

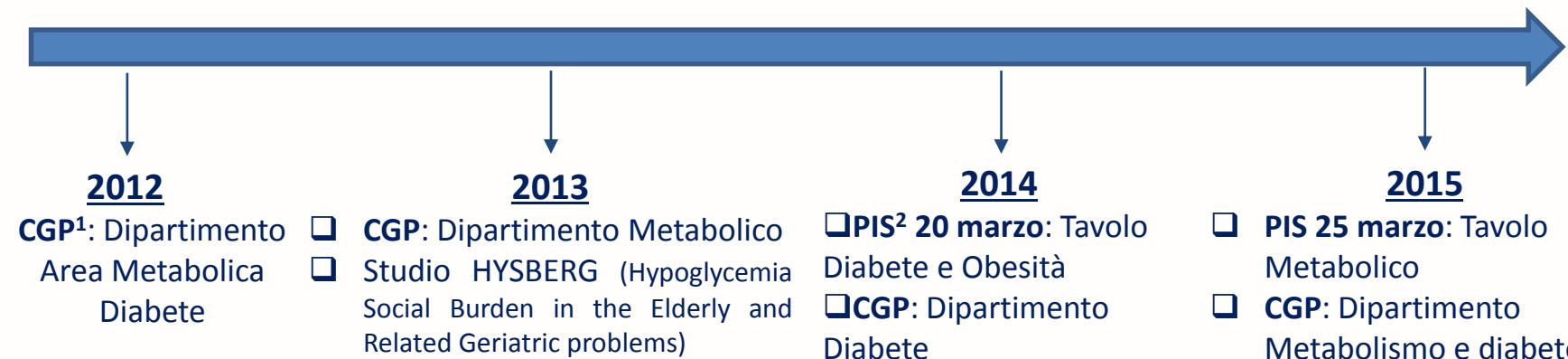


Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Dipartimento metabolismo e diabete

Rimini, 20-22 Novembre 2015

- Il percorso di Senior Italia – FederAnziani
- Obiettivi del Dipartimento Metabolismo e Diabete
- Impatto epidemiologico del Diabete
- Impatto economico del Diabete
- Gestione integrata I – Il livello del Diabete tipo 2
- Il Piano sulla malattia diabetica
- CGP 2014 - Commissione Tecnica Nazionale Diabete
- Framework Paziente Anziano con Diabete (Punto Insieme Sanità 20 marzo 2014)
- Azioni proposte per lo sviluppo dell'aderenza alla terapia (o stile di vita) nel Punto Insieme Sanità del 25 marzo 2015
- Gestione di primo livello: competenza della Medicina generale organizzata
 - Prerequisiti dei MMG per la gestione di I livello
 - Attività di competenza della medicina generale
 - Diagnosi precoce
 - Prima diagnosi e impostazione degli interventi
 - Follow-up di I livello
- Gestione di secondo livello: competenza dello Specialista Diabetologo
- Sintesi dei lavori



- **Collaborazione con Società medico-scientifiche**
- **Collaborazione con istituzioni nazionali e regionali per la tutela del paziente**
 - Partnership con FIMMG (Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale)
- **Monitoraggio delle Patologie metaboliche nella popolazione anziana**
 - Registri delle Salute, Sezione Patologie Metaboliche (Diabete)

¹CGP: Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

²PIS: Punto Insieme Sanità

- Condividere le **criticità** della presa in carico del paziente
- Discutere e proporre **soluzioni** che consentano di
 - Individuare un sistema condiviso di presa in carico del paziente diabetico
 - Ridurre le complicanze del diabete



Dati ARNO 2015

Analisi condotta su dati relativi a 30 ASL sparse sul territorio italiano, corrispondente a una popolazione di 9 milioni di individui.

Diabetici identificati 550.000

- ▶ il **6,2%** degli italiani è diabetico, pari a **3.780.000** di persone
- ▶ Ogni **3** persone con diabete, ce n'è **1** che ha il **diabete senza saperlo**
- ▶ **4 milioni** sono ad **alto rischio di svilupparlo** (pazienti IGT)

Prevalenza per sesso

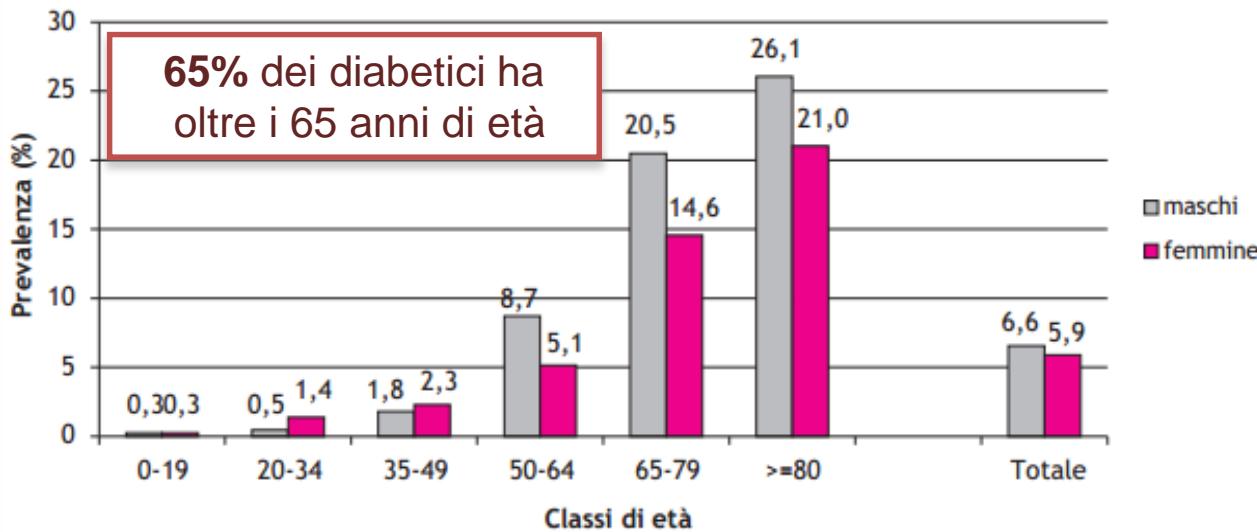
- 20-49 anni **donne**
- >50 anni **uomini**

TOT 6,6% uomini

5,9% donne

Prevalenza per età

- 65-79 anni 17,7%
- >80 anni 22,8%



Fonte Osservatorio ARNO Diabete, Rapporto 2015

- Nella popolazione italiana di ultra 65enni, circa il 15% ha il diabete, negli ultimi dieci anni questo valore è cresciuto di circa 2 milioni.
- In presenza di obesità il rischio di sviluppare diabete diventa di 10 volte maggiore.
- La prevalenza del trattamento con farmaci antidiabetici è risultata in aumento in funzione dell'età:
 - 0,4% nella fascia di età inferiore o uguale a 45 anni
 - 4,8% nella fascia di età 46-65 anni
 - 13,4% nella fascia di età 66-75 anni
 - 14,7% nella fascia di età superiore a 75 anni¹
- La percentuale di pazienti aderenti è risultata del 62,2%, in leggero calo rispetto l'anno precedente (-0,4% nel 2014 rispetto al 2013).
- In Italia, il diabete è la prima causa di cecità in età lavorativa e di amputazioni non traumatiche².

¹ OsMed 2014 – Rapporto completo

² Indagine conoscitiva del Senato della Repubblica, Doc. XVII, n. 16, 9 ottobre 2012 (Pag. 9)

- Il 15% dei diabetici sviluppa un'ulcera agli arti inferiori e un 1/3 di questi va incontro ad amputazione¹.
- Il 50% delle amputazioni non traumatiche riguarda soggetti con diabete¹.
- Solo al 14,9% dei pazienti viene effettuato l'esame del piede almeno una volta l'anno, con marcate differenze regionali ,in particolare
 - 5 regioni al di sopra del 20% (fra il 45% e il 24%)
 - 3 regioni oltre il 10% (fra 18 e 11%)
 - 12 regioni al di sotto del 10%².
- Il 37,5% si sottopone una volta l'anno all'esame del fondo dell'occhio e risulta ampia l'eterogeneità fra le regioni, in particolare
 - 2 regioni fra il 50 e il 52%
 - 7 regioni oltre il 30%
 - 6 al di sotto del 30%
 - 5 al di sotto del 20%³.

¹ Indagine conoscitiva del Senato della Repubblica, Doc. XVII, n. 16, 9 ottobre 2012 (Pag. 48)

² Annali AMD VIII edizione (pag. 162)

³ Annali AMD VIII edizione (pagg. 162, 163)

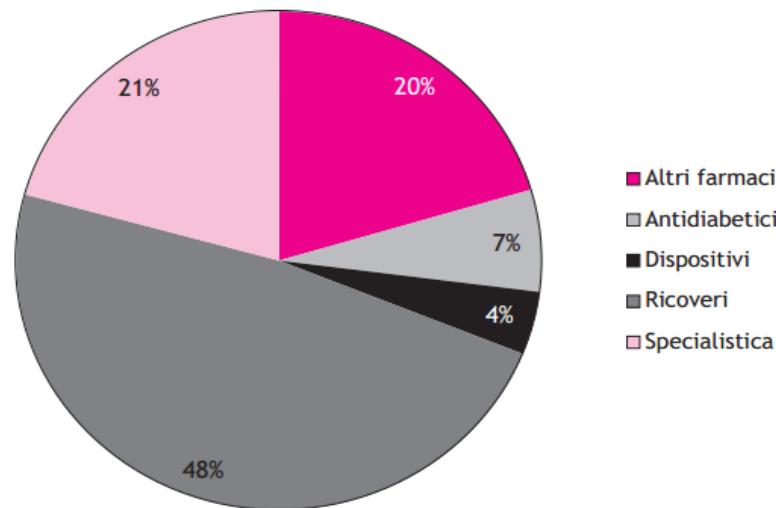
Costi diretti: 15 miliardi di euro l'anno, pari al 13,4% spesa sanitaria italiana

Costo medio paziente diabetico: 2900 euro all'anno, più del doppio rispetto a cittadini di pari sesso ed età, ma senza diabete (circa 1600 euro l'anno).

I costi di un paziente in cattivo controllo metabolico sono da 2,6 (3.500€) a 4,7 (7.000€) volte più alti di un paziente con diabete controllato, fino a 35.000€ per un paziente con complicanze

Questi costi si dividono come segue¹⁻²:

- 4% Dispositivi medici
- 7% per farmaci antidiabete¹
- 20% per l'utilizzo di altri farmaci legati alle comorbidità¹
- 21% per prestazioni specialistiche
- 48% per ricoveri ospedalieri¹.



Oltre il 70% dei pazienti con diabete esegue esami di laboratorio e visite specialistiche con un tasso superiore del 23%-28% rispetto ai non diabetici.

Il differenziale di spesa rispetto ai non diabetici raggiunge +53% per le prestazioni di laboratorio, +52% per le visite specialistiche.

Fonte Osservatorio ARNO Diabete, Rapporto 2015

- I costi originati dal diabete sono legati soprattutto alle sue complicanze
 - Ospedalizzazione**

Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 ab.) ¹per diabete non controllato	...per diabete con complicanze	...per amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici
2014	14,61	31,33	13,83

- Nel 2014 si sono avute 13.879 dimissioni per «Diabete, età >35 anni»
- Il risparmio ottenibile grazie al miglioramento dei livelli di aderenza alla terapia almeno pari all'80% (dall'attuale 62%) è stato stimato pari a 1,1 miliardi in occasione del Punto Insieme Sanità del 25 marzo 2015, evento durante il quale si sono proposte alcune azioni.
- L'automonitoraggio da parte del paziente e l'empowerment del paziente stesso possono avere un ruolo fondamentale nell'implementazione dell'aderenza alla terapia

¹ Indagine conoscitiva del Senato della Repubblica, Doc. XVII, n. 16, 9 ottobre 2012 (Pagg. 62, 63)

² Schede di dimissione ospedaliera, anno 2010 e 2014

Costo generale ricoveri

- Un giorno di degenza costa **750€**
- Degenza media per i diabetici è **12,1 giorni**
- La spesa media per ogni ricovero è pari a **9000 €** a paziente
- **1.1 milioni di ricoveri all'anno**

*Il 90% dei ricoveri è
legato alle complicanze*

TOT = 10 miliardi €/anno

Costo generale strisce reattive

- **110 milioni €/anno** dal SSN
- **40 milioni €/anno** dal cittadino

TOT = 150 milioni €/anno

DISPOSITIVI automonitoraggio

I soggetti che fanno uso di dispositivi sono circa la metà del totale



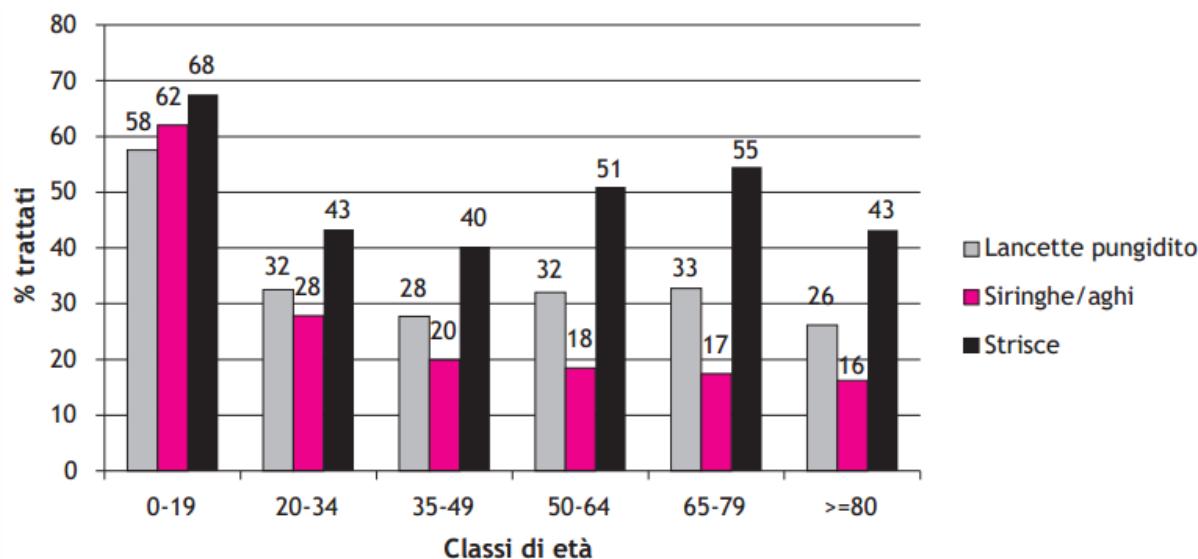
E' una percentuale decisamente

bassa se si considera che:

- circa il 25% dei soggetti è in trattamento insulinico
- circa il 40% assume farmaci a rischio di ipoglicemia
- circa il 35% trattamento dietetico e attività fisica.

Numero dei soggetti che hanno ricevuto dispositivi e relativa spesa

Tipo	N. soggetti trattati	% trattati su popolazione con diabete	Spesa media per trattato*	Spesa media pro capite
Lancette pungidito	166.741	30,4	17,2	5,2
Siringhe/agni	98.412	17,9	92,2	16,5
Strisce	269.227	49,1	197,7	97,0
Totale	275.023	50,1	236,9	118,7



* La spesa per trattato fa riferimento alla spesa rapportata al numero di trattati con il dispositivo specifico, la spesa procapite fa invece riferimento alla spesa rapportata al numero costante di diabetici (N=548.735)

Dettagliare le attività afferenti alla Gestione Integrata primo - secondo livello del DIABETE (diabete tipo2) sulla base del framework stilato al Punto Insieme Sanità del 20 marzo 2014

- La Gestione di primo livello competenza della Medicina generale organizzata**

- La Gestione di secondo livello competenza dello Specialista diabetologo**

- Il 06 dicembre 2012 è stato approvato in Conferenza Stato – Regioni il Piano sulla Malattia Diabetica con l'obiettivo della realizzazione di «**una rete che integri i medici di medicina generale, capillarmente presenti sul territorio (assistenza primaria), con i team diabetologici (cure specialistiche), eventualmente raccordati con centri regionali di alta specializzazione**».
- Dato che la maggior parte dei costi del diabete è determinata dai ricoveri per le complicanze il Piano riconosce che si «...deve mirare soprattutto a prevenirli, ricorrendo alla "medicina d'iniziativa" e al "follow up proattivo", sia da parte dei MMG che dei team diabetologici»...
- ...«*indirizzando i casi più complessi verso programmi di cura che contemplino un follow up specialistico più intensivo, e quelli meno complessi verso una gestione prevalente, da parte del MMG*».
- È necessario garantire percorsi nei quali «*il paziente possa circolare in modo ponderato e guidato (managed care), non in modo caotico né sulla base dell'occasionalità degli accessi al momento del manifestarsi del bisogno assistenziale (usual care)*».
- *Si rende altresì necessario il progressivo affermarsi di un disegno unitario nazionale, tale da garantire in ogni Regione, pur nel rispetto delle differenze, il massimo possibile in termini di processi attivati e di risultati assistenziali raggiunti.*

Fonte: Piano sulla malattia diabetica, Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del sistema sanitario nazionale direzione generale per la programmazione sanitaria, Commissione Nazionale Diabete

La Commissione ha evidenziato le seguenti criticità:

- Mancanza di omogeneità territoriale del modello di gestione integrata delle cronicità (gestione di I e II livello)
- Scarsa aderenza alla terapia
- Mancanza prevenzione e approccio proattivo alla patologia
- Assenza sinergia e cooperazione tra i vari attori del sistema sanitario
- Mancanza Piano Nazionale Prevenzione Obesità
- No equità accesso alle cure sul territorio Nazionale
- Limiti di prescrivibilità e differenze regionali per farmaci innovativi e dispositivi di monitoraggio
- Insufficiente attività di screening (maculopatia e piede diabetico)
- Comunicazione tra operatori sanitari e pazienti

Prevenzione

- Identificazione popolazione a rischio
- Effettuazione diagnosi precoce
- Individuazione precoce dei soggetti a rischio complicanze e/o diabete gestazionale
- Interventi di counselling ed educazione sanitaria
- Gestione integrazione Ospedale-Territorio

Diagnosi

- Inquadramento e valutazione complicanze
- Fenotipizzazione del paziente
- Gestione integrazione Ospedale-Territorio

Trattamento

- Valutazione quadro socio-sanitario-economico del paziente
- Impostazione approccio e soluzione terapeutica
- Definizione Piano di Cura Personalizzato
- Supporto psicologico a paziente e familiari
- Gestione integrazione Ospedale-Territorio

Monitoraggio

- Presa in carico dei pazienti
- Valutazione e monitoraggio periodici (medicina di iniziativa, autovalutazione,...)
- Interventi di counselling ed educazione sanitaria (stili di vita e autogestione)
- Raccolta dati clinici e alimentazione cartelle cliniche

- Mmg
- Diabetologo
- Farmacie
- Istituzioni (ASL)
- Società civile

- Mmg
- Diabetologo
- Nefrologo
- Cardiologo
- Neurologo
- Podologo
-

- Mmg
- Infermiere
- Diabetologo
- Nefrologo
- Cardiologo
- Fisiatra
- Assoc.ni pazienti
-

- Mmg
- Diabetologo
- Infermiere
- Farmacia
- Assoc.ni pazienti
-

		Cause di Non Aderenza (S.A.B.A.)	Azioni proposte
1	1. A Ridotto grado di accettazione sulla cronicità della patologia		<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico del MMG • Piano terapeutico individuale continuativo condiviso con Diabetologo da utilizzare come «mile stone» di tutto il percorso terapeutico sul quale impostare l' aderenza • Continuità terapeutico assistenziale H (team diabetologico) /T (MMG- e SH) per monitoraggio Patient Flow e costi • Programmazione visite di controllo con MMG – almeno 6 all' anno – in logica report condiviso con Specialista • Incontri per aumentare la consapevolezza vs una malattia cronica che porta a conseguenze gravi se non costantemente monitorata e per educare il paziente alla autogestione della patologia • Counseling al personale infermieristico del Centro Diab. e territoriale per modalità di empowerment del paziente • Condivisione con il farmacista per delineare il perimetro d' azione e rischio switch (specie in logica dpc)
	1. B Valutazione basata sui sintomi		
2	Mancanza di un monitoraggio strutturato dell' aderenza		<ul style="list-style-type: none"> • Incentivazione alla programmazione del piano di follow-up (visite regolari ed esami di controllo) → gestione proattiva dell' agenda del paziente • Utilizzo device per reminder in remoto
3	Indisponibilità allo stile di vita richiesto		<ul style="list-style-type: none"> • Facilitazione da parte del governo locale (aree, segnalazioni, sconti, premi...) • Trasformare l' indicazione in prescrizione • Incontri presso centri locali (Centri FA) • Incontri presso UCCP per verifica ritorni del cambio stile vita e costi del non cambiamento

La Gestione di primo livello competenza della Medicina generale organizzata

- Organizzazione del lavoro in Team mono professionale (AFT)
- Adozione della metodica della medicina di iniziativa
- Individuazione di sedi comuni di svolgimento delle attività di medicina di iniziativa (strutturazione della AFT)
- Acquisizione di personale di studio e sua specifica formazione
- Acquisizione di tecnologia diagnostica di primo livello e nella fattispecie:
 - diagnostica laboratorio – *doctor office*: glicemia, emoglobina glicata, creatininemia, elettroliti urine/ proteinuria – microalbuminuria, colesterolo tot, HDL e trigliceridi
 - elettrocardiografo
 - ecografo vascolare
 - sfigmomanometro – Holter pressorio
 - autoretinografo
 - diagnostica per neuropatia: monofilamento - diapason
- Adozione del sistema informativo di AFT in grado di garantire interoperabilità delle cartelle cliniche ed interoperabilità in modalità di telemedicina con la strumentazione diagnostica rappresentato dal Cloud di Netmedica Italia

Ai medici di medicina generale così organizzati spetta come compito prioritario, ma pur sempre inserito nella gestione condivisa con lo specialista:

- Diagnosi precoce;
- Prima diagnosi ed impostazione degli interventi;
- Follow-up di primo livello.

- Definire la coorte dei pazienti a rischio su cui eseguire il controllo glicemico;
- Formalizzare la diagnosi di diabete in accordo con i criteri di diagnosi;
- Programmare una rivalutazione periodica dei pazienti a rischio in cui non è stato possibile fare diagnosi.

- Effettuare la diagnosi di diabete in accordo con i criteri di diagnosi ed impostare conseguentemente la terapia nutrizionale e farmacologica secondo linee guida, avendo cura di armonizzare la terapia specifica per il Diabete con le altre terapie necessarie al paziente nel quadro della gestione complessiva delle complicanze e delle comorbilità;
- Valutare nel setting della medicina generale la presenza/assenza delle complicanze e richiedere la collaborazione del diabetologo per le complicanze gravi, per specifici accertamenti strumentali e per una collegiale valutazione del paziente;
- Assicurare la prevenzione vaccinale;
- Mettere in atto, anche con l'ausilio del personale, le misure preventive volte alla disassuefazione dal fumo ed alla modifica degli stili di vita;
- Valutare lo stato di nutrizione e prendere gli opportuni provvedimenti;
- Mettere in atto, con l'ausilio del personale appositamente formato, le iniziative volte all'*empowerment* del paziente;
- Prescrivere l'attività fisica nelle forme dovute.

Impostare la frequenza dei **controlli successivi** da eseguirsi sempre nel *setting* della Medicina Generale in un'ottica di medicina di iniziativa modulando la frequenza **in funzione del valore di emoglobina glicata** e tenendo conto del **target glicemico definito per il singolo paziente** in accordo con le indicazioni delle linee guida (frequenza semestrale per controllo ottimale, frequenze più ravvicinate per controllo meno efficace) e della eventuale presenza e gravità delle complicanze.

È necessario ad ogni visita:

- Eseguire controllo glicemico e parametri ematici;
- Rivalutare e confermare o modificare la terapia farmacologica;
- Valutare lo stato di nutrizione e confermare-modificare le indicazioni nutrizionali;
- Valutare il grado di obesità/ sovrappeso e dare gli opportuni consigli.

Follow-up di primo livello (2 di 4)

- Valutare il raggiungimento/mantenimento del target pressorio e rivedere confermare la eventuale terapia;
- Valutare il raggiungimento/mantenimento del target di colesterolo LDL e rivedere confermare la eventuale terapia;
- Mettere in atto, anche con l'ausilio del personale, le misure preventive volte alla disassuefazione dal fumo ed alla modifica degli stili di vita;
- Prescrivere la terapia per la disassuefazione dal fumo nei soggetti che accettano di smettere di fumare;
- Mettere in atto, con l'ausilio del personale appositamente formato, le iniziative volte all'*empowerment* del paziente;
- Prescrivere l'attività fisica nelle forme dovute.

E' necessario periodicamente:

- Assicurare la prevenzione vaccinale nei momenti opportuni.
- Procedere al controllo periodico delle complicanze.

Frequenza consigliata in caso di assenza di complicanze o di presenza ma di bassa-media gravità (Una maggior gravità della complicanza richiede controlli più ravvicinati definiti dal diabetologo/specialista di branca):

- ✓ Fondo dell'occhio una volta ogni due anni;
- ✓ ECG basale una volta l'anno;
- ✓ esame polsi periferici, ricerca soffi vascolari, una volta l'anno;
- ✓ indice di *windsor* ogni 3 anni se normale;
- ✓ Se rischio cardiovascolare elevato ogni 3 anni:
 - Ecocolordoppler carotideo
 - Ecocolordoppler arti inferiori
 - ECG da sforzo

E' necessario periodicamente:

- Procedere al controllo periodico delle complicanze.

Frequenza consigliata in caso di assenza di complicanze o di presenza ma di bassa – media gravità (Una maggior gravità della complicanza richiede controlli più ravvicinati definiti dal diabetologo/specialista di branca):

- ✓ Microalbuminuria, creatinina, volume di filtrato glomerulare (GFR) una volta l'anno;
- ✓ Monofilamento e diapason per neuropatia una volta l'anno;
- ✓ Presenza di disfunzione erettile va valutata una volta l'anno;
- ✓ Esame completo del piede con frequenza annuale;

N.B. Tutte le attività di cui sopra devono essere erogate sia in studio che a domicilio, prevedendo in quest'ultimo caso l'utilizzo della diagnostica a domicilio in modalità telemedicina e l'eventuale telerefertazione – teleconsulto col diabetologo/specialista di branca.

Situazioni di Invio allo Specialista da parte del MMG:

- 1.Dopo la prima diagnosi, per le complicanze risultate gravi, per specifici accertamenti strumentali e per una collegiale valutazione del paziente;
- 2.A giudizio del MMG per difficoltà a mantenere il controllo glicemico;
- 3.A giudizio del MMG per difficoltà a mantenere le indicazioni di terapia nutrizionale;
- 4.Per concordare l'indicazione e poi prescrivere farmaci soggetti a piano terapeutico;
- 5.Relativamente alle complicanze per la esecuzione di esami strumentali o per peggioramento della loro gravità;
- 6.Tutte le volte che il MMG lo ritenga utile.

- La comparsa di complicanze oltre un certo livello di gravità richiede che il follow-up periodico, di solito necessitante di tecnologia diagnostica di secondo livello e di competenze specialistiche multiprofessionali, sia guidato dal diabetologo, che potrà attivare i vari consulenti di branca e che comunque si terrà in stretto contatto col MMG, a cui rimane comunque il compito di gestire il controllo metabolico e le comorbilità.
- Le situazioni che richiedono la gestione specialistica del follow-up sono:
 - ✓ Retinopatia dal secondo stadio in poi;
 - ✓ Insufficienza renale dallo stadio 3b in poi;
 - ✓ Comparsa di piede diabetico;
 - ✓ Polineuropatia sensitivo-motoria o vegetativa di grado severo.
- La comparsa di eventi cardiovascolari maggiori (infarto, ictus) o di disfunzione erettile richiede la gestione collegiale in team multiprofessionale tra MMG, specialista di branca (che definisce tipologia e frequenza dei controlli) e diabetologo.
- Inoltre tutte le volte che il MMG sentirà la necessità di acquisire una seconda opinione specialistica, potrà attivare la consulenza in modalità telemedicina od utilizzare la gestione condivisa tramite cruscotto di patologia se attivato.



Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute

Sintesi Lavori - Dipartimento metabolismo e diabete

Rimini, 20-22 Novembre 2015

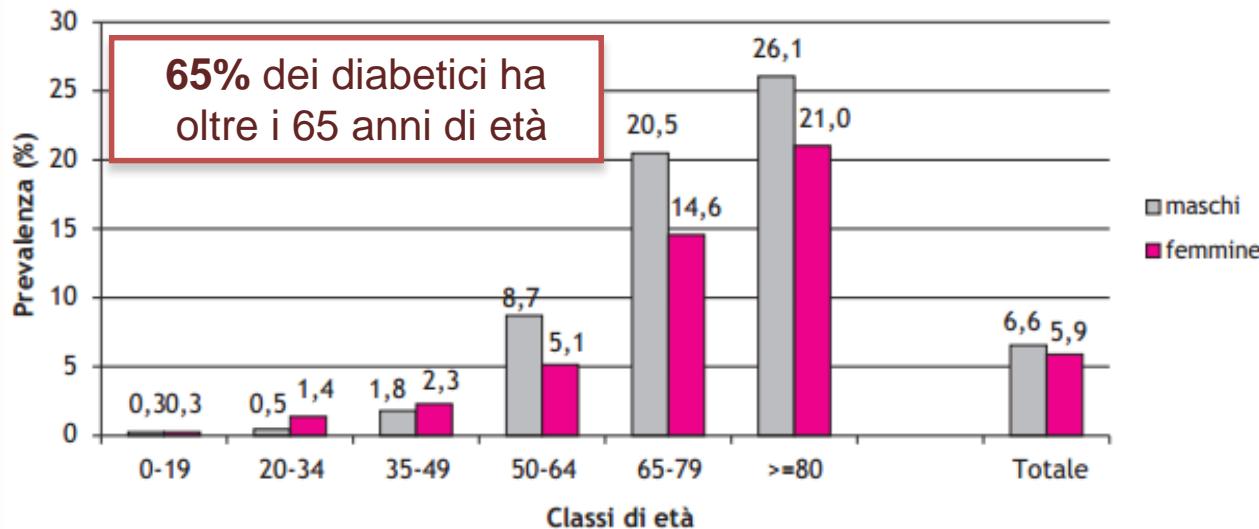
Dati ARNO 2015

- il **6,2%** degli italiani è diabetico, pari a **3.780.000** di persone
- Ogni **3** persone con diabete, ce n'è **1** che ha il **diabete senza saperlo**
- 4 milioni** sono ad **alto rischio di svilupparlo** (pazienti IGT)

TOT 6,6% uomini
5,9% donne

Prevalenza per età

- 65-79 anni 17,7%
- >80 anni 22,8%



Analisi condotta su dati relativi a 30 ASL sparse sul territorio italiano, corrispondente a una popolazione di 9 milioni di individui. **Diabetici identificati 550.000**

Fonte Osservatorio ARNO Diabete, Rapporto 2015

- In presenza di **obesità** il rischio di sviluppare diabete diventa di 10 volte maggiore.
- La prevalenza del **trattamento con farmaci** antidiabetici è risultata in aumento in funzione dell'età¹
 - 4,8% 46-65 anni
 - 13,4% 66-75 anni
- La percentuale di pazienti **aderenti alla terapia** assegnata dal medico è risultata soltanto del 62,2%.
- Il diabete può comportare **complicanze estremamente invalidanti** e compromettere la funzionalità di organi essenziali.
- In Italia, il diabete è la prima **causa di cecità** in età lavorativa e di **amputazioni non traumatiche**².

1 OsMed 2014 – Rapporto completo

2 Indagine conoscitiva del Senato della Repubblica, Doc. XVII, n. 16, 9 ottobre 2012 (Pag. 9)

- Il diabete costituisce una **patologia sotto-diagnosticata** e spesso la diagnosi avviene ad uno stadio già avanzato (1 su 3 non sa di averlo)
- Il **15%** dei diabetici sviluppa **un'ulcera agli arti inferiori** e un 1/3 di questi va incontro ad amputazione.
- **Solo al 14,9%** dei pazienti viene effettuato **l'esame del piede** almeno una volta l'anno, con **marcate differenze regionali**
- Il **37,5%** si sottopone una volta l'anno **all'esame del fondo dell'occhio** e risulta ampia l'**eterogeneità fra le regioni**
- Costo medio paziente diabetico: 2900 euro all'anno, più del doppio rispetto a cittadini di pari sesso ed età, ma senza diabete (circa 1600 euro l'anno). Fino a 35.000 per pazienti ricoverati

La Commissione ha evidenziato le seguenti **Criticità (1)**:

- Mancanza di omogeneità territoriale del **modello di gestione integrata delle cronicità** (gestione di I e II livello)
- Non equità di accesso alle cure e non omogeneità dei percorsi assistenziali sul territorio Nazionale (disparità loco-regionali)
- Limiti di prescrivibilità e differenze regionali per farmaci innovativi e dispositivi di monitoraggio
- Scarsa aderenza alla terapia

La Commissione ha evidenziato le seguenti **Criticità (2)**:

- Mancanza di prevenzione e di un approccio proattivo alla patologia
- Insufficiente attività di screening (maculopatia e piede diabetico)
- Inadeguata Comunicazione tra operatori sanitari e pazienti
- Mancanza Registro Nazionale Diabete e delle complicanze
- Mancanza Piano Nazionale Prevenzione Obesità (80% Diabetici Obesi)

Le proposte del Dipartimento Metabolismo e Diabete

- Promuovere la **diagnosi precoce da parte del MMG** al fine di ridurre le diagnosi in fase avanzata e le conseguenti complicanze
- Promuovere il modello di gestione integrata tramite **la presa in carico del paziente da parte del MMG** attraverso **percorsi di I e II livello**, condivisi con il Diabetologo
- Potenziare i **programmi di prevenzione delle complicanze** (piede diabetico, retinopatia ecc.) nei percorsi di I livello (MMG)
- Rafforzare il **rappporto Team di Cura – Paziente** al fine di aumentare **l'aderenza alla terapia**
- Auto-monitoraggio della glicemia (secondo le indicazioni del MMG o del diabetologo) per migliorare la gestione della terapia
- Responsabilizzare il **paziente** a perseguire uno **stile di vita adeguato** attraverso l'educazione e il coinvolgimento nella scelta del percorso di cura (alimentazione, attività fisica, etc...)

- **Diabetico Guida nelle Associazioni di Pazienti certificato dalle ASL (progetto Nazionale):** paziente specificamente formato alla trasmissione delle conoscenze nella gestione della malattia diabetica, di supporto ed in collaborazione con MMG
- Campagne mirate e coinvolgenti di **prevenzione, educazione alimentare e corretti stili di vita**
- Realizzare un percorso strutturato di Transizione Assistita dal centro diabetologico pediatrico all'ambulatorio dell'adulto
- Realizzare un **disegno unitario nazionale**, tale da garantire in ogni Regione **l'uniformità di accesso alle cure, ai farmaci ed ai device innovativi**, per una sanità giusta ed uguale per tutti (Diritto alla Salute, Art. 32 Cost.)