

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

IL PIANO NAZIONALE SULLA MALATTIA DIABETICA

Paola Pisanti – Presidente della Commissione Nazionale Diabete del Ministero della Salute.

Marco Comaschi – Componente della Commissione Nazionale Diabete del Ministero della Salute.

Nel Dicembre del 2012 è stato definitivamente approvato dal Ministero e dalla Conferenza Stato Regioni il primo Piano Nazionale per l'Assistenza alle Persone con Diabete, nel testo proposto dallo specifico Comitato Redazionale insediatosi esattamente un anno prima, e composto dalla Dr.ssa Paola Pisanti, Presidente Coordinatore, dalla Dr.ssa Marina Maggini (ISS), dal Dr. Roberto D'Elia (CCM – Ministero della Salute), e dai medici Giorgio Sesti, Umberto Valentini, Gerardo Medea, Alfonso La Loggia e Marco Comaschi. Il Piano è stato quindi pubblicato sulla GU il 7 febbraio 2013.

IL QUADRO DI RIFERIMENTO

Introduzione

L'assistenza alle persone con diabete rappresenta, in tutto il mondo sviluppato e, ormai, anche nei Paesi in via di sviluppo, uno dei principali problemi di organizzazione dei sistemi di tutela della salute. Ciò va ben al di là del significato della cura della singola malattia, ma piuttosto rappresenta quasi un paradigma del modello di assistenza alla cronicità, che, nella maggior

parte delle realtà mondiali, appare oggi epidemiologicamente prevalente. Nella malattia diabetica l'impatto sociale, economico e sanitario ha imposto la ricerca di

percorsi organizzativi in grado di minimizzare il più possibile l'incidenza degli eventi acuti o delle complicanze invalidanti che comportano costi elevatissimi, diretti e indiretti.

La Medicina Basata sull'Evidenza ha indicato con chiarezza gli elementi efficaci nel contrasto dell'insorgenza delle patologie correlate al diabete, e, su tali evidenze, i maggiori sistemi hanno tentato di modellarsi. È oggi universalmente riconosciuto che un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, con l'attivo coinvolgimento delle persone con diabete, può essere in grado di ottenere i risultati migliori.

Il Piano sulla malattia diabetica illustra le principali vie per affrontare le problematiche relative alla malattia, individuando obiettivi centrati sulla prevenzione, sulla diagnosi precoce, sulla gestione della malattia e delle complicanze, sul miglioramento dell'assistenza e degli esiti.

Pur dovendosi concentrare prevalentemente sugli aspetti relativi alla diagnosi e alla cura non si può non sottolineare il valore imprescindibile della prevenzione primaria ai fini della salvaguardia della salute e della sostenibilità del sistema, sulla quale si richiama l'attenzione delle Regioni e verso cui si stanno indirizzando i Piani nazionali di prevenzione e il programma "Guadagnare Salute".

All'interno del Piano sono definiti obiettivi, generali e specifici, strategie e linee di indirizzo prioritarie. Vengono pure disegnate alcune modalità di assistenza alle persone con diabete. Tutto questo nella convinzione che tali indirizzi possano ridurre il peso della malattia

con un miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete, e con una riduzione dei costi per il Sistema Sanitario. Vengono infine indicate alcune aree ritenute allo stato prioritarie per il miglioramento della assistenza diabetologica, finalizzate a eventuali progetti-obiettivo, nella considerazione che il Piano costituisca la piattaforma su cui costruire programmi di intervento specifici scelti e condivisi con Regioni e Province Autonome.

Ciò permetterà di misurare l'efficacia della strategia nazionale così delineata prendendo come elementi di misura l'impatto che avrà sulle condizioni di salute delle persone con o a rischio di diabete; inoltre, per rendere realmente efficace tale strategia, queste ultime dovranno essere maggiormente coinvolte nello sviluppo delle politiche e del management della malattia.

Ciò include la promozione del "self-management" e i programmi di prevenzione primaria quali, ad esempio, quelli riguardanti la nutrizione e l'attività fisica. Specifica attenzione deve essere poi rivolta ai gruppi di popolazione identificati ad alto rischio. Il documento enfatizza in più parti che per prevenire il diabete e ridurre l'impatto sociale è tuttavia necessario che il Servizio sanitario nazionale nelle sue articolazioni, le Associazioni di Pazienti, la Comunità medica e scientifica, le persone con diabete e tutti coloro che li assistono si adoperino per assicurare un efficace coordinamento dei Servizi. E individua quali elementi essenziali l'organizzazione e la corretta allocazione delle risorse umane e strutturali, stimolando in particolare i Professionisti Specializzati nell'assistenza diabetologica, i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e tutti gli altri interlocutori sanitari a intervenire in modo integrato e coor-

dinato, migliorare le loro conoscenze per fornire appropriate indicazioni e assumere, ove necessario, comportamenti in grado di garantire anche un supporto psicosociale. Ma al di là delle indicazioni specifiche indirizzate alle Regioni, alle altre Istituzioni e a tutti i portatori d'interesse il Piano, nel tener conto soprattutto della persona e della famiglia, nel disegnare la realtà vuole essere uno stimolo per il cambiamento, verso un sistema sanitario orientato sulla persona, sull'empowerment e modellato per rispondere alla continuità dell'assistenza.

E in questa evoluzione dell'assistenza diabetologica un ruolo innovativo viene affidato alle Associazioni di pazienti, di cui si stimola la crescita culturale, la rappresentatività e la partecipazione ad ogni livello per far sì che possa diventare un interlocutore stabile nelle attività di programmazione e verifica e che, attraverso specifici processi di qualificazione, possa divenire partner per lo sviluppo di programmi e attività di informazione/educazione dei pazienti e dei caregiver.

Particolare attenzione viene data, inoltre, alla necessità di un corretto sviluppo dei servizi che passi attraverso un'approfondita conoscenza dell'incidenza, della prevalenza, dei cambiamenti nei trend e dei costi relativi al diabete. L'esistenza di un adeguato sistema informativo, costruito e reso accessibile a livello locale, regionale e nazionale, appare pertanto necessaria per procedere alla programmazione e alla pianificazione degli interventi, oltre che a rispondere alla necessità della raccolta quotidiana dei dati clinici atti a monitorare le condizioni della singola persona assistita. Una ricerca di qualità è infine richiesta per la prevenzione, la diagnosi precoce e il miglioramento del trattamento per le

persone con o a rischio di diabete.

Il sistema sanitario italiano era già all'avanguardia rispetto a molti altri paesi per l'assistenza alle persone con diabete e il sistema di cura si basava già su un modello evoluto, rappresentato essenzialmente da una vasta rete di servizi specialistici monotematici multidisciplinari e multiprofessionali, formalizzato dalla specifica legge n. 115 entrata in vigore il 16 marzo 1987, pur disomogeneamente applicata. Tuttavia i risultati ottenuti dalla rete dei servizi specialistici non erano diffusi a tutta la popolazione assistibile, ed era ancora evidente la presenza di discontinuità e barriere all'interno del sistema. Da questo assunto, quindi, e dalle cogenti pressioni della Comunità Europea, nasce la necessità di un Piano Organico di indirizzo verso il Legislatore Regionale.

Perché un Piano sulla malattia diabetica?

Il Piano nasce dall'esigenza di sistematizzare a livello nazionale tutte le attività nel campo della malattia diabetica al fine di rendere più omogeneo il processo diagnostico-terapeutico.

La prevenzione del diabete tipo 2 nella popolazione a rischio è perseguibile attraverso l'assunzione di corretti stili di vita (la prevenzione del diabete tipo 1 attualmente non è realizzabile). L'assistenza ha invece come obiettivo fondamentale il mantenimento dello stato di salute fisica, psicologica e sociale della persona con diabete, perseguibile attraverso la diagnosi precoce, la corretta terapia (basata sull'educazione e responsabilizzazione della persona con diabete), la prevenzione delle complicanze, responsabili dello scadimento della qualità di vita del paziente, e causa principale, oltre che della mortalità precoce evitabile,

anche di elevati costi economici e sociali. Per il loro raggiungimento è fondamentale l'impegno di Team Diabetologici, Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta chiamati a interagire tra loro, con le altre componenti professionali (in particolare, ma non solo, le componenti infermieristiche) e con le Associazioni delle persone con diabete, al fine di assicurare un'assistenza unitaria, integrata, continuativa che raggiunga elevata efficienza ed efficacia degli interventi nel rispetto della razionalizzazione della spesa. La gestione integrata implica un piano personalizzato di follow-up condiviso tra i professionisti principali (MMG e specialista) gli altri professionisti coinvolti nel processo di assistenza e le persone con diabete.

Da ciò deriva la necessità di classificare i pazienti in sub-target in base al grado di sviluppo della patologia: vi saranno pazienti a minore complessità con una gestione del follow-up prevalentemente a carico del MMG e pazienti con patologia a uno stadio più avanzato con una gestione prevalentemente a carico dello specialista. Questa maggiore prevalenza di una figura rispetto all'altra, all'interno di un percorso assistenziale personalizzato e concordato, deve in ogni caso scaturire da una scelta condivisa tra i vari attori assistenziali coinvolti. In tal senso, la struttura del follow-up di un paziente in gestione integrata è decisa unitariamente da MMG e specialista e con il contributo degli altri attori, va rivalutata periodicamente e deve basarsi sulla scelta del setting assistenziale migliore (più appropriato, più efficace e più efficiente) per il singolo paziente. Ecco quindi che la sfida di una cura moderna è la gestione di un percorso integrato che preveda: la centralità della persona con diabete, il lavoro

interdisciplinare, la comunicazione, la raccolta dei dati e la loro continua elaborazione, il miglioramento continuo, il monitoraggio dei costi.

I grandi studi condotti negli ultimi decenni hanno dimostrato come il "buon controllo" metabolico possa ridurre in maniera sostanziale il numero delle complicanze e incidere sui costi della malattia (studi DCCT, UKPDS, ACCORD, STENO, ADVANCE, VA HIT, EDIC, UKPDS FU, HVIDORE) e migliorare la qualità della vita della persona con diabete.

Per ottenere questi risultati è tuttavia indispensabile avere condizioni organizzative adeguate e favorire nuove modalità di gestione della cronicità. Ciò comporta la definizione di modelli assistenziali che devono necessariamente prevedere:

1. l'educazione terapeutica, intendendo con tale termine un processo educativo continuo e strutturato che miri a trasmettere capacità di autogestione complessiva della patologia, compreso il trattamento farmacologico;
2. il lavoro in team multidimensionale e interdisciplinare cioè la sinergia coordinata delle diverse figure professionali, tutte adeguatamente formate, per realizzare una gestione integrata a tutela delle persone con diabete;
3. la costruzione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali personalizzati e condivisi in grado di prevenire, rallentare, arrestare o far regredire le complicanze, ridurre morbidità, invalidità e mortalità, migliorare la qualità di vita;
4. la registrazione e la valutazione dei risultati clinici e organizzativi;
5. il miglioramento continuo del rapporto tra operatori sanitari e persone con diabete.

Infine, un Piano è necessario:

- per rispondere alle indicazioni internazionali ed europee (Dichiarazione di S. Vincent, Risoluzione ONU 2006; Consiglio EPSCO 2006; Forum di New York 2007; Lavori della Commissione Europea su "Information to patient", la "Copenhagen Roadmap");
- per rendere attuali le indicazioni della 1.115 e dell'atto di intesa del 1991
- per rafforzare le indicazioni dei piani sanitari (2003-2005, 2006-2008), dei piani nazionali di prevenzione (2005-2007, 2010-2012), del progetto "IGEA".

Qual'è la mission del Piano?

1. Promuovere la prevenzione primaria e la diagnosi precoce;
2. centrare l'assistenza sui bisogni complessi di salute del cittadino;
3. contribuire al miglioramento della tutela assistenziale della persona con o a rischio di diabete, riducendo il peso della malattia sulla singola persona, sul contesto sociale e sul Servizio Sanitario;
4. contribuire a rendere i servizi più efficaci ed efficienti in termine di prevenzione e assistenza, assicurando equità di accesso e contrastando le disuguaglianze sociali;
5. promuovere la continuità assistenziale, favorendo l'integrazione fra gli operatori;
6. contribuire a ridurre la variabilità clinica, diffondendo la medicina basata sulle evidenze (EBM);
7. promuovere l'utilizzo congruo delle risorse.

A favore di chi è scritto il Piano?

È scritto per le persone con diabete, per quelli che li assistono (sanitari e non), per le donne con diabete gestazionale e per tutti coloro che sono a

rischio di sviluppare in futuro la malattia.

A chi è indirizzato il Piano?

Il Piano si rivolge alle Regioni, alle altre Istituzioni e a tutti i portatori d'interesse.

Qual'è la vision del Piano?

1. essere focalizzato sulla popolazione in generale ponendo particolare attenzione ai bisogni degli individui;
2. porre particolare enfasi sulla prevenzione e sulla riduzione dei fattori di rischio;
3. contemplare la partecipazione della comunità nel processo assistenziale, anche attraverso il volontariato attivo;
4. promuovere il ruolo degli erogatori delle cure primarie nella prevenzione e nella assistenza alla persona con diabete;
5. passare da modelli tradizionali (con ruoli tendenzialmente "isolati" degli attori assistenziali) a modelli basati sulla interdisciplinarietà, differenziando e dando visibilità alle varie componenti della funzione assistenziale, in una logica di reale integrazione di sistema (attraverso una alternanza continua di "presa in carico prevalente" della persona con diabete a seconda dei vari stadi della patologia e della sua complessità);
6. tenere conto delle differenze sociali, culturali, demografiche, geografiche ed etniche al fine di ridurre le disuguaglianze;
7. fornire indicazioni cliniche utili a coloro che assistono la persona con o a rischio di diabete;
8. collegare processi efficaci a risultati adeguati attraverso il monitoraggio e i sistemi di reporting;
9. lavorare per ottenere risultati che possano essere, quanto più possibile,

standardizzati, riferiti a criteri che riguardano riduzione del rischio, morbidità, qualità di vita, stato funzionale, soddisfazione del paziente e costi.

In ultima analisi, cosa fa il Piano?

Nel pieno rispetto dei modelli organizzativi e operativi delle singole regioni e delle specificità dei contesti locali:

1. definisce ampi obiettivi e linee di indirizzo prioritarie;
2. definisce indirizzi strategici per specifici interventi;
3. descrive modelli per ottimizzare la disponibilità e l'efficacia dell'assistenza;
4. evidenzia le aree dell'assistenza che richiedono ulteriore sviluppo.

OBIETTIVI E STRATEGIE GENERALI.

Sono stati definiti dieci obiettivi generali, che focalizzano l'attenzione su alcune aree chiave, al fine di ridurre l'impatto della malattia sulle persone con o a rischio di diabete, sulla popolazione e sul SSN. Tali obiettivi non sono elencati per importanza e non vi è una implicazione di priorità.

I DIECI OBIETTIVI GENERALI

1. "Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate"
2. "Prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia attraverso l'adozione di idonei stili di vita; identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; favorire adeguate

politiche di intersectorialità per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete"

3. "Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi il trattamento e l'assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura"
4. "Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete"
5. "Nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale"
6. "Migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare"
7. "Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia"
8. "Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona"
9. "Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie"
10. "Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni riconosciute di persone con diabete, sviluppando l'empowerment delle perso-

ne con diabete e delle comunità”.

Le strategie generali individuate dal Piano interessano tutta la gamma degli interventi (prevenzione primaria, assistenza, management, prevenzione delle complicanze ecc.), ed hanno come target la popolazione generale, la popolazione ad alto rischio, le persone con diabete, gli erogatori dell'assistenza (inclusi i professionisti sanitari specialisti, i MMG e PLS, il personale sanitario e non), le Istituzioni a livello centrale e locale.

In particolare

- l'informazione e la formazione sono fondamentali e interessano vari aspetti quali la creazione di una conoscenza diffusa del diabete, delle strategie di riduzione dei rischi e dei sintomi, oltre all'educazione sulla gestione della malattia e sulla consapevolezza del diritto a una assistenza professionale e a idonei servizi di supporto;
- le pratiche cliniche e assistenziali basate sulle prove scientifiche hanno importanza per definire le responsabilità di chi fornisce assistenza e incidono sul miglioramento dell'efficacia e della tempestività dell'accesso. Tali pratiche dovrebbero essere considerate nella attività clinica, nella programmazione sanitaria e ai fini della allocazione delle risorse;
- l'approccio orientato alla persona è l'arma più efficace contro una patologia di lunghissima durata, sistemica, multifattoriale e ad alta prevalenza, qual è il diabete; ciò implica una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un *disegno reticolare “multicentrico”*, mirato a valorizzare, sia la rete specialistica sia l'assistenza primaria;
- i nuovi scenari organizzativi, in armonia con i modelli esistenti nelle vari Regioni, dovranno integrare i con-

tributi delle diverse figure assistenziali all'interno di un continuum di percorso diagnostico- terapeutico rispettoso delle esigenze sanitarie individuali della persona con diabete;

- il coordinamento sistematico tra Governo, Regioni, Società scientifiche e Associazioni di pazienti dovrà essere un fondamentale elemento per migliorare conoscenza, efficacia delle cure e accesso.

IL MONITORAGGIO DEL PIANO

Tenendo conto dell'attuale quadro istituzionale caratterizzato sia dall'autonomia regionale sia dall'inderogabilità della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, il Piano pone specifica attenzione non solo alla fotografia dell'esistente ma anche all'individuazione di criticità nel sistema e alla conoscenza di strumenti che riflettano la qualità e la quantità delle prestazioni.

Inoltre, si pone particolare enfasi sulla responsabilizzazione delle Istituzioni e dei soggetti deputati all'organizzazione ed erogazione dei servizi, sottolineando l'importanza di rendere partecipi al tempo stesso tutti coloro che interagiscono con i servizi, compresi i cittadini.

Nel delineare il percorso il Piano definisce modelli non rigidi, ma facilmente contestualizzabili nelle diverse realtà regionali, spingendo le Istituzioni deputate alla regolamentazione, all'organizzazione e all'erogazione dell'assistenza, verso una omogeneizzazione e una interazione di intenti, nella gestione della tutela della persona con diabete e a rischio di diabete.

Inoltre il documento prevede un disegno che permetta di monitorare non solo il Piano ma anche i suoi effetti a livello operativo declinando le seguenti direttrici:

- a) il monitoraggio a livello centrale, del recepimento del Piano da parte delle Regioni a livello locale, attraverso l'analisi, finalizzata al benchmarking inter-regionale, degli atti formali di recepimento, nonché degli strumenti conseguenti, di cui ogni regione si doterà (Linee di indirizzo, Piani programmatici) per contestualizzare, sulla base delle proprie scelte strategiche specifiche ma in armonia con una logica di “unitarietà nella differenza”, l'articolazione organizzativa e operativa prevista dal Piano e il processo attuativo dei progetti in esso indicati;
 - b) il monitoraggio degli assetti organizzativi e operativi che scaturiranno dalle scelte attuative del Piano nelle singole Regioni; in particolare: la riorganizzazione e il riorientamento dei servizi attuali verso la prospettiva di un **“nuovo sistema di Cure Primarie”**, relativamente alla gestione del Diabete Mellito, più orientato all'efficacia, all'efficienza e a una vera attenzione ai bisogni “globali” (non solo clinici) dei pazienti, alle potenzialità di questi ultimi nell'autogestione della propria patologia e dei propri percorsi assistenziali, alla effettiva valorizzazione dei contributi scaturenti dalla rete dei caregiver e, più in generale, dalle risorse comunitarie, in primis quelle del volontariato qualificato;
 - c) l'andamento dei principali indicatori di salute relativi alla patologia diabetica per cercare di comprendere, nel breve e nel medio/lungo periodo, quanto le strategie attuate, e non solo ipotizzate, siano effettivamente in grado di generare risultati, sia in termini di performance, sia in termini di outcome, sia in termini di modalità e di costi di gestione.
- Queste tre direttrici sulle quali si è scelto di strutturare l'articolazione del monitoraggio del Piano, dovranno for-

nire ai decisori sia a livello centrale che periferico non soltanto risultati valutativi sull'impatto, diretto e indiretto, ma anche quegli spunti di riflessione utili per procedere in un secondo momento alla revisione dello stesso, dei suoi indirizzi e delle sue raccomandazioni, in modo che le indicazioni siano sempre una risposta adeguata e corretta rispetto ai fabbisogni delle persone e del sistema salute.

Inoltre, per quanto attiene alle modalità di attuazione del monitoraggio il Piano, prevede due direttrici fondamentali:

- da un lato, ogni Regione individuerà gli assetti e gli strumenti che si riterranno più consoni, all'interno del quadro delineato dal Piano e degli indicatori in esso contenuti, a realizzare un proprio sistema di monitoraggio; il sistema di monitoraggio regionale, oltre a fornire il sapere utile a meglio calibrare le scelte strategiche locali, alimenterà il sistema di monitoraggio nazionale, finalizzato alla rivisitazione critica del Piano e alla gestione del processo di benchmarking, che costituisce l'ossatura fondante di un sistema in cui le differenze possano effettivamente rappresentare un valore reale e uno stimolo continuo verso l'innovazione;

- dall'altro lato, appare necessario dotarsi di un unitario impianto nazionale di monitoraggio del Piano, che sia in grado, attraverso un lavoro di rete, di costruire e gestire un monitoraggio "vivo", sostanziale e non solo formale, degli sviluppi del Piano, delle sue difficoltà attuative e dei fattori di successo che scaturiranno dalle diverse esperienze regionali.

In tale prospettiva sarà però necessario definire un programma di lavoro che

veda coinvolti altri attori quali l'AGENAS e l'ISS, che, con il progetto IGEA ha fornito un nuovo disegno di gestione delle patologie croniche, improntato al pieno rispetto delle scelte attuative delle varie regioni, seppure in una logica di sviluppo di tendenze unitarie sul piano tecnico-scientifico, organizzativo e operativo. In conclusione si può sicuramente dire che il principio ispiratore su cui si basa il piano nazionale diabete è la centralità della persona e le problematiche sanitarie e sociali connesse alla condizione nonché la necessità da parte di tutti gli stakeholders, compreso il paziente e l'associazione di pazienti, di un cambiamento culturale che porti a sviluppare le conoscenze tecnico scientifiche e a crescere sia in ambito etico che sociale.

Il Ministero della salute italiano, attraverso il Piano nazionale per il diabete, ha voluto dare gli strumenti per razionalizzare l'offerta sanitaria e rendere più moderni le procedure e i metodi ponendo tra gli obiettivi del piano il "Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate".

Inoltre il Piano ha inteso riconoscere al volontariato un ruolo di grande valore sia perché contribuisce a dare voce ai bisogni dei soggetti malati, sia perché l'attore principale nella valutazione partecipata della qualità dell'assistenza. Uno degli obiettivi del Piano infatti è quello di favorire il lavoro del volontariato indicandogli la strada per implementare interventi coordinati e in sinergia con le attività delle istituzioni, in quel processo di qualificazione che deve coinvolgere tutti i partecipanti al

sistema salute. E in questo processo di qualificazione i contributi della comunità scientifica sono indispensabili per migliorare le conoscenze e per stimolare gli specialisti, i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e tutti gli altri interlocutori sanitari e non, a lavorare in maniera integrata e coordinata. Ma soprattutto il Piano intende fornire delle risposte ad una delle criticità maggiormente evidenziate dai cittadini nell'ambito del Sistema Sanitario e cioè la non continuità delle cure, che viene percepita dal malato e dalla famiglia come un vuoto dell'assistenza e quindi spesso percepita come abbandono da parte del sistema sanitario. Infine, la modalità adottata per il recepimento del Piano e cioè l'accordo sancito in data 6 Dicembre 2012, tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano è sicuramente uno strumento utile per superare le eventuali disomogeneità a livello locale e il parere positivo data dalle regioni evidenzia che il documento è in linea con gli indirizzi regionali attuali ma soprattutto in sintonia con le necessità del Sistema sanitario e con le esigenze sia del mondo scientifico che del volontariato.

APPLICAZIONE DEL PIANO E COMPATIBILITÀ ECONOMICHE

Il Documento di Piano è un atto di indirizzo, e stilare piani programmatori è il compito precipuo del Ministero Centrale, mentre quello delle Regioni è identificare le azioni necessarie per dar luogo all'applicazione dei principi del Piano nei territori di loro competenza, tra le quali anche gli impegni economici indispensabili da investire per la realizzazione del sistema.

Le Regioni Italiane infatti, in omaggio al principio del decentramento sani-

INDICATORI DI PIANO

MONITORAGGIO A LIVELLO CENTRALE DEL RECEPIMENTO DEL PIANO DA PARTE DELLE REGIONI

Indicatori proposti:

- delibera regionale di recepimento del piano;
- atti di costituzione di apposita commissione o gruppo a livello regionale per la sua diffusione e norme per la sua attuazione regionale;
- censimento delle strutture specialistiche con analisi dati disponibili.

VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO BASATA SUGLI OUTCOME.

Indicatori proposti:

- attivazione della rete assistenziale (delibere, norme che definiscano e regolamentino l'integrazione e il lavoro in rete);
- acquisizione nelle singole Aziende Sanitarie degli atti necessari per raggiungere gli obiettivi del piano;
 - prevalenza e incidenza del diabete nella popolazione generale;
 - prevalenza del diabete in ospedale.

VALUTAZIONE DELLE STRATEGIE BASATA SULLA REGOLARE REVISIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO DEL PIANO DEI PROGRESSI FATTI VERSO LA LORO ATTUAZIONE.

Indicatori proposti:

- adozione locale di PDTA specifici per il diabete;
- formazione locale di gruppi multi-professionali (Diabetologi, MMG, ODLS, Direzioni Sanitarie, Associazioni) per il coordinamento dell'attività diabetologica e la definizione del PDTA:
 - progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione del diabete;
 - progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione dell'obesità;
- progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari di prevenzione del rischio cardiovascolare

tario, e in ossequio all'attuale stesura del Titolo V della Costituzione, sono gli unici Enti Legislatori in materia di Sanità Pubblica. La realtà politica italiana, dopo la modifica del Titolo V della Costituzione, ha dato origine, di fatto, a molti modelli diversi di Servizi Sanitari, pur nel rispetto dei principi generali di Universalismo, Equità, e obbligo di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza definiti a livello centrale. Una delle preoccupazioni della Commissione che ha steso il PND è stata proprio quella di disegnare un modello organizzativo delle cure che potesse essere declinato, con risultati e procedure omogenee, anche in sistemi tra loro difforni per impianto "politico". La conformazione del sistema, sia esso un "pubblico puro" o un "misto pubblico-privato accreditato" non costituisce alcun impedimento all'assunzione del modello proposto, che essenzialmente si basa

sulla condivisione dei percorsi e dei dati clinici delle persone con diabete. E nemmeno eventuali diversi sistemi di pagamento degli operatori possono costituire delle barriere all'applicazione del modello, potendo decidere di procedere con retribuzioni a percorso o a performance, o per caso trattato, senza intaccare minimamente i principi ispiratori del PND.

Qualche problema potrebbe sorgere relativamente all'iniziale impegno economico per l'applicazione "sul campo", tuttavia va detto con chiarezza che il più rilevante carico economico iniziale consisterebbe nell'informatizzazione omogenea o "compatibile" dei diversi settori, impegno già ampiamente assunto da tutti i Governi Regionali e finanziato con fonti proprie.

Anche la revisione dei Contratti o Convenzioni per gli operatori può rappresentare un esborso economico di discreto valore, ma considerando il

ritorno in tempi relativamente brevi legato alla riduzione dei ricoveri inappropriati in ambiente ospedaliero, l'investimento appare affrontabile, come hanno dimostrato già alcune Regioni che hanno da qualche tempo intrapreso la via dell'integrazione assistenziale. Crediamo quindi che i decisori istituzionali delle Regioni non avranno motivi per ritardare o abbandonare l'applicazione del Piano Nazionale sul Diabete, che rappresenta un importante salto di qualità all'interno del Sistema Italiano, e che proietta i suoi principi su tutto il vasto campo dell'assistenza alle cronicità in generale.

Italian Health Policy Brief

Anno III - N° 4
Speciale 2013

Direttore Responsabile
Eleonora Benfatto

Direttore Editoriale
Marcello Portesi

Editore

ALTIS

Altis S.r.l.
Via della Colonna Antonina, 52
00186 Roma
Tel. +39 06 95585200
Fax +39 06 95585299
info@altis-ops.it

Contatti redazione

Tel. +39 06 95585200
Fax +39 06 95585299
ebenfatto@altis-ops.it

Comitato degli esperti:

Pier Luigi Canonico
Achille Caputi
Claudio Cricelli
Carlo Favaretti
Renato Lauro
Nello Martini
Antonio Nicolucci
Patrizio Piacentini
Annarosa Racca
Walter Ricciardi
Francesco Rossi
Federico Spandonaro
Ketty Vaccaro
Stefano Vella