

Revisione del titolo IV della l.r. 33/2009

Patrizia Ruggeri
Giuseppe Lepore
Milano, 1 Febbraio 2017



AMD e SID

concordano con Regione Lombardia che

la costituzione di una rete diabetologica sia un effettivo bisogno dei sistemi assistenziali, per ridurre l'impatto sociale, economico e sanitario della malattia diabetica, diminuendo l'incidenza degli eventi acuti e delle complicanze invalidanti, che comportano costi elevatissimi, diretti e indiretti.

L'evoluzione dell'assistenza diabetologica in Italia

- *L'esperienza italiana degli ultimi 20 anni si è sviluppata attraverso la creazione di una rete di centri specialistici ambulatoriali, che ha determinato riconosciuti miglioramenti sul piano del controllo della malattia diabetica e delle sue complicanze, soprattutto quando paragonata a quella ottenuta negli altri paesi della EU*
- *Nonostante il buon livello di assistenza del diabete, l'aumento della prevalenza della malattia e la miglior sopravvivenza hanno generato una tipologia di pazienti molto complessi caratterizzati dalla simultanea presenza nello stessa persona di numerose co-morbidità.*

La rete clinico-assistenziale

- Si impone quindi la realizzazione di un modello di rete clinico-assistenziale.
- Ciò richiede un processo di integrazione dello specialista diabetologo con altri professionisti per realizzare una *gestione multidisciplinare* del paziente diabetico (già parzialmente attuata da oltre un decennio mediante protocolli di gestione integrata)
- E' necessario elaborare percorsi assistenziali condivisi e centrati non sulla malattia, ma sui *bisogni della persona nel suo complesso* (PAI).
- Non solo le persone con diabete sono molto diverse tra loro, ma la stessa persona può avere nel corso della sua vita caratteristiche cliniche differenti, che andranno gestite a livelli diversi in base a *criteri di intensità di cura*.

Organizzazione della rete

- L'eterogeneità della patologia e i cambiamenti dettati dalla sua storia naturale generano pazienti che hanno diverse esigenze assistenziali.
- In base al diverso grado di complessità saranno differenti i punti di erogazione delle prestazioni:
 - *reparti di degenza per acuti*
 - *team diabetologici ospedalieri e territoriali*
 - *ambulatori dei MMG, con differenti forme organizzative (aggregazioni funzionali territoriali, unità complesse di cure primarie)*

Strutture specialistiche diabetologiche

- Strutture a collocazione ospedaliera o territoriale per la presa in carico del paziente complesso, ma stabile, secondo intensità di cura.
- In particolare prendono in carico le seguenti tipologie di pazienti:
 - *diabete tipo 1*
 - *utilizzatori di tecnologie avanzate (microinfusori insulinici, sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio)*
 - *gravidanza in donna diabetica*
 - *piele diabetico*
- Garantiscono la continuità assistenziale per le fasi della patologia che non necessitano del potenziale diagnostico e terapeutico per acuti.

Strutture specialistiche diabetologiche ospedaliere

- Collocate a livello ospedaliero, gestiscono le condizioni acute (scompenso glicemico severo al primo riscontro di diabete, chetoacidosi, coma iperosmolare, ipoglicemia grave, ischemia periferica critica) e individuare modalità di presa in carico di questi pazienti
- Garantisce una gestione ottimale della malattia quando la persona con diabete è ricoverata in ospedale per altra patologia (quale trauma, infezione, evento intercorrente o per procedure chirurgiche, elettive o d'urgenza).
- La gestione include la presa in carico da parte del team diabetologico durante la degenza, una continuità assistenziale territorio-ospedale, una dimissione protetta.
- Il team diabetologico deve essere costituito da diabetologo, dietista, infermiere, psicologo in collaborazione con le altre figure specialistiche (cardiologo, nefrologo, oculista, neurologo, dietologo, ecc.)

Le fondamenta metodologiche irrinunciabili della futura rete

1. EBM: La rete deve garantire in modo omogeneo le conoscenze scientifiche basate sulla EBM
2. PDTA: Su questa base, è necessaria la definizione dei PDTA, condivisi e articolati in modo specifico a seconda dei vari stadi della patologia diabetica
3. Data-base: E' necessario un data-base di raccolta dei dati clinici trasparente e aperto agli operatori per un suo continuo aggiornamento
4. Indicatori: E' necessario generare indicatori di processo e di esito

Educazione terapeutica

- Educazione terapeutica è una risorsa di indiscutibile efficacia per l'efficienza del sistema. Le persone con diabete, quando consapevoli ed esperte, sono in grado di gestire la propria patologia e di realizzare la propria qualità di vita al massimo delle potenzialità.
- L'educazione terapeutica deve essere realizzata dal team diabetologico, con il contributo delle Associazioni e del Volontariato, attraverso programmi di educazione strutturata
- Associazioni dei pazienti e Volontariato: forniscono contributi significativi sia nei percorsi di corretta informazione sia nel supporto e nell'accompagnamento alla persona con diabete.