

DOCUMENTO

Premessa

I Coordinamenti e le Federazioni Regionali delle Associazioni di Persone con diabete di Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia e Sardegna intendono promuovere il recepimento del Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica e, soprattutto, la sua effettiva implementazione nell'ambito delle rispettive Regioni, facendo proprio lo slogan lanciato da Diabete Italia: *“Abbiamo il Piano.... e ora?”*

Il Piano è stato infatti finora recepito solo da alcune Regioni e in alcuni casi in modo insufficiente, senza una delibera effettiva.

All'interno del Piano viene riconosciuto alle Associazioni di Volontariato, citate ben 47 volte, un ruolo fondamentale, che prevede il coinvolgimento attivo sia nelle commissioni regionali per l'attuazione del Piano Sanitario, sia nella rete assistenziale.

Determina

Le Associazioni di Persone con diabete ritengono di doversi allertare per meglio corrispondere alla implementazione del Piano, partendo da quelle aree, quali le regioni centro-meridionali, dove la patologia risulta aver assunto percentuali epidemiche ed intolleranti, a cui spesso non corrisponde un'adeguata ed efficace strategia di assistenza e cura.

Quanto anzidetto deve concretizzarsi in un'iniziativa congiunta tra le Associazioni delle Regioni di cui sopra, che possa aprire un dialogo costruttivo con le Istituzioni affinché il Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica venga recepito e implementato nel rispetto dei suoi 10 obiettivi, con particolare riferimento ai criteri di omogeneità delle prestazioni, di efficienza nella cura e di sempre miglior rapporto fra Medico e Paziente. Pratiche cliniche e assistenziali, basate su prove scientifiche, devono essere considerate nell'attività clinica e nella programmazione sanitaria, ai fini dell'allocazione delle risorse.

Da qui una lettura condivisa del Piano per organizzare in modo unitario le migliori iniziative per renderlo fruibile, stabilendo alcune priorità che possano dare alle Associazioni di Volontariato quel ruolo che lo stesso Piano assegna loro, così come richiamato nell'Obiettivo n.10.

Ciò nondimeno l'impegno delle Associazioni è puntualmente definito dai restanti 9 obiettivi del Piano che, in sintesi, possono essere indicati, quali:

- miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale in merito alla razionalizzazione e all'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- attuazione di misure volte a prevenire o rallentare l'insorgenza della malattia, attraverso l'adozione di idonei stili di vita;
- aumento delle conoscenze sulla prevenzione, la diagnosi, il trattamento e l'assistenza; sostenere la ricerca al fine del progresso di cura;
- rendere omogenea l'assistenza, al fine di migliorare l'efficacia delle cure e la loro accessibilità avendo particolare attenzione alle disuguaglianze ed alle diverse realtà territoriali;
- assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne in gravidanza con diabete e promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce
- migliorare la qualità di vita verso le persone con diabete in età evolutiva, con il coinvolgimento del sistema scolastico e della famiglia;

- migliorare l'assistenza in generale e promuovere attività di ricognizione epidemiologica più puntuale, finalizzata alla programmazione;
- attuare percorsi di formazione e informazione per una maggiore consapevolezza della malattia, tra tutti gli operatori della Rete;
- promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie.

L'insieme delle finalità del Piano sono indirizzate a migliorare le attività di prevenzione, di cura ed educazione della persona con diabete, al fine di adeguare a livello nazionale il processo diagnostico-terapeutico.

I temi affrontati nel Piano sono molti, ma tutti di estremo interesse e sui quali le Associazioni dovranno attivarsi affinché vengano realizzati. Nello specifico sono indicate le problematiche riferite alle modalità di comunicazione della malattia, all'importanza della prevenzione, con particolare riguardo all'aumento dell'obesità nella popolazione, all'esigenza di predisporre la Rete Diabetologica attraverso una più idonea informatizzazione recuperando ed implementando quando pure previsto dal Progetto IGEA in modo uniforme, alle problematiche riferite al diabete in età evolutiva con una decisa incidenza nel rapporto scuola-diabete, chiarendo i termini della somministrazione dei farmaci a scuola, oltre ad interventi mirati sugli aspetti psicologici che hanno un importante impatto sulla famiglia.

Altri temi di assoluta rilevanza sono quelli relativi a:

- Educazione Terapeutica, complessivamente scarsamente considerata, nonostante già nella legge 115/87 venga definita parte integrante della terapia;
- La definizione delle caratteristiche della figura del "diabetico guida" oltre alla certificazione della valenza anche in termini di risparmio della spesa pubblica;

Altri temi, anche se appena accennati, sono quelli sociali: dal lavoro, alla concessione e rinnovo della patente di guida, alla definizione di una disposizione specifica per le persone con diabete e loro familiari che attualmente devono usufruire della legge 104, all'istituzione del registro delle persone con diabete ed infine alla realizzazione della Carta dei Servizi di Diabetologia, in modo da rilanciare i Centri di Diabetologia, semmai attrezzati con veri team dedicati.

In aggiunta al PND, diventa fondamentale quanto contenuto nel Protocollo sull'autocontrollo della glicemia promosso da Diabete Italia e dal Comitato per i Diritti della Persona con Diabete, sottoscritto da tutti i portatori di interesse e presentato alle Istituzioni, il cui obiettivo è assicurare equità, uniformità e qualità d'accesso all'autocontrollo, appropriatezza clinico – terapeutica e sostenibilità economica per il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso:

1) La sperimentazione di un modello di governance fondato sul

- riconoscimento dell'autocontrollo glicemico come parte integrante della terapia di tutte le persone con diabete,
- sulla libertà di scelta del team diabetologico,
- sull'appropriatezza terapeutica e prescrittiva,
- sull'individuazione delle tipologie di dispositivi erogabili

2) l'adeguamento delle erogazioni a livello regionale in funzione della popolazione diabetica residente;

3) l'adozione di tariffe di rimborso per le tipologie di strumenti per la misurazione della glicemia a domicilio, di cui hanno bisogno le persone diabetiche;

4) il conseguimento di una sostenibilità economica per il Servizio Sanitario Nazionale.

Infine non dimentichiamo quanto recenti studi abbiano dimostrato la validità clinica dell'autocontrollo strutturato anche nella gestione del diabete non trattato con insulina, con particolare riferimento allo studio PRISMA (Prospective Randomized Trial on Intensive SMBG Management Added). che ha coinvolto 39 Centri italiani, di Diabetologia e 1024 pazienti con Diabete Tipo 2 di età compresa tra i 35 e i 75 anni senza complicanze e mai trattati con insulina, con emoglobina glicata basale da 7,0% a 9,0%.

Tutti sono stati educati alla gestione del diabete da parte di infermieri e dietisti e poi sono stati suddivisi in due gruppi, che hanno eseguito l'automonitoraggio glicemico, ma in uno dei due era strutturato, ovvero effettuato in modo tale da dare al medico le informazioni necessarie per valutare l'adequatezza della terapia in atto ed eventualmente offrire la possibilità di personalizzarla. I risultati dello studio hanno dimostrato che, i partecipanti allo Studio del gruppo con automonitoraggio strutturato hanno avuto una riduzione dell'emoglobina glicata maggiore (0,39% contro 0,27%), ma questo beneficio è ancora più evidente se si considerano solo i soggetti del gruppo strutturato che ha rispettato il Protocollo di studio (0,45% contro 0,24%) . Lo stesso risultato si è ottenuto per la riduzione di peso in termini di Indice di Massa Corporea (IMC).

Per quanto riguarda le Associazioni, lo studio PRISMA offre la possibilità di promuovere, nei tavoli con le Istituzioni sia Nazionali che locali, che l'efficacia dell'autocontrollo strutturato se fatto con un'adeguata Educazione Terapeutica, porta dei vantaggi sia in termini di modifica dello stile di vita e di prevenzione delle complicanze, sia in termini di minor accessi alla Specialistica.

Il presente documento, dibattuto e approvato, dovrà essere la base da cui partire, nelle rispettive realtà locali, affinché il Piano Nazionale Diabete possa trovare la sua piena applicazione, con l'obiettivo di sostenere il diritto delle Persone con diabete a poter accedere alle migliori cure e in modo uguale su tutto il territorio nazionale.

MATERA 20 e 21 novembre 2015

Firmato da :Antonio Papaleo Coord. Ass.ni Diabet.Lucane e Pres. ALAD-FAND Basilivcata
Lorenzo Greco Ufficio Presidenza Naz. FAND e Coord. Ass. Diabetiche Molise
Gabriella Violi Ufficio Presidenza Naz. FAND e Pres. Ass. Diabaino Vip Calabria
Antonella Ferraro Coord. Reg.le FAND e CODICAL Calabria
Elvira Maddaloni Vice Coord. Reg.le Calabria e Presidente AGD Cosenza
Lina Delle Mobache Pres CLADIAB Coord Lazio Ass.ni Persone con Diabete
Raffaele Tammone Pres. APD Matera
Stefano Garau Coordinatore Assoc. Diabetiche Sardegna
Giuseppina Galasso Cons. naz, FAND e Pres, Ass, Taranto
Giuseppe Traversa Coord. Reg.le FAND Puglia
Gioacchino Allotta Pres. Ass. Aiuto Diabetici Trapani
Fabiana Anastasio Cons. naz. FAND Coord.Ass.ni e FAND Campania
Michele Consiglio Pres. AADL Rionero in Vulture (Pz)
Giuseppe Fusaro Vice Pres. Ass. Tre Valli lagonegrese (Pz)
Pasquale Nocella Cons. Naz. FAND e Pres. Ass. Formia
Santino Bilancetti Pres. Ass. Sora (Lazio)