

**MINISTERO DELLA SALUTE**  
**DIPARTIMENTO PER LA PROGRAMMAZIONE E L'ORDINAMENTO DEL**  
**SSN**  
**DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA**  
**Commissione Nazionale Diabete**

**III Workshop 2013 Coordinamento nazionale Passi**  
**“Piano nazionale sulla malattia diabetica”**

**Paola Pisanti**  
**Direzione generale della Programmazione**  
**Ministero della salute**

# **Atti di programmazione**

***Piano Nazionale diabete***

***Quaderno della Salute***

***Piano sanitario 2006-2008***

***Piano di Prevenzione***

***- Progetto Igea***

# DIABETE

## CONTESTO INTERNAZIONALE

- Dichiarazione di Saint Vincent 1989
- Linee guida OMS 1991
- Risoluzione ONU 2006
- Forum di NEW YORK 2007
- Lavori della commissione Europea su "patient information"
- Raccomandaz. Europee Vienna 2006
- Collaborazione con la Regione europea dell'OMS alla definizione di una strategia di contrasto alle malattie croniche( GAINING HEALTH) 12 settembre 2006 Copenaghen
- Cooperazione con l'OMS alla costruzione di una strategia europea di contrasto all'obesità( 12 Novembre 2006-Istanbul)
- Piano d'Azione OMS 2008-2013
- Dichiarazione politica
- Risoluzione Parlamento Europeo
- Road map Copenaghen
- Workplan 2013 del programma europeo salute 24 dicembre 2012

## CONTESTO ITALIANO

- Modifica al Titolo V della Costituzione
- Decreto sui livelli di assistenza
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
- Legge 115/87
- Atto di Intesa del 1991 tra Governo centrale e Regioni
- Altro

## ATTIVITA'

**Piano nazionale di prevenzione 2010-2012**

**Progetto IGEA**

**Ricerca**

**Pacchetto LEA**

**Rapporti internazionali**

**Programma "Guadagnare Salute"**

**Piano Intersettoriale materno-infantile**

**Supervisione progetto DAWN**

**Commissione Nazionale diabete**

**PIANO NAZIONALE  
SUL DIABETE**

**GAPS**

**SALUTE**

## ASPETTI

- BIOMEDICI
- PSICOLOGICI
- RELAZIONALI
- SOCIALI

PERCEZIONI

ASPETTATIVE

BISOGNI

OSTACOLI

ALLEANZA TERAPEUTICA

PAZIENTE

FAMIGLIA

***Il Piano è stato recepito con l'Accordo Stato Regioni del  
6 Dicembre 2012***

***E' stato pubblicato sul sito del Ministero  
[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)  
nella rubrica "In primo piano"***

***Pubblicato sulla Gazzetta ufficiale il 7 Febbraio 2013***

**Con tale accordo tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, si è convenuto sulla necessità di**

- **contribuire al miglioramento** della tutela assistenziale della persona con diabete o a rischio di diabete, anche attraverso l'ottimizzazione delle risorse disponibili;
- **ridurre il peso della malattia** sulla singola persona e sul contesto sociale;
- **rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari** in termini di prevenzione e assistenza, assicurando equità di accesso e riducendo le disuguaglianze sociali;
- **sistematizzare a livello nazionale tutte le attività nel campo della malattia diabetica** al fine di rendere più omogeneo il processo diagnostico-terapeutico;
- **affermare la necessità di una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato**, proiettato verso un disegno reticolare "multicentrico", mirato a valorizzare sia la rete specialistica diabetologica sia tutti gli attori della assistenza primaria;

***Nel pieno rispetto dei modelli organizzativi ed operativi delle singole Regioni e delle specificità dei contesti locali:***

- ***DEFINISCE AMPI OBIETTIVI E RACCOMANDAZIONI***
- ***DEFINISCE INDIRIZZI STRATEGICI PER SPECIFICI INTERVENTI***
- ***DESCRIVE MODELLI PER OTTIMIZZARE LA DISPONIBILITÀ E L'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA***
- ***EVIDENZIA LE AREE DELL'ASSISTENZA CHE RICHIEDONO ULTERIORE SVILUPPO***

# ***OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO***

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. “Identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; prevenire o ritardare l’insorgenza della malattia attraverso l’adozione di idonei **stili di vita**. 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 ed alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio - sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete**”.
5. “ Assicurare la diagnosi e l’assistenza alle **donne con diabete gestazionale**; nelle diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche”

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, ed implementare le attività di **rilevazione epidemiologica** finalizzate alla programmazione ed 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’uso appropriato 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”*

## ***Strategie generali***

*Interessano tutta la gamma degli interventi ed hanno come target la popolazione generale, la popolazione ad alto rischio, le persone con diabete, gli erogatori dell'assistenza, le Istituzioni a livello centrale e locale.*

***l'informazione***

***le pratiche cliniche e assistenziali basate sulle prove scientifiche***

***l'approccio sistemico***

***i nuovi scenari organizzativi (in armonia con i modelli esistenti nelle vari Regioni )***

***il coordinamento sistematico***

# ***AREE DI MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA***



# AREE DI MIGLIORAMENTO

- *stili di vita*
- *controllo dei fattori di rischio cardiovascolari*
- *gestione delle complicanze vascolari*
- *educazione terapeutica*
- *terapia farmacologica*
- *piede diabetico*
- *patologie del cavo orale*
- *diabete e gravidanza*
- *diabete in età evolutiva*
- *passaggio dalla diabetologia pediatrica a quella dell'adulto*
- *gestione dei ricoveri per altra patologia*
- *uso appropriato delle tecnologie*
- *associazioni di persone con diabete*
- *epidemiologia e registrazione dei dati*

*E' necessario un nuovo **disegno reticolare e multicentrico** orientato alla gestione dei pazienti con patologia a lungo termine, nel quale essi possano circolare attraverso specifici **Percorsi Assistenziali integrati e personalizzati**, armonici con il grado evolutivo della patologia, con il grado di complessità assistenziale e con i propri bisogni, senza una delega schematica ad una o all'altra figura professionale, ma con una interazione dinamica dei vari attori assistenziali.*

*E' utile pertanto che ogni Regione strutturi tale disegno sulla base di scelte che tengano in considerazione la propria storia, il territorio, i servizi, il potenziale ed i propri limiti.*

*Ma si rende altresì necessario il progressivo affermarsi di un **disegno unitario nazionale**, tale da garantire, pur nel rispetto delle differenze, il massimo possibile in termini di processi attivati e di risultati assistenziali raggiunti.*

# MONITORAGGIO DEL PIANO



## IL MONITORAGGIO DEL PIANO

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

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

**Il suo impianto non fa riferimento a rigidi modelli** ma cerca di indirizzare le Istituzioni deputate alla regolamentazione, all'organizzazione e all'erogazione dell'assistenza, verso una omogeneizzazione e una interazione di intenti, nella gestione della tutela della persona con diabete e a rischio di diabete.

Dal punto di vista operativo **un disegno di monitoraggio del Piano deve indirizzarsi lungo le seguenti direttrici:**

**a) il monitoraggio a livello centrale, del recepimento del Piano da parte delle Regioni a livello locale, attraverso l'analisi, finalizzata al *benchmarking* inter-regionale, degli atti formali di recepimento, nonché degli strumenti conseguenti, di cui ogni regione si doterà (Linee di indirizzo, Piani programmatici) per contestualizzare, sulla base delle proprie scelte strategiche specifiche ma in armonia con una logica di "unitarietà nella differenza", l'articolazione organizzativa e operativa prevista dal Piano e il processo attuativo dei progetti in esso indicati;**

**b) il monitoraggio degli assetti organizzativi e operativi che scaturiranno dalle scelte attuative del Piano nelle singole Regioni;** in particolare: **la riorganizzazione e il riorientamento dei servizi** attuali verso la prospettiva di un "nuovo sistema di Cure Primarie", relativamente alla gestione del Diabete Mellito, più orientato all'efficacia, all'efficienza e a **una vera attenzione ai bisogni "globali"** (non solo clinici) dei pazienti, alle potenzialità di questi ultimi **nell'autogestione** della propria patologia e dei propri percorsi assistenziali, alla effettiva **valorizzazione dei contributi** scaturenti dalla rete dei *caregiver* e, più in generale, dalle risorse comunitarie, in primis quelle del **volontariato qualificato;**

c) **l'andamento dei principali indicatori di salute relativi alla patologia diabetica** per cercare di comprendere, nel breve e nel medio/lungo periodo, **quanto le strategie attuate, e non solo ipotizzate, siano effettivamente in grado di generare risultati, sia in termini di performance, sia in termini di outcome, sia in termini di modalità e di costi di gestione.**

**Queste tre direttrici** sulle quali si è scelto di strutturare l'articolazione del monitoraggio del Piano, **forniranno non soltanto dei risultati valutativi sull'impatto**, diretto e indiretto, ma anche quei necessari **elementi critici di riflessione** per la revisione dello stesso, dei suoi indirizzi e delle sue raccomandazioni, in modo che le prossime stesure siano aderenti ai fabbisogni emergenti nei contesti reali e si nutrano del sapere che scaturisce dalle problematiche attuative e dei fattori di successo.

## **Monitoraggio a livello centrale del recepimento del Piano da parte delle Regioni**

### **Indicatori proposti:**

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

## **Valutazione degli effetti dell'attuazione del Piano basata sugli outcome.**

### **Indicatori proposti:**

1. attivazione della rete assistenziale (delibere, norme che definiscano e regolamentino la integrazione e il lavoro in rete);
2. acquisizione nelle singole Aziende Sanitarie degli atti necessari per raggiungere gli obiettivi del Piano;
3. prevalenza e incidenza del diabete nella popolazione generale;
4. prevalenza del diabete in ospedale.

## *Valutazione delle strategie basata sulla regolare revisione delle linee di indirizzo del Piano e dei progressi fatti verso la loro attuazione*

### **Indicatori proposti:**

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

Per quanto attiene alle **modalità di attuazione del monitoraggio** così delineato e al sostegno all'attuazione del Piano, appare opportuno indirizzarsi lungo due direttrici fondamentali:

- 1) **da un lato, ogni Regione individuerà gli assetti e gli strumenti che si riterranno più consoni, all'interno del quadro delineato dal Piano e degli indicatori in esso contenuti, a realizzare un proprio sistema di monitoraggio;** il sistema di monitoraggio regionale, oltre a fornire il sapere utile a meglio calibrare le scelte strategiche locali, alimenterà il sistema di monitoraggio nazionale, finalizzato alla rivisitazione critica del Piano e alla gestione del processo di benchmarking, che costituisce l'ossatura fondante di un sistema in cui le differenze possano effettivamente rappresentare un valore reale e uno stimolo continuo verso l'innovazione;
- 2) dall'altro lato, appare necessario **dotarsi di un unitario impianto nazionale di monitoraggio del Piano,** che sia in grado, attraverso un lavoro di rete, di costruire e gestire un monitoraggio "vivo", sostanziale e non solo formale, degli sviluppi del Piano, delle sue difficoltà attuative e dei fattori di successo che scaturiranno dalle diverse esperienze regionali.

**In tale prospettiva sarà però necessario definire un programma di lavoro che veda coinvolti altri attori quali l'AGENAS e l'ISS, che, con il progetto IGEA ha fornito un nuovo disegno di gestione delle patologie croniche, improntato al pieno rispetto delle scelte attuative delle varie regioni, seppure in una logica di sviluppo di tendenze unitarie sul piano tecnico-scientifico, organizzativo e operativo.**

**PIANO PER LA MALATTIA DIABETICA**

<b>REGIONE</b>	<b>ATTO DI RECEPIMENTO</b>
<b>LAZIO</b>	D.C.A n. 000121/2013 recante <i>“Recepimento dell’ Accordo ai sensi dell’art. 4 d.lgs 28.8.1997 n. 281 tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Piano per la malattia diabetica”, rep. Atti n. 233/CSR del 6.12.2012</i>
<b>VENETO</b>	Deliberazione della Giunta Regionale n. 8 del 9 gennaio 2013 recante <i>“ Recepimento dell'Accordo, di cui all'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento recante "Piano per la malattia diabetica". Rep. Atti n. 233/CSR del 6 dicembre”</i>
<b>BASILICATA</b>	Deliberazione della Giunta Regionale n. 136 del 14 febbraio 2013 recante <i>“Recepimento dell’ Accordo Stato-Regioni del 6 dicembre 2012, rep. Atti n. 233/CSR, su “Piano per la malattia diabetica”</i>
<b>CALABRIA</b>	DPGR- CA n. 89 del 19 giugno 2013 recante <i>“Recepimento Accordo Stato-Regioni "Piano per la malattia diabetica". Rep atti n. 233/csr del 06 dicembre 2012”</i>
<b>SICILIA</b>	D.A. n. 1112/2013 recante <i>“Recepimento del documento “Piano per la Malattia Diabetica”</i> D.A. 9.8.2013 recante <i>“Organizzazione dell’assistenza delle persone con diabete mellito in età pediatrica nella Regione siciliana”</i>

**PIANO PER LA MALATTIA DIABETICA**

<b>UMBRIA</b>	<b>n. 631 del 19.6.2013 recante Piano nazionale sulla malattia diabetica di cui all'accordo conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome del 6 dicembre 2012- Costituzione gruppi di lavoro</b>
<b>ABRUZZO</b>	<i>D.G.R. n. 609 del 19 agosto 2013 recante "Recepimento dell' Accordo ai sensi dell'art. 4 del d.lgs 28 agosto 1997 n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante : Piano per la malattia diabetica"</i>
<b>LIGURIA</b>	<i>Legge regionale n. 27 del 9 agosto 2013 recante "Norme per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito"</i>



***grazie per l'attenzione ...***