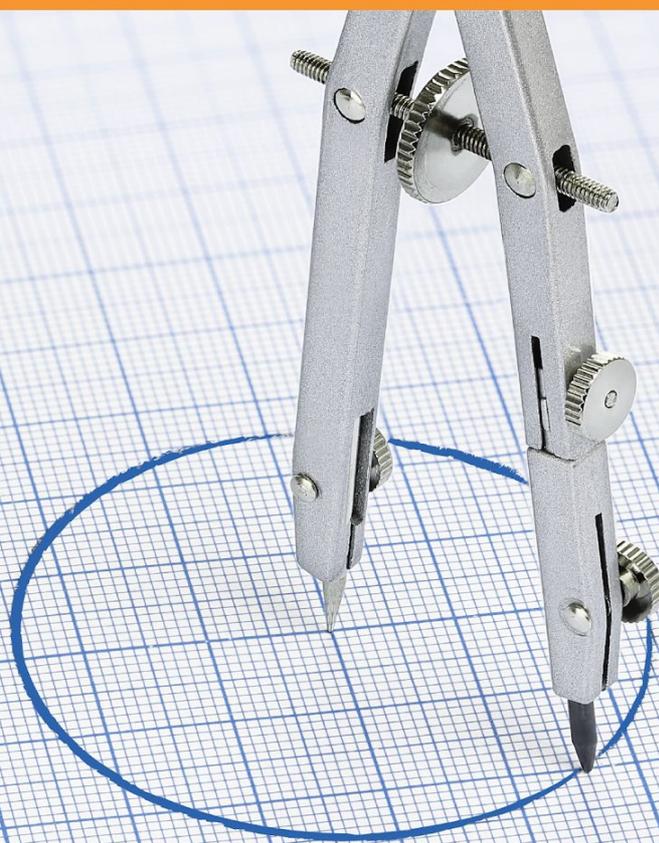


9 APRILE 2021

CURA DEL DIABETE E MMG

UN ATTORE CHIAVE DEL PROCESSO DI CURA CON LE ARMI SPUNTATE

DOCUMENTO DI SINTESI



INTRODUZIONE DI SCENARIO

La pandemia da Covid-19 non deve fare dimenticare l'esistenza di malattie croniche come il diabete il cui impatto sulla salute del paziente e sul piano sociale è devastante. Il Covid-19 ha drammaticamente mostrato la necessità improrogabile di dare accesso all'innovazione medicina territoriale. Lo scenario attuale priva la medicina di famiglia di questo diritto, creando un **disallineamento chiaro rispetto alle evidenze scientifiche e alle indicazioni delle linee guida** (come il sottoutilizzo dei farmaci SGLT2, DPP4 e GLP1 per la cura del diabete, molti dei quali in commercio da oltre un decennio e oramai prossimi alla scadenza brevettuale).

Questo, oltre che rallentare i benefici di salute e causare un potenziale rischio sui pazienti con conseguente aumento dei costi socio-assistenziali, evidenzia anche come l'innovazione di valore documentata dalla EBM venga ancora valutata per silos di spesa, perdendo completamente di vista il reale impatto che questa può avere sull'intero percorso di cura.

Il Medico di medicina generale deve tornare ad essere prescrittore anziché trascrittore.

Non è comprensibile come le prescrizioni dei farmaci (innovativi o meno) siano valutate in termini di specialista che possa effettuarle anziché in termini di appropriatezza.

I benefici di questo cambiamento sono evidenti: **ridotti tempi** di adesione alle indicazioni delle linee guida, **evitare** inutili e gravosi tour dei pazienti per ottenere le terapie (o semplicemente il rinnovo di queste) e **rendere efficiente il territorio** nella gestione della cronicità diabete.

IL DIABETE IN ITALIA

Il suo impatto e il ruolo del MMG

Il paziente con diabete è un paziente ad altissimo rischio: ogni **7 minuti** una persona con diabete ha un attacco cardiaco, ogni **30 minuti** una persona con diabete ha un ictus, ogni **90 minuti** una persona subisce un'amputazione a causa del diabete, ogni **3 ore** una persona con diabete entra in dialisi; il 15% delle persone con diabete ha coronaropatia, 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.

Nonostante questo:

- Il **50%** di pazienti con diabete di Tipo 2 viene vista quasi esclusivamente dai Centri specialisti, un altro 50% non viene seguito mai dallo specialista;
- È di 7-8 anni la riduzione di aspettativa di vita nella persona con diabete non in controllo glicemico;
- Il 60% almeno della mortalità per malattie cardiovascolari è associata al diabete.

Il diabete mellito di tipo 2 è quindi una delle più importanti e complesse delle patologie croniche che devono essere gestite prevalentemente a livello territoriale. Il Piano Nazionale per la Malattia Diabetica prevede la presa in carico prevalente da parte dei MMG dei soggetti con malattia stabile e senza complicanze evolutive. Inoltre, i pazienti diabetici allettati in modo permanente o non autosufficienti e con gradi avanzati di disabilità, spesso con pluripatologie, sono necessariamente seguiti a domicilio solo dal loro MMG.

Il compito dei MMG è reso assai complicato non soltanto dai carichi di lavoro, dalla complessità della patologia e dai rapidi mutamenti delle conoscenze scientifiche, ma anche dal fatto che per alcuni dei numerosi farmaci ipoglicemizzanti ad oggi disponibili e nonostante il loro ottimo profilo di sicurezza e la dimostrata protezione cardiorenale sostenuta da solide evidenze scientifiche, la prescrizione è condizionata dalla compilazione del piano terapeutico da parte dei soli diabetologi.

Per cui succede che proprio la prima linea di difesa territoriale contro le temibili complicanze del diabete si trovi a combattere con armi scarse ed inadeguate.

Una situazione oramai insostenibile, soprattutto in questo periodo in cui alcune malattie croniche costituiscono un potente fattore di rischio per il Covid-19.

Il Piano Diabete 2012, poi rafforzato nel Piano della Cronicità del 2016, contiene degli **aspetti fondamentali che sono alla base dell'efficacia dell'intervento e del miglioramento della qualità della vita** sia delle persone con diabete, sia degli operatori professionali che dell'organizzazione: il paziente, esperto e consapevole della sua cura, deve migliorare il rapporto di fiducia con la medicina generale e lo specialista; il paziente, sia che abbia un follow up prettamente specialistico sia che abbia un follow up gestito dal MMG, deve essere inquadrato in una gestione integrata (che ancora non è omogenea a livello nazionale); le linee guida devono essere contestualizzate nel PDTA e nel patto di cura.

Secondo lo studio EMPAREG condotto su 7.020 pazienti ad elevato rischio cardiovascolare con diabete di Tipo, la **somministrazione di farmaci SGLT2 ha determinato una riduzione del 38% della mortalità cardiovascolare, del 32% della mortalità per tutte le cause, del 35% delle ospedalizzazioni per scompenso**. Nonostante queste evidenze, **al MMG non viene data la possibilità di prescrivere rapidamente queste terapie**. L'impatto è devastante, considerando che la diagnosi arriva quando ormai il 50% delle betacellule è già danneggiata e che, dal momento della diagnosi, all'utilizzo delle prime terapie, e fino a quando poi il paziente viene inviato allo specialista, passano molti anni e la malattia progredisce sviluppando complicanze. Le Società scientifiche sostengono che nel momento in cui il paziente ha un rischio cardiovascolare altissimo (il 70-80% dei pazienti) o ha già una patologia cardiovascolare (il 25% dei casi), deve essere trattato con un farmaco innovativo, in caso contrario il MMG commetterebbe una violazione della legge.

CONCLUSIONI

Se si pensa di riportare il territorio ad essere centrale nella gestione delle cronicità diabete, come è giustificabile questo scenario e come si può pensare ad una presa in carico efficace e tempestiva con cure adeguate? Per avere risposte su questi interrogativi le Associazioni di pazienti in primis, insieme a tutti gli stakeholders di sistema, chiedono alle Istituzioni deputate un confronto aperto oramai non più rimandabile. Perché il diabete è ormai l'epidemia planetaria del XXI secolo e le associazioni chiedono di non dimenticarsi della storia dei pazienti, dei loro bisogni di cura e di salute, patiscono la contrapposizione che esiste tra il ruolo del MMG e dello specialista, chiedono che venga dato al MMG il diritto di prescrivere i nuovi farmaci e che il paziente sia in grado di accedervi in maniera semplice. **Le Associazioni vogliono delle risposte subito perché i malati non possono più aspettare.**

PERTANTO IL PANEL DI ESPERTI CONCORDA SU QUESTE PREMESSE:

- È fondamentale assicurare alla persone con diabete più anni di vita a livello qualitativo e quantitativo e che contemporaneamente non abbiano effetti collaterali gravi; pertanto anche il **MMG deve entrare sempre di più nella gestione di questi pazienti con le migliori terapie disponibili**. Considerare il MMG un professionista non sufficientemente competente nel prescrivere farmaci innovativi e considerare questi sulla base del solo costo anziché dell'efficacia, del beneficio clinico e dei costi evitati, è il vero limite culturale di quello che sta accadendo. E' necessario quindi che sia immediatamente consentito anche ai medici di famiglia di poter utilizzare e prescrivere tutte le risorse terapeutiche disponibili per la buona cura del diabete, oggi ancor più rilevanti in quanto fortemente protettive contro il Covid-19.
- **L'Associazione Medici Diabetologi** è in comunicazione costante con AIFA e ripetutamente ha sollecitato una presa di posizione in questo senso, ove possibile, l'abolizione dei piani terapeutici per alcuni farmaci. Da AIFA viene riferito che questo è un tema oramai all'ordine del giorno in ogni riunione ma che sistematicamente la pandemia di Covid-19 con le sue emergenze, impedisce una conclusione della vicenda.
- **Fino a quando la medicina territoriale nelle AFT non avrà delle figure specifiche** (educatori specializzati e specialisti in diabetologia) ogni paziente che riceve diagnosi di diabete deve essere indirizzato (al di là di una corretta diagnosi che può avvenire anche nella medicina territoriale) alle diabetologie per iniziare un percorso di educazione terapeutica strutturato; dopodiché si potranno aprire le diverse possibilità di spostamento del paziente all'interno della Rete di diabetologia a seconda del bisogno.
- **La Legge Gelli/Bianco** sulla responsabilità medica, ha aperto culturalmente alcuni principi innovativi e l'attualità della stessa su questo argomento è estremamente forte e va rispettata.
- **La difficoltà nella generazione delle Linee guida** è probabilmente legata ad un anello mancante: ci sono tante competenze scientifiche con persone assolutamente esperte diversi settori, ma serve qualcuno che riesca a mettere insieme le diverse competenze e a strutturarle usando le metodologie giuste. La speranza è che al più presto vengano elaborate linee guida a livello nazionale.

- **L'aspetto "farmaci e prescrizione" non si potrà risolvere senza il contributo delle Associazioni di pazienti**, che quotidianamente raccolgono i loro bisogni. Con questo impegno, grazie al lavoro dei professionisti (che non devono creare confusione tra i ruoli e quindi anche nel paziente) e grazie all'organizzazione, l'integrazione specialista-ospedale-territorio-strutture intermedie si potrà realizzare superando la barriere attuali. **La trascrizione dei piani terapeutici sui farmaci "innovativi" per il diabete**, da rinnovare periodicamente per pazienti spesso in terapia da anni, rappresenta un inutile impegno per tutti (logistica, trasferimenti, perdite di produttività, eccetera) in un momento in cui carenza di personale e di tempo crea già congestione sulle liste d'attesa nei centri specialistici e negli ambulatori territoriali, pertanto è necessario sburocratizzare e semplificare il processo.
- **Formazione:** uno degli elementi che maggiormente condiziona l'esito dell'assistenza è la capacità e la possibilità di portare il paziente al self management, il paziente deve diventare cioè il proprio caregiver, sapere esattamente interpretare e leggere quali bisogni ha in un determinato momento della sua vita. In questo momento, però, la medicina territoriale non è attrezzata per fare questo;
- In ambito di valutazioni economiche si ragiona sempre nel breve periodo e questo non aiuta nella programmazione e pianificazione economico/finanziaria (accesso alle cure precocemente e monitoraggio precoce e costante può ridurre la spesa del diabete di 1 miliardo di euro l'anno).

CALL TO ACTION del panel di esperti:

1. **La situazione di inadeguatezza di accesso alle terapie per “la cronicità”** diabete da parte della medicina di famiglia, è oramai divenuta inaccettabile, poichè sottopone il paziente ad inutili rischi e ritardi assistenziali, gravando sui costi sanitari e sociali.
2. La cura del diabete ha assoluto bisogno di un **coordinamento assai efficiente tra ospedali e territorio**. Si rende necessaria **l'integrazione tra Specialistica e Medicina generale** nell'assistenza alla persona con diabete. Ci deve essere un percorso complementare e associato e non una contrapposizione della figura dello specialista e del MMG. Il diabetologo deve aiutare il MMG a sviluppare velocemente le competenze e le conoscenze per ben prescrivere. In questo percorso integrato anche il farmacista può aiutare il MMG e lo specialista nel favorire **l'aderenza terapeutica**.
3. **La rete di assistenza clinica al paziente con diabete**, costituita da grandi Centri iperspecialistici Diabetologie ospedaliere, piccoli Centri territoriali e Medicina generale, deve essere tenuta unita dalla digitalizzazione, da una piattaforma nazionale per il tracciamento protetto dei dati del paziente e della prescrizione dei farmaci.
4. Nella **scrittura dei PDTA** si devono definire i ruoli professionali, le prestazioni e i farmaci appropriati da impiegare. Le **linee guida e i PDTA devono essere strettamente correlati ad un approccio di HTA** per capire se garantiscono una corretta programmazione, pianificazione e gestione delle risorse nell'interesse del paziente e del decisore.
5. E' richiesta una **formazione strutturata intersettoriale** su tutti gli attori della filiera assistenziale e sul **paziente**. Quest'ultimo deve diventare il proprio caregiver, cioè sapere esattamente interpretare e leggere quali bisogni ha in un determinato momento della sua vita e cosa correttamente chiedere.

**SONO INTERVENUTI NEL CORSO DELL'EVENTO:
(i nomi sono riportati in ordine alfabetico)**

Agostino Consoli, Presidente SID Professore ordinario di Endocrinologia, Università 'G. d'Annunzio' di Chieti e Responsabile della Uoc Territoriale di Endocrinologia e Malattie Metaboliche della Ausl di Pescara

Claudio Cricelli, Presidente SIMG

Paolo Di Bartolo, Presidente AMD

Federico Gelli, Responsabile del rischio in sanità di Federsanità ANCI, Roma

Paolo Guzzonato, Direzione Scientifica Motore Sanità

Francesco Saverio Mennini, Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Research Director-Economic Evaluation and HTA, CEIS, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
Presidente SIHTA Presidente SIHTA

Gerardo Medea, Responsabile Nazionale della ricerca SIMG

Stefano Nervo, Presidente Diabete Italia

Paola Pisanti, Consulente esperto malattie croniche, Ministero della Salute

Flavia Pricci, Primo Ricercatore del Dipartimento malattie cardiovascolari, dismetaboliche e dell'invecchiamento ISS

Rita Lidia Stara, Membro del Comitato Direttivo Diabete Italia e Presidente Fe.D.E.R. Federazione Diabete Emilia- Romagna

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità

Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità e Diabete Italia Onlus**
con il patrocinio di **Fe.D.E.R. Federazione Diabete Italia Emilia Romagna ODV** e **SIHTA - Società Italiana di Health Technology Assessment**,
con il contributo incondizionato di **AstraZeneca e Boehringer Ingelheim**.

Con il contributo incondizionato di:



DOCUMENTO DI SINTESI

