

L'aumento della prevalenza del diabete, con l'aumento dei costi sia diretti che indiretti, la situazione economico-finanziaria e i vincoli di finanza pubblica hanno richiesto ai Governi dei Paesi europei di occuparsi di una nuova priorità: la sostenibilità nel tempo della spesa sanitaria e, più in generale, dell'intero modello di welfare. Per questo in Italia è stato stilato negli ultimi mesi un nuovo Piano nazionale sul diabete. A qualche settimana dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, abbiamo chiesto a una delle “artefici” all'interno del Ministero della Salute del piano stesso, **Paola Pisanti** del Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale, di spiegarci quale volto avrà la lotta al diabete nei prossimi anni, in un momento così delicato sia per la crisi economica che per la diffusione sempre maggiore della patologia. E di rassicurarci: è possibile che un piano a costo zero e con applicazione su base regionale funzioni realmente?

**Nonostante la malattia sia in realtà spesso largamente prevenibile**, ad oggi il diabete pesa in maniera molto importante su un sistema sanitario già affaticato dalla crisi. “In realtà, una soluzione al problema della sostenibilità del SSN esiste già e si chiama “prevenzione”.

L'intervento sullo stile di vita è, infatti, vantaggioso dal punto di vista economico (rispetto ai costi del trattamento del diabete e delle sue complicanze), è privo o quasi di effetti collaterali, e promuove la salute e il benessere in generale”, ci ha spiegato Pisanti. “Il Piano nazionale sul diabete – tenendo conto della necessità di ripensare culturalmente l'approccio alla persona con diabete e ai soggetti a rischio – sottolinea ad esempio sia l'importanza degli interventi di prevenzione primaria, tesi a diminuire l'incidenza della malattia, che di prevenzione secondaria, che si basano sull'appropriatezza e la precocità della presa in carico dei nuovi soggetti affetti, che, infine, di prevenzione terziaria per combattere gli effetti della malattia ed evitare i processi che determinano spesso l'emarginazione sociale”.

**Diversi, per questo, sia i goal che i piani d'azione.** “Il Piano – ha continuato l'esperta – nel definire obiettivi specifici e indirizzi strategici, disegna alcune linee prioritarie quali: promuovere una corretta informazione rivolta alla popolazione generale e finalizzata a diffondere e migliorare le conoscenze sui corretti stili di vita e sulla malattia diabetica; sostenere e realizzare strategie pubbliche e di rete con i portatori di interessi su nutrizione, attività fisica, sovrappeso e obesità; attuare e valutare interventi che promuovano e facilitino l'assunzione di corretti stili nutrizionali e di attività fisica da parte sia degli individui sia della popolazione generale; attuare e valutare iniziative di diagnosi precoce della patologia diabetica per i soggetti a rischio; realizzare sistemi di sorveglianza sugli stili di vita della popolazione che consentano di seguire i fenomeni nel tempo, di raffrontare le diverse realtà a livello locale, regionale, nazionale e internazionale e di valutare l'efficacia degli interventi”.

**Un'impostazione, dunque, che prevede un sistema molto puntuale di controllo e monitoraggio delle pratiche sanitarie.** In questo senso si è scelto di ricorrere all'audit pubblico, una pratica sempre più diffusa non solo in sanità, che coinvolge istituzioni, centri di ricerca e cura e associazioni dei pazienti. “L'importanza della funzione di audit del settore pubblico è riconosciuta e viene più volte richiamata quale procedura di supporto all'accountability delle organizzazioni e quale strumento indipendente ed obiettivo funzionale per valutare la correttezza e la trasparenza delle rappresentazioni dei risultati del management”, ha continuato

l'esperta. “A tal proposito uno degli obiettivi del Piano prevede tra le linee di indirizzo prioritarie l'istituzione di gruppi di lavoro rappresentativi dei diversi attori, compresi i rappresentanti delle Associazioni delle persone con diabete rappresentative a livello regionale che valutino periodicamente la performance e la qualità dell'assistenza. Il Piano, inoltre, individua strategie sia per l'assistenza sia per il controllo e il monitoraggio dell'erogazione dell'assistenza che obbligatoriamente richiedono 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”.

**E riporta anche in maniera puntuale i compiti e le responsabilità** che dovranno avere i diversi attori, ovvero le società scientifiche, le associazioni di pazienti, i centri di diabetologia e la medicina primaria. Il ruolo del volontariato, in particolare, risulta sempre più cruciale perché la malattia sia affrontata a 360°. “Alla Community va riconosciuto un contributo di grande valore nella implementazione del Piano nazionale diabete in Italia in quanto esso svolge un doppio ruolo. Infatti con la sua presenza sul territorio contribuisce a dare voce ai bisogni dei soggetti malati o svantaggiati perché svolge un ruolo importante nella valutazione partecipata della qualità dell'assistenza. Esso può esercitare, se ben guidato e organizzato, una grande influenza sullo stato di salute sia della comunità che del singolo individuo, rendendolo capace di perseguire il suo benessere, di partecipare alle scelte assistenziali che lo riguardano e alla concreta possibilità di fruizione dei Servizi sia sanitari che sociali”, ci ha spiegato ancora Pisanti. “Inoltre, dovrà partecipare all'implementazione del Piano Nazionale diabete diventando esso stesso attore del processo decisionale a livello locale, dopo che avrà acquisito gli strumenti per agire in maniera manageriale ed etica e lavorando con affidabilità, chiarezza ed efficienza.”

**Un ruolo non passivo, dunque, quello delle associazioni dei pazienti.** “L'obiettivo del Piano è quello di favorire il lavoro della Community nell'effettuare interventi non parcellizzati e disomogenei ma coordinati e in sinergia con le attività delle istituzioni, attraverso una spinta verso la qualificazione della loro presenza, coerentemente con le esigenze dei servizi caratterizzati da continuità assistenziale e modalità di presa in carico previste dai livelli essenziali di assistenza”, ha continuato. “Nel parlare di volontariato il Piano ne rivalorizza l'importanza quale interlocutore stabile nelle attività di programmazione e verifica, che, attraverso specifici processi di qualificazione, può divenire partner per lo sviluppo di programmi e attività di informazione/educazione dei pazienti e dei caregiver in stretto rapporto con i professionisti del servizio sanitario e sociale”.

**Secondo le società scientifiche e le associazioni dei pazienti** i problemi del piano non riguardano tuttavia la sua struttura, ma piuttosto il fatto che

[non ci sono finanziamenti](#)

. “Il Piano non prevede investimenti di tipo economico in quanto si inserisce in un sistema basato sulla razionalizzazione delle risorse esistenti. Inoltre si collega ad altre progettualità che prevedono fondi finalizzati, come ad esempio i progetti di CCM (Centro controllo malattie gestito dalla Direzione generale della Prevenzione del Ministero della Salute) o fondi europei che per i prossimi anni prevedono incentivi economici finalizzati all'implementazione di Programmi nazionali sul diabete”, ha spiegato ancora l'esperta del Ministero. “Per il successo del Piano sono elementi essenziali l'organizzazione e la corretta allocazione delle risorse umane e strutturali, per cui esso individua le modalità per perseguire dei buoni risultati nell'assistenza

evidenziando la necessità di implementare i livelli Essenziali di Assistenza secondo le priorità di salute delle persone con diabete nel rispetto dell'evidenze scientifiche e dell'Health Technology Assessment, favorire il riordino delle cure primarie; razionalizzare le risorse e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni; definire e condividere i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).”

**Infine, altro problema che solleva chi si occupa di diabete** è la disparità di cura che potrebbe derivare - come accade in altri ambiti medici - dall'

[attuazione del piano su base regionale](#)

. Ma Pisanti rassicura: “Il piano è stato recepito nell'accordo sancito in data 6 Dicembre 2012, tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul Piano nazionale per la malattia diabetica. Con questo accordo si conviene 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”.

Specificando poi: “Tale accordo nel recepire i contenuti del piano è lo strumento per rendere omogenea l'assistenza e le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a recepire con propri provvedimenti il documento e a dare attuazione ai suoi contenuti nei rispettivi ambiti territoriali. La prima regione italiana che ha recepito l'accordo è la regione Basilicata e il recepimento dell'accordo si inserisce perfettamente in un percorso che questa regione ha già avviato da tempo per la tutela delle persone a rischio o con diabete”.

*di Laura Berardi*

[da quotidianosanità.it](http://quotidianosanità.it)