

MANIFESTO

dei diabetologi italiani

per un'assistenza qualificata e
all'avanguardia nella sostenibilità



maggio 2016

PREMESSE

1. Nelle persone con diabete che vivono in Italia il livello medio di compenso glicemico è migliore e l'incidenza di complicanze croniche e l'eccesso di mortalità sono più bassi rispetto ad altri Paesi occidentali.
2. In Italia i tassi di ricovero per complicanze acute del diabete sono i più bassi al mondo.
3. In Italia la spesa pro-capite per assistere le persone con diabete è inferiore rispetto a quella sostenuta nei principali Paesi europei.
4. Gli eccellenti risultati clinici ed economici dell'assistenza alle persone con diabete in Italia, certificati da terzi, dipendono largamente dalla capillare rete di centri specialistici per la cura del diabete presenti nel Paese e che non ha eguali al mondo. Tale rete costituisce un elemento fondante del Piano Nazionale per la Malattia Diabetica approvato nel 2013 dal Ministero della Salute e dalla Conferenza Stato-Regioni e della Legge 115 del 1987 che ha sancito, prima nel mondo, l'alto interesse sociale della malattia diabetica e il ruolo chiave dei centri diabetologici per la sua cura.
5. L'innovazione in diabetologia è continua ma le nuove opportunità di diagnosi, monitoraggio e cura del diabete sono costose. Per questo motivo e per il continuo aumento del numero degli individui affetti (più che raddoppiato in 30 anni) la prospettiva è che la spesa per assistere le persone con diabete (già pari a circa 15 miliardi di euro per anno, considerando i costi reali e non le tariffe virtuali) aumenti sensibilmente nel prossimo futuro. Da notare che la parte rilevante di questa spesa (quasi 2/3) è da ricondurre a ricoveri ospedalieri e che le complicanze croniche e le comorbidità determinano il 90% della spesa sostenuta dal SSN, mentre la spesa per mantenere i centri diabetologici rappresenta solo l'1%.
6. La prevenzione delle complicanze croniche da perseguire attraverso un buon controllo glicemico, instaurato immediatamente all'esordio clinico e mantenuto negli anni a seguire, e una correzione dei fattori di rischio associati è la strategia indubbiamente più efficace per migliorare la qualità della vita, allungandone la durata, delle persone con diabete e per contenere la spesa legata alla malattia.
7. L'ottimizzazione della spesa sanitaria per liberare risorse per l'innovazione è ineludibile e improcrastinabile. A questo obiettivo i diabetologi italiani ritengono di dover contribuire in maniera importante, considerando che ognuno di loro assiste mediamente in un anno circa 1500 persone con diabete che nel loro complesso, nel corso della loro pluriennale malattia, comportano per il SSN una spesa che può raggiungere e superare i 200 milioni di euro. L'appropriatezza nelle decisioni e nelle prescrizioni dei diabetologi può contribuire in maniera decisiva all'accesso all'innovazione nella sostenibilità.
8. Se l'attenzione alla spesa sanitaria è ineludibile, parimenti ineludibili sono l'applicazione delle linee guida, pur se nella personalizzazione della cura, e l'offerta delle migliori cure possibili (best practice), senza discriminazioni o disomogeneità ma nell'osservanza di principi di equità e di uguaglianza.

10 IMPEGNI

I **diabetologi italiani**, consapevoli del loro importante ruolo nel garantire, nel rispetto delle normative vigenti, l'accesso all'innovazione in diabetologia e nel contenere la spesa per la cura delle persone con diabete, applicando pienamente la loro peculiarità clinica, specifica e non sostituibile con altri professionisti della salute, consci dell'impegno a perseguire una cura efficace nel prevenire le complicanze acute e croniche della malattia, ribadiscono il loro impegno a:

1. **Sollecitare** la persona con diabete ad una partecipazione attiva alla cura della malattia, affinché essa possa essere realmente protagonista di una gestione condivisa della cura e in grado di assumere decisioni e comportamenti appropriati (alimentazione, attività motoria, automonitoraggio glicemico, terapia, assunzione di farmaci orali e/o iniettabili, ecc.).
2. **Educare** la persona con diabete ad un automonitoraggio glicemico strutturato (frequenza e orario delle misurazioni, interpretazione dei dati, correzione terapeutica quando applicabile) ma personalizzato in funzione delle necessità cliniche, differenziando le prescrizioni di dispositivi per l'autocontrollo glicemico domiciliare in base al tipo di trattamento, secondo una logica di appropriatezza, e analizzare con scrupolo, congiuntamente, il diario glicemico, possibilmente sfruttando le opportunità offerte dalla moderna tecnologia, soprattutto quando i dati da condividere sono numerosi come nelle persone in trattamento insulinico multi-iniettivo o con microinfusore.
3. **Addestrare** la persona con diabete in trattamento insulinico non solo ad un'efficace aggiustamento della dose quando necessario ma anche ad un uso corretto delle penne per le iniezioni di insulina, al fine di evitare sprechi di farmaco con dosi test inappropriatamente elevate, garantendo nel contempo lo standard di sicurezza nella sua somministrazione.
4. **Istruire** la persona con diabete in trattamento insulinico ad una corretta tecnica iniettiva al fine di prevenire o risolvere prontamente il problema della lipodistrofie con le possibili conseguenze che queste comportano sia dal punto di vista clinico (variabilità glicemica) che economico (aumento del fabbisogno insulinico).
5. **Richiedere** gli esami di laboratorio necessari alla diagnosi, al monitoraggio e alla cura, prestando massima attenzione alle esigenze cliniche individuali, nel rispetto delle linee guida e della specifica appropriatezza clinica.
6. **Prescrivere** la terapia anti-iperlicemizzante che, a parità di efficacia e sicurezza, è meno costosa una volta che siano state attentamente considerate tutte le opzioni terapeutiche disponibili e valutando non solo il costo del farmaco ma anche quello dei dispositivi (aghi, lancette, strisce reattive) necessari e raccomandati nelle varie situazioni, verificandone periodicamente l'efficacia e la sicurezza al fine di intervenire tempestivamente in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi o di effetti avversi, evitando il fenomeno dell'inerzia terapeutica e interrompendo e sostituendo trattamenti costosi laddove essi si siano dimostrati privi di beneficio, al fine di liberare risorse utili per il bene comune.
7. **Prevenire** quanto più possibile l'ipoglicemia, fenomeno totalmente riconducibile alla terapia farmacologica, sia con una scelta oculata fra le varie alternative terapeutiche che con un'adeguata istruzione delle persone con diabete.
8. **Raccomandare** alla persona con diabete la massima attenzione alla cura dei propri piedi ed esaminare sempre con scrupolo i piedi delle persone con diabete per identificare e possibilmente correggere le condizioni di rischio e per avviare tempestivamente alla cura le lesioni nelle fasi più precoci, al fine di prevenirne la progressione, riducendo così morbilità, disabilità e i relativi ingenti costi.
9. **Garantire**, laddove richiesta, la massima disponibilità ad assistere le persone con diabete ricoverate in ospedale per altra patologia al fine di migliorare gli esiti, accorciare la degenza e contenere sensibilmente la spesa correlata.
10. **Perseguire** in ogni circostanza la logica del team diabetologico (medico, infermiere, dietista, ecc.), eventualmente allargato ad altri specialisti (cardiologo, nefrologo, oculista, ecc.) quando necessario per garantire la corretta gestione multidimensionale e multidisciplinare della malattia e nel contempo collaborare coi medici di medicina generale per permettere la piena realizzazione della gestione integrata prevista dal Piano Nazionale della Malattia Diabetica.