

## **Il diabete in Italia: una sfida per il Servizio Sanitario Nazionale**

*di Vincenzo Antonelli e Matteo Ruggeri* – Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore

La gestione di cronicità complesse rappresenta una delle sfide più importanti per i sistemi sanitari moderni, anche in chiave di sviluppo e di crescita economica.

Il diabete di tipo 2 costituisce una delle cronicità a più alto impatto sia epidemiologico che economico. In Italia le stime più aggiornate parlano di una prevalenza superiore all'8% degli abitanti con un costo, soprattutto relativo alle complicanze che generano ospedalizzazioni, un numero maggiore di visite e procedure diagnostiche, accessi in pronto soccorso e terapie farmacologiche che varia da circa € 3.000 a circa € 7.000 a paziente. Tali dati, tuttavia, sono stimati sulla base di diversi database amministrativi fra di loro scollegati con l'impossibilità di risalire ad un consumo di risorse unitario attribuibile ad ogni paziente, oppure interrogando singole fonti (ad esempio le schede di dimissione ospedaliera) che però forniscono informazioni solo su particolari momenti dell'intero percorso. Un altro aspetto rilevante da considerare, e che è stato poco studiato nel nostro Paese è la variabilità della spesa in pazienti con condizioni cliniche fra loro molto eterogenee. Ad esempio, da alcuni studi pubblicati negli Stati Uniti ed in Gran Bretagna, emerge che un paziente che ha già sperimentato delle complicanze, come il piede diabetico o l'insufficienza renale, costa fra le 3 e le 5 volte di più di un paziente non complicato.

Inoltre, le stime esistenti solo in pochi casi prendono in considerazione i costi sociali del diabete che sono relativi alle perdite di produttività, alle pensioni di invalidità, ai trasferimenti in favore dei caregivers. Tale carico è molto rilevante se pensiamo che, da studi inerenti ad altre aree terapeutiche, emerge come il costo medio sostenuto dall'INPS per rimborsare una settimana di assenza dal lavoro per cause di salute, ammonta a circa € 950. È facile pensare, dunque, come il paziente diabetico complicato possa gravare in maniera rilevante anche sull'assicurazione sociale. Oltre a ciò è da considerare anche che le perdite di produttività dovute a malattia non possono essere valorizzate unicamente utilizzando gli assegni dell'assicuratore sociale poiché non coprono tutte le voci della retribuzione come, ad esempio, le indennità di turno. Ed infine, i pazienti con cronicità che sperimentano complicanze, cambiano i loro stili di vita e di conseguenza il loro profilo di consumo che si sposta più a favore di beni e servizi volti ad ammorbidire le conseguenze del loro stato di salute (ad esempio quelle relative allo stato psicologico, gli alimenti dedicati, i prodotti para – farmaceutici ecc...) penalizzando il consumo di altri beni (ad esempio libri, biglietti per il teatro, viaggi, ecc...). In merito a ciò, è utile tenere in considerazione anche l'impatto della spesa out of pocket. Sono scarsi i dati italiani che la quantificano con riferimento al paziente diabetico, ma è possibile ipotizzare che si riproduca lo stesso trend osservabile in altri casi di patologie croniche dove le spese a carico dei pazienti aumentano nelle regioni con più basso reddito procapite e dove gli indicatori di performance sanitaria sono meno rassicuranti. Il motivo di questo andamento è da ricondurre ad una tendenza dei pazienti a sopperire alle carenze dei sistemi di presa in carico facendo ricorso alle loro risorse personali o a quelle familiari. Ciò rappresenta un dato molto preoccupante in chiave di aumento delle disuguaglianze.

A tal riguardo il ruolo della continuità assistenziale nella gestione di patologie croniche complesse quale il diabete è visto come cruciale per il raggiungimento del duplice obiettivo della tutela del diritto alla salute e del controllo dei costi. I modelli più avanzati che volgono al perseguimento di tali obiettivi si basano su un sistema di presa in carico fondato sulla centralità del paziente come soggetto attivo rispetto ad un percorso terapeutico e di gestione della cronicità. Tali modelli prevedono l'integrazione ed il coordinamento di competenze e di professionalità diverse che affiancano medici di medicina generale e specialisti durante il percorso (es. infermieri, farmacisti, psicologi ecc...). Costoro, provvedono fondamentalmente ad attività di tipo educativo e di monitoraggio per poter incidere sul percorso del paziente in modo continuativo rendendolo consapevole del suo stato di salute e motivandolo a perseguire le soluzioni più efficaci per poterlo migliorare. Ciò rende gli obiettivi di salute più facili da raggiungere ed alleggerisce il lavoro dei medici rispetto ad una serie di attività come ad esempio la misurazione della pressione arteriosa, il monitoraggio glicemico, la distribuzione e la presentazione di materiale informativo ecc... È chiaro come l'implementazione di tali percorsi non sia scevra da variabili di tipo organizzativo e di contesto per cui in alcune regioni italiane (come ad esempio la Toscana) tali modelli siano già attivi mentre in altre realtà siano ancora molto lontani.

In questo quadro vanno collocate le ricadute in termini di costi, efficacia, soddisfazione e preferenze dei pazienti derivanti dall'introduzione di figure professionali come l'infermiere, il farmacista, lo psicologo, il podologo, l'optometrista nel fornire attività educativa e di monitoraggio su vari percorsi di cura, tra cui anche il diabete. Con riferimento all'Italia emerge che, a confronto con i casi in cui tali attività vengono compiute dai medici, l'introduzione di tali ruoli ha un impatto neutro sui livelli di soddisfazione dei pazienti e di qualità

percepita, con gli outcomes clinici che rimangono sostanzialmente stabili e la qualità di vita dei pazienti che aumenta. In alcuni casi, sembra addirittura che l'introduzione dei nuovi ruoli professionali abbia un impatto positivo in termini di soddisfazione in relazione alla durata della visita, laddove il personale medico, alleggerito di una serie di attività routinarie che non effettua ma comunque coordina, è in grado di dedicare più tempo al paziente che trova, poi in altri professionisti un ulteriore, adeguato supporto. Tale tipo di attività risulta essere sostenibile dal momento in cui, a fronte di un aumento di qualità di vita, i costi aggiuntivi del percorso di cura aumentano di poche centinaia di euro a paziente, ossia quelli relativi al pagamento dello stipendio dei professionisti sanitari che affiancano il medico, costo che peraltro viene in parte compensato dalla riduzione di visite ed esami non appropriati. È inoltre da considerare come gli investimenti in personale sanitario siano da considerarsi nel nostro Paese ampiamente necessari data la lunghezza delle liste di attesa, la carenza di personale e soprattutto l'esigenza di diminuire la disoccupazione giovanile ed accrescere il livello dei consumi.

Per questi motivi la continuità assistenziale, tanto auspicata in varie sedi istituzionali, trova il suo fondamento anche nella sostenibilità economica da intendersi nell'accezione più ampia oltre i confini della spesa sanitaria. Le sfide del nuovo welfare, di fronte alle pressioni demografiche di una popolazione che invecchia e sperimenta sempre maggiori comorbidità, chiamano i decisori pubblici a scelte coraggiose.

È necessario che esse tengano presente l'importanza, al di là di singoli interventi, della necessità di disegnare ed implementare politiche a tuttotondo che siano il risultato di una serie di azioni sistemiche. Tali azioni dovrebbero coinvolgere non solo l'ambito sanitario, ma anche quello dell'istruzione (ad esempio la promozione di corsi di sensibilizzazione sull'obesità infantile, considerata da più parti tra le potenziali future cause del diabete nei paesi sviluppati), della diffusione di una cultura della salute e più in generale dell'informazione rispetto alle potenziali conseguenze negative derivanti da stili di vita non appropriati. Su tali interventi l'investimento avrà sempre un ritorno positivo dal momento in cui essi volgono al potenziamento ed all'accrescimento del set di opportunità che vengono date ai cittadini che è, ad oggi, il vero punto cruciale su cui sarà misurata la capacità del nostro sistema di welfare di produrre benessere riducendo le disuguaglianze.

Sul piano normativo appare auspicabile ed opportuno accedere alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) ovvero di "macro-LEA" ogni qualvolta ci si trovi di fronte alla necessità di seguire nel tempo il paziente o quando vi è il bisogno di forte interazione tra i diversi operatori del Servizio sanitario nazionale. Si tratta di una prospettiva che sposta sul risultato del percorso e sull'esito delle cure la preoccupazione definitoria e che permette al contempo di orientare all'appropriatezza l'individuazione e la valutazione dell'insieme delle prestazioni erogate in un determinato arco temporale all'interno di un percorso di cura. La definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali consentirebbe altresì di assicurare una personalizzazione degli obiettivi e dei trattamenti terapeutici.

Quello del diabete rappresenta un significativo banco di prova. Anche nella riscrittura dei Livelli Essenziali di Assistenza ad opera del DPCM del 12 gennaio 2017 si è continuato per le patologie diabetiche ad individuare le singole prestazioni (soprattutto attraverso nomenclatori) senza includere possibili percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, la cui definizione è lasciata alle regioni o alle singole realtà sanitarie.

Si tratta di una scelta che non sembra dare piena attuazione al Piano sulla malattia diabetica, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 6 dicembre 2011, che include tra gli obiettivi "la definizione di PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) condivisi con le Associazioni di persone con diabete, nel rispetto di un uso appropriato delle risorse" e che per l'assistenza alle persone con diabete propone una gestione integrata dei diversi interventi attraverso l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), condivisi e codificati per i vari stadi di patologia e centrati sui bisogni della persona affetta da diabete. Scelta a cui dovrebbe far seguito la progressiva transizione verso un modello "reticolare" pluricentrico, un sistema che deve tenere conto delle realtà locali, con l'obiettivo di organizzare 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.

Di questi temi si parlerà lunedì 23 aprile 2018 (ore 16.30-19.00) presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, nell'ambito del convegno su "Costi sanitari e sociali del diabete in Italia: prospettive ed opportunità", organizzato dall'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore in collaborazione con il Centre for Economic and International studies (CEIS) dell'Università di Roma Tor Vergata.