

21

**PROGETTO DI APPROFONDIMENTO
SUL TERRITORIO**

Dia.Lo.Go.

DIABETES LOCAL GOVERNANCE



I QUADERNI DI

quotidiano**sanità**.it

21

PROGETTO DI APPROFONDIMENTO
SUL TERRITORIO

Dia.Lo.Go.

DIABETES LOCAL GOVERNANCE



QSe

Quotidiano
Sanità
edizioni

COLLANA

I QUADERNI DI **quotidianosanità.it**

Supplemento a
quotidianosanità.it
Quotidiano online
d'informazione sanitaria.

QS Edizioni srl
Via Boncompagni, 16
00187 - Roma
Tel. (+39) 06 89272802
info@qsedizioni.it
iscrizione al ROC n. 23387
iscrizione Tribunale di Roma
n. 115/3013 del 22/05/2013

Direttore responsabile
Cesare Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Direttore generale
Ernesto Rodriguez

I diritti di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento totale
o parziale con qualsiasi mezzo sono
riservati per tutti i Paesi.

Roma, novembre 2019

QSe **Quotidiano**
Sanità
edizioni

www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

INDICE

6	Diabete. Gestione integrata, un puzzle ancora da comporre Ester Maragò
---	--

LA SURVEY DI QUOTIDIANO SANITÀ E SICS SULLA GOVERNANCE DEL DIABETE E LA PRESA IN CARICO INTEGRATA

9	Dati generali
10	Governance del sistema: non più rinviabile la rete tra medici di medicina generale, specialisti e centri diabetologici
12	Nota metodologica
14	Domanda 1 Come giudica la presa in carico integrata del paziente diabetico nella sua Regione?
16	Domanda 2 Quali sono a suo giudizio gli aspetti di governance che possono essere migliorati nella presa in carico del paziente diabetico?
18	Domanda 3 La prospettiva della possibilità per i medici di medicina generale di prescrivere farmaci antidiabetici orali innovativi
20	Domanda 4 La possibilità di prescrivere antidiabetici orali innovativi da parte del MMG includerebbe anche la possibilità per gli stessi di intervenire nella redazione dei relativi Piani terapeutici.
22	Domanda 5 Nella sua Regione esiste un approccio ragionato e condiviso che approfondisce il rapporto tra accesso all'innovazione e sostenibilità economica?

LA SURVEY NELLE REGIONI

26	Liguria
28	Puglia
31	Lombardia
33	Marche
36	Campania
38	Toscana
41	Friuli-VeneziaGiulia
43	Umbria
45	Molise
47	Emilia Romagna

DIABETE. GESTIONE INTEGRATA, UN PUZZLE ANCORA DA COMPORRE

I Piani nazionale diabete e cronicità evidenziano la necessità di promuovere modelli multidisciplinari e integrati per la gestione della cronicità, mettendo in luce l'importanza del ruolo del Medico di medicina generale. Quotidiano Sanità ha raccolto il parere di esperti e pazienti.

Ester Maragò

Oltre 3 milioni di persone malate, approssimativamente il 5,3% della popolazione, e circa 6 milioni di pazienti attesi nel 2050. Sono queste le stime italiane sul diabete, patologia cronica degenerativa dalle importanti complicanze che causa 73 decessi al giorno nel nostro Paese. Quinta causa di morte nei Paesi sviluppati è una patologia che sta assumendo sempre più le dimensioni di una vera e propria epidemia collocandosi, quindi, ai primi posti nella lista delle principali sfide della sanità del XXI secolo. Anche perché il suo impatto sulla sostenibilità economica dei sistemi sanitari si fa sentire sempre più prepotentemente.>>>>

L'Italia si è attrezzata a contrastare l'onda lunga delle cronicità con il Piano nazionale diabete, redatto nel 2013 dal Ministero della Salute e quello della Cronicità approvato nel 2016. Stelle polari per una gestione del diabete caratterizzata essenzialmente da un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, con il coinvolgimento attivo del paziente diabetico e in cui viene riconosciuto al Medico di medicina generale il ruolo chiave di gatekeeper nell'ambito della gestione del paziente diabetico.

Ecco quindi che capire meglio lo stato dell'arte sulla gestione del diabete, Quotidiano Sanità si è confrontato con esperti, specialisti, medici di medicina generale e pazienti per raccogliere riflessioni e anche suggerimenti. All'unanimità è arrivato un invito ad accelerare il processo di integrazione tra le figure professionali, in particolare dotando il medico di famiglia di tutte le armi necessarie per generare prevenzione e appropriatezza delle cure.

La gestione del diabete e lo scenario di riferimento in Italia. I Piani Diabete e Cronicità chiamano in causa, proprio in un'ottica di gestione integrata, la figura del medico di medicina generale in piena sinergia con gli specialisti e i centri diabetologici. Ma negli ultimi anni questa figura è rimasta, di fatto, ai margini di una gestione ottimale e appropriata del paziente diabetico. In Italia si sono registrate infatti condizioni di prescrivibilità degli antidiabetici orali innovativi fra le più stringenti in Europa dove, a differenza dell'Italia, i DPP4-i, ad esempio, si annoverano da diversi anni fra i farmaci prescrivibili da parte del medico di medicina generale. Garantire al Mmg la possibilità di disporre di tutto l'armamentario terapeutico e tecnologico genererebbe molteplici vantaggi tanto per i pazienti quanto per il Servizio sanitario nazionale nel suo complesso. Vantaggi evidenziati anche da un team multidisciplinare di esperti e rappresentanti dei cittadini che - nell'ambito del progetto Bredad 2030 (*Building Research and Excellence Alliance for high value Diabetes care*), sviluppato da Vihtali spin-off dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - hanno suggerito tra le tante strategie da attuare, la promozione di un modello organizzativo che valorizzi il ruolo del Mmg, quale gatekeeper del sistema.

LE RISPOSTE DEGLI ESPERTI

Per **Carlo Favaretti**, Centro per la Leadership in Medicina Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, l'atout vincente è la realizzazione di un'organizzazione per il diabete che preveda "un sistema di reti, sia istituzionali sia professionali, e percorsi precisi". "Bisogna lavorare su percorsi realmente incentrati sul paziente - ha spiegato - anche perché il vero problema della popolazione con malattia da diabete è l'aderenza alle terapie. In quest'ottica è quindi indispensabile lavorare su una formazione comune dei professionisti, dei diabetologi e dei medici di

Bisogna lavorare su percorsi realmente incentrati sul paziente, anche perché il vero problema della popolazione con malattia da diabete è l'aderenza alle terapie

medicina generale. Non solo, occorre fare un buon uso della tecnologia anche per monitorare gli effetti dei percorsi e gli esiti di salute". Anche la possibilità che i medici di famiglia "debitamente formati" possano prescrivere i "farmaci innovativi", per Favaretti, va collocata all'interno dello sviluppo di sistemi integrati di cura. "Non dimentichiamo – ha aggiunto – che i Centri di diabetologia hanno liste di attesa notevoli, anche a causa dell'aumento di questa patologia". Insomma, alleggerirli di questo carico spalmandolo sul territorio, sarebbe più opportuno."

Una posizione questa che trova consensi anche tra gli specialisti diabetologi che invitano ad accelerare l'integrazione professionale, abbandonando logiche economicistiche. "Una visione corretta e moderna della gestione del paziente diabetico prevede la presenza di entrambe le figure professionali che devono lavorare fianco a fianco per l'iniziale inquadramento dei pazienti, e per programmare il loro monitoraggio a seconda della complessità dei vari casi. Solo una gestione integrata assicura la massima efficacia ed i minori rischi di complicanze" ricorda **Francesco Purrello**, Presidente nazionale della Società italiana di Diabetologia (Sid). "È profondamente sbagliato pensare di limitare l'utilizzo dei 'farmaci innovativi' a causa dei loro costi, sicuramente maggiori di quelli tradizionali. E per vari ordini di motivi. Innanzitutto – ha spiegato – perché sono più sicuri: i Dpp4-i ad esempio sul mercato ormai da dieci anni, hanno infatti un profilo di sicurezza e tollerabilità assolutamente tranquillizzante, cosa che non avviene per alcuni farmaci tradizionali, ormai vecchi, come le sulfaniluree, gravati da effetti collaterali importanti, ipoglicemie in primis. E le ipoglicemie sono pericolose, e costano tanto nella loro gestione".

Secondo aspetto non trascurabile, ricorda Purrello, è che la spesa di tutti i farmaci per la cura del diabete, insulina compresa, rappresenta appena il 7% del totale dei costi di-

retti sanitari: "Una percentuale di spesa marginale, soprattutto perché più si utilizzano farmaci innovativi e meno si spende sia in termini di costi diretti - in media, quelli per un paziente diabetico ammontano a 3mila euro l'anno che moltiplicati per gli oltre 3 milioni di malati si traducono in costi importanti - sia in termini di ricoveri e complicanze che fanno la parte del leone assorbendo ben il 75% della spesa. Tirando le somme – ha concluso – implementando percorsi virtuosi, lasciando utilizzare con meno limiti i farmaci innovativi dagli specialisti e mettendo il medico di medicina generale, importante prescrittore per i farmaci per il diabete, nelle condizioni di poterli prescrivere man mano che il loro profilo di sicurezza diventa consolidato, si potrebbero raggiungere importanti benefici per il Sistema". Sulla stessa lunghezza d'onda **Domenico Mannino**, presidente dell'Associazione medici Diabetologi (Amd) che dice sì alla prescrivibilità dei Dpp4 da parte dei medici di famiglia, spingendosi anche oltre "Credo che 'tutti' i farmaci innovativi – ha sottolineato – dovrebbero essere prescritti in maniera più generosa e non solo dagli specialisti ma anche dai Mmg che collaborano con loro. Il problema non può essere quindi l'impatto sulla spesa. Inoltre consentire ai Mmg la possibilità di prescrivere 'farmaci innovativi' eviterebbe ai pazienti spostamenti faticosi per recarsi ai centri diabetologici, spesso lontani dal loro domicilio". Altro ostacolo per Mannino è la mancanza di supporti tecnologici che agevolino i medici nella comunicazione telematica dei Piani terapeutici. Supporti necessari anche per realizzare una reale integrazione professionale. "I professionisti lavorano in strutture diverse e devono essere messi in condizione di comunicare – ha aggiunto – la telemedicina può offrire un valido supporto in tal senso". **Anche dal territorio arrivano spunti in tal senso.** "Abbiamo sempre puntato con forza sui team multi professionali – ha afferma-

**PER LEGGERE
LO SPECIALE
MULTIMEDIALE
E ASCOLTARE
LA VOCE DEI
PROTAGONISTI**



to **Gennaro Volpe**, Presidente nazionale Card, Confederazione delle associazioni nazionali di distretto – affinché tutte le figure partecipino all’organizzazione territoriale con l’obiettivo di arrivare a percorsi assistenziali personalizzati. E in questi percorsi, il medico di medicina generale è sicuramente una figura in prima linea nella presa in carico del paziente. Deve essere parte integrante nelle Aziende, in particolare nelle Aggregazioni funzionali territoriali che speriamo vengano presto attivate in tutte le Regioni”. Soprattutto, ha aggiunto: “Ritengo che vedere potenziata la possibilità di prescrivere farmaci per le cronicità, come diabete e Bpco, possa essere un primo passo essenziale per la riorganizzazione generale delle cure primarie”.

Della stessa posizione sono i Medici di medicina generale. “La prescrivibilità in alcuni ambiti terapeutici, oggi preclusa ai medici di famiglia, è fondamentale per quello che è il riconoscimento del ruolo stesso ricoperto dalla medicina generale – ha spiegato **Silvestro Scotti**, Segretario generale della Fimmg – non possiamo continuare a pensare che questa figura abbia responsabilità rispetto all’eccesso in Pronto soccorso, alle liste di attesa, se poi continuiamo a sminuirne il ruolo non mettendolo in condizione di essere un ‘medico toti potente’, rispetto alla gestione delle aree della cronicità.” Sul diabete in particolare, patologia a maggior impatto nell’ambito delle cronicità per complicanze, patologie accessorie e costi, ha aggiunto Scotti “dare al paziente diabetico la percezione che non possa, almeno in assenza di complicanze, essere gestito dal proprio medico di famiglia equivale a dirgli che non ha un medico. Si nega così l’essenza stessa della medicina generale – prosegue Scotti – ossia la vicinanza al paziente”.

Non dare la possibilità di prescrivere farmaci diabetici orali innovativi significa “far perdere al Ssn la sua capacità di distribuire equità. La medicina generale è un generatore di equità perché offre a tutti le stesse

opportunità”. Così **Claudio Cricelli**, Presidente della Società italiana di medici generale (Simg). “Contrariamente a quanto avviene nel resto di Europa – ha detto – dove i medici di famiglia possono prescrivere tutti i farmaci antidiabetici. Dai dati in nostro possesso emerge che circa il 50% di coloro che dovrebbero assumere questi farmaci non lo fanno, magari perché il centro diabetologico è troppo lontano dal domicilio, perché si sentono bene e non sono al corrente dell’esistenza di farmaci che possono mantenere sotto controllo la patologia.” Chiaramente, ha sottolineato Cricelli, resta fermo il concetto della rigidità nella prescrizione che deve essere sempre erogata in linea con i criteri di appropriatezza. Così come è indispensabile che si insegnino ai medici di famiglia ad usare questi farmaci, come d’altro canto avviene per i diabetologi.

Anche **Lina Delle Monache**, consigliere nazionale della Fand, la Federazione associazione nazionale diabetici, si è espressa a favore del ruolo chiave del Mmg nell’ambito della gestione del paziente diabetico. “Le persone con diabete – ha sottolineato – potrebbero avere un grande beneficio dalla possibilità che si ampli la platea dei farmaci antidiabetici prescrivibili dai medici di famiglia. Ad oggi possono prescrivere solo farmaci di vecchia generazione che con il passare degli anni generano effetti collaterali, come ipoglicemia, e perdono di efficacia con ricadute negative in termini di aumento degli accessi ai Pronto soccorso e dei ricoveri. Non dimentichiamo poi – ha aggiunto – che i Centri di diabetologia hanno liste di attesa notevoli, anche a causa dell’aumento di questa patologia. Serve una gestione integrata del paziente diabetico che veda anche il coinvolgimento dei medici di famiglia, debitamente formati. Non si può sacrificare la salute e la qualità di vita dei pazienti in virtù di presunti risparmi”.

La Survey di Quotidiano Sanità e Sics sulla Governance del Diabete e la Presa in carico integrata



Dati generali

Su un totale di 1522 rispondenti a livello nazionale, la distribuzione percentuale per le quattro aree territoriali dimostra una generale propensione partecipativa del sud, seguito dal nord ovest, dal centro e dal nord est; il dato potrebbe derivare dalla esigenza di esprimere le inadeguatezze del sistema di presa in carico percepito – secondo i risultati qui raccolti – da parte dei medici del sud.

Tra i dati raccolti, il 71% è composto dalle risposte fornite dai medici di medicina generale; l'approfondimento del dato sulla base delle quattro aree italiane considerate attesta una maggiore propensione degli specialisti delle aree Centro e Sud. Nella valutazione delle risposte alle singole domande della Survey, il dato di composizione partecipativa tra le due classi di specializzazione cui il questionario è stato indirizzato è stato tenuto in debita considerazione. L'indagine relativa alla classe di età/esperienza professionale propria dei rispondenti al questionario dimostra una importante propensione dei soggetti afferenti alla classe di età over 55 anni.

GOVERNANCE DEL SISTEMA: NON PIÙ RINVIABILE LA RETE TRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE, SPECIALISTI E CENTRI DIABETOLOGICI

Per ottimizzare l'effettiva presa in carico integrata del paziente diabetico serve anche una rete informatizzata condivisa e una maggiore valorizzazione del ruolo del medico di famiglia. Camici bianchi pronti ad accogliere la possibilità che i Mmg possano prescrivere farmaci antidiabetici orali 'innovativi', ma servono interventi specifici perché sia resa operativa".

Implementazione o potenziamento della rete tra medici di medicina generale, specialisti e centri diabetologici. Gestione dei dati mediante una rete informatizzata condivisa e introduzione di specifici indicatori per il monitoraggio. E ancora, una maggiore valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale. Sono queste le leve sulle quali agire per realizzare o migliorare la governance del sistema di presa in carico integrata del paziente diabetico.

È quanto emerge dalla **Survey "La governance del diabete nelle regioni italiane"** - lanciata da *Quotidiano Sanità* e dalla Società Italiana di Comunicazione Scientifica e Sanitaria (Sics) con il contributo non condizionato di Msd Italia - alla quale hanno partecipato 1.550 tra medici di medicina generale e specialisti coinvolti nella gestione del paziente diabetico, distribuiti sull'intero territorio nazionale.

Un'indagine voluta per comprendere quale fosse la percezione dei camici bianchi su questi temi soprattutto alla luce di una possibile prossima apertura di Aifa verso la prescrivibilità di antidiabetici orali 'innovativi', e la conseguente redazione dei Piani terapeutici, da parte dei medici di famiglia. Una possibilità, la prima, fin ora limitata ai soli specialisti a differenza di quanto avviene nel resto di Europa dove, ad esempio i DPP4-i, antidiabetici orali sul mercato ormai da dieci anni e con un elevato profilo di sicurezza e tollerabilità rispetto ad alcuni farmaci tra-

dizionali, possono essere prescritti liberamente dal Medico di medicina generale. Una prospettiva questa nel complesso ben accolta dai camici bianchi: i dati della Survey indicano che solo il 4% ritiene sia un "carico burocratico difficile da sostenere".

Ma vediamo quali sono i risultati della Survey

Il tema ha toccato le corde dei medici di medicina generale: il 71% dei professionisti che ha risposto al sondaggio è infatti un medico di famiglia (in particolare del Centro Sud). In generale emerge una generale sensibilità verso il tema della presa in carico integrata del paziente con diabete che cresce con il livello di esperienza e maturità professionale: oltre il 75% dei medici che hanno risposto al sondaggio sono over 55 (il 56% sono medici di famiglia e il 19% specialisti).

Presa in carico integrata del paziente diabetico. Il 74% dei medici rispondenti alla survey giudica positivamente la presa in carico integrata del paziente diabetico nella propria Regione (il 10% la definisce ottima, il 38,9% discreta e il 26,3% sufficiente), invece il 24% la rispedisce al mittente (è insufficiente per il 19,19% e addirittura pessima per il 5,26%). Se i giudizi positivi si concentrano in particolare nelle aree del Nord Italia, principalmente nel Nord Est (circa il 51%) e nel Nord Ovest (circa il 42%), al contrario quelli negativi arrivano dalle aree del Centro Sud. Per quanto riguarda l'età, i 45enni sono più inclini a offrire valutazioni meno negative del sistema (nessun giudizio pessimo) mentre, specularmente, gli over 55 tendono verso giudizi meno indulgenti.

Ma quali sono, per Mmg e specialisti, gli aspetti di governance del sistema di presa in carico che possono essere migliorati? Quasi il 45% indica l'implementazione o il potenziamento della rete tra medici di medicina generale e specialisti/ centri diabeto-

A livello di macro aree si registrano differenze di “desiderata”:

Centro si discosta dall’andamento generale e propende per il Pieno riconoscimento del Pnd e del Pnc da parte della Regione;

Nord Est tende all’implementazione della gestione informatizzata dei dati;

Nord Ovest verso la maggiore valorizzazione del ruolo dei medici di medicina di famiglia e della rete di questi con gli specialisti;

Sud distribuisce piuttosto omogeneamente le proprie preferenze

logici; equamente distribuito è il giudizio orientato a chiedere la “gestione dei dati mediante una rete informatizzata condivisa e l’introduzione di specifici indicatori per il monitoraggio” (il 25,52%) ed una “maggiore valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale nella gestione integrata del paziente diabetico” (il 23,37%). Solo il 6,28% propende verso il “pieno riconoscimento del Piano nazionale Diabete (Pnd) e del Piano nazionale cronicità (Pnc) da parte della Regione”.

A livello di macro aree si registrano differenze di “desiderata”: il Centro si discosta dall’andamento generale e propende per il Pieno riconoscimento del Pnd e del Pnc da parte della Regione; il Nord Est tende all’implementazione della gestione informatizzata dei dati, il Nord Ovest verso la maggiore valorizzazione del ruolo dei medici di medicina di famiglia e della rete di questi con gli specialisti, infine il Sud distribuisce piuttosto omogeneamente le proprie preferenze.

Come viene valutata la possibilità che i medici di medicina generale possano prescrivere farmaci antidiabetici orali ‘innovativi’? Innanzitutto questa è una prospettiva nel complesso ben accolta: solo il 4% la qualifica come “carico burocratico difficile da sostenere” (giudizio questo maggiormente sostenuto dai medici di medicina generale). Secondo il 39% servono però “percorsi formativi ad hoc”, ne sono convinti soprattutto gli specialisti, e il 35,2% considera questa possibilità un “traguardo importante che valorizza il ruolo del Mmg e arricchisce il percorso di presa in carico del paziente diabetico”.

A livello di macro aree regionali, fatta eccezione del Nord Ovest dove per tre medici su dieci è un carico burocratico aggiuntivo, nel Nord Est, al Centro e nel Sud invece i medici hanno equamente distribuito le proprie valutazioni sulle opportunità loro descritte (anche se percentualmente il giudizio più

critico di concentra nelle Regioni meridionali).

Redazione piani terapeutici. La Survey ha voluto poi indagare se, a giudizio dei medici, le Regioni di appartenenza siano pronte ad accogliere la possibilità che i Mmg intervengano nella redazione dei Piani terapeutici. In generale questa eventualità è valutata “Difficilmente perseguibile senza precisi accordi a livello regionale” dal 38% dei rispondenti; il 27% la considera difficilmente perseguibile senza una adeguata rete informatica che dialoghi con i sistemi utilizzati dai Mmg, il 21%, al contrario, la considera facilmente perseguibile. Infine il 17,42% valuta questa opportunità impossibile senza una piattaforma web based di facile accesso e gestione.

In questo caso però Mmg e specialisti mostrano “preferenze” differenti: se per i primi la redazione dei piani terapeutici è difficilmente realizzabile senza precisi accordi a livello regionale (73,3%) e in ogni caso facilmente perseguibile con pochi accorgimenti organizzativi (72,25%), per i medici specialisti ‘conditio sine qua non’ per l’intervento dei medici di famiglia nei piani terapeutici sono la realizzazione di un’adeguata rete informatica che dialoghi con i sistemi utilizzati dai Mmg, e di una piattaforma web based di facile accesso e gestione.

Infine per circa 6 medici su 10 esiste nella propria Regione un approccio ragionato e condiviso che approfondisce il rapporto tra accesso all’innovazione e sostenibilità economica, ma con indicazioni molto differenti tra le macro aree del Paese. Nel Nord Ovest e nel Nord Est questo approccio è presente. Una visione non ancora implementata nel Sud del Paese.

NOTA METODOLOGICA



SICS – Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria e **Quotidiano Sanità** hanno realizzato una survey, rivolta al personale dipendente e convenzionato del SSN. Obiettivo specifico è analizzare la percezione e la conoscenza della governance della patologia diabetica nella propria regione. La survey è stata effettuata via internet con tecnologia CAWI, (Computer-assisted web interview), dal 19 luglio al 6 settembre 2018.

Il questionario, formato da domande a risposta chiusa, da compilarsi on line, è stato inviato a 52007 individui appartenenti al personale di 1522.

1 Nello specifico, i destinatari sono: personale del ruolo sanitario (medici specialisti endocrinologi e delle malattie del ricambio), personale del ruolo sanitario in convenzione (medici di medicina generale)

2 WelfareLink è la più importante community on line italiana (certificata da Federsanità ANCI e patrocinata dalla FISM, Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane). Tutti i componenti della community hanno sottoscritto tutte le liberatorie previste dalla legge sulla Privacy.

Nei grafici che seguono le due classi di medici intervistati sono indicati come segue:
P: Medico di medicina generale
S: Specialista – Endocrinologia e malattie del ricambio

FIGURA 1
RISPONDENTI PER AREE TERRITORIALI

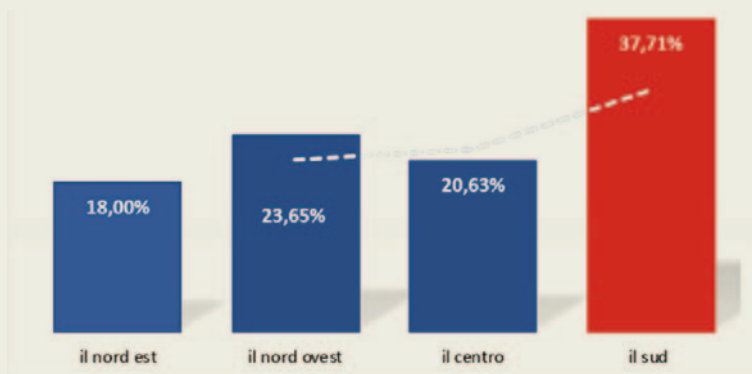


FIGURA 2
RISPONDENTI PER CLASSE PROFESSIONALE

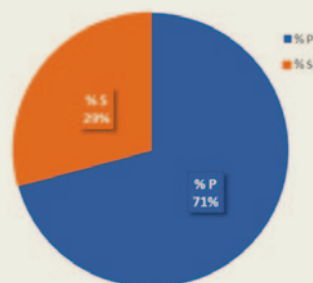


FIGURA 3
PERCENTUALE DI RISPONDENTI NELLE AREE PER CLASSE PROFESSIONALE

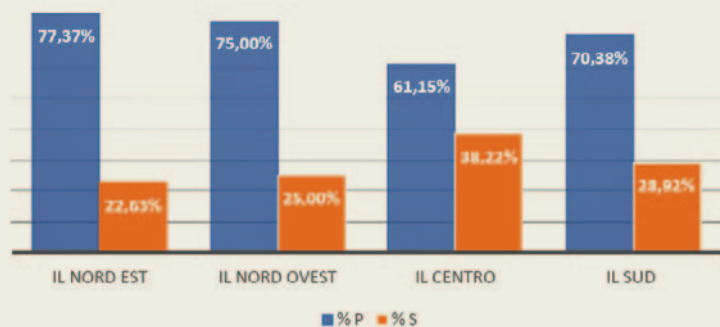
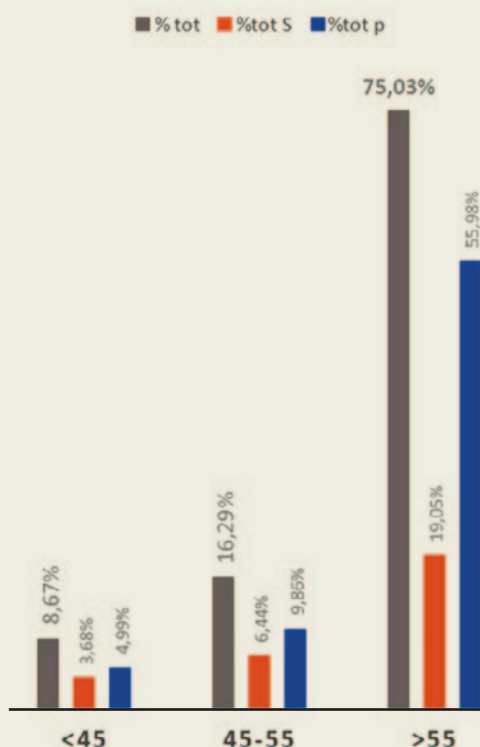


FIGURA 4
L'INTERESSE PER FASCIA DI ETÀ E CLASSE PROFESSIONALE



Domanda 1

Come giudica la presa in carico integrata del paziente diabetico nella sua Regione?

FIGURA 5

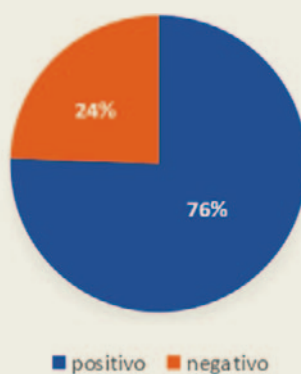


FIGURA 6

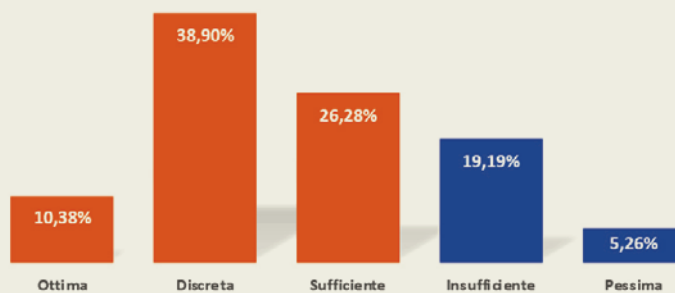
IL GIUDIZIO

FIGURA 7
DIFFERENZE DEI GIUDIZI NELLE 4 MACRO AREE IT

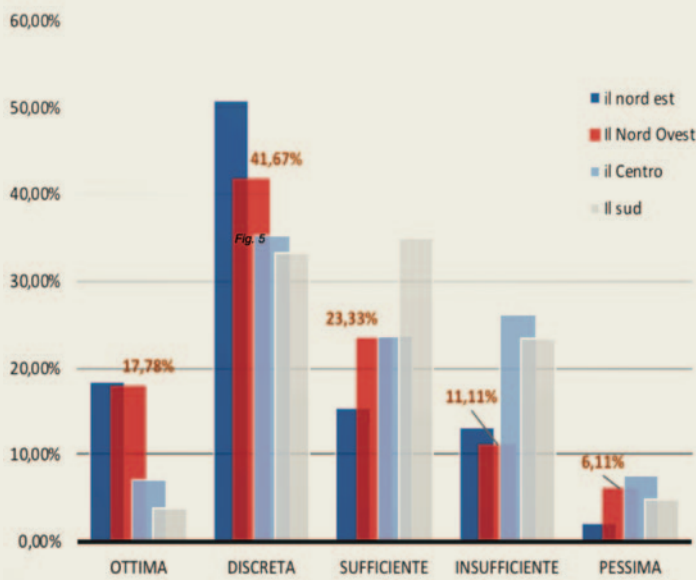


FIGURA 8
GIUDIZIO COMPLESSIVO PER SPECIALIZZAZIONE

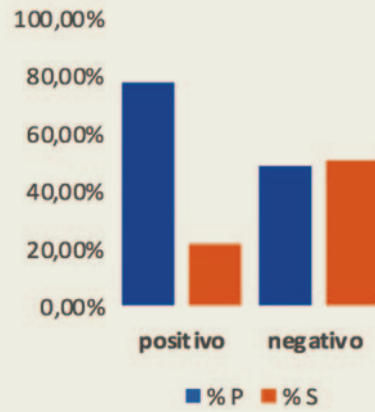
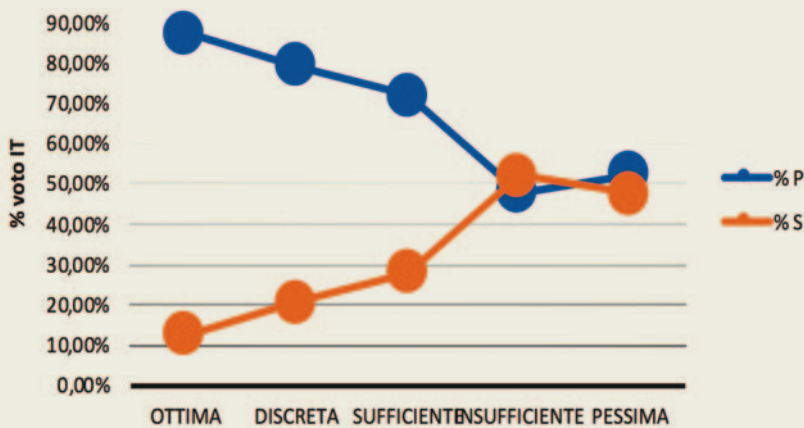


FIGURA 8
DIFFERENZA GIUDIZIO PER CLASSI SPECIALIATICHE



Domanda 2

Quali sono a suo giudizio gli aspetti di governance che possono essere migliorati nella presa in carico del paziente diabetico?

Le risposte

- I Pieno recepimento del PND e PNC da parte della Regione
- II Maggiore valorizzazione del ruolo del Medico di Medicina Generale nella gestione integrata del paziente diabetico
- III Implementazione o potenziamento della rete tra medici di famiglia e specialisti/centri diabetologici
- IV Gestione dei dati mediante una rete informatizzata condivisa e introduzione di specifici indicatori per il monitoraggio delle relative performance

FIGURA 10

DETTAGLIO PREFERENZE PERCENTUALE

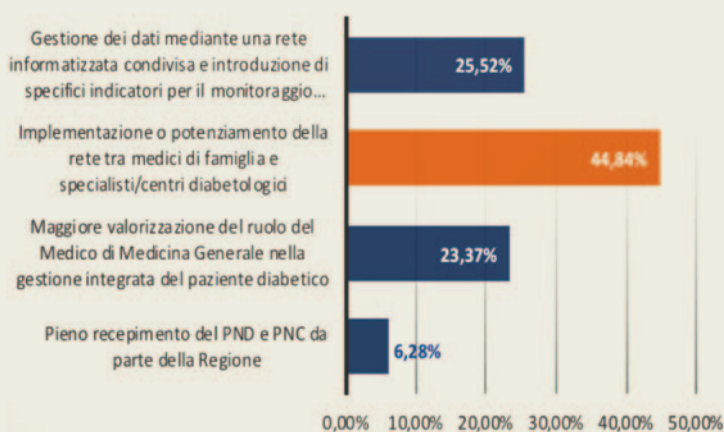


FIGURA 11

DISTRIBUZIONE DEL VOTO NELLE 4 MACROAREE

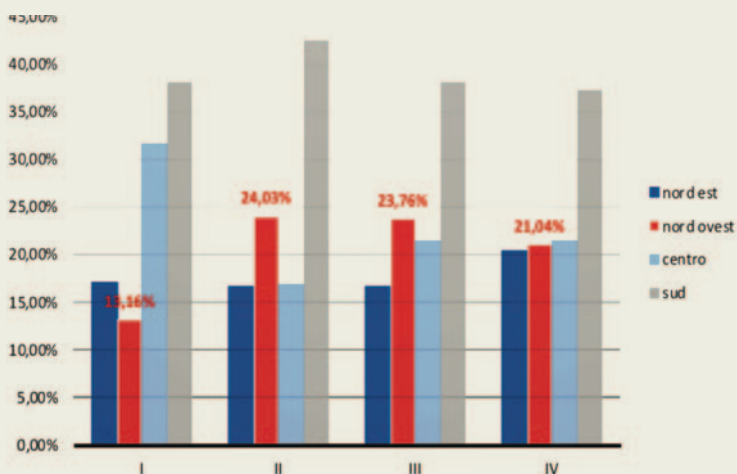


FIGURA 12
DISTRIBUZIONE DEL VOTO PER SPECIALIZZAZIONE

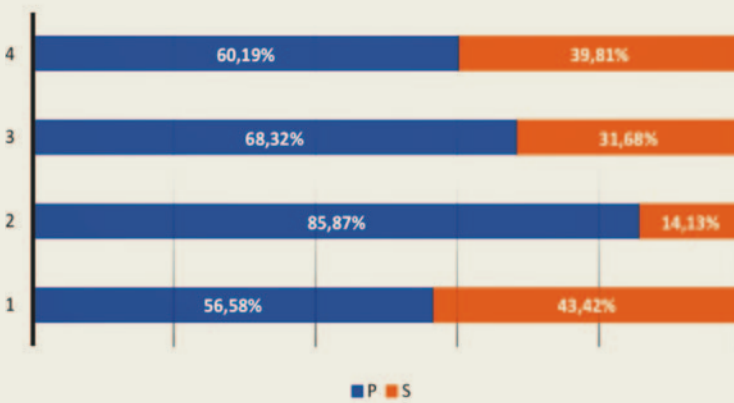


FIGURA 13

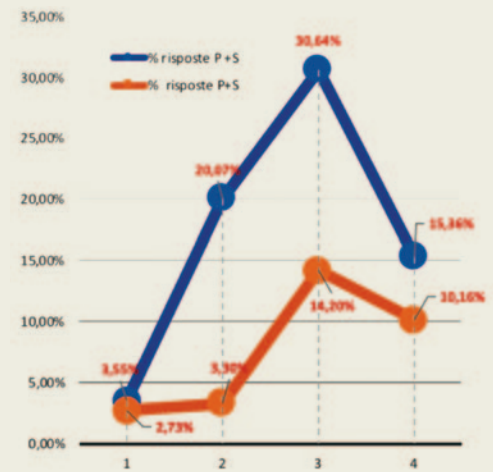
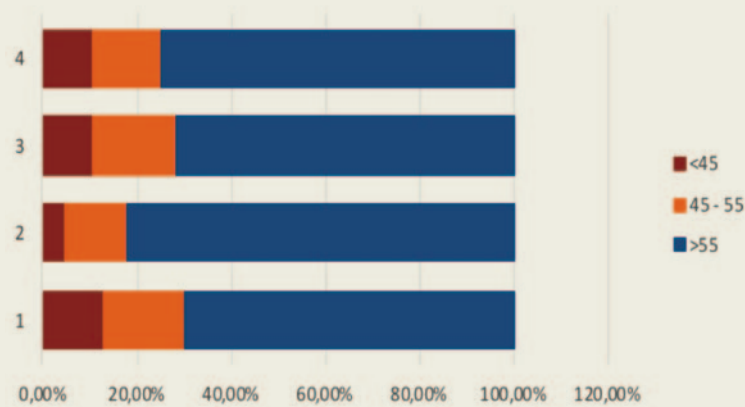


FIGURA 14
COMPOSIZIONE DEL VOTO PER FASCIA DI ETÀ/ESPERIENZA PROFESSIONALE



Domanda 3

La prospettiva della possibilità per i medici di medicina generale di prescrivere farmaci antidiabetici orali innovativi (quali i DPP4-i), a suo giudizio rappresenta:

[max 2 risposte]

Le risposte

- I Una prospettiva interessante dal punto di vista professionale
- II Un traguardo importante che valorizza il ruolo del MMG e arricchisce il percorso di presa in carico del paziente diabetico
- III Un carico burocratico difficile da sostenere
- IV Una prospettiva che richiede la realizzazione di percorsi formativi ad hoc

FIGURA 15

DISTRIBUZIONE PREFERENZE IN IT

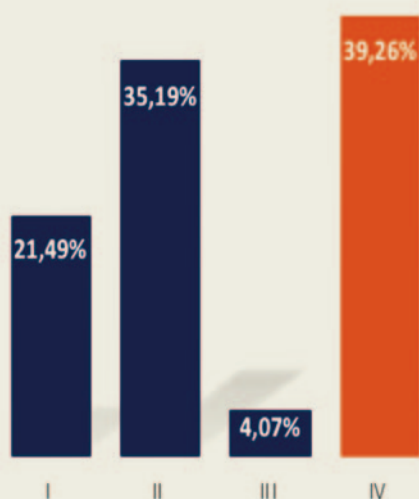


FIGURA 16

COMPOSIZIONE DELLA PREFERENZA DATA PER CLASSE DI SPECIALIZZAZIONE

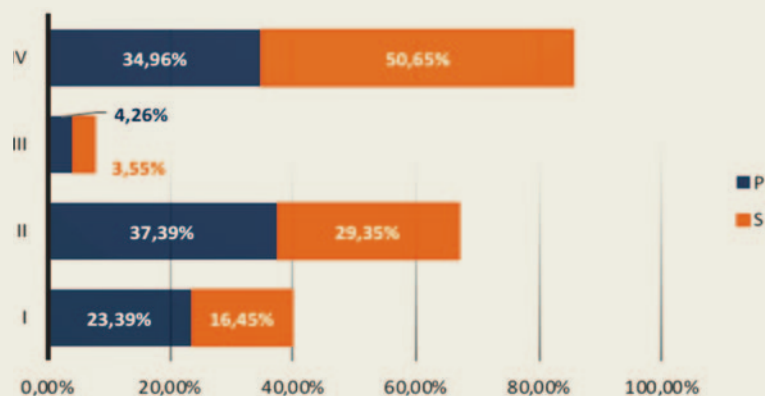


FIGURA 17

GIUDIZI NELLE 4 MACRO AREE

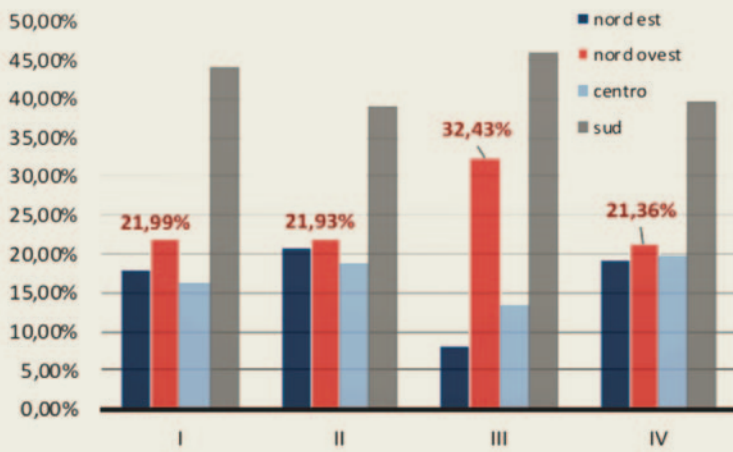


FIGURA 18

COMPOSIZIONE DEL VOTO PER CLASSI DI SPECIALIZZAZIONE

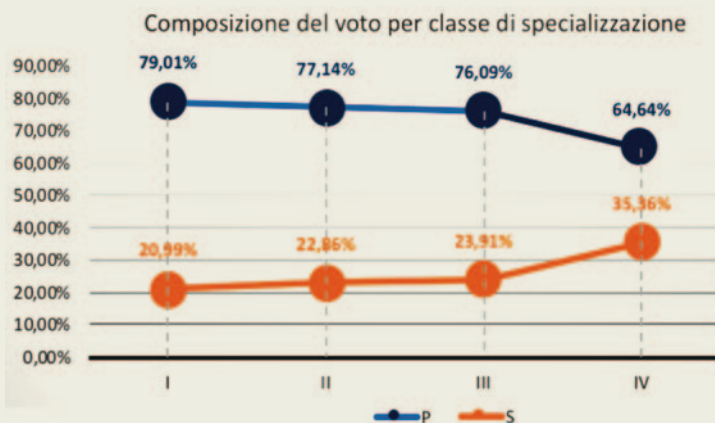
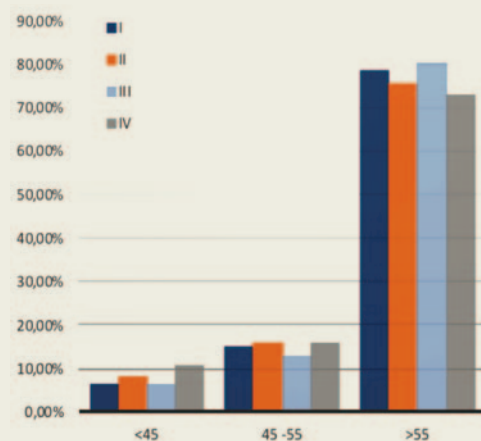


FIGURA 19

IL VOTO PER CLASSE D'ETÀ



Domanda 4

La possibilità di prescrivere antidiabetici orali innovativi da parte del MMG includerebbe anche la possibilità per gli stessi di intervenire nella redazione dei relativi Piani terapeutici. Secondo la sua esperienza tale attività, nella realtà della sua Regione è:

[max 2 risposte]

Le risposte

- I Facilmente perseguibile con pochi accorgimenti organizzativi
- II Difficilmente perseguibile senza precisi accordi a livello regionale
- III Impossibile senza un'adeguata rete informatica che dialoghi con i sistemi utilizzati dai MMG
- IV Impossibile senza una piattaforma web based di facile accesso e gestione

FIGURA 20

RISULTATI IN % - IT

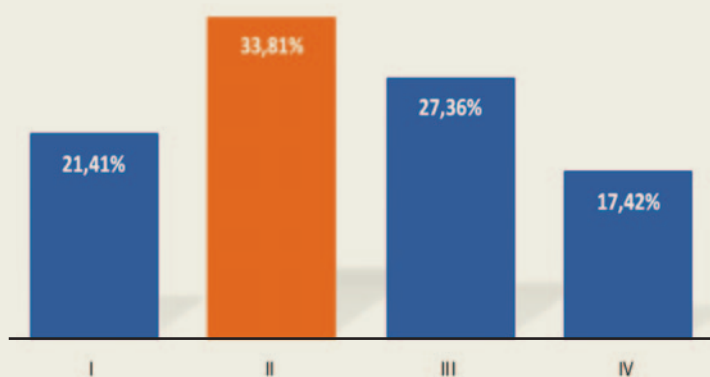


FIGURA 21

LE COMPONENTI DI VOTO PER CLASSE SPECIALISTICA

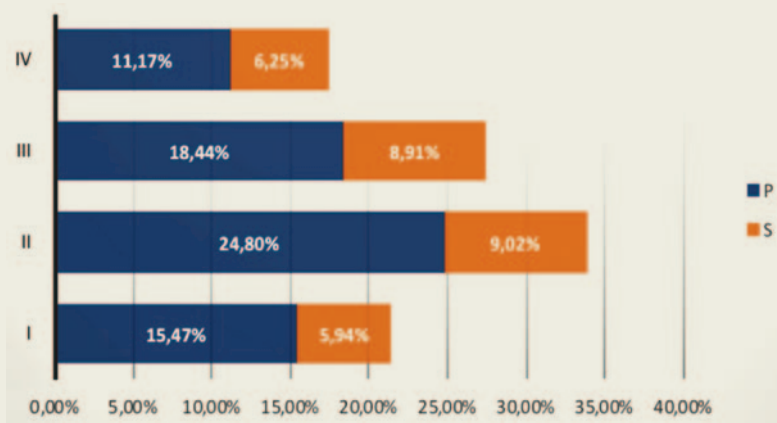


FIGURA 22
IL VOTO ESPRESSO NELLE 4 MACRO AREE

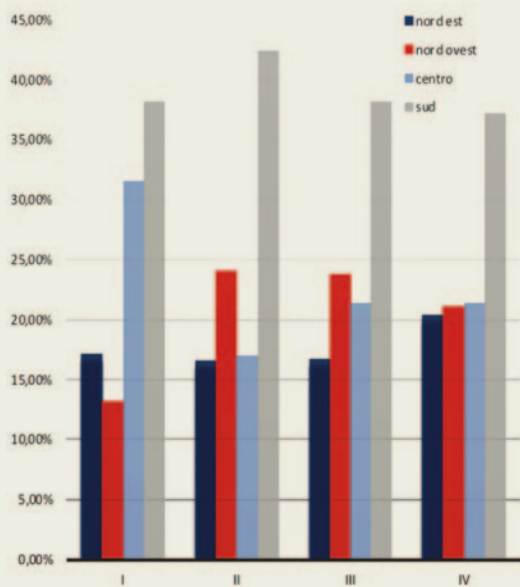


FIGURA 23
PROPORZIONI DI VOTO TRA CLASSI SPECIALISTICHE

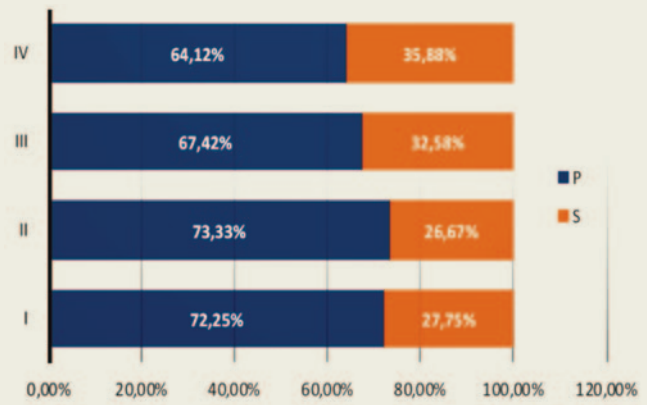
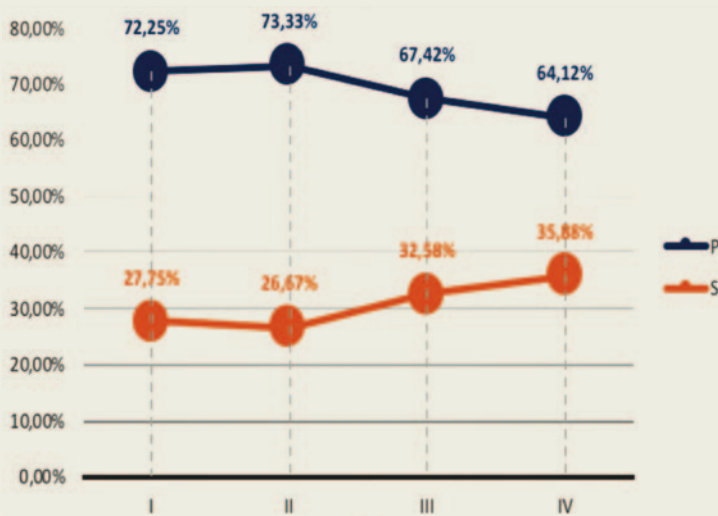


FIGURA 24



Domanda 5

Nella sua Regione esiste un approccio ragionato e condiviso che approfondisce il rapporto tra accesso all'innovazione e sostenibilità economica?

[max 2 risposte]

Le risposte

- I Sì
- II Sì ma il più delle volte è sfavorevole all'introduzione di tecnologie innovative
- III Sì poiché comincia ad essere sufficientemente diffuso un approccio "valued based" attraverso strumenti e metodologie quali l'HTA
- IV No

FIGURA 25

IL VOTO ESPRESSO IT

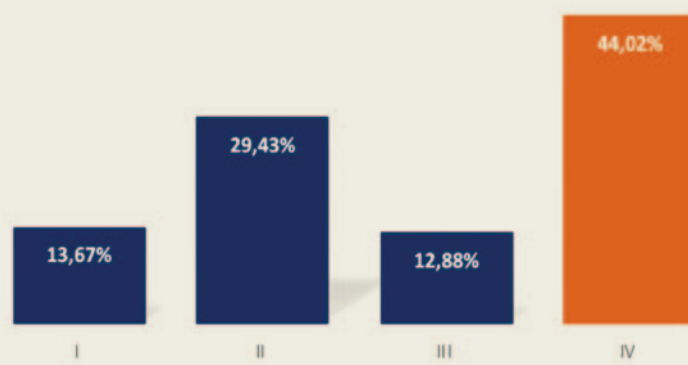


FIGURA 26

IL VOTO ESPRESSO NELLE 4 MACRO AREE

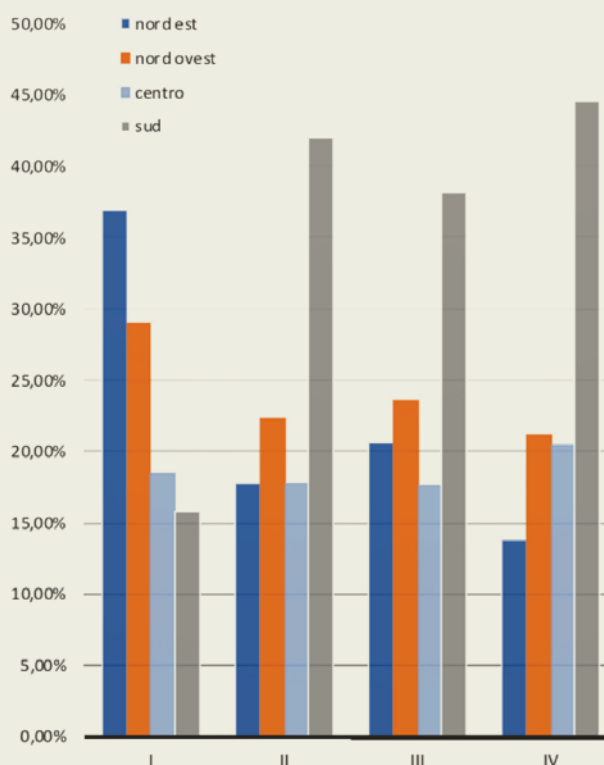


FIGURA 27

COMPOSIZIONE DEL VOTO PER CLASSI DI SPECIALIZZAZIONE

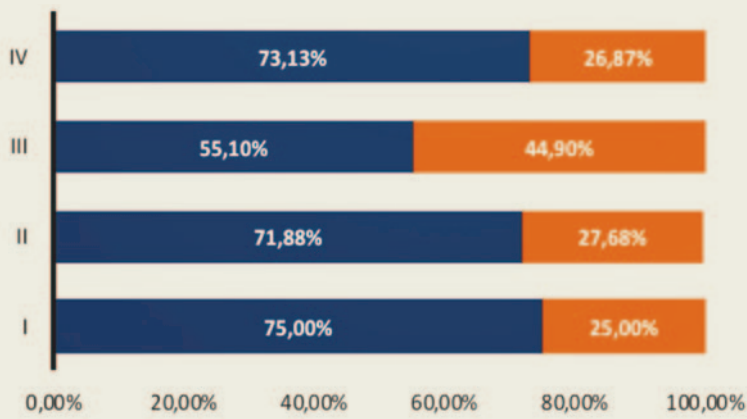
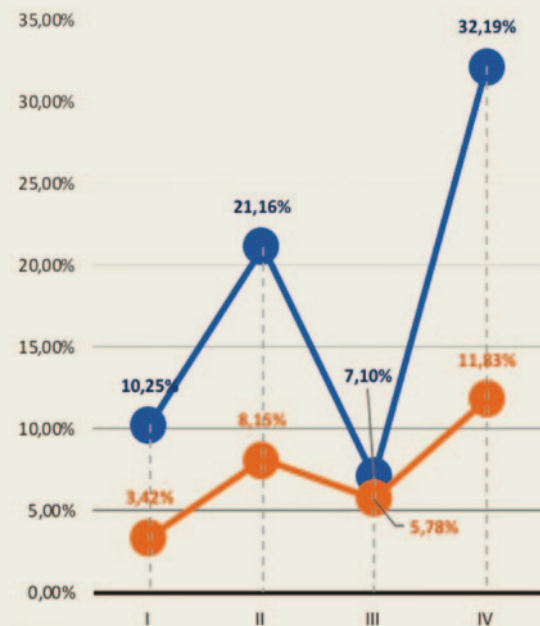


FIGURA 28

DISTRIBUZIONE DEL VOTO PER CLASSE DI SPECIALIZZAZIONE



- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Unit: _____
Name: _____
Post: _____
No: _____



Diabete

**La governance
nelle regioni italiane**

Attraverso il percorso logico che lega questi due elementi, l'uno strutturale l'altro culturale, si è snodata la discussione dell'incontro del Progetto Dialogo

LIGURIA

L'ULTIMO MIGLIO PER UNA PIENA INTEGRAZIONE PROFESSIONALE E PRESA IN CARICO

Integrazione tra professionisti, medici di medicina generale e specialisti, attraverso reti informatiche strutturate e una decisa azione culturale tesa ad implementare in tutti gli operatori la consapevolezza di appartenere ad un sistema sanitario regionale che punta ad essere coeso, efficiente, efficace e, soprattutto, sempre più vicino al cittadino. Attraverso il percorso logico che lega questi due elementi, l'uno strutturale l'altro culturale, si è snodata la discussione dell'incontro del Progetto Dialogo.

La prospettiva, non ancora divenuta realtà, di aprire alla prescrivibilità da parte Medico di medicina generale la classe dei farmaci antidiabetici orali Dpp4-i hanno stimolato molte riflessioni, tutte indissolubilmente legate alla reciproca constatazione che, alla luce delle più consolidate evidenze cliniche, per prendersi cura del paziente diabetico (paradigma efficace di ogni patologia cronica) bisogna necessariamente prendersi cura anche dell'organizzazione dei servizi e dei professionisti che in essa devono operare.

A scattare la fotografia degli scenari liguri Enrico Orsi, Direttore Socio sanitario di A.Li.Sa, Stefano Carro, Sid Liguria, Luca Lione Presidente Amd Liguria, Giuseppe Noberasco, Presidente Simg Liguria, Enrico Torre, Direttore Ssd Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche della Asl 3 Genovese, Luigi Carlo Bottaro, Direttore Generale Asl 3 Genovese, Maria Antonietta Banchemo, Direttore Sanitario Asl 5 Spezzino, Andrea Stimamiglio, Segretario Regionale Fimmg e Marco Bessero, Responsabi-

le Farmaceutica territoriale Asl 2 savonese. E l'Assessore alla Sanità, Sonia Viale, che ha sottolineato la forte volontà della Regione di promuovere "una vera e propria sanità a Km. Zero".

Un passaggio fondamentale che richiama e consolida le esigenze espresse da tutti i partecipanti, a cominciare dalla necessità di precisare cosa debba intendersi per integrazione fra Mmg e specialisti. Opinione comune è che dovrebbe essere interpretata non tanto nella sua accezione culturale o personale, che sostanzialmente esiste, bensì strumentale. La possibilità di utilizzare strumenti o piattaforme informatizzate, strumenti e applicazioni digitali condivise, sono la conditio sine qua non dell'integrazione intesa come condivisione ed accesso al medesimo sistema informatico. In assenza di tale supporto verrebbe a mancare la linea di dialogo che consente la presa in carico appropriata del paziente.

Nell'immediato, nelle more o in attesa che la Regione si doti o attivi piattaforme informatiche comuni è comunque possibile intervenire attivando o estendendo strumenti che consentano il dialogo e la lettura dei dati tra le diverse cartelle cliniche esistenti, siano esse specialistiche o dei medici di famiglia. In questa prospettiva la presa in carico si traduce nel sapere da un sistema o un software, in tempo reale, chi in una determinata classe di malati (in questo caso diabetici), ha o non ha fatto un determinato percorso o ricorso ad una determinata terapia o attività. Non si tratta pertanto di attendere una sostituzione o un generale riammodernamento dei sistemi informatici esistenti ma di immettere soluzioni, App potremmo dire, che consentano la lettura, l'estrazione e l'immissione dati tra quelli attualmente già utilizzati.

E se non vi sono dubbi che debba essere il medico di medicina generale il primo riferimento del paziente è altrettanto condivisa la convinzione che debba essere lo stes-

Il piano cronicità è stato convintamente recepito da Regione Liguria e in tale ambito è previsto anche lo sviluppo del sistema informatico che tuttavia non deve far dimenticare di intervenire sulla formazione e sulla qualità di interazione fra le diverse figure professionali



so Mmg che deve avere lo “specialista di riferimento”, ancora più che il paziente. Ciò può realizzarsi, ancora, solo con una piattaforma informatica che funziona e che consenta un dialogo facilitato ed immediato tra medico di famiglia e specialista anche, perché no, utilizzando i moderni smartphone. Il piano cronicità è stato convintamente recepito da Regione Liguria e in tale ambito è previsto anche lo sviluppo del sistema informatico che tuttavia non deve far dimenticare di intervenire sulla formazione e sulla qualità di interazione fra le diverse figure professionali coinvolte nei processi di presa in carico e cura del paziente diabetico. In questo senso, l'aspetto strutturale-digitale è un elemento necessario ma non di per sé risolutivo al cento per cento.

La prospettiva di apertura al Mmg della prescrizione dei “nuovi” farmaci antidiabetici orali è stata da tutti interpretata come un sostanziale “atto ineludibile”, una “normalità” che in Europa è realtà da anni, una necessità richiamata dalle stesse società scientifiche della diabetologia.

Vale la pena ricordare e precisare, hanno anzi sottolineato gli specialisti, che nessun

diabetologo considera i Dpp4 come farmaci innovativi. Sono sul mercato da oltre un decennio con profili di sicurezza ed efficacia ampiamente consolidati e ben più elevati di altri farmaci che, questi sì, sono già nell'armamentario prescrittivo del Mmg. E se qualcuno volesse ipotizzare percorsi formativi per implementare capacità e consapevolezza prescrittiva dei Mmg su tali farmaci questi percorsi non dovrebbe tanto riguardare la conoscenza del farmaco e della sua prescrizione – ormai noto e consolidato nella pratica clinica – ma semmai le modalità di raccordo sul territorio con la rete delle funzioni specialistiche. Una prospettiva che, ancora, richiama fortemente alla necessità di rete strutturale tra professionisti. Inspiegabile è apparsa in tal senso la prospettiva di redazione, da parte del medico di famiglia, del cosiddetto Piano Terapeutico per questa classe di farmaci. Una decisione secondo il tavolo riconducibile solo e soltanto alla miopia di chi teme iperprescrizioni a danno di una compiuta e consapevole presa in carico con le migliori terapie disponibili del paziente diabetico. E se i distinti capitoli di spesa del sistema sanitario continueranno ad essere non comuni-

canti tra loro il rischio sarà quello di emanare provvedimenti restrittivi che prestano il fianco persino a interpretazioni di dubbia costituzionalità. Dove e chi, si sono chiesti i partecipanti, valuta i risparmi di una terapia farmacologica che fa diminuire i ricoveri (e dunque in maniera molto sensibile anche i costi)?

LA SURVEY IN LIGURIA

La declinazione regionale per la Liguria della Survey sulla governance del diabete non ha mostrato scostamenti significativi rispetto al dato nazionale. In linea a quanto emerso dalla survey nazionale, la maggior parte dei medici rispondenti alla survey giudica positivamente la presa in carico integrata del paziente diabetico nella propria Regione.

Per quanto riguarda gli aspetti di governance migliorabili, circa il 44% indica l'implementazione o il potenziamento della rete tra medici di medicina generale e specialisti/centri diabetologi. La possibilità che i medici di medicina generale possano prescrivere farmaci antidiabetici orali 'innovativi' è nel complesso ben accolta (solo il 4% la qualifica come "carico burocratico difficile da sostenere").

Relativamente alla possibilità di Redazione dei piani terapeutici, i risultati della survey regionale hanno confermato quanto emerso a livello nazionale: il 44% la ritiene "Difficilmente perseguibile senza precisi accordi a livello regionale".

Infine, in linea rispetto a quanto emerso dalla survey nazionale, per circa 6 medici su 10 esiste in Liguria un approccio ragionato e condiviso che approfondisce il rapporto tra accesso all'innovazione e sostenibilità economica.

Differenze organizzative, minate anche dalla mancanza di un sistema informatico esteso capace di dare fondamenta alla necessaria integrazione professionale tra medici di medicina generale e specialisti per la corretta gestione del paziente diabetico sul territorio

PUGLIA

"IN PUGLIA È NECESSARIA LA PIENA ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE CRONICITÀ"

La Puglia, come l'Italia, è stretta e lunga. E nonostante l'impegno complessivo d'istituzioni e operatori permangono difformità qualitative e quantitative nella presa in carico del paziente diabetico. Differenze organizzative, certamente, minate anche dalla mancanza di un sistema informatico esteso capace di dare fondamenta alla necessaria integrazione professionale tra medici di medicina generale e specialisti per la corretta gestione del paziente diabetico sul territorio. Questa la constatazione di fondo che ha fatto da cornice alla discussione alla quale hanno partecipato Giancarlo Ruscitti, Direttore generale Dipartimento salute regione Puglia; Paolo Stella, dirigente Politiche del farmaco della Regione Puglia; Vincenzo Gigantelli, Direttore Distretto Putignano (BA) e Presidente Card Puglia; Rodolfo Rollo, Direttore sanitario Asl leccese; Gregorio Colacicco, Direttore sanitario della Asl di Taranto; Gaetano D'Ambrosio, Presidente regionale Simg; Piero Montedoro, Presidente regionale Amd; Salvatore De Cosmo, Direttore SC endocrinologia e diabetologia Irccs Casa Sollievo della Sofferenza; Francesco Giorgino, Ordinario di endocrinologia Università di Bari; Antonio Caretto, Presidente della Società italiana di dietetica e nutrizione clinica, Marco Urago, Segretario regionale Fimmg e Francesco Gentile, Responsabile diabetologia territoriale della Asl di Bar. Un panel molto rappresentativo non soltanto delle professioni chiamate alla presa in carico del paziente diabetico ma anche paradigmatico rispetto alle differenze che, come accennato, contraddistinguono la re-

gione Puglia che sta attraversando proprio in questi mesi un periodo di ri-focalizzazione del paziente diabetico e del suo percorso di cura. E se qualcuno registra in proposito una certa sproporzione tra il numero di specialisti disponibili ed i volumi di cura a cui possono rispondere, ragion per cui alcuni aspetti di cura dovranno necessariamente essere compito del territorio e non soltanto ai Medici di medicina generale ma anche, per esempio, ipotizzando un rafforzamento dei contenuti che le farmacie di servizi possono assumere, di contro qualche timore dal punto di vista economico esiste. Per esempio, traguardando gli esiti di una possibile apertura ai Mmg della prescrivibilità di farmaci antidiabetici orali “innovativi” come i Dpp4-i, il lato economico e di sostenibilità, tema sensibile per ogni decisore del resto, pesa in misura preponderante sulle scelte non solo allocative, ma anche di politica sanitaria e di scelte organizzative dei sistemi regionali. Il timore di uno sfioramento della spesa farmaceutica si scontra, tuttavia, con la dichiarata consapevolezza degli stessi operatori del territorio secondo cui la regione Puglia non dovrebbe temere il ricorso a prescrizioni irrazionali da parte dei medici di medicina generale, i quali hanno comunque sostenuto più volte la necessità di un approccio condiviso e interattivo con la specialistica.

Il nocciolo del problema, dunque, risiederebbe più che altro nell'equa distribuzione della specialistica territoriale/distrettuale e nell'offerta di servizio necessaria rispetto ai volumi di domanda di cura e trattamento. Anche perché è concettualmente errato interpretare la corretta presa in carico del paziente diabetico unicamente come una partita da giocare tra specialista e Mmg.

L'incontro di Bari ha rimarcato la necessità di porre maggiore attenzione al Piano nazionale cronicità ed al paradigma di quello del diabete. In Puglia si è registrato un recepimento formale a cui non sono



Valorizzare meglio i Presidi Territoriali di Assistenza, risorsa non sempre del tutto tenuta in considerazione, nei quali potrebbero trovare spazio di operazione, a supporto e raccordo dei medici di medicina generale degli specialisti, nutrizionisti e personale infermieristico debitamente formato

seguiti piene azioni attuative. Bisogna inoltre ammettere che esiste una notevole sproporzione fra le evidenze epidemiologiche e le risorse e l'impegno a queste destinate. Di qui la necessità di re-ingegnerizzare il sistema e per fare ciò, posta la sperequazione delle risorse, è necessario un ripensamento dei ruoli aumentando il livello di dialogo ed integrazione tra le funzioni, promuovendo e costruendo una vera medicina di prossimità. E nei territori dove si registra un sostanziale equilibrio nell'appropriatezza prescrittiva – anche come elemento incentivante – è possibile sperimentare un modello gestionale più autonomo del medico di medicina generale nell'interfaccia con la specialistica. I sistemi informatici lo consentono e lo supporterebbero.

Senza dimenticare una corretta ed efficace formazione che dovrebbe essere resa addirittura qualificante e qualificata, quindi abilitante, considerando che esiste ancora una certa quota di professionisti ancora lontani da aggiornamenti significativi dal punto di vista della presa in carico di molte patologie, in particolare “croniche”. E ancora, valorizzare meglio i Presidi Territoriali di Assistenza, risorsa non sempre del tutto tenuta in considerazione, nei quali potrebbero

trovare spazio di operazione, a supporto e raccordo dei medici di medicina generale degli specialisti, nutrizionisti e personale infermieristico debitamente formato. Insomma, una logica multi-professionale che poggi le basi su un'organizzazione del territorio coesa e che si avvalga di una cartella clinica informatizzata accessibile in tutto il territorio.

Anche perché non tutti condividono l'idea secondo cui i volumi dei soggetti diabetici sono tali da non consentire una compiuta presa in carico da parte della medicina specialistica. Con circa tre milioni di diabetici in Italia e 3mila specialisti, ogni specialista dovrebbe quindi occuparsi di mille pazienti e questo non viene ritenuto un compito immane. Alla luce di questa premessa la possibilità di prescrizione di nuovi farmaci da parte dei medici di medicina generale costituisce invero una grande opportunità laddove dovesse apportare maggiore attenzione al diabete in fase precoce e addirittura preventiva consentendo, peraltro, al paziente lontano dallo specialista, di avere accesso a farmaci più sicuri e con meno esposizione ad eventuali ricoveri. Un ulteriore elemento a supporto del concetto di sostenibilità prescrittiva da trapiantare alla luce della riduzione sensibile di eventi avversi e ipoglicemie.

A tal proposito è espressione generale il forte dubbio che un eventuale piano terapeutico da redigere a cura del Mmg conservi una qualche efficacia, nemmeno quella di contenimento delle prescrizioni se riferito (come in questo caso) ad una terapia farmacologica disponibile da dieci anni anche perché i Piani terapeutici hanno ragione d'essere solo per farmaci innovativi ad alto costo nella loro prima fase di commercializzazione.

LA SURVEY IN PUGLIA

I risultati della Regione Puglia sono in linea con quanto emerso dalla survey nazionale. Difatti, la maggior parte dei medici giudica positivamente la presa in carico integrata del paziente diabetico nella propria Regione.

In merito agli aspetti di governance del sistema di presa in carico migliorabili, i rispondenti hanno messo in luce come sia fondamentale il potenziamento della rete tra Mmg e specialisti (50% degli specialisti ed oltre il 41% dei Mmg) così come la necessità di una gestione dei dati mediante una rete informatizzata condivisa (comunque votata nel complesso al 20%).

La prospettiva della possibilità per i medici di medicina generale di prescrivere farmaci antidiabetici orali innovativi (quali i Dpp4-i), è un traguardo importante per il 38% dei medici intervistati (valore più elevato rispetto alla media nazionale e all'area Sud), una prospettiva che richiede percorsi formativi ad hoc per il 34%. Rilevante constatare che il giudizio in Puglia è inferiore di oltre il 30% (e del 3% sul valore nazionale) rispetto al Sud nella valutazione di questa opportunità come carico burocratico difficile da sostenere. Il 35% dei votanti ritiene infine che la possibilità di prescrizione da parte dei Mmg sia difficilmente perseguibile senza accordi a livello regionale; il 29% la ritiene facilmente perseguibile con pochi accorgimenti organizzativi ed il 23% riterrebbe necessario un'adeguata rete informatica. La piattaforma web based è sentita come necessaria soltanto dall'11% dei votanti, in misura minore a quanto rilevato dal dato nazionale e dell'area Sud.

Infine, oltre il 50% dei rispondenti pugliesi dichiara che la Regione non adotta un approccio ragionato e condiviso che approfondisca il rapporto tra accesso all'innovazione e sostenibilità economica; un dato leggermente superiore a quanto emerso nel quadro nazionale ed in quello dell'area Sud Italia.

LOMBARDIA

CLINICI E PAZIENTI PERPLESSI SULLA RIFORMA SANITARIA. PRESA IN CARICO POSITIVA MA I RISCHI SONO ALTISSIMI

Problemi di governance abbastanza presenti ai decisori istituzionali ma che, alla luce dell'impianto complessivo della riforma sanitaria lombarda, agli occhi dei professionisti, sembrano tutt'altro che in via di risoluzione

In Lombardia esiste qualche problema di governance della cronicità soprattutto in termini di presa in carico e accompagnamento dei pazienti, ma anche di strumenti disponibili per i professionisti coinvolti.

Questa la comune denuncia di chi, chiamato alla cura della patologia diabetica, ha animato l'incontro organizzato a Milano al quale hanno partecipato Maurizio Bersani, Direttore programmazione Regione Lombardia, Annalisa Giancaterini, Presidente Amd Lombardia, Giuseppe Lepore, Presidente Sid Lombardia, Roberto Stella, Presidente Snamid, Walter Valsecchi, Dir. Cure primarie, ATS Brianza, Ovidio Brignoli, Vice presidente Simg e Coop Mmg, Ats Bs, Tamara Grilli, Fand e Gabriella Levato, Segretario regionale Fimmg.

Problemi di governance che sono in ogni caso abbastanza presenti ai decisori istituzionali ma che, alla luce dell'impianto complessivo della riforma sanitaria lombarda, agli occhi dei professionisti, sembrano tutt'altro che in via di risoluzione. A cominciare proprio dalla necessità di essere maggiormente ascoltati per non cedere il passo ai consueti allarmi delle voci di bilancio che se lette, come di consueto, in maniera scollegata (farmaci, dispositivi, percorsi, etc...) e quindi per silos, rischiano di rendere inefficace la pur presente e consolidata volontà di medici di medicina generale e specialisti di attivare percorsi di collaborazione e integrazione professionale efficaci ai fini dell'accompagnamento del paziente diabetico lungo tutta la sua vita.

Peraltro, e questa è un'istanza sottolineata a chiare lettere sia dai Mmg sia dagli stessi specialisti, se da un lato entrambi hanno bisogno di strumenti informatici efficaci ed efficienti capaci di sostenere le fondamenta di una rete di presa in carico estesa sul territorio, dall'altro hanno denunciato senza mezzi termini l'assurdità di dover limitare le possibilità terapeutiche più efficaci ai pazienti per meri motivi economicistici. In particolare il riferimento è ai cosiddetti farmaci "innovativi", i nuovi antidiabetici orali, che potrebbero fare la differenza nella cura dei pazienti e che ancora sono preclusi in termini di prescrivibilità (senza alcuna motivazione scientifica o di complessità terapeutica) ai medici di famiglia. Regione Lombardia, dal canto suo, si è detta fortemente impegnata nella definizione di nuovi modelli di ragionamento che abbiano come paradigma principale i percorsi di presa in carico del paziente e che riescano a fare sintesi (nonché assicurare il soddisfacimento) dei rispettivi bisogni. Percorsi di efficientamento che dovranno dare maggior valore alla rete clinico assistenziale più che a quella meramente organizzativa.

Una prospettiva questa, accolta certamente con favore ma che, ancora oggi, si scontra con la realtà dei singoli territori spesso alle prese con scelte e dinamiche più orientate alla sostenibilità economica immediata che ad una visione strategica omnicomprensiva di tutte le voci di spesa nella cura di un paziente diabetico. Un approccio quest'ultimo che farebbe pendere la bilancia della stessa sostenibilità dalla parte di una maggiore aperture, come detto, all'armamentario terapeutico del Mmg oltre che da una maggior efficienza di una rete informatizzata estesa tra professionisti e sistema sanitario regionale. La chiusura di alcuni centri diabetologici sul territorio o l'allungamento delle liste di attesa per visite specialistiche, agli occhi dei pazienti costitui-

La categoria dei diabetologi è quella con cui i Mmg lavorano da molti anni con maggiore continuità e condivisione

scono un campanello di allarme importante che non fa tralasciare con ottimismo la dichiarata volontà di investire in reti cliniche e di collaborazione tra professionisti.

Ed anche il sistema informativo lombardo, agli occhi dei professionisti ancora non riesce a soddisfare le istanze dei clinici, vi sono problemi di interoperabilità dei sistemi, non vi sono cartelle condivise ed anche il fascicolo sanitario elettronico non è totalmente completato.

Sembrerebbe dunque mancare la reale gestione del paziente anche a causa di una frammentazione degli interventi che costituiscono essi stessi un dispendio economico notevole. E se la dinamica tra primo e secondo livello di cura in Lombardia è certamente importante, non è considerata assolutamente sufficiente.

La categoria dei diabetologi è quella con cui i Mmg lavorano da molti anni con maggiore continuità e condivisione. Lo spirito che dovrebbe animare l'azione regionale, per gli intervenuti al tavolo di confronto, dovrebbe pertanto essere quello alla base di un intervento di riorganizzazione strumentale che consenta la sincronizzazione delle azioni evitando, come già detto, ragionamenti a silos. A giudizio dei partecipanti la riforma regionale di presa in carico del paziente cronico è stata scritta da economisti senza il coinvolgimento dei clinici; ed è per questo che denunciano problemi di coerenza concettuale, laddove i medici di medicina generale non possono prescrivere farmaci innovativi a basso rischio ma possono invece prescrivere farmaci non innovativi ad alto rischio.

Una logica che compromette la reale presa in carico del paziente a favore del miope contenimento della sola spesa farmaceutica.

Peraltro, abbandonare questa logica economicistica a silos dando ai Mmg maggiori capacità prescrittive nell'ambito di una collaborazione professionale con la specialistica reale e diffusa sul territorio, può certamen-

te contribuire non soltanto alla migliore presa in carico del paziente ma anche alla razionalizzazione del sistema, liberando gli stessi centri specialistici da effetti "imbuto" per richieste di visite non necessarie.

Purché per integrazione non s'intenda un'integrazione soltanto strutturale. In tal caso, a giudizio dei partecipanti, se ne parlerà per i prossimi vent'anni. Mentre se all'integrazione s'intenderà dare invece un'accezione funzionale che possa appoggiarsi al fascicolo sanitario elettronico e legata alla domanda e non alle esigenze delle strutture, allora i termini di attuazione potrebbero essere di medio periodo.

Insomma, l'incontro di Milano ha testimoniato un forte senso critico nei confronti della visione e della progettualità istituzionale. Sentimento del resto ben leggibile anche nella declinazione per la regione Lombardia dei dati della Survey nazionale realizzata nei mesi precedenti sull'argomento.

LA SURVEY IN LOMBARDIA

Se infatti in Lombardia la presa in carico del paziente diabetico è giudicata positivamente per oltre il 79% dei rispondenti; il 44,55% del totale dei giudizi lo definisce discreto, il 22,73% sufficiente e solo il 12% ottimo. Di contro giudizi insufficiente e pessimo si distribuiscono in misura pressoché uguale (rispetto al dato totale), attestandosi rispettivamente all'11,91% ed al 10%.

Il dato lombardo vede pertanto degli scostamenti rispetto alla media nazionale ed alla media dell'area Nord Ovest, attestando i medici lombardi meno generosi nel giudizio: quello "ottimale" della presa in carico risulta avere un differenziale negativo rispetto all'area Nord Ovest di circa 6 punti percentuali che non recupera del tutto dal +4 punti che si registra nel giudizio

“discreto” (e superiore rispetto ai colleghi nazionali di poco più di un punto percentuale); il giudizio negativo registra uno scontento pessimo in Lombardia superiore sia rispetto all’area Nord Ovest sia rispetto alla media nazionale (rispettivamente quasi 3 e 5 punti percentuali).

Tra gli aspetti di governance che possono essere migliorati nella presa in carico del paziente diabetico proposti dal sondaggio, oltre il 45% dei rispondenti lombardi indica l’implementazione della rete tra medici di medicina generale e specialisti/centri diabetologi. Seguono, in ordine alle preferenze espresse, la “valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale nella gestione integrata del paziente diabetico” (32,72%), la “gestione dei dati mediante una rete informatizzata condivisa e l’introduzione di specifici indicatori di monitoraggio delle relative performance” (18,52%); il “pieno recepimento del Piano nazionale diabete e Piano nazionale delle cronicità da parte di regione” raccoglie solo il 3,09%.

“Solo” il 36% dei rispondenti (un dato elevato ma comunque inferiore alla media nazionale di circa 8 punti percentuali) non vede un approccio regionale ragionato e condiviso che approfondisca il rapporto tra accesso all’innovazione e sostenibilità economica. Il restante dei rispondenti ne riconosce l’esistenza ma con gradi differenziati: Il 22% dichiara che vi è – con un + 8 punti percentuali rispetto alla media nazionale ed un + 4 rispetto alla media Nord Ovest; il 26% propende nel ritenere che comunque Regione Lombardia appare “sfavorevole all’introduzione di tecnologie innovative”, registrando un valore inferiore alle medie nazionale e di macro area, ed il 16%, con 4 punti percentuali superiori alle altre medie considerate, ritiene che “comincia ad essere sufficientemente diffuso un approccio valued based attraverso strumenti e metodologie di Hta”.

E proprio alla luce della sempre maggiore incidenza di patologie croniche, diabete in primis, diventa improcrastinabile fare interventi molto mirati a livello territoriale promuovendo una sorta di “rinascimento” del medico di medicina generale, primo contatto con il paziente nel vasto alveo delle cure primarie

MARCHE

LA STRADA DELLA GOVERNANCE È QUELLA GIUSTA, ME SERVE QUALCHE SFORZO IN PIÙ

Nelle Marche, come del resto in tutto il territorio italiano, la prospettiva dei sistemi sanitari è quella di un sempre maggiore spostamento delle attività di assistenza dal livello ospedaliero a quello territoriale. Una normale evoluzione dei sistemi sia per cause epidemiologiche con l’aumento delle patologie croniche sia perché l’ospedale, sempre più destinato alle alte specializzazioni, generalmente è già a un livello elevato di appropriatezza e qualità di cure.

E proprio alla luce della sempre maggiore incidenza di patologie croniche, diabete in primis, diventa improcrastinabile fare interventi molto mirati a livello territoriale promuovendo una sorta di “rinascimento” del medico di medicina generale, primo contatto con il paziente nel vasto alveo delle cure primarie.

Questa la cornice concettuale della tappa marchigiana realizzata ad Ancona alla quale hanno partecipato Fabrizio Volpini, Presidente IV Commissione consiliare permanente - Sanità e Politiche sociali; Lucia Di Furia, Direttore generale Welfare e programmazione regione Marche; Luigi Patregnani, Direttore assistenza farmaceutica Agenzia regionale sanitaria; Claudio Martini, Dirigente Assistenza territorio e integrazione ospedale territorio; Giovanni Lagalla, Dirigente ricerca e responsabile scientifico dell’Agenzia sanitaria regionale; Franco Stazio, Responsabile Area delle patologie a rilevanza sociale; Massimiliano Petrelli, Presidente Sid Marche; Rosa Anna Rabini, Dirigente Uo di diabetologia Inrca; Elena Tortato, Presidente Amd Marche; Aldo Tiberi, Segretario regionale Fimmg; Dario Bar-



tolucci, Presidente Simg Marche, Emilio Benini, Vice Presidente Fand; Fabio Romagnoli, Direttore Centro diabetico Inrca ed Elisabetta Perazzini, Medico di medicina generale.

La governance della patologia diabetica nelle Marche è sostanzialmente ben organizzata, sia in termini di organizzazione sia nei rapporti professionali tra Mmg e Centri specialistici anche se persistono notevoli margini di miglioramento poiché appropriatezza e presa in carico, in alcune zone della regione, risultano ancora connotate da qualche criticità. Molti pazienti ben compensati non dovrebbe andare al centro diabetologico ma dal medico di medicina generale. Eppure molti centri antidiabetici si dicono “affogati” da queste persone che non hanno bisogno di consulenze o interventi specialistici.

Diffomità territoriali che emergono, per esempio, anche in tema di disponibilità farmaceutica a livello territoriale. Nel caso della prescrizione dei farmaci innovativi per i diabetici, l’incontro di Ancona ha denunciato fortissime differenze tra le stesse aree vaste. In alcune non sono stati inseriti tutti i farmaci in Pto, optando per solo due classi di molecole, evidenziando la sostanziale assurdità che i farmaci una volta approvati dall’Aifa debbano essere approvati dalla Regione e poi anche a livello di area vasta.

Le “armi” terapeutiche di prima scelta sono attualmente precluse al Mmg e, peraltro, non vedono alcuna contrarietà da parte dei medici specialisti visti gli eccellenti risultati in oltre dieci anni di utilizzo

Le “armi” terapeutiche di prima scelta sono attualmente precluse al Mmg e, peraltro, non vedono alcuna contrarietà da parte dei medici specialisti visti gli eccellenti risultati in oltre dieci anni di utilizzo. Sarebbe questo un ulteriore tassello per rinforzare da un lato il ruolo del medico di famiglia quale primo attore, insieme al paziente, nella presa in carico del diabetico e, dall’altro, di alleggerire i centri antidiabete riservando loro il già vasto mondo delle complicanze.

Ma, al di là dell’apertura al Mmg della prescrizione dei Dpp4-i e nonostante la Regione (e con essa l’Asur, l’Azienda sanitaria unica della regione Marche) abbia deliberato e indicato la via dell’integrazione piena, anche mediante strumenti informatici, tra medicina generale e centri antidiabetici, la traduzione nella pratica clinica quotidiana è in molte zone abbastanza difficile.

Tra i motivi una sorta di “impreparazione” organizzativa del territorio e culturale di alcuni professionisti che forse faticano un po’ ad accettare il cambiamento.

Il famoso decreto Balduzzi, è stato ricordato nel corso dell’incontro, per il 70% parlava del riordino dell’assistenza primaria e soltanto per il 30% di ospedali e posti letto. La maggior parte delle regioni si è focalizzata sulla riduzione dei posti letti e a giudizio dei partecipanti non esiste una regione (Marche compresa) che abbia organizzato il territorio secondo il citato decreto ad eccezione della Toscana, con le Aft, le Ucp, le case della salute.

È quindi opinione di molti che se si vuole dare compiutezza di governance alla patologia diabetica anche attraverso azioni di medicina d’iniziativa di opportunità, è necessario che gli ambulatori di assistenza primaria non siano come gli attuali e nemmeno come le medicine di gruppo nelle quali i medici dividono soltanto le spese di ambulatorio. Come dire, che non servono le segretarie ma altre figure professionali: l’assistente sociale, l’infermiere, lo psicologo

delle cure primarie, etc. La sfida, dunque, non può essere che quella di una medicina del territorio organizzata e la sostenibilità del sistema passerà anche attraverso quest'organizzazione che però si fa avanti con gran fatica.

Nelle Marche, di contro, anche se con gran fatica sono ormai avviati gli ospedali di comunità e questi potrebbero essere un buon punto di partenza poiché sono luoghi dove è possibile gestire compiutamente un paziente.

La compliance è un problema per tutti i sistemi sanitari ma lo è ancora di più l'appropriatezza che non è solo prescrittiva. E se da un lato le istituzioni devono evitare di mettere il paziente in difficoltà, dall'altro non possono permettersi il rischio (e neanche la spesa) di essere ridondanti in termini di servizi sul territorio. E se l'appropriatezza, in questo caso prescrittiva, è il farmaco giusto al paziente giusto e nel giusto posto, a volte esistono limitazioni che non riguardano la regione, la quale non può agire in maniera autonoma e decidere, ma livelli superiori ai quali non bisogna stancarsi di segnalare quotidianamente le esigenze e le istanze, ciascuno per la sua parte.

La medicina generale si è detta quindi sostanzialmente pronta ad accettare la sfida ma importante in questo processo devono considerarsi anche il rapporto e l'educazione del paziente (anche ai fini della gestione integrata) nonché la formazione e l'aggiornamento per gli stessi Mmg. Un diverso approccio culturale e di collaborazione che necessita, a giudizio dei partecipanti dell'incontro di Ancona, di un sistema informatico meglio strutturato, che permetta di lavorare meglio in rete, che sia veloce, facile da usare e soprattutto unico per tutta la regione. Insomma, di una più puntuale "presa in carico" da parte della Regione che oltre a deliberare deve accelerare nel fornire il supporto materiale per attivare quanto pianificato.

LA SURVEY NELLE MARCHE

Rispetto alla Survey nazionale, i risultati della Regione Marche vedono una prima differenza nella adesione piuttosto bilanciata tra le due categorie di rispondenti: 53% Mmg e 47% medici specialisti. E per l'87% del totale dei rispondenti il giudizio sull'attuale presa in carico del paziente diabetico è positivo. Il 20% dei giudizi lo definisce ottimo mentre le altre preferenze espresse sono perfettamente suddivise tra il discreto e la sufficienza. Nelle Marche nessun giudizio negativo si attesta sul pessimo e il giudizio di insufficienza è stato espresso da solo dai medici specialisti. Sostanzialmente sulla presa in carico del paziente diabetico si registra quindi uno scostamento in positivo della regione sia rispetto alla media nazionale sia rispetto all'area Centro.

L'implementazione della rete tra specialisti e medici di famiglia è sentita come elemento di miglioramento necessario al pari della gestione dei dati mediante una rete informatizzata condivisa con introduzione di specifici indicatori per il monitoraggio delle relative performance (37%); meno della metà delle preferenze (15%) sono state espresse a favore di una maggiore valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale mentre solo l'11% ritiene necessario il pieno recepimento del Pnd e Pnc da parte della regione; tale 11% è attribuibile per il 100% dai medici specialisti. La maggiore valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale è sentita come necessità di miglioramento del sistema regionale da entrambe le categorie ed in misura quasi coincidente (15,38% i medici specialisti, 14,28% Mmg).

La prospettiva di apertura ai Mmg della prescrivibilità dei Dpp4-i è ben accolta dalla maggioranza relativa, 46% dei rispondenti, come un'ipotesi che richiede percorsi formativi ad hoc"; il 39% ritiene che sia un traguardo importante ed il 15% la valuta di interesse professionale. Nessuno dei medici rispondenti valuta negativamente questa opportunità, neanche ritenendo la compilazione del Piano terapeutico come un "carico burocratico" difficile da sostenere.

Nelle Marche, inoltre, ben il 50% dei rispondenti ritiene che la maggiore possibilità prescrittiva necessiti di precisi accordi a livello regionale ed il 28% ritiene che vi sia la necessità di una adeguata rete informatica che dialoghi coi sistemi utilizzati dai medici di medicina generale. Entrambe all'11% le valutazioni orientate a ritenere che tale "apertura" sia facilmente perseguibile con pochi accorgimenti e che, all'opposto, sia necessaria una piattaforma web based. Il dato risulta in linea rispetto al dato nazionale e con quello dell'area Centro.

Di contro, mentre il 53% dei rispondenti ritiene che la regione Marche non abbia un approccio ragionato e condiviso che approfondisca il rapporto tra innovazione e sostenibilità economica, il 27% ritiene invece che ce l'abbia, segnando in questo uno scostamento positivo (+ 10 punti percentuali) rispetto ai dati registrati a livello nazionale e di area Centro; il 13% ritiene in modo più cauto che lo sia ma con riserve nell'introduzione di tecnologie innovative. Solo il 7% intravede in regione un approccio veramente valued based.

La road map per la presa in carico della patologia diabetica è stata già tracciata dalla Regione. Su questo punto c'è stata una piena convergenza, da parte di tutti gli attori coinvolti

CAMPANIA

L'ASSISTENZA AI PAZIENTI DIABETICI È RIPARTITA, MA BISOGNA DARE GAMBE ALLA PIENA INTEGRAZIONE TRA PROFESSIONISTI

Se il diabete si colloca nel mondo ai primi posti nella lista delle principali sfide della sanità del XXI secolo, in Campania l'allerta è scattata da tempo. Il peso epidemiologico della malattia interessa circa 400mila cittadini con un trend in aumento negli ultimi dieci anni che colloca attualmente questa Regione al di sopra della media nazionale. E il futuro non è roseo: considerando il graduale invecchiamento della popolazione campana e il triste primato della prevalenza dell'obesità infantile è facile supporre che la condizione diabetica aumenterà marcatamente nel breve termine. Già oggi si contano 2mila morti l'anno per diabete. Con un tasso di mortalità fra le donne quasi doppio rispetto alla media nazionale.

Per questo la Regione ha dichiarato guerra alla malattia mettendo in atto misure correttive per arginarne l'avanzata garantendo una sempre migliore presa in carico integrata del paziente.

Gli strumenti? Il pieno coinvolgimento dei Medici di medicina generale e un sistema informatico pronto per monitorare e garantire l'appropriatezza delle cure e velocizzare il rinnovo dei piani terapeutici. Certo, le criticità non mancano. La rete ospedale territorio presenta ancora maglie troppo larghe che ritardano il processo di piena integrazione tra specialisti, medici di famiglia e Centri di riferimento. Anche sul fronte informatico, nonostante la Campania abbia ingranato la marcia, ci sono ancora intoppi che non consentono di farlo girare a pieno regime. Insomma, bisogna ancora fa-

re qualche sforzo in più per riorganizzare il territorio e inserire il paziente in un percorso di cura globale e ben individuato senza duplicazioni e sprechi di risorse inutili. All'incontro organizzato a Napoli hanno partecipato: Pietro Buono, Commissione diabetologica regionale, Ugo Trama, Responsabile Politica del farmaco e dispositivi, Tommasina Sorrentino, Responsabile Uod Diabetologia Distretto 52, Geremia Romano, Presidente Amd Napoli, Mario Parrillo, Presidente Sid Napoli, Raffaele Sellitto, Presidente Mega Ellas - Consorzio Cooperative, Gaetano Piccinocchi, Simg Napoli, Luigi Sparano, Fimmg Napoli, Guido Corbisiero, Direttore Distretto 50 Asl Na3, Tiziana Spinosa, Commissione diabetologica regionale, Fabiana Anastasio, Presidente Fand Napoli, Andrea Vercellone, Segretario regionale Sifo Campania e Pasquale Di Girolamo Faraone, Ds Asl Napoli Centro.

La road map per la presa in carico della patologia diabetica è stata già tracciata dalla Regione. Su questo punto c'è stata una piena convergenza, da parte di tutti gli attori coinvolti, nel riconoscere gli sforzi intrapresi dal Governo De Luca. Ora bisogna solo far camminare la macchina a pieno regime per consentire la completa implementazione delle indicazioni e portare tutti verso la totale integrazione con adeguati percorsi formativi.

A "dare gas" c'è la piattaforma informatica Saniap che contiene attualmente volumi di dati considerevoli sui pazienti e dove già adesso i medici possono rinnovare con accesso diretto alcuni piani terapeutici. È tuttavia uno strumento ancora da perfezionare: il cartaceo non è stato completamente abbandonato. Va detto però che il sistema informatico potrebbe essere pronto ad estendere la possibilità che i Mmg intervengano nella redazione dei Piani terapeutici, cosa che eviterebbe ai pazienti perdite di tempo e burocrazie inutili.

C'è stata anche piena condivisione sulla cen-

tralità del Mmg nella gestione integrata del paziente diabetico, considerata una figura chiave nella presa in carico del paziente e front office sul territorio. Ma, come abbiamo già visto, la rete tra professionisti segna ancora il passo. Non sono mancate critiche su disfunzioni del territorio che rallentano il raggiungimento di un'ottimale gestione integrata del paziente, come dimostra il fatto che ci sono ancora molte complicanze determinate dalla malattia. Dal tavolo è arrivata perciò una richiesta forte di dare gambe alla rete, che vede come protagonisti non solo Mmg e Specialisti, ma anche altre figure professionali quali ad esempio l'infermiere, l'assistente domiciliare e lo psicologo. E con un Distretto che deve essere visto come facilitatore per recuperare i processi di presa in carico.

La prospettiva di un'apertura al Mmg della prescrizione dei "nuovi" farmaci antidiabetici orali è stata da tutti interpretata come un "atto ineludibile". Anche perché far entrare i Dpp4-i, sul mercato da oltre un decennio con profili di sicurezza ed efficacia ampiamente consolidati, nell'armamentario prescrittivo del Mmg, porterebbe innegabili vantaggi per i pazienti oltre ad evitare sovraffollamenti nei Centri che in Campania fanno fatica a soddisfare la domanda. Anzi, secondo il tavolo sarebbe auspicabile ampliare la prescrivibilità dei Dpp4-i al medico di famiglia sia sotto il profilo clinico che economico e sociale.

E così, gli obiettivi da perseguire a stretto giro di posta dovrebbero essere: una cartella unica al quale tutti i professionisti chiamati in causa possano accedere, ottimizzando il processo ed evitando così duplicazioni e sprechi per il Sistema. Ma anche arrivare ad una diagnosi precoce del diabete e ad una maggiore sensibilizzazione alla misurazione della glicemia da parte dei farmacisti, in un'ottica di farmacia dei servizi.

LA SURVEY IN CAMPANIA

Che la Campania abbia compiuto molti passi in avanti sul fronte della gestione integrata è testimoniato anche dai dati regionali. Ben il 77% dei professionisti che hanno risposto (il 70% Mmg e il restante 30% medici specialisti) valuta positivamente la presa in carico dei pazienti diabetici campani. Un giudizio che sale ad oltre l'82% tra i Mmg e si attesta sul 63% dei medici specialisti.

Lo sguardo comparato dell'andamento delle risposte "campane" rispetto all'area sud ed alla media nazionale evidenzia una tendenza regionale più indirizzata verso giudizi di assoluta positività, bilanciata da una maggiore propensione ad un giudizio sufficiente (oltre + 10 punti percentuali rispetto alle altre aree considerate). E anche il giudizio negativo è minore rispetto a quanto espresso dai medici dell'area Sud e dalla media nazionale.

Sugli aspetti di governance ben il 43% degli intervistati ritiene che la regione debba implementare la rete tra medici di medicina generale e gli specialisti, il 26% ritiene che si debba raggiungere una maggiore valorizzazione del ruolo del Mmg nella gestione integrata del paziente diabetico, e il 24% ritiene fondamentale una gestione dei dati mediante una rete informatizzata condivisa. il 7% ritiene che regione debba dare pieno recepimento al Pnd e al Pnc.

In merito alla prospettiva della possibilità per i Mmg di prescrivere farmaci antidiabetici orali "innovativi" quali i Dpp4-i, il 37% di tutti i professionisti pensa servano corsi di formazione ad hoc, ne sono convinti soprattutto gli specialisti; per il 35% è un traguardo importante che valorizza il ruolo del Mmg e arricchisce il percorso di presa in carico del paziente diabetico, ed il 23% la ritiene una prospettiva interessante dal punto di vista professionale mentre solo il 5% pensa che si un carico burocratico.

La Survey ha poi indagato sul possibile intervento dei Mmg nella redazione dei Piani terapeutici qualora si aprisse la prescrivibilità ai Mmg degli antidiabetici orali "innovativi". Per il 32% questa prospettiva è perseguibile con pochi accorgimenti organizzativi, ma il 28% pensa che sia necessaria l'attuazione di precisi accordi a livello regionale. Sempre il 28% ritiene che sia necessaria sia una adeguata rete informatizzata che consenta la lettura dei dati tra i diversi sistemi utilizzati dai medici di medicina generale e gli specialisti; solo il 12% pensa necessaria una piattaforma web based di facile gestione. Gli accorgimenti organizzativi sono però percepiti come sufficienti dal 34% dei Mmg contro il 16% degli specialisti (il 18% di questi ultimi ritiene necessaria la piattaforma web based contro l'appena 9% dei Mmg).

La Toscana ha tutte le carte in regola per compiere un decisivo salto di qualità per la presa in carico del paziente diabetico

TOSCANA

PRONTI A “CHIUDERE IL CERCHIO”, MA SERVE UN’IMPLEMENTAZIONE PIÙ FORTE DELLA RETE CLINICA MULTIDISCIPLINARE

La Toscana ha tutte le carte in regola per compiere un decisivo salto di qualità per la presa in carico del paziente diabetico. Abbandonati “arroccamenti” professionali, anche se con qualche resistenza, i medici hanno iniziato uscire dalla logica dei silos per entrare in una fase di integrazione che vede specialisti e Medici di medicina generale marciare verso la sintonia. Una maturità culturale incentivata anche da politiche sanitarie che hanno puntato su uno schema di presa in carico secondo le modalità del Chronic Care Model e su una normativa dedicata all’organizzazione “in rete” dell’assistenza ai pazienti diabetici.

Insomma, la Toscana ha attivato un circuito virtuoso per una maggiore integrazione tra ospedale e territorio, facendo anche leva sul ruolo del Mmg come gatekeeper del sistema. Ma per il rush finale, che porterà la Regione a tagliare il traguardo di piena presa in carico del paziente diabetico sempre più efficiente, serve qualche ingrediente in più: una maggiore implementazione della rete clinica multidisciplinare, magari affinando alcuni aspetti e riorganizzando i percorsi; la conoscenza dei dati per dominare il fenomeno e arrivare all’appropriatezza prescrittiva; una piena collaborazione del paziente che deve diventare co-partecipe del proprio percorso di cura. E ancora, tecnologie efficaci e innovative e un accesso integrato ai principali strumenti terapeutici per garantire un’appropriata gestione del paziente diabetico.



All’incontro organizzato a Firenze hanno partecipato Monica Calamai, Direttore Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, Roberto Banfi, Responsabile Politiche del farmaco e dispositivi, Andrea Vannucci, Direttore Ars, Giuseppe Turchetti, Professore ordinario di Economia e gestione delle imprese, Scuola Sant’Anna di Pisa, Cristiana Baggione, Responsabile diabete Asl Centro, Graziano Di Cianni, Direttore Uo diabetologia Aou NO Livorno, Francesco Dotta, Direttore Uo diabetologia Aou Senese, Dario Grisillo, Direttore Generale di Medicina Asl Sud Est, Edoardo Mannucci, Direttore Uoc Diabete Aou Careggi, Donatella Pagliacci, Direttore Sds Valli Etrusche - Azienda Usl Toscana Nordovest e Eleonora Pavone, Farmacista Dirigente Azienda sanitaria Usl 11. Sicuramente la strada della Toscana è in discesa, il bagaglio della diabetologia c’è, tant’è che la lotta alla malattia diabetica è sempre stato un suo fiore all’occhiello.

Soprattutto la Regione ha assistito ad una crescita culturale verso l’integrazione professionale che inizialmente vedeva scettici i professionisti, salvo poi portarli ad abbandonare la concezione del paziente “appartenente solo al singolo medico” per passare ad una sua condivisione tra più professio-



Altra preoccupazione emersa è quella di garantire l'accesso al farmaco a tutti i pazienti, in particolare a chi vivendo isolato, per usufruirne, paga lo scotto di dover attendere mesi o di doversi recare con qualche difficoltà al Centro più vicino

nalità. Con un salto del guado “dal mio paziente, al nostro paziente, al sistema”.

Anche il lavoro in rete, ugualmente vissuto con qualche resistenza iniziale alla condivisione, sta decollando. Ma serve una spinta in più per un'implementazione sull'intero territorio regionale. Insomma, i tempi sono maturi per passare ad una rete strutturata. Evitando però rigidità calate dall'alto.

Ora la Regione vuole solo concentrarsi sulla complessità e personalizzare ancora di più l'approccio al paziente anche riorganizzando alcuni passaggi. La necessità emersa è quella di riuscire a stilare un piano di cura che coinvolga tutti gli attori compreso il paziente, che va responsabilizzato. Quest'ultimo deve fare la sua parte, ma ci vuole una formazione e un'educazione alla cura. Per i professionisti coinvolti l'engagement della persona e dei suoi familiari porta non solo a migliori outcome, ma anche ad una maggiore sostenibilità del sistema con una riallocazione delle risorse.

Sotto il profilo dell'informatizzazione la Regione è pronta a “viaggiare sicura”. Diversa è invece l'informatizzazione in rete tra i sanitari che oggi lavorano sul fascicolo sanitario: non permette di condividere le valutazioni cliniche in quanto troppo rigido. Ser-

virebbe un utilizzo più “friendly”.

Su questi fronte, una problematica segnalata dal tavolo potrebbe arrivare dall'applicazione della normativa sulla privacy.

E ancora, una criticità sollevata è il finanziamento delle prestazioni: quelle erogate in una struttura ospedaliera piuttosto che nelle strutture afferenti l'azienda sanitaria o dai medici di medicina generale presentano meccanismi di remunerazioni diversi. Un aspetto che non favorisce l'unitarietà del sistema

Altra preoccupazione emersa è quella di garantire l'accesso al farmaco a tutti i pazienti, in particolare a chi vivendo isolato, per usufruirne, paga lo scotto di dover attendere mesi o di doversi recare con qualche difficoltà al Centro più vicino. Per i camici bianchi occorre quindi facilitare questo accesso alla terapia e, in questo scenario, il medico di medicina generale è sicuramente la figura deputata ad agevolare il percorso in quanto più facilmente raggiungibile dai pazienti. La prospettiva di un'apertura al Mmg della prescrizione dei “nuovi” farmaci antidiabetici orali è stata perciò da tutti interpretata come un “atto ineludibile” e valutata in maniera assolutamente positiva, accompagnandola però con una formazione ad hoc. È infatti opinione comune che far entrare i Dpp4-i (farmaci sul mercato da oltre un decennio con profili di sicurezza ed efficacia ampiamente consolidati) nell'armamentario prescrittivo del Mmg porterebbe innegabili vantaggi ai pazienti risolvendo il problema dell'accessibilità al farmaco per i pazienti non più giovanissimi e con comorbidità. Oltre che “liberare” i Centri che potrebbero concentrarsi maggiormente sulla complessità.

Infine per quanto riguarda la possibilità che i Mmg possano intervenire nella redazione del Piano terapeutico i medici toscani si dichiarano pronti a partire, nel momento in cui arriverà una software house informatizzata.

LA SURVEY IN TOSCANA

Che la Toscana sia avanti sul fronte della gestione dei pazienti diabetici è testimoniato anche dai dati regionali.

In generale, in linea con i dati nazionali, le risposte sono composte per il 63% dai medici di medicina generale e per il restante 37% dai medici specialisti. Ampiamente positivo, sopra i dati della media nazionale, il giudizio degli intervistati sulla presa in carico del paziente diabetico. Ben l'80% dei rispondenti la valuta positivamente, soprattutto entrambe le categorie sono perfettamente allineate nel giudizio attestando una armonia di percepito del tutto inusuale anche con riferimento ai dati comparati con i risultati nazionale e delle altre regioni (dove i medici di medicina generale risultano più generosi nel giudizio rispetto ai colleghi specialisti). Positivi quindi i giudizi a maggioranza assoluta per entrambe le categorie considerate. Solo il 2,44% valuta la presa in carico pessima e con una percentuale inferiore di 3 punti rispetto alla media nazionale e di 6 punti circa rispetto al dato dell'area Centro.

Per quanto riguarda gli aspetti di governance che possono essere migliorati nella presa in carico del paziente diabetico, il 42% degli intervistati ritiene che debba implementarsi la rete tra medici di medicina generale e specialisti, il 30% pensa si debba raggiungere una migliore gestione dei dati mediante una rete informatizzata condivisa e il 23% che sia necessaria una maggiore valorizzazione del ruolo del Mmg nella gestione integrata del paziente diabetico; solo il 5% pensa che la Regione debba dare pieno recepimento al Pnd e Pnc. Analizzando più approfonditamente i dati emerge una maggiore sensibilità dello specialista alla implementazione della rete tra Mmg (50% delle risposte degli specialisti verso il 37% dei Mmg) e la gestione dei dati mediante una rete informatizzata condivisa (42% delle risposte dei medici specialisti verso il 21% dei medici di famiglia). Dato che evidenza una notevole differenziazione di percepito e valutato tra le due categorie di votanti è la maggiore valorizzazione del ruolo del Mmg che solo il 4% dei medici specialistici

ritiene sia un essenziale elemento di miglioramento del sistema, contro il 37% dei Mmg.

Sulla possibilità per i medici di medicina generale di prescrivere farmaci antidiabetici orali "innovativi" (quali i Dpp4-i) per il 50% dei rispondenti è un traguardo importante, un dato questo toscano superiore alla media nazionale; il 35% pensa che sia un traguardo per l'arricchimento sia del Mmg sia del percorso del paziente diabetico; per il 33% sono però necessari corsi di formazione ad hoc; il 15% la ritiene una prospettiva interessante dal punto di vista professionale. Solo il 2% ritiene pensa sia un carico burocratico. Gli specialisti sono maggiormente inclini a pensare che i Mmg debbano essere formati (53%), ma anche il 27% dei Mmg ritiene di dovere ricorrere ad una formazione/aggiornamento specifico.

Per quanto concerne poi la possibilità che i medici di famiglia possano intervenire nella redazione dei relativi Piani terapeutici, il 35% dei medici toscani pensa che l'obiettivo sia difficile da raggiungere senza un'adeguata rete informatica che dialoghi con i sistemi utilizzati dai Mmg; il 30% ritiene invece sia una prospettiva perseguibile con pochi accorgimenti organizzativi e il 24% che sia necessaria l'attuazione di precisi accordi a livello regionale; solo il 11% pensa che serva una piattaforma web based di facile gestione. Gli accorgimenti organizzativi sono comunque percepiti come sufficienti dai Mmg (il 28%) contro il 35% degli specialisti, mentre per il 18% di questi ultimi è necessaria la piattaforma web based.

Infine il 40% dei medici toscani pensa che in Regione non esista un approccio ragionato e condiviso che approfondisce il rapporto tra accesso all'innovazione e sostenibilità economica. Un giudizio negativo comunque inferiore sia rispetto alla media dell'area Centro sia rispetto alla media nazionale di oltre 5 punti percentuali.

FRIULI-VENEZIA GIULIA

**VERSO UN NUOVO PIANO
SANITARIO CHE SUPERI
LE DISOMOGENEITÀ
E INVESTA
IN INNOVAZIONE
TECNOLOGICA**

Convergenza di intenti emersa tra specialisti e Mmg sull'ipotesi di apertura alla prescrivibilità da parte di quest'ultimi dei nuovi farmaci innovativi orali

“Il tema della cronicità e quindi della gestione del paziente diabetico è al centro della riorganizzazione del servizio sanitario della regione Friuli-Venezia Giulia”. È l'impegno del Vicepresidente regionale Riccardo Riccardi, che ha voluto evidenziare come in questo senso, il nuovo Piano sanitario imprime una forte spinta alla risposta territoriale, alla ricerca di una omogeneità di offerta assistenziale che oggi viene data ancora in maniera diversa tra grossi centri urbani e territori periferici. Importante, inoltre, l'investimento previsto nell'innovazione tecnologica al servizio dei professionisti della salute, per garantire una piena conoscenza dei percorsi di cura di tutti i pazienti. Queste le linee di intervento regionali che in Friuli-Venezia Giulia sono state tracciate oltre che da Riccardo Riccardi Vicepresidente e Assessore alla Salute, da Gianni Cortiula, Direttore Centrale Salute, Politiche sociali e disabilità regione Fvg; Roberta Assaloni, Presidente Amd FVG; Fabio Samani, Direttore Area servizi assistenza primaria e Francesca Tosolini, Direttore del Servizio assistenza farmaceutica Regione Fvg; Giorgio Zanette, Presidente Sid FVG; Maurizio Pagan, Presidente Simg Fvg; Riccardo Candido dell'Ass 1 di Trieste; Dorian Battigelli, Mmg responsabile Ceformed; Elena Frattolin, Presidente del Coordinamento regionale delle Associazioni pazienti diabetici Fvg.

Innovazione tecnologica che va, dunque, nel senso dello sviluppo di un sistema infor-

matico senza il quale la trasmissione di dati e di conoscenza non è possibile. Questo strumento, come ha evidenziato Gianni Cortiula, fortemente richiesto nelle loro interviste dai medici di famiglia, sarà centrale per cercare di eliminare la frammentazione dei vari servizi, proprio per agevolare un percorso tempestivo efficace e di qualità. La Presidente Amd Assaloni ha confermato l'esistenza di una disomogeneità nell'offerta che può essere fornita all'interno della regione, ribadendo l'importanza del lavoro portato avanti dal Tavolo tecnico regionale che sta affrontando il tema dell'omogeneizzazione dell'assistenza diabetologica. La proposta è quella di suddividere l'ambito di intervento su livelli differenti in base alla complessità, integrando nella presa in carico del paziente a bassa complessità la medicina generale. E proprio in questo ambito, Giorgio Zanette, Presidente Sid, ha segnalato l'importanza dell'azione di formazione specifica per i Mmg avviata a partire dal marzo dello scorso anno dalla regione con l'obiettivo di un vero salto di qualità nel lavoro in team tra specialisti e medici di base.

Rilevante è la convergenza di intenti emersa tra specialisti e Mmg sull'ipotesi di apertura alla prescrivibilità da parte di quest'ultimi dei nuovi farmaci innovativi orali. Tra i punti di forza sottolineati da Riccardo Candido la capacità di questi nuovi strumenti terapeutici di prevenire complicanze cardiovascolari (e non) del diabete e ridurre la mortalità associata alla patologia. Un'adeguata formazione all'utilizzo appropriato ha trovato d'accordo specialisti e medici di famiglia, con l'obiettivo di una maggiore equità e sostenibilità del sistema.

Apertura su questo tema dell'innovazione terapeutica condivisa anche a livello regionale da parte di Francesca Tosolini e Fabio Samani, che aprono all'ipotesi di individuare una modalità prescrittiva da parte del medico di medicina generale, assicurando tut-

tavia gli opportuni percorsi di monitoraggio e promuovendo, contestualmente, iniziative informative in modo da condividere tutte le conoscenze sui profili d'uso, sicurezza e interazioni tra specialisti e medicina generale.

LA SURVEY IN FRIULI

Rispetto alla Survey nazionale, la Regione Friuli-Venezia Giulia rileva una prima differenza in positivo nel giudizio sulla presa in carico del paziente diabetico a livello regionale, che è giudicata all'altezza delle necessità dall'83% del campione totale contro una media nazionale del 75%. In dettaglio, l'8% ha un giudizio ottimo, il 62,5% discreto ed il 12,5% sufficiente. Il giudizio insufficiente raggiunge un 16,5%.

In relazione agli aspetti di governance che possono essere migliorati nella presa in carico del paziente diabetico, in Friuli-Venezia Giulia l'11% del campione segnala il pieno recepimento del Pnd e Pnc da parte della Regione. Il 24% ritiene necessaria una maggiore valorizzazione del ruolo del Mmg nella gestione integrata del paziente, il 33% segnala la necessità di implementare e potenziare la rete tra medici di base e centri diabetologici ed infine il 32% richiede una gestione dei dati attraverso il potenziamento di una rete informatizzata condivisa e l'introduzione di specifici indicatori di monitoraggio delle performance.

Per quanto riguarda la possibilità per i Mmg di prescrivere farmaci antidiabetici orali innovativi (quali i Dpp4-i) il 40% del campione la ritiene un traguardo importante che valorizza il ruolo del medico di famiglia. A questo si unisce un 13% che la ritiene una prospettiva interessante dal punto di

vista professionale, mentre il 42% la valuta una opportunità che richiede la realizzazione di percorsi formativi specifici. Soltanto il 5% dei rispondenti la considera un carico burocratico difficile da sostenere.

A questo la Survey collega la possibilità per i medici di base di intervenire nella redazione dei Piani terapeutici. In Friuli-Venezia Giulia il 40% degli intervistati ritiene difficilmente perseguibile questo traguardo senza precisi accordi a livello regionale. Il 20% è maggiormente ottimista, ritenendo necessari solo pochi accorgimenti organizzativi, mentre il 30% lo ritiene impossibile in mancanza di un'adeguata rete informatica che dialoghi con i Mmg. Il 10% individua la necessità di una piattaforma web based di facile accesso e gestione.

Al contempo il 33% ritiene che l'approccio regionale sulla materia sia ragionato e condiviso nell'approfondire la correlazione tra accesso all'innovazione e sostenibilità economica, percentuale più che doppia rispetto alla media nazionale. Il 16% rileva la contrarietà all'introduzione di tecnologie innovative, mentre il 29%, contro un valore nazionale del 12%, intravede la diffusione di un approccio valued based aperto all'utilizzo dell'HTA come strumento di analisi.

Forte integrazione tra ospedale e territorio, sapendo bene che la risposta dobbiamo darla nelle abitazioni dove risiedono i cittadini e non chiedergli di cercare risposte all'interno degli ospedali

UMBRIA

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INNOVAZIONE TECNOLOGICA A DISPOSIZIONE DEI PAZIENTI

“Forte integrazione tra ospedale e territorio, sapendo bene che la risposta dobbiamo darla nelle abitazioni dove risiedono i cittadini e non chiedergli di cercare risposte all'interno degli ospedali”. È il sentiero seguito dalla Regione Umbria che ha descritto l'Assessore alla Sanità Luca Barberini, all'interno del quale si inserisce la riforma delle cure primarie con la creazione delle nuove Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) sulle quali la Regione ha puntato molto per la gestione delle cronicità.

Sono queste gli indirizzi e le azioni concrete realizzate in Umbria come emerso dalle interviste all'Assessore alla Sanità Luca Barberini, a Walter Orlandi, Direttore regionale salute, Welfare organizzazione e risorse umane della regione Umbria, a Piero Grilli, della Fimmg regionale Umbria e Gabriele Perriello, Direttore del Dipartimento di endocrinologia e malattie metaboliche dell'Azienda ospedaliera di Perugia.

In Umbria già dal 2014 è stato approvato il Piano regionale per il diabete, che ha avviato un cambiamento reale nella presa in carico del paziente. Spostare il baricentro verso il territorio ha consentito di utilizzare meglio le risorse disponibili e di aumentare la permanenza a domicilio di tutti i pazienti, grazie alla riduzione delle complicanze.

In questo ambito, un ulteriore tassello che descrive l'attenzione verso il paziente è stata l'introduzione di nuovi dispositivi innovativi per l'automonitoraggio del diabete mellito, messi a disposizione dei pazienti dal

1 gennaio 2017. Nuove tecnologie per tutti i pazienti, che hanno potuto avere una risposta concreta per migliorare la qualità di vita, pur in condizioni di difficoltà.

Il Direttore regionale Orlandi, ha voluto, poi, ricordare l'importanza di un forte investimento nell'adozione di corretti stili di vita come arma principale per la prevenzione della malattia. Solo grazie alla riduzione di obesità e all'aumento dell'attività fisica si potrà vincere la sfida di questa patologia diventata ormai epidemica. Ed anche per questo sarà fondamentale il ruolo del medico di famiglia, fulcro del nostro servizio sanitario nazionale.

Positivo, inoltre, il giudizio regionale espresso da Orlandi circa la possibilità che alcuni medici di medicina generale, specialmente nelle Aft, abbiano la possibilità di iniziare a prescrivere in autonomia la terapia anche con i nuovi farmaci innovativi, anche se sotto il coordinamento dei centri specialistici per i casi più complessi, non lasciando soli i Mmg.

Centralità alla diagnosi precoce e ad un percorso assistenziale integrato per ridurre le complicanze sono stati indicati da Piero Grilli nella sua intervista, che ha ricordato come la prima diagnosi sia competenza esclusiva del medico di famiglia, ad ulteriore conferma del ruolo centrale di questa figura nell'ambito del Pdta regionale. Rispetto ai nuovi farmaci innovativi orali Dpp4-i, anche in questa realtà territoriale la medicina generale si è trovata d'accordo con la possibilità di liberalizzarne la prescrivibilità, viste anche l'elevata efficacia e la riduzione degli effetti collaterali e delle complicanze per i pazienti coinvolti.

A favore di una piena collaborazione ed integrazione con la medicina generale si è espresso anche Gabriele Perriello, partendo dall'ottima interazione tra i centri diabetologici regionali e tra gli specialisti coinvolti all'interno dei singoli centri nell'applicazione del Pdta per la gestione del pazien-

te diabetico. In questa logica di condivisione, infine, Perriello esprime la propria opinione favorevole rispetto alla possibilità per la medicina territoriale di adozione del nuovo Piano terapeutico, con la previsione di poter prescrivere tutte le tipologie di farmaci. Questo porterà certamente un miglioramento nella qualità delle cure, ma anche una riduzione dei costi ed una migliore efficacia della terapia stessa.

LA SURVEY IN UMBRIA

L'analisi dell'estrazione dati dalla Survey nazionale e relativa alla Regione Umbria, al primo impatto, consegna un surplus di giudizi positivi sulla presa in carico del paziente diabetico a livello regionale, che è giudicata all'altezza dal 90% del campione totale contro una media nazionale del 75%. Scendendo nel particolare, ben il 18% ha un giudizio ottimo, il 27% discreto ed il 45% sufficiente. Nessuno degli intervistati ha espresso giudizio insufficiente.

Rispetto agli aspetti di governance che possono essere migliorati nella presa in carico del paziente diabetico, in Umbria il 12% dei rispondenti ritiene pienamente recepito il Pnd ed il Pnd da parte della Regione ed un ulteriore 12% ritiene importante una maggiore valorizzazione del ruolo del Mmg nella gestione integrata del paziente. La necessità di implementare e potenziare la rete tra medici di base e centri diabetologici è invece indicata da ben il 47% ed infine il 29% segnala la necessità di un potenziamento della rete informatizzata condivisa e l'introduzione di specifici indicatori di monitoraggio delle performance.

Sulla possibilità per i Mmg di prescrivere farmaci antidiabetici orali innovativi (quali i Dpp4-i) ben il 45% del campione la ritiene un traguardo

importante che valorizza il ruolo del medico di famiglia nella presa in carico del paziente diabetico. Il 22%, poi, la ritiene una prospettiva interessante, ed il 33% la valuta una opportunità che richiede però la realizzazione di percorsi formativi specifici. 0 è la percentuale che considera quest'ipotesi un carico burocratico difficile da sostenere.

In relazione a questo, abbiamo domandato a Mmg e specialisti umbri cosa ne pensano della possibilità per i medici di base di intervenire nella redazione dei Piani terapeutici. In Umbria ben il 54% degli intervistati ritiene difficilmente perseguibile questo traguardo senza precisi accordi a livello regionale. Il 13% dimostra maggiore ottimismo, richiedendo solo pochi accorgimenti organizzativi, mentre il 20% lo ritiene impossibile senza un'adeguata rete informatica. In aggiunta, il 13% richiede una piattaforma web based di facile accesso e gestione.

Come ultimo quesito abbiamo richiesto l'opinione rispetto all'approccio regionale sulla materia, se questo sia ragionato e condiviso nell'approfondire la correlazione tra accesso all'innovazione e sostenibilità economica. Ebbene, i risultati ci dicono che ben il 45% dei rispondenti ritiene positivo l'approccio, anche se non favorevole a tecnologie innovative, percentuale di più di 15 punti superiore alla media nazionale. Il 36% rileva contrarietà all'introduzione di tecnologie innovative, mentre solo il 9%, in linea con un valore nazionale del 12%, ritiene sufficiente la diffusione di un approccio aperto all'utilizzo dell'Hta come strumento di analisi.

MOLISE

**CON IL PDTA
LA RETE SOCIALE
DIVENTA STRATEGICA**

Trecentocinquantamila abitanti, il 40% dei quali affetto da almeno una patologia cronica, un indice di vecchiaia altissimo (211) rispetto al resto d'Italia (168), servizio sanitario in Piano di rientro, un territorio morfologicamente complesso disseminato di piccoli Comuni che spesso non superano i 200 abitanti.

Questa la fotografia di massima della regione Molise alle prese, come molte altre, da un lato con l'attenzione alle risorse economiche da investire e dall'altro con il crescente innalzamento dell'età della popolazione e la conseguente impennata progressiva delle patologie croniche. Diabete in primis, paradigma importante e "madre", oltre che banco di prova, di tutti gli approcci di governance delle cronicità sul territorio. Dinamiche organizzative che in Molise non possono contare su grandi centri urbani disseminati entro i suoi confini e che hanno quindi suggerito all'amministrazione regionale di utilizzare le tradizionali "agenzie" disseminate sul territorio attivandole come altrettanti centri sentinella per l'individuazione e la presa in carico dei pazienti cronici. Tra queste, medico di famiglia e farmacie del territorio in primis.

Attraverso questi presidi, ben radicati sul territorio e presenti anche nei piccoli centri di montagna, la Regione Molise, l'Asrem (l'Azienda sanitaria regionale) e Federfarma, anche per dare gambe e prospettive al Pdta sul Diabete mellito di Tipo 2 varato nel 2016, hanno attivato percorsi di screening di prossimità che, solo nell'ultimo anno, a fronte di circa 2mila utenti ingaggiati secondo precisi parametri diagnostici, hanno

permesso di inserire nel percorso assistenziale e di presa in carico quasi 170 pazienti che, senza saperlo, avevano valori soglia tali da essere inseriti nel percorso diagnostico e terapeutico.

Una rete di relazioni tradizionali e consolidata si è quindi trasformata, stringendo in qualche modo le proprie maglie affinché il livello di precocità diagnostica aumentasse sensibilmente. In una regione in Piano di rientro, la lotta contro inefficienze e sprechi, derivanti in questo caso anche da complicità evitabili che vanno ad incidere sull'assistenza ospedaliera, è vitale. E l'incidenza della patologia diabetica (in aumento) nonché la disponibilità di nuovi farmaci (purtroppo non ancora disponibili nell'armamentario terapeutico del Mmg) ha suggerito pertanto di strutturare l'approccio delineato nel Pdta anche utilizzando le risorse preesistenti in una corale collaborazione tra professionisti che sta vedendo coinvolti medici di medicina generale, specialisti, farmacie del territorio e laboratori affinché, con l'ausilio di una rete informatica in implementazione nella quale concentrare tutte le informazioni essenziali (dal Piano terapeutico alle prescrizioni agli esami diagnostici) del cittadino preso in carico.

"Sul diabete in particolare – ha sottolineato Lolita Gallo, Dg Sanità del Molise – siamo intervenuti con il Pdta per implementare una reale integrazione ospedale-territorio con il coinvolgimento di tutti gli attori protagonisti: Mmg, specialisti, infermieri, associazioni di pazienti, affinché si potesse dare gambe alla volontà di creare una vera e propria rete per la presa in carico del paziente. Il Molise è caratterizzato dalla presenza di comuni con pochissimi abitanti – ha ricordato la Gallo – dove i reali punti di riferimento sono il farmacista e il medico di famiglia, oltre al sindaco e al parroco. Attraverso le farmacie abbiamo quindi operato uno screening volontario portando alla luce, da quando è iniziato il progetto nel 2016,

almeno 500 casi che sarebbero andati incontro a complicanze. L'obiettivo di questa regione rimane quello di non abbassare la guardia sulla governance delle cronicità, implementando quel percorso di deospedalizzazione che abbiamo iniziato nel 2015”.

Un percorso che troverebbe, come nel resto d'Italia, enorme giovamento dalla possibilità per i medici di medicina generale di essere protagonisti anche dal punto di vista terapeutico se potessero avere accesso alla prescrivibilità dei nuovi farmaci antidiabetici orali, peraltro previsti nelle ultime linee guida Sid-Amd.

“Questi farmaci”, ha sottolineato dal canto suo Adriano Lalli, endocrinologo dell'Asrem e Componente della Commissione regionale diabete “hanno la stessa funzione di abbassare l'iperglicemia dei precedenti ma con il grande vantaggio di non avere gli effetti collaterali, anche molto gravi delle sulfaniluree. il cui primo effetto collaterale, l'ipoglicemia, ha spesso causato infarti e ictus. Ed anche se questi farmaci costano un po' di più, considerando l'assenza di effetti collaterali, facendo una semplice e banale analisi costi/benefici, sono meritevoli di prima scelta”.

“Dal punto di vista professionale e scientifico le possibilità terapeutiche sono radicalmente cambiate negli ultimi anni – ha fatto eco Giuseppe De Gregorio di Snamid Molise – Dobbiamo pertanto fare quadrato nell'interesse dei pazienti che hanno bisogno e diritto di essere curati multidisciplinariamente con efficacia. Sono convinto che la Regione riuscirà a mettere in campo tutte le iniziative necessarie per arrivare ad una vera e compiuta gestione integrata del paziente diabetico”.

Impegno necessario e condiviso anche livello istituzionale e aziendale, come ha ricordato Antonio Lucchetti, Direttore Sanitario di Asrem, secondo cui “collegare rete diabetologica e Mmg è una priorità. Il percorso di rientro del Molise” ha spiegato “non

è solo economico ma anche sanitario, di appropriatezza. Per questo motivo la prima cosa, in campo diabetologico, è stata quella di creare la rete strutturando un centro regionale a Campobasso, in una location ospedaliera, collegato con i centri territoriali di Termoli, Isernia e del Distretto di Campobasso. E oggi l'aspetto più importante è il collegamento di questa rete fisica territoriale con i medici di medicina generale, che sono circa 220, e che rappresentano una componente fondamentale per realizzare ed integrare la rete diabetologica che è tenuta insieme da un Pdta articolato”.

La cui ulteriore evoluzione, ha quindi sottolineato Antonio Melillo, Governance del farmaco di Asrem “sarà rappresentata da una cartella informatizzata disponibile per tutti i professionisti che devono condividere il percorso clinico del paziente, dalla definizione del Piano terapeutico agli esami e prescrizioni che costellano la sua storia di patologia”.

Emilia Romagna

PRONTI ALLO "STRAPPO". AI MMG LA PRESCRIVIBILITÀ DEI FARMACI "INNOVATIVI"

È pronta al rush finale la regione Emilia-Romagna. La sua corsa per la presa in carico del paziente diabetico è iniziata da almeno vent'anni con risultati di tutto rispetto grazie ad una grande attenzione alla prevenzione e ad una gestione integrata tra professionisti dell'ospedale del territorio e le associazioni dei pazienti. E ora si prepara a tagliare il traguardo dell'ottimizzazione delle cure con uno scatto a sorpresa: se Aifa non darà il via libera alla prescrivibilità dei cosiddetti farmaci antidiabete detti "innovativi" - ma ormai da tempo consolidati, conosciuti ed a basso rischio - ai Medici di medicina generale, la regione Emilia Romagna si muoverà autonomamente presentando in Giunta un accordo ad hoc sottoscritto da Regione, medici specialistici, Mmg e associazioni dei pazienti.

Insomma, la sanità emiliano romagnola tirerà dritto, come peraltro ha già dimostrato di fare sull'obbligo vaccinale, proseguendo su un cammino di "semplificazione" della gestione del paziente e consentendo di portare "la medicina del territorio" da slogan a realtà. E anche riaffermando e restituendo dignità e capacità professionale ai medici di medicina generale. Ma, come è stato sottolineato "senza avere la pretesa di insegnare o imporre il proprio modello".

In questa nuova tappa del "viaggio" di QS, che si è conclusa proprio in Emilia Romagna, si sono confrontati Sergio Venturi, Assessore alle politiche per la salute, Valentina Solfrini Regione Dirigente Area Farmaci e Dispositivi Medici, Luca Barbieri Re-

Se Aifa non darà il via libera alla possibilità di far prescrivere ai medici di famiglia i farmaci antidiabete "innovativi", la Regione si muoverà autonomamente presentando in Giunta un accordo ad hoc sottoscritto insieme ai medici specialistici, Mmg e associazioni dei pazienti

sponsabile Servizio Assistenza Territoriale, Maria Luisa Moro, Direttore Assr, Claudio Voci Responsabilità regionale per data warehouse e business intelligence in ambito sanitario, socio sanitario e sociale, Anna Ciardullo Ausl Usl Modena Direttore Medicina interna a indirizzo diabetologico, Emanuele Ciotti Presidente Card Emilia Romagna, Giulio Marchesini Presidente Sid Emilia Romagna, Massimo Michelini Vice Presidente Amd, Fabio Vespa Maria Segretario regionale Fimmg Emilia Romagna, Davide Tellarini Direttore Ff Direzione Medica Po di Faenza, Rita Lidia Stara Presidente di Feder, Federazione Diabete Emilia-Romagna, Stefano Rubini Medico di medicina generale Fimmg Bologna.

I diversi modelli regionali di gestione delle cronicità.

Nelle Aziende Sanitarie le strutture di riferimento, per la presa in carico della popolazione diabetica, sono diversificate per età e tipologia di diabete. Sono 23 le strutture diabetologiche, più di 60 gli ambulatori periferici monoprofessionali in integrazione con Mmg e Consultori familiari. A dirigere il "traffico" il Comitato di indirizzo della Malattia Diabetica. I professionisti lavorano in Equipe multidisciplinari nelle CdS e nei Nep di cui fanno parte professionisti sanitari e sociali, del territorio e dell'ospedale e le associazioni del volontariato. Il ruolo centrale spetta al Mmg (3/4 dei medici di famiglia partecipano attivamente al progetto diabete) che prende in carico la popolazione adulta con Diabete Mellito tipo 2 in integrazione con i Centri Diabetologici e gli ambulatori infermieristici per la gestione della cronicità nelle Case della Salute (attualmente 113).

Lo Stato dell'arte della gestione diabete a livello regionale.

Nella popolazione emiliano-romagnola la prevalenza del diabete tra gli adulti ha rag-

giunto circa il 7%, in totale circa 300 267mila persone malate (circa 29mila sono trattate con la sola insulina) con una crescita del 4,2% dal 2010 al 2016. La regione porta a casa un miglioramento significativo degli outcome: la mortalità è diminuita del 2,5%, il coma diabetico del 41,1%, la cardiopatia ischemica acuta e cronica del 23,7%, l'infarto miocardico acuto del 13,3%, l'ictus del 21,9%); sono inoltre calate le complicanze oculari (-38,2%), le retinopatie (-31,9%), gli interventi di rivascularizzazione periferica (-7,1%) e di amputazione degli arti inferiori (-19,2%), le procedure di dialisi (-9,5%). Sono invece aumentate le complicanze renali (+7,5%) e gli interventi di cataratta (+17%).

In termini assoluti, la spesa sanitaria totale della popolazione diabetica è aumentata da 753 milioni di euro nel 2010 a 806 milioni di euro nel 2016, verosimilmente a causa dell'aumento della numerosità dei soggetti con diabete. La spesa media per assistito si è invece ridotta (-2,8%), come pure la spesa media per assistito in assistenza ospedaliera (-11,1%), mentre è aumentata la spesa media per assistito in farmaci (+9,9%) e in assistenza specialistica ambulatoriale (+5,9%).

Le politiche sanitarie della Regione, come emerso dal tavolo di confronto, hanno prodotto una reale integrazione tra i professionisti. Soprattutto è stato realizzato un percorso di costruzione della cultura della salute di qualità che porta con sé il valore della partecipazione, del controllo e dell'ascolto sociale. Tant'è che il paziente emiliano-romagnolo tende ad essere non "al centro", ma pienamente inserito nel circuito decisionale.

Anche sul fronte dell'informatizzazione la Regione non si è fatta trovare impreparata: sono stati avviati dei percorsi sperimentali per la definizione di un sistema informatico/ applicativo unico per tutto il territorio. Per incanalare le informazioni e dotare i me-

dici di strumenti di confronto è stato messo a punto il "Portale Sole" (Sanità on line) rete che collega i medici e pediatri di famiglia con le strutture sanitarie ed ospedaliere. Un impianto, come è stato suggerito, che va però perfezionato in quanto manca ancora di un sistema di sintesi delle informazioni.

Bisognerebbe agire anche sulle aziende ospedaliere che mostrano qualche maglia larga: dovrebbero dotarsi di medesimi sistemi informatici, in quanto la parcellizzazione attualmente presente in alcune realtà può rappresentare un elemento di dispersione se non di inefficienza.

Dal tavolo, come abbiamo visto, è arrivato un favore unanime sulla possibilità che i farmaci "innovativi" (Dpp4i in particolare) siano nella disponibilità prescrittiva dei medici di medicina generale. Professionisti che peraltro vantano nel loro armamentario terapeutico farmaci con un livello di rischio molto più alto, ricordano gli esperti, rimarcando che la mancata prescrivibilità da parte dei medici di famiglia comporta a caduta aggravii inutili per gli specialisti.

Ma non solo, per i partecipanti bisognerebbe intervenire anche sui piani terapeutici, divenuti ormai una sorta di "ricetta estesa nel tempo", semplificandone la gestione. I piani terapeutici avrebbero, secondo i partecipanti, una ragion d'essere nei primi due anni di presa in carico del paziente, successivamente il loro rinnovo semestrale sarebbe quindi immotivato. Inoltre bisognerebbe implementare da subito anche la possibilità di rinnovo del piano terapeutico da parte del medico di medicina generale.

LA SURVEY IN EMILIA

La presa in carico integrata del paziente diabetico accoglie un giudizio del tutto positivo dal 97% dei partecipanti alla Survey lanciata da Qs. Una percentuale che tra gli specialisti raggiunge il 100%: dato non solo ben superiore al 85% registrato nella area Nord Est ma non replicato in alcuna delle altre regioni. Solo il 2,50% (dei Mmg) reputa la presa in carico emiliano romagnola insufficiente.

Ma quali sono gli aspetti di governance che possono essere migliorati nella presa in carico del paziente diabetico? Circa il 37% dei rispondenti propende per l'implementazione o potenziamento della rete tra Mmg e specialisti; percentuale che sale al 50% tra gli specialisti e cala al 34% dei Mmg. Il 34% (risposta equamente data sia tra i mmg sia tra gli specialisti) ritiene che sia necessaria l'attuazione della gestione dei dati mediante una rete informatizzata condivisa e l'introduzione di specifici indicatori per il monitoraggio delle relative performance; la maggiore valorizzazione del ruolo del Mmg nella gestione integrata del paziente è sentita come azione prioritariamente da attuarsi in regione da poco più del 21% dei rispondenti e, infine, solo l'8% si è espressa in favore del pieno recepimento del Pnd da parte della Regione.

La prospettiva della possibilità per i medici di medicina generale di prescrivere farmaci antidiabetici orali innovativi viene considerata dal 37% dei rispondenti come un traguardo importante di valorizzazione del ruolo del medico di medicina generale; il 33% ritiene che tale possibilità necessiti di percorsi formativi ad hoc (45% dei medici specialisti ma anche il 30% dei Mmg riconosce questa necessità) ed infine il 28% ritiene possa essere una prospettiva interessante dal punto di vista professionale.

21

PROGETTO DI APPROFONDIMENTO
SUL TERRITORIO

Dia.Lo.Go.

DIABETES LOCAL GOVERNANCE

QSe Quotidiano
Sanità
edizioni

www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

Progetto realizzato
con il sostegno di

