

# INTRODUZIONE

▀ Sen. Luigi D'Ambrosio Lettieri

12ª Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica, Presidente Intergruppo parlamentare "Qualità della vita e diabete"

La patologia diabetica, a ragione spesso definita una vera pandemia, rappresenta uno dei principali banchi di prova della capacità dei Sistemi sanitari di far fronte al più ampio problema delle cronicità, e ripropone con forza il tema cruciale della sostenibilità del Servizio sanitario. Una sfida difficile perché la prevalenza della malattia è in costante aumento e investe non soltanto chi ne è affetto, per le pesanti ripercussioni sulla qualità di vita, ma l'intero sistema di welfare, dalla famiglia al mondo del lavoro, all'organizzazione dell'assistenza ai pazienti, con un significativo impatto sul consumo di risorse e sulla riduzione della produttività.

Di fronte ad uno scenario di questo tipo, risulta quanto mai prioritario giocare d'anticipo per contrastare la progressione della malattia e ridurre l'impatto sulla spesa sanitaria e sociale, a beneficio della sostenibilità del sistema nel suo complesso.

È necessario che le Istituzioni si impegnino con maggiore forza su questo fronte, attraverso politiche e strategie mirate in grado di rispondere alle reali esigenze dei cittadini. Per questo il macrotema della cronicità ci impone da tempo una riorganizzazione dei servizi in una logica interdisciplinare orientata a un'assistenza sempre più de-ospedalizzata e domiciliare, fondata in ultima analisi sul massimo coinvolgimento del paziente. La collaborazione interprofessionale tra i vari attori del sistema – alla quale si riferiscono il Piano Nazionale

sulla Malattia Diabetica e il più recente Piano Nazionale della Cronicità – è senza dubbio la strategia più efficace per assicurare la continuità assistenziale in una logica di solidarietà ed equità, principi su cui è basato il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Prevenzione, diagnosi precoce, corretto trattamento e accesso uniforme alle migliori terapie disponibili rappresentano i pilastri imprescindibili che devono orientare la legislazione e la programmazione sanitaria sul diabete. In tal senso, questo documento si propone come strumento di conoscenza dei bisogni di salute e delle criticità dell'impianto organizzativo-assistenziale sul territorio, ma anche come collettore di soluzioni e di proposte d'azione per ottimizzare la gestione di una malattia complessa quale è il diabete.

Solo grazie a una più efficace prevenzione, a una diagnosi più tempestiva e a un costante controllo, mediante terapie di qualità e personalizzate sul singolo paziente, è infatti possibile ridurre il fardello delle complicanze croniche e invalidanti associate al diabete. Tutto ciò con ricadute significative in termini di guadagno di salute e qualità di vita, ma anche di razionalizzazione dei costi della malattia e conseguente liberazione di risorse da reinvestire in programmi di prevenzione e diagnosi precoce, nonché in ulteriore innovazione terapeutica a beneficio dei pazienti.

Il raggiungimento di migliori livelli di outcome clinici non può tuttavia passare solo da una corretta presa in carico

della patologia, ma deve poter contare anche su una maggiore consapevolezza dei cittadini sul valore della salute: solo in questo modo essi stessi potranno divenire alleati e veri protagonisti del percorso di cura.

Alle Istituzioni spetta il compito di pianificare e investire risorse su campagne educazionali, per promuovere una cultura della prevenzione e una maggiore attenzione agli stili di vita, con particolare riguardo nei confronti di quanti vivono situazioni di disagio economico o con una scarsa scolarizzazione.

L'informazione al cittadino deve affiancarsi alla formazione continua della classe medica e degli operatori sanitari che devono contribuire a "costruire" persone educate e consapevoli in quanto portatrici del disagio legato alla propria storia di convivenza con la cronicità. Senza tralasciare il ruolo delle Associazioni di volontariato che rappresentano in tal senso una risorsa e un valore per il Sistema sanitario e sono parte integrante della strategia di contrasto al diabete. L'analisi e le proposte presentate in questo paper di indirizzo offrono importanti spunti di riflessione e uno stimolo ulteriore a tenere alta l'attenzione politica sulle problematiche del diabete. Lo slogan "Contro il diabete gioco d'anticipo" ben evidenzia l'urgenza di agire prontamente mettendo in atto politiche omogenee sul territorio nazionale che garantiscano uniformità nell'assistenza e nell'accesso all'informazione e alla cura del diabete, anche promuovendo la condivisione delle buone prassi. ▀

## **Editore**

HPS – Health Publishing & Services Srl  
Piazza Duca d'Aosta 12, 20124 Milano  
tel. 02.2772991 fax. 02.29526823  
[www.aboutpharma.com](http://www.aboutpharma.com)  
[aboutpharma@aboutpharma.com](mailto:aboutpharma@aboutpharma.com)  
REA: 1935962

**Direzione, redazione,  
amministrazione, pubblicità**  
Health Publishing & Services Srl

Piazza Duca D'Aosta, 12 – 20124 Milano  
tel. 02.2772991 – fax 02.29526823

Via Nairobi, 40 – 00144 Roma  
tel. 06.69920913 – fax 06.5010561

[www.aboutpharma.com](http://www.aboutpharma.com)  
[aboutpharma@aboutpharma.com](mailto:aboutpharma@aboutpharma.com)

## **Direttore responsabile**

Sara Todaro  
[sara.todaro@aboutpharma.com](mailto:sara.todaro@aboutpharma.com)

## **In redazione**

Stefano Di Marzio (caposervizio)  
[sdimarzio@aboutpharma.com](mailto:sdimarzio@aboutpharma.com)  
Adiam Tekeste  
[atekeste@aboutpharma.com](mailto:atekeste@aboutpharma.com)  
Marcello Longo  
[mlongo@aboutpharma.com](mailto:mlongo@aboutpharma.com)

## **Referenze fotografiche**

xxxxxxx  
xxxxxxx  
xxxxxxx

## **Stampa**

Finito di stampare nel mese di settembre 2016  
da xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

## **Autorizzazione**

Tribunale di Milano n. 451 del 20/09/2002

Health Publishing & Services S.r.l.  
È vietata la riproduzione anche parziale di  
testi e immagini presenti su tutta la rivista.

---

## **01 INTRODUZIONE**

---

## **03 PREFAZIONE**

**I bisogni della persona con malattia cronica e il nuovo approccio alla cronicità**

---

## **04 PREMESSA METODOLOGICA**

---

## **05 APPROFONDIMENTI**

**05 La programmazione della lotta al diabete tra stato dell'arte e gap di sistema, a 10 anni dal Piano Nazionale sulla malattia diabetica**

**07 La gestione della persona con diabete: scenario attuale, gap di sistema e raccomandazioni**

---

## **14 CONCLUSIONI**

---

## **16 Bibliografia**

# I BISOGNI DELLA PERSONA CON MALATTIA CRONICA E IL NUOVO APPROCCIO ALLA CRONICITÀ

► Paola Pisanti

Coordinatore del Gruppo di lavoro per l'elaborazione del Piano Nazionale della Cronicità, Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute

Oggi i cittadini vivono il proprio stato di salute con maggiore attenzione cosicché la condizione di malattia e lo stato di salute divengono sempre più indicatori della soddisfazione dei propri diritti, sia in ambito individuale che collettivo, e della qualità della vita.

La persona diventa elemento attivo nella cura attraverso l'autogestione consapevole e l'educazione terapeutica strutturata viene identificata come strumento fondamentale in questi processi, perché permette una vera centralità della persona.

È necessario quindi che il malato cronico, con il coinvolgimento dei caregiver, acquisisca quella conoscenza della malattia e della cura che gli permetta di utilizzare al meglio i Servizi Sanitari e Sociali, con l'obiettivo di raggiungere il pieno benessere fisico, psicologico e sociale.

Tutti i protagonisti dell'assistenza devono lavorare perché le persone con cronicità siano supportate a costruire abilità attraverso la conoscenza della malattia, dei trattamenti, delle misure e delle procedure.

L'elemento essenziale per sviluppare l'empowerment è la partecipazione al processo decisionale con il coinvolgimento dei familiari e delle associazioni di volontariato nei percorsi assistenziali, poiché è dimostrato che il loro coinvolgimento aumenta l'efficacia e l'efficienza degli interventi e migliora lo stato di

salute nei suoi aspetti clinici, con una migliore aderenza della persona alla terapia non solo farmacologica.

L'impegno che aspetta tutti noi richiede un intervento vigoroso e con applicazioni pratiche per tutelare e migliorare la salute, ribadendo la centralità della persona con cronicità e quindi il riconoscimento dei suoi diritti e dei suoi doveri.

È necessario lavorare perché non vi sia differenza tra i diritti umani e sociali di coloro che hanno una condizione cronica rispetto a coloro che non l'hanno, affermando i diritti basilari, dalla parità di accesso all'informazione, all'educazione terapeutica, alla diagnosi, al trattamento e cura delle complicanze, alla possibilità di usufruire di prestazioni appropriate in linea con lo sviluppo scientifico e tecnologico.

Ma è soprattutto la quotidianità della persona con malattia cronica che va tutelata, dal contesto familiare, alla scuola, al mondo del lavoro, allo sport, e tutte quelle attività che costituiscono il suo vivere.

In questa linea di pensiero si muove il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), che nasce per promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona e orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Esso si orienta quindi sul paziente-persona e sul suo progetto individuale di salute "globale",



definito attraverso un "Patto di Cura" personalizzato, che tenga conto non solo della sua condizione clinica ma anche del contesto sociale e ambientale. Il Piano pone l'accento sulla valorizzazione del punto di vista del paziente e della sua percezione della qualità dei servizi con cui entra in contatto, che permette di "indagare in una prospettiva diversa le dimensioni strutturali e altri aspetti essenziali come la comunicazione, l'informazione, la capacità relazionale, l'umanizzazione, la personalizzazione, che influenzano notevolmente gli esiti complessivi del sistema delle cure". ▼

# PREMESSA METODOLOGICA

Il presente lavoro è il frutto di una serie di workshop multistakeholder realizzati nell'ambito del progetto "Contro il diabete gioco d'anticipo", che hanno visto il coinvolgimento di tutti gli attori implicati nel percorso di prevenzione, diagnosi e cura della persona con diabete, sia a livello nazionale che regionale: istituzioni, farmaco-economisti, clinici specialisti in diabetologia e malattie metaboliche, medici di medicina generale, infermieri in diabetologia, associazioni di volontariato, giornalisti. Il confron-

to tra i diversi stakeholder, ognuno portatore di una specifica esperienza e competenza sul tema diabete, ha fatto emergere bisogni clinico-assistenziali sul territorio e criticità di tipo programmatico e organizzativo, e suggerito priorità e proposte di azioni per migliorare la gestione della malattia diabetica.

Il fine ultimo è quello di garantire i migliori livelli di outcome clinici e dare risposte appropriate e sostenibili per il Sistema alla domanda di salute dei cittadini, complessa nella cronicità e in un

quadro di progressivo invecchiamento della popolazione.

L'analisi realizzata tiene conto delle fasi del percorso del malato cronico disegnato nel Piano Nazionale della Cronicità. Si auspica che le azioni proposte potranno ispirare una programmazione sanitaria di lotta al diabete tale da garantire sui singoli territori il massimo possibile in termini di processi attivati e di risultati raggiunti, con il pieno coinvolgimento di tutti gli attori assistenziali. ▀



# LA PROGRAMMAZIONE DELLA LOTTA AL DIABETE

## TRA STATO DELL'ARTE E GAP DI SISTEMA, A 10 ANNI DAL PIANO NAZIONALE SULLA MALATTIA DIABETICA

L'assistenza alle persone con diabete rappresenta per i Sistemi sanitari una delle principali sfide organizzative e un paradigma per la gestione delle cronicità. L'aumento dell'incidenza e della prevalenza della malattia, il forte impatto sulla qualità della vita del paziente e della sua famiglia, l'impatto economico crescente per la sanità pubblica hanno indotto il Ministero della Salute a dotarsi del Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica (PND)<sup>(1)</sup> che definisce obiettivi, strategie e linee di indirizzo prioritarie per migliorare l'assistenza e per rendere più omogeneo il processo diagnostico-terapeutico sul territorio nazionale.

Le misure di politica sanitaria poggiano sulle evidenze scientifiche che dimostrano come sia possibile influenzare la storia naturale del diabete sia in termini di prevenzione primaria, sia di prevenzione delle complicanze croniche associate alla malattia. Gli obiettivi sono pertanto quelli di contrastare da un lato la comparsa di nuovi casi di diabete nella popolazione a rischio, dall'altro la comparsa e/o l'evoluzione progressiva delle complicanze. **È il paradigma della *early action*<sup>(2)</sup> a ispirare le politiche sul diabete, che si fonda su prevenzione, precocità della diagnosi e tempestività dell'intervento secondo scelte che**

**rispettano l'appropriatezza e tengono conto delle migliori cure disponibili per i pazienti.**

È questo il razionale che impone ai sistemi di tutela della salute di elaborare programmi di prevenzione e gestione della malattia diabetica, così come richiesto peraltro dal Parlamento Europeo. Il modello organizzativo disegnato è quello della gestione integrata che segna il passaggio dal vecchio sistema del governo della malattia acuta, legato all'intervento di un unico professionista, a quello della cronicità, caratterizzato dall'interdisciplinarietà, dove le persone con diabete sono al centro di un sistema che, a seconda della gravità della condizione, riconosce in diversi professionisti la figura di riferimento sulla base di protocolli condivisi. **L'integrazione tra assistenza primaria e specialistica è funzionale a garantire la continuità assistenziale, secondo un concetto di appropriatezza non più solo clinica ma anche organizzativa e gestionale, che incide profondamente sugli esiti della cura.**

Il PND, predisposto in una prima versione nel 2007, è stato poi revisionato e sottoposto all'esame delle associazioni dei pazienti e dei tecnici designati dalle Regioni, le cui modifiche e integrazioni sono state recepite all'interno del testo finale pubblicato in Gazzetta Ufficiale

nel 2013 (Tabella). A oggi, sono 19 le Regioni che hanno deliberato il suo recepimento formale. Di fatto, a 10 anni dalla sua genesi, sebbene alcune Regioni abbiano adottato provvedimenti specifici per realizzare gli obiettivi del Piano, sono ancora molte le difficoltà che impediscono una gestione ottimale del paziente diabetico.

La filosofia che permea il Piano è quella di colmare il vuoto di cure che spesso le persone lamentano e di garantire quindi continuità nella gestione del paziente. Continuità che può scaturire solo in seguito a una modifica culturale e operativa in cui si valorizzano le azioni concordate in un approccio globale, mettendo al centro la "salute" della persona e non solo la sua malattia. Partendo da questo presupposto, mancano ancora all'appello azioni concrete e diffuse sul territorio per la promozione della gestione integrata – un modello in cui la comunicazione fra centri e specialisti sia continua ed efficiente –, ma anche programmi ampi di prevenzione primaria e secondaria, di formazione e informazione della cittadinanza volti a una responsabilizzazione anche del paziente così da preservare al meglio la sua salute.

I gap di sistema si rendono particolarmente evidenti nel momento in cui si va a valutare uno degli obiettivi della buona gestione della popolazione diabetica,

## Tabella – I 10 obiettivi generali del Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica

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 intersettorialità 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 persone con diabete e delle comunità.

e cioè la prevenzione delle complicanze invalidanti che comportano costi elevatissimi, diretti e indiretti. La maggior voce singola di spesa per il diabete è infatti rappresentata dai ricoveri ospedalieri causati dalle complicanze croniche come le malattie cardiovascolari, l'ictus, l'insufficienza renale cronica, il piede diabetico. **Complicanze nella maggior parte dei casi prevenibili in presenza di un percorso di cura orientato alla diagnosi e al trattamento precoci, che utilizza lo strumento del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) e in cui il paziente è consapevole e corresponsabile nel governo della propria malattia.**

Un recente studio<sup>(3)</sup> realizzato dal team di ricerca del CEIS-EEHTA dell'Università di Roma "Tor Vergata", guidato da Francesco Saverio Mennini, ha aperto una riflessione proprio sul tema del controllo dei pazienti con comorbidità quale driver fondamentale per rendere più efficiente la gestione del **diabete che in Italia genera una spesa annua di 20,3 miliardi di euro suddivisi tra costi diretti (47%,**

**pari a oltre 9,5 miliardi<sup>(4)</sup> e indiretti (53%, pari a oltre 10,6 miliardi<sup>(4)</sup>).**

L'impatto economico del diabete è infatti molteplice: da una parte emergono considerevoli costi diretti sanitari ripartiti tra ospedalizzazioni (53%), farmaci (22%), monitoraggio (14%), prestazioni specialistiche (11%); dall'altra un paziente affetto da diabete è soggetto all'incapacità di lavorare a pieno regime o del tutto, con conseguente perdita di produttività per assenza da lavoro (1,6 miliardi) o pensionamento anticipato (10,7 miliardi).

Lo studio ha evidenziato una stretta correlazione tra il costo medio annuo per paziente diabetico e il numero di comorbidità: si va da circa 340 euro per paziente con solo diabete a oltre 7000 euro in presenza di 4 patologie associate al diabete. Cifre considerevoli, dal momento che l'85% dei pazienti diabetici presenta almeno una comorbidità e oltre il 50% ne ha almeno due. Aumentando le comorbidità, crescono in maniera esponenziale tutte le voci di spesa per il diabete. I ricoveri ospedalieri sono la

voce di costo maggiormente influenzata: rappresentano il 59% della spesa per un paziente con una comorbidità e fino all'80% in presenza di 3 o 4 comorbidità. A partire dalla distribuzione dei pazienti diabetici in base alle comorbidità e al relativo impatto di spesa, gli economisti, affiancati da un board di esperti diabetologi, hanno valutato i benefici economici che una corretta gestione integrata potrebbe avere in termini di riduzione dei costi complessivi della malattia diabetica in Italia. Lo studio ha dimostrato che un potenziamento del monitoraggio del paziente diabetico rispetto a un set di indicatori di processo, fondamentali per misurare la qualità dell'assistenza territoriale (emoglobina glicata, microalbuminuria, set lipidico, pressione arteriosa), può incidere positivamente sull'insorgenza delle complicanze del diabete, con ricadute significative in termini di riduzione dei costi – fino a 980 milioni di euro in un anno – oltre che di miglioramento dello stato di salute e della qualità di vita. ▀

# LA GESTIONE DELLA PERSONA CON DIABETE: SCENARIO ATTUALE, GAP DI SISTEMA E RACCOMANDAZIONI

## Stratificazione e targeting della popolazione (Fase 1)

In Italia, in base ai dati ISTAT, la prevalenza del diabete, riferita all'anno 2014<sup>(5)</sup>, è pari al 5,5%. Percentuale che sale a circa il 15% nella fascia di età fra i 65 e i 74 anni, mentre oltre i 75 anni ne è affetta una persona su 5 (20,3%). Una stima di 3,3 milioni di persone che soffrono di diabete (di cui oltre il 90% di diabete di tipo 2), alle quali va aggiunta una quota (non facilmente stimabile) di circa 1 milione di persone che, pur avendo la malattia, non ne è a conoscenza e altrettanti concittadini a rischio di svilupparla, che soffrono cioè della condizione di prediabete.

**Nell'arco di poco più di 10 anni, dal 2001 al 2014, la prevalenza del diabete in Italia è cresciuta dal 3,9% al 5,5%,**

vale a dire che ci sono oggi, nel nostro Paese, quasi 1 milione di persone in più con diabete noto (Figura 1).

A livello locale la fotografia della popolazione target si fa più sfocata: i dati epidemiologici regionali non sono omogenei e non riportano la stadiazione dei pazienti.

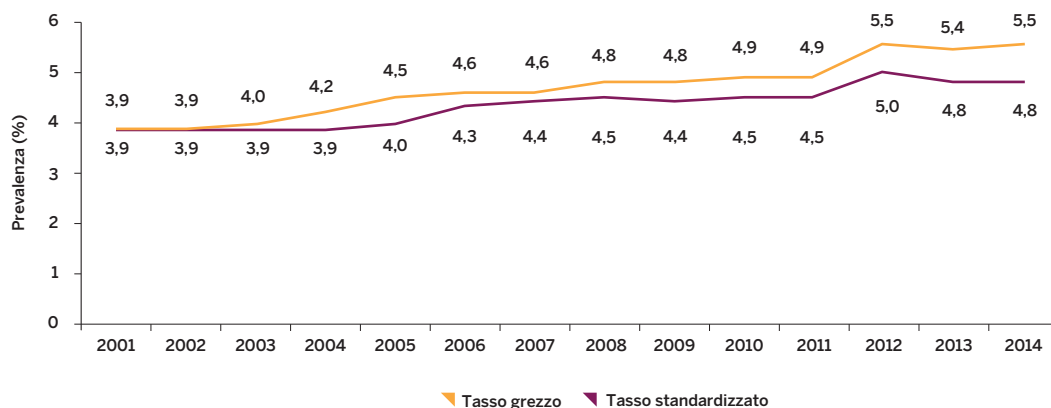
La ricerca epidemiologica dovrebbe essere in grado di fornire a livello locale informazioni numeriche sulla dimensione della malattia e sulle risorse impiegate per la sua assistenza, consentendo il confronto dei dati rilevati con quelli registrati in aree diverse e su scala nazionale. La conoscenza accurata del fenomeno è condizione indispensabile per stabilire le giuste strategie per affrontarlo.

In quest'ottica, **i registri di patologia rappresentano strumenti fondamentali di supporto alla programmazione sanitaria regionale delle attività connesse alla prevenzione, alla cura e all'assistenza alle malattie croniche.**

Il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito tramite i registri consente, infatti, di individuare le aree prioritarie d'intervento, valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi attuati e suggerire un uso razionale delle risorse.

La stratificazione della popolazione è un presupposto fondamentale per identificare i gruppi di popolazione maggiormente a rischio, così da prioritizzare gli interventi (ad esempio di prevenzione) verso i settori più fragili della popolazione.

**Figura 1 – Andamento della prevalenza del diabete in Italia (2001-2014)**



Non dimentichiamo, infatti, che il diabete colpisce le fasce di popolazione meno istruite e in condizioni economiche più svantaggiate, indipendentemente dall'età. Esiste poi un gradiente Nord-Sud del diabete. Ai primi posti per prevalenza della malattia si collocano Basilicata, Campania e Puglia<sup>(5)</sup>. Differenze di prevalenza si evidenziano anche all'interno degli stessi territori regionali. In Puglia, ad esempio, su poco più di 4 milioni di cittadini, i diabetici stimati sono oltre 265mila, pari a 6,5% della popolazione, con province più colpite quali Taranto e Foggia (prevalenza del 6%) e aree più "virtuose" quali Bari e Barletta-Andria-Trani (4%)<sup>(6)</sup>. L'analisi del dato epidemiologico ha portato inoltre a comprendere che in Puglia il 20% delle persone con diabete ha più di

65 anni e che sono anziani i 2/3 dei diabetici che frequentano i centri diabete. Un'evidenza a cui la Regione ha risposto con la realizzazione di un percorso *ad hoc* (PDTA) per il paziente diabetico anziano, di cui si attende l'implementazione a livello regionale<sup>(7)</sup>.

Rispetto all'obiettivo della rilevazione epidemiologica e registrazione dei dati (obiettivo 7), il PND individua come indirizzo strategico l'integrazione e il potenziamento dei flussi informativi esistenti, la condivisione di metodologie e principi per la conduzione di studi epidemiologici in ambito diabetologico, la costruzione di registri di patologia e la condivisione delle esperienze con il contesto internazionale, in particolare a livello europeo. Il Piano Nazionale della

Cronicità<sup>(8)</sup> indica come prima fase del processo proprio quella dell'acquisizione del dato epidemiologico, della sua analisi e condivisione. Il principale strumento per l'attuazione di questa linea di indirizzo è la realizzazione di un registro di patologia. La Regione Piemonte ha istituito il registro nell'ambito dell'adozione del PND già nel 2013, dopo essersi dotata di altri strumenti essenziali per il buon governo della gestione del diabete: nel 2009 è stata istituita la rete informatica per la gestione del diabete<sup>(9)</sup>, mentre l'anno successivo è stato predisposto il PDTA-DM per il diabete mellito<sup>(10)</sup>. Tuttavia, ancora oggi si registrano difficoltà alla condivisione e registrazione dei dati da parte dei diversi operatori, alcuni dei quali non possono, per esempio, accedere ai dati archiviati in digitale (Box 1).

## BOX 1 – Stratificazione e targeting della popolazione (Fase 1)

### Criticità riscontrate

- ▶ Scarsità di dati epidemiologici omogenei a livello regionale.
- ▶ Difficoltà di analisi dei dati epidemiologici e di stadiazione dei pazienti.
- ▶ Mancata condivisione dei dati fra operatori (incompiuta informatizzazione).

### Azioni da promuovere

- ▶ **Istituire i registri di patologia.**
- ▶ **Elaborare modelli di stratificazione della popolazione** basati sul bisogno di assistenza, per poter individuare i soggetti più fragili.
- ▶ **Integrare e potenziare le banche dati e i flussi informativi esistenti.**

## Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce (Fase 2)

La stratificazione e identificazione dei diversi target consente di pianificare interventi mirati per la tutela dello stato di salute dei cittadini. Una volta individuate le persone a "rischio", vanno elaborati dei programmi di prevenzione primaria per poter procrastinare il più a lungo possibile nel tempo lo sviluppo del diabete. Un attento monitoraggio permette poi di individuare in maniera tempestiva l'esordio della malattia, indirizzando quanto prima il paziente verso un percorso di responsabilizzazione e attenzione nei confronti della propria salute. Allo stesso modo, per chi ha già

sviluppato la malattia, i programmi di prevenzione secondaria e il monitoraggio costante di alcuni parametri, insieme a un immediato intervento terapeutico, permettono di prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze. **Un atteggiamento proattivo verso l'identificazione dei soggetti ad alto rischio (ad es. con IGT, ovvero alterata tolleranza al glucosio) e l'individuazione precoce della malattia per un buon controllo della glicemia fin dal suo esordio, sono in grado di determinare un decorso clinico più favorevole in termini di ridotta morbilità e mortalità.**

La programmazione della prevenzione, che sia primaria o secondaria, non deve essere considerata come un'attività di pertinenza esclusiva della Sanità: secondo l'approccio dell'*health in all policies*, la tutela della salute attraverso la promozione di comportamenti salutari deve essere un denominatore comune di tutte le politiche (socio-sanitarie, educative, di pianificazione urbana) e **richiede un'alleanza e uno sforzo comune da parte di Istituzioni, operatori sanitari, responsabili dell'istruzione, responsabili dell'urbanistica, organizzazioni di volontariato, media.**



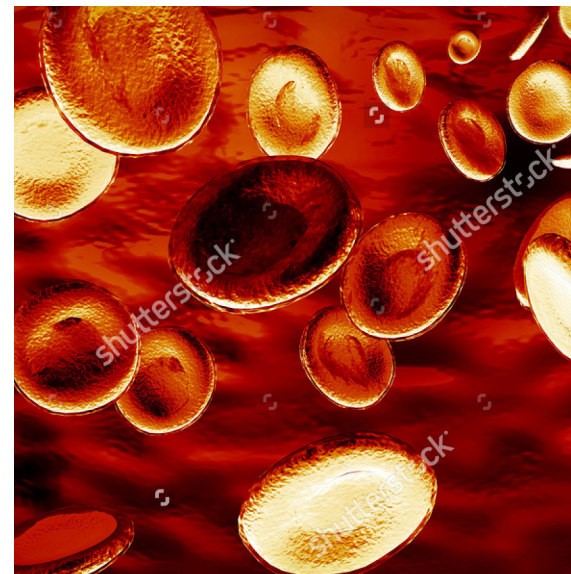
Sul fronte della prevenzione primaria, il PND riconosce come linee di indirizzo prioritarie dell'obiettivo 2 la promozione di una corretta informazione ai cittadini che abbia lo scopo di migliorare le conoscenze sui corretti stili di vita e sulla malattia diabetica, la realizzazione di strategie pubbliche e di rete in materia di nutrizione, attività fisica e obesità, e l'attuazione e valutazione di interventi che facilitino l'adozione di corretti stili di vita da parte sia dei soggetti a rischio che della popolazione generale. Linee di indirizzo che le Regioni hanno attuato principalmente attraverso interventi mirati al controllo dell'obesità. Ciò in considerazione del fatto che l'eccedenza di peso, insieme al dismetabolismo, sono a tutti gli effetti la "fabbrica" del diabete, per cui l'epidemiologia del diabete altro non è che un'amplificazione della drammatica epidemiologia dell'obesità, il cui contrasto rappresenta una priorità di salute pubblica. Si tratta tuttavia di azioni anche molto diverse tra loro e comunque implementate in maniera disomogenea sul territorio nazionale.

Sul fronte della diagnosi precoce, sia il PND sia il PNC richiamano l'attenzione sull'esigenza di individuare il più precocemente possibile i soggetti a rischio attraverso iniziative volte alla diagnosi e alla sorveglianza sugli stili di vita della popolazione, che consentano di seguire nel tempo l'evolversi dei fenomeni. La

diagnosi precoce, ovvero la ricerca attiva dei diabetici non ancora diagnosticati, è propria della medicina generale che ha in carico la gestione dell'intero nucleo familiare, del (potenziale) paziente diabetico ma anche di chi lo accompagna alla visita. **In Piemonte, l'accordo regionale per la medicina generale in diabetologia<sup>(11)</sup>, siglato nel 2008, ha incentivato l'attività dei medici di famiglia allo screening portando a una crescita esponenziale del numero di pazienti seguiti in gestione integrata sul territorio piemontese.** Si è infatti calcolato che il medico di famiglia che dal 2009 abbia realizzato uno screening opportunistico (eseguito in occasione di un controllo medico) su un bacino di 1500 assistiti ha contribuito ad aumentare la prevalenza del diabete mellito di tipo 2 (passando dal 4,6% del 2008 al 9,4% del 2015), grazie alla slatentizzazione del sommerso. 49 delle 51 nuove diagnosi sono effetto di questa ricerca proattiva e si associano a un calo/bassa emoglobina glicata, perfettamente in linea con il valore che si registra mediamente in caso di diagnosi di diabete fatta con screening opportunistico nella Primary Care (6,7% secondo il dato di letteratura)<sup>(12)</sup>.

È stato recentemente pubblicato sul Giornale AMD **un lavoro dei medici di medicina generale della Provincia di Palermo che ha posto l'attenzione sul tema del potenziamento della me-**

**dicina generale (MG) per l'emersione del sommerso**, seguendo i criteri definiti degli "Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014" (individuazione dei soggetti ad alto rischio, misurazione della glicemia, curva da carico, diagnosi di diabete). Su 25mila assistiti, il 50% è risultato a rischio e l'8% (2000 persone) ha ricevuto una diagnosi di diabete di tipo 2, cui è dovuta seguire una tempestiva impostazione della terapia. Questo studio dimostra la fattibilità della rilevazione del sommerso da parte della medicina generale che interviene sulla riduzione delle complicanze e dei ricoveri e quindi sui costi sostenuti dal Sistema sanitario (Box 2).



## BOX 2 – Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce (Fase 2)

### Criticità riscontrate

- ▶ Scarso coordinamento regionale e nazionale delle iniziative per la prevenzione primaria.
- ▶ Sporadico coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nelle iniziative di prevenzione.
- ▶ Assenza di programmi per l'emersione della malattia diabetica.
- ▶ Utilizzo non capillare dei sistemi di valutazione e di audit a disposizione dei medici di famiglia e dei diabetologi per la misurazione delle attività e dei risultati.

### Azioni da promuovere

- ▶ **Organizzare campagne di informazione** da parte delle istituzioni, a vario livello, sui fattori di rischio della malattia diabetica e sui corretti stili di vita.
- ▶ **Intervenire sui pazienti che hanno instabilità metabolica** nell'ottica di favorire un'assunzione di responsabilità verso la propria condizione e una modifica degli stili di vita.
- ▶ **Programmare la ricerca attiva dei pazienti non diagnosticati** attraverso screening opportunistici con il pieno coinvolgimento della medicina generale.

## Presenza in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura (Fase 3)

Per garantire una presa in carico ottimale e una gestione efficiente della persona con diabete è necessario attuare una riorganizzazione del Servizio sanitario, a cui si deve accompagnare una nuova cultura basata sulla condivisione delle informazioni. Gestione integrata, PDTA e Piano di cura sono concetti chiave in questo nuovo scenario. La gestione integrata, fondata sulla stretta collaborazione tra le diverse componenti mediche e professionali – senza dimenticare il ruolo delle associazioni di volontariato che sono parte integrante della strategia di contrasto al diabete – è il modello organizzativo funzionale alla promozione di un'assistenza appropriata e omogenea sul territorio. La partecipazione congiunta dello specialista e del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta dà vita a un programma d'assistenza stabilito, in cui lo scambio di informazioni, che vanno oltre la normale routine, avviene da entrambe le parti e con il consenso informato del paziente.

La gestione integrata implica quindi un piano personalizzato di follow-up condiviso tra tutti i professionisti coinvolti nel processo di assistenza e le persone con diabete. Il paziente è infatti nella maggioranza dei casi un paziente anziano, che presenta diverse patologie concomitanti, e pertanto va considerato nella sua complessità in base alla quale la gestione del follow-up sarà prevalentemente a carico del medico di medicina generale (MMG) [casi a minore complessità] o dello specialista (malattia a stadio più avanzato). La prevalenza di una figura rispetto all'altra, all'interno di un percorso assistenziale personalizzato e concordato, deve essere una decisione condivisa da tutti e va rivalutata periodicamente sulla base delle mutate esigenze del paziente. Uno scenario realizzabile a patto che le diverse figure professionali coinvolte nella presa in carico possano utilizzare tutte le risorse disponibili e quindi anche le nuove armi terapeutiche, sempre più sicure ed efficaci nel controllo del diabete. Ciò significa anche andare

re nella direzione di un ampliamento dell'opportunità prescrittiva ai MMG, oltre agli specialisti – come d'altronde avviene nel resto d'Europa – per una gestione costo-efficace della patologia.

**In questo contesto assume grande rilevanza il ricorso all'area della medicina primaria, con il medico di famiglia che riveste un ruolo centrale non soltanto nell'identificare i soggetti a rischio e nella diagnosi precoce, ma anche nel seguire il paziente in maniera attiva lungo il percorso di cura**, per garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti e condivisi con il paziente stesso. Il MMG, avendo la tutela complessiva della salute dei pazienti che a lui si affidano, può compiere l'intero processo di conoscenza, identificazione del paziente, selezione della terapia appropriata e valutazione degli outcome. Ciò significa assumere un ruolo attivo anche nella corretta gestione delle terapie farmacologiche, in continua innovazione, in termini di appropriatezza prescrittiva, verifica e aderenza alla terapia che rappresenta uno dei fattori che più condiziona gli esiti della cura. Sarà in tal senso interessante osservare i prossimi sviluppi del progetto sperimentale proposto dall'Agenda Italiana del Farmaco di aprire a 2500 MMG presenti su tutto il territorio nazionale la prescrizione dei farmaci sottoposti a Piani Terapeutici per patologie rilevanti per il territorio e ad alta prevalenza quale è il diabete mellito<sup>(13)</sup>. Dal momento che la possibilità di utilizzare nuove misure terapeutiche presuppone una buona conoscenza dei farmaci oltre che della patologia, si renderà necessaria anche la pianificazione di training specifici per chi sarà autorizzato all'uso delle nuove molecole.

**La gestione integrata delle persone con diabete rappresenta l'obiettivo a cui tutti gli attori coinvolti nel percorso di diagnosi, cura e assistenza del paziente devono ambire per una gestione clinicamente efficace (prevenzione delle complicanze) ed economicamente sostenibile della patologia (riduzione degli accessi ospedalieri impropri).** Lo

studio del CEIS-EEHTA di Tor Vergata ci fornisce un'indicazione importante in tal senso, su come migliorare l'attuale gestione incrementando a livelli ottimali la frequenza di rilevazione di un set di parametri di monitoraggio del paziente. L'esame diagnostico più importante è quello dell'emoglobina glicata che dovrebbe essere ripetuto con una frequenza di 3 volte all'anno (rispetto a una media attuale di 1,4), stessa frequenza che dovrebbe essere applicata anche per la pressione arteriosa (rispetto a una media attuale di 1). Test diagnostici per il controllo della microalbuminuria e del colesterolo dovrebbero inoltre essere eseguiti almeno 1 volta all'anno (rispetto a una media attuale di 0,65). **Incrementando il monitoraggio a livelli ottimali, sarebbe possibile ridurre del 10% sia le complicanze che le ospedalizzazioni, grazie a un migliore controllo del paziente non a target e alla modifica del trattamento (appropriatezza terapeutica), come anche ottenere una migliore aderenza alla terapia da parte del paziente, che si traduce in una riduzione di costi per il SSN che oscilla tra 340 e 980 milioni di euro annui<sup>(3)</sup>.**

Uno dei nodi centrali perché si realizzi una reale integrazione è la condivisione informatica dei dati clinici sul paziente da parte di tutti i professionisti coinvolti nel percorso assistenziale. Ciò consente di evitare vuoti assistenziali, duplicazione di azioni e prestazioni o eccessiva frequenza per alcune fasce di popolazione, con conseguente spreco di risorse pubbliche per difetto di informazione.

In Sicilia, per esempio, è stato istituito l'Ambulatorio di gestione integrata del diabete dove specialista, MMG e infermiere visitano insieme il paziente. In questo contesto, che si avvale della cartella clinica informatizzata che permette di tenere sotto controllo e di accedere ai dati di 56mila pazienti su 80mila (13mila nella sola Partinico), l'Azienda sanitaria provinciale di Palermo dal 2012 al 2014 è riuscita a far salire dal 46% al 51,3% la percentuale di pazienti con diabete di tipo 2 a target di equi-

librio di glicemia. D'altronde diverse esperienze mostrano che **i pazienti seguiti contemporaneamente dai MMG e dai servizi di diabetologia, e che sono aderenti alle linee guida, hanno una migliore aspettativa di vita (+40% in 5 anni) rispetto a pazienti che sono seguiti solo dagli uni o dagli altri.**

L'adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è fondamentale nell'ottica dell'implementazione della gestione integrata. È infatti la definizione e la riorganizzazione delle competenze variamente rappresentate sul territorio che permettono al paziente di trovare una risposta pronta ed efficace

alle sue esigenze. In questo contesto agiscono diversi attori, non solo gli specialisti e i MMG, ma anche gli infermieri e le associazioni di pazienti che, ognuno per la propria parte, contribuiscono alla presa in carico del paziente. Il PND individua come linea di indirizzo prioritaria (obiettivo 1) – ribadita anche dal Piano della Cronicità – quella di gestire l'ingresso di ogni persona con diabete nel PDTA al quale partecipano tutti gli attori coinvolti con un impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia. Tuttavia, le Regioni che hanno non soltanto redatto e approvato ma concretamente implementato il PDTA per il diabete sono ancora poche. In Piemonte

già nel 2010 sono state impostate le basi per la definizione della rete diabetologica regionale, individuando il PDTA-DM, i criteri e gli indirizzi per l'articolazione dei presidi secondo la logica dell'intensità delle cure, i criteri organizzativi e clinico-operativi per l'integrazione del percorso garantito in ambito specialistico con le prestazioni erogate dal sistema delle cure primarie<sup>(10)</sup>. L'implementazione e il monitoraggio dei risultati del PDTA sono poi stati ribaditi nel 2013 insieme all'istituzione del Registro di malattia. Ma anche in questo caso, nonostante l'iter legislativo sia stato iniziato per tempo, il PDTA è stato avviato in via sperimentale solo a marzo 2015 (Box 3).

### BOX 3 – Presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura (Fase 3)

#### Criticità riscontrate

- ▶ Difficoltà ad agire in maniera coordinata tra i diversi attori del processo assistenziale.
- ▶ Difficoltà di comunicazione e scambio di informazioni fra professionisti.
- ▶ Processi di informatizzazione e omogeneizzazione delle procedure incompleti e difformi sul territorio.
- ▶ Mancata adozione o implementazione del PDTA a livello regionale.

#### Azioni da promuovere

- ▶ **Potenziare e rendere più efficace l'infrastruttura tecnologica di scambio di informazioni:** armonizzazione dei sistemi informativi, accesso al database anche ad altre figure professionali (cardiologo, nefrologo, oculista, infermiere) e ai pazienti (ad es. per l'aggiornamento dei dati dell'automonitoraggio glicemico).
- ▶ **Implementare la riorganizzazione dei servizi per le cure primarie** che prevedono, tra l'altro, l'aumento del personale di studio e la creazione di ambulatori dove diversi specialisti erogano nell'ambito dei PDTA i propri servizi – Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) – (spinta sostanziale verso la gestione integrata dei pazienti che afferiscono all'ambulatorio).
- ▶ **Potenziare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio** ampliando le competenze dei medici di medicina generale per quanto concerne la diagnosi di diabete e la prescrizione di specifiche categorie di farmaci anche tramite l'utilizzo di Piani Terapeutici web based o la loro eliminazione.
- ▶ **Promuovere la formazione dei medici di medicina generale** rispetto alle innovazioni terapeutiche in diabetologia.
- ▶ **Incrementare la frequenza dei test diagnostici per il monitoraggio dei parametri chiave** di controllo del paziente diabetico.

## Personalizzazione del percorso di cura ed empowerment del paziente (Fase 4)

Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) introduce il concetto di piano di cura personalizzato, diverso dal piano di cura clinico perché coniuga la dimensione medica a quella sociale, integrando

percorso assistenziale con percorso esistenziale: vengono quindi presi in considerazione in prima istanza i bisogni, le aspettative e i desideri del paziente che resta ed è l'attore fondamentale della

propria cura, esperto della propria malattia nella vita reale, a volte profondamente diversa dal concetto clinico, che è invece conosciuto dai medici e dai professionisti. **Il piano di cura personaliz-**



zato – che presuppone l'accesso del paziente alle migliori terapie disponibili e personalizzate sulla base delle caratteristiche individuali – è sancito dal cosiddetto “Patto di cura”, in cui tutti gli attori condividono il percorso e le sue finalità.

Per raggiungere l'obiettivo di una corretta gestione del diabete, il paziente deve essere aiutato a sviluppare capacità di auto-cura: devono essere dati ai pazienti e alle loro famiglie i giusti strumenti per comprendere la patologia e le strategie che si possono mettere in atto per prevenirla, per gestirla e per evitare che progredisca. L'empowerment del paziente passa attraverso il potenziamento della comunicazione, che deve essere rivolta a tutti i cittadini,

con particolare attenzione nei confronti di quanti vivono situazioni di disagio economico o con una scarsa scolarizzazione, in maniera organizzata e autorevole: coinvolgendo tutti, i medici per primi per la loro vicinanza con il paziente e la loro competenza. In questo contesto l'infermiere può giocare un ruolo importante sia nell'educazione terapeutica sia nell'aiutare il paziente a modificare il proprio stile di vita.

L'introduzione delle nuove tecnologie offre inoltre la possibilità di rendere indipendente il paziente per il controllo di alcuni parametri fondamentali. La tecnologia da sola, però, non basta: è importante che gli strumenti di telemedicina siano dati solo a quanti sono in grado di farne un corretto uso e che il monitoraggio da remoto avvenga effettivamente. Anche in un'ottica di sostenibilità del sistema quindi, risulta fondamentale ancora una volta la comunicazione e la formazione dei pazienti al corretto uso non solo dei farmaci ma anche dei device e delle strumentazioni.

Il modello partecipativo di alleanza con le associazioni di volontariato, poi, permette di coinvolgere il paziente nel processo di appropriatezza clinico-organizzativa e di sostenibilità del sistema, perché un paziente che aderisce alla terapia non soltanto migliora il proprio

stato di salute, ma genera risparmi a vantaggio dell'intera collettività. In più, **le associazioni possono agire come potenziatori della gestione integrata, intervenendo a supporto delle ASL nell'erogazione di alcuni servizi al cittadino, per esempio nel caso dell'educazione alimentare o di quella motoria, e mediando nei casi di conflittualità fra il paziente e l'istituzione.** Purtroppo il paziente è spesso riconosciuto parte integrante del mondo sanitario solo in maniera formale, senza garantire la sua formazione e incentivare la sua partecipazione. È invece fondamentale promuovere la formazione e la consapevolezza nei pazienti perché i pazienti esperti possono poi essere veicolo di informazione e prevenzione al di fuori del contesto sanitario. Non solo. **Partecipare attivamente ai tavoli decisionali permette ai pazienti di comprendere la complessità dei processi che innervano il Sistema sanitario; una consapevolezza che aiuta a sviluppare un atteggiamento di collaborazione e di mediazione.** La presenza dei pazienti fa crescere le istituzioni e partecipare alla vita delle istituzioni fa crescere i pazienti. Un circolo virtuoso che si è innescato in rari casi e che dovrebbe essere promosso a livello centrale, attraverso un sistema di formazione e certificazione delle associazioni di pazienti (Box 4).

#### BOX 4 – Personalizzazione del percorso di cura ed empowerment del paziente (Fase 4)

##### Criticità riscontrate

- ▶ Difficoltà di disegnare e realizzare percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria per le persone vulnerabili.
- ▶ Scarso coinvolgimento del team multidisciplinare nella realizzazione della personalizzazione della cura.
- ▶ Difficoltà delle associazioni a diventare interlocutori delle istituzioni in maniera sostanziale e non solo formale.

##### Azioni da promuovere

- ▶ **Creare percorsi di cura chiari** e comunicarli con efficacia attraverso le ASL e gli operatori.
- ▶ **Incentivare la presenza di infermieri negli ambulatori dei medici di famiglia** per coinvolgerli in programmi di prevenzione primaria e secondaria e di follow-up della malattia, che facciano da ponte fra i pazienti e le loro famiglie e i medici.
- ▶ **Realizzare strumenti di informazione omogenei su tutto il territorio**, facili da gestire per gli operatori e da comprendere per i pazienti, certificati da Ministero della Salute.
- ▶ **Promuovere la formazione dei rappresentanti delle associazioni dei pazienti** attraverso un percorso di certificazione.

## Valutazione della qualità dell'assistenza (Fase 5)

Tutti gli obiettivi delineati dal PND e ribaditi in una cornice più ampia nel PNC possono essere raggiunti solo a patto di dotarsi di sistemi di valutazione di efficacia e appropriatezza dell'assistenza erogata.

Elemento indispensabile per poter valutare è la raccolta delle informazioni in banche dati territoriali e nazionali rese fra loro uniformi. Ciò presuppone l'individuazione di indicatori di processo, associati a indicatori di esito intermedi e finali, ad oggi sostanzialmente inesistenti.

Dal momento che il paziente è posto al centro del percorso terapeutico, la sua percezione dell'assistenza ricevuta diventa uno dei perni attorno al quale valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi.

La dimensione della cronicità della patologia avvalorata questa prospettiva dal momento che si lavora per garantire una lunga convivenza delle persone con la malattia. **Acquisire il punto di vista del paziente permette peraltro di valutare accesso, comunicazione, soddisfazione, umanizzazione, personalizzazione e così via, aspetti finora raramente presi in considerazione nella valutazione di efficacia dell'atto terapeutico.** In questo contesto sono interessanti le esperienze svolte in alcune Regioni, dove le

associazioni di pazienti hanno veicolato questionari pensati per indagare proprio questi aspetti. Tali informazioni dovrebbero entrare a far parte dell'insieme di dati su cui si basa la valutazione.

L'appropriatezza deve essere valutata sia dal mero punto di vista economico sia da quello più ampio dell'uso delle risorse messe in campo: non è solo quanti soldi si spendono, ma come si spendono, che può fare la differenza nel considerare un sistema virtuoso e appropriato. La valutazione della virtuosità delle Regioni è basata però in maniera sostanziale sulla quantità di risorse investite in un periodo di tempo – 12 mesi – considerato troppo breve per poter valutare l'efficienza del sistema. Nel caso specifico del diabete poi, la spesa farmaceutica non può essere valutata separatamente dagli altri costi sostenuti per la gestione integrata.

A questo proposito si consideri l'innovazione farmacologica e tecnologica che facilita la terapia e la cura, migliora la qualità di vita e la salute, consentendo anche una maggiore personalizzazione della terapia sulla base di scelte ispirate all'appropriatezza.

In tal senso vale la pena citare l'esperienza dell'Health Pathway Design (HPD)

realizzata presso la ASL CN2 di Alba-Bra nell'ambito del progetto Meridiano Sanità Diabete 2020<sup>(14)</sup>. Il progetto, finalizzato alla valutazione della costo-efficacia del PDTA del paziente diabetico, ha evidenziato l'opportunità di implementare un sistema di finanziamento e monitoraggio dei servizi che sia orientato al percorso e non al singolo episodio di cura. Si tratta di un approccio orientato a **considerare il percorso (fatto di azioni preventive, competenze professionali, presidi, farmaci ecc.) come la "tecnologia" da sottoporre alla prova della costo-efficacia**, tale per cui anche un incremento di costi generato da un maggiore utilizzo dell'innovazione terapeutica può essere bilanciato dalla riduzione di altri capitoli di spesa in virtù di migliori outcome a diretto beneficio per il paziente.

In definitiva, dal momento che l'accesso all'innovazione rappresenta una grande opportunità per i pazienti, sarebbe auspicabile che a livello regionale, insieme alla delibera e all'attuazione del PDTA per la malattia diabetica, fosse realizzato un concomitante e congiunto lavoro per individuare indicatori che garantiscano una corretta applicazione dei percorsi di cura (Box 5). ▴

### BOX 5 – Valutazione della qualità dell'assistenza (Fase 5)

#### Criticità riscontrate

- ▴ Rigidità nel considerare la spesa come primo e, a volte, unico criterio di valutazione dell'appropriatezza di un sistema.
- ▴ Difficoltà di verificare il corretto uso e l'efficacia delle tecnologie messe a disposizione dei pazienti.
- ▴ Mancanza di strumenti per la valutazione di un'azione di Sanità pubblica complessa come quella delineata dal modello di gestione integrata e di PDTA per la malattia diabetica.
- ▴ Mancanza di integrazione fra archivi dati, indispensabile per poter verificare l'assistenza erogata.

#### Azioni da promuovere

- ▴ **Superare il modello dei silos budget** e implementare un modello efficace di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva del diabete.
- ▴ **Mettere a punto sistemi di valutazione dell'impatto della tecnologia.**
- ▴ **Individuare su base nazionale indicatori di risultato intermedi e finali** per misurare l'efficacia delle azioni assistenziali integrate: gli outcomes clinici, ma anche aderenza e persistenza della persona nel processo di cura e aderenza degli operatori ai PDTA e alle linee guida condivise.
- ▴ **Integrare i flussi di informazioni** all'interno delle Regioni e a livello nazionale.
- ▴ **Promuovere la valutazione da parte dei pazienti** e rendere trasparente il giudizio dato.

# CONCLUSIONI

## ► Paola Pisanti

Coordinatore del Gruppo di lavoro per l'elaborazione del Piano Nazionale della Cronicità, Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute

**N**ell'ambito del Progetto "Contro il diabete gioco d'anticipo" questo Speciale sul diabete, attraverso un lavoro di analisi di alcuni modelli regionali e di studi recenti, fa emergere i bisogni clinico-assistenziali e organizzativi dei pazienti e sottolinea la necessità di intervenire in modo da garantire e organizzare servizi centrati sul bisogno della persona e caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, efficacia nonché da una gestione efficiente delle risorse.

Questo testo testimonia, da un lato, la piena consapevolezza della estrema rilevanza della tematica e, dall'altro, l'intenzione di fornire gli elementi necessari per una corretta e appropriata assistenza diabetologica, facendo tesoro di quanto contenuto nel Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica e nel Piano Nazionale della Cronicità e in linea con la cornice disegnata dal recente Patto per la Salute e dai Livelli essenziali di assistenza.

I contenuti si inseriscono nella prospettiva di una modifica culturale e operativa in cui si valorizzano le azioni tese a un approccio globale, dando particolare risalto a una politica coerente e universale, che ricorda che il bene "salute" è prodotto dall'impegno di vari e differenti interlocutori.

Gli obiettivi posti dal documento, tenendo conto delle fasi previste dal Piano

Nazionale della Cronicità che accompagnano il percorso socio-sanitario del cittadino/paziente/persona, enfatizzano la consapevolezza e la necessità di un profondo rinnovamento con la costruzione di un processo basato, in particolare, sulla rilevazione dei bisogni e delle disuguaglianze, sulla definizione di percorsi di cura e di assistenza integrati.

Lo scopo del documento è anche quello di aumentare la cultura diabetologica e illustrare i necessari passi da intraprendere al fine di costruire un efficiente sistema per la gestione del diabete attraverso una riqualificazione del Servizio sanitario. Questa riqualificazione non può prescindere da una valorizzazione del ruolo della Medicina generale, tra l'altro perché l'efficientamento reso possibile dalla presa in carico sul territorio di un numero crescente di pazienti diabetici consentirebbe di destinare nuove e preziose risorse all'innovazione.

Il lavoro evidenzia inoltre quanto si rendano sempre più necessarie modalità assistenziali complesse per far fronte all'insufficiente continuità delle cure, ovvero al "vuoto" assistenziale che il paziente percepisce come abbandono istituzionale.

Inoltre, in linea con i Piani diabete e cronicità, pone l'accento sulla necessità di elaborare e attuare percorsi clinico-assistenziali condivisi tra territorio e ospede-

dale, che sappiano calare le linee guida scientifiche, validate e condivise nel particolare contesto organizzativo locale o regionale in cui i professionisti operano. In tale contesto, il documento qui presentato si pone come uno strumento utile allo scopo di raggiungere l'obiettivo di riqualificare il Servizio sanitario per affrontare la sfida della cronicità in generale e del diabete in particolare, fornendo quegli elementi di conoscenza, criticità e linee strategiche ispirate ai modelli del disease management e del chronic care model, che nascono all'interno di un generale processo di cambiamento dei modelli assistenziali necessario e inevitabile. Il documento propone, quindi, nell'ambito della riforma complessiva del sistema, la necessità di una spinta al potenziamento della cultura del territorio, all'implementazione dei principi della medicina di iniziativa, al miglioramento degli assetti organizzativi per una corretta e adeguata cura integrata del paziente con diabete e del paziente cronico/fragile.

Ma, soprattutto, fa emergere la necessità che le scelte di programmazione socio-sanitaria debbano sempre basarsi su solide basi definite in ambito scientifico, sulla conoscenza delle realtà regionali e locali e sull'integrazione tra le diverse istituzioni, comprese le Associazioni di categoria. ►

---

## Hanno contribuito ai contenuti della pubblicazione

- ▶ **Gianluca Aimaretti**  
Direttore S.C.D.U. Endocrinologia, A.O.U. "Maggiore della Carità" di Novara,  
Università del Piemonte Orientale
- ▶ **Salvatore De Cosmo**  
Direttore Dipartimento Scienze Mediche, Responsabile S.C. di Medicina Interna-Endocrinologia,  
IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo, Foggia
- ▶ **Gerardo Medea**  
Responsabile Area Metabolica, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)
- ▶ **Francesco S. Mennini**  
Professore di Economia Sanitaria, CEIS-EEHTA, Università di Roma "Tor Vergata"
- ▶ **Paola Pisanti**  
Coordinatore del Gruppo di lavoro per l'elaborazione del Piano Nazionale della Cronicità,  
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute
- ▶ **Vincenzo Provenzano**  
Direttore Diabetologia e Malattie del metabolismo, Ospedale civico Partinico, Palermo;  
Presidente della Commissione Diabetologica della Provincia di Palermo
- ▶ **Rita L. Stara**  
Presidente Diabete Forum
- ▶ **Giancarlo Tonolo**  
Direttore S.C.A. Diabetologia, ASL Olbia; Coordinatore del Coordinamento interaziendale  
regionale – sezione diabete nell'adulto

## Bibliografia

- ▲ 1. Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: «Piano per la malattia diabetica». GU Serie Generale n. 32 del 7-2-2013 - Suppl. Ordinario n. 9. Consultabile su: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/02/07/13A00917/sg>
- ▲ 2. WHO, Global Report on Diabetes 2016, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1)
- ▲ 3. Mennini FS, Marcellusi A, Viti R Aspetti economici nella corretta gestione del paziente diabetico, CEIS - Centre for Economic and International Study Economic Evaluation and HTA (EEHTA), Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata. [Il modello, sviluppato sulla base di dati amministrativi relativi al quadriennio 2008-2011, ha stimato i costi sostenuti per il diabete in Italia, prendendo in considerazione i soli costi diretti sanitari che comprendono: la terapia diabetica, i farmaci per il trattamento delle comorbidità, le prestazioni specialistiche ambulatoriali associate alla terapia, i ricoveri ospedalieri associati al diabete e i ricoveri ospedalieri associati alle comorbidità. Il primo obiettivo dello studio è stato quello di ottenere una stima epidemiologica dei pazienti e una distribuzione in base alle comorbidità (malattie cardiovascolari, neuropatiche, renali, retiniche). Il secondo obiettivo dello studio è stato quello di stimare l'impatto economico che una corretta gestione integrata della persona con diabete potrebbe avere in termini di riduzione della spesa.]
- ▲ 4. Marcellusi A, Viti R, Mecozzi A, Mennini FS. Direct and indirect costs of diabetes in Italy: a prevalence probabilistic approach. CEIS Tor Vergata Research paper series 2014:12(7)
- ▲ 5. ISTAT, Annuario Statistico Italiano 2014. Consultabile su: <http://www.istat.it/it/files/2014/11/Asi-2014.pdf>
- ▲ 6. Sistema di sorveglianza PASSI Regione Puglia. Rapporto 2008-2009. Consultabile su: [http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2009/Passi\\_Puglia08.pdf](http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2009/Passi_Puglia08.pdf)
- ▲ 7. Trattamento dell'iperglicemia nella persona anziana con Diabete Mellito. Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Puglia n. 2166 del 21/10/2014. Consultabile su: <http://www.regione.puglia.it/index.php?page=delibere&opz=view&id=13436>
- ▲ 8. Piano Nazionale della Cronicità. Documento trasmesso dal Ministro della Salute Beatrice Lorenzin in Conferenza Stato-Regioni il 22 luglio 2016. Consultabile su: <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5885752.pdf>
- ▲ 9. Rete informatica per la gestione integrata del diabete. Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Piemonte n. 36-11958 del 4/08/2009. Consultabile su: [http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2009/34/attach/dgr\\_11958\\_830\\_04082009.pdf](http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2009/34/attach/dgr_11958_830_04082009.pdf)
- ▲ 10. Percorsi assistenziali appropriati per i pazienti affetti da diabete mellito e da patologia con eziologia reumatologica ed aggiornamento nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Piemonte n. 61-13646 del 22/03/2010. Consultabile su: [http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2010/15/attach/dgr\\_13646\\_830\\_22032010.pdf](http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2010/15/attach/dgr_13646_830_22032010.pdf)
- ▲ 11. Accordo regionale della Medicina Generale sulla gestione integrata del diabete. Firma da Regione Piemonte, FIMMG, Federazione medica il 21 luglio 2008. Consultabile su: [http://www.3vallimed.com/img/accordo\\_diabete%20FIMMG%20Regione%20Piemonte%202008-2011.pdf](http://www.3vallimed.com/img/accordo_diabete%20FIMMG%20Regione%20Piemonte%202008-2011.pdf)
- ▲ 12. Evans P et al. Diagnosing Type 2 diabetes before patients complain of diabetic symptoms - clinical opportunistic screening in a single general practice. Family Practice 2008; 25: 376-381
- ▲ 13. Agenzia Italiana del Farmaco. Progetto Piani Terapeutici WEB BASED per i medici di medicina generale, 8 gennaio 2016. Consultabile su: <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/progetto-piani-terapeutici-web-based-i-medici-di-medicina-generale>
- ▲ 14. [http://www.ambrosetti.eu/wp-content/uploads/130325\\_1-Rev1\\_MS\\_Diabete\\_2020\\_Rapporto\\_finale\\_full.pdf](http://www.ambrosetti.eu/wp-content/uploads/130325_1-Rev1_MS_Diabete_2020_Rapporto_finale_full.pdf)





Edito da



Documento realizzato con il contributo di

