CARE
costi dell'assistenza e risorse economiche
regioni

L'IMPATTO ECONOMICO DEL DIABETE

a colloquio con **Giulio Marchesini**
Professore di Medicina Interna, Università di Bologna, Policlinico Sant'Orsola

Professore, in base ai dati dello studio ARNO da lei condotto in collaborazione con il Cineca, nel 2006 il 4,5% della popolazione ha ricevuto il trattamento per diabete, con un aumento di quasi il 50% rispetto al 3,1% registrato solo dieci anni fa. Come si spiega questa impennata?

Parte di questo aumento potrebbe essere anche imputato ad una maggiore attenzione da parte di tutto il sistema sanitario alla diagnosi e alla terapia della condizione diabete, ma certamente la maggior parte della quota va imputata a un reale aumento della patologia, aumento che è giustificato dal progressivo incremento dell'obesità, che rimane la condizione principale per lo sviluppo del diabete tipo 2. I dati della popolazione italiana, analoghi a quelli che si registrano a livello mondiale, sono impressionanti a questo riguardo. Il XXI secolo si caratterizzerà come il secolo dell'epidemia dell'obesità, se non interverranno fattori diversi a modificare la situazione, e il diabete non è altro che la conseguenza di questa epidemia.

Corollario della crescita esponenziale nella prevalenza è l'impatto economico che la gestione della patologia comporta. Ci fornisce una panoramica dei costi correlati al paziente diabetico, chiarendo in particolare la distinzione tra costi diretti e indiretti?

La panoramica dei costi correlati alla condizione diabete è stata ampiamente descritta nell'Osservatorio 'ARNO diabete' (http://osservatorioarno.cineca.org), che ho avuto la possibilità di condividere e curare insieme al Cineca. Il costo sanitario nella popolazione con diabete è largamente superiore a quello della popolazione senza diabete. L'incremento di spesa media per unità di popolazione è intorno al 100%, ossia è

segue a pag 2

SUPPLEMENTO a
Care n. 3 maggio-giugno 2008

Cosa è CAREregioni

CAREregioni nasce come supplemento a CARE per approfondire tematiche sanitarie a livello di singole Regioni, con l'intento di fornire a medici, amministratori e operatori sanitari un'ulteriore opportunità di riflessione su come conciliare l'esistenza di risorse limitate con l'irrinunciabile esigenza di garantire al cittadino il diritto fondamentale all'assistenza.

Incontri
L'impatto economico del diabete
a colloquio con Giulio Marchesini 1

La gestione integrata e l'assistenza della patologia diabetica in Italia
a colloquio con Marina Maggini 4

Interventi e proposte per una migliore gestione del diabete
a colloquio con Ignazio Marino 6

I costi del diabete: onere sociale o opportunità?
di Enrico Torre 8

Scopi e programmi di Diabete forum
a colloquio con Roberto Cocci 11

Focus sulle iniziative regionali 13

I ruoli della Sanità 21

La comunicazione in Sanità 22

www.careonline.it

Il Pensiero Scientifico Editore

Bimestrale - Poste Italiane SpA - Sped. Abb. Post. - DL 353/2003 (conv in L 27/02/2004 n 46) art 1, comma 1, DCB Roma
In caso di mancato recapito inviare a CRP di Roma Romanina Stampe per la restituzione al mittente previo pagamento resi
ISSN 1128 5524

> **“L’incremento di spesa media per unità di popolazione è intorno al 100%...”**

intorno al doppio del costo per la spesa per i farmaci, è del 50% in più per quello che riguarda la spesa per i ricoveri, e del 20% in più per quello che riguarda tutte le altre prestazioni come le visite specialistiche. Questo si traduce in un costo diretto che di fatto risulta aumentato di oltre il 50% nella popolazione con diabete rispetto alla popolazione senza diabete confrontabile per età, sesso e area geografica di appartenenza. Ovviamente il database ARNO Cineca, che ha misurato i costi sulla base delle prescrizioni e dei ricoveri ospedalieri, tiene conto soltanto di quello che il paziente costa al Servizio Sanitario Nazionale in termini di prestazioni, ovvero di costi diretti. Ci può essere tra l’altro una sottostima nei dati che abbiamo raccolto; il costo del ricovero ospedaliero viene calcolato su una base forfettaria e potrebbe non corrispondere, ma largamente sottostimare, il costo reale per il sistema sanitario del ricovero ospedaliero.
I costi diretti sono poi solo una parte del costo totale delle malattie. A questi andrebbero sommati i costi indiretti, computati su base completamente diversa, che non siamo in grado di conoscere da questa analisi. Riguardano il numero delle giornate lavorative perdute, l’invalidità precoce o il ritiro dal lavoro prima del raggiungimento dell’età pensionabile, da cui derivano costi aggiuntivi per il servizio previdenziale e pensionistico, la mortalità precoce. Gli studi che hanno affrontato il problema dei costi indiretti sostengono che possono essere stimati intorno al 50% dei costi diretti; dal momento che i costi diretti sono aumentati in maniera sensibile nei 10 anni di osservazione di ARNO, ancora di più lo sono quindi i costi totali. Stiamo comunque sempre parlando di costi misurabili, cui andrebbero sommati i costi ‘non misurabili’, determinati dalla ridotta qualità di vita delle persone con diabete e dall’influenza che questa patologia ha sulla loro vita familiare, di relazione e professionale.

I costi del paziente diabetico e il peso complessivo che questi costi hanno sul bilancio pubblico si differenziano in funzione del tipo di diabete?

Ovviamente l’analisi compiuta sulle prescrizioni non ci consente di categorizzare in maniera precisa i pazienti come soggetti con diabete di tipo 1 (insulino-dipendente) o diabete di tipo 2 (non insulino-dipendente o diabete dell’adulto). Possiamo fare solamente delle ipotesi sulla base del tipo di farmaco utilizzato per trattare il diabete, e su questa base sono generate le stime riportate nella tabella. Sicuramente il diabete di tipo 2 costa meno, in termini unitari, rispetto al diabete di tipo 1 trattato con insulina, ma la prevalenza del diabete tipo 2 è di gran lunga superiore (parliamo di un rapporto di 9 a 1, se non di 95 a 5), per cui l’impatto economico del diabete tipo 2 sul sistema sanitario finisce per essere straordinariamente maggiore.

Dallo studio ARNO emerge un peso significativo dei costi connessi ai ricoveri ospedalieri per la comparsa e/o l’aggravamento delle complicanze del diabete. Questo dato è a suo avviso il risultato di una gestione ‘poco integrata’ della patologia (per esempio, un investimento limitato nella prevenzione)?

La prevenzione dovrebbe essere il cardine del trattamento del diabete, ma, nonostante l’impegno profuso in questi anni da alcune strutture (penso all’Istituto Superiore di Sanità e al progetto ‘Guadagnare Salute’ dell’ex Ministero della Salute, Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie), mi sembra che globalmente la prevenzione sia stata abbastanza dimenticata. Questo atteggiamento fa parte purtroppo delle logiche del nostro servizio sanitario, che deve badare più al contenimento della spesa corrente che non investire per ridurre la spesa futura. Peraltro tutte le Agenzie internazionali che in questi anni si sono espresse sul problema, da ultimo anche la Banca Mondiale, hanno posto l’accento su come la prevenzione sia lo strumento di intervento più efficace, e che quanto non viene speso oggi in prevenzione verrà speso, moltiplicato, negli anni futuri per la terapia.
In alcuni Paesi ci sono stati interventi estremamente significativi in termini di prevenzione. Penso, per esempio, ai Paesi scandinavi: in Finlandia è tuttora attivo un progetto sulla prevenzione del diabete mediante interventi sugli stili di vita, che ha dimostrato efficacia sia nel breve sia nel lungo periodo. In Inghilterra si svolgono esperienze realizzate da consorzi di Università, che hanno effettuato interventi sistematici sugli stili di vita della popolazione per la prevenzione del diabete.

CAREregioni

Supplemento a
Care n. 3 maggio-giugno 2008

Direttore Responsabile
Giovanni Luca De Fiore

Redazione
Antonio Federici (editor in chief), Cesare Albanese, Carlo Fudei, Mara Losi, Maurizio Marceca, Fabio Palazzo

Stampa
Arti Grafiche TRIS - Roma

Progetto grafico
Doppiosegno - Roma

Registrazione del Tribunale di Roma n. 00472/99 del 19 ottobre 1999
Periodicità bimestrale.

Finito di stampare luglio 2008

Il Pensiero Scientifico Editore
Via Bradano 3/c, 00199 Roma
Tel. (06) 862821
Fax (06) 86282250

E-mail: info@careonline.it
Internet://www.careonline.it

> “... la diffusione del diabete coinvolge gli strati di popolazione socialmente più deprivati o gli immigrati...”

In Italia, nonostante alcuni sforzi sicuramente meritevoli, non c'è ancora una reale presa di coscienza a livello di sistema sanitario o a livello di popolazione di quanto sia importante agire sulla prevenzione per contenere i costi legati a questa patologia, promuovendo corretti stili di vita. Tra l'altro la diffusione del diabete coinvolge gli strati di popolazione socialmente più deprivati o gli immigrati, spesso esclusi dalla possibilità di essere raggiunti dalle campagne informative in atto, che dovrebbero invece essere studiate pensando alle caratteristiche della popolazione a cui sono dirette.

Parlando di trattamento farmacologico, crede che l'Italia sia 'allineata' agli altri Paesi europei in quanto a disponibilità e accesso alle terapie più innovative ed appropriate?

In Italia sono state fatte delle politiche di contenimento della spesa, giustificate sulla base di una serie di problemi derivanti dal costo economico della patologia, ma non vi sono terapie cui i soggetti con diabete non possano accedere. Recentemente l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha avviato la prescrivibilità sul territorio dei farmaci più innovativi, facendo coincidere la dispensazione dei farmaci da attenti monitoraggi sulla reale aderenza alla prescrivibilità deliberata nelle sedi istituzionali e ad una valutazione dell'efficacia e dei possibili effetti collaterali. La prescrivibilità è subordinata alla compilazione di piani terapeutici o di regole di riferimento, che possono essere visti come un aggravio di lavoro per lo specialista che deve prescrivere i farmaci, ma che servono anche per garantirne l'appropriatezza prescrittiva, l'efficacia terapeutica e la sicurezza per il paziente.

Per concludere, quali sono a Suo avviso gli interventi più urgenti per promuovere una gestione efficiente della patologia non solo in termini clinici, ma anche economici e sociali?

Credo che tutto il mondo diabetologico stia prendendo coscienza del fatto che la 'patologia diabete', proprio per queste sue caratteristiche epidemiche e di dimensione sociale, sta uscendo dal confine della sanità.
Se vogliamo attuare realmente interventi di prevenzione, inderogabili per contenere gli effetti della malattia sulla popolazione ed efficaci nel lungo periodo per il contenimento della spesa, non possono essere soltanto i sanitari a doversi fare carico di azioni. I meccanismi di intervento devono coinvolgere a 360 gradi tutti i settori e riguardare gli aspetti legati all'economia, alla produzione degli alimenti, all'organizzazione sociale, all'urbanistica e ai trasporti, per favorire l'aderenza a stili di vita salutari. Il mio convincimento è che questa sia oggi l'unica soluzione in termini economici e di salute alla situazione che si sta generando. ■ *ML*

Prevalenza del diabete farmaco-trattato, spesa media annua nei vari capitoli e confronto con soggetti non diabetici

	Persone con diabete (% sul totale della spesa farmaceutica)	Persone con diabete tipo 1	Persone con diabete tipo 2	Non diabetici (variazione diabetici versus non diabetici)
Prevalenza del diabete farmaco-trattato (%)	4,5	0,4	4,1	–
Spesa complessiva per paziente/anno (€)	2589	5042	2337	1682 (+54%)
Spesa per farmaci (€)	827	1134	796	458 (+81%)
per farmaci antidiabetici (€)	171 (21%)	472 (42%)	141 (18%)	–
per altri farmaci (€)	656 (79%)	662 (58%)	655 (82%)	458 (+43%)
Spesa DRG/anno (€)	1274	1918	1207	817 (+56%)
Spesa specialistica ambulatoriale (€)	488	1990	329	407 (+20%)

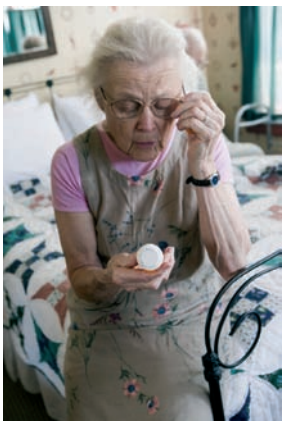
LA GESTIONE INTEGRATA E L'ASSISTENZA DELLA PATOLOGIA DIABETICA IN ITALIA

a colloquio con **Marina Maggini**
Centro Nazionale di Epidemiologia, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dottoressa Maggini, come, quando e perché nasce il progetto Integrazione Gestione e Assistenza per la malattia diabetica (IGEA?)

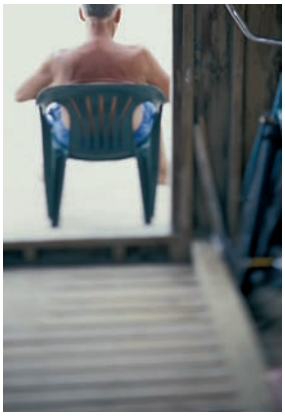
Il progetto IGEA è nato sulla scorta di alcune esperienze pilota italiane e di diversi programmi attuati in contesti sanitari e culturali diversi da quello italiano, che hanno mostrato come un sistema di gestione integrato, e basato sulla costante valutazione degli indicatori, sia lo strumento più indicato per migliorare l'assistenza delle persone con malattie croniche. Queste persone, infatti, hanno bisogno, oltre che di trattamenti efficaci, anche di continuità di assistenza, informazione e sostegno per raggiungere la massima autogestione possibile.
La crescente dimensione del problema e la consapevolezza che la qualità dell'assistenza erogata fosse ancora lontana da quanto raccomandato in sede scientifica, ha indotto il Ministero della Salute, con il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, ad impegnare fortemente il Servizio Sanitario Nazionale nei confronti del diabete. Le complicanze del diabete, in particolare, sono state tra le aree di intervento prioritarie previste dal Piano di Prevenzione Attiva 2004-2006 e dal successivo Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 (allegato all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) che ha previsto la realizzazione di progetti regionali finalizzati, nel caso del diabete, a prevenirne le complicanze tramite l'adozione di programmi di disease management (gestione integrata della malattia).
La definizione della strategia complessiva dell'intervento, il coordinamento e il supporto ai progetti regionali sono realizzati attraverso il progetto IGEA, predisposto dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM).
Maggiori informazioni sul progetto, sui documenti prodotti, sul piano di formazione che è stato predisposto e sui progetti regionali, possono essere trovate sul sito del progetto: www.epicentro.iss.it/igea.

"... i programmi di disease management pongono al centro dell'intero sistema un paziente informato/educato..."



Esiste una qualche relazione/collegamento tra il progetto IGEA e il programma QUADRI promosso qualche anno fa dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con tutte le Regioni italiane?

Lo studio QUADRI (QUalità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane) ha mostrato che la situazione italiana, per quanto riguarda la qualità della cura delle persone con diabete, è ancora lontana dall'aver raggiunto alti livelli di qualità.
Lo studio è stato condotto nel 2004, dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le strutture di sanità pubblica di tutte le Regioni e Province autonome italiane, intervistando un campione di 3426 persone (estratte dalle liste degli esenti ticket). Lo studio QUADRI si è proposto, quindi, di fornire un'immagine della qualità e delle modalità dell'assistenza usando il punto di vista delle persone con diabete. Per quanto concerne le complicanze del diabete, la maggioranza (76%) dei pazienti intervistati presenta almeno uno dei principali fattori di rischio (ipertensione, ipercolesterolemia e obesità) e il 42% ne ha almeno due. Circa una persona su cinque è stata ricoverata in ospedale nell'anno precedente l'intervista. Il 54% del campione sa di essere iperteso, ma il 14% non è in terapia; il 44% ha riferito di avere il colesterolo alto, ma il 26% non segue una terapia specifica. Meno della metà dei diabetici intervistati ha fatto almeno una visita approfondita dal medico di medicina generale o dal diabetologo nell'ultimo semestre. Solo due persone intervistate su tre



“Una visione concorde sul concetto di gestione integrata e una definizione condivisa è la premessa per lo sviluppo di interventi efficaci di sistema.”

non hanno mai sentito parlare dell'emoglobina glicata (HbA1c) e, fra questi, solo il 66% ha eseguito questo esame negli ultimi 4 mesi. Complessivamente solo il 5% degli intervistati ha eseguito alle scadenze previste tutti i principali controlli necessari per un'efficace prevenzione delle complicanze.

Il progetto IGEA si basa sul concetto del disease management: ritiene che nel nostro Paese si possa oggi parlare di gestione integrata della patologia?

Ci sono molti progetti in corso, ma non si può ancora parlare di gestione integrata delle patologie croniche. L'attuale sistema assistenziale in Italia è di tipo settoriale-specialistico per cui ciascun soggetto erogatore (MMG, specialisti, ospedali, etc) è specializzato nel fornire assistenza per diversi gradi di complessità clinico-assistenziale. L'adozione dell'attuale modello è stata giustificata nel tempo da esigenze di ordine tecnico-scientifico: la rapida evoluzione delle conoscenze mediche e l'elevato grado di innovazione tecnologica rendeva di fatto necessario un processo di specializzazione delle professionalità sempre più spinto per far fronte con competenza alle continue esigenze di aggiornamento (*differenziazione professionale*). Tuttavia, se da un lato un certo grado di differenziazione favorisce l'efficienza tramite l'ottimizzazione tecnico-funzionale, dall'altra produce diversità e frammentazione: l'elevata differenziazione non solo rischia di far perdere di vista l'obiettivo comune di soddisfare la salute del paziente, ma anche quello di contenere i costi a livello di sistema.

Ad oggi, quale è l'implementazione del progetto a livello regionale?

In tutte le Regioni italiane si stanno avviando attività relative al progetto IGEA con fasi di attuazione diverse anche in relazione alle esperienze già in atto nelle varie realtà locali. Tuttavia, la possibilità di confronto e sostegno reciproco, e il coordinamento nazionale consente una più omogenea attuazione del programma ed una valorizzazione delle peculiarità regionali nel rispetto degli obiettivi nazionali condivisi. È in tale prospettiva che si sta sviluppando una fase di analisi tendente a valorizzare le migliori esperienze in corso nelle Regioni italiane e a sostenere l'implementazione della gestione integrata nelle Regioni meno impegnate sul tema. Il risultato dell'analisi fornirà un quadro sullo stato dell'arte della gestione integrata in Italia.

Per concludere, quanto è importante il coordinamento e il confronto tra il centro e le Regioni nell'implementazione di una strategia vincente di gestione integrata della patologia?

Una visione concorde sul concetto di gestione integrata e una definizione condivisa è la premessa per lo sviluppo di interventi efficaci di sistema. La condivisione degli elementi essenziali di un modello assistenziale di gestione integrata, delle modalità organizzative, delle raccomandazioni per migliorare la qualità della cura è fondamentale, inoltre, per garantire equità nell'assistenza a tutte le persone con diabete.
È importante sottolineare che il Progetto IGEA non si concepisce come l'incipit della gestione integrata in Italia, ma in armonia con tale visione, si intende come un 'punto di arrivo', in quanto raccoglie e valorizza le idee, i principi e i valori, i metodi e le prospettive nati in campo internazionale e nazionale nell'ambito della gestione integrata dei pazienti cronici, ma allo stesso tempo come un nuovo 'punto di partenza'. Il Progetto IGEA, infatti, per l'impronta istituzionale che lo caratterizza, per l'ampia logica partecipativa che l'ha sempre impregnato e per la potenziale capillarizzazione che potrà scaturire dall'impegno assunto da tutte le Regioni, può effettivamente costituire un vero e proprio laboratorio per la ricerca di soluzioni condivise a vari aspetti critici dell'assistenza, quali la frequente frammentarietà delle esperienze e l'annoso problema dell'autoreferenzialità professionale.
È importante considerare infine, quale significativo valore aggiunto, che il 'diabete mellito' può rappresentare un modello per lo sviluppo successivo di programmi analoghi su altre patologie croniche. ■ *ML*

INTERVENTI E PROPOSTE PER UNA MIGLIORE GESTIONE DEL DIABETE

a colloquio con **Ignazio Marino**

Professore di Chirurgia e Direttore della Divisione Trapianti presso la Thomas Jefferson University di Philadelphia
Membro della XII Commissione Permanente Igiene e Sanità

Il diabete sta diventando un problema mondiale. Dati recenti indicano che oltre 246 milioni di persone nel mondo potrebbero essere affette da questa malattia (ovvero quasi il 6% della popolazione adulta mondiale) e se non si farà nulla per rallentare l'epidemia, tale numero potrebbe raggiungere la soglia di 380 milioni in meno di 20 anni. Secondo le previsioni, il maggior incremento del numero di diabetici sarà registrato nei Paesi in via di sviluppo.
A fronte di questi dati allarmanti, ritiene che a livello mondiale e soprattutto nazionale si stia facendo abbastanza?

I dati che abbiamo a disposizione sulla diffusione del diabete sono davvero preoccupanti: secondo l'International Diabetes Federation, l'organismo internazionale più autorevole in questo settore, ogni dieci secondi due persone al mondo si ammalano e una terza muore a causa di questa malattia, che rappresenta la quarta causa di morte in tutto il pianeta. Purtroppo, il numero di persone obese è raddoppiato negli ultimi dieci anni e ciò ha contribuito al diffondersi della malattia: gli uomini e le donne obese hanno infatti una probabilità rispettivamente di 60 e 90 volte più alta di sviluppare il diabete rispetto a persone di peso normale. Un problema notevole è legato all'aumento dell'obesità nei Paesi in via di sviluppo, dove la malattia è meno conosciuta e dove curarsi in modo efficace è costoso e difficile. In questi Paesi, che hanno adottato stili di vita e alimentari simili a quelli occidentali, la stima degli ammalati cui non viene diagnosticato il diabete può arrivare sino all'80%.
Di fronte a dati così allarmanti credo sia necessario instaurare una più diretta collaborazione tra i governi occidentali e i loro omologhi nei Paesi in via di sviluppo più a rischio; è questa infatti la via da seguire per favorire maggiormente lo sviluppo di adeguate strutture di assistenza sul territorio, per incrementare la disponibilità delle cure e per diffondere il più possibile un'informazione corretta su questa patologia, su come diagnosticarla e come prevenirla.

> **"... ogni dieci secondi due persone al mondo si ammalano e una terza muore a causa di questa malattia..."**

Sulla base dei dati 2006 dell'Osservatorio ARNO-Diabete, ogni persona con diabete costa mediamente al Servizio Sanitario Nazionale € 2589/anno per i soli costi diretti. Ad essi vanno aggiunti i costi indiretti di più difficile stima. Tutti questi costi sono tanto più alti quanto più inappropriato, tardivo o insufficiente il trattamento. Quali sono le leve da utilizzare per arginare la crescita esponenziale di tali costi nel lungo termine (per esempio, puntare sulla prevenzione, sulla 'corretta informazione' del paziente diabetico, favorire l'accesso al mercato di farmaci nuovi, etc)?

I costi delle cure che pesano sulla popolazione e sui sistemi sanitari, soprattutto per quanto riguarda i Paesi in via di sviluppo, sono davvero gravosi. Per fare un esempio, in Messico, dove i diabetici sono sei milioni, i costi diretti e indiretti per le cure sono stati di quindici miliardi di dollari nel 2003, una cifra davvero elevata considerando che un cittadino messicano paga di tasca propria tra il 40 e il 60% delle spese sanitarie. Si può solo immaginare poi il problema del costo di questa malattia in un Paese come l'India, dove il diabete colpisce ben 41 milioni di persone.
Mi sembra importante dunque agire in maniera decisa e mirata per diffondere nell'opinione pubblica (anche in Occidente) una più ampia consapevolezza degli stili di vita scorretti che favoriscono questa malattia, che rappresenta un costo economico e sociale davvero elevato. Un'alimentazione sana e una costante attività fi-

sica contribuiscono infatti a prevenire efficacemente la patologia che, se trascurata, può implicare gravi complicazioni come le malattie cardiovascolari e una maggiore predisposizione agli attacchi cardiaci; il diabete inoltre può anche compromettere la funzionalità renale e provocare gravi patologie della retina. È bene ricordare che il 90% dei casi di diabete trova la sua causa proprio nell'obesità.

Il 4 e 5 aprile scorsi si è tenuta a Roma la prima edizione italiana del 'Changing Diabetes Barometer Forum', il primo forum italiano sul diabete che ha consentito un confronto costruttivo tra vari attori coinvolti nella gestione/cura della patologia (rappresentanti del governo, parlamentari, dirigenti di AO, medici, giornalisti, avvocati, pazienti). Quanto a suo avviso il dialogo tra le varie parti in gioco è importante rispetto all'obiettivo di una gestione sempre più efficiente della patologia?

Il 'Changing Diabetes Barometer Forum', cui ho partecipato, è stata una occasione importante per riflettere non solo sulle attuali terapie cliniche, ma soprattutto sulle strategie più adeguate attraverso cui combattere il diffondersi di questa patologia. Credo che il dialogo tra le parti in causa sia fondamentale, così come è di primaria importanza coinvolgere le scuole, attraverso iniziative di informazione, e le famiglie, fornendo un adeguato supporto medico e psicologico.
Proprio dal Forum sul diabete ho lanciato la proposta della creazione di una specifica agenzia che si occupi di tutti gli aspetti legati al diabete, in grado di coordinare tutti gli attori e tutti i settori dell'intera educazione sanitaria. Non solo scuole dunque, ma anche un migliore coinvolgimento della medicina territoriale, della comunicazione di massa e una maggiore diffusione della prevenzione. L'idea è dunque quella di creare una forza operativa multidisciplinare e multinazionale che coinvolga gli attori principali di quella che è una vera e propria battaglia contro un'emergenza sanitaria che non possiamo più permetterci di sottovalutare.

Sul fronte dell'assistenza esiste una differenza piuttosto marcata a livello regionale, con centri d'eccellenza solo in alcune Regioni. Esistono, a suo avviso, intervenenti di politica economico-sanitaria che potrebbero concorrere a superare o almeno mitigare questa situazione?

Le differenze regionali in sanità sono evidenti e, purtroppo, non riguardano solo la cura del diabete. È inaccettabile che i centri d'eccellenza per curare una malattia diffusa su tutto il territorio nazionale siano presenti soltanto in poche Regioni. Sono convinto che l'agenzia di cui parlavo precedentemente potrebbe agire da punto di riferimento nazionale, con lo scopo di favorire una distribuzione maggiormente omogenea sul territorio nazionale di strutture all'avanguardia che si occupano della cura del diabete. Vedremo quali saranno le proposte del nuovo governo su questo tema, anche se purtroppo, come ho sottolineato in molte occasioni, la decisione di non istituire il Ministero della Salute è un indicatore della scarsa attenzione che l'esecutivo dedica alle tematiche della sanità e del fatto che il superamento delle disparità non rientri tra gli obiettivi prioritari di questa maggioranza. Spero tuttavia che argomenti importanti come la cura e la prevenzione del diabete a livello nazionale non siano tralasciati, dato che riguardano milioni di cittadini che hanno il diritto ad una tutela sanitaria adeguata. ■ *ML*

I COSTI DEL DIABETE: ONERE SOCIALE O OPPORTUNITÀ?

di **Enrico Torre**
Dirigente Medico, UO Diabetologia e Malattie Metaboliche Genova-Ponente

> **“... il costo sanitario di una persona affetta da diabete è circa tre volte superiore a quello di un non diabetico...”**

Il diabete è una malattia in crescita a livello planetario, con tassi di incremento più elevati nei Paesi emergenti (+50% previsto dal 2000 al 2010 in Asia, Africa e Sud America) e comunque notevoli nei Paesi sviluppati (+23% previsto nello stesso decennio per Europa e Stati Uniti). Considerato che il costo sanitario di una persona affetta da diabete è circa tre volte superiore a quello di un non diabetico e che di questo costo solo il 13,6% è da attribuirsi a cure ambulatoriali (il resto si riferisce a degenze ospedaliere), possiamo tranquillamente affermare che il problema dei costi del diabete ha soltanto cominciato a presentare le sue implicazioni economiche e sociali. Nel mondo occidentale la popolazione diabetica attualmente rappresenta circa il 4% della popolazione totale e consuma dal 15% al 20% delle risorse sanitarie globali. Infine, non va trascurato che il 38% del maggior costo della cura del diabete viene speso per il trattamento delle complicanze a lungo termine, *in primis* cardiopatia ischemica e insufficienza renale.

L'incremento, attuale e futuro, dei costi del diabete non va però visto solo come conseguenza del continuo aumento della prevalenza della patologia, ma anche di due altri fattori:

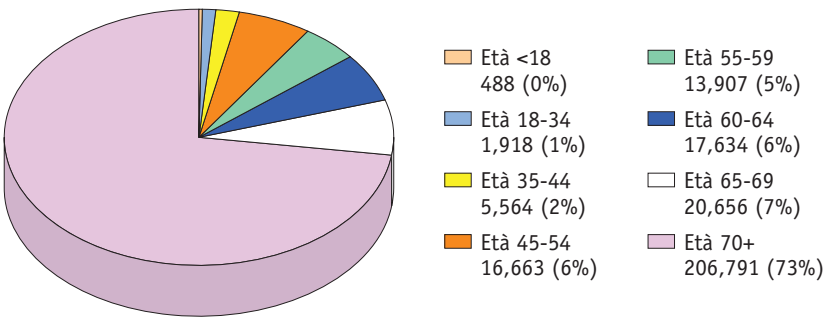
1. la maggior crescita dei costi sanitari rispetto all'incremento medio dei prezzi al consumo (oltre che rispetto all'incremento del PIL, fatto questo ben più grave);
2. la maggiore obiettività nella valutazione delle cause primarie della spesa, che fa emergere sempre di più i costi reali determinati dalla patologia.

Quando si parla di costi sanitari bisogna sempre distinguere fra **costi diretti** e **costi indiretti**, identificando i primi con le risorse consumate nel fornire le prestazioni e in quelle impiegate per contrastare gli eventuali effetti negativi da esse derivanti, mentre con i secondi si definiscono i mancati guadagni dei soggetti che usufruiscono degli interventi sanitari relativamente al tempo di inattività e all'eventuale limitazione residua della capacità lavorativa.

Mentre i costi diretti sono facilmente identificabili e quantificabili, e pertanto normalmente considerati per valutare il rapporto costo-efficacia degli interventi sanitari, i costi indiretti si ritiene siano sostenuti prevalentemente dal paziente e dalla sua famiglia, sono difficoltosi da quantificare e non vengono di solito inclusi nella valutazione economica degli interventi sanitari.

D'altra parte, non è impossibile rilevare i costi indiretti e — quando ci si dedica alla loro quantificazione — si fanno scoperte interessanti, come era già emerso dai dati pubblicati dall'ADA relativi al 1997, in cui la stima dei costi globali della malattia diabetica ammontava a 98 miliardi di dollari, di cui solo 44 riferibili a costi diretti e ben 54 attribuibili a costi indiretti, e precisamente 37 per disabilità e 17 per mortalità. Sempre in questa rilevazione, la disabilità correlata al diabete veniva quantificata anche in termini temporali, venendo a sommare 88 milioni di giorni, dei quali 14 milioni dovuti a giornate di lavoro perse (8,3 giorni di lavoro persi nella fascia fra 18 e 64 anni, contro l'1,7 della popolazione omologa non diabetica). Dieci anni dopo, nel 2007, l'ADA ha rile-

Figura 1. Mortalità correlata al diabete distribuita per età (ADA, 2007).



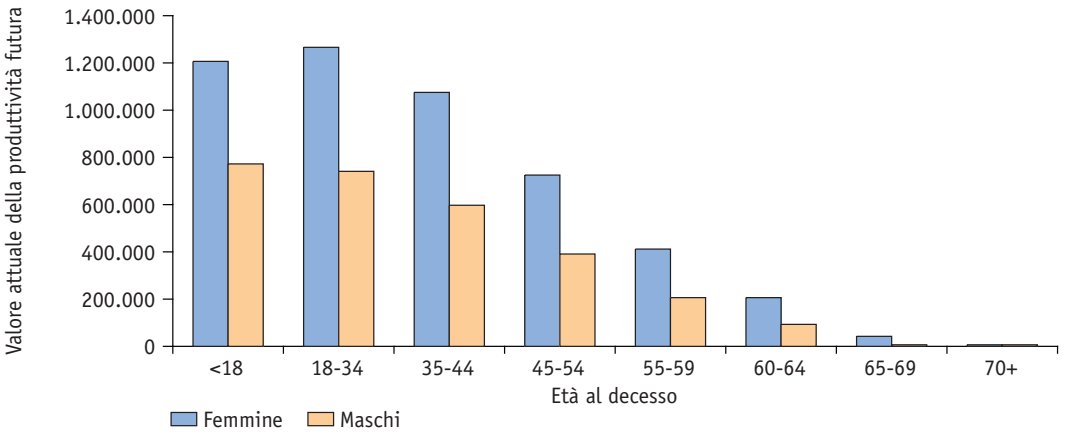


Figura 2. Perdita di produttività futura correlata all'età di premorienza (ADA 2007).

vato costi per 174 miliardi di dollari, di cui 116 diretti e 58 indiretti espressi come riduzione della produttività, suddivisi come segue: 2,6 per assenza dal lavoro, 20 per riduzione della produttività sul lavoro, 0,8 per ridotta produttività di soggetti non impiegati, 7,9 per disoccupazione dipendente dalla malattia ed infine 26,9 di perdita di produttività dovuta a mortalità precoce.

Questi dati ci portano a due conclusioni. La prima è che la crescita dei costi globali è da ascriversi principalmente ai costi diretti, cosa questa peraltro già ampiamente nota. La seconda è invece che il carico economico della malattia diabetica si distribuisce su tutti i settori della società, e non solamente nei termini di un maggior costo relativo all'erogazione di servizi sanitari o di prestazioni assicurative, quanto anche come riduzione di reddito per contrazione della capacità produttiva dei diretti interessati, quando non dei familiari tenuti ad accudirli.

Quindi nel caso del diabete la visione dei costi, e la valutazione del rapporto costo-efficacia, non può e non deve limitarsi alla sola valutazione dei costi diretti, onde evitare di trarre conclusioni affrettate in merito all'allocazione delle risorse. Se, per esempio, ci limitiamo ad osservare la distribuzione della mortalità correlata al diabete (figura 1), notiamo come la fascia di età fra i 45 e i 54 anni sia più espansa di quanto atteso. Se poi andiamo a vedere la distribuzione della perdita di produttività per premorienza rispetto alle differenti fasce di età (figura 2) notiamo come i soggetti al di sotto dei 60 anni assommino praticamente la totalità della mancata produttività per premorienza. Incrociando i dati, possiamo infine desumere che la premorienza nei soggetti fra i 35 e 59 anni determina la quota preponderante della perdita di produttività.

Da qui ad estrapolare una analoga dinamica relativamente alla riduzione della capacità produttiva in caso di sopravvivenza in sopraggiunta inabilità, il passo è breve.

L'analisi dei dati esposti sopra, per quanto limitati ai soli Stati Uniti, ci consente comunque di trarre alcuni spunti di riflessione: anzitutto dobbiamo considerare che, mentre la distribuzione dei costi diretti segue un andamento correlato alla durata della malattia e si distribuisce in maniera non necessariamente dipendente dall'età dei soggetti, l'impatto dei costi indiretti è tanto maggiore quanto più giovane è l'età degli individui interessati dalla patologia e va invece scemando una volta che essi escono dal circuito produttivo. Inoltre, in corrispondenza delle fasce di età che presentano un maggiore impatto della malattia diabetica in termini di disabilità parziale e premorienza, ovvero tra i 45 e i 59 anni, si verifica anche la maggior perdita economica cumulata per riduzione della produttività.

Tutto ciò viene ad avvalorare la conclusione che è proprio in questa fascia di età che avrebbe più senso concentrare gli interventi sanitari volti a prevenire l'eccesso di morbilità e quindi la perdita economica ad essa correlata (questa sì, da valutare in termini di costi indiretti). In altri termini, questo significherebbe che un euro speso per curare un diabetico quarantenne o cinquantenne apporta, anche a parità di costi diretti, un beneficio economico maggiore per la collettività di quanto non faccia lo stesso euro speso per un sessantenne o un settantenne. Ciò contraddice la politica delle disincentivazioni praticata dallo Stato, che prevede l'esenzione

"... il carico economico della malattia diabetica si distribuisce su tutti i settori della società..."

per i trattamenti al di sopra del sessantacinquesimo anno di età, pur con le dovute limitazioni inerenti la soglia di reddito. Quindi la spesa per il diabete, se correttamente indirizzata verso la prevenzione della premorienza e della disabilità può trasformarsi da onere sociale a opportunità di crescita economica.

Un ultimo quesito riguarda quale sia l'aspetto del trattamento del diabete e delle sue complicanze su cui varrebbe la pena di investire di più. Considerando che la prevalenza della cardiopatia ischemica nel diabete è, secondo gli studi, tra il 26% e il 36% dei soggetti, e che il riscontro post-mortem di significative lesioni coronariche è positivo nel 50-80% dei diabetici non riconosciuti come cardiopatici in vita, si potrebbe considerare come primo obiettivo economico il trattamento precoce della patologia macrovascolare associata al diabete, intervento questo che rallenterebbe comunque anche la progressione delle complicanze renali. Un trattamento esteso e precoce della dislipidemia (target LDL: ≤100 mg/dl) e dell'ipertensione arteriosa, oltre al perseguimento di un compenso metabolico ottimale, mirando nel contempo a ridurre l'insulinoresistenza e l'iperinsulinizzazione interprandiale e a perseguire obiettivi tanto più ambiziosi quanto più giovane è l'età del paziente, non potrà che dimostrarsi nel lungo periodo un investimento proficuo per i singoli interessati e per tutta la società. ■

BIBLIOGRAFIA

ADA: Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2008; 31: 1-20.

American Diabetes Association: Economic consequences of diabetes mellitus in the US in 1997. Diabetes Care 1998; 21: 296-309.

Haddix A, Teutsch SM, Corso PS: Prevention effectiveness: a guide to decision analysis and economic evaluation, 2nd ed. New York, Oxford University Press, 2003.

National Institutes of Health: Disease-specific estimates of direct and indirect costs of illness and NIH support. November 1995.

Ray NF, Willis S, Thamer M: Direct and indirect costs of diabetes in the United States in 1992. Alexandria (VA), American Diabetes Association, 1993.

The Diabetes Prevention Program Research Group: Costs associated with the primary prevention of type 2 diabetes mellitus in the Diabetes Prevention Program. Diabetes Care 2003; 26: 36-47.

Zimmet P, Alberti KGMM, Shaw J: Global and societal implications of the diabetes epidemic. Nature 2001; 414: 782-783.

IL DIRITTO NEGATO

La salute e le cure sono uguali per tutti?

di **Giovanni Padovani**

Presentazione di Cesare Cislaghi

Con interviste ad Amedeo Santosuosso e Sandro Spinsanti

"...scrivere un libro sull'equità, chiaro ed altamente leggibile come questo, è un'operazione importantissima: aiuta senz'altro a rafforzare il consenso per quelle sole componenti politiche che realmente si impegnano per una maggiore equità sociale, che è la vera essenza della *liberté*, la libertà dalle ingiustizie, dalla deprivazione e dall'emarginazione"

Dalla presentazione di Cesare Cislaghi

www.pensiero.it

SCOPI E PROGRAMMI DI DIABETE FORUM

a colloquio con **Roberto Cocci**
Presidente di Diabete Forum

Dottor Cocci, quali le motivazioni che hanno spinto alla costituzione relativamente recente di Diabete Forum?

La principale motivazione è quella di costituire un'occasione strutturata di dialogo e di collaborazione tra tutte le associazioni italiane che tutelano le persone con diabete, dal bambino all'adulto, per favorire un'azione 'seria', 'trasparente' e 'comunicativa' nei confronti delle istituzioni e di tutti gli stakeholder del diabete. Diabete Forum è stata costituita recentemente, ma da persone che da oltre 30 anni si occupano seriamente dei problemi delle persone con diabete.

La particolare struttura dell'Associazione, che unisce coordinamenti e federazioni regionali e nazionali, assicurando a ciascun aderente il rispetto della propria individualità, caratteristiche, territorialità, in che modo può rappresentare un requisito importante per tutelare gli interessi del paziente diabetico?

Perché con la Legge del 18 ottobre 2001 n. 3 – che trasferisce il potere legislativo nei settori lavoro, istruzione, scuola, sport alle Regioni, lasciando allo Stato la sola determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale (LEA) – si è reso indispensabile creare forti unioni a livello regionale (federazioni) per migliorare i servizi alle persone con diabete. Se a livello locale sono le stesse associazioni che interagiscono con le Aziende Sanitarie, a livello nazionale occorre una forza unita (giovani e adulti), che, essendo informata dei risultati nelle varie Regioni, può lavorare perché i 'buoni' risultati attivati in una Regione possano essere esportati nelle altre.

"... a livello nazionale serve una forza unita perché i buoni risultati in una Regione siano esportati nelle altre..."

Il diabete è una patologia cronica a larghissima diffusione e esercita un peso economico e sociale rilevante nel panorama sanitario. In un articolo apparso sul Corriere della Sera si legge che "l'uomo del terzo millennio deve tremare per due cause opposte: fame e diabete". Ritiene che oggi ci sia una sufficiente consapevolezza dell'importanza di questa patologia o c'è ancora molto da fare per sensibilizzare l'opinione pubblica e stimolare interventi ad hoc di politica sanitaria?

Sicuramente c'è ancora molto da fare, ma già oggi si stanno facendo grandi passi, dopo anni difficili, in cui non veniva dato peso alla prevenzione ed all'informazione sia delle persone con diabete (prevenzione delle complicanze) sia alla popolazione per prevenire il diabete tipo 2. Oggi grazie anche al Progetto DAWN Italia, partito con la collaborazione dell'ex Ministero della Salute, con l'IDF e con Diabete Italia, a cui partecipano anche le associazioni di tutte le persone con diabete, si sta iniziando a 'misurare' il diabete per poterlo contenere, con l'obiettivo di concordare strategie in grado di migliorare la qualità di vita di questo paziente.

L'assistenza che il paziente diabetico riceve oggi è, a suo avviso, omogenea sul territorio o esistono differenziazioni a livello regionale? Se sì, quali sono secondo lei le Regioni più 'virtuose'?

Oggi purtroppo l'assistenza che il paziente riceve è molto variegata, non solo diversa da Regione a Regione, ma addirittura nella stessa Regione ci sono differenze tra ASL e ASL. Per vincere queste 'settorialità' sono indispensabili le collaborazioni tra le Associazioni locali e soprattutto la comunicazione deve essere attivata in modo uniforme e concor-

dato a 360 gradi tra associazioni locali, federazioni o coordinamenti regionali e associazioni nazionali. Ad oggi, le Regioni più 'virtuose' sono senza dubbio la Toscana, la Lombardia e il Veneto, ma molte stanno crescendo e migliorando in modo graduale, ma costante.

Esistono ad oggi sufficienti programmi di 'alfabetizzazione' del paziente diabetico?

Oggi è accessibile molta informazione/comunicazione soprattutto attraverso internet, ma è difficile per i non addetti individuare quella corretta; spesso i siti forniscono informazioni incomplete o addirittura scorrette. È fondamentale, invece, per la persona con diabete poter accedere alle informazioni nei servizi di diabetologia e nelle associazioni dei pazienti. Finalmente nei LEA emanati dall'ex Ministro della Salute Livia Turco è stata inserita, tra le esenzioni, quella per l'educazione al paziente. Solo la Regione Toscana si era già attivata in questo senso con la delibera n. 159 del 23 febbraio 2004, in tutte le altre Regioni invece l'educazione al paziente era un servizio a pagamento.

Rispetto a questo obiettivo, esistono progetti in corso o futuri promossi da Diabete Forum?

Rispetto a questo obiettivo Diabete Forum sta avviando un progetto molto ambizioso, il 'Progetto Educazione' (Comunicazione & Informazione), per il quale abbiamo già attivato importanti contatti a livello nazionale. Si tratterà di una campagna nazionale di informazione con una diffusione capillare su tutto il territorio. Stiamo completando l'elenco delle collaborazioni che spero presto di poter rendere note.

Si investe abbastanza nella prevenzione?

Di prevenzione si parla moltissimo, ma analizzando le situazioni a livello locale e regionale, ci si rende conto che i risultati mancano. Forse si spende poco e male, bisognerebbe migliorare molto la comunicazione, che deve essere realizzata da una voce unica e a livello capillare. Per questo contiamo molto sul 'Progetto Educazione', perché da questo progetto potrà derivare una reale prevenzione.

Esistono ostacoli all'accesso alle cure farmacologiche appropriate che è urgente risolvere?

Penso che il problema principale sia l'appropriatezza. Spesso si sente parlare di nuove terapie che dovrebbero rivoluzionare la qualità di vita del paziente con diabete, ma raramente ci sono risultati riscontrati nel tempo sul territorio italiano. Probabilmente dovremo cercare di approfondire e verificare i risultati di 'nuove' terapie in tempi più rapidi e con protocolli uniformemente condivisi. Su questo credo però sia meglio rispondano gli specialisti.
Uno dei tanti problemi è anche quello di una corretta valutazione del rapporto costo/beneficio, che non è facilmente determinabile. Chi può valutare i benefici sulla qualità di vita di un paziente? Per me, per esempio, il valore della qualità di vita di un paziente è infinito, ma ci possono essere svariate sfaccettature dalle quali affrontare il problema.

Per concludere, quali sono gli obiettivi che Diabete Forum si prefigge di raggiungere?

Uno dei nostri principali obiettivi è quello di promuovere la nascita di tante federazioni e/o coordinamenti regionali. Siamo partiti con tre federazioni (Toscana, Lombardia, Veneto), altre ne stanno nascendo in Emilia-Romagna e Sicilia; speriamo entro l'anno di ottenere i primi risultati. In questo modo si realizzerebbe la tanto auspicata unificazione sul territorio nazionale sia dell'assistenza specialistica sia della distribuzione dei presidi per il corretto autocontrollo della patologia.
Un altro traguardo importante è quello di dare maggiore visibilità al 'problema' diabete, migliorando la qualità di vita dei pazienti che – divenendo 'esperti' della propria malattia e/o condizione – otterrebbero una qualità di vita migliore.
Altro obiettivo a medio termine è la produzione a livello nazionale di un protocollo per il corretto inserimento nella scuola dei bambini con diabete, cosa che è già in movimento, infatti se ne parlerà il prossimo 4 ottobre a Roma in una Tavola Rotonda alla quale sono state invitate, oltre a chi ha già attivato qualche applicazione a livello regionale, anche le istituzioni nazionali (Sottosegretari Istruzione e Sanità), con le quali vorremo gettare le basi per un documento 'nazionale' che abbia un'applicazione uniforme su tutto il territorio italiano. ■ *ML*

Linee operative per la pianificazione regionale sulla prevenzione delle complicanze del diabete. Stato di avanzamento del progetto Igea in Campania

di **Tiziana Spinosa[1], Sergio Lodato[1], Renato Pizzuti[2], Gabriele Riccardi[3], Tonino Pedicini[1], Antonio Gambacorta[2]**

[1]Agenzia Regionale Sanitaria della Campania;
[2]Assessorato alla Sanità-Regione Campania;
[3]Università degli Studi Federico II, Napoli

La Regione Campania è da tempo attivamente impegnata nella preparazione di atti di programmazione, indirizzo, coordinamento e supporto tecnico alle ASL e AOS, tesi a promuovere il miglioramento dei servizi alla persona.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005, approvato con DPR 23 maggio 2003, ha individuato gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti, sociali e civili, in ambito sanitario, e prevede che i suddetti obiettivi si intendano conseguibili nel rispetto dell'accordo 8 agosto 2001 tra Stato, Regioni e Province Autonome, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002-2003, nonché nei limiti ed in coerenza con i livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 29 novembre 2001 e successive integrazioni.

L'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 prevede che il CIPE, su proposta del Ministero della Salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, può vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del comma 34 bis del medesimo articolo, di specifici progetti.

Con le delibere di Giunta Regionale n. 1133 del 20 agosto 2005 e n. 850 del 26 luglio 2006 è stato approvato il Piano Regionale di Prevenzione per il triennio 2005-2007.

A tale Piano Regionale di Prevenzione afferisce il progetto **Linee operative per la pianificazione regionale sulla prevenzione delle complicanze del diabete.** Tale progetto è stato prorogato al 2008 per consentire il completamento di attività che non erano state intraprese nel triennio. Tale ritardo è da attribuirsi alla novità dell'attuazione del progetto, con il quale la Campania si confronta per la prima volta, ma verso il quale si è registrata da subito una grande sensibilità ed entusiasmo sia da parte dell'Assessorato alla Sanità, dell'ARSAN, dell'Università, ma soprattutto della medicina generale e degli specialisti coinvolti.

Il progetto in Campania ha come referente scientifico il professor Gabriele Riccardi dell'Università Federico II, come referenti organizzativo-valutativi la dottoressa Tiziana Spinosa e il dottor Sergio Lodato dell'ARSAN Campania e come referente istituzionale il dottor Renato Pizzuti.

Un notevole contributo è dato dal gruppo tecnico-scientifico, costituito dalla dottoressa Mattei, dal dottor De Feo e dal dottor Calatola (diabetologi), dal dottor Pecoraro e dal dottor Giugliano (medici di medicina generale) che, avendo partecipato con la dottoressa Spinosa al Corso Nazionale di Formazione per formatori organizzato dall'ISS, saranno anche i formatori del corso regionale sulla gestione integrata.

Nel Progetto Igea Campania sono state reclutate 6 ASL pilota: ASL NA 1, NA2, NA 3, NA 4, SA 2 e CE 1, selezionate per aver già avviato programmi di disease management (DM) per i pazienti con patologia diabetica. In ogni Azienda è stato nominato un referente aziendale per il progetto, nonché un gruppo di coordinamento multispecialistico composto da un MMG, un diabetologo, un direttore di distretto, un responsabile UO Assistenza Sanitaria, un esperto di sistemi informativi, un dirigente di staff della direzione sanitaria aziendale. Tale gruppo di lavoro verrà affiancato da un rappresentante FAND e un rappresentante dell'OSDI.

Si è proceduto al reclutamento dei distretti possedenti i requisiti necessari a partecipare alla sperimentazione del modello assistenziale:

- presenza di un centro diabetologico pubblico con team specialistico utilizzante cartella clinica informatizzata;
- adesione volontaria di MMG per l'attuazione del DM, informatizzati, operanti nei distretti reclutati.

Saranno coinvolti nel programma i pazienti diabetici, di età compresa tra 20 e 75 anni, con consenso alla partecipazione al progetto. Non saranno inclusi pazienti con patologie concomitanti gravi, che possano precludere la partecipazione al progetto (per esempio, neoplasie in stadio avanzato, altre gravi patologie endocrine, autoimmunità, trattamenti con steroidi/farmaci immunosoppressori, gravi turbe psichiche, non autosufficienza). Ai distretti reclutati è stata somministrata una scheda, per poter censire il personale, le attività e le tecnologie presenti.

Attraverso un'attività di *benchmarking*, sono emersi aspetti differenti nell'ambito del DM, in particolare è stato evidenziato che le ASL NA1, NA4 e SA2 hanno sviluppato maggiormente le attività specialistiche, mentre le ASL NA2, NA3 e CE1 hanno preferenziato le attività della medicina generale (attuate anche attraverso accordi sindacali). Le criticità relative all'attuazione

Le fasi previste per lo svolgimento del progetto IGEA in Campania
Monitoraggio attuazione cronoprogramma
Rendicontazione risorse
Progettazione della rete informatizzata
Attuazione del piano di formazione
• Gestione Integrata-IGEA
• Formazione del team
• Formazione MMG
• Informazione/Formazione pazienti

del DM a livello aziendale e distrettuale sono emerse attraverso una analisi SWOT effettuata per i vari livelli: strumenti programmatori, assetti organizzativi, assetti operativi analisi della partecipazione, struttura di sostegno allo sviluppo del programma di GI. Tale analisi di partenza verrà riproposta ogni sei mesi attraverso riunioni di valutazione per monitorare l'andamento del progetto.
Per quanto attiene lo scambio delle informazioni tra i livelli verrà condiviso un libretto per il paziente, concordato con la FAND Campania, contenente anche un set di informazioni base sul percorso ed un vademecum rivolti al paziente stesso.
È in fase di organizzazione il corso di formazione degli operatori coinvolti, progettato dall'ISS, **La gestione integrata del diabete: obiettivi e organizzazione**, che si terrà in Campania a partire dal mese di ottobre.
Sempre nell'ambito delle iniziative di formazione è previsto un corso per il team diabetologico: modello di integrazione multidisciplinare per il percorso clinico ed assistenziale del paziente diabetico, mentre sono già partite esperienze aziendali di formazione per la medicina generale e sono previsti incontri di informazione/formazione diretti al paziente su problematiche quali l'alimentazione, l'attività fisica e lo sport, l'autocontrollo e le normative inerenti il diabete su cui l'utente deve essere informato.
Tali attività verranno svolte in collaborazione con la FAND.
L'applicazione del modello DM nella cura e prevenzione del manifestarsi delle complicanze del diabete consentirà la valutazione dell'efficacia del sistema proposto ed eventuali adeguamenti alle varie realtà territoriali, l'acquisizione dei dati relativi alla patologia diabetica e la realizzazione di un flusso informativo relativo alle prestazioni del percorso clinico assistenziale per la costruzione degli indicatori per la valutazione del processo e degli esiti e soprattutto dell'aderenza alle linee guida. Pertanto è in corso di progettazione la rete informatizzata che consentirà il collegamento della medicina generale, con i Centri di Diabetologia e l'ARSAN. ■

I progetti per la gestione del diabete in Lombardia

A colloquio con **Gerardo Medea**
Responsabile Area Metabolica,
Società Italiana di Medicina Generale

Dottor Medea, quale è il quadro epidemiologico generale del diabete?

Il diabete è una patologia di grande impatto epidemiologico, la cui prevalenza è molto cresciuta negli ultimi anni. Secondo i dati dell'Istituto di ricerca Health Search – che gestisce un database che convoglia le informazioni provenienti da un campione di oltre ottocento medici di medicina generale italiani – la prevalenza del diabete in Italia è quasi del 7%, sia pur con alcune differenze geografiche (più alta al sud e isole, meno alta nelle Regioni del Nord-Ovest e del Nord-Est).
Con riferimento specifico alla ASL di Brescia – che ha una popolazione di oltre 1.000.0000 di persone – la prevalenza è intorno al 6% (quindi circa 60.000 diabetici).

È noto che nella ASL di Brescia è in atto una 'gestione illuminata' della patologia diabetica. Di cosa si tratta?

La ASL di Brescia negli ultimi anni ha stimolato e promosso l'implementazione di modelli di gestione del paziente diabetico assolutamente innovativi e d'avanguardia in Italia. Già nel 1996 è stato realizzato uno dei primi e unici progetti di disease management del diabete mellito su un modello gestionale molto utilizzato negli Stati Uniti (soprattutto dalle assicurazioni per determinare i costi/rimborsi delle prestazioni sanitarie). Obiettivo del nostro progetto era di promuovere – attraverso la collaborazione e l'integrazione dei dati clinici e farmacoeconomici dei medici di medicina generale, del Centro Diabetologico (CD) e amministrativi ASL – una gestione integrata della patologia e di determinare i costi dei diversi percorsi gestionali.
L'applicazione del modello ha portato a rilevare, accanto a molti aspetti positivi, anche importanti criticità e alcune inappropriatezze gestionali (per esempio, l'inutile duplicazione di esami per il follow-up) e una ancora incompiuta gestione integrata dei pazienti, senza quindi una reale interazione tra MMG e CD. Per quanto riguarda i costi, abbiamo rilevato che il maggior peso spettava ai ricoveri ospedalieri e ai pazienti più complicati.

Questi risultati hanno suggerito nuove strade da percorrere?

Ci hanno fatto capire che il diabete mellito, come tutte le patologie croniche, deve essere gestito secondo un modello che preve-

de la puntuale registrazione, raccolta ed analisi dei dati dei pazienti. Solo in questo modo è possibile avere il polso della situazione, capire come stiamo lavorando e dove viceversa è necessario mettere in atto dei correttivi di percorso. Abbiamo così deciso di iniziare nel 2000 (come sezione SIMG Brescia) un progetto sperimentale di governo clinico della patologia diabetica con un gruppo pilota di MMG.

Il progetto di governo clinico ha dunque un obiettivo trasversale alle diverse patologie croniche?

Sì. Creare una base certa e attendibile di dati, punto di partenza fondamentale per qualsiasi intervento. Prima di decidere un'azione, bisogna capire come sta il paziente, cosa sta facendo o cosa non sta facendo.
Bisogna ricordare che una parte di queste informazioni (prescrizione dei farmaci e loro costi, ricoveri, visite specialistiche) è già presente nella banca dati della ASL (e a noi inviati con report trimestrali personalizzati), ma mancano tutti i dati clinici (complicanze, valori degli accertamenti, risultati clinici).
Ogni dato/informazione è importante, ma è ancora più importante che ci sia un utilizzo integrato degli stessi per realizzare un quadro non solo quantitativo, ma anche qualitativo della patologia e del singolo paziente.

Da un punto di vista operativo, come è stato possibile realizzare questa raccolta/integrazione di dati?

Abbiamo messo a punto un sistema di rilevazione sistematica, periodica e automatica dei dati (tre caratteristiche che rendono molto originale il nostro progetto). Il processo interessa in questo momento oltre al diabete anche l'ipertensione e il rischio cardiovascolare.
Presupposto fondamentale per la raccolta di dati è la disponibilità di una cartella clinica elettronica. Nella nostra ASL la percentuale di MMG informatizzati è molta alta (quasi l'80%). Se il MMG ha avuto l'accortezza di registrare i dati clinici di ogni paziente in modo accurato, è possibile, con un sistema semplice e automatico, estrarre un report mediante il quale il centro di coordinamento può effettuare le analisi statistiche.

Quali sono le informazioni presenti nella reportistica periodica?

Il report contiene una lunga serie di indicatori di processo, di esito e di terapia elaborati tenendo conto delle necessità gestionali dei pazienti contenute nei percorsi diagnostico-terapeutici promossi dalla ASL e concordati tra MMG e medici specialisti, con l'obiettivo di ottimizzare l'appropriatezza degli interventi e tenuto conto delle evidenze e delle linee guida nazionali e internazionali.

Qual è l'obiettivo che si intende perseguire grazie a questa reportistica?

L'esistenza di report periodici consente a ciascun medico di realizzare un *benchmarking*. In primo luogo, il medico può confrontare se stesso e nel tempo i propri risultati di processo ed esito in modo da calibrare al meglio il proprio comportamento futuro; in secondo luogo, può confrontare i propri risultati con quelli di altri medici coinvolti nel progetto – circa 320 ovvero poco meno della metà di tutti i medici della ASL – in modo da innescare un processo continuo di miglioramento.
I risultati fin qui ottenuti ci confermano che tutti i medici stanno progressivamente migliorando le loro performance quanto meno sugli indicatori di processo ed esito che noi stiamo monitorando. Crediamo che ciò si possa tradurre anche in veri risultati di salute per i pazienti diabetici.

Come si aderisce al progetto e perché?

L'adesione è assolutamente volontaria. Esistono incentivi ad hoc (derivanti da specifici accordi regionali e/o di ASL) per chi accetta di spedire i report e in parte in base al raggiungimento di prestabiliti standard di cura.
Ad ogni modo credo che l'elemento vincente del progetto sia l'opportunità per ogni medico di confrontarsi, mettersi in discussione e migliorare continuamente. In base alle adesioni al nostro progetto (in costante crescita) possiamo dire che i MMG nella nostra ASL sono molto motivati a partecipare e desiderosi di migliorare. ■ *ML*

“... il diabete deve essere gestito secondo un modello che prevede la puntuale registrazione dei dati del paziente...”

Prevenire il diabete: il progetto Praeter in Umbria

A colloquio con **Giovanni Cicioni**
Responsabile UO Diabetologia, AUSL4, Terni

Dottor Cicioni, sempre più spesso si parla e si legge di 'emergenza' diabete o epidemia diabete. Ci troviamo davvero in un momento storico così 'pericoloso'?

Il diabete di tipo 2 sta assumendo tali valori di prevalenza nelle società occidentali, e in previsione di crescita ancora maggiore nei Paesi ex emergenti, da definirsi a buon diritto una 'epidemia'. Ciò di cui è importante tenere conto è che, nonostante gli strumenti sempre più affinati di diagnosi, il diabete tipo 2 è presente in altrettanti casi misconosciuti quanti sono quelli diagnosticati. Inoltre, il diabete è gravato di tali complicanze croniche da giustificare tutti gli sforzi possibili per la buona gestione della patologia e per la sua diagnosi precoce.

Il limitato investimento nella prevenzione della patologia, e ancor prima nella sua individuazione precoce, sono specularmente possibili leve di intervento per migliorare lo statu quo?

Senza dubbio. Alcuni grandi studi, come per esempio il DPP*, hanno recentemente dato ampia evidenza della possibilità di fare prevenzione primaria del diabete tipo 2 in popolazioni ad alto rischio, con interventi farmacologici e, soprattutto, con interventi decisi di tipo educazionale volti alla acquisizione di un più adeguato stile di vita. Gli interventi messi in atto in questi studi, pur onerosi, sono stati in grado di dimezzare l'insorgenza del diabete nella popolazione trattata, proponendosi come strumento anche economicamente conveniente sul medio-lungo periodo, in considerazione degli elevati costi del diabete e della sua lunga durata.

Come nasce il progetto 'Prevenzione Attiva Educazionale Terni' (Praeter), di cui lei è non solo ideatore e promotore, ma anche, in base a una delibera della ASL4 di Terni dello scorso ottobre, "coordinatore di tutte le iniziative necessarie alla sua implementazione/realizzazione"?

L'idea è di qualche anno fa e, formulata per la prima volta durante un master AMD svoltosi nel febbraio 2006, è diventata un progetto organico nei mesi successivi, è stata recepita e deliberata nell'aprile 2007 e è stata presentata in forma ufficiale in settembre.
Il progetto parte almeno da tre punti consolidati:

- il diabete tipo 2 è in crescita costante ('epidemia diabete');
- dipende in gran parte dai nostri non corretti stili di vita (eccesso di alimentazione e sedentarietà);
- sul diabete si può prevenire: basta conoscere il proprio livello di rischio e intervenire precocemente.

A partire da queste premesse, la sfida che ci proponiamo di af-

"... la sfida è di trasferire i risultati dei grandi trial alla popolazione generale..."

frontare è di trasferire dall'ambito della ricerca speculativa dei grandi trial alla popolazione generale le metodiche validate in questi studi, con l'intento dichiarato di fare prevenzione primaria del diabete tipo 2.
In parole più semplici, Praeter è un progetto di prevenzione primaria del diabete tipo 2 in una popolazione ad alto rischio individuata attraverso il questionario di Helsinki (Finnish Risk Score)** e con attualità del rischio confermata da esami di laboratorio.
La prevenzione si basa sull'attuazione di un programma educazionale intensivo in ambito nutrizionale e di corretta attività fisica (cambiamento dello stile di vita).

Chi sono gli attori coinvolti nella realizzazione del progetto?

Naturalmente primi attori di un tale progetto saranno i cittadini di Terni e i loro medici curanti: per quanto una campagna ad hoc possa sensibilizzare la popolazione, nulla sarebbe attuabile senza l'intervento dei medici di famiglia, naturali 'terminali' dei cittadini ed interfaccia tra i loro bisogni espressi e le strutture pubbliche dedicate a dare risposte a questi bisogni.
La sanità pubblica, rappresentata dalla ASL territoriale, con le sue strutture: la Diabetologia, la Formazione, la Comunicazione.
L'Università di Perugia, cui sarà affidata la realizzazione di programmi educazionali. Le istituzioni cittadine, *in primis* Comune e Amministrazione provinciale, e regionali, con le loro possibilità di impatto sui cittadini attraverso campagne di informazione negli ambienti di lavoro, di socializzazione, di sport e con la possibilità di realizzare opportunità concrete di esercizio fisico facilitato e incentivato.
Per ultimo, ma non da ultimo, il volontariato, rappresentato dall'Associazione Diabetici della Provincia di Terni, da anni sulla breccia per affiancare attivamente le strutture dedicate alla cura del diabete ed oggi disponibile con tutte le sue forze, morali e materiali, a questa ulteriore sfida: evitare il diabete.

Ci descrive sinteticamente come si articola il progetto?

Praeter consta essenzialmente di tre fasi: le prime due, l'informazione alla popolazione della città di Terni e la formazione degli operatori coinvolti, si svolgono in parallelo. La fase di intervento prevede la realizzazione di una indagine sul rischio attuale per diabete, lo screening clinico sulla attualizzazione del rischio e il successivo intervento terapeutico, mirato al trattamento precoce di nuovi casi di diabete 'silenti' o alla prevenzione attiva del diabete nei casi di cosiddetto 'prediabete'.
La fase di informazione si avvale di una campagna di affissioni, già effettuata, di passaggi sulla stampa e sulle emittenti televisive locali, già avvenuti e in ulteriore programmazione.
Contemporaneamente si sta svolgendo la fase di formazione specifica dei MMG di Terni: un premeeting si è tenuto il 23 dicembre 2007, il corso master formatori il 7 maggio 2008, mentre il 17 e 24 maggio il corso di formazione esteso a tutti i MMG ha concluso la fase formativa.

In questi giorni è partita anche la terza fase di intervento. Quali sono le attività pianificate per questa fase?

Dal mese di giugno tutti i cittadini di Terni nella fascia di età tra 45 e 70 anni riceveranno individualmente per posta il questionario FRS, indagante il rischio teorico per diabete, e saranno invitati a compilare il questionario e rivolgersi al proprio medico curante. I questionari saranno anche disponibili presso i diversi centri di aggregazione (i centri della grande distribuzione commerciale, le parrocchie, i centri del volontariato sociale, etc.) per tutti gli adulti di età inferiore ai 45 anni, i quali, ritenendosi a rischio, decidessero di sottoporsi allo screening. I MMG definiranno individualmente l'appartenenza ad una classe di rischio e avvieranno un percorso diagnostico e di counseling appropriato al singolo caso.
Nei soggetti a rischio elevato si eseguirà, a titolo totalmente gratuito e nel punto prelievi preferito, una glicemia a digiuno, a cui potrà seguire in alcuni casi un re-test o una curva da carico di glucosio (OGTT).
Tutti i casi di diabete tipo 2 di nuova diagnosi che verranno individuati saranno inseriti nel percorso integrato di gestione del T2DM, già attuato nella nostra Azienda.
Tutti i soggetti individuati come 'pre-diabetici' (IFG o IFG + IGT) saranno chiamati a partecipare a corsi collettivi di educazione terapeutica strutturata, volta alla modifica degli stili di vita diabetogeni, con l'intento dichiarato di ridurre l'incidenza di nuovi casi di diabete in una popolazione a rischio. I corsi saranno tenuti da medici, infermieri, dietisti, tecnici del fitness metabolico e prevedono l'esecuzione di attività fisica facilitata e verificata, anche con programmi individualizzati.

Come sarà possibile evitare la duplicazione degli interventi e soprattutto effettuare il recall del relativo percorso terapeutico nel tempo?

I dati relativi ad ogni procedura, a partire dal contatto tra il cittadino e il MMG alla riconsegna del questionario, entreranno a far parte di un database aziendale in tempo reale, sfruttando la tecnologia già utilizzata per le campagne vaccinali: l'amministratore del progetto avrà a disposizione quindi l'universo dei dati e ogni MMG potrà sempre disporre di quelli dei suoi assistiti. Questo sistema consentirà di evitare con certezza la duplicazione di interventi o il mancato intervento; sarà possibile effettuare il recall del relativo percorso diagnostico terapeutico; sarà possibile, infine, disporre di una messe di dati epidemiologici di prevalenza e di incidenza del diabete tipo 2, quale fino ad ora non era dato pensare, per indagini e interventi prospettici.

Quali i risultati attesi dal progetto Praeter?

Direi che i risultati attesi sono molti. In primo luogo, sensibilizzare tutta la popolazione della città di Terni circa il problema rappresentato dalla 'epidemia Diabete'. Quindi individuare tutti quei casi di diabete misconosciuto perché in fase preclinica, che sappiamo esistere, ma che non potremmo altrimenti scoprire: la diagnosi precoce è la migliore premessa per una più efficace terapia e una minore incidenza di complicanze croniche. Infine, individuare i casi di 'pre-diabete' per avviarli ad un percorso di terapia educazionale strutturata, allo scopo di ridurre l'incidenza di nuovi casi di diabete mellito tipo 2.
Già alla fine dell'anno in corso sarà possibile trarre alcune conclusioni circa la prevalenza del diabete misconosciuto: a partire dalla fine del 2009 si potrà iniziare a valutare l'impatto della terapia educazionale sulla progressione da pre-diabete a diabete clinico.

Questi risultati 'clinici' rappresentano anche possibili risultati 'economici'?

Se consideriamo che i costi economici del diabete, a parte quelli sociali e individuali, sono elevati, un intervento di prevenzione efficace risulterà vantaggioso anche sotto il profilo strettamente economico: calcolando un costo annuo di circa 2000 euro per ogni caso di diabete non complicato, l'attuale costo del progetto sarebbe coperto da 2 soli casi evitati per ogni anno!
Il reimpiego, anche parziale, di tali risorse recuperate, nel potenziamento dell'attività assistenziale ai diabetici in follow-up, rappresenta un ulteriore incentivo.

Un progetto sicuramente molto interessante da diversi punti di vista. Non sarebbe opportuno, a Suo avviso, ampliarne il dominio di applicazione?

Credo di sì e chiaramente me lo auguro. Esiste in tal senso già una volontà politica: nella delibera di recepimento del progetto si legge che "il progetto viene avviato in forma sperimentale per la popolazione del Comune di Terni, con riserva di estenderlo agli altri territori".
Per ora noi andiamo avanti con assoluta determinazione e grande ottimismo: "...Fare! Non fare. Non c'è provare" per citare il Maestro Yoda in *Star Wars* di G Lucas. ■ *ML*

**Diabetes Prevention Program: studio di prevenzione primaria del diabete tipo 2, condotto su diverse migliaia di soggetti a rischio, negli Stati Uniti. Ha dimostrato che l'intervento educazionale è in grado di ridurre la comparsa di diabete in questi soggetti di più del 50%.*
***FRS (Finnish Risk Score) è il punteggio che si ricava da un questionario che indaga il rischio futuro per diabete. È stato ideato ed utilizzato nello studio Finnish Prevention Study, che ha dimostrato risultati analoghi al DPP.*

Incidenza del diabete: gli interventi avviati a Padova

A colloquio con **Domenico Fedele**
Ordinario di Malattie del Metabolismo, Università di Padova
Direttore Servizio di Diabetologia e Dietetica USSL 16
Complesso Socio-Sanitario 'Ai Colli', Padova

Professore, ci può fornire un quadro epidemiologico del diabete nel territorio di Padova?

Una premessa necessaria da fare è che i dati di farmaco-epidemiologia sono spesso incompleti per difetto. Essi, infatti, nella maggior parte dei casi sono il risultato dell'analisi e di banche-dati preesistenti (servizi di diabetologia, associazioni dei pazienti) e di dati relativi alle prescrizioni di farmaci e presidi e infine di iscrizioni per esenzione dal ticket per diabete. Nel caso specifico del diabete, però, non pochi pazienti rinunciano all'esenzione pur di non far conoscere il proprio stato di malattia.
Tenuto conto di ciò, e considerato che in base alla metodologia descritta nel 2004 a Padova il diabete interessava il 4,3% della popolazione (con un incremento di circa il 20% rispetto al 1994), si può affermare che, nel nostro territorio, il diabete noto si aggiri intorno al 5-6%.
Posto che l'USSL 16 di Padova ha un bacino di utenza di oltre 400.000 abitanti, i diabetici noti si possono stimare attorno alle 22.000/24.000 unità. È importante, tuttavia, ricordare che per ogni diabetico noto c'è quasi un altro soggetto che è diabetico, ma non lo sa. Alla luce di ciò, si può affermare che la realtà epidemiologica padovana non è molto distante da quella degli Stati Uniti, dove l'incidenza di questa patologia è intorno al 7%.
Anche una recente indagine eseguita dai MMG, e che ha coinvolto un'utenza di oltre 500.000 pazienti, rileva una prevalenza del 5,5% di diabetici noti.
Si tratta di una realtà clamorosa e in crescita continua: secondo le stime dell'IFD (International Federation of Diabetes), i diabetici nel mondo supereranno nel 2025 i 330 milioni. Si parla per questo motivo di epidemia.

Come si spiega questo significativo e preoccupante incremento nell'incidenza della patologia?

Il grosso incremento del diabete in questi anni è imputabile al diabete di tipo 2, nel passato chiamato anche diabete grasso della maturità perché legato al sovrappeso-obesità e perché frequente in età matura-avanzata. L'aumento della sua incidenza è collegato all'incremento dell'incidenza dell'obesità, in particolare dell'obesità viscerale o addominale. Infatti, l'accumulo di adipe intra-addominale provoca un'aumentata produzione di acidi grassi liberi, che a loro volta costituiscono la causa prin-

cipale dell'alterazione basale del diabete tipo 2: la resistenza in periferia, in particolare a livello muscolare, all'azione dell'ormone insulina. In questi soggetti, almeno nei primi anni, il pancreas funziona correttamente, producendo insulina, che però non riesce ad agire localmente a causa della resistenza periferica causata appunto dall'obesità.

Quali sono le ripercussioni nella pratica assistenziale e clinica di questo incremento di incidenza della patologia?

L'incidenza in crescita ha una ripercussione pratica evidentissima. Il diabete non potrà più essere appannaggio esclusivo dei servizi specialistici. È impossibile pensare di far fronte all'incremento sistematico e consistente di pazienti diabetici con un adeguamento nel numero di servizi o di specialisti. Bisogna, piuttosto, tornare a una gestione condivisa della patologia. Il medico di medicina generale deve giocare il suo ruolo, deve essere il primo responsabile del paziente, deve rendersi garante della salute del paziente. Lo specialista, a sua volta, deve rispondere alle richieste di consulenza del MMG. Purtroppo ancora oggi c'è una cattiva consuetudine da parte di entrambe le categorie: i MMG, che spesso affidano allo specialista la completa gestione del diabete, e gli specialisti, che tendono frequentemente a sostituirsi al MMG.
Un equivoco che va risolto. Bisogna cominciare a far fare a ciascuno il proprio lavoro.

Da più parti ormai, non a caso, si parla di gestione integrata del diabete. In alcune zone, per esempio Brescia, il progetto è già in fase di avanzata attuazione.

E nel territorio di Padova cosa si sta facendo?

Io dirigo uno tra i più grossi centri italiani di diabetologia e tra i meglio attrezzati. Non è un caso se il *Corriere della Sera* ci abbia classificato, appena due anni or sono, tra i migliori servizi di diabetologia nazionali ed europei.
Il nostro è un servizio volto soprattutto al territorio e proprio in questo sta il nostro punto di forza e di differenziazione rispetto ad altri servizi prevalentemente operanti in ambito ospedaliero. L'ospedale è luogo d'elezione per la patologia acuta; il diabete è invece una patologia cronica e come tutte le patologie croniche deve trovare in ambito territoriale la propria risposta assistenziale.
Più di venti anni fa sono uscito dall'ambiente clinico-ospedaliero e ho creato una struttura di diabetologia e di dietetica diffusa su tutto l'ambito territoriale, con una sede centrale e altre otto strutture periferiche presenti in altrettanti distretti dell'USSL 16. Nelle sedi periferiche la mia équipe, formata da medico e infermiere, fornisce assistenza e consulenza al MMG. Se il paziente ha bisogno di approfondimenti viene avviato alla struttura centralizzata.
Questo servizio territoriale ha consentito di raccogliere un vasto

"... il nostro è un servizio volto soprattutto al territorio e in questo sta il nostro punto di forza..."

numero di diabetici (circa 24.000) negli anni. Tuttavia oggi la crescita esponenziale nell'incidenza della patologia sta mettendo in crisi l'assistenza diabetologica. Solo a titolo esemplificativo, si consideri che ogni anno vediamo tra i 1500 e 2000 nuovi pazienti grazie anche a un'équipe ben dimensionata, composta da 7 medici, 15 infermieri, 5 dietiste, 2 dietologhe.
A partire da questo statu quo, e tenuto conto che la Regione sta cercando di incentivare il day service — una nuova modalità di assistenza simile al day hospital — abbiamo pensato ad un nuovo progetto di gestione della patologia.

Ci descrive i principi ispiratori, gli obiettivi e le modalità operative di implementazione del progetto?

Un presupposto fondamentale è la consapevolezza che oggi il problema cruciale del diabete è diagnosticare precocemente le complicanze croniche onde poter intervenire in modo appropriato e evitare i danni d'organo responsabili della ridotta sopravvivenza e funzionalità del diabetico. La seconda considerazione importante è che la gestione di tali complicanze deve essere compito prevalente del diabetologo e non può essere delegata agli altri specialisti.
Per fare ciò il servizio deve disporre di tutte le metodologie necessarie a un approfondimento diagnostico delle complicanze sia micro (retinopatia, nefropatia e neuropatia) sia macrovascolari (cardiovasculopatie) dei pazienti afferenti alla struttura. Ciò non può essere fatto dal tradizionale 'Centro antidiabetico', ossia dall'ambulatorio ove, per ristrettezza di spazi, tempi e personale, si è costretti spesso a limitare le proprie prestazioni a interventi poco incisivi, quali modeste modifiche della terapia. Per espletare a pieno le proprie competenze specialistiche c'è bisogno di un servizio di alto livello, in grado di garantire una vera assistenza capace di dare risposte esaustive ai bisogni assistenziali dei diabetici e dei loro MMG. Il paziente studiato in modo completo in day service è poi riaffidato al proprio MMG con una relazione approfondita sullo stato di salute e con suggerimenti sul follow-up e sulle strategie terapeutiche da eseguire a domicilio.
Il progetto che abbiamo messo in campo, e che attueremo a breve (1 settembre), prevede che 2 mattine a settimana siano dedicate totalmente al day service. Questo creerà senz'altro alcuni problemi, perché significherà non effettuare in quei giorni l'attività ambulatoriale giornaliera, durante la quale si visitano in media dalle quaranta alle cinquanta persone. Effettuando il day service si riusciranno a valutare non più di nove diabetici, per cui molti pazienti rischiano di non trovare accoglienza.

> **"... oggi il problema cruciale del diabete è diagnosticare precocemente le complicanze croniche..."**

Esistono strade per ovviare a questa potenziale crescita delle liste d'attesa?

Direi di sì. La condizione è che il day service sia accompagnato da una politica di gestione condivisa e integrata dei diabetici con i MMG. A tal fine abbiamo iniziato a interloquire con i medici di base per capire come sia possibile concordare protocolli di gestione condivisa del paziente diabetico. In questo modo il numero di assistiti che giornalmente ricorrono alla nostra consulenza si ridurrebbero drasticamente; arriverebbero da noi solo i pazienti inviati dal MMG e che effettivamente necessitano di una consulenza specialistica. Ciò, tra l'altro, consentirebbe al MMG di esercitare la propria professionalità e la funzione di primo responsabile della salute dei propri assistiti, al diabetologo di fare effettivamente lo specialista, e infine al paziente di ricevere un'assistenza completa, efficiente ed efficace.

Questo progetto, quindi, consentirebbe al MMG di riappropriarsi delle proprie competenze?

Assolutamente sì e non solo. Il MMG tornerebbe a essere gestore della salute del paziente e lo specialista potrebbe tornare a fare lo specialista. Per oltre quaranta anni, il diabetologo è stato uno specialista atipico, essendosi frequentemente limitato a gestire esclusivamente la glicemia (da cui la non esaltante definizione di 'glicemologo'), delegando con ciò ad altri specialisti (cardiologo, neurologo, etc.) il proprio ruolo. Ma la glicemia può essere tranquillamente gestita dal paziente nel proprio domicilio, specie se ha ricevuto dallo specialista un'educazione ed un addestramento specifici.
Per realizzare questo obiettivo, come abbiamo detto prima, stiamo attivando contatti con i MMG per la predisposizione di protocolli realistici, compatibili con i vincoli economici esistenti, ma sempre nel rispetto delle reali esigenze del paziente.
Il nostro principale e fondamentale obiettivo è l'integrazione. Integrazione significa concordare insieme il protocollo, capire quali verifiche poter fare per valutare l'impatto del protocollo e, sulla base di queste verifiche, concordare con l'amministrazione i percorsi che meglio consentono al MMG l'applicazione dei protocolli concordati.

Un progetto senza dubbio molto interessante. Quanto crede in questo progetto, professore?

Molto. Il progetto è molto stimolante e se, come credo, si realizzerà con successo, consentirà a me e a miei collaboratori, medici ed infermieri, di fare quello che si è appreso in tutti questi anni di attività, al paziente di guadagnarci in salute e al MMG di riappropriarsi del suo ruolo di gestore della salute del paziente. ■ *ML*

LA SPERIMENTAZIONE CLINICA IN ITALIA

A colloquio con **Carlo Tomino**
Direttore dell'Osservatorio Nazionale sulle Sperimentazioni Cliniche

Quali sono gli obiettivi che l'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione clinica, da lei diretto, persegue?

L'Osservatorio è nato nel maggio del 2000 con l'obiettivo fondamentale di garantire la sorveglianza epidemiologica sulle sperimentazioni cliniche interventistiche condotte sul territorio nazionale, monitorandone al contempo l'andamento qualitativo e quantitativo nel tempo. Un'analisi, quest'ultima, necessaria per valutare l'impatto delle sperimentazioni sul consumo delle risorse sanitarie, per individuare il peso delle rispettive aree terapeutiche e finalizzata anche al tentativo di sostenere e promuovere specifici progetti di ricerca. L'Osservatorio quindi si presenta con l'ambizioso obiettivo di non essere solo una grande banca dati, ma un vero e proprio progetto culturale italiano, nonché uno strumento di orientamento e di governo per un'attività che è fondamentale sia per il processo di produzione delle conoscenze sia per la qualità dell'assistenza di cui la ricerca costituisce parte essenziale.

Chi sono gli attori a vario titolo coinvolti nell'attività dell'Osservatorio e i servizi che esso offre?

Gli attori a vario titolo coinvolti nell'attività dell'Osservatorio sono i promotori (o sponsor) (responsabili delle informazioni riguardanti la Clinical Trial Application, ossia l'elenco dei centri partecipanti ad una sperimentazione clinica, l'avvio e la conclusione della stessa nei singoli centri, la conclusione *in toto* e i risultati), le CRO (che possono operare per conto dei promotori), i Comitati Etici (responsabili dei dati relativi alla propria valutazione etico-scientifica della sperimentazione clinica e delle informazioni riguardanti il Comitato Etico stesso), le ASL (responsabili della lista dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta coinvolti nella sperimentazione clinica territoriale), gli Assessorati regionali alla Sanità (responsabili della validazione dei Comitati etici della propria Regione), l'Istituto Superiore di Sanità (responsabile dei dati riguardanti l'autorizzazione delle sperimentazioni cliniche di fase I), l'AIFA (responsabile dei dati riguardanti l'autorizzazione delle sperimentazioni cliniche con medicinali di terapia genica, cellulare somatica, contenenti OGM, nonché dell'elaborazione dei Rapporti e Bollettini periodici sulla sperimentazione clinica nazionale). I servizi che l'Osservatorio offre agli utenti comprendono la consultazione della banca dei Comitati Etici (spazio a disposizione degli stessi per pubblicare liberamente notizie di servizio), la stampa delle informazioni inserite nell'Osservatorio, il libero accesso alle informazioni delle sperimentazioni cliniche a cui ciascuna parte interessata ha partecipato, l'area delle FAQ per i quesiti più frequenti, la rete di comunicazione fra i vari attori coinvolti, il forum di discussione e la gestione telematica del flusso autorizzativo di una sperimentazione clinica.

Quale supporto dà l'Osservatorio ai Comitati Etici locali?

L'Osservatorio supporta l'attività dei Comitati Etici, e in particolar modo il lavoro della Segreteria tecnico-scientifica, attraverso il Registro dei Comitati Etici, l'armonizzazione dei modelli di richiesta di parere al Comitato Etico e di comunicazione del medesimo da parte del Comitato Etico, la rete di comunicazione e la condivisione delle opinioni fra i Comitati Etici partecipanti ad una singola sperimentazione clinica, gli strumenti di analisi e reportistica.

Quali sono, a suo avviso, i risultati più significativi ed importanti raggiunti grazie all'operatività dell'Osservatorio?

I risultati più significativi ed importanti raggiunti grazie all'operatività dell'Osservatorio si concretizzano nell'aver fornito a chi opera nella ricerca clinica riferimenti seri e certi a supporto della propria azione, nell'aver incentivato la sperimentazione clinica di fase precoce e quella non commerciale, nell'aver favorito gli investimenti nella ricerca clinica in Italia, nell'aver modernizzato il sistema italiano di produzione della ricerca uniformandolo agli standard europei. Vengono inoltre elaborati dei rapporti periodici (in italiano e in inglese) i quali ogni anno mirano a fare il punto della situazione sulla ricerca clinica in Italia. Questi rapporti sono costantemente disponibili sul sito internet dell'Osservatorio (http://oss-sper-clin.agenziafarmaco.it)

Esistono Osservatori simili in altri Paesi europei o l'esperienza italiana si configura come una proposta innovativa?

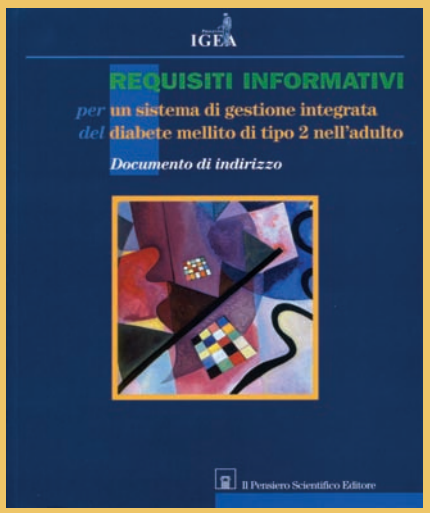
L'Osservatorio – al momento della nascita – si è configurato come una proposta istituzionale innovativa anticipando quelle che sarebbero poi state le esigenze della comunità scientifico-regolatoria avvertite a livello europeo e scaturite nella Direttiva 2001/20/CE, che ha istituito la banca dati europea sulla sperimentazione clinica, l'EudraCT. Attualmente anche altri Paesi europei si sono dotati di banche dati nazionali, ma l'esperienza italiana è stata pionieristica e rappresenta sicuramente un modello in questo importante e delicato settore della ricerca. ■ *ML*

CONOSCERE IL DIABETE E ESSERE SEMPRE AGGIORNATI MIGLIORA LA QUALITÀ DELLA VITA: I GRUPPI DI INCONTRO ADAP, USL 4 DI PRATO

"La gestione della condizione diabetica non è riducibile esclusivamente al dato fisiopatologico. Esso, come è ormai generalmente riconosciuto, deve essere integrato nella dimensione più ampia dell'immagine di sé che ha il diabetico ed in quella che gli viene restituita dall'ambiente circostante. Il controllo metabolico dovrebbe quindi rappresentare un obiettivo da perseguire all'interno di un intervento globale, volto a favorire i processi evolutivi e l'integrazione equilibrata della personalità del diabetico".
Stefano Fratini, ADAP - USL 4, Prato

A partire da questi presupposti, l'ADAP (Associazione Diabetici Area Pratese) ha attivato ormai da diversi anni — grazie anche alla convenzione in essere con l'USL 4 di Prato — dei 'Gruppi di Incontro' sul diabete. Attualmente sono attivi due gruppi: uno per i giovani con diabete tipo 1 ed uno per i genitori di bambini con diabete. I gruppi hanno cadenza quindicinale e/o mensile ed hanno caratteristiche di gruppo di formazione ed educazione sanitaria permanente. Sono di tipo aperto: la presenza è volontaria e può essere anche intermittente, in relazione alla disponibilità e agli impegni personali.
L'attività dei gruppi, come accennato, è supportata dalla convenzione in essere con l'USL 4 di Prato, in base alla quale sono previste periodiche prestazioni professionali di un podologo e di uno psicologo esperto in problematiche di intervento educativo terapeutico.
Agli incontri partecipano il dottor Stefano Fratini, psicologo psicoterapeuta, esperto in terapia di gruppo, un diabetico guida dell'associazione e, quando richiesto e gli impegni personali lo consentono, medici e altro personale sanitario delle équipe di diabetologia della USL 4 di Prato e di diabetologia pediatrica del Centro di Riferimento Regionale per il diabete in età evolutiva del Meyer.
L'esperienza di questi anni ha mostrato che tali gruppi sono indicati per realtà nelle quali predominino situazioni di carenza a livello di informazione ed educazione sanitaria; situazioni in cui ancora esistano ampie lacune per quanto attiene al 'sapere' che cosa è il diabete, in tutti i suoi aspetti, ed al 'saper fare' le attività di autocontrollo ed autogestione, indispensabili per poter iniziare un 'saper essere', una convivenza consapevole e pacifica con la condizione diabetica.
In questo senso, come afferma il dottor Fratini, "Gruppi del genere, con le composizioni e le cadenze anzidette, sono consigliabili in ogni realtà territoriale, sia nei confronti dei diabetici insulino-dipendenti e dei loro familiari, sia nei confronti dei diabetici non insulino-dipendenti".

Consiglio Direttivo ADAP, Prato



REQUISITI INFORMATIVI

Per un sistema di gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto

DOCUMENTO DI INDIRIZZO

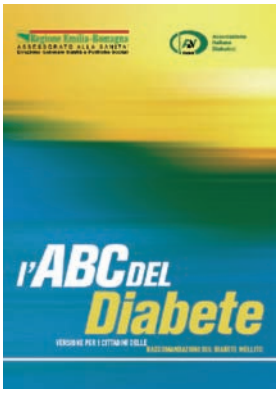
Maggini, Raschetti, Giusti, Lombardo, Pricci, Rossi Mori, D'Auria, Sementilli, Fantini

Un programma di gestione integrata per una patologia cronica come il diabete non può correttamente operare senza che sia stato contestualmente attivato un sistema informativo, all'interno del quale tutti gli attori coinvolti possano condividere le informazioni fondamentali per la realizzazione del programma secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico.

www.pensiero.it

Numero Verde 800-259620

CONOSCERE IL DIABETE: ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE PER LA SALUTE DELL'AZIENDA USL DI MODENA



La comunicazione per la salute ha un ruolo fondamentale per un'efficace prevenzione e una corretta gestione del diabete mellito. È partendo da questo presupposto che, già da diversi anni, l'Azienda USL di Modena realizza attività finalizzate a promuovere adeguate conoscenze nella popolazione su come evitare, o almeno ritardare, l'insorgenza della malattia e, nelle persone diabetiche, su come affrontarla.

In tale ambito è stato prodotto un kit di materiali informativi tra loro integrati nei contenuti e differenziati per i diversi target.

L'ABC del diabete è un opuscolo che presenta in modo semplice e facilmente comprensibile le raccomandazioni cliniche sul diabete mellito. Rivolto principalmente ai pazienti, contiene utili consigli su stili di vita e trattamenti non farmacologici. Il suo principale punto di forza è la capacità di esprimere informazioni valide dal punto di vita scientifico attraverso il linguaggio non tecnico, proprio dei cittadini. Ciò è stato reso possibile grazie all'utilizzo della consolidata metodologia del Laboratorio Cittadino Competente, che ha permesso a operatori sanitari (medici specialisti e di medicina generale), di lavorare con le associazioni di rappresentanza delle persone diabetiche per la costruzione di un'informazione condivisa. Il materiale prodotto, prima della stesura definitiva, è stato inoltre sottoposto a un'indagine per la valutazione della comprensibilità e della leggibilità attraverso il coinvolgimento di cittadini. L'*ABC del diabete* è stato particolarmente apprezzato dalla Regione Emilia-Romagna, che ha valorizzato il lavoro svolto trasformandolo in un progetto di valenza regionale.

Per contribuire ad una più capillare diffusione delle informazioni, è stata creata anche una versione sintetica dell'opuscolo. Si tratta di una scheda informativa per i pazienti che riassume le principali caratteristiche del modello di gestione integrata (tra medico specialista e medico di medicina generale) del paziente, consigli per il controllo del peso, per la corretta alimentazione e raccomandazioni per il monitoraggio clinico del diabete.

Parallelamente, una scheda sintetica è stata costruita anche per i medici di medicina generale, con l'obiettivo di fornire loro un promemoria di rapida consultazione sulle modalità di gestione e di trattamento, farmacologico e non, della patologia. Per facilitare, inoltre, la comunicazione tra operatori e pazienti stranieri, sono stati predisposti sia dei fogli informativi che, attraverso l'utilizzo di immagini, mostrano gli alimenti consigliati e quelli da evitare in caso di diabete, sia dei moduli illustrati che il medico può utilizzare per la compilazione del piano terapeutico.

Completano il kit due ulteriori materiali rivolti alla popolazione per la prevenzione del diabete e, più in generale, delle malattie croniche: la *Guida al consumo degli alimenti mediterranei*, con la colonna greca per la dieta equilibrata, e il libretto *È sempre questione di stile*. Entrambi i prodotti sono stati realizzati da un gruppo multidisciplinare di lavoro e validati dai cittadini.

Tra le iniziative di comunicazione specifiche su tali temi rientrano anche articoli divulgativi scritti dai professionisti dell'Azienda USL sulla stampa locale all'interno di un progetto con la *Gazzetta di Modena* che prevedeva la pubblicazione settimanale di un'intera pagina dedicata alla salute.

A febbraio 2008 tutte le attività sopra descritte sono diventate parte del Programma interaziendale **Comunicazione e promozione della salute** attivato dall'Azienda USL e dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena per sostenere scelte salutari nei diversi contesti di vita e di lavoro. Il diabete è infatti stato individuato quale area d'intervento del Programma e viene affrontato, oltre che con interventi specifici, anche in modo trasversale nell'ambito di iniziative per la promozione della sana alimentazione, della regolare attività fisica e per la lotta alle malattie cardiovascolari.

Al progetto 'diabete' in provincia di Modena è dedicata un'apposita area all'interno del sito del Programma: www.ppsmodena.it. I materiali informativi citati nel testo sono disponibili online e possono essere richiesti agli autori.

Giuseppe Fattori* e Maria Monica Daghio**

**Responsabile Programma interaziendale 'Comunicazione e Promozione della salute' Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena*

***Responsabile Laboratorio Cittadino Competente Sistema Comunicazione e Marketing Azienda USL di Modena*

La vita prima di tutto. L'impegno di MSD è da sempre rivolto a migliorarla, tutelarla, difenderla. Perché i valori in cui crediamo sono uniti alla vita da legami indissolubili. Gli stessi legami che ogni giorno esploriamo in profondità, per scoprire nuove relazioni ed estrarre linfa vitale. Dal 1891, il nostro lavoro ci mette continuamente in contatto con la vita.
Per questo ne abbiamo fatto la nostra missione.

MERCK SHARP & DOHME
Innovazione è ricerca.

06-09-MSD-2007-IT-1102-J

Merck Sharp & Dohme (Italia) S.p.A.
Via G. Fabbroni, 6 - 00191 Roma
www.univadis.it - info@univadis.it