

LOMBARDIA

■ ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

DGR Legge 27 giugno 2005 n. 217: “*Allegato al Piano di Prevenzione attiva delle complicanze del diabete 2005-2007*” (in Appendice n.9.5).

Commenti: il Piano di Prevenzione attiva per gli anni 2005-2007 riprende quanto esposto nel programma presentato nel biennio precedente e riformula alcune linee generali di intervento. La Regione Lombardia, in ottemperanza alla nota del 8 giugno 2005 della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ministero della Salute nella DGR Legge n. 217/2005, nell'avviare le linee operative di seguito precisate opta per avviare iniziative autonome rispetto a quelle proposte dal Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle Malattie (CCM):

- prevenzione del rischio cardiovascolare;
- prevenzione delle complicanze del diabete;
- screening oncologici;
- vaccinazioni.

Ogni azione è dotata di una disponibilità con fondo regionale vincolato e per quanto concerne la prevenzione delle complicanze del diabete, la Regione Lombardia mette a disposizione € 5.000.000,00 per il triennio 2005-2007.

Pregi: l'analisi compiuta in premessa della deliberazione evidenzia le criticità dell'assistenza diabetologica in Lombardia quali a mero titolo esemplificativo: la non perfetta collaborazione tra i diversi soggetti attori della rete assistenziale, la scarsa presenza di team diabetologici operanti e funzionanti, la difficoltà di condivisione e adozione di uniformi percorsi diagnostico-terapeutici e ricoveri ospedalieri impropri.

Criticità: rimanda a ogni singola AA.SS. LL. la responsabilità di colmare le carenze e disfunzioni sopra elencate.

Osservazioni: i costi del diabete sono elevati: una razionalizzazione dell'organizzazione del processo a rete di cura e assistenza ridurrebbe il rischio di deterioramento della salute delle persone con diabete con una proporzionale riduzione dei costi diretti e indiretti (ivi compresi i costi sociali) a carico del SSR.

LR 30 dicembre 2009 n. 33: “*Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità*” (in Appendice n.9.8).

Commenti: la Regione Lombardia integra in un Testo Unico (T.U.) tutte le disposizioni in materia sanitaria abrogando le precedenti disposizioni a partire dalla LR 2 marzo 1992 n. 8 avente per oggetto la “*Prevenzione e cura del diabete mellito*” o la DGR Legge 21 febbraio 2000 n. VI/48301 con la quale la Regione Lombardia ha definito gli indirizzi funzionali e organizzativi per la prevenzione e la cura del diabete mellito. Con la vigente Legge è stata ampliata l'organizzazione di prevenzione e cura del diabete mellito, evolvendo il precedente sistema assistenziale ispiratosi all'attuazione della Legge n. 115/1987. Il sistema previsto dall'attuale T.U. persegue le seguenti finalità:

- della prevenzione e diagnosi precoce della malattia diabetica;
- della qualificazione delle metodologie di cura e di prevenzione delle complicanze;
- dell'inserimento delle persone con diabete nelle attività scolastiche, lavorative, ricreative e sportive;
- del reinserimento sociale dei soggetti colpiti da gravi complicanze post-diabetiche.

Pregi: il T.U. identifica quattro livelli di intervento:

1. il Centro Regionale di riferimento per la malattia diabetica in età adulta e pediatrica;

2. l'Unità Operativa di Diabetologia dell'ASL;
3. le Sezioni specialistiche di diabetologia;
4. le Cure Primarie a livello distrettuale.

Criticità: a differenza della Legge abrogata, il T.U. non determina le dotazioni organiche delle strutture dedicate all'assistenza diabetologica né i criteri per definire i livelli delle strutture.

Osservazioni: la valenza di coordinamento e raccordo delle fonti in ambito sanitario regionale racchiuse nel T.U. semplifica la riorganizzazione di tutta la normativa sanitaria regionale (due gli articoli dedicati al diabete nn. 45 e 46). Nel vigente testo è andato perso ogni riferimento alla Commissione Diabetologica Regionale istituita dalla previgente LR n. 8/1992. Tuttavia nel D.c.r. del 17 dicembre 2009 prot.n. VIII/938 relativo al T.U. si prevede che la Giunta Regionale Lombardia proceda a sviluppare ulteriormente questa parte della Legge per aggiornare e quindi rispondere ai nuovi fabbisogni di cura e prestazioni richieste dalla patologia diabetica tenendo conto delle esperienze pregresse e le sperimentazioni e i programmi di Gestione Integrata attuati dalle AA.SS.LL. lombarde negli ultimi anni, favorendo inoltre la promozione della collaborazione e il ruolo delle Associazioni di Volontariato.

DGR Legge 6 dicembre 2011 n. 2633
“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2012” (in Appendice n.9.10).

Commenti: deliberazione di Giunta Regionale con la quale la Lombardia ha definito le *“Regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2012”* alla luce del *“Patto per la Salute per gli anni 2010-2012”*. Negli indirizzi di programmazione viene evidenziata l'attuale criticità delle risorse che inducono a focalizzare prioritariamente due fabbisogni del sistema regionale lombardo (e

non solo!): l'integrazione tra aziende e l'innovazione nei processi tecnico-sanitario-amministrativi.

- Le aree di priorità degli obiettivi sono:
- da un lato gli interventi che migliorano l'accesso ai servizi, l'appropriatezza/efficacia degli interventi e la continuità delle cure;
 - dall'altro gli interventi organizzativi e gestionali, capaci di integrare le attività delle Aziende stesse per ottenere una diffusione delle buone pratiche dei diversi processi tecnico-professionali e amministrativi a livello di sistema, portando a configurare il Servizio Sanitario Regionale in un sistema integrato “a rete”.

Il provvedimento individua così quindici aree di intervento (1. indirizzi di programmazione; 2. quadro di sistema; 3. gli acquisti delle aziende sanitarie: linee di indirizzo; 4. prevenzione medica e veterinaria; 5. formazione del personale, medicina convenzionata territoriale e ecmprovider; 6. piani e programmi di sviluppo; 7. edilizia sanitaria; 8. internazionalizzazione del sistema sanitario lombardo; 9. indici di offerta – negoziazione; 10. tariffe; 11. attività di controllo e tempi di attesa; 12. farmaceutica e protesica; 13. area salute mentale; 14. sistema informativo socio sanitario; 15. indirizzi di programmazione socio sanitaria), dove al n. 4.1.2 *“Prevenzione Medica e Veterinaria”*, viene previsto tra gli obiettivi dei Dipartimenti di Prevenzione Medici, la *“Attuazione di interventi per la promozione di stili di vita al fine di ridurre l'incidenza di patologie cronico-degenerative e per la riduzione di fattori di rischio quali obesità, sedentarietà, tabagismo”*. Al Paragrafo n. 6 *“Piani e programmi di sviluppo”*, è anticipato un sistema a *“rete di funzioni di alta media e bassa complessità delle cure”* delle strutture e dei servizi che costituisce un passaggio qualificante e in grado di garantire omogeneità e flessibilità territoriale per le attività di diagnosi e di cura, favorendo la diffusione di conoscenze tra gli operatori

sanitari, permettendo loro di indirizzarsi verso le opzioni terapeutiche più appropriate e consente al paziente di accedere a percorsi di cura e assistenziali standardizzati e di elevata qualità. Tra gli obiettivi di sistema connessi all'implementazione delle reti risulta preminente la definizione di livelli clinico-organizzativi delle Unità Operative e il loro inserimento nei percorsi di gestione del paziente acuto e post-acuto. Per il "sistema" Diabete - nel corso del 2010 e 2011 il G.A.T. (Gruppo di Approfondimento Tecnico a livello regionale) ha elaborato una proposta di linee di indirizzo per un Piano integrato Territorio - Ospedale per la prevenzione e gestione della patologia diabetica in Regione Lombardia, formalizzandone gli indicatori: redazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) di gestione integrata sia a livello di ASL sia di erogatore (privato accreditato/convenzionato SSR); appropriata presa in carico del paziente diabetico e riduzione del 20% dei ricoveri per diabete.

DGR Legge 6 luglio 2011 n. 1962 "Approvazione dei requisiti autorizzativi relativi alla "macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale", ai sensi della DGR n. IX/1479 del 30/03/2011, e all'attività di emodinamica" (in Appendice n.9.11).

Commenti: deliberazione di Giunta che approva, in ottemperanza alle previsioni dispositive della precedente DGR Legge n. IX/1479 del 30/03/2011, i requisiti autorizzativi per le strutture convenzionate con il SSR per lo svolgimento della macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale;

DGR Legge 30 marzo 2011 n. 1479 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011 - II provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario" (in Appendice n.9.12).

Commenti: con questa deliberazione di Giunta, la Regione Lombardia nell'ottica di fornire pratica attuazione al "Patto per la Salute per gli anni 2010-2012" in modo particolare al punto nel quale è prevista "... (omissis)...una riduzione dello standard di posti letto, diretta a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale...(omissis)...", approva una serie di regole per la gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale per l'anno 2011" e tra queste:

- le indicazioni cliniche e organizzative per lo svolgimento delle Attività di Cure sub-acute;
- ulteriori indicazioni per l'implementazione del *Chronic Related Group* (CReG);
- le macroattività ambulatoriali complesse e ad alta integrazione di risorse";

Relativamente alle attività di cura sub-acute di cui al punto a), trattasi di una presa in carico, che avviene in un contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica; trattamento finalizzato a ottenere specifici obiettivi sanitari, erogato senza soluzione di continuità dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva relativi a pazienti prevalentemente anziani e affetti da patologie croniche. Relativamente all'implementazione del CReG (*Chronic Related Group*) la DGR Legge n. 1479/2011 prosegue nello sviluppo del nuovo modello già sperimentato dalla DGR Legge n. 937 del 1 dicembre 2010 avente per oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011" che ha previsto il CReG come una innovativa modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata e predefinita di risorse (CReG), deve garantire, senza soluzioni di continuità e cali di assistenza, tutti i servizi extraospedalieri (prevenzione secon-

daria, follow-up, monitoraggio persistenza terapeutica, specialistica ambulatoriale, protesica, farmaceutica) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche. Per le macroattività ambulatoriali complesse e ad alta integrazione di risorse la deliberazione rimanda a un ulteriore e successivo atto.

■ GESTIONE INTEGRATA

DGR Legge 9 aprile 2002 n. 8678: “*Definizione delle procedure per la gestione integrata del paziente diabetico*” (in Appendice n.9.1).

Commenti: la deliberazione trae la premessa dal documento predisposto da un gruppo di lavoro in merito alla gestione integrata dei malati diabetici secondo le più aggiornate conoscenze tecnico-scientifiche di settore e allegato alla delibera quale sua parte integrante e sostanziale. Tale documento prevede un modello assistenziale che garantisce la continuità assistenziale tra le strutture tecnico funzionali quali il Presidio Ospedaliero e il Territorio, comportando una collaborazione tra l’ASL e la struttura specialistica.

Pregi: il provvedimento individua all’interno di ciascuna ASL un referente per la Gestione Integrata che faciliti il coordinamento dei rapporti tra Presidio Ospedaliero e Territorio, favorendo lo sviluppo del modello assistenziale relativo comprendente la realizzazione di un Libretto del paziente diabetico, da mettere a disposizione dell’assistito;

Osservazioni: la Regione Lombardia con DGR 21 febbraio 2000 n. 6/48301, ha definito gli indirizzi funzionali e organizzativi per la prevenzione e la cura del diabete mellito, sulla base del documento tecnico licenziato dal Gruppo di lavoro e ha adottato il *Disease Management* come strumento di analisi del percorso assistenziale. Con il medesimo provvedimento si dava mandato alle AA.SS.LL. di sviluppare progetti di Gestione Inte-

grata del paziente diabetico dove il paziente assume un ruolo attivo e partecipativo per migliorare l’efficacia e l’efficienza delle cure. Nel presente documento si presenta un modello assistenziale di Gestione Integrata con un forte impulso di integrazione tra struttura specialistica e territoriale, indicando chiaramente compiti, metodi, programmi e obiettivi per tutti i soggetti coinvolti. Il modello assistenziale, improntato a una logica di miglioramento continuo, potrà determinare, in ambito clinico, un aumento dell’efficacia delle terapie e in ambito economico, una razionalizzazione delle risorse con una proporzionale riduzione della spesa laddove il paziente diabetico riuscirà a raggiungere un miglioramento della qualità della vita.

DGR Legge 30 novembre 2005 n. 1258: “*Prevenzione attiva del Diabete Mellito e delle sue complicanze*”: Piano Regionale di Dettaglio ai sensi della DGR n. VIII/00217 del 27.6.2005” (in Appendice n.9.4).

Commenti: la delibera di Giunta Regionale implementa il “Piano Regionale di dettaglio della Prevenzione Attiva del Diabete Mellito e delle sue complicanze”. Il provvedimento punta a una forte integrazione tra équipe diabetologica e il livello territoriale per garantire la migliore assistenza e razionalizzare l’impiego delle risorse disponibili, adottando il *Disease Management* come strumento di analisi del percorso assistenziale e l’approccio globale alla malattia misurato con indicatori di qualità.

Pregi: per valutare l’efficacia degli interventi è stata adottata l’analisi della Task Force on Community Preventive Service (CDC Atlanta).

Criticità: l’analisi dell’efficacia sull’assistenza fornita ai pazienti diabetici si basa su parametri statunitensi e non sulle peculiari specificità della realtà nazionale e regionale italiana e lombarda.

Osservazioni: l’analisi della Task Force on

Community Preventive Service indica come fortemente raccomandabili la Gestione Integrata e l'approccio multifattoriale con il sistema del case management della malattia per ottenere un miglioramento del compenso metabolico.

■ PATENTE

Nota prot. n. H1.2004,003,4873 del 21 luglio 2006: "Diabete mellito e guida auto-veicoli" (in Appendice n.9.2).

Commenti: la Regione Lombardia prende atto dell'ultima circolare ministeriale sulla patente di guida, ribadendo la necessità che il giudizio da parte dei medici diabetologi specialisti integri la valutazione tecnico-sanitaria generale della commissione ex art. 119 co. 2 bis del C.d.S. sia a i fini della stadiazione della malattia e delle sue complicanze, sia ai fini della valutazione della durata dell'idoneità alla guida, superando così la precedente disciplina che prevedeva il giudizio in sede monocratica da parte dei medici diabetologi specialisti sull'idoneità del paziente.

■ PIEDE

DGR Legge 2 agosto 2007 n. 5237: "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2007 - II provvedimento 2007" (in Appendice n.9.7).

Commenti: nell'ambito della definizione delle prestazioni ambulatoriali la deliberazione regionale si preoccupa di fornire l'esatta codifica di alcune prestazioni ambulatoriali come l'ossimetria transcutanea e le medicazioni avanzate.

Pregi: la deliberazione aggiorna le tariffe rispetto al Nomenclatore Tariffario Nazionale e definisce le prestazioni altrimenti non classificabili come le medicazioni cavitari, la vacuum-terapia e la neuromodulazione.

Criticità: queste prestazioni frequente-

mente utilizzate in ambito diabetologico rimangono relegate nella branca "altre prestazioni".

Osservazioni: la deliberazione rappresenta comunque un importante contributo al riconoscimento di prestazioni ambulatoriali fornite ai pazienti diabetici con lesioni cutanee che permette di classificare e ottenere un rimborso specifico ad hoc senza il rischio di interpretazioni/travisazioni unilaterali e soggettive.

■ PRESIDII

DGR Legge 26 ottobre 2010 IX/700: "Proposta di accordo con le farmacie per l'erogazione di ausili e presidi per i pazienti diabetici nel triennio 2010-2013; schema tipo di convenzione con Federfarma per l'utilizzo del sistema webcare2e del tariffario ausili e presidi" (in Appendice n.9.9).

Commenti: Il provvedimento approva: 1) l'"accordo regionale" con le farmacie per l'erogazione di ausili per i pazienti diabetici per il periodo 2010-2013"; 2) lo schema tipo di "Convenzione regionale" per l'utilizzo del sistema WEBCARE2 posto a disposizione gratuita alla Regione Lombardia e alle sue ASL da Federfarma Lombardia a corredo dell'accordo convenzionale per la fornitura e la distribuzione di ausili e dispositivi per i pazienti diabetici"; 3) la proposta di "Tariffario Ausili e Presidi per diabetici", dando mandato al Direttore Generale della Direzione Regionale sanità alle relative sottoscrizioni.

Pregi: rimangono inalterati i criteri per la prescrivibilità dei presidi già riportati nel DGR Legge 9 aprile 2002 n. 8678: "Definizione delle procedure per la gestione integrata del paziente diabetico" (in Appendice n.9.1).

Commenti alla DGR Legge n. 8678: la deliberazione approva il documento "Presidi sanitari per i soggetti affetti da diabete

mellito: criteri di concessione e modalità di fornitura” disciplinando così l'erogazione e l'elenco dei presidi concedibili gratuitamente alle persone con diabete (glucometri, strisce reattive, aghi, siringhe, microinfusori con relativi set per la somministrazione di insulina, pile, ecc.) nell'osservanza del D.M. 8 febbraio 1982 e secondo l'art. 3 della Legge n. 115/1987. I microinfusori sono considerati presidi concedibili in prestito d'uso. La deliberazione fornisce precise indicazioni all'uso del microinfusore alle quali ogni Centro Diabetologico deve attenersi garantendo:

- la valutazione del paziente, la scelta della pompa, e la definizione degli obiettivi terapeutici;
- applicazione dello strumento e inizio della terapia; fase effettuata sia in regime di ricovero, che *day hospital* o anche ambulatoriale;
- verifica dell'efficacia terapeutica e della capacità di (auto)gestione.

Pregi: la delibera definisce i presidi sanitari intendendo strumenti e apparecchiature utili all'automonitoraggio e alla terapia del diabete ivi comprendendo i beni di consumo (es. fornitura di strisce reagenti per la determinazione della glicosuria/chetonuria per bambini con diabete fino a cinque anni di età e per gli adulti con diabete instabile e per pazienti in terapia dietetica (DM tipo 2). Il piano terapeutico annuale è redatto dal medico prescrittore (MMG e/o specialista diabetologo) per i pazienti con diritto all'esenzione ticket per patologia. Sono individuati quantitativi massimi consigliati e in caso di superamento dei “tetti” è necessaria una relazione con motivazioni medico-cliniche a giustificazione dell'ulteriore fabbisogno con una validità trimestrale. Le prescrizioni sono a carico del medico del Distretto. Per i microinfusori sono indicati i pazienti per i quali l'uso del microinfusore potrebbe fornire miglioramenti dell'equilibrio glicemico. I Centri Diabetologici che prescrivono

il microinfusore devono garantire percorsi di formazione/istruzione e monitoraggio dei pazienti, nonché di un servizio di pronta disponibilità.

Osservazioni: i piani di prescrizione sono dettagliati e prevedono solo la segnalazione delle caratteristiche tecniche/terapeutiche senza alcuna indicazione di tipo commerciale. Il fabbisogno e la relativa prescrizione è controllata “a monte” dal medico prescrittore del Distretto, garantendo così un controllo quali-quantitativo delle somministrazioni al paziente con diabete. I microinfusori possono essere prescritti da ogni struttura in grado di garantire la formazione e l'istruzione del paziente diabetico, questi apparecchi sono concessi sulla valutazione discrezionale dello specialista diabetologo e non sono forniti elementi tassativi per valutarne l'efficacia.

■ SCUOLA

Circolare n. 30/SAN del 12 luglio 2005: “Linee guida sul diabete giovanile per favorire l'inserimento del bambino diabetico in ambito scolastico” (in Appendice n.9.3).

Commenti: la circolare affronta la rilevanza del problema generale del bambino con diabete in età scolare.

Pregi: è presente una analisi della letteratura e una analisi epidemiologica, e viene enfatizzata l'importanza del coinvolgimento di tutti gli attori; devono essere individuati i referenti della “educazione alla salute” all'interno di ogni collegio docenti. Sono indicate le modalità di utilizzazione dei fondi che permettono alle AA.SS.LL. di pagare il servizio (procedura a evidenza pubblica, voucher socio-sanitario ecc. con riferimenti legislativi). Nel testo si precisa inoltre che il personale dell'ASL addetto alla somministrazione dell'insulina dovrà attenersi scrupolosamente alle prescrizioni riportate sull'apposita scheda, nella quale dovranno essere annotate le eventuali variazioni della terapia insulinica

in rapporto al controllo glicemico effettuato.

Criticità: il “*peccato originale*” che emerge, in via pregiudiziale, consta nell’eccesso di prudenza da parte del legislatore regionale lombardo nella scelta del *nomen iuris* dell’atto: una circolare che si ricorda essere all’ultimo posto della gerarchia delle fonti di Legge quanto a cogenza. A differenza di quanto attuato nel 2010 dalla Regione Marche, che ha regolato la materia con una deliberazione di Giunta Regionale fornendo quindi la massima operatività ed esecutività alla norma, la Lombardia dopo questa prima circolare non ha fatto seguire alcuna norma di grado superiore per impedire l’applicazione della circolare “*ad libitum*”. La circolare infatti rimanda alle singole AA.SS.LL. l’individuazione del personale addetto all’assistenza sanitaria in ambito diabete, senza contemplare in via generale un supporto stabile a sostegno degli insegnanti. I docenti non sono autorizzati alla somministrazione di insulina, se non su base volontaria e con assunzione di responsabilità personale, nell’ambito del rapporto fiduciario tra docente e discente, e previa adeguata formazione. Di norma comunque la terapia insulinica è “demandata ai genitori e/o a servizi esterni organizzati dall’ASL

Osservazioni: la circolare affronta il problema in modo completo, fornendo negli allegati, informazioni utili alla formazione del corpo docente e linee di comportamento da adottare nelle situazioni più comuni e frequenti nella patologia diabetica quali: iper e ipoglicemia, terapia, alimentazione; e nella vita in ambiente scolastico quali l’attività fisica, le feste, il gioco ecc. Meno approfondite e pregnanti sono invece le indicazioni a supporto dell’eventuale somministrazione quotidiana della terapia insulinica da parte degli insegnanti a propri alunni con diabete; è pur vero che i casi sono poco frequenti, stante l’assunzione di responsabilità diretta e personale dell’insegnante che somministra l’insulina, ma è altrettanto vero che, in un’ottica solidaristica di incentivazione di

comportamenti virtuosi e collaborativi nel favorire il giovane con diabete, anche questo aspetto avrebbe potuto essere maggiormente disciplinato.

■ ALTRO

DGR 26 ottobre 2006 n. VIII/257: “*Piano Socio Sanitario 2007-2009*” (in Appendice n.9.6).

Commenti: nell’ambito del Piano Socio Sanitario della Regione Lombardia il diabete rientra tra le malattie croniche degenerative ad ampio impatto sociale.

Pregi: l’interazione tra le diverse professionalità impegnate nella cura del diabete, compresi i MMG, viene indicata come prioritaria ed essenziale.

Osservazioni: ancora una volta il diabete è annoverato tra le malattie croniche degenerative quale esempio paradigmatico di riferimento per l’implementazione di una rete di servizi alla persona e l’adozione di programmi di Gestione Integrata. Tale ideale è ulteriormente rimarcato nelle DD.GG.RR. 13 dicembre 2006 n. 8/3776 e 26 novembre 2008 n. 8/8501, dove, in relazione alla “rete dei servizi” organizzata secondo diversi livelli di intensità di cura, si ribadisce che “... (omissis)... *i network per patologia, per percorsi, per aree prioritarie...(diabete...)...(omissis)... saranno costituiti da esperti...(omissis)... che hanno già sperimentato soluzioni di riconosciuta validità, in grado di fornire supporto tecnico professionale alle altre realtà in ambito ospedaliero e territoriale e di promuovere il confronto scientifico e quindi la ricerca e il miglioramento continuo...(omissis)...*”.

■ CONCLUSIONI

La Regione Lombardia nel complesso dimostra sensibilità e attenzione normativa-istituzionale relativamente alla patologia diabetica, con atti e provvedimenti legislativi a carattere di indirizzo e program-

mazione come ad esempio la DGR del 17 dicembre 2009 - n. VIII/938 avente per oggetto “Ordine del giorno concernente il testo unico delle leggi regionali in materia di sanità: aggiornamento delle disposizioni relative alla prevenzione e cura del diabete mellito”, che impegna la Giunta Regionale a procedere, una volta approvato il Testo Unico, a novellare la parte della Legge riguardante la

gestione del diabete per rispondere a nuovi fabbisogni di cura e prestazioni richieste dalle innovazioni terapeutiche di tale patologia, tenendo conto di tutte le esperienze e le sperimentazioni e i programmi di gestione integrata attuati dalle AA.SS.LL. lombarde negli ultimi anni, favorendo la promozione di una maggiore sinergia con le associazioni di volontariato.

APPROFONDIMENTO 13.1

Lettera aperta ai Responsabili della Sanità della Regione Lombardia

Milano, 22 febbraio 2012

Ill.mo Dr. Roberto Formigoni Presidente Regione Lombardia.

Gent.mo Dr. Luciano Bresciani Assessore Sanità Regione Lombardia.

Gent.mo Dr. Carlo Lucchina Direttore Generale Sanità.

c.p.c.

S.E. On. Dr. Giorgio Napolitano Presidente della Repubblica.

Ill.mo Sen. Prof. Mario Monti Presidente Consiglio dei Ministri.

Ill.mo Prof. Renato Balduzzi Ministro della Salute.

Gent.mo Sen. Dr. Antonio Tomassini Presidente 12^a Commissione permanente (Igiene e Sanità).

Gent.mo Sen. Dr. Ignazio Marino Presidente Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale.

Gent.ma Dr.ssa Maria Luisa Mottes Presidente CLAD (Coordinamento Lombardo Associazioni Diabetiche) Regione Lombardia.

Gent.ma Dr.ssa Maria Teresa Branca Presidente Nazionale OSDI (Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani).

Gent.mo Signor Giovanni Sifarelli Presidente OSDI (Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani) Regione Lombardia.

Ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere della Regione Lombardia – Loro Sedi.

Ai Direttori Generali delle ASL della Regione Lombardia – Loro Sedi.

A tutti i Diabetologi della Regione Lombardia – Loro Sedi.

Oggetto: lettera aperta ai responsabili della Sanità di Regione Lombardia (inviata alle maggiori testate giornalistiche)

Gentilissimi,

desideriamo chiedere un **incontro urgente** in relazione all'applicazione sul territorio lombardo del DGR IX/2633 del 06/12/2011 - allegato 5: Progetto «Accesso alla Specialistica ambulatoriale presso i Medici di Assistenza Primaria in Forma Associativa di Gruppo», che ci ha sorpreso in quanto **non preventivamente discussa né tantomeno condivisa** con le società scientifiche che rappresentano gli specialisti operanti in diabetologia, né con le associazioni dei pazienti.

Come diabetologi, abbiamo sempre fornito la nostra collaborazione (nell'ambito del Gruppo Approfondimento Tecnico Diabete da Voi convocato) per formulare proposte operative nell'intento di fornire la massima attenzione a un **problema di salute sociale quale è il diabete mellito**, offrendo la più elevata professionalità ai cittadini portatori di tale patologia. Riteniamo che la **cura del diabete** non possa essere gestita con una procedura di «consulenze occasionali» ma richieda una **presa in carico** da parte di una struttura diabetologica (che si interfacci con la Medicina di Assistenza Primaria - MAP), la quale abbia al proprio interno non solo il diabetologo ma tutte le figure professionali necessarie per costituire un **team diabetologico** in grado di fornire una **prestazione professionale di alta qualità** che permetta di ottenere i migliori esiti possibili per la persona portatrice della patologia, **riducendo** in modo significativo l'insorgenza di **complicanze gravemente invalidanti**.

È infatti ormai noto che l'**efficacia della cura nel diabete** e di tutte le patologie croniche è **strettamente correlata con la possibilità di dare risposte multidisciplinari e altamente coerenti ai bisogni dei pazienti**.

Integrando e valorizzando le specifiche competenze di ogni componente del team si può raggiungere lo scopo di potenziare le capacità delle persone con diabete affinché possano operare **scelte informate e condivise** per una quotidiana auto-gestione. In tal senso si sono espresse le nostre società scientifiche e le istituzioni nazionali, che hanno avallato la pubbli-

cazione del volume **“Appropriatezza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione diagnosi e terapia dell’obesità e del diabete mellito”** nella collana **“Quaderni del Ministero della Salute”** (n. 10, luglio-agosto 2011).

Riteniamo che soluzioni diverse rappresentino una pericolosa deriva che, di fatto, ci porterebbe a tempi antecedenti alla Legge Nazionale 115 del 16 marzo 1987, resa operativa dal Protocollo Stato Regioni del 1991 e recepita da Regione Lombardia con la LR 8 del 1992. Crediamo che i **Diabetologi della Lombardia** non debbano andare presso gli Studi dei MAP (Medici di Assistenza Primaria), ma **debbano continuare a operare all’interno delle Strutture di Diabetologia** come previsto dalle Leggi nazionale e regionale, come suffragato anche dagli ottimi risultati clinici ottenuti, certamente tra i migliori al mondo!

RingraziandoVi anticipatamente per l’attenzione che vorrete dedicare al problema “diabete” e a tutti coloro che sono portatori di tale cronicità, in attesa di Vostro cortese riscontro, inviamo distinti saluti.

Carlo B. Giorda Presidente Nazionale Associazione Medici Diabetologi (AMD).

Luigi Sciangula Presidente AMD Lombardia.

Umberto Valentini Presidente Nazionale Diabete Italia.

Antonio C. Bossi Presidente SID Lombardia.

Gabriele Riccardi Presidente Nazionale Società Italiana di Diabetologia (SID).