



DELIBERAZIONE N° VIII / 001258 Seduta del 30 NOV. 2005

Presidente **ROBERTO FORMIGONI**

Assessori regionali VIVIANA BECCALOSSI Vice Presidente
GIAN CARLO ABELLI
ETTORE ALBERTONI
MAURIZIO BERNARDO
DAVIDE BONI
GIANPIETRO BORGHINI
MASSIMO BUSCEMI
ALESSANDRO CÈ

ROMANO COLOZZI
MASSIMO CORSARO
ALBERTO GUGLIELMO
ALESSANDRO MONETA
FRANCO NICOLI CRISTIANI
LIONELLO MARCO PAGNONCELLI
PIER GIANNI PROSPERINI
DOMENICO ZAMBETTI

Con l'assistenza del Segretario **Anna Bonomo**

Su proposta dell'Assessore alla Sanità Alessandro Cè



Oggetto

"PREVENZIONE ATTIVA DEL DIABETE MELLITO E DELLE SUE
COMPLICANZE": PIANO REGIONALE DI DETTAGLIO, AI SENSI DELLA
DGR N. VIII/00217 DEL 27.6.2005

SECRETARY
OFFICE

Il Dirigente

Luciano Bresciani
UO Programmazione

Luigi Macchi
UO Prevenzione, tutela sanitaria e veterinaria

Il Direttore Generale

Carlo Lucchina

L'atto si compone di 12 pagine
di cui 4 pagine di allegati,
parte integrante.



PREMESSO che:

- la legge regionale 2.3.1992, n. 8 “Prevenzione e cura del diabete mellito”, attuativa della Legge 115/87, prevede l’organizzazione della prevenzione e della diagnosi precoce della malattia diabetica, nonché degli interventi terapeutici ed assistenziali erogati ai pazienti diabetici, per una risposta globale, specialistica e interdisciplinare ai bisogni dei malati con particolare riferimento all’identificazione dei diversi livelli assistenziali nonché alla loro informatizzazione;
- il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 approvato con Decreto del Presidente della Repubblica del 23.5.2003, al punto. 3.2.4 “Il diabete e le malattie metaboliche”, evidenzia l’opportunità di attivare programmi di prevenzione primaria e secondaria con l’obiettivo di ridurre i tassi di ospedalizzazione ed i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazioni degli arti) nonché strategie per migliorare la qualità di vita dei pazienti, attraverso programmi di educazione ed informazione sanitaria;
- il Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 approvato con d.c.r. n. VII/462 del 13.3.2002 prevede, nell’ambito delle linee di intervento prioritario, tra gli obiettivi di salute e di benessere sociale, il controllo e la cura delle malattie ad ampio impatto sociale, tra le quali il diabete, patologia ad elevata morbilità e mortalità;
- il progetto di ricerca sanitaria finalizzata in attuazione dell’ex articolo 12 del d.lgs n. 502/92 e s.m.i. “RADICI Reti A Diversa Intensità di Cura Integrate”, approvato con d.g.r. n. VII/20105/2004, affronta una sperimentazione domiciliare rivolta a pazienti diabetici;
- il Piano Regionale della prevenzione attiva, ai sensi dell’intesa fra il Governo, le Regioni e le Province Autonome del 23 marzo 2005, approvato con d.g.r. n. VIII/217 del 27.6.2005 pianifica e programma per il triennio 2005-2007 gli interventi relativi alla prevenzione del rischio cardiovascolare, alla prevenzione delle complicanze del diabete, agli screening oncologici ed alle vaccinazioni;
- il “Documento di Programmazione Economico Finanziaria Regionale 2006-2008” (DPEFR) approvato con d.c.r. 26.10.2005 n. VIII/26 “Risoluzione concernente il Documento di Programmazione Economico Finanziario 2006-2008” che evidenzia, per quanto riguarda il futuro dell’assistenza sanitaria in termini organizzativi, la necessità di sostenere ed agevolare la formazione di reti (network) specifiche per patologia, sviluppando, oltre a quelle già avviate, anche quella relativa alla patologia diabetica;

ATTESO che il punto 5. del dispositivo della d.g.r. n. VIII/217/2005 dà mandato al Direttore Generale della D.G. Sanità di mettere in atto tutte le azioni necessarie al fine della predisposizione di un piano di dettaglio per le attività di prevenzione attiva delle complicanze del diabete, secondo le indicazioni riportate nell’allegato 2 della stessa d.g.r.;

DATO ATTO che al fine di predisporre tale piano di dettaglio è stato costituito con d.d.g. Sanità n. 14712 del 7.10.2005, il “Gruppo di Lavoro Prevenzione, diagnosi e cura della





patologia diabetica” composto da esperti in materia e da rappresentanti della relativa società scientifica con la presenza di esponenti della Direzione Generale Sanità;

DATO ATTO che nella seduta del 24.10.2005 il Gruppo di Lavoro sopra citato ha esaminato ed approvato il “Piano Regionale di dettaglio Prevenzione attiva del Diabete Mellito e delle sue complicanze”;

ATTESO che tale documento ha come obiettivi:

- favorire la prevenzione primaria del diabete mellito, in particolare di tipo II, nell’ambito della più complessa azione di promozione di stili di vita sani;
- favorire la diagnosi precoce nei soggetti a rischio nell’ambito della più complessiva azione di somministrazione della carta del rischio cardiocerebrovascolare;
- attivare a livello territoriale gruppi di lavoro interaziendali che vedano integrate le diverse professionalità per l’elaborazione e l’avvio di percorsi diagnostico-terapeutici, anche sulla base delle indicazioni regionali;

ATTESO altresì che il documento citato si inserisce nel modello assistenziale individuato dalla Regione con le d.g.r. n. VI/48301 del 21.2.2000 e n. VII/8678 del 9.4.2002 e che punta alla forte integrazione tra equipe diabetologica ed il livello territoriale per garantire la migliore assistenza e razionalizzare l’impiego delle risorse disponibili, adottando il disease management come strumento di analisi del percorso assistenziale e l’approccio globale alla malattia misurato con indicatori di qualità;

RITENUTO pertanto di approvare il “Piano Regionale di dettaglio Prevenzione attiva del Diabete Mellito e delle sue complicanze”, allegato parte integrante e sostanziale alla presente delibera;

VAGLIATE ed assunte come proprie tali considerazioni

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

Per le motivazioni indicate nelle premesse del presente provvedimento e che qui s’intendono integralmente riportate:

1. **di approvare** il “Piano Regionale di dettaglio della Prevenzione Attiva del Diabete Mellito e delle sue complicanze” - allegato parte integrante e sostanziale alla presente delibera – quale documento che si inserisce nel modello assistenziale individuato dalla Regione con le d.g.r. n. VI/48301 del 21.2.2000 e n. VII/8678 del 9.4.2002 e che punta alla forte integrazione tra equipe diabetologica ed il livello territoriale per garantire la migliore assistenza e razionalizzare l’impiego delle risorse disponibili, adottando il





disease management come strumento di analisi del percorso assistenziale e l'approccio globale alla malattia misurato con indicatori di qualità;

IL SEGRETARIO



Anna Bonomo



PIANO REGIONALE DI DETTAGLIO PREVENZIONE ATTIVA DEL DIABETE MELLITO E DELLE SUE COMPLICANZE

Premessa

Il diabete mellito è una patologia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene che nei paesi ricchi, a causa dell'incremento dell'attesa di vita, nonché dell'incremento della frequenza nella popolazione di sovrappeso ed obesità e dello stile di vita sedentario, la prevalenza della malattia sia destinata ad aumentare nel prossimo futuro.

La riduzione della morbilità e della mortalità e il miglioramento della qualità di vita dei pazienti diabetici rappresentano quindi obiettivi di cruciale importanza per la sanità pubblica, tanto che l'Healthy People 2010 si pone, tra i diversi obiettivi quello di promuovere la prevenzione del diabete, aumentare il numero di diagnosi precoci, intensificare le misure di screening per le complicanze e ridurre la morbilità e mortalità;

Diffusione

Nel mondo, il numero di soggetti diabetici è in continuo aumento e le attuali stime prevedono che si passerà dagli attuali 151 milioni a 221 milioni nel 2010 ed a 300 milioni nel 2025.

In **Italia** si stima che la prevalenza del diabete mellito noto sia pari al 3% (ossia che più di 2 milioni di italiani soffrono di diabete). Il 90% è rappresentato dal diabete di tipo 2 e circa il 10% da quello di tipo 1. Esiste tuttavia almeno un'identica quota di pazienti non noti e non diagnosticati, pari a circa il 2%, che porta la prevalenza globale intorno al 5-6% (1)

L'incidenza annuale risulta essere attorno al 2-3 per mille, pari quindi a 100 mila nuovi diabetici all'anno.

In **Lombardia**, dai dati a disposizione nelle banche dati regionali, il numero di pazienti diabetici con trattamento farmacologico (prescrizioni farmaceutiche di antidiabetici, gruppo A10 della Classificazione anatomica terapeutica chimica (ATC) dei farmaci) è stimato pari a 270.000 persone, con una prevalenza che aumenta con l'aumentare dell'età, risultando particolarmente alta nei soggetti con più di 65 anni di età, dove raggiunge valori attorno al 10%.

La malattia diabetica risulta inoltre correlata ad un alto grado di ospedalizzazione, con oltre 80.000 pazienti diabetici ricoverati che generano più di 150.000 ricoveri.

Escludendo i DH ed i ricoveri inferiori a 1 giorno, i pazienti diabetici ricoverati risultano circa 65.000 per un totale di quasi 110.000 ricoveri per diabete mellito, dei quali quasi il 75% di tipo medico ed il 25% di tipo chirurgico.

I soggetti con 1 solo ricovero/diabete/anno sono oltre 40.000, i soggetti con 2 ricoveri sono circa 14.000 e quelli con 3 o più ricoveri/diabete/anno sono oltre 10.000.

Infine oltre 20.000 sono i nuovi casi/anno.



Dati derivanti da due esperienze pilota realizzate nel 2000 dalla ASL di Pavia e da quella la ASL di Brescia indicano una prevalenza che varia dal 3.4% al 3.6%, in accordo con quanto indicato in letteratura, cui vanno aggiunti i soggetti ai quali non è stata ancora posta la diagnosi (2%).

I costi sanitari diretti osservati, elevati ma sovrapponibili a quelli della letteratura, incidono dal 7.8% al 9.9% sul totale della spesa; le stesse esperienze hanno osservato un contenimento dei ricoveri legato ad una riduzione delle complicanze e, quindi, dei costi, in presenza di una attività diabetologica strutturata con il team diabetologico dedicato.

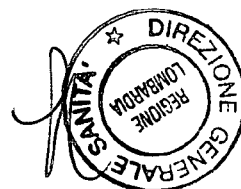
Interessanti informazioni sulle caratteristiche sociodemografiche, la distribuzione dei principali fattori di rischio cardiovascolare, l'aderenza alle linee guida per la prevenzione delle complicanze, nonché sul possesso di informazioni corrette per la autogestione della malattia dei diabetici lombardi derivano dallo studio QUADRI realizzato nel 2004, nell'ambito di una più ampia rilevazione nazionale condotta dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni e con le società scientifiche dei diabetologi e dei medici di medicina generale (SID, AMD, SIMG).

L'indagine è stata effettuata su un campione rappresentativo di soggetti estratti dalle liste di esenzione per patologia, di età compresa tra i 18 e 64 anni. Il sesso maggiormente rappresentato è quello maschile (66% vs. 34%); la fascia di età maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 55 ed i 64 anni (66%), solo il 4% degli intervistati ha un'età compresa tra i 18 ed i 39 anni. Oltre i due terzi del campione (69%) possiede la licenza elementare o media inferiore.

Relativamente alla concomitante presenza di uno o più **fattori di rischio cardiovascolare** che incidono anche sulla comparsa delle complicanze e sulla mortalità fra i diabetici: il 55% del campione riferisce di essere iperteso; di questi, il 12% non è in terapia. Il 48% del campione riferisce ipercolesterolemia: di questi il 26% di questi non è in terapia; il 69% è sovrappeso. Il 37% degli intervistati fumava al momento della diagnosi ed il 25% continua a fumare, valore sorprendentemente simile alla media di fumatori rilevato nella popolazione generale italiana di oggi, e quasi 1 su 3 dei pazienti intervistati non pratica alcuna attività fisica (28%). Relativamente alle **complicanze** il 26% degli intervistati dichiara di avere almeno una; le più frequenti sono la cardiopatia ischemica (14%) e la retinopatia diabetica (12%). Seguono le complicanze cerebrovascolari (3%), le renali (0,5%), e le amputazioni degli arti inferiori (0,5%).

L'aderenza delle pratiche assistenziali alle linee guida è essenziale per la prevenzione delle complicanze ed il miglioramento della qualità della vita. A questo proposito meno della metà (44%) dei diabetici intervistati ha fatto almeno una visita approfondita dal medico di medicina generale o presso il centro diabetologico nell'ultimo semestre. Nell'ultimo anno solo il 67% ha effettuato un esame del fondo oculare, il 36% un controllo accurato dei piedi ed il 38% ha ricevuto la vaccinazione anti-influenzale. Negli ultimi quattro mesi l'emoglobina glicosilata (calcolata sul 75% della sottopopolazione che conosce l'esame) è stata eseguita nel 60% dei diabetici. Il 98% dei diabetici in trattamento insulinico pratica l'autocontrollo glicemico domiciliare almeno una volta al giorno. Tra i soggetti a rischio cardiovascolare, solo il 12% assume ASA.

Per valutare globalmente l'aderenza dei pazienti alle raccomandazioni delle LLGG, è stato costruito un indice composito sulla base di otto tra i principali indicatori di aderenza alle linee guida, dando un punteggio alla realizzazione complessiva della serie di controlli e test previsti per i pazienti. Solo il 4% del campione realizza tutti e 8 i controlli con la frequenza prevista, il



49% ne realizza fra 5 e 7, il 44% dei pazienti fra 1 e 4, ed il 3% non fa nessuno degli 8 controlli considerati importanti per la prevenzione delle complicanze

La partecipazione attiva del paziente all'autogestione del diabete rappresenta il punto di forza per la riuscita di qualsiasi strategia assistenziale. In termini di **informazione, educazione e comportamenti** solo il 49% degli intervistati ha dichiarato di conoscere l'importanza del controllo giornaliero dei piedi, tra questi, poco più della metà (57%) esegue l'auto-ispezione giornaliera. Quasi tutti i fumatori attuali (85%) hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare; il 99% dei soggetti con eccesso ponderale ha ricevuto consiglio di dimagrire, ma solo poco più di 1 paziente su 2 (60%), sta facendo qualcosa per perdere peso. Nonostante l'88% abbia ricevuto informazioni sull'importanza di svolgere attività fisica regolare solo il 54% svolge abitualmente un'attività fisica efficace (almeno 3-4 volte alla settimana per almeno 30 minuti).

Evidenze di efficacia

La Task Force on Community Preventive Services (CDC, Atlanta) ha effettuato una revisione sistematica per valutare l'efficacia degli interventi del sistema sanitario orientati a ottimizzare l'assistenza fornita ai pazienti diabetici e ad educare alla gestione personale della malattia fornita in contesti collettivi.

Gli interventi sono stati così classificati:

fortemente raccomandati:

- gestione della malattia, con approccio multifattoriale e integrato sui vari aspetti della malattia e delle complicanze e sulla prevenzione delle comorbidità e su aspetti inerenti la erogazione delle prestazioni
- case management della malattia

raccomandati:

- interventi di educazione alla autogestione rivolti a soggetti di età superiore a 18 anni, affetti da diabete mellito di tipo 2, svolti in centri di aggregazione comunitaria, diversi dal domicilio e dall'ambito clinico
- interventi di educazione alla autogestione rivolti a bambini ed adolescenti, affetti da diabete mellito di tipo 1, svolti al domicilio anche tramite e learning da operatori sanitari

evidenza insufficiente:

- interventi di educazione alla autogestione di persone affette da diabetici, svolti in contesti comunitari e precisamente luoghi di lavoro, scuole e campi ricreativi

Contesto normativo di riferimento

- **Legge n. 115 16/3/1987** "Disposizione per la prevenzione e la cura del diabete mellito": impegna le regioni a predisporre idonee iniziative dirette a fronteggiare il diabete mellito
- **PSN 2003-2005**: proseguendo nella strada tracciata dai precedenti piani, impegna ad attivare programmi di prevenzione primaria e secondaria, in particolare per il diabete mellito in età evolutiva
- **Accordo Stato Regioni del 29 luglio 2004** che individua il Piano Nazionale di Prevenzione Attiva 2004-2006 quale insieme articolato di interventi offerti attivamente alla popolazione generale oppure a gruppi a rischio per malattie di rilevanza sociale che vedono il coinvolgimento integrato dei vari soggetti del SSN impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria e che si pone in una ottica di promozione e di



incremento della diffusione dei programmi di prevenzione e di adesione consapevole da parte di cittadini con particolare riferimento alle seguenti aree di intervento: rischio cardiovascolare, screening oncologici, complicanze del diabete ed attività vaccinale

- **Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005** che prevede che le Regioni si impegnino ad adottare entro il 30 giugno 2005, il Piano Regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione, coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale” ed in particolare l’allegato 2 alla sopra citata Intesa recante “Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007”, che declina gli ambiti di intervento del detto piano ovvero: la prevenzione cardiovascolare, gli screening dei tumori, la prevenzione degli incedenti ed il piano delle vaccinazioni.

La Regione Lombardia affronta le tematiche della prevenzione e dell’assistenza diabetologica con i seguenti atti:

- **Legge N° 8 Marzo 1992:** Prevenzione e Cura del Diabete Mellito, attuativa della Legge 115/87, che identifica i diversi livelli assistenziali e loro informatizzazione
- **d.g.r. 21.2.2000, n. VI/48301** “Indirizzi funzionali ed organizzativi per la prevenzione e la cura del diabete mellito” che delinea un modello organizzativo che prevede una forte integrazione tra equipe diabetologica e MMG, con adozione del Disease Management come strumento di analisi del percorso assistenziale
- **d.c.r. 13.3.2002, n. VII/462** “Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004” che individua il diabete tra gli obiettivi di salute e di benessere sociale
- **d.g.r. 9.4.2002, n. VII/8678** “Definizione delle procedure per la gestione integrata del paziente diabetico” che ribadisce l’importanza della gestione integrata del paziente diabetico, attraverso un approccio globale alla malattia misurato con indicatori di qualità sia per il MMG che per il centro diabetologico
- **d.g.r. 27.6.2005 n. VIII/217** “Determinazioni inerenti il Piano Regionale della Prevenzione Attiva ai sensi dell’intesa fra il governo, le regioni e province autonome del 23.3.2005” che pianifica e programma per il triennio 2005-2007 gli interventi relativi alle seguenti tematiche: prevenzione del rischio cardiovascolare, prevenzione delle complicanze del diabete, screening oncologici, vaccinazioni.
- **Circolare 30/SAN 2005:** “Linee guida sul diabete giovanile per favorire l’inserimento del bambino diabetico in ambito scolastico”

Obiettivi

Le seguenti osservazioni e motivazioni stanno alla base del presente documento :

1. sul territorio regionale l’offerta di programmi di promozione della salute è eterogenea, sia in termini di contenuti e messaggi , che di approccio metodologico ed emerge la necessità di rendere univoci e non contraddittori i messaggi ed omogeneo l’approccio che deve prevedere una puntuale pianificazione delle azioni, secondo un disegno globale condiviso che sappia tener conto anche delle caratteristiche locali;
2. analogamente l’assistenza diabetologica in Lombardia, pur essendo di buon livello rispetto agli standard nazionali e internazionali, presenta ancora oggi evidenti criticità, ed in particolare la collaborazione tra i diversi attori (ASL, AO, MMG, ...) al fine di rendere sistematica la gestione integrata dei pazienti diabetici da parte dei MMG e dei Team Diabetologici Ospedalieri non sempre è stabile e fattiva; inoltre persistono delle difficoltà nella costruzione, condivisione e messa in pratica di Percorsi diagnostico-terapeutici; risulta ancora carente la comunicazione e l’interazione tra MMG e Specialisti;



programmi coordinati di educazione alla salute per la prevenzione e di educazione terapeutica per la cura della malattia diabetica sono esigui.

Pertanto vi è l'esigenza di predisporre un percorso complessivo che, tenuto conto del contesto precedentemente descritto e collocandosi nella più ampia azione della promozione di sani stili di vita, persegua, per quanto riguarda specificatamente la prevenzione delle complicanze del diabete i seguenti obiettivi:

- a) Favorire la prevenzione primaria del diabete mellito, in particolare di tipo II, nell'ambito della più complessiva azione di promozione di stili di vita sani
- b) Favorire la diagnosi precoce nei soggetti a rischio nell'ambito della più complessiva azione di somministrazione della carta del rischio cardiocerebrovascolare
- c) Attivare a livello territoriale gruppi di lavoro interaziendali che vedano integrate le diverse professionalità per la elaborazione e l'avvio di Percorsi diagnostico-terapeutici, anche sulla base delle indicazioni regionali;

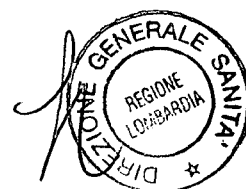
Attori e Ruoli

All'interno del SSR contribuiscono alla realizzazione degli obiettivi i seguenti attori:

la **Regione Lombardia**, tramite la **Direzione Generale Sanità**, definisce le strategie ed indica le priorità di intervento tenuto conto del contesto normativo ed epidemiologico descritto; delinea i criteri organizzativi di carattere generale; fornisce linee di indirizzo e supporto tecnico scientifico alle ASL; svolge un ruolo di monitoraggio degli interventi sul territorio regionale; promuove iniziative di formazione;

l'Azienda Sanitaria Locale promuove la costituzione di tavoli di lavoro **interaziendali** finalizzati alla elaborazione di modelli organizzativi e protocolli condivisi sulla base delle caratteristiche territoriali e tenuto conto degli indirizzi regionali, adottando un approccio integrato ed individuando tutte le risorse coinvolgibili sul territorio, con particolare riferimento alle Associazioni dei malati e dei Volontari; a titolo esemplificativo si suggeriscono di seguito alcune tematiche da affrontare prioritariamente in sede di tavoli tecnici aziendali:

- promozione di interventi di sensibilizzazione, informazione e di educazione sanitaria sulla prevenzione primaria e delle complicanze del diabete mellito rivolti alla popolazione, nell'ambito della più complessiva azione di promozione di stili di vita sani;
- formalizzazione di strumenti di comunicazione condivisi, da utilizzare durante il processo di diagnosi e di cura del malato diabetico anche a supporto delle attività di counselling sul singolo soggetto con l'obiettivo di ottenere una partecipazione attiva alla gestione della malattia da parte del paziente stesso;
- promozione di interventi di diagnosi precoce nei soggetti a rischio al fine di ridurre l'impatto delle complicanze, tenuto conto campagna di somministrazione della carta del rischio alla popolazione lombarda ;
- formazione ed aggiornamento continuo degli operatori, in particolare dei MMG
- monitoraggio delle azioni, individuando le aree di debolezza ;



Azioni

1. Informazione e sensibilizzazione

In particolare, relativamente alla azione informativa si sollecita l'attenzione sulla necessità di diffondere messaggi univoci e non contraddittori a tutti i livelli, il cui contenuto deve essere basato su evidenze di efficacia e tenere conto della segmentazione del target cui è rivolto; inoltre i messaggi devono essere positivi evitando toni allarmanti o colpevolizzanti, con l'obiettivo di promuovere un atteggiamento culturale favorevole inducendo quindi una scelta consapevole ed attiva nei confronti della adozione di comportamenti salutari nonché favorire nei cittadini la scelta di partecipare alle proposte di prevenzione attiva in maniera consapevole. Ciò in considerazione del fatto che l'adozione di stili di vita insalubri (scorrette abitudini alimentari, scarsa attività fisica, conseguente incremento dell'obesità) rappresenta una delle cause più rilevanti alla base dell'incremento della frequenza di diabete mellito nei paesi industrializzati.

Pertanto la promozione di stili di vita sani nella popolazione generale di cui i diabetici rappresentano un sottogruppo, è finalizzata da un lato a ridurre la frequenza di patologie cardiocerebrovascolari (di cui il diabete appunto è un importante determinante), dall'altro a prevenire le complicanze nel soggetto diabetico.

Parallelamente ed a garanzia di incisività della campagna di comunicazione azioni di rinforzo e sostegno sono necessarie per accompagnare la diffusione dei messaggi, tenendo in considerazione che i determinanti in gioco per le patologie cronico degenerative spesso coesistono ed interagiscono aumentando il rischio in modo esponenziale. In tal senso sono dirette le azioni di educazione e promozione previste ed in parte attuate a partire dal mondo della scuola, senza dimenticare i contesti comunitari ed il mondo del lavoro.

Relativamente agli interventi di prevenzione delle complicanze del diabete è necessario infine sollecitare particolare attenzione alle attività educativo-formative rivolte ai pazienti, con l'obiettivo di ottenere una partecipazione attiva alla gestione della malattia da parte del paziente stesso, tenendo conto anche delle evidenze di efficacia precedentemente descritte.

In particolare si segnala la necessità che ciascuna ASL, nell'ambito della pianificazione degli interventi sul diabete preveda e sviluppi come parte integrante del percorso terapeutico:

attività di educazione all'autogestione della malattia in collaborazione, dove possibile, con le associazioni dei pazienti;

attività di counseling individuale sui soggetti diabetici finalizzato alla adozione di comportamenti salutari / modifica di comportamenti insalubri (astensione dal fumo, educazione nutrizionale, lotta alla sedentarietà) Il training all'autogestione ed educazione sanitaria è parte integrante del percorso terapeutico.

2. Diagnosi precoce

La diagnosi precoce nei soggetti a rischio di sviluppare diabete mellito di tipo 2 consente di ridurre l'impatto delle complicanze.

I principali determinanti correlati positivamente con un aumentato rischio di patologia diabetica sono: età superiore a 45 anni; eccesso ponderale (in particolare localizzato all'addome); familiarità (genitori/fratelli); anamnesi per diabete gestazionale o feto macrosomico (>4 kg. alla nascita); ipertensione arteriosa; ipercolesterolemia; ipertrigliceridemia; appartenenza a gruppi etnici ad alto rischio (ispanici, asiatici, africani).

In tutte queste condizioni le raccomandazioni prevedono l'esecuzione di una glicemia a digiuno e, nei casi dubbi, un carico orale di glucosio. In ogni caso, al di sopra dei 45 anni è opportuno eseguire una glicemia, da ripetere, se normale, ogni due anni. Infatti quando più

precoce è la diagnosi, tanto più efficace è la terapia mirata alla prevenzione delle complicanze croniche.

Ciò premesso è necessario considerare che Regione Lombardia con **dgr. 11 febbraio 05 VII/20592** “Patologie cardiocerebrovascolari: interventi di diagnosi e cura” ha indicato la necessità di promuovere il ruolo attivo del cittadino nella prevenzione cardiocerebrovascolare anche mediante l’avvio della somministrazione della carta del rischio, prevalentemente a cura dei MMG ai cittadini lombardi di età compresa tra i 40 ed i 69 anni.

Inoltre con **Circolare 32/San** “d.g.r. 11 febbraio 2005, n. VII/20592 “Patologie cardiocerebrovascolari: Interventi di Prevenzione, Diagnosi e Cura” Campagna di somministrazione della carta del rischio cardiocerebrovascolare sulla popolazione lombarda: prime indicazioni attuative” ha fornito alle ASL indicazioni dettagliate per procedere alla attuazione della carta de rischio alla popolazione lombarda, da cui si evince che la determinazione della glicemia è un campo obbligatorio ai fini del calcolo del rischio ccv, per il quale previsto anche il relativo flusso informativo.

Pertanto la somministrazione della carta del rischio alla popolazione lombarda ben risponde anche all’ esigenza di attuare in maniera sistematica una diagnosi precoce del diabete mellito di tipo 2, rendendo superflua l’attivazione di una azione specifica in tal senso.

Ciascuna ASL nella redazione del piano locale per la promozione di sani stili di vita e la prevenzione delle patologie cardiocerebrovascolari, individuerà, a partire dalle peculiarità locali, i necessari ambiti di integrazione atti ad individuare, garantire e rendere esplicite, nel contesto descritto, le azioni relative alla prevenzione primaria ed alla diagnosi precoce del diabete mellito.

3. Gestione del Paziente diabetico

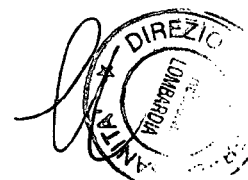
Per quanto riguarda la gestione del paziente diabetico e la prevenzione delle complicanze della malattia, la Regione intende promuovere il censimento e la verifica delle esperienze in atto nei vari contesti territoriali, esperienze che possono considerarsi innovative ai fini del riequilibrio tra i ruoli dell’ospedale e del territorio.

Tutto questo si inserisce nel modello assistenziale individuato dalla Regione con le **d.g.r. 21 febbraio 2000 VI/48301** e **9 aprile 2002 n. VII/8678**, che punta alla forte integrazione tra l’equipe diabetologica ed il livello territoriale per garantire la migliore assistenza e razionalizzare l’impiego delle risorse disponibili, adottando il disease management come strumento di analisi del percorso assistenziale e l’approccio globale alla malattia misurato con indicatori di qualità.

Il Progetto RADICI (Reti A diversa Intensità di Cura Integrate) della Regione, co-finanziato nell’ambito del Programma per la Ricerca Sanitaria 2004 (ex art. 12 del d.lgs. 502/92) fornirà ulteriori indicazioni sul monitoraggio dei pazienti diabetici e sulla definizione di un modello di rete assistenziale a livelli decrescenti di intensità di cura articolato fra strutture ospedaliere, intermedie e territoriali in cui ci sarà uno stretto contatto tra specialisti e medici di medicina generale.

Ciò consentirà di arricchire ulteriormente le esperienze in atto nei vari ambiti territoriali.

Le evidenze raccolte saranno messe a confronto anche dal punto di vista dell’assorbimento di risorse: tramite la banca dati assistito (BDA), sarà possibile valutare l’effettivo consumo di risorse (ricoveri, farmaceutica, prestazioni ambulatoriali) dei pazienti diabetici misurando efficienza ed efficacia delle soluzioni organizzative adottate nei vari contesti.



Ciò costituirà la base per il “benchmarking” e consentirà alla Regione di indirizzarsi verso i modelli con maggior rapporto qualità/beneficio.

In questo percorso la Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia sarà affiancata dal “Gruppo di lavoro sulla prevenzione, diagnosi e cura della malattia diabetica”, costituito con d.d.g. Sanità 7.10.2005, n. 14712, che darà supporto nella valutazione delle attività svolte a livello locale anche tramite l’individuazione di indicatori di processo ed esito delle attività stesse.

