

Organizzazione e gestione dell'assistenza diabetologica

Il diabete e la risposta delle Istituzioni

Paola Pisanti

Presidente Commissione Nazionale Diabete, Direzione Generale della Programmazione, Ministero della Salute Italiano

Oggi in Italia il diabete ha un attento focus osservazionale a cui hanno contribuito sicuramente le strategie implementate a livello del Ministero della Salute che hanno voluto rendere sempre più stretta la collaborazione fra il mondo scientifico, le istituzioni pubbliche e private e le associazioni dei pazienti senza prevaricazioni, ma con un interesse comune: la salute delle persone.

Infatti, attraverso i lavori della Commissione Nazionale diabete, istituita presso la Direzione Generale della Programmazione del Ministero della Salute, è stata creata una piattaforma di dialogo permanente con vari interlocutori impegnati nella tutela assistenziale del paziente con diabete per individuare strategie che rendano attuali le disposizioni specifiche esistenti sulla malattia (legge 16 marzo 1987 n. 115, Atto di Intesa del 1991, Decreto Ministeriale 8 febbraio 1982 e successive integrazioni) e che assicurino la completa applicazione di tali provvedimenti, rendendo innovativi gli interventi organizzativi.

Tutte le Regioni italiane hanno recepito le norme di indirizzo proponendo, per la maggior parte, un modello organizzativo fondato sulla centralità del paziente, sull'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali, sull'implementazione della educazione sanitaria e terapeutica, sull'importanza dell'équipe diabetologica, sulla formazione del personale e sull'adozione del *disease management* come strumento di analisi del percorso assistenziale nei suoi aspetti clinici, economici e qualitativi.

Le attività avviate a livello ministeriale rappresentano, inoltre, una risposta alle indicazioni dell'OMS e alla Dichiarazione di Saint Vincent che ponevano l'accento sullo sviluppo di un programma nazionale per il diabete mellito e sull'importanza dell'intervento pubblico di governi e amministrazioni per assicurare la prevenzione e la cura della patologia diabetica. Inoltre, esse sono in

linea con le indicazioni europee del giugno 2006, la Risoluzione ONU del dicembre 2006, le conclusioni del Forum di New York del 2007 e i lavori della Commissione europea su *Information to patient*.

Tali attività sono anche in sintonia con la strategia di contrasto alle malattie croniche denominata *Gaining Health* – valida per tutta l'Europa, dall'Atlantico agli Urali, e approvata a Copenaghen il 12 settembre 2006 dal Comitato Regionale per l'Europa – e con la Strategia Europea di contrasto all'obesità, approvata il 12 novembre 2006 nel corso della Conferenza intergovernativa di Istanbul.

Gli ultimi provvedimenti nazionali generali pongono la necessità di soddisfare una domanda crescente di assistenza di natura diversa basata sulla integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali e sulla continuità delle cure per periodi di lunga durata evidenziando, al tempo stesso, la necessità di utilizzare adeguati modelli di gestione della cronicità che migliorino la *compliance* operatore sanitario-paziente, il vissuto psicologico e l'impatto sociale della malattia, rinforzando il ruolo della famiglia e di un Associazionismo responsabile.

Per i decisori istituzionali, in un'ottica di miglioramento della tutela della persona con diabete, avere dati significativi come quelli prodotti dallo studio DAWN (*Diabetes Attitude, Whishes and Needs*) e dallo studio Quadri – che trovano riscontro in un lavoro effettuato precedentemente dalla Commissione nazionale sulla malattia diabetica – o dati sull'importanza della dieta e dell'attività fisica e indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica in Italia, significa disporre di strumenti di fondamentale importanza per affrontare il problema con un approccio corretto e innovativo.

Tali dati evidenziano che, nonostante la presenza di un'adeguata rete specialistica, di una legge nazionale (legge 115 del 16/3/1987 che, insieme all'atto di intesa

del 1991, stabilisce i canoni dell'assistenza), di un gran numero di provvedimenti regionali (che hanno tutti recepito le norme di indirizzo), di molti provvedimenti sulle tutele economiche (quali le norme sull'invalidità), della legge 104, delle indicazioni sulla patente di guida, delle indicazioni sui presidi diagnostici e dei decreti sul diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa, ci sono ancora delle barriere che impediscono una gestione ottimale della persona con diabete, quali l'educazione terapeutica finalizzata alla autogestione della malattia, l'aderenza alle raccomandazioni della buona pratica clinica, i programmi di gestione integrata della malattia (*disease management, case management*), le barriere di comunicazione tra operatori sanitari, le barriere di comunicazione tra operatori sanitari e paziente, i *gaps* nella continuità assistenziale, la scarsa aderenza alla terapia farmacologica e non farmacologica, con una ricaduta sullo stato psicologico del paziente e su molteplici aspetti della vita personale e familiare della persona con diabete.

Da quel momento uno dei primi compiti della Commissione è stato proprio quello di capire il perché dell'esistenza di queste criticità, quali fossero le barriere e, una volta identificate, quali potessero essere gli strumenti di responsabilizzazione sia per le Istituzioni sia per i soggetti deputati all'organizzazione e erogazione dei servizi, rendendo partecipi al processo tutti coloro che interagiscono con i servizi, compresi i cittadini.

A tale proposito il Ministro della Salute ha preannunciato, durante la "Giornata Mondiale per il Diabete"

dello scorso 14 novembre, la necessità di un Piano Nazionale Diabete che, d'intesa con le Regioni, punti sia sulla prevenzione primaria, come già previsto dal vigente Piano Nazionale di Prevenzione, sia su un approccio integrato e multidisciplinare di presa in carico del diabetico, proponendo obiettivi, strategie e strumenti volti a superare i problemi riscontrati, alla luce di quanto previsto dal vigente Piano Sanitario Nazionale in termini di prevenzione sanitaria e promozione della salute, riorganizzazione delle cure primarie, integrazione delle reti assistenziali, integrazione tra diversi livelli di assistenza e integrazione socio-sanitaria.

Considerando che oggi il Servizio Sanitario è un "complesso di funzioni esercitate dai Servizi Sanitari Regionali, dagli Enti e dalle Istituzioni di rilievo nazionale, nonché dallo Stato in base a quanto stabilito dagli articoli 117 e 118 della Costituzione, nel rispetto dei principi di sussidiarietà e leale collaborazione", il documento dovrà avere una coerenza con le sollecitazioni nazionali e internazionali sul diabete e dovrà considerare aspetti nuovi, quali il ruolo del volontariato, la centralità della persona e della famiglia, il territorio come luogo che analizza i bisogni e eroga le risposte.

Quando si parla di tutela assistenziale alla persona con diabete bisogna chiedersi non solo "cosa fare", ma soprattutto come fare - cercando di rendere i servizi efficaci, efficienti in termini di prevenzione e assistenza - assicurando equità di accesso, tenendo conto delle differenze sociali, culturali, demografiche e geografiche.

