

Perché un Piano nazionale diabete?



P. Pisanti

p.pisanti@sanita.it

Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione

Parole chiave: Piano nazionale diabete, Modello di cura, Qualità di vita, Percorsi integrati, Associazioni di volontariato

Key words: National health diabetes Plan, Care model, Quality of life, Integrated pathways, Patient Associations

Il Giornale di AMD, 2013;16:138-143

Riassunto

Il Ministero della Salute italiano attraverso il Piano nazionale per il diabete ha voluto dare particolare attenzione alla problematica, stressando il concetto della necessità di passaggio da un sistema basato sulla "cura" a quello basato sul "prenderci cura".

Il Piano infatti enfatizza l'importanza di organizzare servizi basati sulla gestione integrata sia sanitaria che sociosanitaria e sulla partecipazione del paziente e dell'associazionismo nella pianificazione, lavori e valutazione.

Infatti il Piano definisce nuovi percorsi di erogazione dell'assistenza sanitaria basati su: Continuità delle cure per lunghi periodi, Integrazione dei servizi sociali e sanitari e Gestione integrata.

Il Piano inoltre ha lo scopo di migliorare l'alleanza terapeutica medico / paziente e di sviluppare il coinvolgimento del volontariato come partecipante ai processi decisionali al quale però è necessario fornire gli strumenti per fargli acquisire una cultura etica e manageriale che lo porti a lavorare con affidabilità, chiarezza ed efficienza.

Il Piano considera che l'efficienza delle politiche sanitarie risiede nell'abilità di organizzare servizi e percorsi integrati.

Pertanto esso definisce modelli di assistenza basati sull'integrazione che coinvolgano i medici di medicina generale, i pediatri, gli specialisti e tutti gli operatori sanitari e non sanitari che direttamente o indirettamente sono coinvolti nell'assistenza alla persona con malattia diabetica.

Summary

The Italian Ministry of health by the national diabetes Plan is fully aware of this matter and has stressed the concept of "take care" instead of "Cure".

The Plan emphasizes importance of services based on integrated pathways and the participation of citizens and the association of patient on the planning, the working and the evaluation.

In fact the Plan outlines new ways of deploying health care based on: Continuous care over longer period, Integration of health and social services and, Emphasizing the integrated care.

The Plan considers very important to improve the therapeutic alliance and to involve the voluntary sector as participants in decisional process by looking to give them the instruments to acquire an ethical and managerial culture that allows them to work with reliability, clarity and efficacy.

The Plan considers that the efficiency of the policies is able to organize services and integrated pathways.

Therefore defines a care model or models based on integrated management that relies on the G.P.S, the specialists and other health workers and those not involved in the care of diabetes patient.

Oggi in Italia il Diabete ha un attento focus osservazionale e avere un Piano nazionale sul diabete⁽¹⁾ che rinforzi i contenuti delle norme e degli atti di programmazione sicuramente è una grande vittoria a cui hanno contribuito le strategie implementate a livello del Ministero della Salute, che hanno voluto rendere sempre più stretta la collaborazione fra il mondo scientifico, le istituzioni pubbliche e private e le associazioni dei pazienti, senza prevaricazioni ma con un interesse comune: la salute delle persone.

La patologia cronica, per il suo impatto sia sugli aspetti sanitari che psico-sociali, ha bisogno di modelli diversi di assistenza e l'impegno non solo del mondo della Sanità ma anche di altri settori.

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

Pertanto gli obiettivi generali degli atti di programmazione nazionale che affrontano il problema della cronicità riguardano il miglioramento degli standard di cura, con attenzione ai nuovi modelli di assistenza alla cronicità; l'omogeneità dell'offerta e la continuità assistenziale; la riduzione della variabilità clinica e la diffusione della medicina basata sulle prove (EBM); un uso congruo delle risorse e rendere i servizi efficaci, efficienti ed appropriati (Figura 1).

Le indicazioni degli ultimi Piani Sanitari Nazionali 2003-2005⁽²⁾ e 2006-2008⁽³⁾, con questi obiettivi, evi-

Basato su una relazione tenuta in occasione del VI Congresso Nazionale del Centro Studi e Ricerche di AMD, svoltosi a Napoli dal 18 al 20 ottobre 2012.

- **miglioramento degli standard di cura, con attenzione ai nuovi modelli di assistenza alla cronicità;**
- **omogeneità dell'offerta e continuità assistenziale;**
- **riduzione della variabilità clinica e la diffusione della medicina basata sulle prove (EBM);**
- **uso congruo delle risorse e rendere i servizi efficaci, efficienti ed appropriati.**

Figura 1. Obiettivi generali degli atti di programmazione che affrontano il problema della cronicità.

denziano la necessità di ricercare differenti e nuovi equilibri in cui la persona con patologia cronica, e non la malattia, sia al centro del sistema, di creare una rinnovata collaborazione fra i vari attori del sistema, non solo provenienti dal mondo sanitario, per attuare una trasversalità di interventi.

Già da qualche anno il Ministero della Salute Italiano, attraverso i lavori della Commissione Nazionale diabete, ha creato una piattaforma di dialogo con le Società scientifiche, Regioni, Associazioni di pazienti ed avviato una serie di attività per migliorare la tutela assistenziale delle persone con diabete, in quanto il diabete è una delle patologie più diffuse al mondo e, con le sue complicanze, rappresenta un problema umano, sociale e sanitario che interessa persone di tutte le età e di tutte le razze, con un più grave coinvolgimento, peraltro, delle classi economicamente e socialmente svantaggiate.

Le disposizioni specifiche esistenti sulla malattia (legge 16 marzo 1987 n. 115⁽⁴⁾, Atto di Intesa del 1991⁽⁵⁾, Decreto Ministeriale 8 febbraio 1982 e succ. integrazioni⁽⁶⁾) già garantiscono una adeguata tutela alle persone affette da malattia diabetica e un miglioramento della qualità dell'assistenza potrebbe essere già assicurato sia con la completa applicazione di tali provvedimenti che con l'attuazione di interventi organizzativi adeguati piuttosto che con modifiche legislative. In particolare, l'Atto di intesa, definito ai sensi dell'art. 2 della legge 115/1987, indica gli interventi idonei per l'individuazione delle fasce di popolazione a rischio diabetico, prevede la programmazione di specifici interventi sanitari e definisce criteri di uniformità relativi agli aspetti strutturali e organizzativi dei servizi diabetologici.

Pertanto oggi il diritto alle cure viene garantito alle persone con diabete, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), così come avviene per altri pazienti con altre patologie. L'individuazione della malattia diabetica fra le condizioni di malattia croniche e invalidanti garantisce a questi pazienti, in esenzione dalla quota di partecipazione, l'utilizzo di prestazioni specialistiche ambulatoriali appropriate, come da decreto legislativo n. 124 del 1998⁽⁷⁾.

Nel nuovo assetto ordinamentale determinato dalla modifica del titolo V della Costituzione⁽⁸⁾, mediante il quale il governo centrale si trasforma da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante dell'equità sul territorio nazionale, si possono ritenere tutt'ora attuali le finalità generali individuate dalla norma e dall'Atto di intesa del 91.

Inoltre dal contesto internazionale, rappresentato dalle indicazioni europee del giugno 2006, dalla Risoluzione ONU del Dicembre 2006⁽⁹⁾, dalle conclusioni del Forum di New York del 2007 e dai lavori della Commissione europea su "Information to patient"⁽¹⁰⁾ si evidenzia la necessità di sviluppare politiche nazionali per la prevenzione, trattamento del diabete, in linea con lo sviluppo sostenibile dei vari sistemi di assistenza sanitaria nonché di elaborare strumenti adeguati per il raggiungimento di livelli di assistenza appropriati, che abbiano l'obiettivo di stabilizzare la malattia e migliorare la qualità di vita del paziente.

Gli ultimi provvedimenti nazionali generali pongono la necessità di soddisfare una domanda crescente di assistenza di natura diversa basata sulla integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali e sulla continuità delle cure per periodi di lunga durata, esaltando al tempo stesso il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale.

L'Italia dispone di un sistema di assistenza, sviluppatosi soprattutto a seguito dell'entrata in vigore della legge 16 marzo 1987, n. 115, e del Protocollo di intesa del 1991.

In particolare, la normativa citata fornisce le indicazioni di riferimento per la programmazione dell'assistenza in Italia, in accordo con il documento tecnico dell'OMS per la Prevenzione del Diabete Mellito⁽¹¹⁾, stabilendo i canoni dell'assistenza, e demandandone l'applicazione alle Regioni al fine di promuovere modalità uniformi di assistenza.

In particolare, la legge 115 del 1987 ha dato alla patologia un alto rilievo sociale cercando di far superare il precedente approccio clinico e il protocollo di intesa ha indicato gli interventi più idonei per l'individuazione delle fasce di popolazione a rischio, previsto la programmazione di specifici interventi sanitari e definito criteri di uniformità relativi agli aspetti strutturali e organizzativi dei servizi diabetologici.

L'attuale contesto istituzionale e normativo è caratterizzato dal nuovo assetto dei rapporti tra lo stato e le Regioni ridefinito dalla modifica del titolo V della Costituzione e dalla individuazione dei livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 29 novembre 2001⁽¹²⁾ e successive integrazioni che ha rappresentato l'avvio di una nuova fase per la tutela sanitaria: garantire ai cittadini un Servizio sanitario omogeneo in termini di qualità e quantità delle prestazioni erogate (Figura 2).

L'impegno del Ministero della salute negli ultimi anni è stato quello di rendere attuali e innovativi i contenuti delle norme specifiche sul diabete, individuando

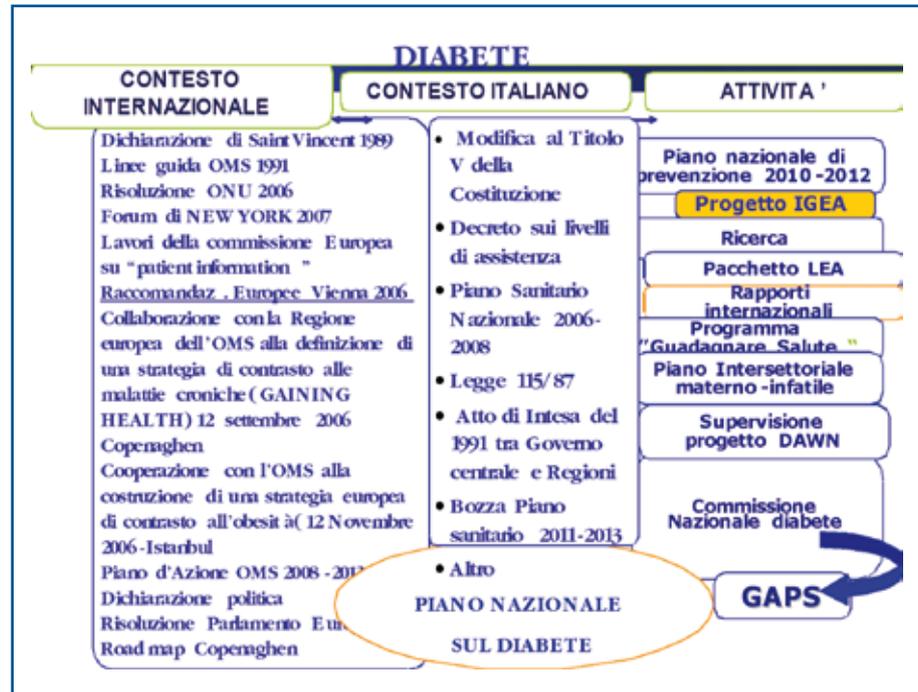


Figura 2.

strategie che richiedessero modalità operative basate su un ampio dialogo e sulla collaborazione fra tutti i principali protagonisti dell'assistenza, in una reale sinergia fra le Regioni, le Associazioni professionali, il Volontariato, le Istituzioni pubbliche e private.

Quindi l'impegno del Ministero della salute è stato quello di identificare le aree di miglioramento; creare una piattaforma di dialogo con i vari interlocutori coinvolti nel sistema; attivare una serie di attività che possano condurre a progetti globali e collaborazioni; coinvolgere attivamente le persone con diabete, attraverso le Associazioni di volontariato.

L'ultimo Piano sanitario nazionale 2006-2008 ha individuato il diabete tra le quattro grandi patologie insieme alle malattie respiratorie, malattie cardiovascolari e tumori.

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

Ma i dati provenienti da studi italiani hanno evidenziato che nonostante la presenza di una adeguata rete specialistica, una legge nazionale (legge 115 del 16/3/1987) che, insieme all'atto di intesa del 1991 stabiliscono i canoni dell'assistenza, un gran numero di provvedimenti regionali, che hanno tutti recepito

le norme di indirizzo, molti provvedimenti sulle tutele economiche quali le norme sull'invalidità, la legge 104⁽¹³⁾, le indicazioni sulla patente di guida, le indicazioni sui presidi diagnostici, i decreti sul diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa, ci sono ancora delle barriere che impediscono una gestione ottimale della persona con diabete: quali l'educazione terapeutica finalizzata alla autogestione della malattia, l'aderenza alle raccomandazioni della buona pratica clinica, i programmi di gestione integrata della malattia (disease management, case management), barriere di comunicazione tra operatori sanitari, barriere di comunicazione tra operatori sanitari e paziente, gaps nella continuità assistenziale, scarsa aderenza alla terapia farmacologica, scarsa aderenza alla terapia non farmacologica, con una ricaduta sullo stato psicologico del paziente e su molteplici aspetti della vita personale e familiare della persona con diabete.

Possiamo riconoscere che esistono attualmente nel nostro sistema delle "BARRIERE DEL SISTEMA" che in particolare riguardano il sistema sanitario, la persona con diabete, il medico di medicina generale, il centro specialistico, i manager della sanità pubblica.

In particolare per il sistema sanitario esse sono rappresentate dall'aumento della prevalenza malattia, dagli elevati costi sanitari diretti dovuti alle complicanze della malattia, dalle difficoltà sanitarie e amministrative nell'attuare programmi di Gestione Integrata, dalla scarsa aderenza alla terapia farmacologica e agli stili di vita della persona con diabete, dalla carenza di sistematicità nella gestione dei pazienti diabetici da parte dei medici di medicina generale (MMG) e dei Centri Spe-

cialistici, dalla gestione “confusa” della patologia diabetica tra le varie competenze, dalla scarsa comunicazione e scarsa cultura dell’integrazione tra MMG e Specialista, dalla carenza di programmi coordinati di Educazione alla Salute per la prevenzione della malattia e di Educazione Terapeutica per la cura della malattia diabetica, dalla difficoltà a reperire i dati clinici con cui monitorare il percorso assistenziale della persona con diabete.

Per quanto riguarda la persona con diabete le barriere riguardano la scarsa conoscenza delle risorse disponibili, la scarsa motivazione e quindi scarsa aderenza alla cura, spesso il difficile accesso ai servizi, gli ostacoli “sociali”: lavoro, scuola, dipendenza da altri (per l’età avanzata).

Per il Medico di Medicina Generale gli ostacoli possono essere rappresentati dall’organizzazione dell’ambulatorio, dalla comunicazione con il Centro Specialistico, dalla raccolta dei dati clinici per il monitoraggio della malattia, dall’accesso ad esami per il controllo della malattia.

Per il Centro Specialistico vanno considerate quali barriere l’eccesso di richiesta, il sovraffollamento, le liste d’attesa, l’aumento dei pazienti con complicanze evolute che necessitano di alta intensità di cura, l’organizzazione del lavoro, la allocazione delle risorse umane, strutturali ed organizzative, raccolta dei dati clinici, la comunicazione con il MMG.

Inoltre i Manager della Sanità Pubblica si trovano spesso a doversi confrontare con la scarsità di dati epidemiologici essenziali per una corretta e adeguata programmazione, la scarsa comunicazione tra i livelli assistenziali, la variabilità assistenziale, l’uso inappropriato delle risorse (farmaci, ospedalizzazioni ecc.), la scarsa aderenza al trattamento da parte del paziente con conseguente aumento dei costi economici e sociali, l’aumento dei costi della malattia dovuti all’aumento della prevalenza.

Ma dobbiamo però considerare l’esistenza di forze del sistema sanitario italiano rappresentate dall’aumento di interesse sulla malattia a livello internazionale, nazionale e locale, la presenza di una legge e norme specifiche, la presenza di centri specialistici sul territorio nazionale, la disponibilità di linee guida e documenti di consensus, l’esistenza di un sistema che prevede l’erogazione gratuita dei servizi e presidi, l’incremento dell’informazione a livello dei mass media.

L’ultimo atto di programmazione in ordine di tempo è stato il Piano nazionale per la malattia diabetica sancito con accordo ai sensi dell’Articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281⁽¹⁴⁾ tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano su proposta del Ministro della salute.

Il Piano punta sia sulla prevenzione primaria, come già previsto dal vigente Piano Nazionale di Prevenzione, sia su un approccio integrato e multidisciplinare di presa in carico del diabetico, proponendo obiettivi, strategie e strumenti volti a superare i problemi riscontrati,

alla luce di quanto previsto dal vigente Piano Sanitario Nazionale, in termini di prevenzione sanitaria e promozione della salute, riorganizzazione delle cure primarie, integrazione delle reti assistenziali, integrazione tra diversi livelli di assistenza e integrazione socio-sanitaria.

Il Piano è stato elaborato dalla Commissione permanente sul diabete istituita presso il Ministero della Salute, per rispondere a varie motivazioni di tipo epidemiologico, informativo e organizzativo e per rispondere alle esigenze previste dalla legge 16.3.1987 n. 115, che ha individuato una serie di diritti, obiettivi e modalità organizzative per il cittadino con diabete e dall’Atto di intesa tra Stato e Regioni del 30 luglio 1991, definito ai sensi dell’art. 2 della medesima legge, che prevede interventi operativi idonei per l’individuazione delle fasce di popolazione a rischio diabetico, per programmare interventi sanitari su tali fasce e, inoltre, a livello nazionale, il monitoraggio delle modalità assistenziali del diabete.

La Commissione costituita da rappresentanti delle due Direzioni generali del Ministero, quella della programmazione e quella della prevenzione, da referenti delle 21 regioni, rappresentanti delle società scientifiche, esperti in materia e rappresentanti delle Associazioni dei malati ha avuto dapprima l’obiettivo di procedere a una valutazione congiunta con le Regioni delle iniziative e dei modelli assistenziali adottati nelle diverse realtà locali e a un confronto sui percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali sviluppati sul territorio nazionale, al fine di favorire quelli che garantiscano uniformità di risposte e continuità di tutela al paziente diabetico, in attuazione della normativa vigente.

Sappiamo che i dati della letteratura dimostrano che interventi mirati sulla popolazione a rischio limitano l’incidenza della patologia e la qualità dell’assistenza alla persona con diabete diminuisce l’insorgenza delle complicanze, e quindi migliora la qualità di vita del paziente e riduce l’ospedalizzazione. Ciò comporta la definizione di un modello assistenziale o di modelli assistenziali anche diversificati, ma che devono necessariamente prevedere: 1) la sinergia coordinata delle diverse figure professionali formate al tipo di assistenza; 2) la costruzione di percorsi diagnostici terapeutici-assistenziali concordati e condivisi; 3) la valutazione dei risultati clinici e organizzativi; 4) un miglioramento della compliance del rapporto operatore sanitario-paziente, al fine di educare il paziente, responsabilizzandolo, al tempo stesso, nella gestione della malattia.

Pertanto con l’obiettivo di migliorare le attività di prevenzione, cura e riabilitazione del diabete ed a favorire percorsi che garantiscano uniformità di risposte e continuità di tutela al paziente diabetico, attraverso la formulazione di indicazioni a favore del soggetto diabetico e delle fasce di popolazione a rischio e tenendo conto dell’evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche e dei nuovi modelli organizzativi, la Commissione ha lavorato sulla individuazione delle aree di

criticità sia nell'assistenza che nella autogestione della malattia.

Ciò ha permesso di formulare, attraverso i contenuti del Piano, delle risposte assistenziali più adeguate e fornire, a tutti gli interlocutori coinvolti nella tutela di questi malati, uno strumento di analisi e indicazioni strategiche utili per una implementazione omogenea degli interventi sul malato diabetico e sulla famiglia.

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

Il Piano nel rispetto delle funzioni del Servizio Sanitario e nel rispetto dei principi di sussidiarietà e leale collaborazione ha coerenza con le sollecitazioni nazionali e internazionali sul diabete e considera aspetti nuovi quali il ruolo del volontariato, la centralità della persona e della famiglia, il territorio come luogo che analizza i bisogni.

Inoltre nell'erogare le risposte tiene conto dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche, delle linee guida esistenti, delle indicazioni esistenti a livello internazionale, rispettando l'assetto ordinamentale determinato dalla modifica del titolo V della Costituzione, che lascia tutt'ora attuali le finalità generali individuate dalla legge e dall'Atto di intesa del 1991.

Il Piano nel rispondere all'esigenza di definire non solo "cosa fare" ma soprattutto come fare, per rendere i servizi efficaci, efficienti in termini di prevenzione e assistenza e assicurare equità di accesso, tenendo conto delle differenze sociali, culturali, demografiche e geografiche, definisce ampi obiettivi (generali e specifici) e le linee strategiche ed azioni per specifici interventi, descrive modelli per ottimizzare la disponibilità e l'efficacia dell'assistenza, evidenzia le aree che richiedono ulteriore sviluppo, suggerisce modalità per sostenere e integrare i momenti di prevenzione con la cura.

Sicuramente a oltre 20 anni dalla sua approvazione la legge 115/87 si dimostra ancora molto attuale. Il legislatore ha previsto la necessità di definire modelli di cura integrati che sono lo strumento vincente. C'era però bisogno di uno strumento strategico e il Piano Nazionale Diabete vuole essere questo strumento. Il Piano parla di efficacia, efficienza, appropriatezza e vuole favorire l'equità di accesso ai servizi sanitari.

Il piano è stato condiviso, prima dell'iter legislativo, dai rappresentanti regionali, dalle società scientifiche, dalle associazioni di pazienti.

Il passaggio politico è stato facilitato dal fatto che esso è coerente con gli indirizzi regionali attuali ma soprattutto rispecchia le esigenze sia del mondo scientifi-

co che del volontariato, in sintonia con le necessità del sistema sanitario.

Ma perchè l'Italia ha bisogno di un Piano nazionale sulla malattia diabetica che definisca gli obiettivi e le strategie per l'implementazione della assistenza?

L'elaborazione del Piano nasce dalla necessità di dare risposta alle indicazioni internazionali ed europee (Risoluzione ONU, Dichiarazione di Saint Vincent, Linee OMS, Indirizzi europei, Information to patient), per rendere attuali le indicazioni della legge 115 e dell'atto di intesa del 1991, per rafforzare le indicazioni del Piano sanitario 2003-2005, del piano 2006-2008 e del Piano di prevenzione.

Ma soprattutto c'è bisogno di un Piano per l'elevata prevalenza della patologia (colpisce circa il 5% della popolazione); per i costi sanitari diretti consistenti (circa il 7 - 10 % del totale nei paesi Europei) con un costo pro capite di circa 3000€/anno/ per paziente; per la previsione di aumento drammatico della prevalenza nei prossimi anni e quindi anche dei costi e perché è possibile influenzare la storia naturale del Diabete sia in termini di prevenzione primaria che di prevenzione delle complicanze.

Il Piano è scritto per illustrare i modi verso cui tutti i differenti componenti del servizio sanitario e gli altri interlocutori del sistema, anche non appartenenti al sistema sanitario devono convergere, per proporre un comune set di obiettivi, raccomandazioni e pratiche di implementazione del piano, per guidare un'azione collettiva a livello pratico e livello politico con lo scopo di ridurre il personale e pubblico impatto del diabete in Italia.

Il documento è scritto per le persone che hanno il diabete, quelli che assistono le persone con diabete, sanitari e non, per le donne con diabete gestazionale e le persone a rischio di sviluppare il diabete in futuro.

Qual è la MISSION del Piano?

Contribuire al miglioramento della tutela assistenziale della persona con diabete o a rischio di diabete, riducendo il peso della malattia sulla singola persona, sul contesto sociale (amici, parenti, familiari, ambiente di lavoro, scuola) ed a livello di servizio sanitario, rendendo i servizi efficaci ed efficienti in termini di prevenzione e assistenza ed assicurando equità di accesso nei confronti delle disuguaglianze sociali.

Qual è la VISION del piano?

- Il sistema dovrà:
- essere efficace ed efficiente, con i risultati basati sull'evidenza;
 - essere focalizzato sulla popolazione in generale ma soprattutto sui bisogni degli individui;
 - contemplare la partecipazione della comunità attraverso il volontariato nel processo decisionale;
 - porre particolare enfasi sulla prevenzione e riduzione dei fattori di rischio;
 - riconoscere il ruolo dei providers dell'assistenza primaria nella prevenzione e nella assistenza al diabetico;

- muovere da modelli tradizionali con ruoli ben delineati fino a modelli basati su una interdisciplinarietà nell'assistenza, identificando i compiti che devono essere svolti;
- tenere conto di differenze sociali, culturali, demografiche e geografiche mantenendo delle scelte basate su un range di modelli, metodi, attività e risorse che producono simili e positivi outcomes ma che possono essere più o meno adattati a differenze circostanze;
- informare su indicazioni cliniche utili per i coloro che assistono il paziente con diabete o a rischio di diabete;
- collegare processi efficaci a efficaci risultati attraverso monitoraggio e sistemi di reporting;
- passare attraverso una valutazione con l'utilizzo di un range di indicatori;
- lavorare per ottenere dei risultati che possono essere standardizzati in riferimento a criteri che riguardano riduzione del rischio, morbilità, qualità di vita, stato funzionale, soddisfazione del paziente e costi.

Di cosa tiene conto il Piano?

Il Piano punta alla centralità della persona ed evidenzia la necessità di interventi trasversali sia sanitari che di altri settori.

Su cosa deve agire il Piano?

Il Piano sul diabete deve stimolare tutti gli interlocutori ad attuare quel processo di cambiamento culturale necessario per gestire adeguatamente la cronicità. E il cambiamento culturale non potrà avvenire

se non si utilizza la formazione come momento di conoscenza tecnico scientifica e di crescita ETICA E SOCIALE.

BIBLIOGRAFIA

1. Piano sulla malattia diabetica. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf.
2. Piano sanitario nazionale 2003-2005. <http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPiano.jsp?id=316>.
3. Piano sanitario nazionale 2006-2008. <http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPiano.jsp?id=316>.
4. Legge 16 marzo 1985 n.115. www.handylex.org/stato/l160387.shtml.
5. DPR 27 marzo 1992 Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni. www.cri.it/attivita/sanitarie/docssanitari/ambulanze/DPR%2027%20marzo%201992.pdf.
6. Decreto ministeriale 16 febbraio 1982. www.bossettiegatti.com/info/norme/statali/1982_dm1602.htm.
7. Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124. www.handylex.org/stato/d290498.shtml.
8. La riforma del titolo V della Costituzione: [db.formez.it/fontinor.nsf/0/11831F5BB199C5B1C125730700497B44/\\$file/Articolo.Marcazzan.pdf](http://db.formez.it/fontinor.nsf/0/11831F5BB199C5B1C125730700497B44/$file/Articolo.Marcazzan.pdf).
9. Risoluzione dell'ONU 61-225 122/07. www.giornalediabetici.ch/archivio/finalmente-risoluzione-dellonu-61-225-12207/.
10. European Commission – Europa. ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/projects/index_it.htm.
11. Linee-guida dell'Oms. www.diabete.net/linee-guida-del-loms/il-diabete-in-italia/le-leggi-nazionali/413/.
12. DPCM 29 novembre 2001 - Ministero della Salute. www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_226_allegato.pdf.
13. Legge 104, 5 febbraio 1992. www.legge104.com/.
14. D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281 - Parlamento Italiano. www.parlamento.it/parlam/leggi/deleghe/97281dl.htm.

