

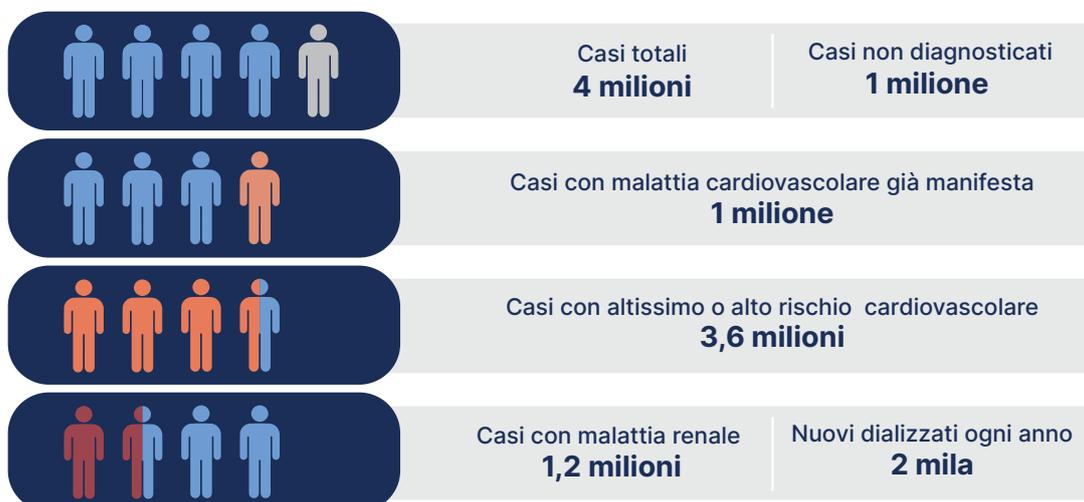
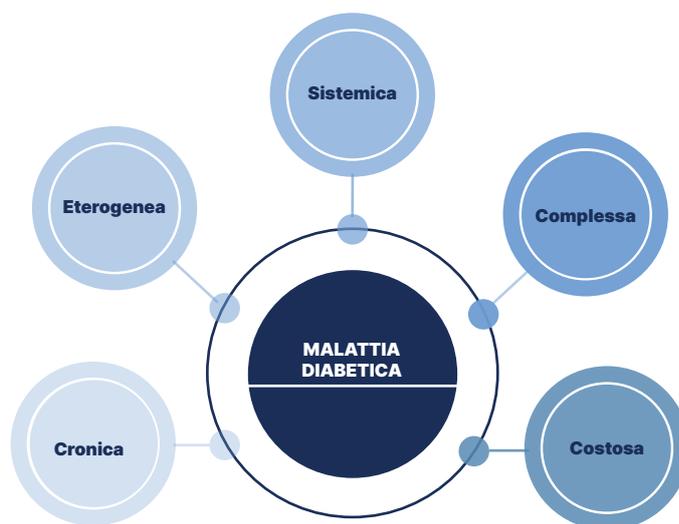
## Le opportunità per l'assistenza diabetologica alla luce del PNRR

### IL DIABETE

Il **diabete** è una delle più **diffuse** malattie **crniche** non trasmissibili e rappresenta una patologia **complessa** che **richiede di un approccio multi-professionale e di un forte collegamento fra Diabetologie e Medicina Generale**. Con una prevalenza in continua crescita, il diabete viene identificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) quale priorità globale per tutti i sistemi sanitari. Ad oggi nel mondo si stimano oltre 500 milioni di adulti con diabete, numero destinato ad aumentare a 640 milioni nel 2030. In Europa il diabete interessa circa 60 milioni di adulti.<sup>[1]</sup> **Gli italiani con diabete sono circa 4 milioni**, e si stima che un ulteriore milione abbia la malattia senza che essa sia mai stata diagnosticata.<sup>[2]</sup> Per quanto la curva epidemiologica sembrasse aver raggiunto un plateau nelle ultime valutazioni effettuate prima della pandemia COVID-19<sup>[3]</sup>, recenti evidenze fanno temere un ulteriore significativo aumento della prevalenza della malattia legato proprio alle conseguenze della pandemia.<sup>[4]</sup>

Se non diagnosticato, diagnosticato tardivamente o non trattato appropriatamente - **anche a causa di un insufficiente collegamento tra Medicina Generale e Specialistica** - il diabete può causare complicanze severe che possono interessare diversi organi e incidere negativamente sul benessere della persona, **condizionandone pesantemente la qualità di vita e abbreviandola in media di 6 anni**.

La **complessità** nella gestione del diabete rappresenta una sfida per l'intero ecosistema sanitario. Coinvolge molteplici professionisti nell'attività di diagnosi, monitoraggio e trattamento, e inoltre impegna risorse sempre più rilevanti per garantire l'accesso alle cure migliori e all'innovazione, nel rispetto dei principi di equità e uguaglianza.<sup>[5]</sup> Secondo le stime, in Italia ogni paziente genera per i soli costi diretti un impatto economico per il Servizio Sanitario Nazionale pari a circa € 3.500 all'anno <sup>[6-7]</sup> per un totale di circa 14 miliardi annui. A questi vanno aggiunti i costi indiretti che sono stati stimati essere di entità almeno pari ai costi diretti.<sup>[8]</sup>



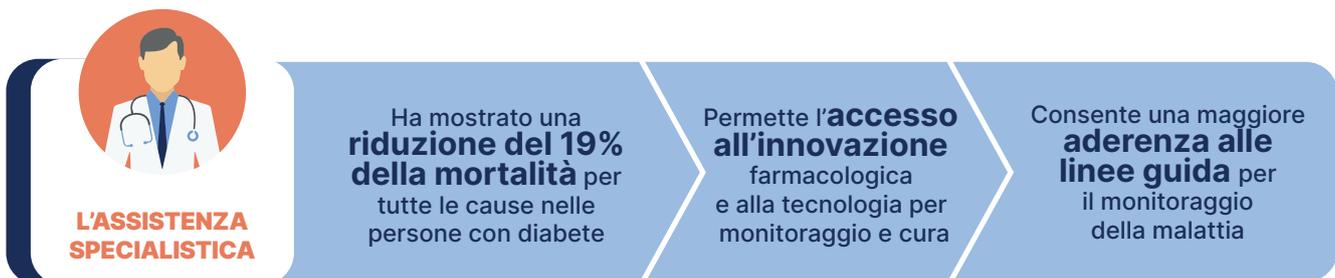
**DECESSI ANNUI A CAUSA O ANCHE A CAUSA DEL DIABETE 125 MILA**

## IL CONTESTO ITALIANO

La **rilevanza sociale oltre che sanitaria** del diabete è stata sancita, in Italia, prima ancora che negli altri Paesi del mondo, dalla **legge n. 115 del 1987** ("Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito"<sup>[9]</sup>). Essa sancisce il diritto all'assistenza specialistica da parte dei centri diabetologici, rapporto ulteriormente valorizzato nel **Piano Nazionale della Malattia Diabetica** elaborato nel 2012 dal Ministero della Salute. **Il modello italiano si basa su una rete capillare di centri o ambulatori specialistici**, diffusi su tutto il territorio nazionale, **in costante dialogo con la Medicina Generale** e che spesso, ma non sempre,

includono **competenze multi-professionali**.<sup>[10]</sup>

In un numero limitato di centri più evoluti opera un **team multi-professionale composto da diabetologi, infermieri, dietisti, psicologi e podologi esperti di diabete**. In diversi centri sono operativi ambulatori dedicati all'uso delle nuove tecnologie alla gravidanza, alle complicanze vascolari e neurologiche e al piede diabetico. All'interno degli ospedali, i team diabetologici multi-professionali possono includere anche cardiologi, nefrologi, neurologi, oculisti, infettivologi, chirurghi vascolari e altri specialisti.



## CRITICITÀ NELL'ASSISTENZA DIABETOLOGICA

La recente esperienza, maturata a causa dell'emergenza pandemica da COVID-19, ha fatto emergere una serie di criticità del sistema, acute dalla riduzione nei volumi di attività diagnostica e, più in generale, dalla diminuzione della popolazione assistita in diabetologia. L'aumento di patologie croniche come il diabete, con pazienti caratterizzati da marcata vulnerabilità e fragilità, ha reso evidente la necessità di **ripensare il rapporto tra assistito e territorio** al fine di renderlo più sinergico con i servizi attualmente offerti dai centri diabetologici multi-professionali e di **garantire maggiore integrazione tra le Strutture Diabetologiche e la Medicina del territorio**.

### DISUGUAGLIANZA

Solo il **30%** delle persone con diabete riceve anche **assistenza specialistica**. Solo una parte minoritaria dei pazienti che accedono alle strutture diabetologiche riceve consulenza da parte dei dietisti e ha accesso a percorsi di educazione terapeutica.

### ETEROGENEITÀ

L'**accesso** all'assistenza specialistica risulta **variabile** sia **tra regioni** che all'interno delle stesse, e si rileva una distribuzione subottimale delle strutture diabetologiche.

### SPECIALISTI ISOLATI

I singoli Specialisti ambulatoriali, che operano in assenza di Team multi-professionali, non riescono a erogare un'assistenza completa e incisiva.

### POCA INTEGRAZIONE

In assenza della necessaria integrazione fra Strutture Diabetologiche e Medicina Generale, gli outcome di salute peggiorano e si fanno più ricorrenti e minacciose le complicanze.

### CARENZA DI RISORSE UMANE

Anche laddove siano presenti centri multi-professionali, questi non sempre sono nelle condizioni di garantire adeguati volumi di assistenza (visite della giusta durata, presa in carico di tutti i pazienti).

## IL RUOLO DEL DIABETOLOGO ALL'INTERNO DELLA MISSIONE 6 DEL PNRR

**La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** dedica un ampio spazio alla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale, nel tentativo di rispondere alle criticità che la pandemia ha reso ancora più evidenti, e che potrebbero aggravarsi a causa dell'accresciuta domanda di salute derivante dal trend demografico, epidemiologico e sociale.<sup>[1]</sup> L'esperienza emergenziale e le nuove opportunità offerte dal PNRR delineano un contesto in cui si impone di ragionare in ottica di **potenziamento e rafforzamento dell'offerta di salute dedicata alla cronicità di cui il diabete rappresenta il modello per eccellenza.**

L'auspicio è che i cambiamenti derivanti dall'adozione del PNRR, anche attraverso l'istituzione delle "case della comunità", trovino fondamento nelle esperienze positive già attuate.

**Il coordinamento del modello di presa in carico da parte del diabetologo, una compiuta**

**integrazione fra Strutture Diabetologiche e Medicina Generale all'interno di un sistema di rete, l'organizzazione e la corretta allocazione delle risorse umane e strutturali sono elementi essenziali per continuare a garantire e migliorare i livelli qualitativi e gli outcome di salute dell'assistenza diabetologica,** così come prevista dal Piano Nazionale della Malattia Diabetica.

**L'auspicio è che il nuovo modello organizzativo, mutuando gli aspetti virtuosi dell'esperienza clinico-assistenziale maturata negli ultimi anni - a partire dalla multi-professionalità garantita dal team diabetologico - sappia declinare questo patrimonio di professionalità, conoscenze e competenze in chiave di maggiore prossimità e capillarità, sfruttando a pieno anche l'opportunità offerta dalle nuove tecnologie.**

Qui di seguito alcune priorità, individuate da AMD e SID, sulle quali le due Società scientifiche sarebbero liete di collaborare e confrontarsi con le Istituzioni:

**1** **Potenziare la rete diabetologica e basarla su centri multi-professionali ospedalieri o territoriali**



**2** **Ottimizzare la rete diabetologica inserendo i professionisti isolati nei centri multi-professionali**



**3** **Articolare la rete diabetologica in 350-400 centri multi-professionali, ognuno dei quali assiste circa 15000 persone**



**4** **Allocare fondi per ampliare il reclutamento e la formazione di personale dedicato all'assistenza al diabete** (1 diabetologo ed 1 infermiere ogni 1.000 pazienti quindi almeno 4.000 Specialisti vs i 2.000 attuali ed almeno 4.000 infermieri vs i 1.500 attuali, 1 dietista ogni 5.000 pazienti, quindi almeno 800 dietisti vs i 400 attuali; almeno 1 psicologo ed 1 podologo ogni 10.000 pazienti, quindi almeno 400 psicologi e podologi vs i pochissimi oggi disponibili, aumentare di almeno il 50% il numero di contratti per le Scuole di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del metabolismo)



**5** **Garantire maggiore sinergia tra Specialisti endocrinologi/diabetologi e medici di Medicina Generale prevedendo la collaborazione di membri del Team diabetologico presso le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le RSA**



**6** **Implementare e potenziare la digitalizzazione (teleconsulti, teleassistenza, educazione terapeutica via web, condivisione di dati clinici, ecc.) integrando i processi per migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il continuo dialogo medico-paziente ed il confronto tra professionisti**



**7** **Rafforzare le funzioni e la professionalità del diabetologo nel suo ruolo di coordinatore dell'intero percorso di cura, anche attraverso una formazione specifica dedicata alle competenze manageriali**



### Bibliografia

1 Source: <https://diabetesatlas.org>; 2 Istat, Aspetti della vita quotidiana, 2021; 3 Bonora E et al, Burden of diabetes in Italy in 2018: a look at a systemic disease from the ARNO Diabetes Observatory. *BMJ Open Diab Res Care* 2020; 4 Xie, Y. & Al-Aly, Z. *Lancet Diabetes Endocrinol.* Epub March 21, 2022.; 5 Bononia University Press, Il diabete in Italia, Prima edizione, aprile 2016; 6 Scalone L et al., *PLoS ONE* 9 (12), 2014; 7 Bruno G. et al., *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases* 22, 684-690 2012.; 8 Marcellusi A. et al., *Eur J Health Econ* Epub 27 Nov 2014; 9 Legge 16 marzo 1987, n. 115, Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito.; 10 Ministero della Salute, Commissione permanente sulla malattia diabetica, Piano; sulla malattia diabetica, 6 dicembre 2012.; 11 MEF, Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), maggio 2021.