando l'elevato carico assistenziale ed economico

In relazione ai costi diretti, la voce preponderante è sempre rappresentata dalle ospedalizzazioni rendendo esplicita l'esigenza di agire sulla prevenzione delle complicanze con l'obiettivo di ridurre la spesa sanitaria. I costi di gestione di un paziente sono pari a circa 3.000€ annui con crescita esponenziale in caso di complicanze. A questi costi vanno aggiunti gli enormi costi indiretti a carico di pazienti, caregivers e collettività. Se opportunamente governata, l'innovazione tecnologica nel diabete può migliorare gli outcome clinici e ridurre sensibilmente i costi diretti e indiretti. I nuovi farmaci e gli innovativi device per il monitoraggio glicemico (rt-CGM, FGM) hanno ampiamente dimostrato di migliorare il controllo glicemico e conseguentemente ridurre ospedalizzazioni e costi di gestione. Ancora oggi però in Italia il fenomeno dell'inerzia terapeutica genera un impatto clinico importante sulla gestione del paziente diabetico aggravata da una situazione frammentata a livello regionale di equità di accesso all'innovazione.

Accesso e gestione condivisa delle terapie innovative a livello territoriale: come ridurre l'attuale burocratizzazione del sistema, dalle note AIFA ai piani terapeutici

Nel corso degli anni nell'ambito diabetologico si è creata una problematica rispetto ai farmaci innovativi. Infatti, vengono considerati innovativi dei farmaci che addirittura sono in scadenza di brevetto. Nel contempo però sono usciti nuovi farmaci anche più efficaci, creando un sistema burocratico che rende la prescrizione da parte del diabetologo (ed in alcuni casi da parte del medico di medicina generale (MMG) farraginosa e che molto spesso spinge i medici a prescrivere i farmaci più comuni e quindi meno costosi. Se da un lato la burocrazia è necessaria per governare i processi sanitari, dall'altro la burocrazia non può e non deve essere utilizzata come strumento per limitare la prescrizione di determinate terapie. MMG e Specialisti chiedono quindi una riflessione da parte dei decisori per definire una volta e per tutte quali piani terapeutici si possono applicare senza barriere burocratiche.

Il ruolo delle Case di Comunità

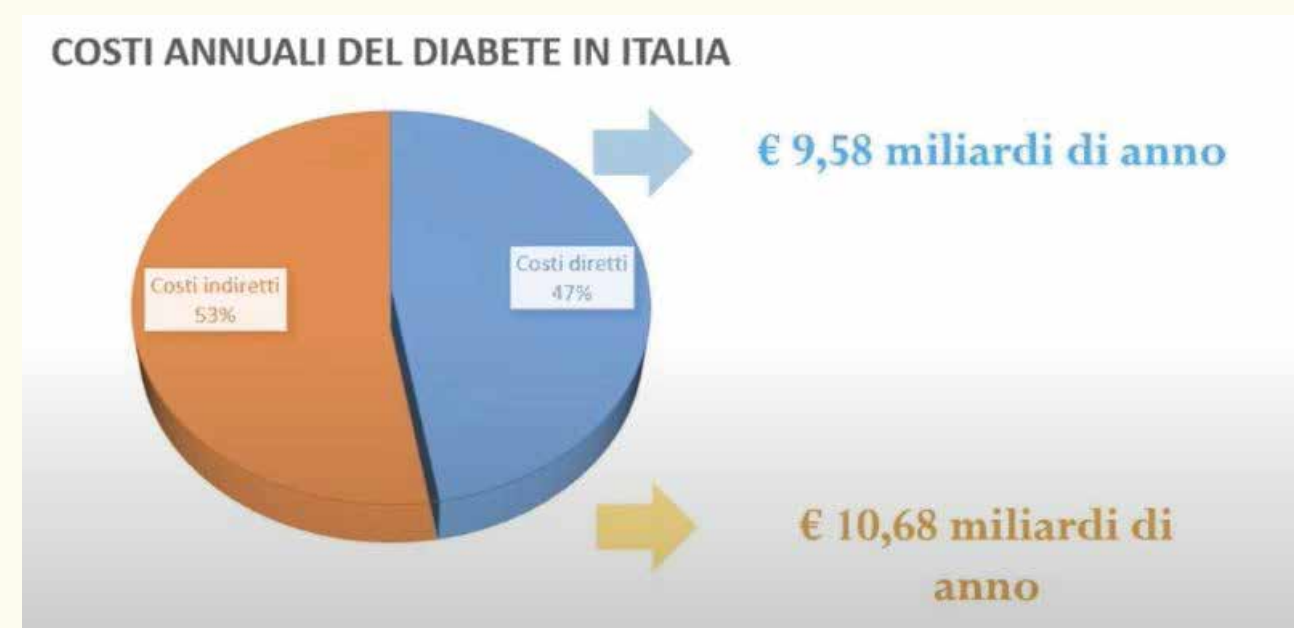
Molti degli investimenti del PNRR verranno dedicati alla creazione delle Case della Comunità. Le Case di Comunità saranno il luogo fisico di prossimità dove la comunità potrà accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Alcune Regioni del centro hanno storicamente una forte vocazione territoriale, all'interno della quale si inseriranno le strutture delineate dalla riforma territoriale. dovranno inserirsi all'interno queste nuove strutture delineate dalla riforma territoriale. Altro discorso è invece per quelle Regioni che negli anni passati hanno investito poco sul territorio per puntare su una visione "ospedalocentrica" della sanità. Le Case di Comunità svolgeranno un ruolo ampio, dal monitoraggio della patologia, alla formazione del paziente e l'educazione a corretti stili di vita. Un corretto e potenziato monitoraggio delle patologie croniche ed una corretta educazione del cittadino/paziente potrebbero portare enormi effetti benefici sulla popolazione diabetica generando, da una parte, una migliore salute e qualità della vita e, dall'altra un forte risparmio per il SSN a fronte di una riduzione delle prestazioni ospedaliere.

La digitalizzazione nella filiera diabete: a che punto siamo e come implementarla?

Telemedicina, telemonitoraggio e digitalizzazione sono terminologie che di fatto sono entrate nel vocabolario sanitario degli italiani. Queste tecnologie ormai ben consolidate altrove non trovano una declinazione unica in Italia, ma come spesso accade un utilizzo a macchia di leopardo. Questi strumenti sono necessari per portare la sanità italiana nel presente. Importante quindi l'adozione delle linee guida nazionali per una implementazione omogenea in tutta Italia.

I costi del diabete

- Le determinanti del costo del diabete (comorbidità, ospedalizzazioni, farmaci)
- Sostenibilità della spesa e potenziali interventi terapeutici per riduzione del burden economico della malattia il costo stimato annuo è pari a circa 20.3 miliardi di €



Conclusioni

La recente esperienza, maturata a causa dell'emergenza pandemica da Covid, ha fatto emergere la necessità di ripensare il rapporto tra assistito e territorio al fine di renderlo più sinergico con i servizi attualmente offerti dai centri diabetologici multi-professionali e di garantire maggiore integrazione tra le strutture diabetologiche e la medicina del territorio. La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) impone di ragionare in ottica di potenziamento e rafforzamento dell'offerta di salute dedicata alla cronicità di cui il diabete rappresenta il modello per eccellenza.

È necessario quindi:

1. potenziare la rete diabetologica;
2. ottimizzare la rete diabetologica inserendo i professionisti isolati nei centri multi professionali;
3. implementare e potenziare la digitalizzazione;
4. articolare la rete diabetologica in 350-400 centri multi-professionali, ognuno dei quali assiste circa 15.000 persone;
5. allocare fondi per ampliare il reclutamento e la formazione di personale dedicato all'assistenza al diabete;
6. rafforzare le funzioni e la professionalità del diabetologo nel suo ruolo di coordinatore dell'intero percorso di cura.