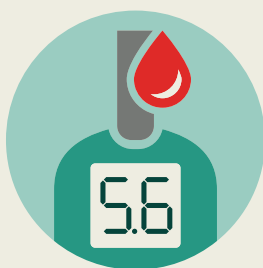
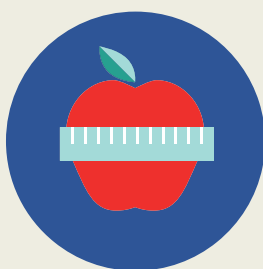


9

PROGETTO DIRE

DIABETE INFORMAZIONE, RESPONSABILITÀ, EDUCAZIONE



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) 02.28.17.26.15
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, gennaio 2017

QSe **Quotidiano**
Sanità
edizioni

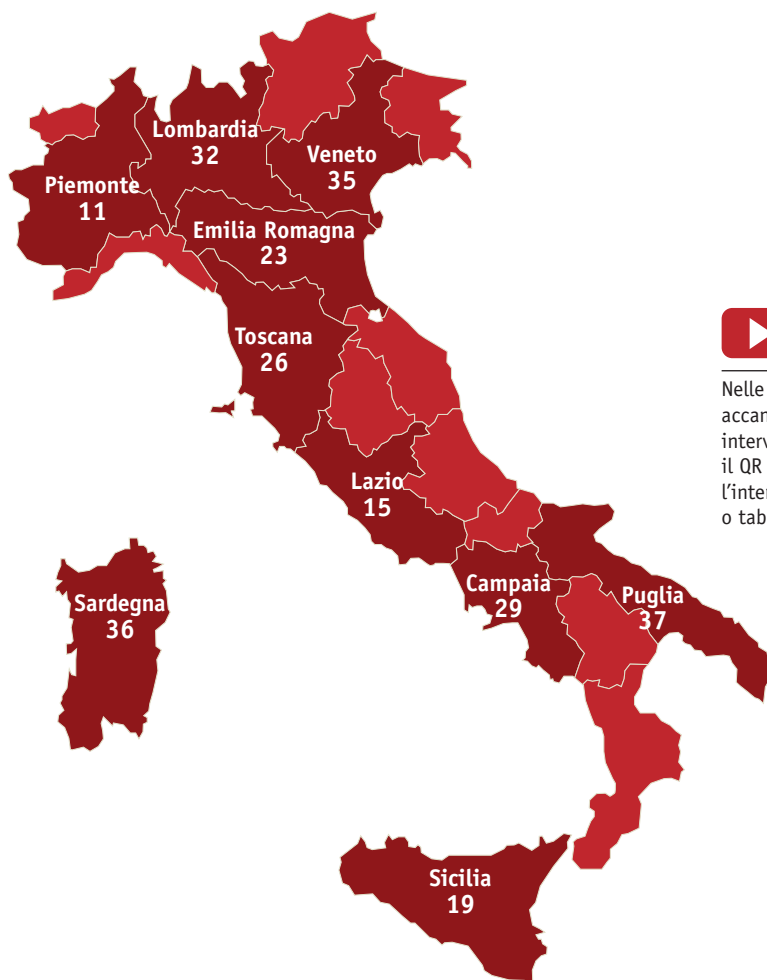
www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

**PROGETTO
DIRE**

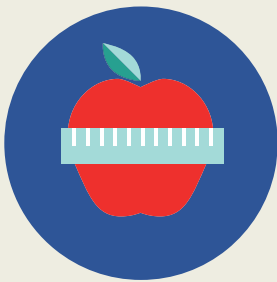
**DIABETE
INFORMAZIONE,
RESPONSABILITÀ,
EDUCAZIONE**

Indice

| | |
|---|---|
| 5 | Presentazione |
| 7 | Il diabete di tipo 2. L'esperienza di malattia, la governance e l'engagement del paziente Isabella Cecchini |



Nelle pagine seguenti accanto alle foto degli intervistati è presente il QR code per guardare l'intervista su smartphone o tablet.



Diabete. Informazione, responsabilità, educazione

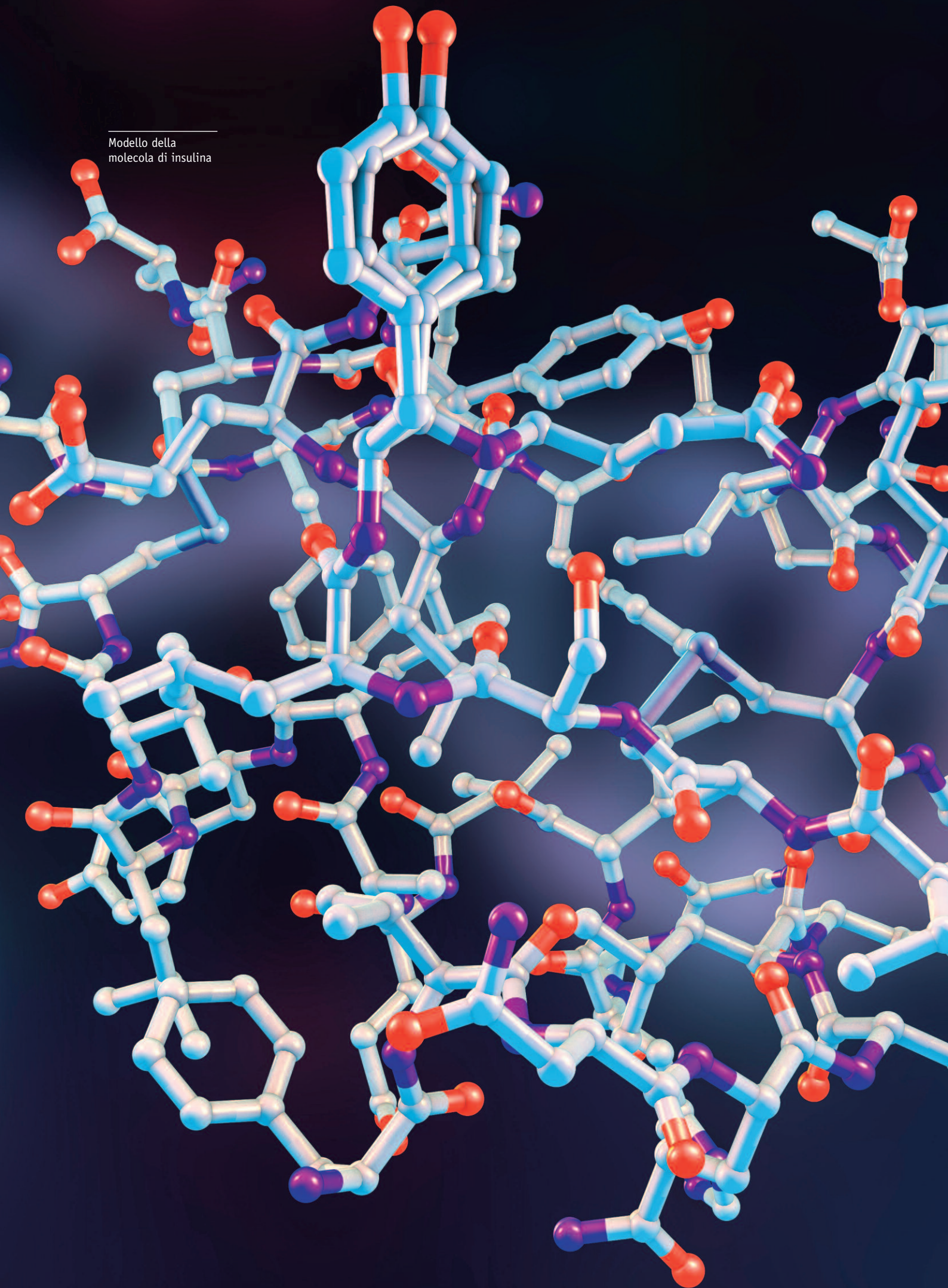
Dieci tappe in dieci regioni italiane. Dieci tavoli di approfondimento e confronto per indagare, insieme ai protagonisti istituzionali, delle società scientifiche e dei pazienti, sulla governance territoriale del Diabete, paradigma significativo, anche dal punto di vista economico, del più vasto (e per certi versi critico) mondo delle patologie croniche.

Questo, in estrema sintesi, è stato il Progetto DIRE (Diabete, Informazione, Responsabilità, Cultura), un lungo viaggio di circa sei mesi che Quotidiano Sanità ha intrapreso con il sostegno non condizionante di Sanofi e lo stimolo di una ricerca nazionale sul tema condotta da GfK Eurisko.

Un sottile filo rosso lega ciascuna regione alle altre e, più in particolare, tre elementi di fondo che questa inchiesta sul campo ha evidenziato quali fattori comuni. A volte critici, altre volte forieri di un'assistenza e una presa in carico di successo:

1. La sfida contro la crescente diffusione delle malattie croniche, in primis il diabete, potrà essere "aggredita", se non proprio vinta, soltanto se verranno attuate concrete politiche di integrazione professionale, ossia lo sviluppo (in alcuni casi la creazione) di reti integrate e tecnologicamente sostenute tra professionisti: specialisti, medici di famiglia, operatori del territorio e associazioni di pazienti.
2. La libertà prescrittiva del medico è, in linea di massima, abbastanza salvaguardata, ma il percorso di dialogo tra professionisti e istituzioni sui temi dell'appropriatezza e dei limiti contro cui si scontra quando in gioco ci sono anche stringenti ristrettezze economiche e finanziarie, è ancora molto lungo.
3. Il cosiddetto "engagement" del paziente si è rivelato, in tutte e dieci le regioni visitate, una delle chiavi di volta indispensabili per garantire non soltanto un'accettabile qualità della vita, affettiva e professionale, ma anche aderenza terapeutica e, più in generale, sostenibilità economica.

Modello della
molecola di insulina

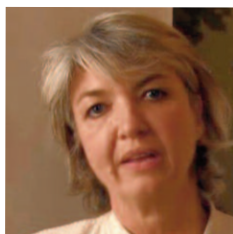


IL DIABETE DI TIPO 2

L'ESPERIENZA DI MALATTIA, LA GOVERNANCE E L'ENGAGEMENT DEL PAZIENTE

Isabella Cecchini
Direttore Dipartimento
Ricerche sulla salute - GfK

Survey nazionale su persone con diabete di tipo 2 in trattamento insulinico



Una buona relazione con il medico e servizi di cura efficienti favoriscono il coinvolgimento attivo del paziente e migliori outcomes, ma si osservano grandi variabilità regionali nella governance della malattia. Questi alcuni dei risultati emersi dall'indagine realizzata da GfK su un campione di 500 persone con diabete, rappresentativo a livello nazionale dei malati di diabete di tipo 2 in trattamento insulinico. L'indagine ha messo confronto esperienze, soddisfazione dei pazienti e modelli di cura in 10 Regioni italiane.

Esperienza di malattia e qualità di vita

Il diabete influisce in modo significativo sulla qualità di vita dei malati: oltre 1 paziente su 2 non si sente in buona salute, 2 pazienti su 3 hanno una complicanza: principalmente arteriopatie periferiche (39%), problemi cardiaci (28%), retinopatia (20%), nefropatia (11%) e piede diabetico (11%). 1 paziente su 2 è in sovrappeso e circa un quarto è obeso.

La malattia impatta anche sulla mobilità e le abilità funzionali: il 58% prova dolore o fastidio, il 42% ha difficoltà nel camminare, e il 35% a causa della malattia ha difficoltà nello svolgimento delle abituali attività quotidiane (Fig.1).

Oltre all'impatto sulla salute fisica, la malattia influisce in modo rilevante sulla sfera psicologica ed emozionale, aspetto spesso sottovalutato ma particolarmente rilevante ai fini di una gestione attiva ed efficace della malattia: 1 paziente su 2 dichiara infatti di sentirsi depresso e ansioso a causa del diabete.

Il controllo della malattia

Il controllo della malattia non è ottimale: comune - per il 62% dei pazienti - l'esperienza di valori fuori norma. 1 paziente su 4 ha avuto episodi di ipoglicemie gravi che nel 10% dei casi hanno portato ad un accesso al Pronto Soccorso. Peggiora la percezione dello stato di salute fra i pazienti che hanno esperienza di ipoglicemie gravi.

Engagement e presa in carico

In questo quadro appare importante comprendere quali fattori consentano una maggiore consapevolezza del paziente, fondamentale ai fini di una migliore gestione della malattia e al raggiungimento di migliori outcomes.

L'indagine ha messo in evidenza come l'"engagement" del paziente, inteso come consapevolezza, "empowerment" e coinvolgimento attivo del malato nella cura, favorisca una migliore gestione della malattia: i pazienti maggiormente consapevoli e attivi (sono circa 1/3 sul totale), hanno una migliore aderenza alla terapia e riescono a seguire stili di vita più adeguati (controllo della dieta e attività fisica regolare) (Fig.2)

Tutto ciò ha effetti positivi non solo a livello soggettivo (si sentono meglio, sono meno scoraggiati e ansiosi, più soddisfatti di se stessi, della vita di coppia e delle relazioni sociali) ma ha importanti conseguenze sul controllo della malattia (valori glicemici meglio controllati e minori complicanze della malattia: arteriopatie, piede diabetico...).

I pazienti maggiormente "engaged" dichiarano infatti un migliore controllo degli indici glicemici (+15%), minori ipoglicemie gravi (-15%), riescono maggiormente a seguire stili di vita salutari (dieta e movimento fisico + 20%); sono più soddisfatti delle cure (+17%), si sentono meglio fisicamente (+14%) e psicologicamente (+22%) ed hanno migliori relazioni sociali (+15%) e familiari (+20%).

FIGURA 1

Il diabete influisce in modo rilevante sulla sfera emozionale (pressione) e quella fisica, interferendo in modo consistente con le normali attività quotidiane

Questionario EQ-5D

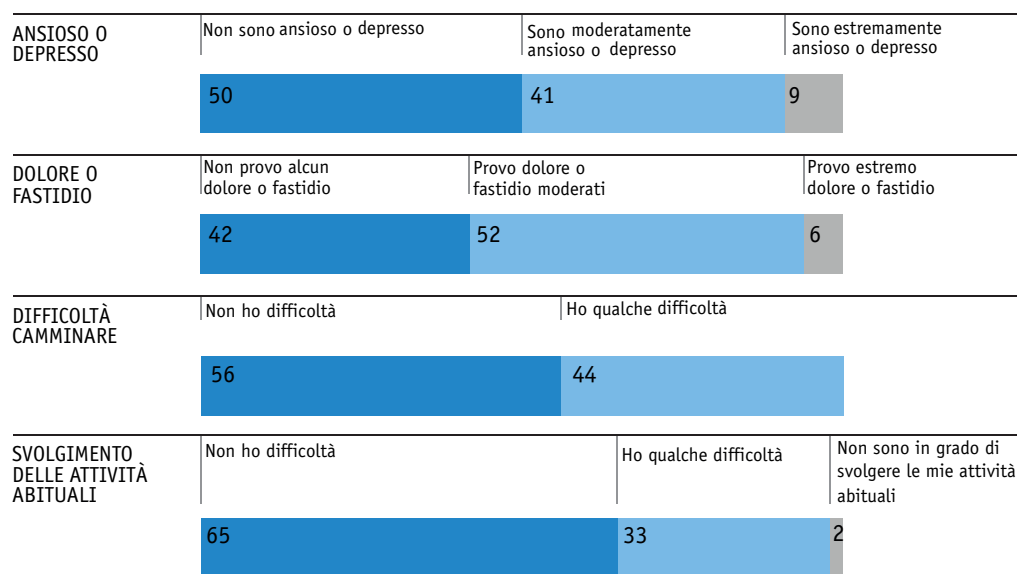


FIGURA 2

1 paziente su 3 è molto consapevole, attivo e competente nella gestione della malattia

- Sono **io in prima persona responsabile** della gestione del mio stato di salute
- **Avere un ruolo attivo nella gestione della mia salute** è il fattore più importante nel determinare il mio benessere e la mia qualità di vita
- **Conosco gli effetti di ciascuna delle terapie** che mi sono state prescritte
- **So cosa posso fare per prevenire** ulteriori complicanze relative al mio problema di salute
- **Sono stato in grado di mantenere i cambiamenti** di stile di vita che ho assunto volti a migliorare la mia salute

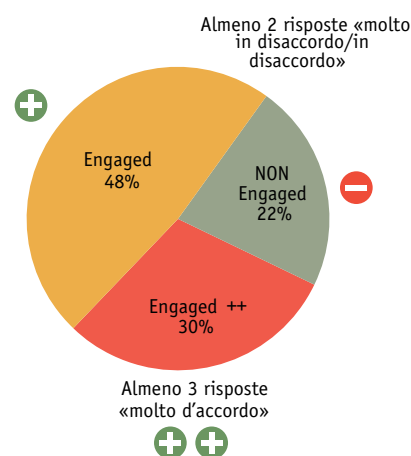
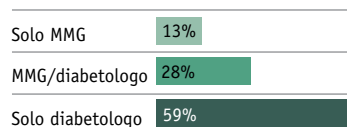


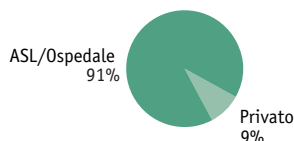
FIGURA 3

Il diabetologo è il medico di riferimento per la gestione del diabete in quasi il 90% dei casi. In un quarto dei casi anche il medico di medicina generale ha un ruolo attivo / complementare allo specialista. La soddisfazione generale è buona (più alta per il medico che per i servizi)

DA CHI È SEGUITO IL PAZIENTE



LUOGO DI CURA

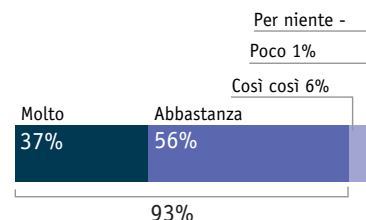


FREQUENZA CONTROLLI

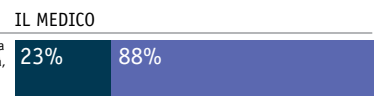
3,7 volte all'anno

SODDISFAZIONE COMPLESSIVA

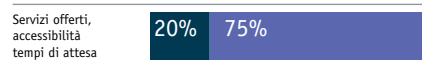
MEDIA 4,3



SODDISFAZIONE PER



I SERVIZI



Ma cosa favorisce un maggiore engagement/empowerment del paziente? L'indagine mostra che età e livello di scolarità non sembrano spiegare il diverso livello di engagement dei pazienti (si rileva solo una minima differenza in termini di età e scolarità fra i pazienti più/meno attivi) mentre sono la buona relazione con il medico e l'efficace presa in carico da parte dei servizi di cura che determinano il coinvolgimento attivo e consapevole del paziente.

Particolarmente importanti la qualità della presa in carico da parte del medico (la competenza, il dialogo e la capacità di ascolto da parte del medico) e dei servizi di cura (servizi, facilità di accesso e minori tempi di attesa).

Il ruolo dello specialista e del medico di medicina generale

Un ultimo tema riguarda il ruolo dello specialista diabetologo e del medico di medicina generale nella gestione del paziente.

Il diabetologo si conferma come il referente principale nella gestione del paziente (87% dei casi). Si tratta perlopiù (91%) di uno specialista afferente al Sistema Sanitario nazionale. La frequenza delle visite e dei controlli è di circa 3-4 volte l'anno.

A fronte del protagonismo del diabetologo, il medico di medicina generale può avere un ruolo complementare di supporto e guida del paziente, fondamentale per favorire una migliore gestione della malattia e una migliore aderenza alle cure e agli stili di vita.

In generale, la soddisfazione per i servizi di cura è buona (37% molto soddisfatti e 56% abbastanza soddisfatti). Significativamente superiore la soddisfazione per gli operatori sanitari rispetto ai servizi, che in molti casi risultano carenti, soprattutto in relazione all'accesso e ai tempi di attesa (Fig.3)

La variabilità regionale

In questo quadro generale l'indagine mette tuttavia in luce una certa disomogeneità nei modelli di gestione del diabete: ad esempio gradi diversi di coinvolgimento del medico di famiglia che in alcune Regioni svolge un ruolo più attivo di sostegno e supporto al paziente, oppure un maggiore ruolo del privato destinato a supplire in alcune Regioni le carenze del servizio pubblico.

A tale variabilità consegue anche un diverso livello di soddisfazione per i servizi di cura e – conseguentemente – un diverso grado di engagement del paziente (come visto, direttamente legato alla soddisfazione per

la relazione con il medico e per la presa in carico da parte dei servizi di cura).

Conclusioni

Il diabete si conferma come una malattia complessa, multifattoriale, che impatta in modo significativo sulla salute fisica e psicologica del malato, oggi non ancora gestita in modo ottimale.

Fondamentale, al fine di ottenere l'aderenza alla terapia e outcomes migliori, un ruolo attivo e consapevole del paziente e una presa in carico competente, efficiente e "accogliente" da parte di tutti gli operatori sanitari.

Il ruolo del medico/dei servizi è fondamentale nel favorire il coinvolgimento attivo del paziente: una migliore relazione con gli operatori sanitari (disponibilità, ascolto, competenza, reperibilità) è correlata a livelli più alti di engagement.

A tal fine appare importante operare per:

- favorire una presa in carico ottimale basata su un coinvolgimento attivo e responsabile del paziente nella gestione della sua malattia
- limitare le variabilità definendo un modello di gestione del paziente uniforme nelle diverse realtà regionali, ove tutti gli interlocutori coinvolti (medico di medicina generale, farmacista, infermiere) possano avere un ruolo attivo di supporto e guida nella governance del paziente complementare allo specialista.

Parte dal Piemonte il percorso del Progetto DIRE promosso da *Quotidiano Sanità e Diabete&Glucometri* che toccherà dieci Regioni italiane per indagare sulla governance di una patologia cronica così importante da meritarsi il titolo di “pandemica” anche approfondendo i dati di un’indagine di Gfk Eurisko che ha fotografato il paziente con diabete in dieci regioni italiane. Dopo la gara per i glucometri e quella a lotto unico per l’insulina in cui ha vinto il farmaco biosimilare, la Regione Piemonte assicura di voler aprire un confronto più serrato con i clinici per il miglior percorso di cambiamento a favore dei pazienti

PIEMONTE

PAZIENTI MOLTO INFORMATI SULLA MALATTIA E SODDISFATTI DI MEDICI E CENTRI DI CURA

In Piemonte dei 282.000 pazienti diabetici, il 95% è di tipo 2 di cui circa il 30% è insulino trattato, tra questi l'86% è molto consapevole, attivo e competente nella gestione della sua malattia. La stragrande maggioranza (oltre il 90%), inoltre, si dice molto soddisfatta per la disponibilità e competenza dei medici curanti e quasi l'80% apprezza i Servizi sanitari che li hanno in carico in termini di accessibilità, tempi di attesa e servizi offerti.

Sono questi alcuni tra i dati più evidenti di un'indagine condotta su scala nazionale da Gfk Eurisko e che, estrapolati a livello regionale, posizionano il Piemonte tra le regioni più avanzate dal punto di vista organizzativo e dell'autonomia e competenza dei pazienti.

La declinazione piemontese della ricerca Eurisko è stata presentata l'11 maggio scorso a Torino nel corso di un incontro tra esperti organizzato da Sics, Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria, realizzato con il sostegno non condizionante di Sanofi e promosso da *Quotidiano Sanità e Diabete & Glucometri* nell'ambito del più vasto programma del progetto DIRE (Diabete, Informazione, Responsabilità, Educazione) che toccherà dieci regioni fino al prossimo settembre. DIRE è un percorso di approfondimento sulle realtà regionali di governance del Diabete di cui il Piemonte è stata la prima tappa. Al centro del dibattito tra gli esperti e gli stakeholder regionali c'è il percorso di presa in carico e di cura del paziente diabetico, anche alla luce delle recenti novità introdotte a livello legislativo, come la necessità di aderire a meccanismi di acquisto dei dispositivi il più possibile centralizzati, nonché l'introduzione sul mercato di nuovi farmaci biosimilari. Per queste novità, infatti, non mancano problematiche anche di ordine medico-legale e di continuità terapeutica, anch'esse oggetto di approfondimento nel corso dell'incontro tra esperti. Il Piemonte è stata, infatti, la prima regione ad espletare una gara a lotto unico prevedendo lo "switch" automatico dal vecchio

farmaco originator al nuovo biosimilare risultato vincente, salvo diversa, dettagliata e motivata scelta del medico.

Tuttavia, in un patologia cronica come il diabete la sostituzione di un farmaco come l'insulina o di un presidio come il glucometro può arrecare molto disagio e incertezza, ancor più in persone anziane e pazienti fragili. Il cambiamento rischia di mettere in difficoltà tanto il medico (in termini di surplus di lavoro nel far accettare le modifiche e di responsabilità medico-legale dal momento che molti esperti sostengono la necessità di supportare il cambiamento del farmaco addirittura con una solida acquisizione di consenso informato) sia il paziente, che rischia di rimanere disorientato a danno di una compliance e autonomia terapeutica che ormai, nel tempo, aveva acquisito.

All'incontro hanno partecipato rappresentanti delle associazioni dei pazienti AGD, Associazione per l'aiuto al giovane diabetico e Coordinamento fra le Associazioni di persone con diabete del Piemonte e Valle d'Aosta, della Regione - presenti il Direttore del servizio farmaceutico **Loredano Giorni** e il Consigliere Regionale **Paolo Allemanno** -, delle Società scientifiche di riferimento SID, Società italiana di diabetologia e AMD, Associazione dei medici diabetologi, dei medici di famiglia - Società italiana di medicina generale e delle cure primarie e delle farmacie del territorio, Federfarma.

E proprio dal responsabile della farmaceutica regionale, in un confronto franco e diretto con i clinici presenti, è giunta l'apertura e la disponibilità ad avviare un percorso comune e condiviso per dare attuazione, nel concreto, alle scelte che la regione ha comunque già compiuto nella scelta dell'insulina risultata vincitrice della gara.

"Nel settore della diabetologia" ha spiegato Loredano Giorni "abbiamo compiuto delle scelte abbastanza importanti. La prima è stata quella del gennaio/febbraio scorso con

l'adesione alla gara Consip per l'acquisizione dei glucometri della ditta risultata vincitrice. Abbiamo condiviso con tutti i diabetologi questa scelta e il processo sta procedendo in modo abbastanza soddisfacente. Ad oggi, infatti, i medici hanno sostituito circa 20mila glucometri su circa 80mila pazienti che utilizzano questo strumento. Con l'arrivo sul mercato dell'insulina glargine biosimilare" ha quindi aggiunto Giorni "come la legge impone abbiamo espletato una gara a lotto unico ed è risultato vincitore il prodotto biosimilare con un prezzo inferiore del 30% rispetto al biologico originator". Se tutti i pazienti utilizzassero il biosimilare "la regione ha calcolato un risparmio su base annua di circa 3 milioni di euro ma è chiaro", ha quindi convenuto Giorni "che questo, realisticamente, sarà impossibile poiché non tutti i pazienti saranno deputati a "switchare" verso il nuovo farmaco. Abbiamo dato precise disposizioni in tal senso e cioè che il medico e il paziente dovranno decidere insieme che cosa è meglio. Per questo motivo ci attendiamo che, come per i glucometri dove in alcuni casi non è stato possibile switchare da uno strumento all'altro, lo stesso accadrà anche per l'insulina". Sarà comunque una risposta che ci consentirà di curare bene tutti i pazienti e di fare anche quelle economie necessarie per reinvestire nel settore e nei farmaci innovativi che sono, come è noto, molto costosi. È comprensibile, ha quindi concluso Giorni "che cambiamenti così ravvicinati possano creare qualche imbarazzo e necessità di confronto. In tal senso siamo assolutamente disponibili ad un incontro quanto prima, per discutere insieme di questa linea che tuttavia è stata già presa e tracciata. Cercheremo di trovare insieme il modo migliore per percorrerla".

Loredano Giorni
Direttore Farmaceutica
Regione Piemonte



Paolo Allemano
Commissione Sanità CR
Piemonte



"Nella gestione di una malattia cronica come il diabete è senz'altro necessaria" ha quindi osservato dal canto suo **Andrea Pizzini**, Vice presidente della Simg Piemonte "una maggiore concertazione. Il medico di famiglia è in prima linea nel rapporto con i pazienti e non c'è nulla di peggio che non poter dare risposte convincenti. che sono tali in base a quello che è il nostro ragionamento in scienza e coscienza. Credo quindi sia importante la possibilità prospettata dalla regione di ascoltare i pazienti e i medici, specialisti e di medicina generale, affinché si possano trovare le migliori soluzioni". Al momento, ha quindi aggiunto "con le scelte compiute dalla regione ritengo non ci sia

ancora sufficiente chiarezza su come il medico di famiglia si debba comportare, in particolare con quelle categorie di pazienti che eventualmente necessitassero, per esempio, di proseguire con la consueta terapia insulinica senza cambiare farmaco. Non c'è ancora piena chiarezza su come il medico di famiglia debba comportarsi, se la necessità di redigere una dettagliata motivazione per garantire il prosieguo della terapia debba o meno essere scritto dal medico di famiglia, se debba redigerlo per tutte le prescrizioni, se debba segnalarlo in cartella, se debba segnalarlo sulla ricetta. Tutte dinamiche molto concrete "che non sono ancora sufficientemente chiare e che possono generare confusione".

"La prima esigenza del cittadino diabetico" ha quindi sottolineato **Ezio Labaguer**, Presidente del Coordinamento delle Associazioni dei pazienti con Diabete del Piemonte "è quella di essere informato molto bene su quello che sta avvenendo, di sapere a cosa andrà in contro nella terapia quando dovrà, forse, mettere in atto un cambiamento ma, soprattutto, avere la certezza da parte di chi lo sta curando, sia esso il medico di famiglia come lo specialista, che quello che gli si sta proponendo è il meglio che ha a disposizione".

L'indagine ha confermato come il diabetologo sia il principale riferimento per il paziente; evidenziando, però, anche un ruolo importante di supporto e guida nella quotidianità del medico di famiglia. In Piemonte la gestione integrata del paziente - che risulta più rilevante rispetto alla media nazionale - ha, infatti, un effetto positivo sull'efficacia della cura e sulla soddisfazione complessiva del paziente per il medico e per i servizi di cura.

Soddisfazione per i risultati dell'indagine è stata espressa da Milena **Paola Tagliabue**, Presidente della sezione regionale della Società italiana di Diabetologia e dal suo collega Alessandro Ozzello, Presidente regionale dell'Associazione dei medici diabetologi che, parallelamente, hanno anche espressa forte preoccupazione "per l'estrema decisionalità con cui ha agito la Regione".

"Quello che mettiamo in discussione" hanno sottolineato "non è la dispensazione del farmaco biosimilare ai pazienti naive ma lo switch. Peraltro ci piacerebbe che venisse riconosciuto il fatto che i medici sono molto attenti a dispensare esami e farmaci e in tal senso controlli serrati sono inopportuni.



I medici, inoltre, seppure non abbiano un ruolo nei processi di distribuzione e approvvigionamento, hanno fatto comunque moltissimo. Abbiamo erogato un buon servizio con standard di riferimento elevati e con un trend di complicanze e di ricoveri in diminuzione. Abbiamo anche risparmiato e per questo non crediamo sia possibile chiederci molto di più. Neanche in termini di tempo da dedicare nel giustificare approfonditamente la nostra scelta terapeutica. Pensiamo, invece, che dovrebbe bastare ed essere più che sufficiente il nostro referto. In scienza e coscienza”.

“I Pazienti diabetici” hanno sottolineato ancora i clinici “in Piemonte hanno potuto sperimentare l’offerta più avanzata dei Servizi di Diabetologia proprio per l’impegno richiesto loro nell’autogestione della terapia a domicilio, fatta di un’appropriata interpretazione delle informazioni che derivano dall’integrazione di alimentazione, attività fisica, tipo d’insulina iniettata, impiego corretto di aghi e dispositivi per l’iniezione ed i valori della glicemia misurata, indispensabili per prendere decisioni nel quotidiano. Tutto questo” hanno chiarito ancora Tagliabue e Ozzello “è promosso da qualche

anno in Piemonte con una specifica prestazione di “Educazione Terapeutica” che la nostra regione, prima in Italia, ha riconosciuto come prerogativa dei Servizi di Diabetologia, come essenziale per supportare il paziente nella gestione integrata con il Medico di Medicina Generale, nonché fondamentale per un impiego appropriato di dispositivi medici, aghi e strisce e per l’auto-somministrazione della terapia stessa. Ci auguriamo” hanno quindi auspicato i due clinici “che anche le parti sociali e politiche coinvolte nel fronteggiare la pandemia diabetica, leggano i buoni risultati del Piemonte con la stessa propensione a riflettere sull’appropriatezza di questi Servizi, non ostacolandone la loro attività ma anzi potenziandola con supporti adeguati”.

Questi argomenti saranno peraltro oggetto del prossimo Congresso Regionale di AMD e SID che per la prima volta sarà Congiunto, proprio a significare la volontà degli specialisti a proseguire insieme un aggiornamento professionale attento non solo ai Pazienti ma anche alle richieste del Sistema Sanità. Auspichiamo” hanno concluso “che il contributo che i diabetologi possono dare per creare soluzioni assistenziali soste-

Andrea Pizzini
Simg Piemonte



Massimo Mana
Federfarma Piemonte



nibili sia, in futuro nella nostra regione, considerato in modo adeguato e non come già successo, ed a tutti noto, trascurato”.

Il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della malattia, lo sottolineano anche i risultati dell'indagine Eurisko, e quindi la sua piena accettazione anche di un nuovo farmaco, una volta che il medico avrà stabilito la possibilità di sostituirlo ha, infatti, effetti significativi sulla soddisfazione del paziente stesso, sulla sua qualità di vita e sulla compliance nella gestione della patologia: questo significa una migliore percezione dello stato di salute, un umore migliore, migliori relazioni sociali e familiari e, come esiti della terapia, ne risultano migliore controllo glicemico, minori ipoglicemie gravi, migliore aderenza al trattamento, e maggiore capacità di migliorare il proprio stile di vita.

Nella “filiera” assistenziale del paziente diabetico, inoltre, un ruolo importante è anche quello del farmacista. A giudizio di **Massimo Mana**, Presidente di Federfarma Piemonte “le novità che la politica regionale ha introdotto con questa serie di provvedimenti, vuoi sulla distribuzione delle strisce per i diabetici vuoi per i biosimilari, sta creando qualche problema gestionale anche livello delle farmacie poiché bisogna comunque trovare nuovi metodi per avere prodotti e poterli distribuire. Questi nuovi metodi all'inizio possono impattare negativamente sull'operatività di tutti i giorni ma direi che dopo alcuni mesi di prove sulle strisce i problemi non sussistono più e tutto sta funzionando. Sui biosimilari la regione ha diramato una serie di informazioni che permettono al farmacista di operare correttamente. In primis quello che stabilisce che nel momento in cui ha una pre-

scrizione non possa sostituire il prodotto. Posso comprendere, di contro, il disagio del medico chiamato a motivare dettagliatamente i motivi di un'eventuale permanenza del farmaco originale e quindi, in buona sostanza, dinanzi a una serie di regole che rischiano di complicare la sua scelta prescrittiva”. Sulla base delle risposte dei pazienti diabetici in terapia con insulina, i ricercatori Gfk Eurisko hanno stimato in circa 7mila/anno i ricoveri legati al diabete in Piemonte. Una percentuale più alta rispetto alla media nazionale (14% contro 6%) legata, tuttavia, ad una maggiore concentrazione in Piemonte di persone con diabete over 70 e con co-morbilità cardiache. Di contro, la durata del ricovero è nettamente inferiore: mediamente 4,7 giorni contro gli 8,5 giorni della media nazionale. La stima dei costi per questi ricoveri fissa l'asticella alla cifra di 25milioni di Euro. Sono invece mediamente 800 euro/anno, quelli spesi privatamente da ogni paziente per trasporti, visite specialistiche, prodotti specifici o attività a supporto della gestione della malattia.

Soddisfazione per l'esito del confronto è stata infine espressa da Paolo Allemano, medico ospedaliero e componente della Commissione Sanità della Regione Piemonte secondo cui “l'incontro è stato molto positivo poiché abbiamo parlato di fiducia, di concertazione, di alleanza terapeutica. E a tal proposito” ha aggiunto “credo che le cose andranno molto meglio se questa rinnovata alleanza terapeutica che si sta ricercando, non sarà limitata a medico e paziente ma includerà anche i decisori della politica, quelli che devono compiere scelte responsabili affinché il sistema produca salute in modo sostenibile, guardando al futuro”.

Ezio Labaguer
Coord. Ass. Diabete



LAZIO

PAZIENTI INFORMATI SULLA MALATTIA E SODDISFATTI DEI MEDICI, MOLTO MENO PER LISTE D'ATTESA E SERVIZI

Ha fatto tappa nella Regione Lazio il secondo appuntamento del Progetto DIRE promosso da Quotidiano Sanità che, dopo essere già passato per il Piemonte, toccherà altre otto Regioni italiane per indagare sulla governance di una patologia cronica così importante da meritarsi l'aggettivo di "pandemica". Anche nel Lazio qualche criticità per le modalità di introduzione di nuovi farmaci e dispositivi, soprattutto nei pazienti stabilizzati da anni.

La maggior parte dei circa 80mila pazienti diabetici del Lazio in terapia con insulina (sui 385mila totali) risulta consapevole, attiva e competente nella gestione della propria patologia. La stragrande maggioranza (quasi il 90%) si dice inoltre molto soddisfatta per la disponibilità e competenza dei medici curanti. Percentuale che tuttavia cala drasticamente (meno del 70%) quando i pazienti sono chiamati a esprimersi sulla qualità dei Servizi sanitari in termini di accessibilità, tempi di attesa e servizi offerti. Sono questi alcuni tra i dati più evidenti dell'indagine condotta su scala nazionale da GfK Eurisko e che, estrapolati a livello regionale, posizionano il Lazio tra le regioni sostanzialmente nella media per autonomia e competenza dei pazienti, un po' più in basso dal punto di vista organizzativo. Una carenza a cui la Regione stessa ha intenzione di rimediare avendo approvato recentemente il primo Piano regionale per l'assistenza al paziente diabetico.

La declinazione laziale della ricerca Eurisko è stata presentata nei giorni scorsi a Roma nel corso di un incontro tra esperti organizzato da Sics, Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria, realizzato con il sostegno non condizionante di Sanofi e promosso da Quotidiano Sanità nell'ambito del più vasto programma di approfondimento del progetto DIRE (Diabete, Informazione, Responsabilità, Educazione) che

toccherà dieci regioni fino al prossimo settembre.

All'incontro hanno partecipato rappresentanti delle associazioni dei pazienti, della Regione - presenti **Teresa Petrangolini**, componente della Commissione Sanità della Regione Lazio e **Gianni Vicario**, Dirigente dell'Ufficio "Assistenza Primaria" della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria - delle Società scientifiche di riferimento come l'Associazione dei medici diabetologi, dell'Assistenza Territoriale come la Card Lazio rappresentata dal Presidente **Rosario Mete**, della Pediatria e degli Specialisti ambulatoriali del SUMAI.

Il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della malattia ha effetti significativi sulla soddisfazione del paziente, sulla sua qualità di vita e sugli outcomes. Questo significa una migliore percezione dello stato di salute, un umore migliore, migliori relazioni sociali e familiari e migliori risultati: buon controllo glicemico, minori ipoglicemie gravi, più aderenza al trattamento e maggiore capacità di migliorare il proprio stile di vita.

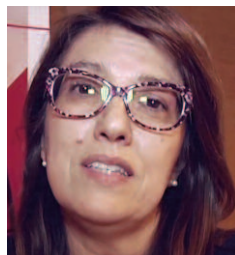
I risultati dello studio condotto da GfK Eurisko su un campione nazionale di 500 pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento con insulina confermano - anche a livello della Regione Lazio - l'importanza di una buona relazione medico-paziente nel favorire il coinvolgimento attivo del paziente e nel migliorare i risultati della cura. Pazienti che tuttavia, nella Regione Lazio, si caratterizza per una maggiore incidenza, rispetto all'Italia, dell'obesità (56% contro il 27% del dato medio nazionale).

"Il medico - ha dichiarato **Isabella Cecchini**, Direttrice del Dipartimento di Ricerche sulla Salute di GfK Eurisko - ha un ruolo fondamentale nell'educare il paziente e renderlo consapevole dell'importanza della cura e di un corretto stile di vita. Tale consapevolezza migliora la soddisfazione

Teresa Petrangolini
Comm. Salute Reg. Lazio



Claudia Arnaldi
Sip



Rosario Mete
Presidente Card Lazio



del paziente attraverso un migliore controllo della malattia”.

L'indagine ha confermato che anche nella Regione Lazio il diabetologo è il medico di riferimento per il paziente, mentre il medico di medicina generale ha un ruolo più collaterale, anche se ha una funzione di supporto e guida nella gestione quotidiana della malattia e dello stile di vita. Nel Lazio non esiste ancora, infatti, una gestione integrata del paziente, frutto di comune progettualità e presa in carico tra specialista e medico di medicina generale e probabilmente i primi risultati positivi di un processo del genere vedranno la luce nei prossimi mesi con l'attuazione del Piano regionale Diabete, redatto in collaborazione con tutti i protagonisti della patologia, e approvato alla fine dello scorso anno. La sinergia tra medico di famiglia e team specialistico ha, infatti, un effetto positivo sull'efficacia della cura e sulla soddisfazione complessiva del paziente per il medico e per i servizi di cura.

“Il Piano regionale del Lazio sul diabete” ha sottolineato **Lina Delle Monache**, Presidente regionale del Cladiab - Coordinamento Lazio Associazioni Persone con Diabete “è unico in Italia e le associazioni dei pazienti ne sono state tra i principali promotori, attraverso un'importante attività di advocacy, per creare le condizioni affinché lo stesso venisse redatto e diventasse patrimonio del servizio sanitario regionale. Esso” ha aggiunto “rappresenta per noi la realizzazione di un sogno, un cambio di paradigma, la possibilità di godere di nuove politiche sa-

nitarie per la gestione di una patologia importante come il diabete”. Il Piano, infatti, prevede la realizzazione di percorsi assistenziali e di presa in carico ben precisi, la valorizzazione del cd “team diabetologico”, con l'obiettivo principale di garantire un vero empowerment del paziente diabetico oltre che, naturalmente, cure eccellenti.

“Tutti questi sforzi” ha quindi aggiunto Delle Monche “sono finalizzati anche a prevenire eventuali complicanze che rappresentano, in definitiva, i veri costi del diabete. In Italia ogni 20 minuti una persona muore a causa del diabete e ogni 90 minuti una persona subisce un'amputazione per il diabete. Controllare e prevenire eventuali complicanze diventa pertanto un obiettivo fondamentale sia dal punto di vista sociale sia economico. Certamente sussistono alcune criticità” ha quindi concluso “ci aspetta un periodo di sperimentazione e implementazione del piano e il fatto che la Regione Lazio sia in Piano di rientro non aiuta. Ci sono scarse risorse economiche e di personale ma noi siamo pronti e determinati, attraverso continue azioni di policy, per stimolare le istituzioni affinché il Piano venga compiutamente realizzato”.

“Il Piano regionale Diabete” ha aggiunto dal canto suo **Claudia Arnaldi**, Pediatra e diabetologa della Società italiana di Pediatria “rappresenta una grande opportunità ma anche una grande responsabilità per chi lavora con persone con diabete. La diabetologia pediatrica nel Piano ha una parte importante e prevede la realizzazione di una rete che possa portare assistenza a tutti i bambini con questo problema nella nostra regione. Speriamo che questa progettualità costituisca davvero un'occasione per poter costruire una rete che non sia fondata solo sulla buona volontà di chi lavora quotidianamente per assistere questi pazienti e le loro famiglie, ma che preveda anche un minimo di investimento che ci permetta di ottimizzare il nostro lavoro quotidiano”.

A giudizio di **Rocco Bulzomì**, diabetologo rappresentante del Sumai e componente del tavolo tecnico della Regione, “siamo veramente di fronte ad un momento epocale di cambio di gestione. Abbiamo l'opportunità di prendere in carico il paziente diabetico, che è anche più costoso di altri, in maniera più appropriata, più vicina alle sue esigenze, più economica e virtuosa realizzando servizi che operino in una logica di team”. Il motto, secondo Bulzomì, potrebbe essere: “La prestazione giusta, quando

Rocco Bulzomi
Sumai



serve, al paziente che ne ha bisogno quando ne ha bisogno”.

“Tutto questo” ha aggiunto “in una logica non soltanto di team professionale ma anche di collateralità con gli altri servizi offerti dal servizio sanitario quali i device, che devono essere di assoluta qualità e non scelti in una logica di mero risparmio sul costo della striscia, nonché le terapie con farmaci innovativi che stanno veramente dimostrando la loro superiorità in termini di sicurezza ed efficacia, impedendo moltissimi accessi al pronto soccorso per crisi ipoglicemiche severe o gravi che avrebbero generato costi di ricovero sono molto superiori rispetto alla logica del piccolo risparmio derivante dall'utilizzo del farmaco non griffato o dall'uso di device non di comprovata ef-

ficacia e sicurezza”.

“Noi pensiamo che quello della regione Lazio sia un ottimo Piano” ha quindi sottolineato **Renato Giordano**, past President dell'Associazione regionale dei medici diabetologi “ma certo non significa che, nella sua piena realizzazione, non si possano incontrare alcune criticità. È fondamentale creare i team dove non esistono ma poi bisogna creare la rete con i centri di secondo e terzo livello affinché il percorso della persona con diabete sia più strutturato ed equilibrato per poter erogare il maggior numero di prestazioni in poco tempo. Poi c'è il tema, molto forte, della prevenzione della formazione del personale e dei team migliorando tutti i meccanismi di comunicazione medico-paziente ma anche quello dell'introduzione di nuovi farmaci come i biosimilari. Penso tuttavia che lavorando tutti quanti insieme nella stessa direzione come abbiamo fatto per redigere il piano regionale, i problemi si possano risolvere”.

E sul tema della formazione dei professionisti ma anche sul loro incremento si è soffermato anche Rosario Mete, Direttore di Distretto e Presidente di Card Lazio, (Confederazione delle associazioni regionali dei distretti) la Società scientifica di riferimento delle attività sociosanitarie del territorio. “L'attività dei distretti nel Lazio è strategica per l'introduzione di nuovi modelli organizzativi dell'assistenza primaria come quelli descritti nel Piano regionale per il diabete” ha osservato “e abbiamo certamente necessità di formare il personale in tal senso ma anche di integrarlo. Per l'applicazione del piano” ha esemplificato “c'è necessità di dare gambe ai servizi attraverso adeguate risorse umane, strumentali e tecnologiche che ormai sono indispensabili per rispondere alle esigenze assistenziali dei cittadini”.

Sulla base delle risposte dei pazienti diabetici in terapia con insulina, i ricercatori Gfk Eurisko hanno inoltre stimato circa 4mila ricoveri all'anno legati al diabete. Una percentuale in linea rispetto alla media nazionale e positiva rispetto al Paese per la durata del ricovero: 5,3 giorni nel Lazio contro gli 8,5 del dato medio nazionale. La stima dei costi per questi ricoveri fissa l'asticella alla cifra di circa 16milioni di Euro mentre sono mediamente 1300 euro all'anno quelli spesi privatamente da ogni paziente per trasporti, visite specialistiche, prodotti specifici o attività a supporto della gestione della malattia. Anche per contrastare al mas-



Gianni Vicario
Regione Lazio



Lina Delle Monache
Presidente Cladiab



Renato Giordano
Past President AMD



simo dinamiche come quelle appena descritte, attraverso quanto previsto nel Piano regionale, a giudizio di **Gianni Vicario**, Dirigente dell'Ufficio "Assistenza Primaria" della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria, è fondamentale che i professionisti e gli operatori cambino il loro modo di lavorare, cambino la loro pratica clinica e assistenziale. Fino ad ora" ha spiegato "c'è stata sicuramente una certa frammentazione nell'assistenza alla persona con diabete. È però necessario, e questo Piano lo favorisce, che si crei un vero e proprio team che prenda in carico la persona sia per quanto riguarda l'aspetto più puramente medico clinico, sia assistenziale. Diventa quindi indispensabile che le diverse figure professionali interessate nel percorso del

paziente parlino tra di loro. Non sarà più il paziente a portare le proprie informazioni dal singolo professionista ma è il sistema che dovrà assicurare questa disponibilità e questa integrazione. La vera scommessa di questo piano risiede proprio nella gestione integrata soprattutto per quanto riguarda il medico di famiglia e lo specialista diabetologo che per alcune classi di pazienti devono necessariamente interagire".

"Ciò che sostiene il Piano" ha quindi concluso **Teresa Petrangolini**, Consigliere regionale e membro della Commissione politiche della salute "è proprio la scelta di averlo elaborato direttamente con chi lo dovrà realizzare. Averlo scritto insieme ai clinici, alle aziende sanitarie e ai pazienti offre una buona prospettiva per evitare di avere un bel documento che poi però non venga realizzato. L'aver lavorato insieme" ha aggiunto "ha permesso di risolvere a monte qualche conflitto e di capire come nelle diverse aziende sanitarie sarà possibile realizzare questo modello di presa in carico che, oltre a prevede un forte lavoro di equipe, ha al centro il cittadino e i suoi bisogni. La Regione Lazio" ha quindi tenuto a sottolineare Teresa Petrangolini "seppure in Piano di rientro, ha scelto una strada che mai ha anteposto il risparmio economico alle necessità dei cittadini. Certamente dobbiamo tenere conto dei costi e delle risorse disponibili, ma sempre tenendo in considerazione le esigenze dei clinici e dei pazienti. Il che significa operare delle scelte precise ma sempre secondo uno stile e dei principi che contribuiscano a evitare di trovarsi in un secondo momento a risolvere conflitti che possono rivelarsi molto costosi per la collettività".

SICILIA

PAZIENTI ABBASTANZA INFORMATI, NON COMPLETAMENTE SODDISFATTI DEI MEDICI, ANCORA MENO PER LISTE D'ATTESA E SERVIZI

Medici e pazienti esortano la Regione a dare piena attuazione alla Legge 5/1998. Tangibile lo “scollamento” tra specialistica e medicina di famiglia

Sebbene la maggior parte dei pazienti diabetici siciliani in terapia risulti consapevole, attiva e competente nella gestione della propria patologia la percentuale è leggermente più bassa che nel resto d'Italia. Analogamente, altrettanto più bassa appare la soddisfazione dichiarata per la disponibilità e competenza dei medici curanti (84% contro 88% del resto d'Italia) e per la qualità dei Servizi sanitari in termini di accessibilità, tempi di attesa e servizi offerti (70% contro 75% della media nazionale). E questo sebbene la Regione Siciliana abbia una legge (la n. 5/98) tra le più avanzate del Paese per la creazione e il mantenimento di reti per la presa in carico dei pazienti cronici. Sono questi alcuni tra i dati più evidenti dell'indagine condotta su scala nazionale da GfK Eurisko e che, estrapolati a livello regionale, posizionano la Sicilia tra le regioni sostanzialmente nella media bassa per autonomia e competenza dei pazienti, ma ancora un po' peggio dal punto di vista organizzativo. Una carenza a cui la Regione stessa aveva cercato di rimediare in passato con una Legge ad hoc che però, nel tempo, si è un po' persa per strada.

La declinazione siciliana della ricerca Eurisko è stata presentata nei giorni scorsi a Palermo nel corso di un incontro tra esperti organizzato da Sics, Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria, realizzato con il sostegno non condizionante di Sanofi e promosso da Quotidiano Sanità nell'ambito del più vasto programma di approfondimento del progetto DIRE (Diabete, Informazione, Responsabilità, Educa-

zione) che toccherà dieci regioni fino al prossimo mese di ottobre.

All'incontro hanno partecipato rappresentanti delle associazioni dei pazienti, dei cittadini, delle Società scientifiche di riferimento e della medicina generale.

Il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della malattia ha effetti significativi sulla soddisfazione del paziente e sulla sua qualità di vita. Questo significa una migliore percezione dello stato di salute, un umore migliore, migliori relazioni sociali e familiari e migliori risultati in termini di buon controllo glicemico, minori ipoglicemie gravi, più aderenza al trattamento e maggiore capacità di migliorare il proprio stile di vita.

I risultati dello studio condotto da GfK Eurisko su un campione nazionale di 500 pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento con insulina confermano – anche a livello della Regione Siciliana – l'importanza di una buona relazione medico-paziente nel favorire il coinvolgimento attivo del paziente e nel migliorare i risultati della cura. Paziente che tuttavia, nella Regione Siciliana, si caratterizza per una lievissima maggiore incidenza, rispetto all'Italia, di persone in sovrappeso (47% in Sicilia vs 46% in Italia) od obese (28% contro 27%).

“Il medico – ha dichiarato **Isabella Cecchini**, Direttrice del Dipartimento di Ricerche sulla Salute di GfK Eurisko - ha un ruolo fondamentale nell'educare il paziente e renderlo consapevole dell'importanza della cura e di un corretto stile di vita. Tale consapevolezza migliora la soddisfazione del paziente attraverso un migliore controllo della malattia”.

L'indagine ha confermato che anche nella Regione Siciliana il diabetologo è il medico di riferimento per il paziente, mentre il medico di medicina generale ha un ruolo più collaterale, anche se in quasi la metà dei pazienti ha una funzione di supporto e guida nella gestione quotidiana della malattia e

Vincenzo Provenzano
Presidente eletto SIMDO



Vittorio Di Carlo
Fimmg - Simg



dello stile di vita. In Sicilia, inoltre, è meno accentuata la quota di pazienti seguiti in modo integrato da specialista e medico di famiglia ed è più alta la quota di pazienti che si rivolgono al privato.

Il “limbo” in cui sembra essere sospesa la legge 5/98 che mirava alla creazione di reti integrate di assistenza, denunciato sia dai pazienti sia dai medici, sembra non voler cedere il passo ad una piena attuazione mentre è ormai acclarato, anche dall’indagine Eurisko, come la sinergia tra medico di famiglia e team specialistico abbia un effetto positivo sull’efficacia della cura e sulla soddisfazione complessiva del paziente per il medico e per i servizi di cura.

In Sicilia, ha osservato **Antonino Di Benedetto**, Responsabile dell’Ambulatorio di Diabetologia del Policlinico di Messina e Presidente regionale della SID “la gestione integrata funziona di più alcuni centri, molto meno in altri. Inoltre, con il Decreto appropriatezza del ministro Lorenzin, preso alla lettera dalla medicina di famiglia, i diabetologi si sono trovati sostanzialmente costretti ad un aumento del lavoro burocratico, allungando enormemente i tempi della visita. Lo specialista, in pratica, in molte zone della regione deve fare tutto quello che prima faceva il medico di famiglia: elaborare il piano terapeutico, compilare la ricetta sul ricettario regionale e quella dematerializzata per gli esami di laboratorio e i nuovi moduli regionali per la prescrizione delle insuline basali, caricandosi di un surplus di lavoro a fronte, peraltro, di un numero sempre più in calo di specialisti”.

Secondo **Vittorio Di Carlo**, membro del direttivo provinciale della Fimmg e della Simg (medici di famiglia) la medicina generale sconta certamente la mancata appli-

cazione di un corretto PDTA, percorso diagnostico terapeutico assistenziale, dove ciascun operatore della sanità svolga il proprio lavoro in maniera integrata come previsto dalla legge regionale ma anche un certo retaggio del passato quando il paziente ritornava dal medico di famiglia con un foglio prestampato dallo specialista e gli chiedeva tout court di prescrivere su ricetta rossa quanto indicato. Oggi, la disponibilità del ricettario SSN da parte di tutte le strutture accreditate e l’avvento della ricetta dematerializzata stabiliscono, su delibera assessoriale, che il medico specialista faccia seguire alla propria visita, se necessario, la prescrizione di accertamenti e/o nuovi farmaci. Tutto questo conforta e valida la prestazione specialistica evitando al paziente, in molti casi, di fare andirivieni dal proprio domicilio, ancor più se in provincia, per prenotare ulteriori esami etc.

Il dibattito sull’uso del ricettario, seppur ampliamento chiarito dalla dirigenza regionale e aziendale, registra ancora momenti di attrito a discapito di una fattiva collaborazione che il medico di medicina generale non si stanca di ricercare con l’obiettivo principale di salvaguardare il benessere salutare e la qualità di vita dei propri assistiti. In un certo senso” ha quindi osservato Di Carlo “siamo da sempre gli attori non protagonisti della vita del paziente, condividendo gioie e dolori in un tempo ragionevolmente lungo. Registriamo in maniera attenta e continua la storia clinica correlata di esami e terapie e ricercando con la medicina di iniziativa ogni momento utile per proporre interventi decisivi per la salute della persona assistita. In definitiva va sottolineato che soffriamo moltissimo questa mancata integrazione così come rifiutiamo l’essere considerati meri trascrittori seppur convinti che un miglioramento della comunicazione risolverà ogni verosimile conflitto”.

Insomma, non soltanto un problema di rapporti tra professionisti, per la cui risoluzione come ha comunque ricordato **Giuseppe Greco**, Segretario Regionale di Cittadinanzattiva, sono attivi alcuni tavoli di lavoro, ma di vero e proprio flusso prescrittivo che rischia, sostanzialmente, di rallentare a detrimento della veloce ed efficace presa in carico dei pazienti.

Ma se da un lato la specialistica osserva come la medicina generale abbia preso troppo alla lettera il decreto appropriatezza (e

Giuseppe Greco
Cittadinanzattiva



Michele Girone
Fed. Diabete Sicilia



non il successivo dietrofront del ministro dell'aprile scorso) sul "banco degli imputati" a giudizio dei clinici deve essere messa la Regione ritenuta colpevole di essere troppo passiva nel definire compiutamente le dinamiche di governance dando piena attuazione alla stessa Legge regionale 5/1998. Peraltro entrambi, medici di famiglia e specialisti, sentono invece molto la pressione per un indiscriminato contenimento dei costi "con il rischio reale di esitare nel prescrivere il farmaco migliore e più adatto allo specifico paziente".

Un problema quest'ultimo non di poco conto anche alla luce degli stimoli offerti dagli interventi in video di **Paola Frati** e **Stefano Ferracuti**, rispettivamente Ordinario di Medicina legale e psichiatra forense alla Sapienza, sulla responsabilità professionale in caso di prescrizioni dettate più dall'economia che da "scienza e coscienza". Se per la Frati è fondamentale una comunicazione e un'informazione puntuale, chiara e trasparente al paziente per una scelta consapevole e concordata dei trattamenti di cura, in buona sostanza il consenso informato, per Ferracuti diventa "verosimilmente prudente assumerlo addirittura in forma scritta", perché se è vero che il codice deontologico non impone in maniera assoluta l'acquisizione scritta del consenso del paziente qualora un medico si trovasse nella condizione di prescrivere un farmaco più economico al posto di un altro (perché non sono trattamenti pericolosi o off label) "è anche vero che molti di questi farmaci sono drammaticamente recenti e manchiamo a tutt'oggi di sufficiente pratica clinica per comprendere bene le differenti alterative". In ogni caso in questa partita, per Paola Frati è essenziale che il medico rimanga protagonista della scelta prescrittiva. "Prescindere totalmente dalla possibilità di scelta del medico – ha aggiunto – è in palese contrasto con gli articoli del codice deontologico e con lo stesso spirito della professione sanitaria".

Insomma, una sorta di "paradosso siciliano" in cui la medicina difensiva rischia di manifestarsi non già per attacchi esterni di tipo giudiziario o risarcitorio ma, come ha sottolineato Greco "interni allo stesso Servizio Sanitario Regionale e identificabili con gli stringenti obiettivi di spesa posti ai Direttori Generali dalla Regione".

A giudizio di **Vincenzo Provenzano**, Direttore CRR Diabetologia ed impianto microinfusori Sicilia e Presidente nazionale

eletto SIMDO, intervenendo sulla normativa regionale ancora abbastanza disattesa, "la L. 5/98 è una delle normative più belle ed etiche per la cura delle persone con diabete. Aveva ed ha il merito di mettere assieme tutti, medici di famiglia, specialisti e pazienti nella gestione integrata della patologia ma, se possibile, ha fatto di più: aveva messo insieme la sanità con il sociale. Ragione per cui in Sicilia, per legge, la dimissione delle persone con diabete non avviene più in maniera tradizionale ma assume la connotazione di ma facilitata/guidata o addirittura protetta nel caso delle persone più fragili. Questa legge ha avuto un grande slancio nel 2009 e nel 2010 ma negli ultimi anni, forse per i continui cambi al timone dell'assessorato, il processo sembra essersi un po' sopito. La mia speranza" ha quindi aggiunto "è che la politica torni ad essere protagonista riprendendo in mano quanto previsto dalla legge e dando nuovo impulso alle azioni che la stessa prevede. Peraltro non riguarda soltanto il diabete, patologia con numeri già molto elevati, ma anche per esempio la Bpco o lo scompenso cardiaco, tutte di alto impatto sociale. Insomma" ha concluso Provenzano "abbiamo ridotto gli ospedali e le ospedalizzazioni ma se poi non rafforziamo il territorio le vittime legate alle patologie croniche non diminuiranno affatto, anzi. Non dimentichiamo" ha quindi chiosato Provenzano "che in Sicilia la mortalità per diabete è doppia rispetto alla media nazionale, abbiamo la più alta presenza di diabete di tipo 1, in quanto seconda regione con più bambini e, purtroppo, registriamo la più alta percentuale di amputazione di piede a causa di questa patologia".

Anche Di Carlo ha sottolineato l'importanza di questa legge ed ha sollecitato, dal canto suo, le istituzioni regionali e le aziende sanitarie affinché tornino ad essere protagoniste di una estesa attuazione della stessa. Peraltro, ha sottolineato ancora Di Carlo, "la cosiddetta spending review sta notevolmente influenzando l'attività dei clinici. Il taglio della spesa sui farmaci e sulle prestazioni incide in maniera tangibile sul lavoro di ogni giorno ma non sempre è possibile fare di necessità virtù. Perché prima di tutto viene la salute della persona e il miglioramento della sua qualità di vita. Sicuramente c'è da discutere parecchio con i nostri decisori perché non è possibile tagliare a piè pari un farmaco così come non è possibile, per esempio, sostituirlo automatica-

Francesco Sammarco
Presidente 'Associazione
Castelli (Fand)



mente con un altro solo perché costa meno". Un riferimento, questo, direttamente collegato all'introduzione dei nuovi farmaci biosimilari che se da una parte non vedono alcun ostacolo, nell'accettazione da parte dei clinici per i pazienti naïve, sollevano qualche perplessità se imposti dall'alto anche a pazienti già efficacemente compensati con farmaci originator.

Non meno esortativa la voce dei pazienti rappresentati all'incontro palermitano da **Michele Girone**, Presidente della Federazione Diabete Sicilia, e da **Francesco Sammarco**, Presidente dell'Associazione Castelli (Fand). Se da un lato anche Girone ha esortato la Regione a dare attuazione alla L. 5/98 soprattutto "per evitare di avere medici di famiglia disconnessi dalla specialistica e quindi non in grado di essere anche loro protagonisti dell'evoluzione della patologia", Sammarco ha invitato le Aziende farmaceutiche produttrici di farmaci per diabetici ad avvicinare e formare anche i medici di medicina generale sulle terapie disponibili per aumentarne la competenza a vantaggio di una migliore gestione del paziente e della sua malattia".

Sulla base delle risposte dei pazienti diabetici in terapia con insulina, i ricercatori Gfk Eurisko hanno stimato circa 1500 i ricoveri all'anno legati al diabete. Una percentuale inferiore alla media nazionale anche se la durata del ricovero è superiore (mediamente 10 giorni contro gli 8,5 della media nazionale). La stima dei costi per questi ricoveri fissa l'asticella alla cifra di circa 11,3milioni di Euro mentre sono mediamente oltre 900 gli euro all'anno spesi privatamente da ogni paziente per trasporti, visite specialistiche, prodotti specifici o attività a supporto della gestione della malattia.

Quello di Palermo, ha quindi concluso Giuseppe Greco "è stato un incontro importante e utile. Non v'è dubbio" ha sottolineato "che a volte si pensi solo alla soluzione finale del problema ma per arrivarci c'è un percorso da fare, un compito anche arduo ma che condividiamo. Noi siamo innamorati del servizio sanitario ma le leggi camminano con le gambe e con la volontà di tutti. Andiamo verso nuovi scenari nelle cure ma occorre tornare quanto prima a cimentarsi in un progetto che premi soprattutto il lavoro comune".

EMILIA ROMAGNA

PAZIENTI MOLTO INFORMATI SULLA MALATTIA E SODDISFATTI DI MEDICI E SERVIZI. MA LA CRISI MINACCIA L'IDILLIO

Sebbene tutti gli indicatori siano positivi non mancano elementi di preoccupazione, soprattutto da parte dei clinici. Da un lato per il trasferimento di competenze, ritenuto eccessivo, al territorio che rischia di minare il livello di eccellenza di molti centri specialistici, dall'altro per la crisi economica, che rischia di impoverire la capacità di risposta generale di eccellenza dei servizi sanitari

Quasi l'85% dei pazienti diabetici dell'Emilia Romagna in terapia con insulina è consapevole, attivo e competente nella gestione della propria patologia. Quasi la totalità (ben il 97%) si dice inoltre molto soddisfatta per la disponibilità e competenza dei medici curanti. Percentuale che cala ma di poco (90%) quando i pazienti sono chiamati a esprimersi sulla qualità dei Servizi sanitari in termini di accessibilità, tempi di attesa e servizi offerti.

Sono questi alcuni tra i dati più evidenti dell'indagine condotta su scala nazionale da **GfK Eurisko** e che, estrapolati a livello regionale, posizionano l'Emilia Romagna tra le regioni più avanzate per autonomia, competenza dei pazienti e rapporto degli stessi con i centri e i medici che li hanno in cura. La declinazione emiliano-romagnola della ricerca Eurisko è stata presentata nei giorni scorsi a Bologna nel corso di un incontro tra esperti organizzato da Sics, Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria, realizzato con il sostegno non condizionante di Sanofi e promosso da *Quotidiano Sanità* nell'ambito del più vasto programma di approfondimento del *progetto DIRE (Diabete, Informazione, Responsabilità, Educazione)* che toccherà dieci regioni fino al prossimo mese di ottobre.

All'incontro hanno partecipato rappresentanti delle associazioni dei pazienti, della Regione - presente il Direttore Generale dell'Assessorato **Kyriakoula Petropoulakos** e delle Società scientifiche di riferimento.

Il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della malattia ha effetti significa-

tivi sulla soddisfazione del paziente e sulla sua qualità di vita. Questo significa una migliore percezione dello stato di salute, un umore migliore, migliori relazioni sociali e familiari e migliori risultati in termini di buon controllo glicemico, minori ipoglicemie gravi, più aderenza al trattamento e maggiore capacità di migliorare il proprio stile di vita.

I risultati dello studio condotto da **GfK Eurisko** su un campione nazionale di 500 pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento con insulina confermano - anche a livello della Regione Emilia Romagna - l'importanza di una buona relazione medico-paziente nel favorire il coinvolgimento attivo del paziente e nel migliorare i risultati della cura. Paziente che tuttavia, nella Regione ER, si caratterizza da un lato per una lieve maggiore incidenza di sovrappeso rispetto all'Italia (67% contro 46% del dato nazionale) cui fa da contraltare una più decisa diminuzione del dato sull'obesità (12% contro il 27% del dato medio nazionale).

“Il medico - ha dichiarato **Isabella Cecchini**, Direttrice del Dipartimento di Ricerche sulla Salute di GfK Eurisko - ha un ruolo fondamentale nell'educare il paziente e renderlo consapevole dell'importanza della cura e di un corretto stile di vita. Tale consapevolezza migliora la soddisfazione del paziente attraverso un migliore controllo della malattia”.

L'indagine ha confermato che in Emilia Romagna il diabetologo è il medico di riferimento per il paziente ma il medico di medicina generale, sebbene abbia un ruolo più collaterale in termini prescrittivi, esercita una consistente funzione di supporto e guida nella gestione quotidiana della malattia e dello stile di vita. Quasi totalizzante, inoltre, il ruolo del servizio pubblico a cui si rivolge praticamente il 100% delle persone con Diabete. La sinergia tra medico di famiglia e team specialistico ha un effetto positivo sull'efficacia della cura e sulla soddi-

Gabriele Forlani
Presidente regionale della
Società italiana di
Diabetologia





sfazione complessiva del paziente per il medico e per i servizi di cura, affermazione questa che, in Emilia Romagna, appare pienamente rispettata.

Un così positivo risultato nella gestione di questa patologia cronica ha, inoltre, un positivo riscontro nel numero di ricoveri ospedalieri legati al Diabete che, sulla base delle dichiarazioni degli intervistati, registra una percentuale decisamente inferiore rispetto alla media nazionale (2% contro 6%). Un dato che diventa ancor più eclatante se misurato anche alla luce del numero dei giorni di ricovero: soltanto uno per l'Emilia Romagna contro gli 8,5 della media nazionale. In un quadro di governance della patologia così apparentemente (ma per certi versi anche concretamente...) idilliaco non mancano tuttavia elementi di preoccupazione da parte degli addetti ai lavori che, a causa della crisi economica generale e di una politica necessariamente sofferente per qualche limitazione di budget, paventano il rischio di non vedere nel futuro prossimo standard di assistenza così elevati come quelli attuali. E se da un lato la "territorializzazione" della governance di una patologia cronica come il Diabete porta con sé molti aspetti positivi, dall'altro si addensano gli

interrogativi sulla fine che faranno i centri specialistici di alta qualità e come sarà possibile garantire analoghi standard, appunto, sul territorio.

"Non possiamo non essere soddisfatti dell'atteggiamento dei pazienti nei confronti delle strutture sanitarie e dei medici e di quanto essi stessi siano responsabilizzati nella gestione della terapia" ha sottolineato **Gabriele Forlani**, Presidente regionale della Società italiana di Diabetologia "ma del resto investire nell'empowerment del paziente è parte integrante di una filosofia di approccio che nella nostra regione va avanti da molto tempo. Si può migliorare ancora molto su questa strada ma le mie maggiori perplessità" ha aggiunto "riguardano i rischi, in periodo di tagli economico-finanziari, connessi con una riduzione delle risorse e quindi della possibilità che i centri di eccellenza, in qualche modo, perdano le loro caratteristiche. Si parla molto di voler portare la diabetologia sul territorio, cosa ottima di per sé, purché gli operatori sanitari del territorio non siano slegati da una realtà di assistenza che abbia delle capacità organizzative e scientifiche importanti". Tra le criticità evidenziate dagli esperti convenuti anche il tema che riguarda l'attuale

Rita Lidia Stara
Presidente della
Federazione Diabete
Emilia Romagna



**Giulio Marchesini
Reggiani**
Università di Bologna



metodo di approvvigionamento di beni e servizi. Le gare, insomma, che sebbene vivano nell'ambito di leggi nazionali e provvedimenti regionali al momento difficilmente modificabili, non rappresentano più oggi il metodo migliore per garantire qualità e costo-efficacia in quanto fanno perdere la visione d'insieme del sistema.

Soddisfazione è stata espressa anche da **Giulio Marchesini Reggiani**, Professore Ordinario presso il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Università di Bologna. "L'Emilia Romagna si è sempre caratterizzata in maniera molto particolare per uno specifico interesse allo stile di vita delle persone e all'educazione terapeutica. Un elemento che, credo, giustifica con ragione la buona percezione che le persone con diabete hanno del loro trattamento. Il che tuttavia non significa" ha aggiunto "che non persistano delle criticità, in parte ancora all'orizzonte, in parte già presenti. A cominciare da una serie di tagli" ha quindi sottolineato Reggiani "che hanno comportato una forte riduzione delle strutture diabetologiche in regione, creando delle difficoltà organizzative che sono state solo temporaneamente tamponate dalla buona volontà dei professionisti. Inoltre, un'altra criticità all'orizzonte, ma che si sta concretizzando, è rappresentata dal progressivo disinvestimento da parte delle aziende farmaceutiche nel campo del diabete, almeno in Italia, a causa di alcune criticità che insistono in maniera molto sensibile nella gestione delle gare di approvvigionamento di farmaci e presidi. Abbiamo avuto notevoli problemi per la gara sui dispositivi per il diabete che sono stati solo parzialmente risol-

ti e che stiamo ancora pagando. Ma altre criticità sono quelle che si stanno realizzando, per esempio, per i farmaci maggiormente innovativi che, sicuramente, sono più penalizzati in regione ER che da altre parti per difficoltà e ritardi di accesso e che rendono ragione di un certo disinteresse delle aziende farmaceutiche. Il che non significa" ha quindi concluso "che sia favorevole a un pagamento a piè di lista. Ritengo che le gare vadano fatte, ma che bisogna anche tutelare il sistema paese nel suo complesso: non è importante soltanto il costo del farmaco, ma il costo della patologia nel suo insieme che, per essere curata al meglio, può anche richiedere un piccolo costo aggiuntivo che alla fine rappresenta solo una piccola parte del totale della malattia".

Fiduciosa che il clima e le consuetudini di collaborazione tra gli interessati con le istituzioni potranno risolvere i problemi all'orizzonte si è quindi detta **Rita Lidia Stara**, Presidente della Federazione Diabete Emilia Romagna in rappresentanza dei pazienti. "I dati della ricerca corrispondono alla percezione che noi abbiamo dell'assistenza in Emilia Romagna" ha osservato "e siamo convinti di avere un buon livello di assistenza. E' chiaro che esistono delle zone d'ombra che devono essere migliorate ma nel tempo abbiamo creato un rapporto molto stretto tra associazioni dei cittadini, società scientifiche e governo regionale per cui le strade di miglioramento le stiamo cercando veramente insieme. In Emilia Romagna abbiamo già fatto tanto e, per migliorare ancora, non c'è altra strada che quella di lavorare insieme".

TOSCANA

PAZIENTI INFORMATI E SODDISFATTI
DEI MEDICI, MENO PER LISTE
D'ATTESA E SERVIZI

In Toscana Medici e pazienti esortano la Regione a spingere di più su territorio e formazione. Dall'indagine la Toscana si posizionerebbe in una fascia media rispetto all'Italia, ma i dati vanno interpretati considerando l'ottima organizzazione a cui sono abituati i cittadini e che li rende, probabilmente, più esigenti di altri.

E sebbene la maggior parte dei pazienti diabetici toscani in terapia risulti consapevole, attiva e competente nella gestione della propria patologia in una misura percentuale sostanzialmente in linea con il resto d'Italia, il dato registra una lieve flessione per la soddisfazione nei confronti dei servizi. Infatti la soddisfazione dichiarata per la disponibilità e competenza dei medici curanti è tale per l'84% dei toscani (contro 88% di media del resto d'Italia) mentre il valore di gradimento per la qualità dei Servizi sanitari in termini di accessibilità, tempi di attesa e servizi offerti è del 76% (contro il 75% del resto d'Italia).

Dati che posizionerebbero la Toscana in una fascia media rispetto all'Italia ma che invece vanno interpretati considerando l'ottima organizzazione a cui sono abituati i cittadini e che li rende, probabilmente, più esigenti di altri. Sono questi alcuni tra i dati più evidenti dell'indagine condotta su scala nazionale da Gfk Eurisko e che, estrapolati a livello regionale, posizionano la Toscana tra le regioni sostanzialmente nella media alta per autonomia e competenza dei pazienti ma con valori di gradimento dei servizi che non eguagliano quelli del medico.

La declinazione toscana della ricerca Eurisko è stata presentata nei giorni scorsi a Firenze nel corso di un incontro tra esperti organizzato da Sics, Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria e realizzato con il sostegno di Sanofi.

All'incontro hanno partecipato rappresentanti delle associazioni dei pazienti, rappresentate da **Roberto Cocci**, Presidente

di Federazione Toscana Diabete, delle Società scientifiche di riferimento (**Roberto Anichini**, Direttore Diabetologia Az. Usl 3 Pistoia e Past President della Società italiana di diabetologia, **Graziano Di Cianni**, Direttore Diabetologia di Livorno e Presidente dell'Associazione medici diabetologi ed **Edoardo Mannucci**, Direttore della Diabetologia di Careggi); delle farmacie ospedaliere e del territorio (**Cesare Pellini**, Vicepresidente Urtofar Toscana; **Fabio Lena**, Direttore Politiche del farmaco Azienda Usl Toscana Sud-Est) della Regione, rappresentata da **Lorenzo Roti**, Responsabile dell'organizzazione delle cure e percorsi di cronicità e **Paolo Bambagioni**, Vicepresidente della Commissione Sanità e del management con **Enrico Desideri**, DG Toscana Sud-Est e Vicepresidente di Federsanità Anci.

Il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della malattia ha effetti significativi sulla soddisfazione del paziente e sulla sua qualità di vita. Questo significa una migliore percezione dello stato di salute, un umore migliore, migliori relazioni sociali e familiari e migliori risultati in termini di buon controllo glicemico, minori ipoglicemie gravi, più aderenza al trattamento e maggiore capacità di migliorare il proprio stile di vita.

I risultati dello studio condotto da Gfk Eurisko su un campione nazionale di 500 pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento con insulina confermano – anche a livello della Regione Toscana – l'importanza di una buona relazione medico-paziente nel favorire il coinvolgimento attivo del paziente e nel migliorare i risultati della cura. Paziente che, in Toscana, si caratterizza per una migliore condizione fisica rispetto all'Italia, in termini di sovrappeso (43% in Toscana vs 46% in Italia) e obesità (24% contro 27%), due fattori di rischio i portanti nella patologia diabetica.

“Il medico – ha dichiarato **Isabella Cec-**

Enrico Desideri
DG Toscana Sud-Est e
Vicepresidente di
Federsanità Anci.



chini, Direttrice del Dipartimento di Ricerche sulla Salute di GfK Eurisko - ha un ruolo fondamentale nell'educare il paziente e renderlo consapevole dell'importanza della cura e di un corretto stile di vita. Tale consapevolezza migliora la soddisfazione del paziente attraverso un migliore controllo della malattia".

L'indagine ha confermato che anche nella Regione Toscana, più che nel resto d'Italia, il diabetologo è il medico di riferimento per il paziente (per il 92% degli intervistati), mentre il medico di medicina generale ha un ruolo più collaterale, anche se per quasi il 60% dei pazienti ha una funzione di supporto e guida importante nella gestione quotidiana della malattia e dello stile di vita. In Toscana, questo dato, rafforza quello assolutamente marginale (4%) circa la quota di pazienti che si rivolgono al privato.

"Sappiamo" ha osservato **Enrico Desideri**, Direttore Generale dell'Azienda Usl Toscana Sud-Est e Vicepresidente di Federsanità Anci "che gran parte dei costi (circa l'85% del totale) e delle sofferenze dei nostri cittadini sono legati alle malattie croniche e la patologia diabetica è estremamente paradigmatica in tal senso. Sono malattie che posso essere prese in carico dagli specialisti ma trovano nelle Cure Primarie la migliore risposta di prossimità. Di questo non possiamo non tenerne conto e per questo motivo l'idea che stiamo percorrendo è che i medici di famiglia organizzati in Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) possano strutturare una risposta forte e organizzata al loro interno grazie a un rapporto continuo con lo specialista dell'ospedale di riferimento. Un paziente diabetico ben assistito peraltro è anche meno costoso" ha quindi sottolineato Desideri "il che significa da un lato avere una vista sostanzialmente normale allontanando il rischio di infarto, ictus o insufficienza renale, dall'altro, per il sistema, rappresenta la soddisfazione di curare bene spendendo meglio per reinvestire in tecnologie e nuovi farmaci. Una strategia" ha concluso "che premia l'autonomia prescrittiva del medico (che reputo fondamentale), la continuità terapeutica e soprattutto l'aderenza alla terapia. In questo contesto diventa importante anche la figura del farmacista del territorio che assume una funzione di raccordo e di sostegno".

Il fatto che in Toscana i pazienti diabetici si siano detti molto soddisfatti dei medici ma un po' meno dei servizi non deve tuttavia stupire più di tanto. Come detto la com-

plexiva ottima organizzazione dei servizi ha reso i cittadini toscani certamente molto esigenti ma se da un lato si spiega con il fatto che in Toscana, più che in altre regioni, è stata operata una concentrazione dei centri diabetologici, scelta che spesso viene percepita dal paziente come una "diminuzione" dei servizi poiché non ha più l'ambulatorio sotto casa, dall'altro un potenziale rischio che la "periferia" offra un livello assistenziale meno performante esiste. Soprattutto se le reti con le Cure primarie non sono più che strutturate.

"Crediamo" ha sottolineato in tal senso **Graziano Di Cianni**, Direttore della Diabetologia di Livorno e Presidente dell'Associazione Medici Diabetologi della Toscana "che spazi di miglioramento ce ne siano. In primis nei servizi di secondo livello. Il sistema si regge su due gambe importanti: la medicina generale e i servizi specialistici e questi, soprattutto in periferia, devono essere potenziati. Il servizio sanitario toscano funzionerà ancora meglio nella misura in cui sarà uniforme su tutto il territorio. Il paziente diabetico che vive in zone periferiche non può essere svantaggiato rispetto a chi vive più vicino ai grandi centri ma la seconda grande sfida" ha aggiunto Di Cianni "è quella di creare delle strutture di team diabetologico veramente complete, dal diabetologo al dietista, dal podologo allo psicologo così come prevede, del resto, la normativa regionale. Le risorse necessarie per completare questo disegno" ha concluso "non potranno che scaturire da percorsi di appropriatezza".

Anche secondo **Edoardo Mannucci**, Direttore della Diabetologia dell'Azienda ospedaliera universitaria di Careggi, la Toscana può intraprendere strade di miglioramento organizzativo ma anche di carattere formativo. "È necessario" ha osservato "tenersi al passo con la rapidissima evoluzione tecnologica a cui abbiamo assistito negli ultimi anni. Un professionista competente e aggiornato che lavora in un sistema che funziona ne ricaverà certamente un vantaggio in termini di miglioramento della sua attività professionale e quindi della qualità di prestazioni offerte ai cittadini. La Regione dal canto suo" ha quindi concluso Mannucci "dovrebbe investire da un lato modificando i modelli organizzativi ma anche dal punto di vista tecnologico dotando il sistema, per esempio, di supporti informatici che permettano un rapido e agevole scambio di dati e informazione sul territorio".

Graziano Di Cianni
Presidente AMD Toscana



Edoardo Mannucci
Dir. Diabetologia Careggi



Paolo Bambagioni
Vicepresidente della
Commissione Sanità della
regione Toscana



Fabio Lena
Direttore Politiche del
farmaco Azienda Usl
Toscana Sud-Est



“Il nostro obiettivo” ha fatto eco **Lorenzo Roti**, Responsabile dei Percorsi di cronicità della regione Toscana “è sempre stato quello di creare un rapporto diverso e più sinergico tra MMG e specialisti. L’abbiamo fatto non burocraticamente, ma costruendo dei raccordi professionali, facendo diventare in alcuni casi il diabetologo una sorta di consulente per i gruppi di medicina generale senza con questo ridurre il livello di importanza dei centri specialistici”.

“Seppure in presenza di risorse economiche diminuenti e domande di salute e di servizi crescenti” ha infine sottolineato **Paolo Bambagioni**, Vicepresidente della Commissione Sanità della regione Toscana “la patologia diabetica è gestita con una presenza territoriale abbastanza diffusa e qua-

lificata tant’è che c’è un buon giudizio da parte dei pazienti. Siamo però in una fase di grandi cambiamenti e per questo abbiamo invitato i rappresentanti del mondo associativo, insieme ai direttori generali della Toscana, in Commissione per poter capire bene nei prossimi tre o quattro anni che tipo di evoluzione ci potrà essere e ipotizzare i miglioramenti più opportuni. Miglioramento” ha aggiunto Bambagioni “significa passare anche per una migliore formazione del paziente, del medico di famiglia e anche dello specialista sfruttando risorse all’interno delle università. Abbiamo visto che laddove il paziente è più competente ha anche un maggior grado di soddisfazione e riesce a controllare meglio la sua salute e la sua malattia. Quindi si tratta di un’evoluzione, una sfida, e da questo punto di vista credo sia importante che la Regione Toscana sostenga questo investimento perché spendere in tal senso non significa buttare via i soldi ma credere nel fatto che un paziente ben curato oggi porterà molti risparmi, pensiamo ai ricoveri evitati, domani”.

Sulla base delle risposte dei pazienti diabetici in terapia con insulina, i ricercatori Gfk Eurisko hanno stimato in circa 5000 i ricoveri all’anno legati al diabete. Una percentuale superiore alla media nazionale ma con una durata media del ricovero inferiore (mediamente 6 giorni contro gli 8,5 della media nazionale). La stima dei costi per questi ricoveri fissa l’asticella alla cifra annua di circa 23milioni di Euro mentre sono mediamente circa 1200,00 gli euro all’anno spesi privatamente da ogni paziente per trasporti, visite specialistiche, prodotti specifici o attività a supporto della gestione della malattia.

CAMPANIA

FORTE L'IMPEGNO DELLA REGIONE A FAVORE DI UNA MIGLIORE GESTIONE SUL TERRITORIO

I pazienti campani sono abbastanza informati sulla malattia ma meno soddisfatti di medici, liste d'attesa e servizi rispetto al dato nazionale. Presto ricostituita la Commissione diabetologica.

Antonio Postiglione
Direttore Generale Tutela della Salute



La maggior parte dei pazienti diabetici campani in terapia risulta abbastanza consapevole, attiva e competente nella gestione della propria patologia per una misura percentuale sostanzialmente in linea con il resto d'Italia. Il dato di soddisfazione registra però una lieve flessione in termini di soddisfazione nei confronti dei medici e dei servizi. Infatti, la soddisfazione dichiarata per la disponibilità e competenza dei medici curanti è tale per l'80% dei campani contro l'88% di media del resto d'Italia mentre il valore di gradimento per la qualità dei Servizi sanitari in termini di accessibilità, tempi di attesa e servizi offerti è del 62% contro il 75% del resto d'Italia, uno tra i valori più bassi registrati.

Dati che posizionano la Campania in una fascia media rispetto all'Italia in termini di competenza del paziente ma inferiore rispetto al gradimento dei servizi.

Sono questi alcuni tra i dati più evidenti dell'indagine condotta su scala nazionale da GfK Eurisko e che, estrapolati a livello regionale, inquadrano la Campania tra le regioni che hanno ancora molta strada da fare soprattutto nell'organizzazione e nei servizi sul territorio.

La declinazione regionale della ricerca GfK Eurisko è stata presentata nei giorni scorsi a Napoli nel corso di un incontro tra esperti organizzato da Sics, Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria con il sostegno non condizionante di Sanofi e promosso da *Quotidiano Sanità* nell'ambito del più vasto programma del progetto DIRE (Diabete, Informazione, Responsabilità,

Educazione) che sta toccando dieci regioni fino al prossimo novembre. DIRE è un percorso di approfondimento sulle realtà regionali di governance del Diabete di cui la Campania è stata la sesta tappa.

All'incontro hanno partecipato rappresentanti delle associazioni dei pazienti, rappresentate da **Fabiana Anastasio**, Coordinatrice regionale FAND, dei clinici e delle Società scientifiche di riferimento (**Ernesto Rossi**, Presidente AMD Campania; **Gabriele Riccardi**, Direttore della Diabetologia del Policlinico Universitario Federico II; **Michela Petrizzo**, Diabetologa presso la Seconda Università di Napoli; **Valentina Orlando**, Ricercatrice del CIRFF); delle farmacie del territorio (**Michèle Di Iorio**, Presidente di Federfarma Campania) e della Regione, rappresentata da **Antonio Postiglione**, Direttore Generale Tutela della Salute.

Il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della propria malattia ha effetti significativi sulla sua soddisfazione e sulla sua qualità di vita. Questo significa una migliore percezione dello stato di salute, un umore migliore, migliori relazioni sociali e familiari e migliori risultati in termini di buon controllo glicemico, minori ipoglicemie gravi, più aderenza al trattamento e maggiore capacità di migliorare il proprio stile di vita.

I risultati dello studio condotto da GfK Eurisko su un campione nazionale di 500 pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento con insulina confermano – anche a livello della Regione Campania – l'importanza di una buona relazione medico-paziente nel favorire il coinvolgimento attivo del paziente e nel migliorare i risultati della cura. Paziente che, in Campania, si caratterizza per una lieve peggiore condizione fisica rispetto all'Italia, in termini di sovrappeso (48% in Campania vs 46% in Italia) ma migliore per l'obesità (22% contro 27%).

“Il medico - ha dichiarato **Isabella Cec-**

Ernesto Rossi

Presidente Associazione medici diabetologi della Campania



chini, Direttrice del Dipartimento di Ricerche sulla Salute di GfK Eurisko - ha un ruolo fondamentale nell'educare il paziente e renderlo consapevole dell'importanza della cura e di un corretto stile di vita. Tale consapevolezza migliora la soddisfazione del paziente attraverso un migliore controllo della malattia".

Ma l'indagine ha confermato che, sebbene anche in Campania il diabetologo sia il medico di riferimento per il paziente (lo è per l'88% degli intervistati), il medico di medicina generale ha un ruolo molto più collaterale (segue il 24% dei pazienti contro il 41% del resto d'Italia). Nella maggior parte dei casi il medico di famiglia ha un ruolo di trascrittore delle ricette dello specialista e per meno della metà dei casi ha un ruolo di supporto e motivazione nella gestione della malattia. Di una certa importanza la percentuale di pazienti che si rivolgono al privato (il 10%).

La diabetologia campana è però in fermento poiché nuove progettualità sembrano profilarsi all'orizzonte. A tutto vantaggio dei pazienti e dei clinici alle prese con una sostanziale riorganizzazione dei servizi sul territorio.

"Le modifiche allo studio della Regione per l'assistenza diabetologica" ha confermato in

tal senso **Ernesto Rossi**, Presidente dell'Associazione medici diabetologi della Campania "sembrano essere tutte positive. A cominciare dalla strutturazione dell'assistenza sul territorio diversa dal passato che fissa il numero dei Centri Antidiabete ad uno ogni centomila abitanti, anziché 150mila. E' chiaro" ha sottolineato "che al momento queste modifiche sono ancora sulla carta ma confidiamo nel fatto che, come promesso dalla Regione, vengano attuate il prima possibile". Anche perché, come ha ricordato **Gabriele Riccardi**, Direttore della Diabetologia del Policlinico Universitario Federico II, in Campania "la mortalità per diabete è tra le più alte d'Italia, così come quella per malattie cardiovascolari. Le amputazioni sono circa 600 l'anno ed è fondata-



Michele Di Iorio
Presidente di Federfarma
Campania



tale la prevenzione. Nella regione l'esame del piede viene fatto in appena il 30% dei pazienti e la microalbuminuria viene misurata nel 40% dei casi. Dati importanti da cui è assolutamente necessario partire".

Una tensione collettiva al miglioramento dei servizi utile anche per "rimediare", in qualche modo, a qualche "pasticcio" del passato come il decreto di circa tre anni fa, ricordato dai clinici presenti, "per cui il paziente diabetico fu affidato in gestione al medico di medicina generale, salvo quelli con complicanze. Ma il compito del diabetologo" ha sottolineato "dovrebbe proprio essere quello di evitare le complicanze... cosa sostanzialmente impossibile se vengono affidati quasi esclusivamente ai medici di famiglia pazienti molto complessi e con numerose comorbidità".

Soddisfazione è stata espressa anche da **Michele Di Iorio**, Presidente di Federfarma Campania, secondo cui in questo particolare momento storico e politico "la Regione sembra essere molto sensibile alla necessità di adeguare i servizi ai cittadini responsabilizzando al contempo questi ultimi a un più corretto utilizzo delle risorse".

E, sebbene preoccupata per l'assenza di ogni riferimento ai Centri di Assistenza diabetologica nelle bozze dei nuovi Atti aziendali delle Asl (preoccupazione fugata dal Direttore generale della Salute della Regione), **Fabiana Anastasio**, Coordinatrice regionale della FAND, ha espresso massimo sollievo per l'impegno della Regione alla ricostituzione della Commissione regionale diabetologica quale luogo privilegiato per portare alle istituzioni le istanze dei cittadini e dei pazienti nonché soddisfazione poiché in Campania "la prescrizione del farmaco al minor costo è limitata alle nuove diagnosi e la legge garantisce la continuità terapeutica".

Del resto, ha sottolineato dal canto suo **Antonio Postiglione**, Direttore generale della Salute della Regione Campania, "abbiamo registrato un grande impulso da parte del Presidente **Vincenzo De Luca** affinché si avviasse un serio processo di monitoraggio delle esigenze di organizzazione sul territorio dei centri per la cura del diabete. Così come fortemente voluta dalla Giunta regionale è stata la delibera approvata nel luglio scorso che finalmente ha fatto luce sul fabbisogno dei Centri diabeto sia per quelli di secondo livello (gli Hub) sia per quelli più di prossimità (gli Spoke) che debbono riferire ai primi. Bi-

sogna peraltro considerare che anche questa materia rientra nelle competenze della gestione commissariale, cosa che non ha impedito al Presidente di stimolare fortemente l'amministrazione regionale affinché decolli presto un nuovo sistema di potenziamento delle cure del diabete sul territorio. Per quanto riguarda la ricostituzione della Commissione diabetologica regionale, ferma dal settembre dello scorso anno, l'amministrazione regionale è fortemente impegnata per ripristinare tutte le attività di collaborazione sia con le associazioni di categoria, sia con i medici del territorio, sia con la valutazione degli atti aziendali affinché si abbia a riferimento la definizione dell'organizzazione dell'assistenza in ospedale come sul territorio per questa patologia".

In Campania inoltre, nonostante le difficoltà economiche, non è stata operata (come in altre Regioni) una stretta sulla libertà e autonomia del medico quanto, semmai un forte monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva mai disgiunto, ha tenuto a precisare Postiglione "da un forte rispetto dell'autonomia del professionista per la scelta delle cure, quando sono dettate da esigenze scientifiche a garanzia del diritto alla salute dei cittadini".

A questo serve anche l'implementazione della piattaforma informatica Saniarp, (non ancora però ben digerita dai diabetologi...) che, ha quindi concluso Postiglione "ci consentano di monitorare qualità e quantità delle prescrizioni senza alcuna intenzione né provvedimento al fine di mortificare la professionalità di chi, a giusta ragione, prescrive per la salute dei suoi pazienti".

Fabiana Anastasio
Coordinatrice regionale
FAND



LOMBARDIA

IN REGIONE SI DISCUTE LA TERZA PARTE DELLA RIFORMA SANITARIA E LA RICERCA LANCIA LA SFIDA DEI "BIG DATA"

I pazienti lombardi sono tra i più informati sulla malattia e soddisfatti di medici, liste d'attesa e servizi rispetto al dato nazionale. Nell'implementazione dei Creg (Chronic Related Group) e delle Asst (Azienda Socio Sanitaria Territoriale), il futuro della governance di patologie croniche come il diabete.

La maggior parte dei pazienti diabetici lombardi in terapia risulta consapevole, attiva e competente nella gestione della propria patologia per una misura percentuale superiore al resto d'Italia. E il dato positivo si mantiene tale anche per il gradimento nei confronti di medici e servizi. Infatti, se la soddisfazione dichiarata per la disponibilità e competenza dei medici curanti è sostanzialmente allineata al resto d'Italia (88%), la quota dei lombardi che si è detta "molto soddisfatta" è risultata pari al 44% contro il 32% del dato nazionale.

Il valore di gradimento per la qualità dei servizi sanitari in termini di accessibilità, tempi di attesa e servizi offerti è invece dell'80% contro il 75% del resto d'Italia, vale a dire uno tra i valori più alti registrati. Valori che posizionano quindi la Lombardia in una fascia alta rispetto all'Italia sia in termini di competenza del paziente sia rispetto al gradimento dei servizi.

Sono questi alcuni tra i dati più evidenti dell'indagine condotta su scala nazionale da GfK Eurisko e che, estrapolati a livello regionale, inquadrano la Lombardia tra le regioni più avanzate nell'organizzazione, nei servizi sul territorio e, di conseguenza, nella capacità dei pazienti di saper e poter gestire efficacemente la propria malattia.

La declinazione regionale della ricerca GfK Eurisko è stata presentata nei giorni scorsi a Milano nel corso di un incontro tra esperti organizzato da Sics, Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria, realizzato con il sostegno non condizionante di Sanofi e promosso da *Quotidiano Sani-*

tà nell'ambito del più vasto programma del progetto DIRE (Diabete, Informazione, Responsabilità, Educazione) che sta toccando dieci regioni italiane. DIRE è un percorso di approfondimento sulle realtà regionali di governance del diabete di cui la Lombardia è stata la settima tappa.

All'incontro hanno partecipato **Luigia Mottes**, Presidente CLAD Lombardia in rappresentanza delle Associazioni dei pazienti, **Fabio Rolfi**, Presidente Commissione Sanità e Politiche Sociali della Regione Lombardia, **Paola Macchi**, membro della II Commissione Sanità e Politiche Sociali, **Maurizio Bersani**, Dirigente UO Struttura Piani e Progetti, Direzione Generale Sanità Regione Lombardia, **Fiorenzo Corti**, Segretario Regionale FIMMG, **Lorenzo Piemonti**, Membro del Consiglio Direttivo SID Lombardia e Direttore del Diabetes Research Institute del San Raffaele e **Attilio Marcantonio**, Vicepresidente di Federfarma Lombardia.

Il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della propria malattia ha effetti significativi sulla sua soddisfazione e sulla sua qualità di vita. Questo significa una migliore percezione del suo stato di salute, un migliore umore, migliori relazioni sociali e familiari e migliori risultati in termini di buon controllo glicemico, minori ipoglicemie gravi, più aderenza al trattamento e maggiore capacità di migliorare il proprio stile di vita.

I risultati dello studio condotto da GfK Eurisko su un campione nazionale di 500 pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento con insulina confermano – anche a livello della Regione Lombardia – l'importanza di una buona relazione tra medico e paziente nel favorire il coinvolgimento attivo della persona con diabete e nel migliorare i risultati della cura. Paziente che, in Lombardia, si caratterizza per una condizione fisica lievemente peggiore rispetto al resto d'Italia, in termini di sovrappeso (il 52% in Lom-

Fiorenzo Corti
Segretario Regionale
FIMMG



Paola Macchi
Commissione Sanità
Regione Lombardia



Luigia Mottes
Presidente CLAD
Lombardia



Lorenzo Piemonti
Direttore del Diabetes
Research Institute HSR



bardia contro il 46% nel resto d'Italia) ma di poco migliore per l'obesità (il 22% contro il 27%). Ottima la performance tra i lombardi che hanno sofferto di complicanze come nel caso di arteriopatie periferiche (26% in Lombardia contro il 39% del resto d'Italia), problemi cardiaci (4% contro 28%) e nefropatie (8% contro l'11%). Più alto invece il valore registrato per le retinopatie (40% in Lombardia contro il 20% della media nazionale).

“Il medico - ha dichiarato **Isabella Cecchini**, Direttrice del Dipartimento di Ricerche sulla Salute di GfK Eurisko - ha un ruolo fondamentale nell'educare il paziente e renderlo consapevole dell'importanza della cura e di un corretto stile di vita. Tale consapevolezza migliora la soddisfazione del paziente attraverso un migliore controllo della malattia”.

L'indagine ha confermato come anche in Lombardia il diabetologo sia il medico di riferimento per il paziente (lo è per l'82% degli intervistati) mentre il medico di medicina generale abbia un ruolo più collaterale ad eccezione di alcune zone dove, vuoi per la sperimentazione dei Creg vuoi per la già diffusa organizzazione sul territorio di studi di medici associati, lo stretto rapporto di collaborazione tra Centri specialistici e medicina generale è più sviluppato. Nella maggior parte dei casi, il medico di famiglia ha un ruolo di trascrittore delle ricette dello specialista (lo dichiara il 70% dei pazienti intervistati) ma per ben il 40% di essi ha un forte ruolo di supporto e motivazione nella gestione della malattia. Doppia rispetto al dato nazionale è, inoltre, la percentuale di pazienti che si rivolgono direttamente al privato (16% contro l'8% della media nazionale).

Soddisfazione per i dati della ricerca sono stati espressi da **Luigia Mottes**, Presidente CLAD Lombardia, che in qualità di rappresentante dei pazienti altro non chiede alla Regione che una maggiore attenzione al coinvolgimento degli stessi, anche in termini formativi. Se da un lato “bisogna cercare di dare sempre maggiore autonomia ai pazienti, anche utilizzando le migliori innovazioni tecnologiche disponibili” ha sottolineato Mottes, “Regione Lombardia deve ricominciare a lavorare sul campo, insieme ai cittadini-pazienti, coinvolgendoli nei tavoli istituzionali, per programmare e mantenere un'assistenza diabetologica avanzata”.

A giudizio di **Fiorenzo Corti**, Segretario

Regionale Fimmg, “l'emergenza cronicità è un aspetto che ha comportato una serie di impegni molto importanti in questa regione. In modo particolare per quanto riguarda la gestione di pazienti con diabete, rischio cardiovascolare e bronchite cronica. Essi rappresentano una parte molto importante della nostra popolazione e già quattro anni fa abbiamo intrapreso una strada, quella della sperimentazione dei Creg (la realizzazione di percorsi assistenziali personalizzati per le patologie croniche) che sta dando buoni risultati. Abbiamo oggi 500 medici aderenti alla sperimentazione (su 6mila) e l'anno prossimo saranno mille con risultati ancor più visibili. Sotto il profilo gestionale i risultati sembrano darci ragione in quanto i pazienti che sono seguiti con questa metodica vanno meno al Pronto soccorso e subiscono meno ricoveri. Di contro”, ha sottolineato Corti facendo esplicito riferimento alla legge di riforma del Servizio sanitario regionale in discussione, “la normativa in itinere può contribuire a mettere a posto alcune cose importanti sia per quanto riguarda la rete informatica sia per la rete di collaborazione delle strutture erogatrici con gli studi dei medici di famiglia che, è bene ricordarlo, non hanno (come gli specialisti dei Centri di diabetologia) una struttura deputata ad accogliere il paziente, fare educazione sanitaria, migliorare il suo empowerment”. Tema importante per il quale, ha reso noto Corti, è stato attivato un tavolo di confronto in Regione sulla necessità di avere più personale.

Uno sguardo al futuro prossimo è giunto da **Lorenzo Piemonti**, Direttore del Diabetes Research Institute del San Raffaele e membro del direttivo di SID Lombardia. Un futuro che, come accennato, può definirsi prossimo solo in regioni come la Lombardia, dove il livello assistenziale e la visione tecnologica e infrastrutturale è già sostanzialmente avanzata, quando altrove avrebbe un mero sapore “futuristico”. “Il futuro del paziente diabetico è nel taschino della sua giacca e ha la forma di uno smartphone” ha esordito il ricercatore. “E non è una mera previsione ma una realtà. Nel futuro avremo a disposizione strumenti e informazioni che fino ad ora non potevamo avere. Avremo sicuramente tutto quello che attualmente viene definito nella categoria dei cosiddetti “indossabili”, sensori che registreranno tutta una serie di parametri dei pazienti: cosa mangiano, come si muovono, quanto dormono, come vivono la loro vita.



Attilio Marcantonio
Vicepresidente di
Federfarma Lombardia



Questo, nel complesso, costituirà circa il 70 per cento del totale dei dati disponibili che serviranno a uno scopo clinico per l'identificazione della personalità biologica ma anche sociale e ambientale del paziente. A questi si sommeranno un 20% di dati che saranno di origine strettamente clinica e un 10% di dati che presumibilmente arriveranno in termini quantitativi da quelle che noi chiamiamo "omiche" e che, come la genomica, afferiscono all'identità genetica di ciascuno".

Questo è un po' il futuro che ci attende tra 5/10 anni e se pensiamo alle ricadute nei pazienti con diabete, i primi effetti riguardano la prevenzione potendo in tal modo identificare la popolazione o le persone di una determinata popolazione che potranno potenzialmente sviluppare la patologia. Il che si traduce, come sottolineato da Piemonti, nella possibilità di "sviluppare delle politiche di prevenzione del diabete di tipo 2 più aggressive e incisive. La possibilità di avvalersi di fattori predittivi ci permetterà inoltre di avere atteggiamenti terapeutici ed assistenziali sempre più personalizzati a seconda delle singole soggettività nella risposta ai farmaci". Una prospettiva che rimanda direttamente alla necessità di investire

in sistemi in grado di elaborare efficacemente una tale mole e qualità di dati (i cosiddetti Big Data).

La "vision" di Regione Lombardia sulla governance di patologie croniche come il diabete è quindi giunta da **Maurizio Bersani**, Dirigente UO Struttura Piani e Progetti, Direzione Generale Sanità Regione Lombardia secondo cui "le istituzioni devono fondamentalmente creare la miglior situazione per favorire il dialogo tra tutti gli attori del sistema senza entrare nel merito degli aspetti più prettamente professionali". Quindi favorire dei percorsi, dare delle regole e, laddove ci si trovi in presenza di novità tecnologiche, "verificare che queste siano supportate da evidenze scientifiche e di efficacia". La Regione dunque non aspira ad avere unicità di strumenti o presidi bensì alla sicurezza che quanto immesso nel mercato e pagato con risorse pubbliche, risponda a parametri di sicurezza ed efficacia inoppugnabili. Insomma, una vera e propria valutazione di Technology Assessment per confermare il fatto che un qualsiasi prodotto se da un lato deve rispondere alle esigenze dei pazienti e dei clinici, dall'altro deve essere caratterizzato da valori economici compatibili.

VENETO

IN VENETO CLINICI E PAZIENTI “VIGILANO” SULLA TUTELA DEI LIVELLI DI ASSISTENZA

In Veneto le persone con diabete sono tra le più informate sulla malattia e soddisfatte di medici, liste d'attesa e servizi rispetto al dato nazionale. Consolidata la collaborazione professionale tra specialisti e medici di famiglia

La maggior parte dei pazienti diabetici veneti in trattamento con insulina risulta consapevole, attiva e competente nella gestione della propria patologia per una misura percentuale sostanzialmente in linea al resto d'Italia. E il dato positivo si mantiene tale anche per il gradimento nei confronti di medici e servizi. La soddisfazione dichiarata per la disponibilità e competenza dei medici curanti è tale per circa l'87% dei pazienti veneti.

Il valore di gradimento per la qualità dei servizi sanitari in termini di accessibilità, tempi di attesa e servizi offerti è invece del 79% (contro il 75% del resto d'Italia).

Risultati che posizionano il Veneto in una fascia alta rispetto all'Italia sia in termini di competenza del paziente sia rispetto al gradimento dei servizi.

Sono questi alcuni tra i dati più evidenti dell'indagine condotta su scala nazionale da **GfK Eurisko** e che, estrapolati a livello regionale, inquadrano il Veneto tra le regioni più avanzate nell'organizzazione, nei servizi sul territorio e, di conseguenza, nella capacità dei pazienti di saper e poter gestire efficacemente la propria malattia.

La declinazione regionale della ricerca GfK Eurisko è stata presentata nei giorni scorsi a Padova nel corso di un incontro tra esperti organizzato da Sics, Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria, realizzato con il sostegno non condizionante di Sanofi e promosso da Quotidiano Sanità nell'ambito del più vasto programma del progetto DIRE (Diabete, Informazione, Responsabilità, Educazione) che sta toccando

dieci regioni italiane. DIRE è un percorso di approfondimento sulle realtà regionali di governance del diabete di cui il Veneto è stato l'ottava tappa.

All'incontro hanno partecipato **Giovanni Franchin** - Coordinatore Associazioni Diabetici della Regione Veneto, **Albino Bottazzo** - Presidente Nazionale FAND, **Franco Novelletto** - Vice Presidente Regionale SIMG, **Loris Confortin** - Presidente SID Regione Veneto e Trentino Alto Adige, **Giovanni Sartore** - Presidente AMD Regione Veneto e Trentino Alto Adige, **Annunziata Lapolla** - Direttore UOC Diabetologia e Dietetica ULSS 16 Padova.

Secondo l'indagine, il coinvolgimento attivo della persona con diabete nella gestione della propria malattia ha effetti significativi sulla sua soddisfazione e sulla sua qualità di vita. Questo significa una migliore percezione dello stato di salute, un umore migliore, migliori relazioni sociali e familiari e migliori risultati in termini di buon controllo glicemico, minori ipoglicemie gravi, maggiore aderenza al trattamento e maggiore capacità di migliorare il proprio stile di vita.

I risultati dello studio condotto da GfK Eurisko su un campione nazionale di 500 pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento con insulina confermano - anche a livello della Regione Veneto - l'importanza di una buona relazione tra medico e paziente nel favorire il coinvolgimento attivo della persona con diabete e nel migliorare i risultati della cura. Paziente che, in Veneto, si caratterizza per una condizione fisica sostanzialmente allineata con il resto d'Italia in termini di sovrappeso e obesità e, in tema di complicanze legate al diabete, registra un dato molto positivo per quanto riguarda le retinopatie che registrano un 9% contro il 20% del dato nazionale.

“Il medico - ha dichiarato **Isabella Cecchini**, Direttrice del Dipartimento di Ricerche sulla Salute di GfK Eurisko - ha un

ruolo fondamentale nell'educare il paziente e renderlo consapevole dell'importanza della cura e di un corretto stile di vita. Tale consapevolezza migliora la soddisfazione del paziente attraverso un migliore controllo della malattia”.

L'indagine ha confermato come anche in Veneto il diabetologo sia il medico di riferimento per il paziente (lo è per il 75% degli intervistati) ma il medico di medicina generale ha un ruolo più importanterispetto ad altre regioni. Viene infatti considerato tra i clinici di riferimento dal 56% dei pazienti intervistati contro il 41% della media nazionale. Un dato evidente sull'ottimo livello di collaborazione tra specialisti diabetologi e medici di famiglia per una presa in carico efficace dei pazienti. In linea rispetto al dato nazionale, 9%, è inoltre la percentuale di pazienti che si rivolgono direttamente al privato.

Tutti i partecipanti al tavolo guardano con estrema attenzione al percorso di riordino della sanità veneta con la riduzione del numero delle ULSS da 23 a 9 la contestuale l'istituzione della “Azienda Zero” che, come è noto, risponde alla finalità di unificare e centralizzare in capo ad un solo soggetto le funzioni di programmazione, di attuazione sanitaria e socio-sanitaria, nonché di coordinamento e governance del SSR, riconducendo a esso le attività di gestione tecnico-amministrativa su scala regionale. La collaborazione ormai consolidata delle istituzioni regionali con le società scientifiche e professionali nonché con le associazioni dei pazienti, se da un lato consente di stare sufficientemente tranquilli circa il mantenimento dei livelli organizzativi e assistenziali sul territorio, dall'altro rende forse più efficace l'azione di controllo affinché i pazienti veneti non debbano trovarsi a subire un peggioramento degli standard qualitativi del loro percorso di accoglienza.

E se la Sanità veneta è nota per la storica e costante attenzione alla dimensione socio-sanitaria dell'assistenza, la diabetologia ha fatto propri alcuni principi di fondo secondo cui è importante non restare chiusi nel proprio specifico ambito di attività. Se da un lato la collaborazione con la medicina di famiglia è sostanzialmente una dinamica consolidata, gli specialisti diabetologi ritengono che la loro azione debba guardare anche al momento delle acuzie e non solo al vasto campo delle malattie croniche.

“Se Il ruolo del diabetologo nell'intero sistema è centrale per il futuro della nostra organizzazione e deve pertanto essere consapevole e partecipe nell'organizzazione dell'assistenza territoriale” ha sottolineato **Loris Confortin**, Presidente della Società italiana di diabetologia del Veneto “oltre che nella formazione di tutte le figure professionali (anche non mediche) necessarie per affrontare questa vera e propria “epidemia” di diabete, riteniamo che debba esserlo altrettanto nelle strutture sanitarie per acuti. Il che significa”, ha spiegato “garantire la propria presenza nel momento in cui un diabetico va incontro ad un fatto acuto come uno scompenso, un intervento chirurgico, un parto o un accesso al Pronto Soccorso dove, affiancando i clinici della struttura di emergenza, è stato possibile nella sperimentazione che stiamo conducendo, anche evitare il ricovero”. Non di meno, estrema attenzione deve essere posta ai temi della prevenzione. “Nel PDTA che stiamo redigendo” ha quindi spiegato Confortin, “una parte molto importate è, per esempio, dedicata ai non diabetici, a chi cioè ha valori glicemici elevati ma non è ancora malato, e che dobbiamo fare in modo non lo diventi.

Un grido di allarme che non riguarda però direttamente il Veneto è quindi giunto da **Albino Bottazzo**, Presidente nazionale, oltre che regionale, della Federazione delle associazioni nazionali diabetici. “In linea generale” ha sottolineato “credo che il sistema diabetologico italiano sia gravemente in pericolo poiché, soprattutto nelle regioni economicamente più in difficoltà, si rischia di tralasciare specificità di assistenza che sono assolutamente peculiari e caratteristiche di una efficace presa in carico del paziente diabetologico, a cominciare dall'identità e dal ruolo del Centro diabetologico che riteniamo sia di assoluta importanza, soprattutto per la prevenzione delle complicanze che, alla fine, rappresentano il maggiore costo sociale oltre che economico. Quello che abbiamo fatto in Veneto, lavorando come team, più che in altre regioni è di aver “limato” questo grado di pericolosità facendo sì che ciascuno, pazienti, clinici, decisori politici volontariato, potessero lavorare insieme su modelli organizzativi condivisi”.

Loris Confortin
Presidente della Società italiana di diabetologia del Veneto



Albino Bottazzo
Presidente nazionale FAND



PUGLIA

MEDICI DI FAMIGLIA TRA I PROTAGONISTI DELLA GESTIONE CLINICA, MA TUTTI CHIEDONO PIÙ INTEGRAZIONE TRA PROFESSIONISTI

I pazienti pugliesi sono sufficientemente informati sulla malattia e abbastanza soddisfatti di medici, liste d'attesa e servizi. La Puglia si attesta tra le regioni sostanzialmente in linea nella capacità dei pazienti di saper e poter gestire efficacemente la propria malattia anche se qualche problema emerge in termini di organizzazione dei servizi e reti di collaborazione tra professionisti sul territorio

La maggior parte delle persone con diabete di tipo 2 in trattamento insulinico in Puglia risulta consapevole, attiva e competente nella gestione della propria patologia per una misura percentuale sostanzialmente in linea al resto d'Italia. E il dato positivo si mantiene tale sia in termini di gradimento nei confronti di medici e servizi sia per la disponibilità e competenza dei medici curanti, anche se in una misura leggermente inferiore al resto d'Italia (69% contro il 75% della. Sebbene il medico di riferimento sia nella maggior parte dei casi (72% contro l'83% della media nazionale) il diabetologo venga considerato come il medico di riferimento, ben il 56% dei pazienti pugliesi ha sottolineato l'importanza del proprio medico di famiglia (contro il 41% del dato italiano) anche se, sostanzialmente, quasi esclusivamente in termini di "presenza" nella vita quotidiana del malato visto che è più che altro considerato come un "trascrittore" delle ricette dello specialista. Sono questi alcuni tra i dati più evidenti dell'indagine condotta su scala nazionale da GfK Eurisko e che, estrapolati a livello regionale, inquadrano la Puglia tra le regioni sostanzialmente in linea nella capacità dei pazienti di saper e poter gestire efficacemente la propria malattia anche se qualche problema emerge in termini di organizzazione dei servizi e reti di collaborazione tra professionisti sul territorio. La declinazione regionale della ricerca GfK Eurisko è stata presentata nei giorni scorsi a Bari nel corso di un incontro tra esperti organizzato da Sics, Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria e realizzato con il sostegno non condizio-

nante di Sanofi e promosso da *Quotidiano Sanità* nell'ambito del più vasto programma del progetto DIRE (Diabete, Informazione, Responsabilità, Educazione) che ha toccato dieci regioni italiane. DIRE è un percorso di approfondimento sulle realtà regionali di governance del diabete di cui di cui la Puglia è stata la decima ed ultima tappa.

All'incontro hanno partecipato **Luigi Santoiemma**, Farmacologo e medico di medicina generale; **Pietro Montedoro**, Diabetologo Specialista Ambulatoriale dell'Associazione dei Medici Diabetologi (AMD); **Francesco Gentile**, Responsabile del Dipartimento di Diabetologia della Asl di Taranto e **Giuseppe Traversa**, Coordinatore regionale FAND in rappresentanza delle associazioni dei pazienti diabetici.

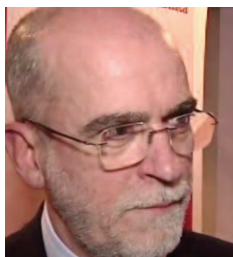
Secondo l'indagine, il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della propria malattia ha effetti significativi sulla sua soddisfazione e sulla sua qualità di vita. Questo significa una migliore percezione dello stato di salute, un umore migliore, migliori relazioni sociali e familiari e migliori risultati in termini di buon controllo glicemico, minori ipoglicemie gravi, maggiore aderenza al trattamento e maggiore capacità di migliorare il proprio stile di vita.

I risultati dello studio condotto da GfK Eurisko su un campione nazionale di 500 pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento con insulina confermano – anche a livello della Regione Puglia – l'importanza di una buona relazione tra medico e paziente nel favorire il coinvolgimento attivo della persona con diabete e nel migliorare i risultati della cura. Paziente che, in Puglia, si caratterizza per una condizione fisica sostanzialmente allineata con il resto d'Italia in termini di sovrappeso e obesità e, in tema di complicanze legate al diabete, registra un dato molto positivo per quanto riguarda le retinopatie che registrano un 9% contro il 20% del dato nazionale. "Il medico - ha dichiarato **Isabella Cecchini**, Direttrice del Dipartimento di Ricerche

Francesco Gentile,
Responsabile
Dipartimento di
Diabetologia della Asl di
Taranto



Luigi Santoiemma
Farmacologo
e medico di famiglia



Giuseppe Traversa
Coordinatore regionale
FAND



sulla Salute di GfK Eurisko - ha un ruolo fondamentale nell'educare il paziente e renderlo consapevole dell'importanza della cura e di un corretto stile di vita. Tale consapevolezza migliora la soddisfazione del paziente attraverso un migliore controllo della malattia". Come accennato l'indagine ha confermato che il diabetologo sia il medico di riferimento per il paziente (lo è per il 72% degli intervistati) ma il medico di medicina generale ha un ruolo più importante rispetto ad altre regioni. Viene infatti considerato tra i clinici di riferimento dal 56% dei pazienti intervistati contro il 41% della media nazionale. Leggermente più bassa rispetto al dato nazionale, 6% contro 8%, è inoltre la percentuale di pazienti che si rivolgono direttamente al privato.

Tutti i partecipanti al tavolo guardano però con estrema attenzione ai margini di miglioramento organizzativo che potrebbero conseguirsi in Puglia. Soprattutto in termini di rapporti tra medicina specialistica e medicina generale e del territorio.

Luigi Santoiemma, Farmacologo e medico di famiglia ha espresso soddisfazione nel "constatare come l'indagine abbia associato una gestione del paziente diabetico affidata in notevole misura al medico di medicina generale con degli esiti di consapevolezza della propria malattia elevati. Ci farebbe ancora più piacere" ha però sottolineato il clinico "se riuscissimo a portare avanti, sotto la guida istituzionale, insieme ai colleghi diabetologi ed endocrinologi, una strutturazione del percorso di presa in carico dei pazienti più definita. E cioè" ha spiegato Santoiemma "mettere in condizione i pazienti diabetici con bisogni noti e puntuali, di entrare in un percorso codificato secondo cui, in tutte le strutture specialistiche regionali, si abbia la certezza di uniformità di prestazioni".

Risulta del tutto evidente, ha quindi sottolineato Santoiemma "che l'assistenza in Puglia soffra di una certa connotazione a macchia di leopardo. Vi sono zone di eccellenza sia di carattere ospedaliero sia nel territorio e altre zone dove certi bisogni non trovano risposta. Non la trovano in termini organizzativi, qualitativi e, a volte, in termini temporali con il risultato di liste di attesa insostenibili". Di qui l'aspirazione e l'appello alle istituzioni di condividere dei percorsi organizzativi comuni nell'area del diabete e delle cronicità in generale.

Un percorso organizzativo che, a giudizio di **Pietro Montedoro**, Diabetologo Specialista Ambulatoriale, ha un nome ben pre-

ciso: PDTA. È questo, a suo giudizio, "Lo strumento per controllare e mettere in pratica le regole che ci si dovrebbe dare. L'ideale sarebbe avere un PDTA a livello regionale (o addirittura nazionale) che, in base anche alle risorse di ciascun territorio, può avere qualche modifica". In buona sostanza, ha esemplificato, "è un'ipotesi praticabile, per esempio, che con le stesse risorse invece di tenere in vita o realizzare 5 ambulatori in 5 comuni, si creasse un polo diabetologico con 5 diabetologi nella stessa sede insieme ad altri specialisti". A giudizio di **Francesco Gentile**, Responsabile della Diabetologia territoriale di Taranto "c'è ancora molta abitudine a lavorare da soli. In Puglia" ha rincarato "abbiamo una diabetologia, anche a livello distrettuale, molto capillare, ma oggi è fondamentale che questi colleghi possano riunirsi per condividere non solo i dati clinici ma anche le diverse esigenze assistenziali con endocrinologi, cardiologi, oculisti, etc. E tutti insieme poter avere un collegamento informatico con i medici di medicina generale e dunque con i pazienti stessi che possono davvero diventare veramente attori protagonisti della propria malattia". In questa prospettiva, per esempio, un autocontrollo della glicemia, fatto da un anziano fragile o dal suo caregiver, potrebbe facilmente essere trasmesso agli specialisti, viaggiando sulle piattaforme informatiche che utilizziamo, affinché possa essere rapidamente contattato in caso di necessità.

Giuseppe Traversa, Coordinatore regionale FAND, ha quindi evidenziato alcune criticità ulteriori: "In primis l'attuazione, dopo averlo recepito, del Piano nazionale Diabete che in Puglia è sostanzialmente fermo. Esisteva inoltre" ha aggiunto "una commissione regionale sul Diabete ma sono ormai due anni che non si riunisce più. E non soltanto esistono difformità di assistenza a livello regionale ma anche all'interno di una stessa Asl: da chi riceve solo i sensori e non i trasmettitori ai ritardi nella consegna dei kit prescritti e certificati dalla stessa azienda sanitaria...

Al mondo istituzionale" ha quindi concluso Traversa "chiediamo da un lato di non fare gare di acquisto utilizzando come unico parametro il prezzo più basso mettendo così a rischio la qualità del dispositivo medico che il diabetico utilizza e dall'altro di coinvolgere maggiormente le associazioni dei pazienti per ascoltare e comprendere le vere esigenze di chi vive quotidianamente la malattia sulla propria pelle".

SARDEGNA

IN SARDEGNA PARTE LA SFIDA DELLA ASL UNICA, OCCASIONE PREZIOSA PER LA GESTIONE INTEGRATA DELLA PATOLOGIA

I pazienti sardi sono abbastanza informati sulla malattia e soddisfatti di medici, liste d'attesa e servizi. L'Assessore Arru esorta i professionisti a un cambiamento di cultura.

Luigi Benedetto Arru
Assessore alla Sanità



Giancarlo Tonolo
Direttore Diabetologia
Asl 2 Olbia



La maggior parte delle persone con diabete di tipo 2 in trattamento insulinico in Sardegna risulta sufficientemente consapevole, attiva e competente nella gestione della propria patologia per una misura percentuale sostanzialmente in linea al resto d'Italia. E il dato positivo si mantiene tale sia in termini di gradimento nei confronti di medici e servizi sia per la disponibilità e competenza dei medici curanti. In Sardegna, a differenza di altre regioni, spicca il ruolo importante dei medici specialisti diabetologi (principale riferimento per il 92% dei diabetici contro l'83% della media nazionale), a causa dei tentativi di gestione integrata con i medici di famiglia (riferimento per il 16% dei diabetici sardi contro il 41% della media nazionale) mai consolidati e che, con la creazione della Asl Unica, potrebbe trovare nuova linfa.

Sono questi alcuni tra i dati più evidenti dell'indagine condotta su scala nazionale da GfK Eurisko e che, estrapolati a livello regionale, inquadrano la Sardegna tra le regioni abbastanza avanzate nell'organizzazione, nei servizi sul territorio e, di conseguenza, nella capacità dei pazienti di saper e poter gestire efficacemente la propria malattia.

La declinazione regionale della ricerca GfK Eurisko è stata presentata nei giorni scorsi a Cagliari nel corso di un incontro tra esperti organizzato da Sics, Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria e realizzato con il sostegno non condizionante di Sanofi e promosso da *Quotidiano Sanità* nell'ambito del più vasto programma del

progetto DIRE (Diabete, Informazione, Responsabilità, Educazione) che ha toccato dieci regioni italiane. DIRE è un percorso di approfondimento sulle realtà regionali di governance del diabete di cui di cui la Sardegna è stata la nona tappa.

All'incontro hanno partecipato **Luigi Benedetto Arru**, Assessore alla Sanità; **Giancarlo Tonolo**, Direttore Diabetologia Asl 2 Olbia; **Anna Paola Frongia**, Coord. Interazione diabete pediatrico; **Giacomo Guaita**, Presidente dell'Ass. dei medici diabetologi della Sardegna, **Marco Martinetti**, Presidente regionale della Società italiana dei medici di medicina generale; **Giorgio Congiu**, Presidente regionale Federfarma, **Raimondo Perrera**, Presidente VI Commissione Salute della Regione e, in rappresentanza delle associazioni dei pazienti, **Francesco Pili**, Presidente Diabete Zero Onlus e **Stefano Garau** del Coordinamento delle Associazioni dei pazienti diabetici.

Secondo l'indagine, il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della propria malattia ha effetti significativi sulla sua soddisfazione e sulla sua qualità di vita. Questo significa una migliore percezione dello stato di salute, un umore migliore, migliori relazioni sociali e familiari e migliori risultati in termini di buon controllo glicemico, minori ipoglicemie gravi, maggiore aderenza al trattamento e maggiore capacità di migliorare il proprio stile di vita.

I risultati dello studio condotto da GfK Eurisko su un campione nazionale di 500 pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento con insulina confermano – anche a livello della Regione Sardegna – l'importanza di una buona relazione tra medico e paziente nel favorire il coinvolgimento attivo della persona con diabete e nel migliorare i risultati della cura. Paziente che, in Sardegna, una delle Regioni con la più alta incidenza di Diabete per numero di abitanti, si caratterizza per una condizione fisica migliore



Marco Martinetti
Presidente Simg Sardegna



del resto d'Italia sia in termini di sovrappeso (38% contro il 46% del dato nazionale) e obesità (18% contro il 27%) sia in tema di complicanze legate alla malattia dove spicca il dato positivo del 28% di Arteriopatie periferiche contro il 39% della media nazionale. Dati migliori anche per Retinopatie (14% contro 20%, Nefropatie (6% contro 11%) mentre sono allineati i valori per i problemi cardiaci (28%) e piede diabetico (10%).

“Il medico - ha dichiarato **Isabella Cecchini**, Direttrice del Dipartimento di Ricerche sulla Salute di GfK Eurisko - ha un ruolo fondamentale nell'educare il paziente e renderlo consapevole dell'importanza della cura e di un corretto stile di vita. Tale consapevolezza migliora la soddisfazione del paziente attraverso un migliore controllo della malattia”.

L'indagine ha verificato come in Sardegna il diabetologo sia il principale medico di riferimento per il paziente (lo è per il 92% degli intervistati) mentre al medico di medicina generale, nelle opinioni dei pazienti, viene assegnato quasi esclusivamente un

ruolo di trascrittore delle ricette dello specialista. Il medico di famiglia viene infatti considerato tra i clinici di riferimento soltanto dal 16% dei pazienti intervistati contro il 41% della media nazionale.

Tutti i partecipanti al tavolo guardano con estrema attenzione al percorso di riordino della sanità sarda, che sta prendendo corpo con la creazione dell'Azienda sanitaria regionale unica e auspicano che questa trasformazione possa costituire l'occasione irrinunciabile di avviare anche in Sardegna, dopo alcuni tentativi del passato non portati a compimento, un percorso concreto per la realizzazione di una rete di gestione integrata delle malattie croniche (Diabete in primis) tra centri specialistici e medici di famiglia. Soprattutto in virtù delle peculiarità del territorio che è, per larghissima misura, di carattere rurale e di conseguenza bisognoso di una medicina del territorio diffusa e ben organizzata.

A tal proposito è opinione di **Luigi Benedetto Arru**, Assessore Sanità Sardegna, che le reti possano nascere sia per atto istituzionale, una delibera per esempio, “ma so-



Anna Paola Frongia
Responsabile del
Coordinamento
interaziendale per il
Diabete pediatrico



prattutto perché c'è prima di tutto una condivisione di obiettivi da parte dei professionisti. La condivisione di un modello mentale" ha precisato "ancor prima di un modello strutturale. Il sistema ha necessità, oltre che d'infrastrutture informatiche sulle quali stiamo lavorando, anche di un "software" che è principalmente rappresentato dalla volontà dei professionisti di stare assieme in un modello differente, sperimentale, in una società che cambia e che invecchia.

La Sardegna" ha dunque spiegato Arru "ha circa 900mila cittadini che vivono in zone che vengono classificate come rurali e abbiamo la necessità di garantire da reti assistenziali con gradienti di complessità diversi, specializzazione da un lato, prossimità nei territori dall'altro".

Non meno importante, ha quindi aggiunto l'Assessore Arru, è il tema della prevenzione: "La vera piaga dei sistemi moderni sono le malattie croniche non trasmissibili. Per contrastare questo fenomeno abbiamo bisogno di promuovere modelli di vita più sani, attività fisica costante, miglior con-

trollo dell'alimentazione". Temi anch'essi di carattere fondamentale culturale a cui dovrà accompagnarsi "l'introduzione anche di nuove figure professionali come gli psicologi e gli infermieri, per migliorare in particolare l'assistenza e la formazione dei pazienti diabetici poiché, come emerso dalla ricerca, il paziente correttamente alfabetizzato sulla propria malattia, competente e in grado di gestirla con efficacia, è un paziente che aiuta il sistema sanitario a prevenire le complicanze più gravi. Abbiamo dunque del lavoro da fare in tecnologia e organizzazione" ha concluso Arru "ma soprattutto in cultura".

Anche per **Giancarlo Tonolo**, Direttore Diabetologia Asl 2 Olbia La riorganizzazione della sanità in Sardegna "è una preziosa occasione per rilanciare i rapporti tra professionisti. La possibilità di avere una gestione unitaria, anche con riferimento al campo diabetologico, porta con sé l'opzione concreta di poter razionalizzare ciò che viene fatto. Oggi rappresentiamo una rete virtuale di diabetologi che fanno bene il loro mestiere ma che sono al contempo disorganizzati tra di loro. Riunirci, insieme alla medicina generale, ci darà la possibilità di poter potenziare i servizi al cittadino e portare risparmi senza fare tagli lineari. Poter contare su una medicina del territorio in grado di fare prevenzione e diagnosi precoce (che la diabetologia non può fare perché vede il paziente diabetico e non i suoi fratelli...) organizzata in rete con gli specialisti porterà enormi risparmi. Curare un paziente diabetico che lo ha scoperto tardi, magari insieme ad altre quattro patologie correlate" ha sottolineato Tonolo "costa quanto curare venti diabetici di prima diagnosi".

Ed anche la medicina di famiglia, per voce di **Marco Martinetti**, Presidente Simg Sardegna, si è detta non soltanto concorde ma anche sostanzialmente pronta a fare rete sul territorio. "L'Asl unica in Sardegna è concettualmente positiva. Un'organizzazione unica può dettare regole che valgono per tutti ma è evidente che ci dovranno essere dei responsabili dei territori il cui ruolo, se non sono interpretato nella maniera giusta, rischia di ricreare delle piccole Asl nella grande Asl, ma questo dipende dalle persone e dagli obiettivi. Alla politica chiediamo semplicemente di ascoltarci di più. Abbiamo tante proposte e tante possibilità di collaborazione ma bisogna uscire da uno schema unicamente economico e inserire considerazioni anche di tipo clinico per un utilizzo più

Giacomo Guaita
Presidente AMD Sardegna



Giorgio Congiu
Presidente regionale
Federfarma



ragionato e appropriato delle risorse”.

Nella concreta visione di una gestione integrata sul territorio **Giacomo Guaita**, Presidente AMD Sardegna, ha dunque messo al primo posto la costituzione della rete diabetologica regionale “perché consentirebbe un’assistenza più appropriata, soprattutto per quanto riguarda la gestione delle complicanze, ma non solo. Ogni centro, ogni servizio diabetologico, con la prospettiva di un’integrazione con la medicina generale, potrà operare nell’ambito di un’organizzazione più capillare per raggiungere, insieme ai medici di famiglia, i singoli territori dove si trovano i pazienti, per garantire un’assistenza diabetologica adeguata”.

In Sardegna l’incidenza del Diabete di Tipo 1 in ambito pediatrico è la più alta d’Italia (60 per centomila 0/14enni) e su questo fenomeno si è incentrato l’intervento di **Anna Paola Frongia**, Responsabile del Coordinamento interaziendale per il Diabete pediatrico.

“Un bambino con diabete T1, quindi insulino dipendente” ha sottolineato “ha tutta una serie di problematiche sociali, personali e familiari che non ha nessun altro tipo di diabete. Per questo deve avere un’assistenza adeguata, moderna e non vecchia come abbiamo avuto fino ad ora visto che praticamente negli ultimi trent’anni non è cambiato nulla. E’ giusto quindi che ci sia un impegno della parte politica affinché ci siano ambulatori e assistenza adeguati e che le famiglie abbiano un supporto adeguato per le

loro problematiche con l’ausilio di psicologi, infermieri e dietiste mentre oggi, purtroppo, hanno solo il diabetologo pediatra che fa tutto pur essendo anche impegnato nella pediatria generale e nelle guardie”.

Un ruolo importante, inoltre, potrebbe essere ricoperto dalle Farmacie del territorio che, a giudizio di **Giorgio Congiu**, Presidente di Federfarma Sardegna “possono rappresentare una delle gambe portanti della gestione delle patologie croniche sul territorio”.

“La nostra ambizione, e siamo in grado di poterlo fare, è quella di affiancare i medici di medicina generale nel monitoraggio del paziente trasmettendo ai centri diabetologici, attraverso la farmacia, i dati registrati dagli apparecchi che hanno al domicilio, in modo che possano essere seguiti senza perdite di tempo o lunghi trasferimenti. Potremmo poi, sempre in collaborazione con i clinici, monitorare alcuni pazienti per verificarne l’aderenza o l’interruzione delle terapie. Un progetto molto ambizioso che speriamo di poter implementare per migliorare la presa in carico del paziente diabetico in Sardegna”.

Sulla necessità di implementare in Sardegna, come accade in altre regioni italiane, una gestione integrata della patologia tra specialisti e medici di famiglia si sono infine soffermati i rappresentanti delle associazioni dei pazienti, **Stefano Garau**, Coord. delle Associazioni Diabetiche e **Francesco Pili**, Presidente di Diabete Zero Onlus.

9

PROGETTO DIRE

DIABETE
INFORMAZIONE
RESPONSABILITÀ
EDUCAZIONE



**Quotidiano
Sanità**
edizioni

www.qsedizioni.it
www.quotidianosanità.it

Con il contributo di

SANOFI

DIABETES &
CARDIOVASCULAR

