

Report Progetto GANGE

“LA GESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE: PERCORSI DI CURA INTEGRATI E CRONICITA’ IN REGIONE PUGLIA”

Sede: Aula A, piano terra Regione Puglia

Data, ora: Lunedì 12 Luglio 2021, ore 10.00 - 17.00

LA GESTIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE: PERCORSI DI CURA INTEGRATI E CRONICITA’ IN REGIONE PUGLIA

BOARD SCIENTIFICO

Responsabile Scientifico:

Francesco Giorgino, *Professore Ordinario di Endocrinologia e Malattie Metaboliche Dipartimento dell’Emergenza e dei Trapianti di Organi Università degli Studi di Bari Aldo Moro*

Faculty:

Angelo Aloisio, *Cardiologia Casa di Cura Villa Verde - Taranto Società scientifica ARCA*

Ettore Attolini, *Responsabile Area Innovazione Sociale, Sanitaria e di Sistema – CRSS ARESS Puglia*

Marco Benvenuto, *Università del Salento Dipartimento di scienze dell’Economia, Consulente ARESS Puglia Area di Programmazione Sanitaria Reti Cliniche e PDTA*

Pasquale Caldarola, *Direttore UOC di Cardiologia Ospedale San Paolo (BA) Società scientifica ANMCO*

Marco Ciccone, *Professore di cardiologia Università degli Studi di Bari - Dipartimento DETO SIC*

Loreto Gesualdo, *Professore ordinario di nefrologia Direttore UOC Nefrologia, dialisi e trapianto A.O.U. Consorziale Policlinico di Bari Società scientifica FIR*

Vincenzo Gigantelli, *Presidente CARD Puglia- Direttore DSS 14 ASL BA*

Ignazio Grattagliano, *Presidente SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie) Bari*

Olga Lamacchia, *Direttore Endocrinologia e Diabetologia Universitaria AOU Policlinico Riuniti Foggia Società scientifica SID*

Luigi Laviola, *Dipartimento dell’Emergenza e dei Trapianti di Organi -Università degli Studi di Bari Aldo Moro Società scientifica SID*

Antonella Mannarini, *U.O. di Cardiologia Ospedaliera Consorziale Policlinico di Bari ANMCO*

Monica Modugno, *Responsabile Ambulatorio di Endocrinologia e Diabetologia P.O. Fallacara Triggiano (BA) Società scientifica AMD*

Rosalia Serra, *Responsabile del Servizio di Diabetologia e Malattie Metaboliche ASL Lecce Società scientifica AMD*

Giuseppe Traversa, *Consigliere Nazionale e Coordinatore Regionale Associazione Italiana Diabetici (FAND)*

Luigi Vernagione, *Direttore Nefrologia e Emodialisi P.O. Di Summa – Perrino Brindisi Società scientifica SIN*

Per Sanitanova hanno partecipato:

Claudia Laterza - *Moderatrice*

Elena Marziale - *Medical Writer*

Martina Corrieri - *Project Manager*

Report dell'incontro

La dott.ssa Claudia Laterza dà avvio ai lavori dell'evento formativo sul tema della gestione, dei percorsi di cura integrati e della cronicità dei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 in Regione Puglia, organizzato da Sanitanova e supportato da un contributo non condizionante di Astrazeneca.

La dott.ssa ringrazia e saluta i partecipanti, riuniti finalmente in presenza ed in sicurezza dopo un lungo periodo di distanziamento e augura una ripresa delle attività, scientifiche e formative, volta a immaginare e ripensare ad un futuro che tenga conto sia delle patologie oggetto di discussione nell'incontro odierno, sia degli insegnamenti appresi durante questi difficili mesi di pandemia.

Obiettivo dell'incontro è riunire gli esperti regionali in materia di diabete con l'augurio di poter pensare ad un'organizzazione sanitaria futuribile e sostenibile. Ci si auspica, quindi, uno scambio di esperienze virtuose sul territorio pugliese e una discussione sulle eventuali criticità assistenziali per questa tipologia di pazienti, così da provare a strutturare un nuovo percorso multidisciplinare condiviso.

La dott.ssa introduce il sig. **Giuseppe Traversa**, coordinatore FAND PUGLIA per esporre il punto di vista delle persone con diabete, ricordando che tutti gli sforzi scientifici e assistenziali sono finalizzati a loro.

Il sig. Traversa ringraziando per l'invito e per l'attenzione che viene riservata al paziente in questo evento, sottolinea come le patologie croniche siano in progressiva crescita a causa dell'invecchiamento della popolazione e della diffusione di stili di vita poco salutari, richiedendo un'assistenza continua e una integrazione fra i sistemi socio-sanitari. Solo il diabete, attualmente, impegna circa il 10 % delle risorse del SSN. È necessario, quindi, intervenire subito e bene, prevenendo l'insorgenza della malattia diabetica nelle popolazioni a maggior rischio; altrettanto indispensabile è curare precocemente e appropriatamente la malattia.

Il paziente diabetico necessita di un modello centrato sulla "gestione integrata" della cronicità, attraverso un "TEAM MULTIDISCIPLINARE" composto da specialisti, dietisti, psicologi, MMG, farmacisti e infermieri dedicati, con competenze appropriate, in grado di fornire al paziente una terapia condivisa e personalizzata, al fine di migliorarne non solo lo stato di salute, ma anche la qualità di vita.

Il sig. Traversa racconta quale è stata l'esperienza del paziente diabetico durante l'emergenza COVID-19 che, seppur affrontata in modo egregio dalla Regione Puglia, ha fatto emergere alcune delle criticità relative alla gestione della cronicità e della malattia diabetica. Il maggior numero di risorse sanitarie è stato dedicato alla gestione dell'emergenza della pandemia e i pazienti affetti da patologie croniche hanno avvertito una sensazione di abbandono e di allontanamento dal SSN legato al distanziamento e all'impossibilità di accedere alle visite ambulatoriali o agli ospedali che garantivano l'accesso ai codici di priorità con blocco dell'attività ordinaria. I pazienti hanno anche evitato l'accesso in ospedale o altre strutture ASL per paura del contagio gestendo autonomamente la propria patologia.

Le società scientifiche SID e AMD e l'Associazione Italiana Diabetici hanno utilizzato i social network per creare una rete e garantire un costante contatto con i pazienti diabetici suggerendo informazioni sicure su come affrontare il difficile momento di lockdown dal punto di vista psicologico, gestionale e burocratico. In collaborazione con la farmacia territoriale della ASL Bari, si è riusciti ad organizzare la distribuzione di ausili e materiali di consumo con la consegna a domicilio, cosicché tutti potessero continuare ad utilizzare sensori e microinfusori, come prescritto.

Alcuni centri di diabetologia hanno attivato servizi di telemedicina per le visite (strutturata nel Policlinico di Bari, diversamente gestita sul territorio con teleconsulto); sono state riscontrate, però, situazioni di difficoltà per i pazienti anziani, con scarsa dimestichezza nell'uso delle tecnologie o delle App dedicate. Il suggerimento è quello che in futuro si tenga conto di questo tipo di pazienti, valutando anche l'assistenza domiciliare come possibile soluzione per evitare e contenere spostamenti non indispensabili per le persone con diabete, anziane o con fragilità e ridotta mobilità e autonomia.

Le maggiori criticità riscontrate dai pazienti e da affrontare insieme sono: lunghe liste di attesa, difficoltà nei rinnovi dei piani terapeutici, difficoltà nei rinnovi della patente, accesso limitato alle nuove tecnologie, difficoltà a prenotare nella stessa sede, difficoltà a prenotare con lo stesso specialista per preservare il rapporto medico-paziente, differenti impostazioni cliniche fra operatori sanitari (soprattutto fra specialisti e MMG) con conseguente disorientamento del paziente, disomogenea educazione terapeutica strutturata, con deficitario empowerment del paziente. L'empowerment del paziente è fondamentale per garantire che la persona affetta da diabete conosca e non sottovaluti i rischi e le complicanze correlate al diabete e sia consapevole e attivo nella gestione della propria patologia garantendo aderenza terapeutica e puntualità nel follow-up.

La proposta dei pazienti è quindi quella di costruire una rete dei centri di diabetologia con la presenza di tutti gli specialisti necessari, integrati con l'assistenza primaria dei MMG e dell'ospedale; attivare corsi strutturati di educazione terapeutica per i pazienti e per il personale del team delle farmacie e dei MMG; utilizzare la telemedicina, percepita come attività integrativa e non sostitutiva a quella in presenza e come strumento utile per soddisfare i bisogni, ad oggi insoddisfatti, di maggiore prossimità delle cure con chiare indicazioni su come procedere in attesa della visita programmata; implementare i Day Service Diabete per la stadiazione della malattia in modo periodico con una maggiore attenzione nei confronti di quei pazienti che presentano alto rischio o complicanze.

Il sig. Traversa, in quanto portavoce dei pazienti, conclude confermando l'assoluta disponibilità e l'impegno per ogni tipo di iniziativa volta al miglioramento della gestione della persona con diabete.

Il prof. **Francesco Giorgino** referente scientifico dell'evento ringrazia la FAND per il prezioso contributo e si avvia a presentare un breve inquadramento del nuovo paradigma di cura del diabete mellito di tipo 2 e della necessità di "capovolgere il mondo". Fino ad oggi il diabetologo, lo specialista o il MMG che gestiva il

paziente con diabete ha avuto come elemento di attenzione primario il controllo della glicemia; più recentemente è stato avviato un percorso per comprendere e implementare il valore dell'emoglobina glicata. È tuttavia necessario che l'approccio cambi: i primi aspetti da valutare nel futuro sono infatti le complicanze e/o il rischio dello sviluppo di queste. Si deve partire, quindi, con la stadiazione del paziente e del suo rischio: cardiovascolare, di scompenso, di malattia renale cronica, di disfunzione cognitiva, di infezioni, di immunodepressione, di problematiche dentali, ecc.

Il rischio di ipoglicemia, seppur importante, oggi ha un valore meno impattante rispetto al passato, grazie all'utilizzo dei farmaci disponibili esenti dal rischio di ipoglicemie e alle nuove tecnologie di monitoraggio glicemico con sensori e allarmi.

Una volta valutato il paziente nel suo complesso e definiti i target, si deve procedere con la scelta della terapia che tenga conto non solo della riduzione della iperglicemia, ma anche della gestione del rischio. Una terapia congiunta che il medico che prende in carico una persona con diabete deve saper gestire nella sua interezza. Altro aspetto importantissimo ed imprescindibile è **la tecnologia**: i device stanno diventando di facile accesso, con costi inferiori rispetto al passato ed il loro uso con monitoraggio continuo porta ad un vantaggio metabolico importante, anche di quei pazienti che fanno una sola insulina al giorno.

“Referral to diabetes education and medical specialists (as needed)”: un punto importante dell'evento è l'implementazione della interazione tra specialisti diversi. **Il diabete, le malattie renali croniche e lo scompenso cardiaco sono infatti interrelati**; è necessaria una visione integrata che valuti l'intersecazione delle componenti metaboliche, cardiovascolari e renali nelle diverse fasi di malattia. Oggi si ha la possibilità di uso di farmaci che riducono la mortalità cardiovascolare, per tutte le cause e la ospedalizzazione per scompenso cardiaco.

A Febbraio 2021 è stato pubblicato sulla rivista **“Diabetes Obesity Metabolism”** un lavoro condiviso con l'Istituto Mario Negri, iniziato nel 2010 e concluso nel 2018, che ha valutato 18.000 pazienti della Lombardia e 9.700 della Puglia, trattati con analoghi del GLP1, confrontati, attraverso il *propensity score matching*, con pazienti in terapia con altri farmaci. Si è evidenziata una riduzione della mortalità totale e di altri endpoint cardiovascolari. Anche nel confronto con SGLT-2i, che ha coinvolto 11.600 pazienti lombardi e 6.000 pugliesi, il dato di riduzione della mortalità globale, della malattia cardiovascolare e dello scompenso cardiaco è stato evidenziato prepotentemente; i risultati sono assolutamente in linea con quelli degli studi controllati e randomizzati. Naturalmente ci si augura che questi farmaci possano essere utilizzati anche dai cardiologi; attualmente in Italia questo non è consentito, ma già negli Stati Uniti, i pazienti con bassa frazione di eiezione del ventricolo sinistro beneficiano dell'utilizzo di queste opportunità terapeutiche, addirittura a prescindere dalla concomitanza con la patologia diabetica.

Le glicofine riducono l'ospedalizzazione e la mortalità cardiovascolare non solo in chi ha una forma di scompenso con frazione di eiezione sotto 40, ma anche in chi ha una frazione conservata.

I pazienti che oggi non vengono trattati con le gliflozine perdono una grande opportunità, quindi è indispensabile agire sia sulla prevenzione che sulla cura di queste patologie. Tutto questo sembrava inimmaginabile prima della pubblicazione dei risultati dei due trials **DAPA-HF ed EMPEROR-Reduced**.

Si ha a disposizione anche un dato preliminare di un ultimo studio sullo scompenso cardiaco con frazione di eiezione conservata, in cui è stata evidenziata una riduzione dell'endpoint primario; dato di cui ancora non conosciamo l'entità che verrà pubblicato a breve.

Anche per quel che riguarda la malattia renale cronica sono disponibili dati che allargano le prospettive, poiché questi farmaci riducono l'endpoint renale sia in pazienti a basso che ad alto rischio, così come dimostrato per i pazienti ad alto rischio negli studi CREDENCE e DAPA-CKD, ma anche in pazienti che hanno un danno renale indipendentemente dalla presenza del diabete.

Si hanno quindi a disposizione strumenti unici ed innovativi per la cura della persona con diabete: la preghiera è quella di farne sempre più uso, seguendo ovviamente le raccomandazioni delle società scientifiche accreditate tra cui le ultime raccomandazioni della Società Americana di Diabetologia, secondo cui, a prescindere dal livello di emoglobina glicata e dall'eventuale trattamento con metformina, è bene utilizzare, anche in associazione, gli analoghi del GLP-1 e le gliflozine, in base al quadro clinico prevalente o alla classe di rischio cardiovascolare e renale. Ciò significa che un paziente con emoglobina glicata a target ma con albuminuria significativa, indicatore di malattia renale cronica o una riduzione del filtrato, deve essere trattato con una glifozina, ad oggi purtroppo ancora poco utilizzata.

Il prof. Giorgino conclude condividendo il pensiero del Sign. Traversa e auspicando una partecipazione attiva e multidisciplinare di tutti gli attori coinvolti, per trovare insieme soluzioni migliori per realizzare il cambio di paradigma nella cura della persona con diabete.

La dott.ssa Laterza ringrazia il prof. Giorgino per il suo prezioso contributo, aggiungendo che per un cambiamento di paradigma di cura è anche necessario rimodulare l'organizzazione dei percorsi di cura. Introduce così il dott. **Ettore Attolini**, responsabile dell'Area Innovazione Sociale, Sanitaria e di Sistema presso AReSS e il prof. **Marco Benvenuto**, consulente ARESS Puglia per l'area di Programmazione Sanitaria Reti Cliniche e PDTA.

Il dott. **Attolini** ringrazia per l'invito rivolgendo a tutti un caro saluto e definendo il tema di discussione intrigante, non soltanto sotto il profilo clinico e delle nuove frontiere di cura, ma anche per il conseguente necessario rinnovamento del modello di presa in carico del paziente diabetico, anche alla luce del contesto che si sta vivendo e della maggiore consapevolezza e positivo protagonismo delle persone con diabete. Il contesto sanitario regionale e nazionale era accidentato, già prima dell'evento pandemico; fino al 2019, a seguito del DM 70, sono stati chiusi in Italia 173 ospedali con una drastica riduzione di posti letto in reparti risultati oggi strategici. Tra gli altri sono stati falciati i reparti di endocrinologia, ma soprattutto di

pneumologia e malattie infettive, che si sono rivelati i più necessari in questa fase pandemica. Sono stati persi più di 45.000 operatori sanitari in questo decennio e vi è stata una regressione a tutti i livelli dell'assistenza residenziale e territoriale e una progressiva diminuzione delle ore di assistenza domiciliare. Parallelamente, però, è aumentato il numero di pazienti cronici e, su questo sistema già ricco di fragilità, si è poi abbattuto il Covid 19.

Ci si è ritrovati quindi, da un lato a dover riorganizzare il sistema rispetto alle emergenze pandemiche e dall'altro a rivedere quella che viene definita oggi l'epidemia del terzo millennio: la gestione delle patologie croniche. Indispensabile risulta un'integrazione tra professionisti, competenze, discipline, ed una solida interconnessione tra ospedale e territorio e tra sistema sanitario e sistema sociale.

Non è semplice intervenire all'interno di questo caleidoscopio, in una realtà enigmatica ed in continuo mutamento.

L'AReSS si sta impegnando a sperimentare nuovi modelli, solcare nuove strade di innovazione, tenendo conto delle evoluzioni e delle evidenze cliniche, dell'innovazione nel campo sociale, dei modelli assistenziali e della presa in carico. E sono questi i caposaldi dell'AReSS stessa: immaginare dei modelli assistenziali integrati, di presa in carico continuativa per il paziente cronico che, altro non è, che un soggetto fragile, la cui dimensione clinica si sposa con quella psicologica e socioeconomica, determinando una evoluzione o una involuzione della patologia. È ormai noto l'impatto delle deprivazioni, delle disuguaglianze e dell'istruzione e della tempistica di presa in carico dei pazienti, sui tempi di manifestazione clinica delle patologie, sull'evoluzione di queste fino anche all'estremo della morte; queste infatti sono fortemente influenzate dai fattori socio-economici. È stato condotto uno studio sull'incidenza del diabete nella città di Bari, da cui sono emersi dati interessanti sull'impatto socio-economico e a seguito dei quali sono stati studiati vari modelli di PDTA, tenendo conto del governo clinico applicato a modelli assistenziali di presa in carico e anche dell'integrazione socio-sanitaria e socio-economica. Rispetto all'impatto socio-economico vi è un altro studio che ha esaminato la popolazione diabetica di Bari di età superiore ai 40 anni nel periodo 2013-2017 (186.000 cittadini di cui 6.000 affetti da diabete), georeferenziata nei 17 quartieri di Bari suddivisi in 3 macro aree; sono stati valutati i tempi e i rischi di insorgenza, di gravità, secondo gli indicatori di deprivazione socio-economica e di disuguaglianza con un risultato sorprendente: l'incidenza del diabete e la gravità della malattia seguono perfettamente la distribuzione e ciò significa che oltre a elaborare modelli e a portare avanti evidenze scientifiche, è necessario di pari passo, adattare ai vari contesti socio-economici. Per affrontare correttamente la gestione delle patologie croniche in discussione, vi è la necessità di nuovi paradigmi che accettino la logica della complessità, e siano in grado di mediare il modello della medicina basata sulle evidenze (EBM) e quello della medicina del mondo reale (real life) attraverso l'integrazione del dato biologico con l'osservazione continuativa dell'individuo nella sua globalità.

I principali riferimenti normativi relativi alla cronicità sono:

- **IL PIANO NAZIONALE DELLE CRONICITÀ**, in particolare il Chronic Care Model, che si è cercato di riprodurre all'interno del modello regionale CARE PUGLIA 3.0 con un modello assistenziale che si è

concentrato sull'area della primary care, misurando l'apporto dei MMG che, adeguatamente formati, diventano indispensabili per i percorsi diagnostici assistenziali.

- **NUOVO SISTEMA DI GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA:** attesa l'importanza dei percorsi, è necessario calcolare una serie di algoritmi, di indicatori di percorso e di processo, attraverso una collaborazione tra i clinici e con il supporto di esperti, per la valutazione dell'efficacia dei modelli.

Oggi bisogna tener conto anche del PNNR che, ovviamente, andrà a costruire il futuro del sistema, pur mostrando, secondo il parere del dott. Attolini, mancanze in termini di prevenzione e di personale sanitario.

Il territorio ha già dato un contributo, ma è necessario che lo faccia sempre di più. Attraverso TALISMAN, che è un modello di implementazione e di applicazione delle tecnologie nei modelli assistenziali, si sta portando avanti un progetto che riguarda il diabete, le broncopneumopatie e lo scompenso cardiaco, nelle RSA, con la collaborazione di un gruppo di MMG del quartiere San Paolo di Bari.

Stratificando i pazienti attraverso un KPi che indica il consumo di farmaci, è possibile stabilire le diverse tipologie di rischio e intervenire di conseguenza.

Il progetto TALISMAN, modello di applicazione delle tecnologie e digital device che interviene sui fattori di fragilità, prevede la presa in carico anche in remoto del paziente, l'esecuzione di alcuni esami, la condivisione dei dati con tutti i partecipanti e l'analisi degli stessi.

Ad oggi aderiscono al progetto 15 strutture tra RSA, RSSA, Case di Riposo e Centri di Riabilitazione, 9 MMG, per un totale di 810 pazienti cronici arruolati con rischio da basso a moderato. Di questi 265 sono affetti da diabete o diabete/ipertensione e tutti sono stati presi in carico, gestiti e monitorati per la propria cronicità, attraverso i sistemi informatici, secondo PAI definiti dal medico.

Su invito del dott. Attolini interviene il prof. **Benvenuto** sottolineando come ci siano oggi molti risultati dal punto di vista scientifico, tecnologico e di approccio manageriale ed è quindi necessario trasferire tutto questo in un unicum di risultato. Sicuramente gli strumenti più noti sono quelli della costituzione delle reti cliniche e dei PDTA che devono essere interconnessi tra di loro. Questa funzione progettuale è regolata da due documenti tecnici di indirizzo: il Documento Tecnico di Indirizzo (DTI) per la costruzione delle Reti Cliniche ed il Documento Tecnico di Indirizzo (DTI) per lo sviluppo e implementazione dei PDTA.

L'AReSS, attraverso una attività di ricerca ed in virtù di una nuova clinical governance, ha sviluppato un laboratorio noto come PathLAB che ha il compito di tradurre tutto questo in strumento pratico, costruendo un percorso metodologico che serve ad attenuare la simmetria informativa tra attori diversi: clinici, attori tecnologici, economisti sanitari. È stata svolta, a livello nazionale ed internazionale, un'analisi della letteratura sul tema del PDTA portando come risultato una raccolta delle evidenze scientifiche, disegnando una traccia metodologica di partenza e consentendo, in ambito regionale pugliese, di costruire un tavolo di lavoro per il trasferimento dell'innovazione in sanità.

Ciò che emerge è, innanzitutto, l'aspetto multidisciplinare che deve essere alla base della costruzione di un PDTA, opportunità anche legata all'aspetto politico- sanitario italiano, a partire dal DM 70 che sicuramente avrà dei risvolti evolutivi con nuovi indirizzi.

Il metodo che la Regione Puglia e l'AReSS hanno sviluppato, tende a flessibilizzare uno strumento che possa mettere nelle condizioni tutti gli attori di sedersi e lavorare attorno a un tavolo.

I punti cardine del PDTA nella Regione Puglia convergono su aspetti di multidisciplinarietà, di partecipazione integrata, di controllo e valutazione di performance organizzativa ed individuale. Il PDTA è un documento formale che deve essere approvato dalla Regione, ma è anche uno strumento di monitoraggio.

Ogni PDTA deve avere: un rationale, un tavolo tecnico, un iter normativo, delle finalità ben chiarite ed evidenti, dei confini di percorso, un'analisi di domanda ed offerta. Durante la costruzione di un PDTA si utilizza come strumento la *SWOT Analysis*, strumento di pianificazione strategica usato per valutare i punti di forza (Strengths), i punti di debolezza (Weaknesses), le opportunità (Opportunities) e le minacce (Threats) di un progetto.

Importanti sono anche le tecnologie e la matrice delle responsabilità in cui bisogna identificare le fasi del percorso e ricondurre le attività del percorso agli snodi decisionali, ponendo attenzione alla qualità dei risultati, fatta attraverso un'analisi di indicatori del nuovo sistema di garanzia. Poi ancora vi è la formazione, cioè l'attenzione agli operatori coinvolti all'interno del PDTA così come ai cittadini che faranno uso dello strumento. I PDTA infine devono avere una bibliografia aggiornata di riferimento scientifico, frutto della collaborazione di tutti gli operatori coinvolti.

Riprende la parola la dott.ssa Laterza, mettendo in rilievo come siano state fino ad ora poste le basi formali per questo nuovo percorso di gestione multidisciplinare della persona con DMT2 e introduce i clinici esperti nell'assistenza sul territorio, che per primi si interfacciano col paziente diabetico e che successivamente lo seguono nel follow up: il dott. **Vincenzo Gigantelli**, il dott. **Ignazio Grattagliano** e la dott.ssa **Monica Modugno**.

Il dott. **Gigantelli** dopo i saluti e il ringraziamento per l'invito alla partecipazione al progetto, si appresta ad affrontare il tema della cronicità che vede il territorio come front office per gli interventi nel delicato campo dell'ingegnerizzazione e degli interventi per la gestione delle patologie croniche, che necessitano di un urgente cambio di paradigma.

Diversi piani e progetti nazionali e regionali hanno preparato il terreno al cambiamento, ma nulla risulta ad oggi realizzato.

Ciò che si riscontra è l'assenza di coordinamento, la frammentazione di interventi nelle diverse regioni e la mancanza di un piano aziendale, coordinato tra professionisti.

L'intervento del dott. Gigantelli è orientato a mettere in luce il punto di vista di un direttore di distretto, ma con una visione aziendale e non prettamente distrettuale.

È necessario capire se il territorio è maturo per accettare la sfida di integrazione con le strutture sanitarie.

La Regione Puglia non è ultima nella ricerca di soluzioni pensate ed in parte anche attuate per definire un modello della gestione del diabete che, già in tempi non sospetti, prevedeva soluzioni integrate; il progetto CARE PUGLIA 3.0 è infatti un progetto che mette insieme professionisti appartenenti a target diversi.

Le carenze attuali sono il frutto di mancanze di una politica di governo della specialistica territoriale e dell'assistenza primaria sul territorio, di cui vedremo in futuro gli effetti più estremi.

Il PNRR dichiara infatti che ci saranno meno medici di medicina generale e meno specialisti, motivo per cui sarà indispensabile ottimizzare le risorse disponibili.

Il vero cambiamento dovrà essere quello di offrire soluzioni adeguate in carenza di risorse dedicate al problema: unire le forze, così da dare gli stessi risultati con meno risorse, attraverso una migliore distribuzione dei compiti, delegando agli specialisti la parte più complicata, fatta di ricoveri o di costi ulteriori. Questo può essere fatto, organizzando gli ambulatori delle cronicità con strumenti giusti per la gestione del paziente, agendo sul suo empowerment attraverso la tecnologia e i device. L'assistito potrà così gestire la patologia sia in autonomia, che con il necessario supporto dei professionisti sanitari, siglando un patto di cura con il MMG che avvia una precoce presa in carico e con lo specialista, che provvederà ad affrontare gli aspetti più complessi dello sviluppo della patologia. Occorre anche una forte interazione tra chi si prende cura del paziente con una semplificazione dei processi e questo può essere garantito solo da un PDTA che gestisce le patologie croniche più frequenti: diabete, scompenso, ipertensione, attraverso l'implementazione delle soluzioni tecnologiche del progetto TALISMAN, a cui il dott. Gigantelli ha aderito con il suo distretto. Altro fondamentale tassello è il potenziamento della rete di prossimità: rete fisica di luoghi dove poter organizzare le attività di assistenza primaria ed intermedia; la riduzione delle distanze garantisce migliori risultati e soprattutto maggiore soddisfazione dei malati.

Tecnologia, uomini e luoghi: questi i punti da cui partire per la costruzione del PDTA.

Il fascicolo sanitario elettronico non deve essere un raccoglitore non intelligente della storia clinica del paziente, poiché servono strumenti informatici che raccolgano il percorso di salute in maniera strutturata. Il medico di medicina generale si rivela indispensabile insieme allo specialista (territoriale e non) e ad un coordinatore, che faciliti l'implementazione dell'intero processo.

Il dott. Gigantelli conclude con l'augurio di una riduzione delle distanze tra territorio e aziende sanitarie, attraverso lo studio di implementazione di questi processi, sviluppando un modello più organizzato ed efficiente, integrato, adeguato ai bisogni per il paziente di oggi e di domani.

La dott.ssa Laterza ringrazia per l'attitudine al pensiero positivo e per la speranza che si possa far qualcosa. Interviene il dott. **Grattagliano** che, sin da subito, dichiara condivisione di idee e approccio con il dott. Gigantelli.

Il medico di medicina generale non è solo la figura a cui il paziente si avvicina nel momento iniziale, non è solo il primo contatto, ma è la figura che lo accompagnerà nella gestione continuativa della malattia per tutta

la sua vita. Va assicurato ovviamente un confronto continuo con lo specialista territoriale, il quale diventa consulente e braccio destro del MMG nella gestione del paziente

Quelli che sono stati gli insegnamenti della pandemia, non vanno dimenticati; è impensabile non tener conto di ciò che è successo nella futura riprogrammazione dell'assistenza sanitaria.

La semplificazione dei percorsi suggeriti dal Covid, ci suggerisce di concentrarci sull'essenzialità, snodo attraverso cui ogni intervento di sanità pubblica potrà avere successo.

Il diabete è una condizione sociale diventata più evidente soprattutto negli ultimi anni: nel corso della pandemia il medico ha verificato tra i suoi assistiti un aumento di pazienti diabetici del 13,8%, percentuale decisamente alta. Questo potrebbe forse essere stato causato dalla sedentarietà o dalla chiusura in casa e cattiva alimentazione.

La revisione dei modelli di cura deve partire dall'Università con una visione moderna. È necessario parlare, nell'ambito di formazione del medico e delle altre figure della sanità, di processi, ma anche di micro e macro economia sanitaria, visto che si parla di modelli di cura che impattano pesantemente sui conti regionali e sulle aziende sanitarie.

È importante oggi affrontare il tema dell'aderenza terapeutica, della capacità comunicativa del medico con il paziente e con altre figure di consulenza, definendo piani di assistenza reale basati sulla prossimità di cura e assicurandone la capillarità.

Il dott. Grattagliano conferma la scarsa adesione fino ad ora dei MMG alle proposte innovative anche come conseguenza delle scarse risorse presenti. In Inghilterra vi è un rapporto di 1:3,5 tra medico di famiglia e personale sia infermieristico che di tipo amministrativo; in Puglia questo è di 1:0,5.

È quindi indispensabile un arricchimento ed un incremento del personale, ad oggi dislocato, per la maggior parte, nei reparti Covid ed una semplificazione dei rapporti: non può essere più ammissibile che un medico che fa diagnosi di diabete non abbia la possibilità di emettere un'esenzione per questa patologia o di prescrivere ausili e presidi per il controllo della glicemia, neanche in prima battuta, in attesa di esenzione. Non è pensabile che il MMG non sia affiancato da personale specializzato dedicato all'informazione e alla formazione del paziente, ad esempio per l'utilizzo dei device, così da mantenere alta l'aderenza.

Il dott. Grattagliano conclude esprimendo massima disponibilità per un lavoro costruttivo in questo senso con l'amministrazione, i distretti e gli specialisti.

La dott.ssa Laterza introduce la dott.ssa **Modugno**, endocrinologa, specialista ambulatoriale che proverà a far sintesi su quanto fin ora detto. La dottoressa ripercorre con gratitudine il proprio percorso formativo: dapprima con gli insegnamenti dei prof. Riccardo e Francesco Giorgino ed il prof. Luigi Laviola, successivamente, con un incarico di tre anni come medico nel 118 (esperienza che l'ha avvicinata alla visione della medicina di base e dell'emergenza cardiologica, constatando la gravità delle ipoglicemie e la reale necessità di integrazione tra professionisti) fino alla formazione avuta in Bocconi, grazie ad AMD, che

ha agevolato la comprensione degli indicatori clinici per la costruzione dei PDTA e all'attuale esperienza sul campo come specialista ambulatoriale.

Secondo la dott.ssa Modugno è necessario sul territorio un PDTA regionale, costruito sull'evidence best medicine, che garantisca a tutti i pazienti l'universalità delle cure. Non si può più pensare ad un trattamento basato sul *treat to target*, bensì sul *treat to benefit* o meglio ancora sul *treat to care* che prevede di prendersi cura dell'interesse del paziente secondo il modello bio-psico-sociale, nel quale è attivo anche il sistema sociale che prenda in carico la cura dei pazienti soli, anziani o fragili.

Bisogna applicare tutto ciò che di più innovativo la ricerca scientifica ci permette di avere e "portare l'università sul territorio", mission che il prof. Riccardo Giorgino ci ha lasciato.

Ciò significa offrire la miglior cura possibile al paziente come vero ed ambizioso obiettivo, secondo il concetto di università per il quale anche l'ultimo dei pazienti deve ricevere il meglio dal SSN.

Altro aspetto molto importante è l'educazione del paziente: l'empowerment del paziente richiede tempo con un ingaggio emotivo, una condivisione dei contenuti. La Regione Puglia attraverso il progetto FOODIA-NET, ad esempio, sta offrendo uno strumento educativo per la modifica dello stile di vita e dell'alimentazione.

È importante, affinché questa educazione venga implementata, la costituzione di un team: sono necessari sul territorio infermieri, dietisti che possano ingaggiare emotivamente, educare, istruire il paziente migliorando anche la sua qualità di vita, proponendo ciò che è realmente attuabile, così da assicurare una migliore aderenza terapeutica al trattamento.

Altra necessità, già esposta anche nel progetto CARE 3.0, sono gli obiettivi da identificare per il paziente.

Condividendo il pensiero del prof. Giorgino, il primo obiettivo non può più essere solo il valore di emoglobina glicata, ma la definizione del rischio cardiovascolare, di scompenso cardiaco e di rischio renale: un vero e proprio cambio di paradigma da riportare nella pratica clinica.

La dottoressa racconta come nel suo distretto abbiano già avuto un'esperienza di integrazione, in cui con le risorse disponibili si è cercato di implementare un modello di gestione costituendo un team della medicina di famiglia, un team del centro di diabetologia, un team dell'ospedale di primo e secondo livello, garantendo uno scambio bidirezionale del paziente in base all'intensità di cura. Anche la telemedicina con strumenti semplici e condivisi dagli operatori del territorio, diventa uno strumento fondamentale che consente di assistere rapidamente il paziente ad esempio se dovesse trovarsi improvvisamente in una situazione di deterioramento glicemico o se ci fosse un repentino peggioramento della funzionalità renale.

Altro aspetto da non sottovalutare sono gli indicatori clinici e di sistema; la regione Lazio ad esempio ha utilizzato questi indicatori per il monitoraggio del proprio PDTA: dati clinici che incrociano quelli amministrativi per controllare l'attività svolta.

AMD utilizza già da vent'anni una cartella, donata alla rete ASL BA, in cui i pazienti seguiti in alcuni centri di diabetologia hanno i loro dati informatizzati. AMD inoltre produce i suoi Annali che sono una sorta di fotografia dell'assistenza diabetologica a livello italiano e consentono di individuare aspetti di miglioramento.

Bisogna definire i compiti spettanti al medico di famiglia e al medico specialista, sia territoriale che ospedaliero e definire anche l'attività dell'ospedale di primo e secondo livello. È fondamentale che la medicina di famiglia si faccia carico della prevenzione, individuando i soggetti a maggior rischio, come previsto dalle linee guida delle tre società scientifiche AMD, SID e SIMG.

Prima si intercetta il diabete, prima è possibile curarlo con le terapie più appropriate; la diagnosi precoce deve essere svolta dal medico di famiglia che affinerà sempre più questa capacità diagnostica, concentrandosi anche sull'educazione terapeutica e sulla comunicazione dei rischi a cui il paziente può andar incontro, occupandosi anche della sua presa in carico.

Il paziente diabetico percepisce poco il rischio per la sua salute, per cui è indispensabile da parte del clinico definire la prognosi della patologia ed il percorso di cura, trasferendo l'importanza dell'autocontrollo glicemico.

Fare diagnosi di diabete, in alcune situazioni, non è semplice per la presenza di particolari e complesse condizioni cliniche, per cui in questi casi l'inquadramento diagnostico e l'assegnazione vanno lasciate in mano allo specialista, il quale interpreterà le complicanze, definendo una stadiazione della patologia secondo il Piano Nazionale del Diabete.

Il day service consente al paziente di fare tutti i controlli necessari per 1-2 volte all'anno così da avere sempre un quadro molto chiaro di valutazione della propria salute; i soggetti che durante questi controlli vengono definiti ad alto rischio di scompenso cardiovascolare, sono i pazienti di cui lo specialista deve prendersi carico. Anche i pazienti diabetici di tipo 1 devono essere gestiti nei centri di diabetologia in condivisione con l'ospedale di riferimento poiché questo tipo di diabete necessita di tecnologie che non sempre sono gestite sul territorio.

Auspichiamo nel prossimo futuro che anche in altre patologie, questa educazione strutturata e questi percorsi possano essere diffusi.

La dott.ssa Laterza ringrazia per l'intervento e per aver sottolineato i concetti di equità di cura e di comunicazione con il paziente che la Legge 219 definisce come "tempo di cura" e che a volte può fare la differenza. Introduce così la prof.ssa **Olga Lamacchia** ed il prof. **Luigi Laviola** per il loro intervento congiunto.

La prof.ssa **Lamacchia** fa notare come tutti abbiano rimarcato alcune caratteristiche della patologia diabetica: la cronicità, l'alto rischio cardiovascolare, l'importanza della stratificazione (obiettivo prioritario per il paziente diabetico), la garanzia della continuità assistenziale, ma soprattutto la necessità di assicurare equi ed elevati standard di cura.

Il diabete è una patologia ad alto impatto. In Puglia c'è una prevalenza lievemente superiore al dato italiano di circa 5,4%.

L'aspetto più importante però è il dato di mortalità perché, mentre in Italia questo è di 3-3,5 per 10.000 residenti, in Puglia il tasso di mortalità è più elevato, con un tasso di ospedalizzazione dei pazienti diabetici doppio rispetto a quelli non diabetici a causa delle complicanze.

Negli ultimi anni, le tecnologie si sono rese sempre più disponibili e al servizio del paziente e del diabetologo rivelandosi utili per il raggiungimento di obiettivi clinici importantissimi. Per questo la Regione Puglia si è impegnata tantissimo, anche grazie al Tavolo tecnico, dando flessibilità di prescrizione di presidi tecnologici, di identificazione di centri di prescrizione degli stessi, garantendo l'ottenimento, in molti pazienti, di un buon controllo metabolico, ottimizzandone la terapia insulinica.

I sistemi di monitoraggio, di microinfusione, ma anche i sistemi organizzativi, hanno consentito al medico di gestire anche a distanza il paziente diabetico fornendo uno strumento di assistenza continua di alto livello. L'innovazione e l'evoluzione tecnologica dell'ultimo periodo e la diffusione di tutte le reti telematiche ha imposto un certo ripensamento rispetto alla modalità di erogazione delle prestazioni, passando dalla classica cura alla telemedicina, attraverso la televisita o il teleconsulto che hanno trovato la loro massima possibilità di applicazione durante l'emergenza pandemica, garantendo la continuità assistenziale e la messa in sicurezza dei sanitari e dei pazienti.

La preconditione all'utilizzo della telemedicina è l'uso di una cartella clinica informatizzata che permetta la registrazione degli esami biochimici, dei dati antropometrici, clinici, storicizzando le motivazioni di ogni decisione terapeutica. La predisposizione da parte di ogni centro di una cartella clinica informatizzata ha permesso l'archivio di informazioni e ha consentito al diabetologo l'accesso ai dati e la possibilità di fornire a distanza dei consigli utili.

La telemedicina è una buona opportunità per l'ottimizzazione delle risorse, per un miglioramento dei processi di cura attraverso una riduzione del numero di accessi al pronto soccorso, di ospedalizzazioni evitabili e di visite ambulatoriali, consentendo un feedback in tempo reale sull'autocontrollo glicemico.

Esistono però delle criticità insieme alle opportunità: l'innalzamento del livello delle prestazioni, l'occasione di crescita professionale, la maggiore appropriatezza e rapidità di interventi comportano un prolungato tempo di lavoro con conseguente necessità di rafforzare le risorse umane e le infrastrutture tecnologiche che supportano queste tecnologie.

Se da un lato la telemedicina può rappresentare una eliminazione di barriera nella distanza tra medico e paziente, resta però ancora critico l'accesso per alcuni di questi i quali non hanno la possibilità di accedere alla telemedicina, con conseguente aderenza ridotta; quindi questa modalità alternativa, purché efficace, deve essere parte integrante e non sostitutiva della classica modalità di erogazione di cura.

È necessario che tutti gli operatori sanitari siano formati ed informati sulle tecnologie a disposizione e che ricevano anche una formazione psicologica adeguata a umanizzare le relazioni a distanza.

È una sfida per il futuro: la digitalizzazione e la connettività fanno parte del nostro quotidiano; la possibilità di praticare la telemedicina è stata un'opportunità in questo periodo, ma è necessaria una regolamentazione.

Per la **costruzione di un PDTA regionale** è indispensabile l'istituzione di una cartella clinica condivisa, come unico strumento di comunicazione. La vera sfida non sarà la tecnologia che già si utilizza, ma l'ottimizzazione delle risorse disponibili, utilizzando anche strumenti di intelligenza artificiale per gestire la grande mole di dati che si hanno a disposizione così da poter fare un'analisi predittiva e prescrittiva. Probabilmente la sfida più grande e vera sarà realizzare sofisticazioni dell'esame dei dati e l'utilizzo dei Big Data, attraverso simulazioni del tipo *what-if*, per capire se e come, attraverso la modifica di alcuni fattori, si possono migliorare gli outcomes selezionando i comportamenti ottimali. In questo modo si attiveranno modelli di stratificazione del rischio e si creerà una medicina di precisione personalizzata che individui strategie terapeutiche, anche tecnologiche, per ciascun paziente.

Prende la parola il prof. **Laviola** che legandosi al discorso della collega, riprende dei concetti derivanti dall'esperienza pratica, racchiusi in tre parole:

- integrazione
- interoperabilità
- ristrutturazione intelligente

I Big Data e la gestione di questi, rappresentano sicuramente una sfida per il futuro in tutti i campi, ma anche già per il presente.

Al momento si ha l'esperienza di *Urban Diabetes*, in cui i database amministrativi hanno consentito di generare una mappa molto interessante della distribuzione della malattia cronica nella città di Bari, appartenente al circuito di 14 città nel mondo aderenti al progetto.

L'intersecazione delle reti amministrative con quelle cliniche potrebbe generare dei risvolti importantissimi e di arricchimento sia dal punto di vista clinico, a servizio della popolazione, sia dal punto di vista strategico, perché una regione che presenta dati di questo tipo acquisisce un valore anche a livello nazionale ed internazionale.

Come già detto dal prof. Giorgino, è stato valutato l'effetto di determinate scelte farmacologiche su alcune complicanze. Se tanto può esser vero che l'Università si occupa di argomenti un po' più di nicchia, è altrettanto vero che questa si avvicina alla pratica attraverso la pubblicazione di dati in cui si evidenzia che una determinata scelta farmacologica riduce del 20% lo scompenso cardiaco.

Si è sempre detto che i budget regionali siano paragonabili a dei silos che non comunicano tra loro per una visione dell'organizzazione della sanità di tipo verticale, per cui se vi è un risparmio da un lato, lo stesso non può essere reinvestito al fine di liberare risorse.

In Puglia si hanno dati dei PS che attestano che un episodio di ipoglicemia per il paziente diabetico costa circa € 3.000, per cui la scelta di utilizzare un farmaco che riduca del 50-70% le ipoglicemie su 400.000 diabetici pugliesi diventa molto importante dal punto di vista socio-sanitario.

L'interoperabilità è la sfida informatica del futuro e del presente, con sistemi interconnessi tra loro e condivisibili.

Il terzo elemento è la ristrutturazione intelligente: lavorare meglio con le risorse già a disposizione attraverso un progetto di ricostruzione e di costruzione di nuovi percorsi.

L'esperienza Covid ci ha già dimostrato che questo può essere possibile: il 9 Marzo 2020 è stato stabilito in Italia il lockdown, l'11 Marzo 2020 è stata contattata la Direzione Sanitaria del Policlinico per concordare una modalità di interazione a distanza con il paziente; il 20 Marzo 2020 la DS con una apprezzabile lungimiranza ha autorizzato questa modalità di gestione, riconoscendo la prestazione in virtù dello stato di emergenza. Nelle otto settimane di lockdown sono state eseguite, in presenza o a distanza, il 95% delle visite prenotate di cui l'80% in telemedicina.

Nello stesso periodo negli Stati Uniti hanno perso il 60% delle visite prenotate, effettuando solo il 14% di visite in telemedicina.

Questa esperienza è confluita in un PDTA, portato avanti dalle società scientifiche diabetologiche ed endocrinologiche che, grazie al prof. Giorgino, Presidente della Società di Endocrinologia, è stato presentato, approvato e validato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Altre regioni hanno utilizzato questo lavoro derivante anche dall'esperienza pugliese, per aggiornare le loro normative. La Puglia ancora non l'ha fatto, tanto che anche il secondo lockdown è stato poi gestito con gli stessi strumenti del primo.

Il prof. Laviola, conclude con l'augurio che le esperienze avute possano essere valorizzate nell'ottica di contribuire alla costruzione del progetto, oggetto della discussione.

La dott.ssa Laterza invita all'intervento gli specialisti cardiologi, esponenti regionali delle principali società scientifiche regionali: il dott. **Angelo Aloisio**, il dott. **Pasquale Caldarola**, il prof. **Marco Matteo Ciccone** e la dott.ssa **Antonella Mannarini**.

L'utilizzo della tele cardiologia, secondo il professor **Ciccone**, dovrebbe essere confinato alla gestione del paziente da parte di specialisti, i quali provvederanno anche alla consegna dei referti.

La tele cardiologia tuttavia, può fornire uno strumento utilissimo per stringere legami tra i diversi professionisti e i diversi setting, territorio- ospedale- ambulatorio- domicilio.

Le tele specializzazioni nascono negli ospedali creando un network estremamente importante nel trasferimento di informazioni a partner medici, specialisti del territorio, specialisti ambulatoriali, ma anche a partner infermieristici. A partire dallo Studio Leonardo, proseguendo con lo Studio Nardino e da altre esperienze regionali, è emerso il ruolo fondamentale del care-manager che, per esempio, nell'emergenza delle sindromi coronariche acute, è la prima persona che interloquisce con il parente o con il paziente con dolore toracico acuto, fornendo una pronta valutazione, attribuendo un codice e giocando un ruolo fondamentale nel rapporto emergenza- cronicità.

Altro aspetto fondamentale è quello dei sistemi di tele monitoraggio: oggi si ha la possibilità di inserire il paziente a medio rischio in una degenza ambulatoriale e di gestire tramite app o tramite un rapporto medico-

paziente a distanza, le visite elettive meno complesse e le emergenze mediche o infermieristiche minori. Questa idea al momento è presente solo nella ricerca, ma ci si augura che possa presto avere uno sviluppo nella pratica clinica. Altro importante aspetto trattato è quello delle cronicità, definite come univoche. Pur esistendo criticità cardiologiche, diabetologiche, nefrologiche, ecc, oggi mettere insieme le reti delle cronicità diventa fondamentale. Esistono delle patologie tempo- dipendenti che possono essere trasversali: alcune necessitano di tempi di prestazione brevissimi, altre di tempi medi, altre ancora di tempi più lunghi ed è qui che la figura del caro manager e la tele specializzazione possono offrire un contributo sostanziale nell'individuazione sul territorio di questi pazienti. Il prof. Ciccone conclude con la convinzione che gli strumenti delle tele specializzazioni saranno il futuro, garantendo un risparmio della spesa, risolto apprezzato senza dubbio dal decisore politico.

La dott.ssa Laterza ringrazia il prof. Ciccone e passa la parola al dott. Caldarola chiedendo quali siano le motivazioni per cui il cardiologo, al di là del chiaro beneficio nella gestione del rischio cardiovascolare, sia interessato a queste nuove classi di farmaci.

Il dott. **Caldarola** ringrazia per l'invito a questa discussione multidisciplinare, premettendo che il suo discorso seguirà una linea che parte dalla fase acuta e termina con la fase cronica.

In tutti i settori, negli ultimi anni, si sono ottenuti risultati straordinari nella gestione delle problematiche acute del paziente cardiopatico, ma anche con problematiche vascolari; questo è stato possibile grazie alla coniugazione di due aspetti, i nuovi trattamenti farmacologici e la riorganizzazione dell'assistenza. Per l'infarto acuto, ad esempio, in passato, si aveva a disposizione solo la polarizzante per trattare il paziente mentre oggi, grazie all'angioplastica e all'importante contributo degli emodinamisti sono state introdotte tecnologie più avanzate, portando il tasso di mortalità per infarto dal 13% al 3%. Dal punto di vista dell'organizzazione i cardiologi sono stati i precursori delle reti cliniche, inventando il modello HUB e SPOKE, oggi messo in discussione. Il peso degli aspetti organizzativi negli outcomes di salute è emerso drammaticamente con l'esperienza Covid-19 quando, la mortalità per infarto del miocardio è raddoppiata (maggiormente quella extraospedaliera, ma anche quella intraospedaliera) a causa degli accessi ritardati dei pazienti in ospedale, riportando alla luce le complicanze ormai desuete, come ad esempio le rotture di cuore, di valvole mitrali, le perforazioni del setto...

Il binomio organizzazione- innovazione terapeutica ha portato quindi dei grandi risultati nella fase acuta. Nonostante questo, persistono criticità nella gestione del paziente cronico. Gli ultimi dati del PNE, ma anche i dati europei e mondiali, che si riferiscono all'anno 2018, dimostrano che nell'ambito dei pazienti cardiopatici ischemici post SCA, l'incidenza di eventi ad un anno è del 20%; questo significa che un paziente che è stato salvato da un infarto, entro un anno incorrerà o in episodi di angina, o intervento di rivascolarizzazione, o scompenso cardiaco o altra complicanza cardiovascolare...

I **dati di mortalità del PNE** sono allarmanti: in 10 anni, dal 2010 al 2020, la curva della mortalità del post acuto scende di pochissimo, passando dal 10 al 9,3%.

È quindi importante chiedersi perché manchi il beneficio nella fase cronica.

Sono tre gli aspetti fondamentali:

1. **LA PERSISTENZA DEL RISCHIO RESIDUO DOVUTO AL MANCATO RAGGIUNGIMENTO DEI TARGET RACCOMANDATI DALLE LINEE GUIDA:** i dati epidemiologici nazionali ed internazionali dimostrano che nel 70% nei pazienti cardiopatici post acuti, i livelli di colesterolo non raggiungono il target, probabilmente a causa di una scarsa aderenza.
2. **PRESA IN CARICO:** nel 2015-2016, con il Direttore Generale dott. Vito Montanaro, si sono poste le basi e avviate le attività per il PROGETTO PONTE.

Esaminando i dati dei 1250 pazienti seguiti nella fase post acuta di un infarto, sono stati estratti dati sconcertanti che hanno imposto la riorganizzazione del percorso nel Dipartimento Cardiologico della ASL BA.

Il paziente dimesso dall'ospedale con una cartella elettronica e con un appuntamento di controllo già fissato, a 30-40 giorni, viene affidato, per un attento follow up, al MMG e ai cardiologi territoriali per proseguire il suo percorso almeno nel primo anno, che è l'anno critico.

Grazie a questa riorganizzazione e come conseguenza degli aggiustamenti terapeutici secondo le linee guida, associando alle statine l'ezetimibe o il PCSK9, il 70% dei pazienti è risultato a target. Nel paziente diabetico che ha avuto un evento CV, ad esempio, dopo consulto con il diabetologo, è possibile introdurre le terapie innovative che danno benefici cardiovascolari e che hanno dimostrato di ridurre l'ospedalizzazione, ma anche gli eventi MACE e la mortalità.

Secondo le ultime linee guida che saranno presentate a fine agosto all'ESC, si parla non più di triplice terapia, ma di quadruplica terapia dello scompenso cardiaco. La triplice terapia era costituita da beta-bloccanti, da interferenti con il sistema renina-angiotensina e da inibitori dell'aldosterone: oggi vengono messi sullo stesso piano gli SGLT2 inibitori, come terapia di prima linea. L'abilità del clinico sarà quello di gestire, ad inizio di terapia, dosaggi idonei per ciascun tipo di paziente (con il paziente più congesto sarà possibile da subito la somministrazione di SGLT2i, se è più tachicardico sarà bene invece insistere con i beta-bloccanti). Il paziente diabetico è sempre un paziente ad alto o ad altissimo rischio cardiovascolare, quindi vanno fatti investimenti di risorse di tipo terapeutico ed organizzativo, attraverso azioni concrete, ideando i percorsi più ragionevoli possibili. I PDTA esistenti, come per esempio quello del Piemonte, vanno snelliti; vanno ben definite le matrici di responsabilità, cioè chi fa che cosa; vanno definiti i criteri per la definizione del piano assistenziale individualizzato del paziente che non è più solo un paziente cardiologico, ma anche un paziente nefrologico e diabetologico. Questa deve essere la logica che deve guidare tutti, in attesa di percorsi strutturati definiti.

3. **DIGITAL HEALTH:** è un mondo complesso di cui si hanno diverse sperimentazioni, che spaziano dalla raccolta di dati amministrativi, ai Big Data fino all'intelligenza artificiale.

Durante l'esperienza diretta di ricovero come paziente Covid-19, il dott. Caldarola, notando le difficoltà gestionali dei sanitari, ha avuto l'idea di far strutturare il modulo per la gestione dei pazienti di Covid e per il Virtual Ponte, organizzando le televisite in maniera molto semplice. Per il paziente con scompenso cardiaco, se è un paziente cronico stabile, non occorrono che poche domande specifiche (terapia in corso, pressione, diuresi); dopo prenotazione, il paziente ha così la possibilità di interfacciarsi con il medico, vedendolo e parlandogli in videoconferenza.

Inoltre, oggi si ha la possibilità di interrogare da remoto i device (pacemaker, defibrillatori).

Ciò che è necessario fare è riconoscere una tariffa per queste prestazioni, cosa che al momento non è ancora regolamentata.

La Regione Puglia ha costituito un'area e-Health in ARESS che deve occuparsi di questo e, che si ispira alle parole del dott. Gorgoni: "la Digital Health non può essere un software o un hardware, ma un profondo cambio culturale ed organizzativo".

Sono numerosi i fondi a disposizione in questo momento, ma l'augurio con cui il dott. Caldarola conclude l'intervento, è che questi vengano investiti per l'organizzazione, incentivando anche i clinici per l'utilizzo di progetti innovativi come il **TALISMAN**, ad esempio.

La dott.ssa Laterza ringrazia il dott. Caldarola per gli interessanti spunti di riflessione e per la passione con cui li ha esposti e passa la parola alla dott.ssa Mannarini, riportando l'attenzione sul paziente diabetico che si rivolge all'ospedale per un problema cardiologico acuto.

La dott.ssa **Mannarini** ringrazia il collega dott. Caldarola per la veemenza contagiosa del suo intervento e gli porge i suoi complimenti per il progetto PONTE che ha dato un importante contributo, tanto che l'ANMCO nazionale l'ha recepito come riferimento nazionale.

Riprendendo le parole del prof. Giorgino, che ha parlato di nuovo paradigma, osserva come per i cardiologi questo sia rappresentato dai nuovi trattamenti, poiché in questo momento gliflozine e analoghi del GLP1 rappresentano un'arma in più a disposizione, soprattutto per il paziente con scompenso cardiaco.

Nell'identificare i pazienti più a rischio, il diabete diventa un fattore predittivo indipendente di eventi avversi nel paziente con patologia cardiovascolare già manifesta. Citando il prof. Cosentino, il quale ha redatto le linee guida del diabete e pre-diabete nelle malattie cardiovascolari, possiamo oggi ben dire che la scoperta di questi nuovi farmaci, ormai raccomandati in classe 1°, deve essere considerata un evento importantissimo non solo per la specialistica diabetologica, ma anche nell'ambito cardiovascolare.

Così come raccontato dal dott. Caldarola, facendo riferimento ai dati del registro IN-CHF, il 20% dei pazienti ad un anno dell'evento acuto vanno incontro ad un altro evento e il 5-10% di questi, negli anni successivi ne presenta altri.

Al contrario di quanto si pensi o si dica, la dottoressa fa notare come molto spesso il primo contatto del paziente con complicanza CV, non avviene con il medico di medicina generale, ma con lo specialista

ospedaliero e questo perché nel 50% dei pazienti diabetici, la prima manifestazione clinica è di tipo cardiovascolare ed è in questo modo che si riesce a far diagnosi della patologia diabetica.

Di conseguenza, molto importante si ritiene sia:

- la diagnosi precoce di forme di pre-diabete o di diabete mai diagnostico, con immediata valutazione del rischio cardiovascolare
- la valutazione del rischio cardiovascolare globale, verificando se questo paziente oltre al diabete ha altri fattori di rischio cardiovascolari
- l'identificazione di eventuali danni d'organo

Tutto questo può esser fatto soltanto attraverso una condivisione multidisciplinare di percorsi per l'identificazione e per la stadiazione della malattia diabetica, anche attraverso la condivisione di approcci terapeutici.

Il cardiologo ospedaliero ha il compito di trattare l'evento acuto CV, ma nel momento in cui il paziente fa accesso in ospedale, non può solo concentrarsi sulla malattia cardiovascolare, ma deve provare ad indagare la presenza di una forma di pre-diabete o di diabete non diagnosticato o, nel caso di un paziente diabetico dichiarato, il medico deve verificare quanto sia stato aderente alle terapie e quanto queste siano state appropriate. Il ricovero per un evento CV, modifica inevitabilmente il rischio, portandolo ad un livello superiore: il paziente con diabete ed evento cardiovascolare viene inevitabilmente definito come un paziente ad altissimo rischio cardiovascolare, per cui necessita di questi nuovi farmaci.

Il momento più delicato in ospedale è quello della dimissione.

Sarebbe bello immaginare e definirla come una dimissione protetta, garantendo al paziente di lasciare la struttura di ricovero con rischio CV definito, dopo adeguato counseling, con un piano terapeutico, con un percorso delineato, condividendo con i colleghi del territorio informazioni chiare. Molto spesso però questi rischi sono collegati perché, come è ben noto, la causa dello scompenso cardiaco è la cardiopatia ischemica, quindi con larga probabilità questi potrebbero essere pazienti eleggibili ad entrambe le terapie con analoghi del GLP1 e SGLT2i, terapie attualmente non prescrivibili simultaneamente, nonostante la letteratura ne preveda l'associazione.

Sarebbe utile che il paziente avesse anche un percorso diabetologico e uno nefrologico prestabilito, ma questi per funzionare non possono essere slegati tra di loro. Devono essere dei percorsi automatici: ognuno deve sapere cosa fare, come e dove, quali tecnologie utilizzare, quale personale e quali i luoghi dove realizzarli. Solo così si potrà giungere ad una vera integrazione tra ospedale e territorio.

La difficoltà vera rispetto ai PDTA è la necessità di metterli in pratica e di dare capillarità ai contenuti dello stesso: questo dovrebbe essere il primo esito di valutazione, tenendo conto delle situazioni singole di ciascun territorio.

Infine, in accordo con quanto detto prima dai colleghi, anche la dottoressa condivide i concetti di interoperabilità e di ristrutturazione intelligente, attraverso la medicina digitale.

La dott.ssa Laterza passa la parola al dott. Aloisio, chiedendo un parere sulla effettiva possibilità di costruire una rete efficace che unisca il territorio all'ospedale, coinvolgendo la medicina generale, gli specialisti ambulatoriali, gli ospedali e l'università garantendo la dimissione protetta al paziente e la continuità terapeutica e assistenziale.

Il dott. **Aloisio** dichiara subito che tutto questo è possibile.

La gestione della cronicità inizia in ambito ospedaliero, ma inevitabilmente è destinata ad essere gestita e seguita in ambito territoriale con un'assistenza continua. Ed è questo il motivo per cui la cardiologia territoriale merita un ruolo centrale nell'ambito della gestione cronica di questi pazienti, riservando a quella ospedaliera gli aspetti più complessi, così da seguire l'assistito più da vicino e così da liberare gli ospedali dal fardello della cronicità.

Il ruolo del cardiologo territoriale è essenziale soprattutto per i pazienti naive, per i quali è importante fare una stratificazione del rischio permettendo l'attribuzione della terapia più idonea.

Altra cosa importante è la prevenzione degli eventi cardiovascolari, fatta attraverso strategie atte a migliorare la prognosi ed evitare eventi acuti: bisogna evitare il più possibile che il paziente con diabete arrivi in ospedale con infarto.

Importante anche è l'identificazione precoce di un danno d'organo anche non manifesto. Il paziente diabetico è un paziente molto particolare per via della neuropatia diabetica e può manifestare eventi ischemici acuti o infarti acuti asintomatici o con una sintomatologia non eclatante. Per cui identificare una cardiopatia ischemica silente o misconosciuta, consente di trattare precocemente il paziente garantendogli una migliore prognosi.

Il diabete e le patologie cardiovascolari legate a questo, sono patologie croniche, per cui una buona gestione del paziente consente di ottimizzare la terapia, anche attraverso il teleconsulto.

Tutto questo rientra in un follow up generalizzato dei pazienti che permette di accreditare un ruolo centrale agli specialisti ambulatoriali, ma anche un ruolo integrato a quello del diabetologo e del nefrologo per consentire, nell'ambito di un day service, di seguire meglio questi pazienti, delegando all'ospedale solo la gestione dell'acuzie.

A questo punto la dott.ssa Laterza invita all'intervento i nefrologi: il prof. **Loreto Gesualdo** ed il dott. **Luigi Vernaglione**.

Il dott. **Vernaglione** ringrazia per l'invito e spiega quanto l'insufficienza renale cronica pesi e sia importante per il SSN, non solo perché esita in progressione nell'emodialisi o nel trapianto, ma anche per il follow up dei pazienti dal punto di vista socio-sanitario ed economico. Durante l'evoluzione della malattia renale cronica, nel passaggio attraverso i vari gradi dell'insufficienza renale, intercorrono delle complicanze, portando il paziente all'ospedalizzazione e ad aggiungere al peso della malattia renale, quello delle patologie associate.

Ecco perché in questo contesto la multidisciplinarietà diventa un mandato che permette di ottimizzare un percorso e di giungere alla definizione diagnostico-terapeutica migliore per il paziente.

Nel 35-40 % dei casi, l'insufficienza renale cronica ha un esordio legato alla patologia endocrinologica. Negli ultimi cinque anni, studi focalizzati in ambito diabetologico hanno dato risultati che hanno attratto l'attenzione dei nefrologi. Basta pensare allo **STUDIO EMPA-REG OUTCOME** che aveva come obiettivo quello di valutare l'efficacia di alcuni farmaci antidiabete, dimostrando che questi hanno un'efficacia anche sul paziente con insufficienza renale.

L'empagliflozin ha dimostrato di ridurre il rischio relativo di peggioramento dell'insufficienza renale del 39%, ma anche con lo **STUDIO CREDENCE** si è dimostrato come il canagliflozin riduce il rischio relativo di outcomes cardio-renali del 30% e del 34% e i livelli di albuminuria nei pazienti con nefrologia diabetica. Per questo motivo si è pensato che fosse il caso di focalizzare l'attenzione anche in ambito nefrologico per questa classe di farmaci, valutandone gli outcomes renali, disegnando studi che avessero come scopo principale quello di valutare l'impatto sul paziente. Lo **STUDIO DAPA-CKD** è il più recente studio in cui si è comparata l'associazione con dapagliflozin al placebo in una popolazione di pazienti nefropatici con microalbuminuria e con un follow up dopo circa 2,5 anni, si è valutato l'outcome primario, un composito che analizzava la progressione dell'insufficienza renale, il declino dell'eGFR, il raggiungimento dell'uremia terminale o la morte per causa renale o cardiovascolare. Questo studio ha coinvolto circa 4500 pazienti in 21 paesi e 4 continenti, valutandone così, per la prima volta, outcomes nefrologici su vasca scala.

È stato uno studio randomizzato, in cui i gruppi erano ben stratificati, per cui il gruppo trattato e quello di controllo avevano delle caratteristiche demografiche, antropometriche, cliniche e terapeutiche sovrapponibili. Questo ha dimostrato una riduzione dell'outcome primario del 39%, non soltanto per quello combinato, ma anche per i singoli parametri valutati.

È anche stato messo in evidenza come la condizione di diabete mellito non fosse determinante ai fini del raggiungimento dell'outcome, portando in luce come questi farmaci generino un rallentamento della progressione dell'insufficienza renale, sia nel paziente diabetico che non diabetico: un dato che desta meraviglia e che promette una migliore gestione della patologia nefrologica cronica. Essendo la patologia renale cronica una progressione, sarà opportuno graduare l'approccio terapeutico in maniera programmata ed incisiva.

Anche rispetto alla valutazione degli endpoints secondari si evidenzia una riduzione significativa nei pazienti trattati e, rispetto alla sicurezza, non sono stati riscontrati effetti avversi differenti tra i due gruppi.

Per cui, in termini di efficacia e sicurezza, si hanno dati positivi sull'utilizzo di questi farmaci, lasciando ben sperare per il futuro. Restano importanti nodi da migliorare: la multidisciplinarietà ed i percorsi, assicurando l'utilizzo clinico migliore di questi farmaci e una loro agile prescrivibilità da un punto di vista amministrativo. Il dott. Vernagione cede la parola al prof. **Gesualdo** che, dopo aver ringraziato per l'invito all'interessante assemblea multidisciplinare, si concentra sul tema dei percorsi di cura integrati immaginando un modello pugliese.

La nefrologia dopo vent'anni dispone finalmente di nuovi ed efficaci farmaci che tuttavia non sono ancora prescrivibili dal nefrologo. I dati che si hanno oggi a disposizione sono molto entusiasmanti e questo non solo per le glifozine, che garantiranno un beneficio al mondo della nefrologia della prevenzione cardiovascolare.

All'orizzonte ci sono anche altri farmaci come gli inibitori di SGLT2 e gli analoghi del GLP1 che associati agli ACE-inibitori e ai sartani potrebbero garantire benefici al paziente con malattia renale cronica diabetica (e auspicabilmente non diabetica), ai pazienti a rischio CV e al paziente obeso. Lo studio RIACE e le KDIGO ci insegnano che non è solo il grado di eGFR da valutare, ma anche il grado di albuminuria (micro/macro) e di ACR, permettendo una stratificazione di questo paziente. È necessaria una diagnosi precisa, attraverso una fenotipizzazione, per poter attribuire al paziente la terapia più idonea ed è qui che emerge l'importanza della multidisciplinarietà immediata tra diabetologo, cardiologo e nefrologo.

Il prof. Gesualdo ribadisce quanto sia fondamentale la multidisciplinarietà e l'affermazione della specialistica territoriale, cerniera tra il MMG e lo specialista ospedaliero.

In *real life* questa integrazione di fatto ancora manca e andrebbero quindi urgentemente strutturati e regolamentati percorsi, idonei e fruibili, che comprendano tecnologie e terapie digitali e che agevolino anche il paziente più fragile.

Anche il medico di famiglia ha un ruolo fondamentale nella gestione di questo paziente, utilizzando gli strumenti che ha a disposizione, come lo studio dell'eGFR e dell'ACR e l'esame della Cistatina C per il paziente borderline. In questo modo si potrà individuare in maniera precoce il paziente da mettere in protezione. È necessaria una piattaforma digitale a cui deve accedere anche il MMG con cui attualmente non è semplice l'interazione, ma che potrebbe dare la vera svolta nelle operazioni di scouting e screening di questi pazienti, consentendo un intervento precoce.

In Puglia, anche grazie al lavoro di AReSS, dovremmo essere in grado di costruire reti efficienti, sulla linea **della rete ReNDiT** della nefrologia, dialisi e trapianto, da poco istituita in Regione.

Il prof. Gesualdo conclude lanciando una sfida: attualmente si hanno a disposizione farmaci promettenti, che qualora confermino i dati in *real life*, potrebbero non solo portare esiti positivi sullo stato clinico del paziente, ma ridurre anche la spesa. Identificare e trattare in maniera precoce questi pazienti che hanno costi annuali molto onerosi, potrebbe portare vantaggi in termini di sostenibilità.

La nefrologia pugliese è a disposizione a dare il proprio contributo, non solo per la multidisciplinarietà, ma anche per la costruzione della rete trasversale.

La dott.ssa Laterza ringrazia il prof. Gesualdo per la sua visione di futuro e invita al suo intervento la dott.ssa **Rosalia Serra**, diabetologa ambulatoriale, per la presentazione della sua esperienza virtuosa presso la ASL Lecce.

La dottoressa precisa che la sua non è un'esperienza aziendale, ma un progetto che parte da lontano e scaturisce da due considerazioni: la possibilità di utilizzare i nuovi farmaci con efficacia sia glicemica, ma anche cardiovascolare e renale, e il progetto **PUGLIA CARE 3.0**.

Da qui è nato l'ambulatorio diabetologico cardio-renale: i pazienti affetti da multicronicità vengono presi in carico da professionisti sanitari di diversa estrazione, in momenti diversi del loro percorso evolutivo, superando la ridotta probabilità di scambio di informazioni tra i vari operatori, nei vari setting ambulatoriali ed ospedalieri.

Quando si parla di modernizzazione, non bisogna far riferimento solo alla telemedicina, ma all'organizzazione del percorso e alla gestione del paziente diabetico. Inizialmente in questo progetto ci si è concentrati sullo scompenso cardiaco facendo una fotografia dell'esistente; i dati analizzati hanno portato alla luce come solo un terzo dei pazienti diabetici afferisse alle strutture specialistiche e quanto ci fosse ancora un altissimo numero di prescrizioni di sulfaniluree.

Si è sentita dunque l'esigenza di organizzare un percorso che prevedesse una gestione integrata garantita anche da agende di prenotazione condivise e strutturate in maniera chiara e precisa, tra diabetologo, cardiologo e nefrologo al fine di:

- migliorare l'approccio diagnostico e terapeutico dei pazienti diabetici con scompenso cardiaco secondo le più recenti raccomandazioni della letteratura
- identificare i pazienti "occulti", a rischio di SC (prescompenso)
- ridurre il numero di ospedalizzazioni e di reospedalizzazioni
- ridurre il ricorso a frequenti visite cardiologiche

Il progetto si è svolto c/o l'U.O.S.T. di Endocrinologia e Diabetologia della Cittadella della Salute (Responsabile dott.ssa Rosalia Serra) in collaborazione con l'U.O.T.S. di Cardiologia (Responsabile dott. Massimo Trianni) e gli ambulatori specialistici di Nefrologia (dott. Mario Gallucci, dott.ssa Assunta Antonaci) del DSS di Lecce.

Il paziente eleggibile, con sospetto scompenso cardiaco e/o portatore di malattia renale cronica o con indicazione alle terapie innovative del diabete, viene prenotato in apposite agende esclusive di cardiologia, di nefrologia e di diabetologia alle quali hanno accesso gli specialisti coinvolti, in giorni del mese dedicati, seguendo un differente percorso a seconda della specifica condizione clinica.

Il Team prevedeva incontri bimestrali durante i quali sarebbero stati discussi i casi più importanti che rappresentano opportunità di confronto, crescita e condivisione delle diverse competenze specialistiche.

Trasformare il progetto pilota in un PDTA aziendale con la valutazione degli esiti clinici, economici ed organizzativi con opportuni indicatori, sarebbe l'auspicabile fine ultimo.

La dott.ssa **Laterza** conclude la giornata formativa proponendo una sintesi di quanto emerso dal confronto tra i partecipanti:

1. NUOVO PARADIGMA DI CURA

È necessario che la persona con diabete acceda al nuovo paradigma di cura raccomandato dalle linee guida nazionali ed internazionali che considerano non più solo gli interventi mirati alla normalizzazione delle alterazioni glicemiche, ma anche le soluzioni terapeutiche che hanno dimostrato di ridurre il rischio cardiovascolare e renale nella persona con DMT2.

2. NUOVO PARADIGMA DI ASSISTENZA

È indispensabile partire dai reali bisogni della persona con diabete e offrire percorsi assistenziali che sfruttino al meglio le opportunità offerte dalla tecnologia, senza trascurare i bisogni sanitari e sociali che incidono sugli outcomes di salute. Si auspica un potenziamento delle reti di prossimità per favorire la prevenzione, l'emersione precoce e il follow-up.

3. RETI CLINICHE E PDTA

Le reti cliniche multidisciplinari e i percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, secondo le indicazioni deliberate dalla Regione Puglia, possono costituire strumenti utili per tutti gli stakeholder e favorire omogeneità di trattamento ed equità di cura del DMT2 sul territorio regionale.

4. FORMAZIONE E INFORMAZIONE

Per tutti gli operatori sanitari coinvolti è indispensabile una formazione scientifica, tecnologica, economico-sanitaria, personale e in ottica multidisciplinare. Va ottimizzata anche l'informazione alla persona con diabete, sia in termini di comunicazione medico-paziente sia per un corretto engagement che rinforzi l'adesione ai corretti stili di vita e ai trattamenti prescritti.

5. MONITORAGGIO DELL'ESISTENTE

Nonostante la frammentazione dell'offerta assistenziale sul territorio, legata alla mancanza di piani condivisi, le eccellenze locali vanno sostenute quando uniscano maturità delle strutture sanitarie, volontà di integrare le competenze e utilizzo di percorsi semplificati per l'utente.

6. CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA REGIONALE

La sfida per il futuro è una cartella informatizzata condivisa che sia il risultato di uno sforzo per assicurare l'interoperabilità informatica tra soluzioni regionali già applicate e testate nel tempo. La cartella regionale sarà finalizzata non solo ad uniformare l'accesso ai dati dei pazienti ma dovrà essere utilizzabile anche a scopo predittivo e di programmazione sanitaria.

7. PROGETTI PILOTA

I percorsi virtuosi sul territorio pugliese vanno valutati e ottimizzati per diventare rapidamente progetti pilota o essere integrati nel PDTA.

8. TARIFFAZIONE DELLE PRESTAZIONI di E-HEALTH

Per favorire, quando possibile, percorsi assistenziali agili.

9. DIMISSIONI PROTETTE

Per i pazienti più complessi è indispensabile disegnare percorsi di dimissione protetta dall'ospedale sul territorio, per liberare i posti letto riservati all'acuzie e ai casi complessi e garantendo un approccio multidisciplinare formalizzato e un monitoraggio attento soprattutto nel primo anno dopo un evento CV.

Il prof. **Giorgino** condividendo l'ottima e puntuale sintesi fatta dalla dott.ssa Laterza che ha colto gli elementi essenziali per la costruzione del PDTA regionale, sottolinea come questo sia già stato commissionato al Tavolo tecnico.

Inoltre, evidenzia come nell'incontro si siano fatti notevoli passi in avanti rispetto al passato e, per la prima volta, il confronto ha portato ad una comunanza di idee e di intenti tra clinici di diversi setting assistenziali e diverse discipline ed istituzioni. Vi è un miglior dialogo tra la medicina di famiglia e quella specialistica, tra i diversi specialisti e tra le strutture ospedaliere e territoriali, che consente di delineare più chiaramente gli elementi di integrazione e di sintesi.

Dall'incontro sono emersi una serie di contributi che il Tavolo tecnico prenderà certamente in considerazione. Per quel che riguarda l'aspetto tecnologico, attualmente, si stanno esplorando percorsi differenti con diverse esperienze e soluzioni; la diabetologia ha un'esperienza di telemedicina e di sanità digitale già da molto tempo, strutturata con soluzioni dedicate a pazienti, ad esempio, portatori di microinfusori o sistemi integrati con software o piattaforme estremamente evoluti e già testati negli anni. Risulta indispensabile che vi sia un allineamento tra la progettualità di e-health istituzionale e le soluzioni efficaci e talvolta accreditate, già in uso sul campo, che prevedono la possibilità di fare un teleconsulto e di effettuare valutazioni simultanee con diversi specialisti.

È necessario quindi fare una ricognizione dell'esistente, apportando eventuali ed opportune integrazioni.

In conclusione, rispetto alla terapia farmacologica, è fondamentale uno sforzo a livello regionale per recepire quanto prima le opportunità di uso dei farmaci innovativi, con un allineamento sul tema della rimborsabilità a livello regionale o nazionale, disciplinando l'atto prescrittivo e favorendo l'appropriatezza terapeutica.

Il prof. Giorgino complimentandosi per l'ottima riuscita dell'evento e della discussione che ne è scaturita, auspica l'implementazione reale dei punti emersi per il progetto che il tavolo tecnico andrà a predisporre.

Il dott. **Attolini** condivide il pensiero del prof. Giorgino circa la costruttiva e proficua discussione avuta, paragonandola ad un vero e proprio esperimento costruttivo di multidisciplinarietà in *real life*.

Le esperienze raccontate e condivise vanno codificate e regolamentate stabilendo in maniera chiara e precisa quali debbano essere le regole di ingaggio e di integrazione tra ospedale e territorio, assicurando un sistema fluido e facilmente accessibile per la persona con diabete.

Il dott. Attolini ringrazia gli organizzatori dell'evento sia come medico, sia come rappresentante dell'AReSS. Precisa che, nonostante gli sforzi a vari livelli per il superamento delle difficoltà esistenti, finalizzati ad oltrepassare la logica dei silos, ci si rende conto che anche il **PATTO DELLA SALUTE 2019-2021**, ad esempio, continua a fare una valutazione e a chiedere, di fatto, una rendicontazione per silos, ostacolando un avanzamento nella gestione.

Altro aspetto da sottolineare è che ancora oggi si agisce secondo logiche prestazionali, più facilmente misurabili, piuttosto che sul modello organizzativo che garantisca uniformità delle prestazioni; tanto era già previsto dalle L. 833/78 e L. 502/92 che avallavano i livelli essenziali di assistenza partendo dall'omogeneità dell'organizzazione.

L'AReSS ha sposato l'idea di integrazione ed in quest'ottica ci si augura di riprendere quanto prima la proposta, insediando al più presto un tavolo multidisciplinare per la definizione del PDTA, integrando le esperienze ed i punti di vista differenti emersi che però convergono nella difesa e nella salvaguardia della sicurezza e della salute dei pazienti e dei clinici.

La dott.ssa Laterza ringrazia nuovamente i partecipanti per il loro prezioso contributo e chiude i lavori.