

Associazione diabete Italia

DOCUMENTO CONCLUSIVO DELLA PRIMA CONFERENZA NAZIONALE SUL DIABETE
ROMA, SENATO DELLA REPUBBLICA 08/05/2012

La malattia diabetica è ormai universalmente riconosciuta come una pandemia in grado di minare le risorse economiche di molti paesi, al punto che l'ONU nel 2006 ha chiesto ai paesi membri di dotarsi di piani specifici per arginare e controllare la malattia. La capacità della persona con diabete di correggere i propri stili di vita, di assumere correttamente la terapia e di muoversi in modo semplice e appropriato all'interno del processo di cura è indispensabile per ottenere una buona qualità della vita e della cura nonché un contenimento dei costi. D'altro canto la persona con diabete si muove nel Percorso Assistenziale in funzione del proprio stato di malattia e soddisfa i bisogni di salute nei diversi livelli di cura in funzione della gravità della malattia. A questo proposito si può rilevare come circa il 15% delle persone con diabete richieda un livello di assistenza complesso, difficilmente erogabile a livello territoriale. Inoltre anche se il diabete in quanto tale è una causa di ricovero assolutamente inappropriata, ciò non toglie che la persona con diabete sia esposta ad un maggior rischio di ricovero ospedaliero per tutta una serie di possibili eventi acuti come dimostra il fatto che la prevalenza di diabete fra le persone ricoverate è di circa il 20%, ben più alta della popolazione generale. Questa elevata prevalenza e complessità della malattia comporta la presenza di persone con diabete in tutti i livelli assistenziali con quadri clinici diversi (dalla prevenzione delle complicanze alla cura in terapia intensiva...); vi sono, quindi, molteplici punti di erogazione delle prestazioni (Ospedale, ambulatorio del MMG e del PdF, ambulatori specialistici etc) e pazienti con diverso grado di complessità, per cui è difficile coordinare ed integrare le diverse figure sanitarie (*Medico di MG/PdF, Diabetologo, Cardiologo, Oculista...*). Un "network" tra i diversi erogatori di prestazioni sanitarie è la modalità che meglio risponde allo scopo di centrare l'assistenza sui bisogni complessi di salute della persona con diabete, promuovere la continuità assistenziale, favorire l'integrazione fra gli operatori, ridurre la variabilità clinica, diffondere la medicina basata sulle prove (EBM), utilizzare in modo congruo le risorse.

Questa strategia terapeutica necessita di un approccio non sporadico e non affidabile ad una sola tipologia di operatore della Sanità; appare evidente che un'organizzazione sanitaria non integrata, e legata ad un sistema esclusivamente basato sulla dispensazione di singole prestazioni erogate da strutture distinte e fra di loro non collegate, non può assolutamente essere in grado di realizzare una cura del diabete efficace ed efficiente. L'evoluzione dell'assistenza diabetologica richiede quindi una forte integrazione tra i diversi punti di erogazione dell'assistenza in una logica di rete.

Associazione diabete Italia

La gravità e l'importanza della malattia diabetica sono stati recepiti anche dal nostro sistema sanitario nazionale sin dal 1987, anno della legge 115 "Prevenzione e cura del Diabete mellito". L'aumento drammatico della prevalenza della malattia, la complessità della cura ha determinato la nascita del progetto IGEA che definisce le modalità di gestione della malattia basata sulla centralità della persona e su modalità assistenziali tipiche della cronicità (PDTA, Disease Management, Integrazione tra i diversi livelli assistenziali). I principi enunciati dalla 115/87 e le modalità di assistenza del progetto IGEA, sono stati ripresi nel PSN 2011-13 che descrive in sintesi il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale ideale (centralità della persona con diabete e suo attivo coinvolgimento, integrazione tra diversi livelli assistenziali, clinical governance, approccio multidisciplinare...).

La realtà attuale è lontana dal modello descritto:

- La formazione delle persone con malattia all'autogestione e alla partecipazione al processo di cura è carente e di conseguenza si riduce la persistenza alla terapia nel tempo; spesso non vi è un uso appropriato delle risorse sanitarie a cui conseguono accessi ai diversi punti di erogazione delle prestazioni
- La prevenzione primaria, dimostrata efficace, è di difficile attuazione: non è possibile infatti che si realizzi solo con l'azione dei sanitari, ma è necessaria una forte integrazione con gli aspetti Sociali
- Le strutture specialistiche hanno avuto una forte contrazione delle risorse con il rischio di non erogare più prestazioni diverse da quelle del Medico di Medicina Generale, riducendo così la capacità di filtro ai ricoveri; in particolare si rischia di non erogare una assistenza adeguata ai diabetici di tipo 1, alle donne diabetiche gravide e alle persone con diabete in età evolutiva
- L'evoluzione dell'organizzazione della Medicina Generale, nella gestione delle malattie croniche e quindi anche il diabete non è ancora adeguata
- Le banche dati cliniche che descrivono la qualità della cura, non si integrano con le banche dati amministrative-economiche: diventa quindi difficile costruire delle azioni diffuse di Clinical Governance
- La integrazione tra i diversi livelli assistenziali è frequentemente lasciata alla buona volontà dei professionisti: questo inevitabilmente ne determina nel tempo il fallimento
- La drammatica riduzione delle risorse economiche mette a rischio l'innovazione tecnologica e farmacologica in grado di migliorare la qualità della vita e della cura delle persone con diabete

Questo documento ha lo scopo di proporre, all'interno dei principi enunciati dal PSN 2011-13, alcune azioni concrete che permettano di incidere sull'assistenza alle persone con diabete

Associazione

diabete Italia

Per tanto ritiene di sensibilizzare le Istituzioni Nazionali e Regionale come di seguito individuato:

- Affermare la centralità ed empowerment della persona con diabete e dei suoi diritti alla salute, all'accesso all'assistenza e alle terapie innovative;
- Inserire la malattia diabetica tra gli interventi prioritari del Ministero e delle Regioni, come stabilito dal Piano Sanitario Nazionale;
- Recepire da parte del Governo Italiano e della Conferenza Stato-Regioni delle raccomandazioni contenute nelle "Conclusioni del Consiglio sulla promozione di stili di vita sani e la prevenzione del diabete di tipo 2" approvate dal Consiglio EPSCO del Parlamento Europeo il 2 giugno 2006 che sottolineano l'esigenza di "procedere all'elaborazione e attuazione di piani quadro, se del caso, per la lotta contro il diabete e/o i suoi fattori determinanti, di una prevenzione basata sulle prove, di una diagnosi precoce e di una gestione basate sulle migliori prassi e comprendenti un sistema di valutazione dotato di obiettivi misurabili per individuare le conseguenze per la salute e l'efficacia in rapporto ai costi, tenendo conto della struttura e della prestazione dei servizi sanitari nei vari Stati membri, delle questioni etiche, giuridiche, culturali e di altra natura nonché delle risorse disponibili";
- Ridurre il frammentario quadro legislativo sul Diabete, attraverso una puntuale applicazione e rifinanziamento della Legge 115/87, aggiornandola mediante linee guida sulla prevenzione e la gestione del Diabete condivise dalla Conferenza Stato-Regioni;
- Implementare i nuovi LEA che ampliano le prestazioni erogabili alle persone con diabete includendo importanti interventi terapeutici che riguardano la educazione terapeutica e il trattamento delle complicanze, incluso il "piede diabetico";
- Elaborare una normativa ministeriale di indirizzo riguardante l'assistenza socio-sanitaria ed il supporto terapeutico del bambino e dell'adolescente con diabete in ambito scolastico;
- Ribadire le modalità educative svolte dai Centri Specialistici, visti i requisiti, siano riconosciute adeguatamente dal sistema, analogamente a qualsiasi altra terapia, in modo che si possano avere le risorse sufficienti a realizzarle
- Promuovere la formazione dei volontari delle Associazioni: sono circa 300 le Associazioni di Volontariato che si occupano delle persone con diabete a livello nazionale; sono quindi una importante risorsa : si propone quindi un curriculum formativo(possibilmente omogeneo) che permetta ai volontari di informare ed aiutare correttamente le persone con diabete
- Rendere omogenea l'assistenza, definendo, in accordo con le Società Scientifiche e gli organi istituzionali competenti i requisiti e le caratteristiche dei Centri Diabetologici Specialistici e definire la proporzione tra strutture specialistiche e popolazione di riferimento
- Garantire la assistenza specialistica per i ricoverati attraverso la formalizzazione di una attività intra ospedaliera specifica

Associazione Diabete Italia

- Garantire una adeguata assistenza specialistica, con adeguate risorse (spazi, team multi professionale)
- Costituire un Dipartimento funzionale in ogni ASL, a cui partecipano Associazioni di Volontariato, Diabetologi, MMG, Direzioni Sanitarie del territorio e dell'Ospedale che, attraverso la discussione delle banche dati, possano monitorare la qualità dell'assistenza e proporre interventi di miglioramento della qualità di vita della persona con diabete.
- Supportare la Giornata Mondiale del Diabete, come stabilito dalla risoluzione delle Nazioni Unite del 20 dicembre 2006, quale strumento di sensibilizzazione, prevenzione ed informazione sul Diabete;
- Sollecitare la promulgazione del Piano Nazionale sul Diabete elaborato dalla Commissione Ministeriale Nazionale sul Diabete;
- Proporre il recepimento formale del "Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete" da parte di Governo, Regioni ed Enti Locali quale strumento di riferimento e confronto sul Diabete.
- Inserire il diabete tra le patologie di interesse sanitario che necessitino di un apposito registro di patologia;

Dr Umberto Valentini
Presidente Diabete Italia