



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 4

*N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.*

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

**INDAGINE CONOSCITIVA SULLA PATOLOGIA DIABETICA  
IN RAPPORTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ED  
ALLE CONNESSIONI CON LE MALATTIE NON TRASMISSIBILI**

332<sup>a</sup> seduta: martedì 15 maggio 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

**I N D I C E****Audizione di esperti**

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 8, 14 e <i>passim</i>	* FERRARO . . . . .	Pag. 4, 16
BAIO ( <i>Per il Terzo Polo:ApI-FLI</i> ) . . . . .	13	* NICOLUCCI . . . . .	8, 17
* BIANCONI ( <i>PdL</i> ) . . . . .	12	SABBADINI . . . . .	6, 18
COSENTINO ( <i>PD</i> ) . . . . .	12		

---

**N.B.** L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.*

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza del MIUR, la dottoressa Speranzina Ferraro, dirigente scolastico e il coordinatore nazionale delle scuole in ospedale, dell'istruzione domiciliare; in rappresentanza dell'ISTAT, la dottoressa Linda Laura Sabbadini, direttore del Dipartimento per le statistiche sociali ed ambientali, la dottoressa Patrizia Cacioli, direttore del Dipartimento per l'integrazione, la qualità e lo sviluppo delle reti di produzione e ricerca, la dottoressa Roberta Crialesi, dirigente della Direzione centrale statistiche socio-demografiche e ambientale – Servizio sanità salute e assistenza, la dottoressa Luisa Frova, dirigente della Direzione centrale statistiche socio-demografiche e ambientale – Unità operativa analisi della mortalità e classificazioni nosologiche e la dottoressa Alessandra Burgio, dirigente della Direzione centrale statistiche socio-demografiche e ambientale – Unità operativa analisi del sistema sanitario e quadro epidemiologico; in rappresentanza del Consorzio Mario Negri Sud, il professor Antonio Nicolucci, capo del Dipartimento di farmacologia clinica e epidemiologica.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,05.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di esperti**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla patologia diabetica in rapporto al Servizio sanitario nazionale ed alle connessioni con le malattie non trasmissibili, sospesa nella seduta dell'8 maggio scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Avverto i colleghi che la rappresentante del Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del Servizio sanitario nazionale ha comunicato di essere impossibilitata a partecipare all'odierna audizione; inoltre il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha chiesto di ricalendarizzare l'audizione al fine di effettuare un necessario approfondimento.

Oggi è prevista l'audizione della dottoressa, Speranzina Ferraro, dirigente scolastico e coordinatore nazionale della scuola in ospedale e dell'istruzione domiciliare; in rappresentanza dell'ISTAT, la dottoressa Linda

Laura Sabbadini, direttore del Dipartimento per le statistiche sociali ed ambientali, la dottoressa Patrizia Cacioli, direttore del Dipartimento per l'integrazione, la qualità e lo sviluppo delle reti di produzione e ricerca, la dottoressa Roberta Crialesi, dirigente della Direzione centrale statistiche socio-demografiche e ambientale – Servizio sanità salute e assistenza, la dottoressa Luisa Frova, dirigente della Direzione centrale statistiche socio-demografiche e ambientale – Unità operativa analisi della mortalità e classificazioni nosologiche e la dottoressa Alessandra Burgio, dirigente della Direzione centrale statistiche socio-demografiche e ambientale – Unità operativa analisi del sistema sanitario e quadro epidemiologico; in rappresentanza del Consorzio Mario Negri Sud, il professor Antonio Nicollucci, capo del Dipartimento di farmacologia clinica e epidemiologica, che saluto e ringrazio per aver accolto il nostro invito.

Cedo quindi la parola alla dottoressa Speranzina Ferraro.

*FERRARO.* Signor Presidente, testimoniare l'intervento che il Ministero dell'istruzione porta avanti rispetto ad una fascia di studenti caratterizzata da varie forme di difficoltà e disagio è particolarmente importante perché sottolinea non solo un impegno oneroso, ma anche significativo per lo sviluppo e la formazione dei minori che abbiamo in carico.

Credo sia opportuno sottolineare in premessa che il benessere psichico e fisico rappresenta l'obiettivo finale perseguito negli interventi dei vari rami del Ministero dell'istruzione, tant'è che al centro della nostra attività vi è il riconoscimento dei due diritti fondamentali di una persona che cresce, ovvero il diritto alla salute e all'istruzione.

In questa cornice si pongono le specifiche azioni da noi portate avanti per affrontare varie forme di difficoltà dei ragazzi e che si collocano in un quadro di prevenzione della dispersione scolastica.

L'attenzione verso i ragazzi malati, all'inizio degli anni '50, nasceva dal riconoscimento di un alto tasso di dispersione scolastica e di ripetenza proprio nei ragazzi affetti da talune patologie. Siamo partiti da questa constatazione per attivare, prima a livello volontario e poi a livello regolamentato, interventi organici di scolarizzazione per tutti i minori ospedalizzati presso le principali strutture pediatriche nazionali. Nella memoria da me inviata faccio presente che sono molti i ragazzi seguiti a livello scolastico e accompagnati addirittura agli esami di primo e secondo grado all'interno degli ospedali. Nell'ultimo anno gli studenti ospedalizzati sono quantificabili in circa 80.000, con una crescita esponenziale sia di ragazzi stranieri che disabili.

Di costoro si occupano docenti dedicati che rappresentano – posso affermarlo con orgoglio – la parte più innovativa della nostra classe insegnanti. Infatti, formare ragazzi, che vivono difficoltà legate al proprio stato di salute, significa intanto operare un sano distacco emotivo, che non è facile, quindi stabilire una serie di interventi flessibili e personalizzati che rendono questi docenti molto più all'avanguardia rispetto agli altri.

Altri interventi riguardano l'istruzione a domicilio. Come conseguenza del piano sanitario nazionale sappiamo bene che le degenze in ospedale sono ora le più brevi possibili ma, una volta dimessi e tornati a casa, i ragazzi devono seguire i protocolli terapeutici stabiliti dai sanitari ospedalieri per proseguire la loro formazione; inoltre, viene richiesta la scolarizzazione a domicilio che noi provvediamo a garantire. Ciò avviene grazie alle risorse, comprese le attrezzature tecnologiche, che il Ministero dell'istruzione mette a disposizione di questi ragazzi. Interveniamo anche rispetto ad una serie di malattie croniche (ragazzi asmatici, portatori di allergie, epilessia, diabete, spina bifida, eccetera) e soprattutto nel campo della somministrazione dei farmaci a scuola.

Su questo punto è necessario aprire una brevissima parentesi. Al momento questo aspetto viene monitorato dalla direttiva del 2005, a firma dei Ministri della salute e dell'istruzione, che raccomanda alle scuole di facilitare e consentire la somministrazione di farmaci. Non esiste però una vera e propria regolamentazione normativa.

A seguito delle numerose sollecitazioni pervenute al nostro Ministro da parte delle federazioni dei ragazzi con allergie o asma e da parte delle varie associazioni per il diabete e l'epilessia stiamo per dar vita ad un tavolo paritetico, che è in via di designazione. Detto tavolo vedrà la partecipazione, oltre dei rappresentanti del Ministero dell'istruzione, anche di quelli del Ministero della salute e della Conferenza Stato-Regioni, sia per l'assessorato alla sanità che all'istruzione, nonché di esperti delle patologie croniche più importanti. Attraverso questo tavolo vorremmo definire «linee guida» ordinarie non solo per tutte le scuole ma anche per quelle istituzioni che nel territorio hanno competenze e responsabilità rispetto alla formazione, al benessere e alla salute della persona e in particolare del minore.

Si tratta di un'attività promossa da circa un mese e che quindi è ancora in via di definizione. Insieme a questa non va dimenticata l'attività svolta dal Ministero dell'istruzione nel campo della prevenzione e, in particolare, dell'educazione alimentare. Diversi progetti sono in campo all'interno di tutte le scuole di ogni ordine e grado per quanto riguarda sia l'assunzione di abitudini salutari e rispettose della salute e dell'igiene, sia il consumo di cibi particolarmente importanti per la salute dei giovani e spesso un po' trascurati, a cominciare dalla frutta e dalla verdura. Infatti, insieme al programma «Scuola e cibo» piani di educazione scolastica alimentare, in collaborazione con il Ministero della salute, è stato avviato il progetto «Frutta snack» che ha portato alla definizione delle «Linee guida per l'educazione alimentare nella scuola italiana», pubblicate e rese documento normativo per tutte le scuole nel novembre 2011.

Inoltre, stiamo per portare all'attenzione di tutte le scuole l'Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010, che riguarda la prevenzione dei fattori di rischio per asma ed allergie. Vi sono piccoli accorgimenti, al di là delle trasformazioni strutturali e dei materiali adoperati per la costruzione delle scuole, che possono rendere gli ambienti scolastici più rispettosi della salute. In collaborazione con la GARD Italia (Alleanza globale con-

tro le malattie respiratorie croniche), gruppo attivo presso il Dicastero della salute, il nostro Ministero sta promuovendo la diffusione di attività a livello di prevenzione di asma ed allergie a scuola.

Questo è il quadro generale delle attività tese alla prevenzione e a garantire il diritto allo studio di tutti. Noi, però, spesso verificiamo che la scuola rimane sola: si afferma che la scuola «deve fare» e che i docenti devono assumersi responsabilità. Questo è giusto, tuttavia notiamo che, con l'ausilio e la concertazione di altre istituzioni territoriali, sia sanitarie che degli enti locali, probabilmente si potrebbe offrire un servizio molto più efficace e a misura di minore in tutto il territorio nazionale. Al momento, però, ciò ancora non avviene.

*SABBADINI.* Signor Presidente, il mio intervento è teso ad offrire un insieme ampio di informazioni quantitative – riportate anche nella documentazione e negli allegati statistici che abbiamo consegnato agli Uffici della Commissione – in relazione ai fattori di rischio, alla qualità della vita dei diabetici, alla prevalenza del diabete in Italia, alla mortalità ed ai ricoveri, su cui l'ISTAT produce informazioni ogni anno. A ciò aggiungerò alcune brevi riflessioni in ordine al ricorso ai servizi sanitari più in generale.

Come noto, nel 2011 i diabetici erano circa 3 milioni, cioè il 4,9 per cento della popolazione, ma addirittura il 20 per cento se si considera la popolazione anziana con più di 75 anni.

Un problema fondamentale della popolazione diabetica è la disuguaglianza sociale. Il diabete è una malattia che caratterizza fortemente le classi sociali più basse: il 50 per cento dei diabetici dichiara di avere risorse scarse o insufficienti (tale dato arriva al 57 per cento al Sud).

La prevalenza di diabete nella popolazione adulta arriva al 5,9 per cento, ma essa si triplica se si considera la popolazione obesa. Analogamente, anche per quanto riguarda la popolazione anziana, sottolineo che, se uno su cinque tra gli anziani di più di 75 anni è diabetico, si arriva al 29,9 per cento (quasi ad un terzo) nel caso in cui si considerano gli ultrasettantacinquenni che a loro volta sono obesi. L'incidenza del diabete nella popolazione obesa è crescente nel tempo a sottolineare come la questione dei fattori di rischio rispetto al diabete – obesità ed inattività fisica – rappresenti un'assoluta centralità del problema e quindi debba essere analizzata in termini di politiche di prevenzione primaria.

L'obesità, tra l'altro, è aumentata negli ultimi anni (siamo arrivati al 10 per cento). Peraltro, si registra un problema serio di obesità infantile: il 26,2 per cento dei ragazzi tra i 6 ed i 17 anni è obeso o in sovrappeso. Tale fenomeno si accentua nel Sud del Paese, nelle classi sociali basse che sono meno coinvolte in stili di vita salutari, e nelle famiglie in cui sono presenti genitori obesi.

Sulla probabilità di essere diabetici incide fortemente l'età (essere in età molto anziana contribuisce quattro volte di più che avere tra i 45 ed i 64 anni), il sesso (il rischio aumenta tra gli uomini), l'obesità (che fa addirittura triplicare il rischio), l'inattività (che accresce il rischio del 35 per

cento), l'area territoriale (il fatto di vivere al Sud aumenta il rischio del 50 per cento) ed il titolo di studio, che è una forte *proxy* di *status* sociale (che aumenta il rischio del 50 per cento).

Come noto, il diabete si associa a numerose altre patologie. Al riguardo non mi soffermo perché i dati sono stati riportati nell'allegato. Comunque, sottolineo che nell'86 per cento dei ricoveri in cui è menzionato il diabete si associano malattie di varia natura ed, in particolare, quelle dei sistemi circolatorio, respiratorio, genito-urinario, le ulcere degli arti inferiori, la stessa obesità e così via.

Dalle nostre indagini è possibile comprendere anche il livello di qualità della vita dei pazienti diabetici: ogni anno monitoriamo come stanno ed anche come percepiscono la propria situazione. Sottolineo che circa un terzo dei diabetici dichiara di stare male o molto male. Questo è l'indicatore dell'Organizzazione mondiale della sanità, considerato una *proxy* molto forte dell'effettivo stato di salute della popolazione. Ciò vuol dire che il 70 per cento dei diabetici non sta male o molto male e questo è un elemento importante su cui tra breve tornerò. Inoltre, si rileva che tali pazienti vivono per lo più da soli oppure in coppie senza figli (ricordo che gran parte di questa popolazione è anziana); hanno una grande soddisfazione soprattutto dalle relazioni familiari (85 per cento di soddisfazione) o amicali (70 per cento di soddisfazione); è molto bassa, invece, quella rispetto alle condizioni di salute, che spaccano a metà questo collettivo, o alla situazione economica (come noto, sono un segmento di popolazione che appartiene soprattutto alle classi sociali svantaggiate). Inoltre, hanno la percezione di stare molto male i diabetici che hanno un'età fino a 44 anni. Questo è un elemento importante su cui riflettere, perché la qualità della vita di questo segmento di popolazione è particolarmente critica.

Fatto questo panorama rispetto ai dati che noi produciamo, seppure molto sintetico (mi avete chiesto di essere breve e quindi cerco di rispettare i tempi), vorrei sottolineare alcuni punti che riguardano le tendenze in atto.

A fronte di un aumento della prevalenza dei casi di diabete negli anni, fortemente collegato all'incremento dell'invecchiamento della popolazione, assistiamo ad una diminuzione, seppur leggera, della mortalità. Questo primo dato, su cui confrontarci, evidenzia quindi un aumento dei casi di diabete e una lieve diminuzione della mortalità.

Contemporaneamente assistiamo ad un vero e proprio crollo dei ricoveri ospedalieri dei pazienti diabetici. Siamo passati da 120.000 a 96.000 nell'arco di 10 anni e da 266 ricoveri a 155,7 per 100.000 abitanti. Questo è un primo risultato importante che, analizzato nel dettaglio nella relazione depositata agli atti della Commissione, sta ad indicare una maggiore appropriatezza dei ricoveri ordinari, nonché un aumento di quelli in *day-hospital*.

Occorre poi sottolineare che contemporaneamente al crollo dei ricoveri dei diabetici aumenta il numero dei contatti con il medico di famiglia da parte dei pazienti affetti da questa patologia e, più in generale, cresce

l'utilizzo degli altri servizi sanitari sul territorio. Questo secondo elemento è importante perché sta a significare che i pazienti diabetici ricorrono molto più che in passato ai medici generici. Aumenta infatti sia il numero dei pazienti che vi si rivolgono per la malattia sia il numero medio di contatti avviati tramite il medico generico per cui, parallelamente, aumenta l'utilizzo degli altri servizi sanitari, in particolare le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici di varia natura. A ciò va aggiunto l'aumento della prevalenza dei farmaci nella cura della patologia e in particolare un cambiamento nella tipologia dei farmaci utilizzati che si può collegare a questa sorta di «riaggiustamento» nell'utilizzo dei servizi sanitari a favore del medico di famiglia da una parte e al crollo dei ricoveri ospedalieri dall'altra. Ciò ha determinato una stabilità nell'utilizzo dell'insulina, soprattutto nelle fasce più giovani della popolazione (fino ai 44 anni) e della metformina, somministrata per lo più dai medici di famiglia.

Questi dati ci permettono di affermare sinteticamente che il primo elemento fondamentale su cui insistere molto è la prevenzione primaria con il riconoscimento dei fattori di rischio legati all'obesità e all'inattività fisica, soprattutto in considerazione dell'aumento dell'obesità in generale e di quella infantile in particolare.

Un secondo problema che ci preme sottolineare riguarda le disuguaglianze sociali e quindi la necessità di attuare politiche sanitarie e non volte a ridurre tale disuguaglianza. Il problema della disuguaglianza sociale nella salute è trasversale, non riguarda soltanto il diabete, e quindi anche le politiche non sanitarie possono agire moltissimo nella riduzione di questa patologia.

Un terzo problema da considerare è la necessità di porre un'attenzione particolare alla qualità della vita dei giovani pazienti diabetici. Dai dati a nostra disposizione risulta infatti che costoro presentano una qualità della vita piuttosto critica.

Quarto elemento. Occorre percorrere la strada di un potenziamento di queste dinamiche, osservate in generale, con riferimento ad una ricomposizione del ruolo dei servizi sanitari. Il dato della diminuzione dei ricoveri è senz'altro positivo, ma non è uguale in tutto il Paese. Nel Sud c'è ancora un tasso di ospedalizzazione elevato per cui è importante sottolineare l'opportunità di un potenziamento dei servizi extraospedalieri per garantire la presa in carico e la centralità del paziente diabetico nell'ottica di un sistema integrato dei servizi.

PRESIDENTE. Do ora la parola al professor Antonio Nicolucci.

*NICOLUCCI.* Signor Presidente, sarò sintetico perché grazie all'intervento precedente tutto ciò che ha a che fare con gli aspetti epidemiologici è già stato affrontato in maniera più che esaustiva.

Desidero tuttavia sottolineare un aspetto fondamentale. Purtroppo, ancora oggi, nell'opinione generale il diabete è una malattia lieve, che non dà gravi conseguenze e molto spesso è asintomatica per cui, di fatto, non viene considerata una patologia importante né dal punto di vista dei pa-



zienti né da quello dell'opinione generale. In realtà è esattamente l'opposto. Il diabete è uno dei più grandi *killer* esistenti a livello internazionale. Sappiamo che ogni anno a causa del diabete muoiono più di 3 milioni di persone per cause cardiovascolari. Ciò che non si sa ancora a sufficienza è che le persone con diabete hanno un rischio doppio di morire di tumori, malattie respiratorie, gastrointestinali, epatiche, suicidi e infezioni. Ne deriva che il problema del diabete non va focalizzato soltanto sull'aspetto metabolico, perché le persone con diabete hanno problemi di salute molto più ampi che richiedono una gestione particolarmente attenta.

Abbiamo sentito come di fatto nel giro di 10 anni il numero di persone con diabete in Italia sia cresciuto di 1 milione e se il *trend* continuerà alla velocità attuale entro 10 anni avremo 4 milioni di persone con diabete. Ciò vuol dire che se anche i costi di gestione per singolo paziente rimanessero uguali, comunque il costo complessivo di gestione della malattia aumenterebbe di un terzo.

Abbiamo sentito come il diabete sia rilevante soprattutto fra le persone anziane, perché particolarmente frequente: fra i 65 e i 75 anni una persona su 10 ne è affetta, mentre sopra i 75 anni si passa a una su cinque. Questo dato è particolarmente importante perché la demografia del nostro Paese sta cambiando. Negli ultimi otto anni gli ultrasessantacinquenni sono aumentati di 2 milioni e, in base alle stime ISTAT, nel 2050 potremmo raggiungere addirittura 20 milioni di ultrasessantacinquenni. Pensate cosa possa significare questo per un Sistema sanitario nazionale che deve curare persone anziane, di cui una su cinque ha il diabete, affette inoltre dalle patologie croniche della terza età. Sia da un punto di vista sanitario che sociale si tratta di un problema particolarmente gravoso.

Abbiamo sentito come il diabete sia causa di ospedalizzazione molto più spesso rispetto a persone della stessa età e dello stesso sesso senza diabete. L'eccesso di rischio di ospedalizzazione per le diverse cause cardiovascolari va da 2 fino a 8-10 volte per le amputazioni degli arti inferiori. Ma non sono soltanto le patologie croniche che determinano un impatto negativo sulla qualità di vita e sui costi dei ricoveri, essendovi anche alcune complicanze acute, come le ipoglicemie, finora ampiamente sottostimate in termini di rilevanza. Dati recenti, invece, fanno capire quanto siano importanti sotto tutti i punti di vista, da quello clinico, perché le persone che vanno incontro a ipoglicemia, soprattutto se anziane, hanno un rischio più alto di mortalità e di *deficit* cognitivi, da quello sociale, perché le ipoglicemie sono responsabili di assenza dal lavoro, pensionamento precoce e quindi di costi indiretti rilevanti. Hanno anche un impatto sul paziente, perché in seguito ad episodi di ipoglicemia le persone si spaventano, non assumono più le terapie e non sono più ben controllate; il che porta allo sviluppo di complicanze a lungo termine. Hanno infine un impatto politico se è vero che esiste una legge specifica per il problema del rinnovo delle patenti di guida alle persone che assumono farmaci che possono indurre le ipoglicemie.

Detto questo, quanto costa oggi il diabete al Sistema sanitario nazionale? Complessivamente si stima che costi oltre 9 miliardi di euro al-

l'anno; se ai costi diretti aggiungiamo quelli indiretti dovuti alla perdita di produttività, si arriva a quasi 20 miliardi di euro all'anno. Ricordo il dato in crescita della popolazione anziana e dei casi di diabete: dunque, nel giro di pochi anni la spesa potrebbe aumentare di un terzo proprio a causa della crescita della popolazione con diabete.

Quasi il 60 per cento di tali costi sono per i ricoveri in ospedale; soprattutto le complicanze sono responsabili dei costi diretti della malattia. Di converso i farmaci per il diabete gravano soltanto per il 6 per cento sul costo totale; pertanto, solo una piccolissima parte della spesa per il diabete è da attribuire alla terapia. Questo è un aspetto molto importante di cui occorre tenere conto perché oggi le politiche purtroppo tendono a porre tetti alla prescrizione di farmaci ed ostacoli all'innovazione terapeutica senza considerare che la spesa legata alla terapia del diabete di fatto rappresenta il capitolo di spesa più piccolo rispetto a tutti gli altri che concorrono a determinare il *budget*.

Dal punto di vista del costo della malattia diabetica, l'Italia si pone in una posizione privilegiata rispetto ad altri Paesi. I dati della *London school of economics* del 2011 evidenziano che l'Italia è uno dei Paesi con il più basso costo medio per paziente con diabete. Infatti, in Italia il costo medio è pari a circa 2.800 euro all'anno contro gli oltre 5.000 euro della Francia, della Germania, della Gran Bretagna e probabilmente anche della Spagna, se si considerano altre fonti informative. La peculiarità dell'assistenza diabetologica italiana dipende anche dall'esistenza di una rete di strutture specialistiche, diffuse in modo capillare sul territorio, che operano in collaborazione ed in cogestione con la medicina generale; in tal modo, tale assistenza assicura livelli elevati di qualità e, nello stesso tempo, genera costi inferiori rispetto a quelli degli altri Paesi europei.

Vi è però un dato che, a mio avviso, è preoccupante. Secondo l'Osservatorio ARNO Diabete (che raccoglie dati di oltre 10 milioni di cittadini, soprattutto di ASL del Centro-Nord), confrontando i costi di una persona con diabete nel 2006 e nel 2010, si rileva che il costo totale è di poco aumentato; se, però, si valutano le componenti del costo, emerge chiaramente che il costo per i farmaci per il diabete è rimasto immutato, si sono ridotti i costi per prestazioni ambulatoriali specialistiche, sono lievemente aumentati i costi per altri farmaci (questo, però, è un bene perché vuol dire che trattiamo meglio i fattori di rischio concomitanti), ma purtroppo è cresciuta la spesa per il ricovero in ospedale, anche se il ricorso all'ospedale – come è stato poc'anzi evidenziato – è diminuito. Questi dati sono in controtendenza rispetto a quello che dovrebbe essere un modello di cura cronica, ovvero si spende meno per il trattamento e per l'assistenza ambulatoriale specialistica, ma si spende di più per i ricoveri. Al netto di tutto questo, il costo per paziente è aumentato. Se poi si moltiplica la spesa per i pazienti che vi saranno nei prossimi anni, emerge un dato assai preoccupante.

Di fronte a tali problemi, bisogna individuare le possibili soluzioni. Al riguardo si è dibattuto in modo approfondito all'*European Diabetes Leadership Forum*, che si è recentemente tenuto a Copenaghen, a cui

erano presenti i rappresentanti di numerosi Paesi, non solo europei; vi era un'importante delegazione italiana, costituita anche dal presidente Tomasini e dal senatore Marino. Dunque, l'*European Diabetes Leadership Forum* è servito per concordare con tutti i Paesi partecipanti possibili strategie comuni per affrontare e risolvere il problema del diabete, che non interessa soltanto l'Italia o gli Stati europei, ma tutto il mondo. In particolare, sono state identificate le aree di intervento prioritarie. La Copenaghen *roadmap*, che rappresenta il risultato di questo importante vertice, dovrebbe servire ai vari Paesi per ispirare strategie in grado di affrontare e risolvere questo problema ormai rilevante da tanti punti di vista in tutti i Paesi del mondo.

La Copenaghen *roadmap* sottolinea l'importanza di investire in tre campi diversi: la prevenzione, la diagnosi precoce e il miglioramento della qualità della cura ed il suo monitoraggio.

Sul versante della prevenzione occorre agire a livello educativo già nell'ambito delle scuole elementari; bisogna migliorare l'ambiente di vita e favorire stili di vita corretti, facilitando il ricorso all'attività fisica e l'assunzione di cibi salutari; bisogna migliorare la salute dei bambini, delle donne in gravidanza e delle madri perché il diabete in gravidanza è un altro problema sottostimato; bisogna implementare programmi di prevenzione sulle popolazioni vulnerabili, che – come è già stato evidenziato – sono soprattutto quelle più svantaggiate da un punto di vista socio-economico o quelle ad alto rischio, in particolare le persone obese.

Sul versante della diagnosi precoce, si fa ancora troppo poco. Spesso il diabete viene diagnosticato quando il paziente sviluppa la complicanza, quando ormai è troppo tardi per intervenire e per evitare le conseguenze più serie. È noto, invece, che se si interviene in una fase precoce della malattia si riduce in modo sostanziale la mortalità e la morbilità associata alla patologia. È fondamentale quindi individuare le persone a rischio: occorre, dunque, una medicina proattiva, soprattutto da parte della medicina generale, in grado di fare *screening* sulla popolazione e di identificare i soggetti ad alto rischio e quanto più precocemente possibile i casi di diabete.

Per quanto riguarda il miglioramento della qualità della cura e del monitoraggio dell'assistenza, l'Italia è stata considerata a Copenaghen come il Paese con una delle *best practices* a livello internazionale perché ha in essere un sistema di monitoraggio continuo della qualità della cura a partire dalle strutture specialistiche e perché ha recentemente istituito un osservatorio per il diabete che cerca, anno dopo anno, di monitorare l'impatto clinico, sociale ed economico della malattia.

Inoltre, occorre agire sulla raccolta dei dati. Al riguardo si è insistito molto a livello europeo, perché soltanto monitorando le conseguenze del diabete non solo dal punto di vista clinico, ma anche sotto il profilo economico e politico, è possibile allocare le risorse dove ve ne è bisogno e quindi assumere decisioni che siano basate su dati solidi e non soltanto su opinioni.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, vorrei innanzi tutto collegarmi all'ultima considerazione svolta dal dottor Nicolucci in ordine all'esigenza di avvalersi dei dati disponibili. Condivido la considerazione secondo cui soltanto una diagnosi precoce ed un monitoraggio nei primi anni della malattia della qualità delle cure consentono di ridurre il costo sociale, individuale e collettivo della malattia. Dunque, a tale proposito, vorrei chiedere su quali dati è possibile costruire le valutazioni che sono state espresse nella documentazione e se le strutture di ricerca hanno accesso ad ulteriori dati come, ad esempio, quelli a disposizione del Ministero della salute in ordine ai ricoveri ed alle schede di dimissione ospedaliera, quelli dei sistemi regionali sulla spesa farmaceutica, gli archivi dati presenti presso il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze sulla spesa farmaceutica, oltre che su quella specialistica delle Regioni. La risposta potrebbe essere utile alla Commissione, che dovrà affrontare questi temi.

Il primo elemento, quindi, è quello dei dati.

Il secondo elemento (confermato dai dati che oggi sono stati esposti) riguarda la situazione delle Regioni meridionali, in particolare del Molise, della Sicilia, della Campania e della Calabria. Al riguardo vorrei sapere se vi sono indicazioni, attività o ipotesi da proporre alla Commissione. Infatti, in queste Regioni (che mi sembra siano tutte sottoposte al commissariamento e quindi con un ruolo del Governo) non è possibile indicare come priorità i programmi di *screening* della popolazione capaci di individuare per tempo la diagnosi precoce della malattia (o comunque nella fase in cui è incubante e quindi più facilmente affrontabile) e di monitorare la qualità dei percorsi di cura, valutando i dati così come sono presentati.

BIANCONI (PdL). Dottoressa Ferraro, pur apprezzando moltissimo quanto fa il Ministero dell'istruzione per l'accompagnamento dei giovani studenti malati affinché possano continuare il loro percorso di studi, riteniamo estremamente allarmante il dato sulla somministrazione dei farmaci, in modo particolare in tenera età, quindi nelle scuole elementari. Fatto ancora più preoccupante è che se ne parli dal 2005. Non credo che due Ministeri, quello della salute e quello dell'Università e della ricerca, possano impiegare sette anni per creare un protocollo che metta al riparo gli insegnanti dalla responsabilità relativa alla somministrazione di un farmaco in aula. D'altro canto occorre dare una totale copertura assistenziale ai bambini, soprattutto in tenera età.

Ricordo perfettamente le interrogazioni e le mozioni presentate in Parlamento negli anni. L'argomento ci è particolarmente caro. Ci dica quindi in che modo il Parlamento può intervenire per aiutare questi due Ministeri affinché, in tempi brevissimi, si trovi una soluzione al problema, altrimenti c'è il rischio di vedere questi bambini arrivare all'università.

Volevo porre una domanda alla dottoressa Sabbadini relativamente alla qualità della vita dei giovani pazienti diabetici, fino ai 44 anni. Il miglioramento di questi pazienti, accompagnato certamente da una migliore

assistenza farmacologica e da una maggiore tutela legata al rapporto più stretto con uno specialista o con il medico di medicina generale, non conduce spesso questi giovani a percepire un effettivo miglioramento della qualità della loro vita. Sarebbe un dramma se nonostante venisse intensificata l'assistenza nei loro confronti e migliorato il dosaggio dei farmaci non si percepisse un effettivo miglioramento nella qualità della vita. Che iniziative pensate di porre in essere?

Volevo sapere inoltre se siete in possesso di dati sulla difficoltà relativamente al lavoro. In sostanza, vorrei sapere quanti pazienti diabetici vengono allontanati dal lavoro, quanti vi si allontanano volontariamente o sono disoccupati in virtù di questa patologia cronica. Ovviamente mi riferisco ai casi più gravi, non alle forme lievi.

Infine, vorrei sapere dal dottor Nicolucci se il dato esponenziale sull'incredibile aumento, nel 2020, del numero di persone malate di diabete è legato solo all'aumento del numero degli anziani nella popolazione italiana o ad un incremento effettivo della patologia nelle giovani generazioni o se il dato è la somma dei due fattori.

BAIO (*Per il Terzo Polo:ApI-FLI*). Signor Presidente, ringrazio gli auditi per le informazioni fornite che ci permettono di approfondire l'argomento. Faccio una premessa. L'indagine conoscitiva sulle malattie non trasmissibili, a partire dal diabete, avviata dalla Commissione sanità, è finalizzata alla volontà di migliorare il nostro servizio sanitario nazionale nonché il nostro sistema sociale affinché la cura di queste patologie possa migliorare complessivamente su tutto il territorio nazionale.

Conosco la sensibilità e la dedizione della dottoressa Ferraro e quindi mi permetto anch'io di rafforzare la richiesta avanzata dalla collega Bianconi. Premesso che all'interno della scuola (dalla scuola primaria fino al percorso di studi secondario e universitario) vi sono due tipologie di studenti, quelli con patologie non invalidanti, come il diabete, e altri con patologie più gravi (i cosiddetti disabili), sottolineo che come legislatori vogliamo rafforzare il principio che il diabete non è una malattia invalidante, anche se cronica, e quindi non porta ad una disabilità. Si tratta di una cronicità che necessita però di un accompagnamento 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno. Per le ore in cui il bambino, l'adolescente o il giovane resta a scuola ho notato che nelle raccomandazioni del Ministero vi sono dei suggerimenti che hanno portato anche ad alcune sperimentazioni parziali, legate cioè ad alcuni territori.

Le chiederei di riassumere alcune di queste sperimentazioni o di fornirci una documentazione in merito, dal momento che il nostro obiettivo è aiutarvi, attraverso il dispositivo dell'indagine conoscitiva, a pervenire ad una proposta che, se condivisa, può essere attuata più facilmente.

Alla dottoressa Sabbadini vorrei porre invece la seguente domanda. Poiché vi sono alcune fasce di popolazione diabetica che meritano un'attenzione particolare, vorrei sapere se dalle vostre rilevazioni, legate magari anche ad altri studi, è emersa una maggiore incidenza di diabete in

età scolare, e non solo di tipo 1, quindi insulinodipendente, ma anche di tipo 2.

Questo dato viene infatti analizzato dal punto di vista scientifico ma non siamo ancora dotati di strumenti statistici formulati con criteri scientifici. In questo senso l'ISTAT è il nostro *dominus* e quindi se il dato lo fornisce l'Istituto di statistica potremmo agire in maniera più incisiva sotto questo profilo.

Relativamente al problema lavoro della popolazione diabetica, tenuto conto che oggi le tipologie di lavoro sono profondamente cambiate, dal momento che fino a 15 anni fa la maggior parte dei lavoratori aveva un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato e quindi godeva di alcune provvidenze di carattere sociale e sanitario di cui oggi molti lavoratori non godono, mi chiedo come venga effettuato il calcolo dei costi indiretti della patologia diabetica. Infatti, mentre sui costi diretti disponiamo di dati sufficientemente certi, anche se non ottimi, lo stesso non può dirsi per i costi indiretti. Mi chiedo pertanto se siete in grado di fornirci qualcosa di scientificamente provato al riguardo.

Al dottor Nicolucci vorrei chiedere quali suggerimenti, dal punto di vista scientifico, del suo osservatorio di ricerca, può offrire per individuare un approccio per quella fascia di popolazione che è diabetica, ma non sa di esserlo, giacché – come noto – il diabete è una malattia asintomatica, silenziosa e così via.

Questo è uno dei punti di volta del nostro sistema sanitario e sociale. Teoricamente affermiamo che queste persone esistono, sono cittadini italiani a tutti gli effetti, ma di fatto diagnosticiamo la malattia soltanto nel momento in cui esse presentano complicanze; ciò significa che il rapporto tra sistema sanitario e paziente è in una fase, non dico irreversibile, ma sicuramente di maggiore gravità. Pertanto, è fondamentale l'aspetto preventivo.

Vorrei capire, però, se oggi l'obesità è l'unico dato di cui possiamo avvalerci per rilevare la malattia. Io non credo sia l'unico.

**PRESIDENTE.** Prima di dare la parola ai nostri ospiti per le repliche (che, lo preannuncio, mi aspetto brevi perché immagino che a molte domande non sarà possibile rispondere subito, ma eventualmente in un ulteriore documento scritto), vorrei svolgere una considerazione.

Da tempo la 12<sup>a</sup> Commissione che ho l'onore di presiedere e più in generale i parlamentari sono vicini specificamente al problema del diabete, che è importantissimo ed è stato sottolineato anche dalle Nazioni Unite. L'intervento – come ben sa chi ha partecipato al vertice di Copenaghen – si dovrà articolare nelle tre aree testé definite dal professor Nicolucci.

Allora, il primo aspetto riguarda l'importanza dei dati (la mia considerazione non deve essere ritenuta una critica, ma piuttosto uno stimolo), che sono indispensabili per le nostre azioni. Servono soprattutto i dati sulle entità misurabili e non su quelle non misurabili, dove anzi spesso

il risultato che ne deriva finisce per innescare azioni non utili o addirittura dispersive.

Ringrazio per quanto ci è stato riferito in ordine alla scuola, ma il problema è che non abbiamo la fotografia di come funziona, soprattutto in parallelo ad alcune patologie simili che presentano il medesimo problema quand'anche irrisolto (penso, ad esempio, all'epilessia). Anche in questo caso, ci interesserebbe molto sapere come intervenire.

Il professor Nicolucci ha fornito alcune indicazioni sui dati. Ad esempio, si è rilevato che nell'Unione europea per la terapia alcuni Paesi impiegano 300 euro ed altri 8.000 euro, mentre noi ne utilizziamo circa 5.000. Per quanto riguarda l'incidenza dei malati diabetici, la percentuale oscilla dal 3,8 per cento al 9,8 per cento; il nostro Paese si attesta sul 4,8 per cento. Quindi, confrontando questi due dati, la situazione italiana apparirebbe teoricamente positiva. Occorrerebbe, però, individuare misuratori di efficienza rispetto al servizio (si tratta di una considerazione che abbiamo svolto anche con il rappresentante del Governo la settimana scorsa in occasione di un'audizione). Noi sappiamo da alcuni dati generali che siamo tra i più bravi al mondo sul servizio, ma in realtà utilizziamo solo pochi parametri e non verifichiamo sottoparametri molto importanti; quindi, possiamo farci un'illusione non completamente corrispondente alla realtà, almeno così rileva una recente analisi europea secondo la quale noi ci collochiamo nel mezzo in Europa: dunque, non c'è da deprimersi, ma neanche da entusiasinarsi.

Per quanto riguarda la statistica, mi permetto di sottolineare che alcuni dati ci appaiono utili, altri meno utili, altri ancora molto utili e poi alcuni dati sono omessi. Quando parlo di dati meno utili – mi perdoni la dottoressa Sabbadini, ma lo dico come principio generale – mi riferisco all'utilizzo dei farmaci, che per noi non è di grande interesse perché l'AIFA ci informa persino sul mezzo milligrammo di insulina o di pasticca che viene somministrato. Quindi, questo quadro è già molto chiaro.

È ovvio che l'Istituto di statistica deve cercare quello che crede, ma oggi a noi interessano altri modelli di dati. Ad esempio, sono abbastanza utili quelli in relazione all'obesità ed al sovrappeso, ma vorrei capire su quale dato si definisce l'obesità. Infatti, a livello nazionale non esiste un metro. Al riguardo è stato presentato un disegno di legge perché per definire l'obesità in modo chiaro e netto al momento non esiste un termine di riferimento nazionale. Vorrei sapere, quindi, quale ha usato la statistica.

Sono molto utili, poi, i dati sulla disuguaglianza sociale e Nord-Sud. Poi vi sono dati omessi, non in senso volontario, ma sarebbe molto utile ricercarli.

Conosciamo l'importanza del movimento fisico. Vorrei sapere quanto può riferirci al riguardo la statistica. Vorrei sapere qual è il modello di dieta: si parla spesso della dieta mediterranea, ma dobbiamo cercare indicatori che lo evidenzino.

Un elemento molto importante è rappresentato dall'abbandono terapeutico: vorrei sapere quanti fanno le terapie o non le fanno. Sarebbe molto utile se tale informazione fosse ricavata da un dato diverso da

quello del medico curante, cioè se emergesse da un criterio analitico diverso.

Non mi soffermo su alcuni problemi sociali, che sono già stati ben evidenziati, come quelli legati alla patente, alle discriminazioni scolastiche, ma sarebbe utile sottolineare tale aspetto.

Credo dunque che abbiamo creato le premesse – lo facciamo ormai da cinque anni – per lavorare con tutti i protagonisti, ma i dati sono fondamentali. Dunque, dobbiamo fare il possibile per ottenere tutte le informazioni.

*FERRARO.* Signor Presidente, gli interventi hanno effettivamente posto «il dito nella piaga». Infatti, il problema dei dati è al momento quello più rilevante, ma devo dire, ad onor del vero, che finora le raccomandazioni del 2005 erano sembrate sufficienti a rispondere al problema. A livello locale, grazie anche alle autonomie territoriali, in base ai bisogni si articolavano le risposte; poi, invece, è aumentata la sensibilità, probabilmente è cresciuto anche il numero e la voce delle federazioni si è fatta più importante a sottolineare la necessità che il Ministero dell'istruzione prendesse in carico il problema. Ciò è venuto alla nostra attenzione anche grazie ad una consolidata collaborazione che su vari temi si è instaurata con il Ministero della salute. Qui vi è il nocciolo della questione, sebbene la senatrice Baio facesse giustamente riferimento ad una serie di azioni sperimentali avviate sul territorio, che possono senz'altro servire come riferimento. In particolare, le sperimentazioni avviate dalle Regioni Emilia-Romagna, Toscana e Lazio sulla somministrazione dei farmaci offrono dati e informazioni molto interessanti. Esiste però un problema. Tutte le sperimentazioni citate sottolineano la necessità di verificare l'assoluta inderogabilità della somministrazione del farmaco a scuola e il fatto che venga somministrato dal personale docente senza che questo intervento comporti un'assunzione di responsabilità rispetto al rischio di vita della persona. Ritengo senz'altro necessario affrontare il problema in relazione allo stato giuridico del personale docente. Il personale docente ha la funzione specifica di garantire l'insegnamento e l'apprendimento dei minori affidati. Fino a che punto si può costringere o si può invitare un docente ad assumersi la responsabilità della somministrazione di un farmaco salvavita che potrebbe anche comportare un indice di discrezionalità da parte sua? È un problema rispetto al quale occorre definire in maniera chiara almeno quando, in che modo e con quali responsabilità il docente può intervenire.

Con ciò non intendo dire che il docente non debba occuparsi della somministrazione del farmaco, sottolineo però l'esistenza di un problema giuridico.

Nel Lazio, nel municipio Roma F, il responsabile del dipartimento di prevenzione infantile ha sperimentato un intervento nelle scuole procedendo ad un diverso utilizzo del personale a lui affidato e senza ciò comportasse un aumento delle spese dell'amministrazione sanitaria; ha garantito per un determinato territorio l'intervento a scuola, in caso di necessità,



attraverso la presenza di una persona specializzata, infermiere o assistente sanitario. Se questo intervento è stato possibile e si è dimostrato non solo congruo ma efficace rispetto alla spesa, con una conseguente riduzione delle chiamate al 118 da parte delle scuole, mi chiedo se non si debba valutare la possibilità che in un territorio, attraverso un regime concertato e integrato di interventi, si possa pensare ad una soluzione al problema simile a quella adottata in quel municipio o comunque più facilmente attuabile. Questo era un problema che mi premeva sottolineare.

Fermo restando che condivido la richiesta avanzata dal Presidente di un approfondimento dei dati relativi alla somministrazione – dati di cui mi farò carico – appare necessario definire in maniera chiara la cornice anche normativa rispetto al modo in cui la scuola può contribuire a risolvere il problema della somministrazione dei farmaci a scuola.

*NICOLUCCI.* Signor Presidente, risponderò brevemente ai tre interventi. Per quanto riguarda la domanda relativa all'esistenza di dati in Italia e se questi siano di facile accesso per i ricercatori, la risposta è che in Italia ci sono molti più dati di quanto si possa pensare ma di difficilissimo accesso. Sappiamo bene, infatti, che i dati di prescrizione linkati ai dati di ospedalizzazione e all'anagrafe assistiti sono una fonte di informazione preziosissima che potrebbe darci tantissime indicazioni, che oggi non abbiamo, sui risultati a lungo termine dell'assistenza al diabete. Si tratta però di dati in possesso delle Regioni e che queste ultime concedono con estrema difficoltà. Dal punto di vista formale la ragione è la salvaguardia della *privacy*, da un punto di vista sostanziale vi è una notevole gelosia nel fornire tali dati. Questa mia affermazione nasce dal fatto che da vent'anni lavoriamo con diverse Regioni sui database amministrativi ed ogni volta è una lotta per riuscire ad ottenere i dati.

La fonte informativa a disposizione sarebbe quindi enorme e se pensiamo che questa, a sua volta, potrebbe essere linkata ai dati clinici, perché in molte Regioni la maggioranza dei servizi di diabetologia ha lo stesso tipo di cartella informatizzata, si avrebbe il primo caso di realizzazione di un registro di patologia cronica nel nostro Paese. Tecnicamente sarebbe già possibile oggi ma non lo si fa per queste difficoltà di accesso ai dati.

Per quanto concerne la domanda relativa alle cause del *boom* di questa patologia, la risposta è che il diabete è legato non solo all'invecchiamento della popolazione ma soprattutto all'aumento della popolazione obesa. Alla base di tutto c'è sempre l'obesità, che agisce sulle persone anziane e sempre di più sulle persone giovani. La crescita di diabete fra gli anziani è legata al fatto che il 70 per cento di questi sono sovrappeso o obesi mentre la nascita del diabete di tipo 2 fra i giovani è legata al fatto che oggi anche i bambini di 7-8 anni spesso sono obesi (1 su 5). Questo fattore aggraverà in futuro la situazione.

La terza mina vagante, difficilissima da quantificare, è la crisi economica. Le persone con un basso livello socioeconomico sono quelle che presentano un rischio più elevato di contrarre diabete. Pertanto, vista la

crisi economica attuale, nessuno può sapere cosa comporterà questo nei prossimi anni in termini di aumentato rischio di diabete.

Per quanto riguarda la richiesta della senatrice Baio sulla diagnosi precoce, vi sono metodi semplicissimi che permettono di realizzarla. Alcuni anni fa abbiamo effettuato uno studio con la medicina generale, basato sulla somministrazione di un piccolissimo questionario, validato in tutta Europa, contenente cinque domande che avevano a che fare con l'obesità, l'ipertensione, l'inattività fisica e la familiarità di primo grado. Detto questionario è in grado di funzionare perfettamente come primo strumento di *screening*. Utilizzando questo semplice strumento su una popolazione di persone dai 55 anni in 50 abbiamo constatato che una su cinque aveva il diabete senza saperlo. È un questionario che si può già utilizzare essendo stato validato in italiano. Il problema è fare in modo che venga adottato dalla medicina generale.

Sarebbe infine possibile analizzare i casi relativi all'abbandono terapeutico, particolarmente importanti, dai dati di prescrizione, e quindi a prescindere dal dato di medicina generale, in una maniera assolutamente attendibile se solo vi fosse la possibilità di disporre di questi dati.

*SABBADINI.* Signor Presidente, partendo dal problema fondamentale dei dati, mi trovo d'accordo con quanto detto poc'anzi dal professor Nicolucci. I dati sono tanti, ricchissimi, ma poco valorizzati e ancor meno incrociati e integrati tra loro. Si tratta quindi di dati spezzettati con situazioni molto differenziate sul territorio. Passiamo infatti da Regioni con sistemi informativi avanzati, come il Friuli Venezia Giulia, la Lombardia o l'Emilia-Romagna, che hanno già cercato di integrare le informazioni a loro disposizione, e Regioni lontanissime da questi obiettivi. Occorre pertanto un impulso centrale, fondamentale per approcciare il problema.

Al momento la ricchezza dei dati relativi all'assistenza farmaceutica non si può collegare ai dati relativi alla diagnosi. Sarebbe invece necessario mettere in collegamento, a livello centrale, tutte le informazioni, anche di diagnosi, provenienti dagli stessi medici generici, con tutti gli archivi collegati all'assistenza farmaceutica, alle prestazioni, ai ricoveri e così via. Questo è il nodo fondamentale.

Quindi, riallacciandomi alla domanda del senatore Cosentino su cosa si dovrebbe fare, probabilmente occorre operare un salto di qualità centralizzando le informazioni attraverso un archivio integrato che metta in collegamento tutti i dati. Il *flash* sui consumi di alcuni farmaci, da me fornito durante la relazione e che il Presidente ha criticato, nasceva dal tentativo di mettere in collegamento quei consumi con la diagnosi e le caratteristiche del paziente. Era solo un tentativo di integrare il quadro complessivo dei dati, che peraltro non sono neanche di nostra derivazione. Quindi, questo è il primo dato fondamentale ed io credo debba essere fatta una grande raccomandazione affinché si agisca in tale direzione.

Vi è un secondo aspetto che considero fondamentale. È stato posto il problema del diabete in età scolare. Dalle nostre indagini campionarie noi rileviamo anche quella fascia di età, la quale però ha una prevalenza

molto bassa; pertanto, non abbiamo la possibilità di effettuare grandi approfondimenti. A noi risultano circa 20.000 soggetti fino a 14 anni: si tratta di un dato veramente ridotto. In questo caso, dunque, per approfondire la questione si dovrebbe effettuare un'indagine presso le scuole, prevedendo anche la possibilità di pesare. A proposito della misura, sottolineo che noi utilizziamo il *Body mass index* come misura dell'obesità, partendo dall'autodichiarazione delle persone. Questa è l'unica fonte che, in termini molto economici, si può sostenere.

Se si impostassero indagini di questo tipo all'interno delle scuole, nessuno impedirebbe di richiedere una serie di informazioni molto approfondite. Il problema, però, è sempre lo stesso: l'Istituto nazionale di statistica ha un certo bilancio, noto a tutti; dispone della metà delle risorse umane degli analoghi istituti della Francia, della Gran Bretagna e di tutti gli altri Paesi avanzati, ma produce più di loro. In questo senso, dunque, noi siamo molto produttivi, ma ci troviamo in una situazione assai critica.

Pertanto, è giusto sottolineare la necessità di un potenziamento, ma a livello centrale bisogna ragionare in termini di risorse utili al Paese. Infatti, è indubbio che i dati servono per governare!

Quindi, sono d'accordo sulla necessità di compiere un ulteriore salto di qualità rispetto ai dati.

Lo stesso ragionamento può essere svolto sulla questione lavoro, che mi sembra molto importante. Nell'ambito dell'indagine campionaria di cui disponiamo, possiamo già fornire una integrazione al riguardo: possiamo dire quante persone lavorano e quante non lavorano, se si tratta di casalinghe o di ritirati dal lavoro (in gran parte saranno ritirati dal lavoro). In realtà, nella fascia dell'età lavorativa vi sono meno diabetici. Allora, la soluzione potrebbe essere quella di utilizzare l'indagine sulle forze lavoro, che produce le stime sull'occupazione, sulla disoccupazione e sull'inattività, ed inserire quesiti specifici sul diabete. In tal modo, si potrebbero approfondire alcuni aspetti sui pazienti diabetici più giovani; si potrebbero trattare anche le malattie croniche in generale.

Anche in questo caso, però, si presenta sempre il medesimo problema, legato alla necessità di incrementare gli investimenti destinati alle rilevazioni statistiche.

Per quanto riguarda, poi, l'interruzione della cura, sottolineo che se integrassimo tutti gli archivi potremmo comprendere se la cura sia stata effettivamente interrotta. Nelle nostre indagini campionarie potremmo valutare la possibilità di effettuare *focus* mirati per verificare come il diabetico si rapporta alla sua malattia; nelle nostre indagini riportiamo l'elenco delle malattie croniche, ma non poniamo quesiti più specifici.

Quindi, si può fare moltissimo; anzi sarebbe molto importante ricevere stimoli al riguardo dalla Commissione perché potremmo tarare meglio le nostre indagini.

Occorre, però, che si definiscano alcune raccomandazioni per potenziare le rilevazioni statistiche ufficiali. Nel merito segnalo che gran parte delle indagini del nostro Paese, soprattutto quelle di natura economica, sono definite per legge e da regolamenti europei. Quelle di carattere so-

cio-sanitario lo sono un po' meno. Sui redditi e sul lavoro esistono elenchi di decine di variabili che devono essere vincolanti per legge. Non esiste, invece, alcuna raccomandazione volta a chiedere ai Paesi europei di produrre una serie di rilevazioni statistiche sul diabete; tuttavia ciò si potrebbe prevedere, in considerazione del fatto che il diabete è una grande priorità. Se, in occasione di vertici come quello recentemente svolto a Copenaghen, si dessero *output*, anche in termini di raccomandazioni, in ordine al tipo di informazioni statistiche utili e comparabili tra tutti i Paesi, si compirebbe un enorme salto di qualità. Ciò si fa sul piano economico, ma si fa molto meno sul piano socio-sanitario. Al riguardo, dunque, rivolgo un invito.

É ovvio che, di fronte ai tagli di bilancio operati, occorre valutare le priorità. Queste ultime sono costituite dalle leggi e dai regolamenti. Dunque, se non esiste un regolamento che prevede una specifica rilevazione sul diabete, noi non possiamo inserire tra i progetti l'approfondimento sul diabete perché non abbiamo materialmente le risorse.

Sono molto contenta che la Commissione si mostri così sensibile nei confronti dei dati. Dunque, rivolgo un invito in tal senso, anche perché una sollecitazione a livello parlamentare per noi sarebbe fondamentale. Sottolineo che vi sarebbe un vero salto di qualità se si effettuasse un'indagine sui bambini nelle scuole, magari in collaborazione con il Ministero, approfondendo questo aspetto ed altri temi (come, ad esempio, le malattie croniche, la disabilità dei bambini).

PRESIDENTE. Credo che questa ultima indicazione fornitaci dalla dottoressa Sabbadini debba costituire un elemento fondamentale del nostro documento conclusivo, che poi inciderà sul Patto della salute.

Ringrazio, dunque, i nostri ospiti per il prezioso contributo offerto ai lavori della Commissione e dichiaro conclusa l'audizione.

Comunico che la documentazione consegnata dagli auditi o che sarà da loro successivamente trasmessa, poiché nulla osta, sarà resa disponibile alla pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione. Se non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,25.*