

Febbraio 2024



Lotta digitale al *diabete*

Le scelte per una nuova politica sanitaria in Regione Toscana



Editore



ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l

Sede Istituzionale:

Piazza San Silvestro, 8 – 00187 Roma

Sede Operativa:

Via Giosuè Carducci, 125/B –
20099 Sesto San Giovanni – Milano

info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Direttore Responsabile

Marcello Portesi

Vice Direttore Editoriale

Stefano Del Missier

Direttore Editoriale

Walter Gatti

Rapporti Istituzionali

Marco Polcari

Segreteria di Redazione

Ivana Marcon

Design e Illustrazioni

Aronne Nembrini

Con il contributo non
condizionante di
Abbott S.r.l.

Indice

01

INTRODUZIONE

Stefano Del Missier

04

02

LA TOSCANA ALLA PROVA DELL'INNOVAZIONE

Simone Bezzini

05

03

LA CURA DEL DIABETE IN REGIONE TOSCANA

Edoardo Mannucci

06

04

IL RUOLO DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA E DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE NELLA FASE DI TRASFORMAZIONE DEL SSN

Stefano Grifoni

07

05

INDIRIZZI REGIONALI PER UN GOVERNO EFFICACE E SOSTENIBILE DEL DIABETE

Graziano Di Cianni

08

06

UNA NUOVA OPERATIVITÀ NELL'INTEGRAZIONE DEL SISTEMA E TRA OSPEDALE E TERRITORIO

Claudio Cricelli

09

07

IL PROGETTO "JADECARE" PER LA DIVULGAZIONE DI NUOVE "BUONE PRATICHE" NELLA CURA DEL DIABETE

Paolo Francesconi

10

08

NUOVI SPAZI DI LAVORO PER UNA MODERNA GESTIONE DEL DIABETE IN REGIONE TOSCANA

Giacomo Vespasiani

11

09

DALLA PRASSI QUOTIDIANA, RIFLESSIONI E PROPOSTE PER LA CURA DEL DIABETE IN REGIONE TOSCANA

Speech Corner

12

10

CONCLUSIONI

Edoardo Mannucci

15

01

Introduzione

Stefano del Missier; Vice Direttore Regional Health +

Un sistema vive dell'equilibrio e dell'integrazione di tutte le sue componenti, sia nella dimensione trasversale (complementarità degli attori che agiscono nel sistema sanità) che in quella verticale (gerarchia e coerenza del processo decisionale).

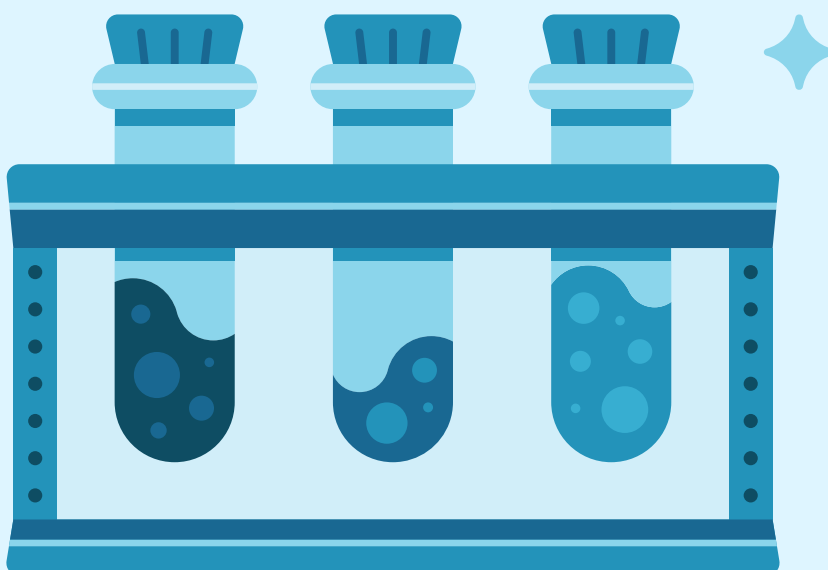
Un sistema, in altri termini, funziona quando la complessità è governata, quando i cambiamenti sono gestiti, quando si ha visione del futuro e si organizza il presente in modo tale da anticipare e risolvere i problemi, invece che subire e "metterci una pezza" quando si manifestano in tutta la loro virulenza.

In questa pubblicazione abbiamo voluto dare spazio alla rappresentazione di un'esperienza di governo di un sistema complesso (il sistema sanitario) e di gestione di una patologia devastante (il diabete con tutte le sue comorbidità) fra le più efficaci e sostenibili: un dato che possiamo desumere dai risultati raggiunti e, soprattutto, dalle testimonianze di chi, nel suo spazio di lavoro e con le sue scelte quotidiane, rende possibile ottenere quei risultati attesi di efficacia nelle cure e di sostenibilità delle risorse.

Credo che il titolo di questa pubblicazione sia esaustivo delle necessità che tutte le Regioni devono affrontare: la lotta al diabete, oggi, ha strumenti nuovi per poter essere efficace e sostenibile. L'innovazione tecnologica - sia con la disponibilità di nuovi e più efficaci farmaci che, soprattutto, con strumenti di telemedicina e con la possibilità grazie ai sistemi innovativi per il monitoraggio della glicemia di rivelare in modo efficace, semplice e in qualsiasi momento, l'andamento del tasso glicemico del paziente diabetico - è stata non solo presa seriamente in Regione Toscana, ma ha creato all'interno del sistema sanitario regionale quei processi di analisi, di riflessione, di valutazione e di decisione che, da un lato, hanno accompagnato l'introduzione dell'innovazione nei percorsi di cura

e, dall'altro, continuano, nell'incessante lavoro di ammodernamento dei processi di lavoro, governando il cambiamento, dalle decisioni prese a livello d'indirizzo politico e strategico, fino alle decisioni prese nella dinamica quotidiana del rapporto medico-paziente.

La ricchezza di spunti e di proposte per una "lotta digitale al diabete" che emergono in questa pubblicazione ne fanno uno strumento di lavoro non solo per chi, come la Toscana, ha già intrapreso il cammino di recepimento dell'innovazione e di cambiamento del sistema sanitario, ma anche per le Regioni che, per un motivo o per l'altro, si trovano ancora a dover fare i conti con i limiti di una governance frammentata e, per questo, non efficace.



02

La Toscana alla prova dell'innovazione

Simone Bezzini; Assessore al diritto alla salute e Sanità, Regione Toscana

La Toscana dispone di un patrimonio esperienziale importante, frutto del lavoro svolto negli ultimi anni, che si propone quale modello di riferimento per una buona politica sanitaria, anche oltre i confini regionali. I sistemi sanitari, oggi, devono considerare l'innovazione in maniera continuativa, senza mai arrestarsi: si pongono infatti nuove sfide di fronte all'evoluzione del quadro sanitario e demografico che determinano l'insorgenza di nuovi bisogni ed emergono questioni di grande rilevanza. Tra queste, possiamo annoverare la sostenibilità dei sistemi sanitari, che risentono di un grave sottofinanziamento; il ribaltamento della piramide demografica, a fronte dell'aumento dell'aspettativa di vita; i successi della medicina e della scienza; la possibilità di una convivenza più lunga dei cittadini con malattie croniche, alle quali si associa un aumento inevitabile della domanda di prestazioni sanitarie. Ai decisori, dunque, si pone la necessità non soltanto del reperimento di risorse, ma anche della costruzione di nuovi equilibri tra bisogni di salute, quantità/qualità dei servizi e sostenibilità del sistema.

Il Diabete Mellito, in particolare, è caratterizzato da un'elevata diffusione nella popolazione: non è una patologia di nicchia, ma una realtà quanto mai estesa e, in quanto tale, gravata da implicazioni sociali.

Il Diabete pone la necessità di un'organizzazione in grado di garantire da un lato la qualità della presa in cura, e dall'altro la sostenibilità complessiva del sistema nel contesto di costante incremento della domanda della salute.

La lotta digitale al diabete mellito si iscrive pertanto in questo ambito, caratterizzato da nuove sfide, a partire dalla costruzione di nuovi orizzonti in collaborazione con partner che operano in sinergia con il sistema pubblico, e dall'impiego delle nuove tecnologie per migliorare la presa in cura del paziente e strutturare così percorsi per ottimizzare l'allocazione delle risorse attraverso il contributo di tutti i profes-

nisti. Un aspetto da non trascurare nella regione Toscana, infine, è rappresentato dalla necessità di garantire pari qualità assistenziale alle aree marginali interne (che costituiscono il 60% del territorio e in cui risiede il 24% della popolazione; si veda *figura 1*): aree che richiedono modelli innovativi di gestione della patologia, in grado di fornire ai pazienti diabetici risposte adeguate alla loro domanda di salute.

Il Diabete Mellito, in particolare, è caratterizzato da un'elevata diffusione nella popolazione: non è una patologia di nicchia, ma una realtà quanto mai estesa e, in quanto tale, gravata da implicazioni sociali.

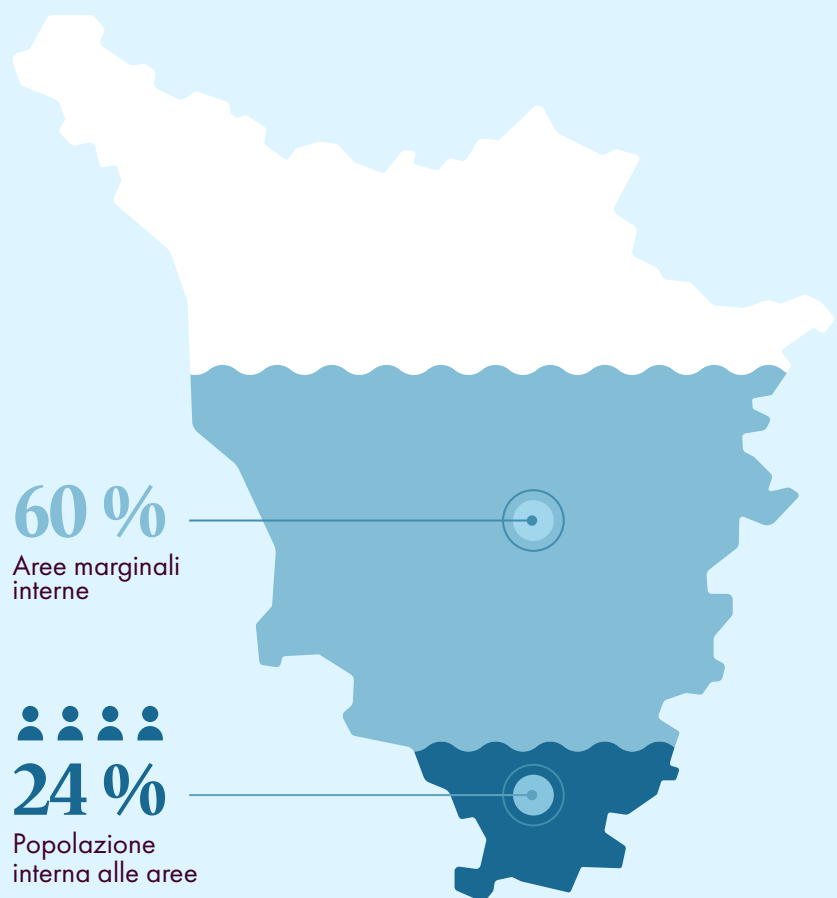


Figura 1: Aree marginali interne regione Toscana

03

La cura del diabete in Regione Toscana

Edoardo Mannucci, Direttore Diabetologia e Malattie Metaboliche, AOU Careggi di Firenze; Professore di Endocrinologia, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sperimentali e Cliniche, Università di Firenze

Grazie a una politica di investimenti sostenuta nel corso degli anni, in Toscana è stata istituita una rete interamente pubblica di strutture diabetologiche, caratterizzata da una diffusione capillare e da uno stretto rapporto collaborativo con la Medicina Generale, con la quale si è consolidata un'esperienza produttiva in termini di miglioramento della qualità assistenziale. Nello scenario odierno si possono individuare due sfide, che al tempo stesso si profilano quali opportunità: l'innovazione tecnologica e la telemedicina.

Relativamente alla prima va ricordato che da sempre il diabete ha determinato una spinta verso l'utilizzo dei dispositivi: alle strisce reattive, tecnologia semplice e a basso costo che rappresenta tuttora il capitolo più grande di spesa in considerazione della notevole diffusione della patologia nella popolazione, si sono aggiunti i sensori per la lettura del glucosio interstiziale, che riguardano una porzione meno ampia di pazienti, e i microinfusori, che hanno registrato uno sviluppo straordinario nell'ultimo decennio, con la creazione di sistemi connessi sensore/microinfusore fino al sistema ad ansa chiusa e che saranno forse dominanti nel prossimo futuro per la terapia del diabete di tipo 1 (DM1). Una delibera regionale del 2016, presa a modello da altre regioni, aveva definito criteri, modalità di prescrizione e modalità di distribuzione per i vari tipi di dispositivo (strisce, microinfusori, sensori e sistemi ad ansa chiusa), favorendo l'accessibilità alle cure da parte dei pazienti e mantenendo appropriatezza e razionalità nell'ambito dell'acquisto e della distribuzione. Se fosse stata pienamente applicata sin dall'inizio tale direttiva regionale avrebbe consentito un maggiore e sostanziale risparmio di risorse rispetto a quanto ha generato, ma ora, a distanza di 7 anni, a fronte del progresso tecnologico, si avverte l'esigenza di un suo aggiornamento. L'Organismo Toscano per il

Governo Clinico (OTGC) ha così elaborato un nuovo documento, propedeutico a una nuova delibera, che riclassifica le varie categorie di dispositivi, razionalizza l'impiego delle strisce reattive per glicemia, rivede le indicazioni per sensori e microinfusori e definisce percorsi assistenziali per i dispositivi complessi con l'obiettivo di garantire a ogni paziente tutti i dispositivi di cui può avere bisogno nel suo decorso clinico e al tempo stesso la sostenibilità economica del sistema attraverso la razionalizzazione degli acquisti e la verifica dell'appropriatezza. Tale documento costituisce un buon esempio di coniugazione di sostenibilità, innovazione e miglioramento della qualità delle cure.

Va sottolineato che, oltre all'impiego nella normale pratica ambulatoriale, i nuovi strumenti – in particolare sensori e microinfusori – schiudono anche nuove possibilità, in quanto generano notevole quantità di dati digitali utilizzabili per la telemedicina. Un esempio concreto lo troviamo nella realizzazione di un trial clinico randomizzato su 92 pazienti ricoverati in RSA e affetti da DM2 in terapia insulinica multi-iniettiva.

Essendo difficilmente trasportabili essi costituiscono una categoria con scarsa possibilità di intervento da parte dello specialista, e, al tempo stesso, rappresentano un target preferenziale per la telemedicina.

Grazie all'impiego dei sensori e alla trasmissione telematica dei dati acquisiti è stato possibile l'aggiustamento della terapia insulinica: rispetto a un gruppo di controllo, monitorato con metodica tradizionale (strisce reattive), il trial ha dimostrato l'efficacia della tecnologia nel migliorare il profilo glicemico (riduzione della variabilità glicemica) e ridurre gli episodi di ipoglicemia, frequenti nelle RSA e spesso responsabili di numerose complicanze.

Per quanto riguarda la seconda sfida, la telemedicina, va ricordato che durante l'emergenza pandemica essa è stata impiegata quale strategia sostitutiva delle visite in presenza con

Nello scenario odierno si possono individuare due sfide, che al tempo stesso si profilano quali opportunità: l'innovazione tecnologica e la telemedicina.

una modalità a distanza.

La "televisita" mantiene la propria validità anche oggi, offrendo al paziente, in particolare, il vantaggio di un risparmio di tempo senza necessità di spostamento.

Va tuttavia precisato che la telemedicina non rimane circoscritta alla sola televisita, ma consente anche la possibilità di formulare diagnosi da remoto e, come dimostrato dallo studio poc'anzi citato, di trasmettere dati per interventi terapeutici su pazienti che altrimenti sfuggirebbero all'assistenza specialistica.

La telemedicina, inoltre, è anche uno strumento di connessione della diabetologia con la Medicina Generale. Un altro strumento fondamentale è infatti il teleconsulto, che consente di coniugare le linee di indirizzo del PNRR (creazione delle case di comunità) con l'innovazione tecnologica.

L'invio di diabetologi alle case di comunità, d'altra parte, implicherebbe la necessità di assumerne in gran numero. È invece più semplice cercare soluzioni che permettano di razionalizzare il tempo dello specialista, garantendone la presenza anche a livello periferico e nelle case di comunità, nelle quali il Medico di Medicina Generale (MMG) diventa così il "braccio armato" del diabetologo, in un contesto di coniugazione tra capillarità territoriale e impiego razionale delle risorse specialistiche.

04

Il ruolo dell'innovazione tecnologica e dell'intelligenza artificiale nella fase di trasformazione del SSN

Stefano Grifoni; Coordinatore governo clinico, Regione Toscana

Le valenze dell'intelligenza artificiale (IA) sono numerose e diversificate, per esempio agevola la formulazione di diagnosi strumentali, mette a confronto un volume elevato di dati, può essere orientata a finalità predittive (per esempio per stimare il rischio di insorgenza di complicanze, contribuendone alla relativa prevenzione), consente di identificare la cura migliore sulla base di parametri specifici (l'IA ha portato all'individuazione di un antibiotico per ovviare alle resistenze e sempre in ambito clinico può consentire l'impiego di nuove molecole) e offre la possibilità di connessione e, quindi, di scambio e confronto di esperienze utili dal punto di vista tecnologico e innovativo.

Questi aspetti acquistano ulteriore rilevanza nell'ambito del Diabete Mellito, in quanto è una patologia cronica che accompagna il paziente per tutta la sua vita. A tale riguardo l'IA consente di elaborare un "chronic care model" adattando il PDTA alle necessità del singolo paziente, ossia personalizzandolo. Nel PDTA, infatti, convergono e si intersecano in un solo percorso le competenze di più professionisti, che possono visualizzare tutti i dati di un paziente.

La pandemia ha sollevato notevoli difficoltà, in particolare organizzative, e ha richiamato l'attenzione al bisogno di nuovi modelli di cura in grado di offrire garanzie al sistema. Attualmente è quanto mai avvertita la necessità di un suo rinnovamento alla luce della carenza di personale e di risorse economiche, nonché della realizzazione di percorsi tali da assicurare equità di accesso e assistenza di alta qualità. Tale approccio è del tutto in linea con il PNRR che impone una revisione dell'assetto sia strutturale che organizzativo del servizio sanitario.

Non va naturalmente dimenticato che il processo diagnostico ha sempre inizio dal contatto fisico con il paziente, ossia da un rapporto diretto, e che l'IA non potrà mai sostituirsi al medico bensì supportarlo nel promuovere la strutturazione di percorsi improntati a efficienza ed efficacia.

La pandemia ha richiamato l'attenzione al bisogno di nuovi **modelli di cura** in grado di offrire garanzie al sistema.



05

Indirizzi regionali per un governo efficace e sostenibile del diabete

Graziano Di Cianni, Coordinatore commissione diabetologica dell'organismo Toscano di Governo Clinico

La Toscana dispone di una Commissione regionale, prevista per legge, e di un osservatorio, e ha prodotto varie attività in ambito tecnologico.

La delibera del 2016 regolamentava l'uso di sensori, microinfusori e materiali diagnostici e, come è emerso recentemente destando sorpresa nelle altre Regioni, la nostra Regione distribuisce tuttora per dpc nelle farmacie territoriali il materiale per tutti i pazienti diabetici (strategia che si è rivelata estremamente utile nel corso della pandemia).

La Toscana, inoltre, è stata la prima regione a rendere disponibile il Flash Glucose Monitoring coprendo l'80% dei centri di diabetologia con una cartella informatizzata che verrà estesa a tutta la Regione entro il prossimo anno (già nell'Asl Nord-Ovest tutti i servizi sono coperti dalla stessa cartella).

Oggi siamo in attesa del varo di una nuova delibera, già predisposta (essendo quella del 2016 ormai datata) e nella quale si prevede che, indipendentemente dai parametri, il paziente con DM1 abbia diritto a curare la propria malattia con l'ausilio della tecnologia (sensore e microinfusore, naturalmente sulla base di una prescrizione appropriata e sostenibile).

Va poi ricordato che la Regione Toscana ha reso disponibile in fascia A per tutti i pazienti con DM1 il glucagone spray ed è organizzata in rete con un PDTA per il DM2 (l'applicazione era stata ostacolata dalla pandemia, ma è da sottolineare che sono operative 3 reti per le tre

La Toscana, inoltre, è stata la prima regione a rendere disponibile il Flash Glucose Monitoring.



Asl, e altrettante per le 3 aziende ospedaliere universitarie) infine l'intera assistenza diabetologica è convogliata in un'unica entità.

I problemi da affrontare sono attualmente l'equità e l'accesso alle cure, resi più difficili in questo periodo in cui mancano risorse e cominciamo a nutrire preoccupazione, malgrado la presenza di tre scuole di diabetologia qualificate nella nostra Regione, per la carenza di personale prevista nei prossimi anni.

I problemi da affrontare sono attualmente l'equità e l'accesso alle cure.

06

Una nuova operatività nell'integrazione del sistema e tra ospedale e territorio

Claudio Cricelli, Presidente emerito SIMG

La priorità attuale è quella di far coincidere tutti gli strumenti oggi disponibili e renderli operativi: da anni, infatti, stiamo raccogliendo dati, ma paradossalmente risulta difficile assemblarli, operazione che sarebbe invece utilissima per il governo del sistema.

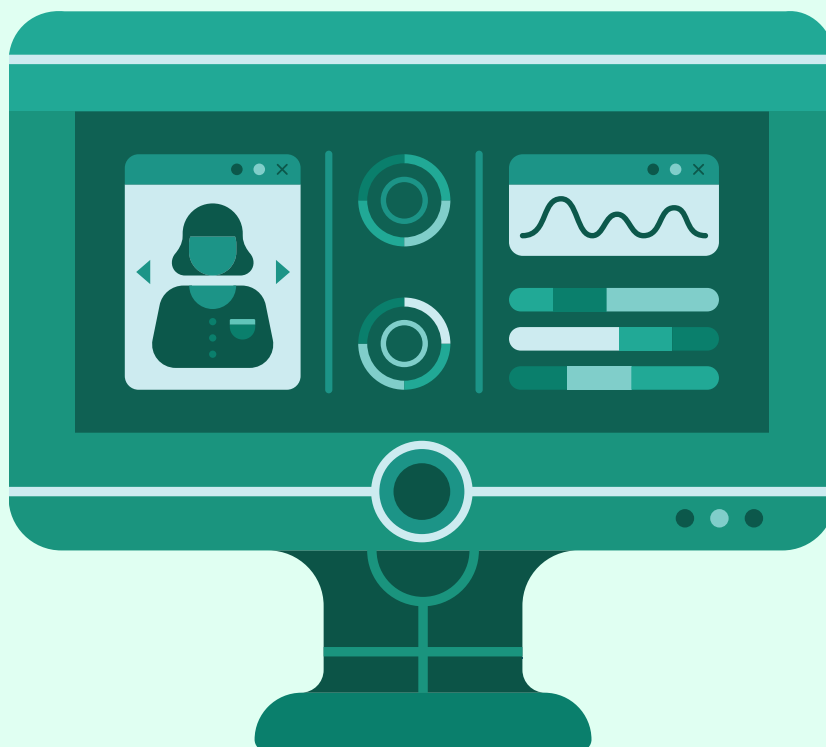
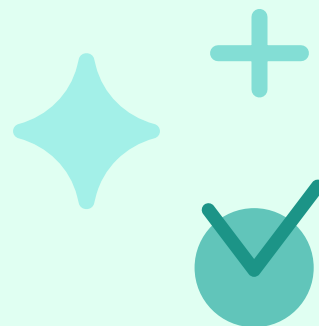
In altre parole, mentre da tempo si parla di digitalizzazione primitiva, non si riesce ancora a comprendere come si possano migliorare prognosi e outcome attraverso l'integrazione multi-professionale, che in Italia si fatica a realizzare: il massimo obiettivo raggiunto è la teleconferenza o il teleconsulto, mentre nessuno si preoccupa della profilazione dei pazienti con gli strumenti già integrati nelle cartelle cliniche (un esempio è il punteggio CHA2DS2-VASc, strumento prognostico utile a monitorare l'evoluzione di un paziente e a intervenire tempestivamente).

Tutti i processi sono ormai noti da decenni, mancano, di fatto, la capacità legata al governo del sistema, delle politiche sanitarie e delle professioni e, in definitiva, la capacità di fare ricerca scientifica e la volontà di realizzare l'integrazione. È fondamentale proporre ai medici strumenti semplici e utili, in grado di offrire benefici ai pazienti e di semplificare il lavoro, abbattendo le liste d'attesa e aumentando il numero e la qualità delle prestazioni.

Va infatti ricordato che l'output è funzione anche dell'outcome, per cui il miglioramento di quest'ultimo, attraverso una maggiore qualità delle prestazioni, comporta una riduzione degli output "parassiti" che ingolfano il sistema.

Da qui l'aspettativa che il fascicolo sanitario 2.0, con la sua nuova struttura, consenta l'utilizzo dei dati del paziente per governare il sistema. Infine grande attenzione va riservata al tema della privacy, che è un altro ostacolo importante che limita, per non dire blocca, l'attività del MMG.

Il massimo obiettivo raggiunto è la teleconferenza o il teleconsulto, mentre nessuno si preoccupa della **profilazione dei pazienti** con gli strumenti già integrati nelle **cartelle cliniche**.



07

Il progetto “Jadecare” per la divulgazione di nuove “buone pratiche” nella cura del diabete

Paolo Francesconi, Dirigente di Settore, ARS Toscana

Nel nostro gruppo di lavoro ci occupiamo prevalentemente di epidemiologia e monitoraggio dei servizi. Per la Regione Toscana abbiamo coordinato “Jadecare”, un progetto europeo mirato al trasferimento di buone pratiche e all’integrazione delle cure. I diabetici in Toscana ammontano quasi a 260mila unità, di cui il 10,7% affetto soltanto da diabete e il restante 90% circa da una o più comorbidità (21,5% una comorbidità, 28,2% due e 39,5% tre o più; si veda **figura 2**). La gestione del paziente con multi-morbidità complesse rappresenta una priorità di sanità pubblica: si tratta di un paziente che vede molti specialisti e gode di un’assistenza frammentata. Obiettivo di Jadecare era, per l’appunto, quello di introdurre qualche spunto di innovazione nella gestione di questi pazienti complessi, facendo uso delle tecnologie dell’informazione attraverso l’adozione di un’organizzazione rigorosa. Abbiamo perciò valutato i bisogni dei pazienti con comorbidità complesse e approntato un setting di sperimentazione nella zona Distretto Piana di Lucca, scegliendo una buona pratica in atto nei paesi baschi, nei quali l’integrazione delle cure è più avanzata rispetto all’Italia. Più in dettaglio abbiamo selezionato elementi innovativi e li abbiamo introdotti in questa sede di sperimentazione nel tentativo di migliorare il sistema di presa in carico del paziente complesso valorizzando l’usual care e operando l’integrazione tra cure primarie e cure specialistiche ambulatoriali, territoriali e ospedaliere. Operativamente, quattro MMG hanno coordinato un team multiprofessionale e multidisciplinare costituito da 12 infermieri di famiglia e comunità, nonché da specialisti di cardiologia, nefrologia, pneumologia, diabetologia e medicina interna. Sono stati forniti ai MMG criteri di arruolamento di pazienti

con DM2 in terapia insulinica e multimorbidità complesse e sono stati messi in atto un sistema di coordinamento, un sistema di supporto e di contributo dell’infermieristica di famiglia e comunità e un sistema di teleconsulto multiplo sincrono per la condivisione del piano di cura del paziente, identificato e condiviso da parte di MMG, infermieri e specialisti delle cinque aree menzionate.

I professionisti hanno espresso notevole soddisfazione per i 37 teleconsulti effettuati e hanno apprezzato questa modalità, ritenendola vantaggiosa per il paziente soprattutto in termini di riconciliazione terapeutica (in particolare, per quanto riguarda qualità e sicurezza della terapia). È inoltre emersa chiaramente l’efficacia dei teleconsulti multipli nel ridurre il numero di visite specialistiche urgenti, gli accessi in pronto soccorso e i ricoveri non programmati in reparti per acuti. In conclusione, l’esperienza ha dimostrato che il teleconsulto multiplo è fattibile ed è una buona pratica diffusibile a livello nazionale e regionale fino alla COT (Centrale Operativa Territoriale), che può e deve svolgere un ruolo specifico nell’organizzazione dei teleconsulti multipli. Il teleconsulto non deve essere un modo di diffusione e trasmissione di dati clinici, ma è un atto di condivisione di piani di cura tra specialisti diversi: il Ministero della Salute ha recepito questa come buona pratica per il miglioramento delle condizioni croniche, e sono in atto attività di consolidamento di questa metodologia nella zona Distretto Piana di Lucca al fine di un suo trasferimento in aree interne della Regione.

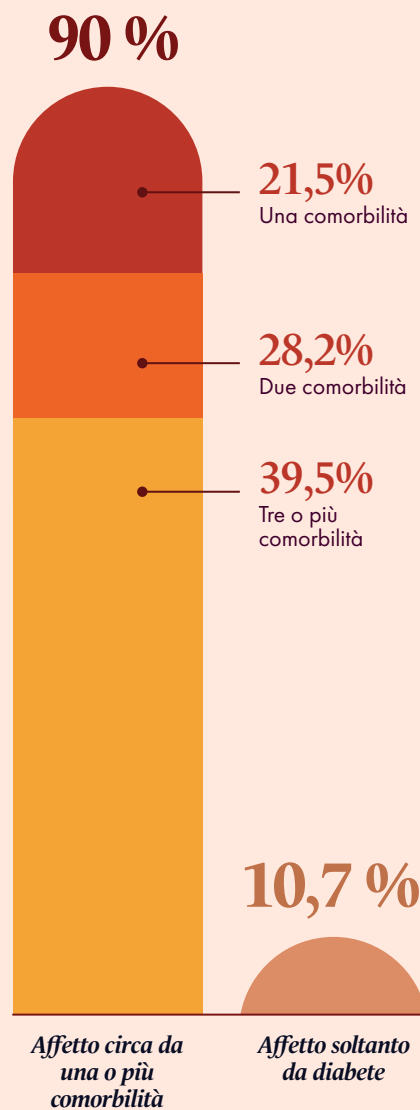


Figura 2: I diabetici in Toscana

08

Nuovi spazi di lavoro per una moderna gestione del diabete in Regione Toscana

Giacomo Vespasiani, Membro del gruppo di lavoro "Digitalization and Registry" - European Forum Italia

Il PNRR ha impresso un forte impulso alla tecnologia, in particolare per quanto riguarda gli elementi infrastrutturali e i finanziamenti delle attrezzature.

Va osservato che i bandi per la telemedicina si sono focalizzati più sugli aspetti tecnologici che su quelli medici, il che, però, non è risultato del tutto negativo in considerazione della nota difficoltà nel trovare una linea di condivisione nella classe medica. Lo scopo del gruppo di lavoro EUDF-Italia è quello di rendere routinario l'uso di mezzi informatici certificati che seguono le nuove leggi nazionali, facendoli diventare "terapie digitali" facilmente prescrivibili e rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale.

Dopo il Covid il Parlamento ha legiferato per classificare e normalizzare l'uso emergenziale dei sistemi elettronici disponibili, e i diabetologi, superata l'emergenza e nonostante le leggi (le circolari ministeriali e la tariffabilità delle prestazioni, seppur extra lea), sono sostanzialmente tornati alle prestazioni pre-Covid; al massimo, hanno mantenuto l'approccio assistenziale classico sovrapponendoci le metodiche elettroniche. La restaurazione del vecchio modello, però, non ha funzionato e l'organizzazione dell'assistenza ai pazienti cronici è in grande ritardo, verosimilmente peggiorando nel prossimo futuro. Ci si deve però ricordare che il diabetico rappresenta il maggior numero dei malati cronici e che tutti i diabetici potrebbero beneficiare subito del telemonitoraggio. Questo perché il diabetico è l'unico ad avere già in dotazione personale apparecchi di misurazione continua e occasionale della glicemia, adatti all'invio a distanza dei dati della glicemia, microfusori di insulina e penne digitali di somministrazione insulinica che si connettono. Non ci si deve tuttavia fermare alla semplice trasmissione dei dati glicemici, in quanto i diabetologi non sono "glicemiologi",

bensi internisti o endocrinologi: occorre pertanto avere una visione d'insieme.

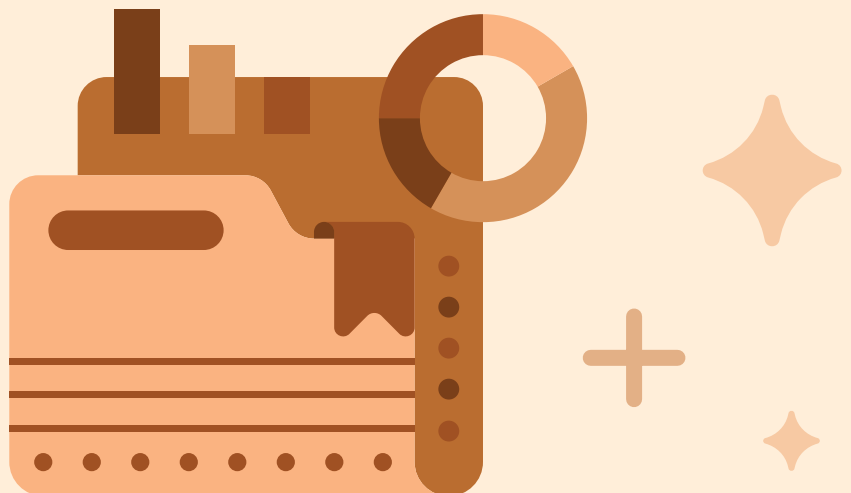
Un altro aspetto è che i diabetologi in Toscana, come pure in tutta Italia, sono già informatizzati in maniera omogenea e ormai da un ventennio raccolgono dati che rappresentano una risorsa essenziale per definire la qualità dell'assistenza diabetologica. Per ridurre le liste d'attesa, a parità di specialisti, è necessario rielaborare le linee guida, gli standard di cura, le buone pratiche cliniche e i PDTA delle società scientifiche in funzione delle metodiche elettroniche esistenti, locali e di telemedicina, ripensando i modelli organizzativi precedenti.

Soltanto in questo modo il medico si sentirà sicuro dal punto di vista medico-legale nell'applicazione di nuovi approcci di cura che comprendano telemedicina e terapie digitali e sarà possibile riorganizzare il tempo destinato alle visite sulla base di criteri di appropriatezza.

Un valido supporto è fornito da algoritmi studiati dalle società scientifiche e/o dalla Intelligenza

Un valido supporto è fornito da algoritmi studiati dalle società scientifiche e/o dalla Intelligenza Artificiale.

Artificiale, in modo da proporre al medico degli alert intelligenti e approfonditi a patto che tutti i dati del paziente siano raccolti in un'unica cartella: è evidente che il medico non potrà essere sostituito da algoritmi, ma si troverà certamente nella condizione di poter modificare il proprio approccio al singolo paziente sulla base dei dati clinici di quest'ultimo (a titolo di esempio, appare evidente che un episodio di ipoglicemia può assumere connotati e implicazioni differenti se sono presenti altre condizioni, quale l'insufficienza renale), personalizzando in maniera dinamica e ottimizzando la pianificazione delle visite.



09

Dalla prassi quotidiana, riflessioni e proposte per la cura del diabete in regione Toscana

Speech Corner

Elisabetta Altì, Direttore Dipartimento di Medicina generale, AUSL Toscana centro

Oggi si impone un cambiamento di visione, che non può prescindere dalla realtà per cui alcune discipline mediche, come la Medicina generale, sono diventate poco appetibili soprattutto per l'elevato carico burocratico che grava quotidianamente sui professionisti, a scapito della loro attività clinica. La progressiva perdita della possibilità di avere tempo clinico da dedicare ai pazienti per ottemperare all'incombenze burocratiche rende necessario riorganizzare la gestione delle patologie croniche, riducendo l'attività non clinica e ottimizzando la presa in

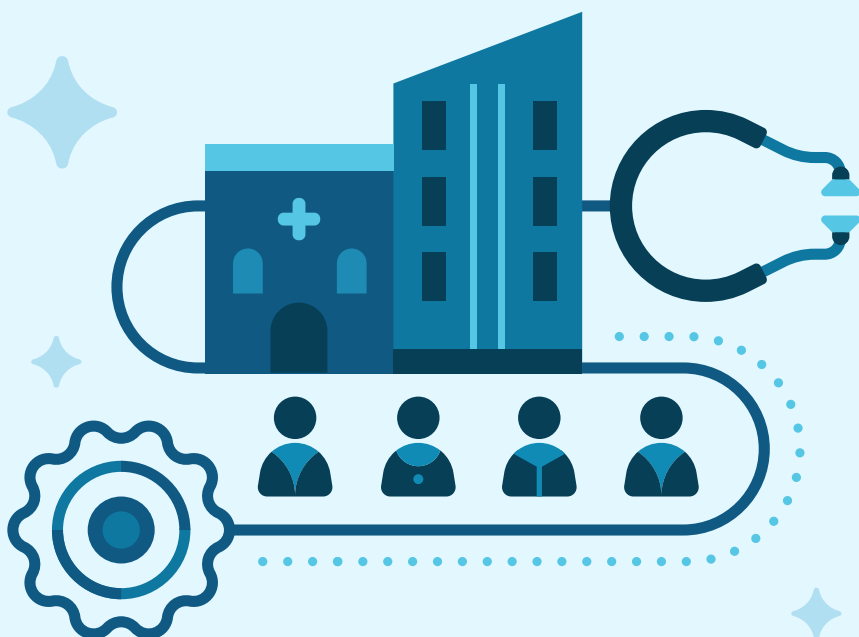
La Toscana in 8 anni di sanità, ha senz'altro compiuto un percorso più avanzato rispetto a quello di altre Regioni.

carico dei pazienti complessi con un approccio multidisciplinare e multiprofessionale che veda nel territorio il MMG il responsabile clinico del percorso. La Toscana in 8 anni di sanità di iniziativa (proseguita in alcune aree della regione), ha senz'altro compiuto un percorso più avanzato rispetto a quello di altre Regioni, e il Diabete Mellito è stata una delle prime patologie per le quali si sono ottenuti risultati

importanti in termini di riduzione sia della mortalità sia del numero di accessi all'ospedale. Tali obiettivi sono stati realizzati proprio grazie all'interazione e alla condivisione del percorso di cura con gli specialisti e con gli infermieri territoriali, attraverso l'adozione protocolli comuni. Attualmente sussiste una buona collaborazione tra Medicina Generale, le aziende e l'Università (per esempio: con l'introduzione della nota 100, tutte le AFT hanno promosso incontri tra MMG e diabetologi, che si sono resi disponibili a offrire supporto alla prescrizione dei farmaci) e, nell'ASL Toscana Centro è stato attivato il teleconsulto in tutte le zone: per questo, sono ora da implementare l'équipe multiprofessionali, in particolare con il coinvolgimento di infermiere e dietista, e sono da strutturare modalità di interazione tra centri diabetologici e MMG per la condivisione degli obiettivi a livello zonale. La sfida dei prossimi anni sarà la riorganizzazione sanitaria, stimolata dal PNRR e dalle nuove tecnologie, in modo da recuperare risorse ottimizzando la presa in carico clinica e assistenziale dei pazienti e la gestione organizzativa, consentendo la sostenibilità del sistema sanitario. Lo sviluppo del fascicolo sanitario 2.0 potrà essere un aiuto ulteriore passando da semplice repository di informazioni a strumento di condivisione e gestione dei dati sanitari di ogni cittadino.

Maria Calabrese, Vice Direttore della SOC di Diabetologia della Azienda USL Toscana Centro

Un obiettivo che la Toscana dovrà raggiungere è quello di garantire equità di cura nelle tre aree vaste che compongono la Regione. Nel Nord-ovest le diabetologie sono già col-



legate in rete, ma una necessità importante è quella di poter disporre di una cartella clinica unica per tutta la Regione, indispensabile per la condivisione di dati tra MMG, diabetologi, dietologi e altri professionisti.

La qualità è senza dubbio prioritaria rispetto alla quantità, ma la carenza di risorse fa ricadere l'onere del governo sugli operatori.

Andrea Giuseppe Corti, Centro Regionale di diabetologia pediatrica - Azienda ospedaliera Meyer

Negli ultimi anni, lo sviluppo rapido ed esplosivo della tecnologia - nell'ambito sia assistenziale che clinico - rende sempre più ineludibile per l'infermiere la necessità di una formazione adeguata, che gli consenta di rimanere al passo con i tempi. Un altro aspetto da considerare, che forse ostacola la valorizzazione della figura di un infermiere dedicato all'area diabetologica, è che l'attuale carenza di risorse impone frequenti spostamenti del personale infermieristico in base alle necessità contingenti, comportando così il rischio di perdita di professionalità e di specificità nelle competenze.

Negli ultimi anni, lo sviluppo rapido ed esplosivo della tecnologia - nell'ambito sia assistenziale che clinico - rende sempre più ineludibile per l'infermiere la necessità di una formazione adeguata, che gli consenta di rimanere al passo con i tempi.

Francesco Dotta, Professore Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena

Il PNRR, più che una riforma, è una grande quantità di risorse erogate nell'arco di un triennio, dopo il quale saremo giudicati per quanto sarà rimasto a regime: probabilmente resteranno molti edifici e strutture, qualche traccia di tecnologia e poco o nulla in termini di personale sanitario assunto. Forse ci stiamo preoccupando eccessivamente di come rendicontare queste spese dal punto di vista burocratico, ma non dei



risvolti pratici, dimenticando che il PNRR è una grande opportunità per la quale è sin d'ora fondamentale investire in risorse umane.

Un dato tutt'altro che trascurabile è che la specializzazione in endocrinologia è molto richiesta, per cui in Toscana non dovrebbero mancare nuovi professionisti, sempre che ci siano sufficienti docenti per formarli.

Piero Marchetti, Direttore struttura Malattie metaboliche e diabetologia, AOU Pisana

"Telemedicina" è un termine tutt'altro che recente (fu introdotto, infatti, negli anni 60 in riferimento all'assistenza sanitaria fornita agli astronauti) e ora è giunto il momento di rendere operativi i suoi sviluppi degli ultimi decenni in un territorio, come quello toscano, alquanto esteso e in un contesto caratterizzato dalla diffusa presenza di strumenti (in particolare app) non validati. Oltre alle limitazioni impo-

ste dal rispetto della privacy, persistono timori medico-legali relativamente all'interazione con i pazienti (per esempio quelli in età più avanzata non sono in grado di gestirsi da soli), così come le criticità legate alla fragilità delle infrastrutture telematiche. In altre parole, servono risorse, chiarezza di intenti e consapevolezza del fatto che un intervento di telemedicina non fa risparmiare tempo al medico (l'analisi dei dati

Oltre alle limitazioni imposte dal rispetto della privacy, persistono timori medico-legali relativamente all'interazione con i pazienti, così come le criticità legate alla fragilità delle infrastrutture telematiche.

richiede comunque il suo impegno), che di per sé si ritrova a lavorare per un numero di ore già notevolmente superiore a quello previsto. Va quindi opportunamente preparato il terreno alle tecnologie introdotte dal PNRR, a cominciare dal superamento dei problemi tecnici e dal coinvolgimento dei pazienti, con i quali sarà necessario interloquire.

Cristina Lencioni, Presidente della sezione AMD Toscana

La formazione alla digitalizzazione è diventata una necessità, non più una scelta. Finora le iniziative sono state intraprese su base volontaria, da parte di individui o aziende sanitarie, e lo sviluppo ha seguito un percorso per lo più frammentato e disordinato, ma nel prossimo futuro l'impegno dovrà essere sistematico e orientarsi non soltanto al personale medico, ma anche a quello infermieristico. In qualità di società scientifica AMD deve inoltre favorire la creazione di PDTA, occuparsi delle aree interne, promuovere il collegamento tra diabetologi e MMG, valorizzare e digitalizzare gli infermieri in una logica di collaborazione interprofessionale e aiutare i pazienti ad accostarsi alla tecnologia, garantendo loro equità di accesso alla stessa.

La formazione alla digitalizzazione è diventata una necessità, non più una scelta.

Marco Sonnini, Rappresentante dei pazienti e membro della commissione diabetologica

Il DM1 non è più una malattia rara e il progresso intercorso, fino all'applicazione delle tecnologie elettroniche, ha consentito di abbattere la mortalità. Chi ha vissuto questi cambiamenti è in grado di apprezzarne la portata innovativa. Restano vive le problematiche tecniche legate al fascicolo sanitario elettronico e alla scheda clinica, dato che la cartella attuale non consente l'estrazione dei dati ma una semplice copia dei suoi contenuti.

Giuseppe Penno, Presidente SID Toscana

La prima tappa da implementare con maggior forza in Toscana è il teleconsulto con MMG e infermieri di comunità, ovvero le figure profes-

sionali più vicine al paziente e rappresentative della medicina di prossimità.

Un secondo aspetto da sottolineare riguarda le modalità con cui realizzare la telemedicina, partendo dall'individuazione dei pazienti (quelli con DM1, per esempio, sono di per sé più inclini alla tecnologia e dunque più facili da coinvolgere) e dei percorsi: dobbiamo ricordare che un lavoro pubblicato su JAMA Open Network ha dimostrato che l'impiego esclusivo della telemedicina è risultato fallimentare, mentre un modello assistenziale misto ha permesso un controllo del diabete sovrapponibile a quello del modello di cura di persona.

Alessia Scatena, Responsabile Diabetologia, Ospedale San Donato di Arezzo

Con la pandemia ci siamo occupati di telemedicina in maniera estensiva e abbiamo provato a cambiare il nostro modo di lavorare, mantenendo un'organizzazione divisa tra sedute online e visite in presenza. Con i MMG, in particolare, avevamo già strutturato un progetto di teleconsulto, dimostrando la possibilità di valutare rapidamente i pazienti, modificare terapie obsolete e ottenere una riduzione del peso corporeo e dell'emoglobina glicata. Abbiamo poi realizzato un altro progetto mirato alle aree interne, grazie alla collaborazione con infermieri territoriali, che si occupano di medicazione di ferite difficili nei pazienti con piede diabetico, e con infermieri di famiglia e comunità che si recano a domicilio. Serve notevole impegno da parte di tutti per far riconoscere il valore del cambiamento digitale, che non è ancora adeguatamente percepito da medici e pazienti.

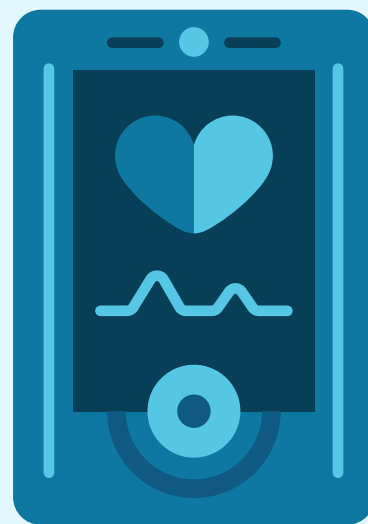
Serve notevole impegno da parte di tutti per far riconoscere il valore del cambiamento digitale, che non è ancora adeguatamente percepito da medici e pazienti.

Sonia Toni, Dirigente Medico Diabetologia Pediatrica, AOU Meyer

La telemedicina ha cambiato il nostro modo di curare, ma oggi dobbiamo lavorare con il territorio per garantire a tutti i bambini con diabete, in particolare quelli di altre culture e privi del patrimonio della digitalizzazione o residenti in

zone disagiate o periferiche, punti di accesso per poter trasmettere i dati ai servizi di diabetologia. Due problematiche rilevanti impediscono, attualmente, di poter lavorare con maggiore efficacia: la prima riguarda la privacy, dato che spesso attingiamo i dati (che ci servono per svolgere il nostro compito) da piattaforme che non sono riconosciute, la seconda riguarda la mancanza di interfacciabilità/interoperabilità tra le cartelle cliniche, dato che la cartella che utilizziamo non è in grado di comunicare con quella aziendale e non esiste purtroppo una rete regionale delle cartelle cliniche.

In era pre-pandemica riuscivamo a formare ogni anno 300-400 insegnanti delle scuole; oggi, grazie all'aiuto insostituibile delle associazioni dei pazienti e alla rete della diabetologia pediatrica, questo numero ha superato il migliaio. Gli insegnanti sono il "braccio lontano della sanità", in quanto, se opportunamente formati, sono in grado di intercettare nei loro alunni i sintomi del diabete all'esordio e segnalare ai genitori questo cambiamento nel comportamento, indice di un possibile diabete, permettendo così una diagnosi precoce.



10

Conclusione

Edoardo Mannucci, Direttore Diabetologia e Malattie Metaboliche, AOU Careggi di Firenze; Professore di Endocrinologia, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sperimentali e Cliniche, Università di Firenze

In Regione Toscana, negli ultimi anni, la lotta al diabete è stata condotta ampliando il più possibile la gamma degli strumenti a disposizione dei clinici: tutto ciò che la ricerca e l'innovazione tecnologica hanno fornito al settore salute è stato non solo preso in considerazione ma è anche stato oggetto di recepimento, trasformando al meglio prassi e comportamenti consolidati.

Inoltre, va sottolineato che in Toscana c'è una forte considerazione e un forte sostegno ad un sistema sanitario pubblico che non si limita a dare indirizzi e/o a regolamentare le relazioni tra gli attori del sistema stesso, ma che interviene attraverso le proprie strutture ad organizzare le risposte alla domanda di salute nel modo più equo possibile.

Questo sistema, purtroppo, oggi è ampiamente sottofinanziato e la prova di questo è sempre evidente nel momento in cui prendiamo in considerazione il fatto che l'Italia, ad esempio, spende pro capite la metà rispetto a quanto spende la Germania, pur avendo una popolazione molto più anziana.

Finora la Toscana è riuscita a mantenere un livello più che adeguato di assistenza, ma le prospettive - emerse da un confronto in sede istituzionale - non si presentano tanto rosee in virtù di due fattori fondamentali: da una parte, si rileva che buona parte degli investimenti previsti dal PNRR saranno destinati all'edilizia sanitaria - un aspetto non necessa-

riamente prioritario rispetto alle problematiche di salute presenti - mentre dall'altra parte, si rileva che, oltre alla sanità, è sottofinanziata anche l'università.

Non basta, infatti, aumentare le borse per le scuole di specialità se prima non si provvede ad aumentare il numero di docenti: occorrono investimenti sul versante della formazione, considerando che gli effetti saranno apprezzabili soltanto tra 10 anni e che fino ad allora il sistema soffrirà della carenza di personale sanitario. Si tratta di definire una visione di medio lungo periodo che aiuti a capire, nel presente, quali siano le priorità e quali siano gli strumenti sui quali intervenire per "correggere il tiro" o, meglio, anticipare quelli che saranno i problemi certi da affrontare nel prossimo futuro.

L'innovazione tecnologica, quindi, se impiegata in modo intelligente, potrà essere di notevole aiuto per ottimizzare il tempo, tanto scarso quanto prezioso, di medici e infermieri sempre più ridotti di numero, e per mantenere un accettabile livello qualitativo di assistenza così faticosamente conquistato nel corso degli anni. Occorrerà però uno sforzo creativo per concepire nuovi modelli disegnati sullo strumento tecnologi-

co, che non va considerato come un sistema per tamponare le carenze organizzative odierne, bensì come punto di partenza per la creazione di un sistema adeguato ai bisogni di una società in costante e dinamica evoluzione. La ricchezza delle risorse umane presenti a tutti i livelli del sistema sanitario della Regione Toscana offre spazi per un lavoro di ulteriore sviluppo di ulteriori risposte ai bisogni di salute di una popolazione diabetica che è, purtroppo, in continua crescita ed evoluzione.

I punti per un'agenda di lavoro, sia politica che clinica, sono chiari ai più e sono stati descritti in questa pubblicazione. Da questa agenda siamo certi che avremo, nel prossimo futuro, un percorso che la Toscana affronterà con la tenacia di sempre, di modo da dare altre e nuove risposte per una lotta sempre più efficace al diabete.

