



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 1

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

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

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

323^a seduta (antimeridiana): martedì 3 aprile 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E

Audizione di esperti

* PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 9 e passim	<i>BELLENTANI</i>	Pag. 13
BAIO (<i>Per il Terzo Polo:ApI-FLI</i>)	10, 12, 22	<i>BRANCA</i>	17, 26
BASSOLI (<i>PD</i>)	10, 15, 21	* <i>CAPPA</i>	28
FOSSON (<i>UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-</i>		* <i>GIORDA</i>	15, 25
<i>MRE-PLI-PSI</i>)	11	* <i>MOIRANO</i>	4, 11, 12
		<i>PISANTI</i>	6, 13, 15
		* <i>RICCARDI</i>	18, 27

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..

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali-Age.Na.S., il dottor Fulvio Moirano, direttore, e la dottoressa Maria Donata Bellentani; in rappresentanza del Ministero della salute, la dottoressa Paola Pisanti, dirigente della Direzione generale della programmazione; in rappresentanza dell'Associazione medici diabetologi (AMD), il dottor Carlo Bruno Giorda, presidente; in rappresentanza degli Operatori sanitari di diabetologia italiana (Osdi), la dottoressa Maria Teresa Branca, presidente; in rappresentanza della Società italiana di diabetologia (Sid), il professor Gabriele Riccardi, presidente, e in rappresentanza della Società italiana di endocrinologia e diabetologia pediatrica (Siedp), il dottor Marco Cappa, presidente.

I lavori hanno inizio alle ore 11,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di esperti

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'indagine conoscitiva sulla patologia diabetica in rapporto al Servizio sanitario nazionale ed alle connessioni con le malattie non trasmissibili.

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. Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Le audizioni odierne si suddividono in due parti, la prima dedicata all'audizione di rappresentanti dell'Age.Na.S. e del Ministero della salute, la seconda dedicata all'audizione di rappresentanti delle società scientifiche di settore.

Abbiamo il piacere e l'onore di ascoltare, in questa prima parte dell'audizione, il dottor Fulvio Moirano, direttore della Agenzia nazionale per i servizi sanitari nazionali, accompagnato dalla dottoressa Maria Donata Bellentani, e la dottoressa Paola Pisanti, dirigente della Direzione generale della programmazione del Ministero della salute.

Come sempre, illustro le modalità abituali con cui lavora la Commissione. Cerchiamo di contenere le relazioni esplicative in pochi minuti, consentendo a qualunque soggetto di presentare tutti i dati desiderati e di aggiungerne altri, se dalla discussione emergesse l'esigenza di visionare ulteriori documenti. Se il *briefing* preparatorio dell'audizione è stato ap-

profondito e sufficiente a spiegare i termini dell'argomento affrontato, dieci minuti sono più che sufficienti, tenendo presente che ormai nel Parlamento europeo e nei congressi mondiali di medicina, anche per le comunicazioni più importanti, i minuti a disposizione sono quattro. Questa raccomandazione sarà rivolta a tutti gli auditi.

Do senz'altro la parola al dottor Moirano.

MOIRANO. Signor Presidente, penso di riuscire ampiamente a rispettare i tempi indicati. Abbiamo preparato una documentazione, che è già stata inviata alla Presidenza e che ci riserviamo eventualmente di integrare.

L'Agenzia che dirigo si occupa del tema per cui oggi siamo in audizione, ossia il diabete, affrontandolo su tre piani diversi, alcuni dei quali si articolano in altri aspetti.

Il primo punto riguarda i piani di rientro. Noi affianchiamo le Regioni che devono affrontare i piani di rientro. In queste Regioni stiamo cercando di operare un riequilibrio, per favorire un rafforzamento delle politiche territoriali rispetto all'attività ospedaliera, molte volte inappropriata nel trattamento del diabete. Si tratta di un'impresa non sempre semplice, perché in molte di queste Regioni vi è uno sbilanciamento rilevante a carico dell'attività ospedaliera di ricovero, anche inappropriata, rispetto al supporto territoriale, sia ambulatoriale, sia domiciliare, sia di raccordo tra ambiti specialistici e interventi della medicina generale.

In alcune Regioni l'operazione di riequilibrio tra attività ospedaliera e politiche territoriali sta procedendo speditamente, in altre, invece, si registrano rallentamenti, anche perché la riconversione della rete ospedaliera è sempre molto difficoltosa anche sul piano politico, ostacolando spesso la liberazione di risorse sufficienti ad attivare alternative al ricovero.

Sul tema dei piani di rientro si potrebbe entrare maggiormente nel dettaglio, ma rimando a quanto abbiamo scritto e ad altra documentazione che l'Agenzia può produrre, anche con riferimento all'attività di riequilibrio tra ospedale e territorio nella trattazione delle patologie croniche.

Colgo l'occasione per rilevare che in alcune Regioni (anche in quelle in cui si rileva un'inappropriatezza ospedaliera superiore al 25 per cento) è molto difficile operare una riconversione, perché la prestazione che la popolazione può ricevere sul territorio è molto carente. In queste Regioni, quindi, occorre lavorare intensamente anche sul fronte degli accordi integrativi regionali con la medicina generale, con la medicina convenzionata, con la continuità assistenziale, con gli specialisti convenzionati e con le strutture di connessione tra l'attività sanitaria in senso stretto e l'attività socio-sanitaria.

L'altro filone di attività che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali svolge con riferimento al monitoraggio del trattamento delle patologie diabetiche si inserisce all'interno del Piano nazionale esiti. In proposito, abbiamo consentito a questa Commissione l'accesso alla sezione del sito dell'Agenzia dedicata al Piano. Nel quadro di analisi della popolazione residente, abbiamo inserito i tassi di ospedalizzazione per le

patologie che non dovrebbero richiedere il ricovero ospedaliero (mi riaggrancio a quanto detto poc'anzi). Ad esempio, è possibile accedere ai dati, riferiti alla popolazione italiana, in merito all'inappropriatezza dell'attività ospedaliera con cui vengono ricoverati i pazienti per diabete non complicato. Si registrano in proposito situazioni profondamente diverse, ricollegabili a quanto ho illustrato prima sulla riconversione tra attività ospedaliera e politiche del territorio, rispetto alle quali abbiamo sollecitato le Regioni.

Le Regioni (e, dal 15 febbraio, anche le Direzioni strategiche delle aziende generali, sanitarie e amministrative) sono autorizzate all'accesso al Piano attraverso il nostro sito, in cui possono verificare l'utilizzo inappropriato dei ricoveri ospedalieri per la patologia diabetica. Nel nostro sito trattiamo anche altre patologie croniche, ma il dato relativo al diabete è piuttosto interessante. È già a disposizione la serie storica dal 2005 al 2010 e a breve, grazie al Ministero che ci sta trasmettendo le schede di dimissione ospedaliera (Sdo) del 2011, avremo anche la serie del 2011, con una tempestività, anche rispetto agli anni passati, piuttosto buona.

La terza prospettiva di intervento di Age.Na.S, relativa ai grandi temi, riguarda i progetti di ricerca mirati, il più importante dei quali – mi piace ricordarlo – è il Progetto Matrice, di cui abbiamo anche dato descrizione nei nostri documenti. Brevemente, ricordo che il Progetto Matrice si occupa di verificare in maniera integrata le modalità di gestione dei pazienti con patologie croniche, una delle quali è il diabete. Si verifica come sono impiegati dal medico di medicina generale, dai gruppi di cure primarie e dalle attività distrettuali i vari strumenti a disposizione, cioè le attività ambulatoriali specialistiche, il consumo di farmaci, gli ausili, gli ospedali e i servizi di supporto.

Dalle prime analisi che stiamo svolgendo – ancora da approfondire – emerge che chi gestisce bene il paziente cronico di norma consuma complessivamente meno risorse. Abbiamo rilevato, infatti, che una buona gestione del territorio sembra comportare anche minori costi, avvalorando quindi la tesi che ad una migliore qualità della cura si abbinano un minore consumo di risorse.

Precedentemente, attraverso il Progetto «Valore», abbiamo confrontato la gestione del paziente da parte del medico singolo, del medico associato e del medico in rete. È una ricerca che abbiamo appena concluso, nella quale si fa riferimento anche alla patologia diabetica.

Il 28 marzo abbiamo presentato anche il progetto «Presa in carico» che riguarda le patologie che prevedono il passaggio da un regime assistenziale all'altro e per le quali intervengono non solo l'ospedale del territorio inteso come distretto, ma anche i settori socio-assistenziali. Si tratta di un altro aspetto piuttosto rilevante, perché anche in questo caso vi sono Regioni dove la gestione dell'integrazione del servizio è in capo alla struttura sanitaria che si è organizzata in maniera tale da coordinare anche l'attività socio-assistenziale e Regioni dove, purtroppo, tale integrazione è a carico del paziente. Questo problema non riguarda solo il diabete, ma anche altre patologie croniche, come quelle oncologiche, per le quali spesso

accade che, tra le varie funzioni verticali dei servizi sanitari, l'integrazione venga lasciata al «libero arbitrio» dell'individuo o dei suoi familiari. In alcune realtà questo problema è purtroppo ancora presente.

In conclusione, per quanto riguarda la valutazione, il discorso relativo all'*empowerment* del cittadino è un altro filone che fa parte del sistema di valutazione che stiamo completando, non solo per gli esiti ma anche per misurare, in senso più ampio, l'efficacia e l'efficienza dell'*empowerment* stesso. Per questo motivo abbiamo attivato una cooperazione con Cittadinanzattiva, che ci permetterà di valutare la qualità del servizio in base alle analisi dei cittadini. Siamo già operativi in dieci Regioni. Si tratta di un'iniziativa molto importante e speriamo che per fine anno possa dare i primi importanti risultati.

Per quanto riguarda la formazione educazione continua in medicina (Ecm), come saprete, la funzione di accreditamento dei *provider* nazionali e regionali – almeno per una parte del Paese – è stata trasferita. Con le rimanenti Regioni del Centro-Sud abbiamo attivato delle convenzioni di supporto per l'accREDITamento. Uno degli obiettivi prioritari riguarda la cronicità e i percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali. In quest'ambito il diabete viene considerato una priorità.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Moirano per il suo intervento. Prima di passare la parola al nostro secondo ospite, aggiungo che assiste ai nostri lavori il professor Salvatore Caputo, consulente della Commissione per l'indagine conoscitiva in corso, che è certamente noto a tutti i colleghi senatori. Lascio ora la parola alla dottoressa Pisanti.

PISANTI. Signor Presidente, per prima cosa voglio ringraziarla per l'invito a partecipare ai lavori della Commissione.

Quando ci riferiamo al diabete dobbiamo innanzi tutto parlare di un impegno che deve passare attraverso una valutazione non solo della condizione clinica, ma anche della condizione sociale e psicologica del paziente. Questo è un obiettivo comune a tutte le patologie croniche e per raggiungerlo sicuramente bisogna passare attraverso percorsi ben definiti: l'educazione sanitaria e la responsabilizzazione del paziente, una terapia e un *follow up* appropriati e la prevenzione delle complicanze.

Ricordo che l'Italia è stata la prima nazione al mondo a dotarsi di una legge, la n. 115 del 1987, che per quanto riguarda l'assistenza diabetologica ha affidato alle Regioni la regolamentazione dell'organizzazione dell'assistenza e ha istituito i servizi – non i centri – di diabetologia.

Il Ministero, in questi ultimi anni, ha cercato innanzi tutto di muoversi secondo le direttive nazionali e internazionali. La *slide* che vi mostro in questo momento illustra il contesto internazionale la cui attività nasce già nel 1989 con la dichiarazione di Saint Vincent e passa poi attraverso una serie di atti e provvedimenti come le linee guida emanate dall'Oms nel 1991 e da altri atti che ritengo fondamentali per il lavoro che stiamo svolgendo attualmente, cioè le direttive europee del 2006 che hanno dato indicazioni agli Stati membri in merito all'elaborazione di piani nazionali

sul diabete. Infine vi sono le indicazioni contenute nel piano d'azione Oms 2008-2013 sulle malattie croniche, una dichiarazione politica del 2011 sottoscritta da diversi Stati e infine la risoluzione del Parlamento europeo del marzo 2012.

Per quanto riguarda il contesto italiano, ricordo la legge n. 115 del 1987, ma soprattutto i Piani sanitari nazionali. La *slide* che stiamo esaminando illustra le attività che si svolgono presso il Ministero, sia quelle ancora in corso che quelle già terminate, mentre altre ancora verranno realizzate in futuro. Tra queste ultime è compreso il Piano nazionale di prevenzione 2010-2012 che ha individuato quattro aree fondamentali: la medicina predittiva, l'informazione e prevenzione riguardante la popolazione in generale, la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze.

Vorrei ricordare anche il programma «Guadagnare salute» secondo il quale la popolazione, attraverso politiche di intersectorialità, deve essere invitata a tenere presente i fattori di rischio per la maggior parte delle patologie croniche, il pacchetto LEA, cioè le indicazioni relative alla tutela di questi pazienti attraverso una serie di atti tra i quali il decreto ministeriale n. 329 del 1999 e successive modifiche che ha individuato le prestazioni specialistiche in esenzione per il paziente diabetico. Infine ricordo i lavori della Commissione nazionale sul diabete, istituita nel 2003 presso la direzione generale della programmazione, che aveva, in primo luogo, il compito di creare un coordinamento tra tutte le direzioni generali che seguivano ognuna il settore di propria competenza (farmaci, presidi diagnostici, programmazione e ricerca). La Commissione ha convogliato all'interno di questo tavolo di lavoro con le Regioni, le società scientifiche, le associazioni di volontariato e gli esperti, tutti gli obiettivi, definendo alcuni programmi comuni destinati potenzialmente a confluire in un Piano nazionale sul diabete, idea che, per quanto riguarda il nostro Paese, è stata anticipata proprio dalla Commissione.

Queste sono le indicazioni contenute nelle direttive europee del 2006, che contengono gli impegni dei quali gli Stati membri devono farsi carico: una prima parte riguarda la gestione del paziente diabetico e una seconda parte la definizione di un piano sul diabete.

Per quanto riguarda i programmi ministeriali, le prospettive future devono tener conto del piano d'azione dell'Oms 2008-2013 sulle malattie croniche. Esiste, inoltre, una bozza di Piano nazionale 2011-2013, attualmente fermo, che contiene una parte dedicata al diabete che indica diversi obiettivi.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008 aveva già indicato il diabete tra le quattro grandi patologie croniche di cui occuparsi. Sarebbe importante avere una conoscenza epidemiologica della patologia che in Italia è ancora molto scarsa, soprattutto per quanto riguarda il diabete di tipo 2.

È importante lavorare sui fattori di rischio, migliorare l'accessibilità alle cure e definire dei percorsi di cura integrati. Questi sono gli obiettivi principali dell'Oms, mentre il piano nazionale diabete, che ancora è una bozza, parla di prevenzione, razionalizzazione di offerta, sviluppo di continuità ospedale-territorio, governo clinico e appropriatezza. Il diabete

rientra tra le aree di intervento. In realtà, tutte le altre patologie cardiovascolari, oncologiche e respiratorie possono avere uno stesso modello assistenziale, pur avendo dei contenuti differenti, perché costruire un percorso per il diabete significa avere un modello paradigmatico anche per le altre cronicità.

Questi sono gli obiettivi. Come vedete, si passa dall'attività di rilevazione epidemiologica all'importanza dell'informazione alla popolazione e al paziente sui rischi della patologia. Senza fare terrorismo è necessario avere una conoscenza delle complicanze, di come curarsi e avere una *compliance* sia farmacologica che di stile di vita in questa patologia. Si parla della diagnosi precoce, prevenzione delle complicanze e soprattutto delle condizioni di fragilità. Il diabetico oltre una certa età non presenta solo la patologia diabetica, ma spesso anche altre patologie. Il percorso deve tener conto dal punto di vista terapeutico e farmaceutico della coesistenza di altre patologie.

Sempre con riferimento al diabete, teniamo presente l'importanza del diabete pregravidico, in gravidanza e di età evolutiva. Pur avendo numeri molto bassi per il diabete di tipo 1 in età evolutiva rispetto a quelli di tipo 2, l'impatto sulla quotidianità e sull'inserimento scolastico, sociale e lavorativo molte volte è molto più pesante di quello del diabete di tipo 2.

Poi si parla di *empowerment* di pazienti e di politiche intersettoriali. Questi obiettivi sono contenuti nel documento che stiamo scrivendo nel piano nazionale diabete, in modo da avere un raffronto e una corrispondenza tra i due documenti. Ricorderei il quaderno della salute su obesità e diabete presentato al Ministero sull'appropriatezza delle strutture, della tecnologia, della parte operativa e della parte clinica sia dell'obesità che del diabete. Nella presentazione sono presi in considerazione alcuni settori di fondamentale importanza. Venendo alla situazione a livello regionale, tutte le Regioni sono coinvolte in questo sforzo di riorganizzazione dell'assistenza diabetologica in Italia. Come commissione avevamo fatto un'indagine conoscitiva delle problematiche a livello regionale e possiamo dire che nei provvedimenti si parla di centralità del paziente, di percorso di integrazione, di educazione terapeutica e strutturata. C'è una grande attenzione alla parte clinico-sanitaria in questi documenti e una molto minore sull'aspetto sociale e psichico-sociale.

Ho inserito qui tre studi per quanto riguarda le criticità dell'assistenza: uno è lo studio quadri dell'istituto, un altro è il lavoro che ha fatto la commissione e un altro è il progetto Dawn sugli aspetti psichico-sociale. Guardando i contenuti di questi documenti notiamo che le criticità in effetti si sovrappongono e tre sono gli aspetti fondamentali. Una è l'educazione terapeutica strutturata, su cui bisogna lavorare molto, l'altra è l'incompleta aderenza alla *compliance* farmacologica e agli stili di vita e scarsi sono i progetti di gestione integrata. Le criticità sono ben evidenti e le conosciamo.

Le barriere del nostro sistema sicuramente sono la disomogeneità che si è creata con la modifica del titolo V della Costituzione, la deficienza dei sistemi informativi (non si può creare un percorso integrato senza

un supporto informativo su supporto informatico), i *gap* nella continuità assistenziale (molte volte sono definiti servizi, ma è poco chiaro il ruolo della medicina generale come quello della specialistica) e una scarsa conoscenza e attenzione all'educazione sanitaria.

Le forze nel nostro sistema sono la legge n. 115 del 1987, che delinea non soltanto l'istituzione dei servizi ma anche la tutela dei pazienti, dei loro diritti (erogazione dei farmaci, dei presidi diagnostico-terapeutico) e dei loro bisogni nella quotidianità. Sicuramente le forze del sistema sono tutte le leggi di recepimento regionale, i provvedimenti di tutela, il provvedimento sull'invalidità, la legge n. 104 del 1992, indicazioni sulle patenti di guida, l'esenzione *ticket*, ma soprattutto i servizi diabetologia che dagli studi hanno dimostrato che abbiamo il Paese con la più bassa emoglobina glicata rispetto agli altri Paesi europei sia nel diabete di tipo 1 che in quello di tipo 2. Questo fa capire quanto il servizio diabetologia sia utile nell'erogazione di prestazioni. Abbiamo un sistema sanitario pubblico e le indicazioni internazionali diventano una forza per il nostro sistema.

In Italia abbiamo un'organizzazione davvero ben riconoscibile e abbastanza omogenea, molto diversificata per il diabete in età evolutiva e per quello nell'adulto. Nel diabete in età evolutiva il primo livello dell'assistenza primaria, rappresentato dai pediatri in libera scelta, è molto meno codificato. In questo caso, è il centro di diabetologia che si prende carico del paziente dall'esordio, durante la terapia e per l'aspetto comunicazionale con la famiglia. Ha dei numeri bassi, ma vediamo che il *trend* è in salita: fino a otto anni fa avevamo circa il 7 per cento su 100.000 abitanti come incidenza; oggi arriviamo, mi dicevano i colleghi, quasi al doppio.

Per il diabete adulto abbiamo una prevalenza che raggiunge il 4,9, secondo i dati Istat. In questo abbiamo un'assistenza primaria definita dai medici di medicina generale e un secondo livello dei servizi di diabetologia che sono molto diversificati, perché ci sono strutture semplici e strutture complesse che hanno un'offerta di tipo ambulatoriale. Ne abbiamo alcune all'interno degli ospedali, altre nel territorio, però c'è molta diversificazione. Credo che sia importante oggi, per questa indagine, la mappatura dei servizi di diabetologia attuali rispetto a quelli del 2003 e anche la comprensione del funzionamento dei servizi.

È importante che i percorsi assistenziali siano molto diversificati a seconda della condizione clinica (profilo di tipo 1, compensato o no, piede diabetico, complicanze). I profili di cura, pur essendo diversificati, devono avere degli obiettivi clinici comuni definiti dagli *standard*. Le modalità per raggiungere questi obiettivi possono essere anche diversificate a seconda dell'organizzazione locale.

PRESIDENTE. Mi complimento per la scelta dei relatori dell'indagine conoscitiva, perché credo che non sarebbe stato possibile delineare meglio in maniera sintetica il quadro di partenza su cui inserire tutte le altre audizioni. Ringrazio anche per la presentazione molto chiara che,

per chi non ha avuto la possibilità di ascoltare, sarà più che illustrativa per capire il panorama entro cui ci muoviamo.

BASSOLI (PD). Desidero ringraziare gli auditi. Mi rivolgo innanzitutto al dottor Moirano: mi interessa avere ulteriori delucidazioni in merito al Progetto Valore, che – da quello che ho capito – prevede una raccolta di dati per verificare i risultati della cura in presenza della gestione da parte del medico singolo, del medico associato e del medico in rete. Alcuni medici associati con cui ho avuto occasione di parlare, infatti, mi hanno spiegato come fosse importante la loro attività proprio in rapporto a malattie croniche, come il diabete, per evitare una scompensazione. Questi medici si erano specializzati in varie malattie croniche, quindi riuscivano a gestire in modo più corretto, rispetto allo specialista, il loro paziente malato di diabete.

Vorrei ora rivolgere una domanda alla dottoressa Pisanti. Lei ha parlato di incompleta aderenza del paziente alle cure farmaceutiche e agli stili di vita suggeriti e ha poi parlato di *empowerment*, ossia delle modalità attraverso cui coinvolgere il paziente. Mi sembra che questi due aspetti siano strettamente legati tra loro e vorrei chiedere qualche ulteriore chiarimento sull'*empowerment*. Una persona che si deve curare per tutta la vita, infatti, ha bisogno di essere coinvolta e sostenuta durante il percorso di cura. Il diabete è sicuramente una malattia non solo invalidante, ma anche frustrante dal punto di vista degli stili di vita che richiede, che molto spesso comportano rinunce abbastanza pesanti.

È possibile, allora, che il coinvolgimento del paziente non sia solo legato alla volontà del medico? Esistono studi e proposte affinché il ruolo attivo del paziente sia sostenuto durante tutto il percorso di cura? Cosa si può fare per ampliare il ruolo del paziente, magari anche valorizzando le associazioni che si occupano di questo aspetto e che ho sentito citare prima dal dottor Moirano?

BAIO (Per il Terzo Polo:ApI-FLI). Ringrazio anche io sia il dottor Moirano, sia la dottoressa Pisanti per l'illustrazione completa e molto sintetica.

Vorrei rivolgermi al dottor Moirano. Nella parte iniziale del suo intervento ha parlato di inappropriata, riferita soprattutto al ricovero ospedaliero rispetto al servizio territoriale. Di fronte a una patologia cronica come il diabete il dato che avete analizzato è interessante. Siete in grado di fornirci dati che attestino in modo statistico chiaro tale inappropriata? Tale informazione sarebbe funzionale sia rispetto a quanto lei diceva relativamente ai progetti di ricerca mirata sia, soprattutto, con riferimento al discorso che correttamente faceva la dottoressa Pisanti sulla presa in carico del paziente diabetico.

Per alcuni aspetti, infatti, l'Italia (non solo grazie alla legge n. 115 del 1987, ma anche attraverso l'organizzazione territoriale) è stata antesignana anche rispetto ad altri Paesi europei e credo che di ciò dobbiamo

essere orgogliosi; ma sappiamo anche che, poi, non tutto ha funzionato alla perfezione.

In modo elegante e corretto faceva cenno a ciò anche la dottoressa Pisanti, alla quale vorrei chiedere qualche dato aggiuntivo relativamente al piano nazionale del diabete. Trasversalmente, con mozioni approvate all'unanimità, il Parlamento ha ripetutamente chiesto informazioni in proposito ai Ministri che si sono succeduti (prima al ministro Fazio, ora al ministro Balduzzi), ma ancora non ci è dato conoscere a che punto sia il piano.

Vorrei inoltre chiedere alla dottoressa Pisanti se sia in grado di fornire alla Commissione qualche ulteriore elemento relativamente al patto per la salute, che dovrebbe essere pubblicato a breve, per verificare come e se la patologia diabetica sia inclusa, soprattutto per quanto riguarda l'educazione, che è ritenuta da tutti elemento essenziale per tutte le patologie croniche e, in modo specifico, per la patologia diabetica. Non sempre, tuttavia, l'educazione è contemplata nel percorso terapeutico e non sempre è riconosciuta come elemento terapeutico essenziale, creando giustamente difficoltà per i medici. Credo che lei, meglio di noi, conosca questo dato.

FOSSON (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI*). Signor Presidente, la mia domanda è sovrapponibile a quella posta dalla senatrice Baio, ma vorrei riproporla, per maggiore incisività, al dottor Moirano, che offre sempre suggestioni interessanti. La domanda riguarda i ricoveri inappropriati, che provocano uno sbilanciamento del finanziamento. Il dottor Moirano ha fatto anche riferimento alla difficoltà politica di incidere nella programmazione delle varie amministrazioni regionali. Vorrei sapere se il discorso sull'inappropriatezza del ricovero tenga conto anche delle differenze territoriali. È chiaro, infatti, che anche il trattamento di patologie croniche, quando si è in montagna a cento chilometri dall'ospedale, ponga problemi diversi rispetto a quelli che si determinano in una zona di pianura.

MOIRANO. Rispondo subito alla domanda posta dalla senatrice Basoli sulla questione del Progetto Valore e della raccolta dati. Possiamo trasmettere alla Commissione lo studio che è già stato presentato ma, in sintesi, rilevo che il diabete non si comporta in maniera diversa dalle altre patologie croniche. In questa analisi abbiamo rilevato che il semplice associazionismo dei medici di medicina generale, in tutte le sue forme, da solo non basta se non è affiancato da una forte *governance* aziendale e distrettuale, che invece (in alcune Regioni) molto spesso non c'è, vuoi per scelte dirigenziali, vuoi per una debolezza strutturale del distretto, vuoi per aspetti organizzativi che non consentono la sovrapposizione delle funzioni distrettuali con quelle socio-assistenziali.

Insisto su questi aspetti: molte patologie croniche non risultano ben gestite perché le persone affette da esse, se si trovano in una situazione difficile dal punto di vista dell'istruzione, del reddito e dell'assistenza fa-

miliare, sono anche più fragili sul fronte della gestione della patologia. Le forme associative sono sicuramente importanti, ma devono essere integrate in una forte *governance* aziendale e regionale. Siamo comunque disponibili a trasmettere lo studio in nostro possesso, condotto in cinque Regioni.

Per quanto riguarda la domanda della senatrice Baio e del senatore Fosson, che in parte si sovrappongono, sulla inappropriata del ricovero ospedaliero rispetto alla patologia cronica abbiamo svolto analisi puntuali in tutti i 108 *diagnosis-related group* (DRG) per verificare quali siano utilizzati in maniera inappropriata, con ricovero ordinario. All'interno di questi 108 ce ne sono due, il 294 e il 295, che si riferiscono specificamente alla patologia diabetica.

Quando parlavo di una percentuale oltre il 25 per cento di ricoveri inappropriati, mi riferivo evidentemente all'insieme dei ricoveri ma anche, in particolare, alla patologia diabetica.

Anche per quanto riguarda il piano scientifico rimando al piano nazionale esiti (PNE) nel quale, in alcuni casi, abbiamo scelto di indicare il territorio provinciale più che le ASL dato che queste ultime, nel corso degli anni, si accorpano e si disaggregano in maniera disomogenea e per questo non sono facilmente confrontabili. Ritengo molto importante, a questo fine, l'analisi per area provinciale vista nella serie storica 2005-2010 che abbiamo messo a disposizione nel sito e che spero a breve comprenderà anche il 2011. Tale analisi può essere interessante, anche se si tratta di un indicatore piuttosto generico che può servire per uno studio iniziale.

BAIO (*Per il Terzo Polo:ApI-FLI*). Non può essere il solo.

MOIRANO. Non può essere il solo, evidentemente.

Oltre a tale analisi, abbiamo fatto riferimento alle schede di dimissione ospedaliera. Purtroppo, infatti, per raccogliere dati sul territorio abbiamo bisogno di utilizzare il flusso di informazioni più sistematico a nostra disposizione che è, appunto, quello delle Sdo. Comunque si stanno sviluppando anche altri flussi territoriali e questo, secondo me, è un aspetto importante. Abbiamo utilizzato le informazioni a nostra disposizione, come, per esempio, i ricoveri pediatrici, anche per misurare le carenze dell'assistenza pediatrica territoriale.

Per quanto riguarda l'aspetto politico, mi riferivo non tanto alla verifica dell'appropriatezza ma alle difficoltà che si incontrano nella riconversione dei livelli di assistenza, cioè quando si decide di chiudere o riconvertire alcuni presidi ospedalieri non utilizzati in modo appropriato, il che è politicamente difficile. L'Age.Na.S. ha preparato un documento pubblicato sul numero 27 di «Monitor» in cui abbiamo cercato di definire la rete di emergenza tenendo conto dei tempi di percorrenza (Dipartimento di emergenza, urgenza e accettazione – DEA – di I e II livello, pronto soccorso, pronto soccorso di area disagiata), senza prevedere, però, la presenza di ospedali che si alimentano di inappropriata, cioè di patologie che andrebbero indirizzate più opportunamente sul territorio utilizzando le

risorse per la riconversione. Tale processo, in alcuni casi, è difficile – giustamente – anche per il problema politico che solleva, però devo segnalarlo dato che talvolta, anche laddove si è riusciti a deliberare riconversioni importanti, si sono avuti rallentamenti nella sua realizzazione.

Infine vorrei precisare che molte volte non assumiamo nuove decisioni, ma ci limitiamo a realizzare quelle già prese.

BELLENTANI. Signor Presidente, vorrei aggiungere una considerazione relativa ad un elemento che riteniamo fondamentale, vale a dire «conoscere per decidere». Fino ad ora abbiamo sempre utilizzato le Sdo perché, come diceva il direttore Moirano, si tratta di un flusso informativo consolidato e tradizionale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale che ci consente di ottenere alcune indicazioni. Bisogna dire, però, che sta crescendo una nuova cultura del territorio e stanno aumentando anche i flussi informativi. Stiamo portando avanti, insieme al Ministero della salute, il progetto matrice, sia nell'ambito della direzione della programmazione che del sistema informativo nazionale. Tale progetto prosegue il programma mattoni del Servizio sanitario nazionale, un programma che voleva costruire, appunto, i mattoni per un sistema informativo sanitario che non fosse soltanto centrato sull'ospedale e sulla prestazione sanitaria bensì sul cittadino. Si tratta di un cambio culturale veramente straordinario che si attua sul territorio: è questa la vera differenza. Il progetto matrice prevede di incrociare i flussi informativi esistenti – le Sdo, il pronto soccorso, la specialistica ambulatoriale – con i flussi informativi dell'assistenza domiciliare e residenziale, nuovi dati che provengono dal territorio. Tutti questi flussi, che hanno grandissima valenza, sono comunque costruiti con un proprio sistema: il progetto matrice si prefigge di intrecciare tali informazioni seguendo il filo del processo assistenziale del singolo paziente con patologia cronica.

Abbiamo scelto alcune patologie croniche tra le più diffuse e di maggiore impatto sul sistema sanitario tra le quali, ovviamente, è compreso il diabete. Per fortuna, relativamente al diabete, abbiamo potuto avvalerci dell'enorme lavoro svolto dal Ministero della salute, anche a livello internazionale, quindi abbiamo un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale ben costruito e abbiamo Regioni che sono andate molto avanti in questo senso. Manca, invece, la capacità delle Regioni di raccordarsi tra di loro e il nostro progetto si prefigge, appunto, di superare tale difficoltà.

PISANTI. Signor Presidente, onorevole senatrice Bassoli, la scarsa aderenza alle indicazioni sia cliniche che di stile di vita è un dato comune per la maggior parte dei malati di patologie croniche. Tutte le patologie che hanno lunga durata richiedono una terapia lunga e talvolta accade che, ad esempio, gli ipertesi, dopo un certo numero di anni, riducano o non seguano più le cure prescritte. Anche coloro che soffrono per malattie respiratorie, nel momento in cui vi è un miglioramento, riducono le cure, quindi si tratta di un problema comune che naturalmente si riscontra anche tra i malati di diabete.

Molti studi hanno indagato su questo aspetto per comprendere se si tratti di un problema sanitario o psicosociale. Bisogna capire se vi sia scarsa comunicazione tra il medico e il paziente o se tale comunicazione non sia adattata al livello di comprensione del paziente. Infatti, spesso accade che le informazioni vengano trasmesse ma la comunicazione andrebbe bilanciata sul livello di comprensione dell'ascoltatore. Si dovrebbe prevedere un monitoraggio sul paziente per capire se la comunicazione abbia funzionato. Sto parlando di studi che danno molta importanza al problema comunicazionale e alla relativa risposta del paziente.

Altri studi, invece, trattano il problema del coinvolgimento psicologico e sociale del paziente nel percorso terapeutico. Ecco perché si parla di *empowerment*, vale a dire di responsabilizzazione del paziente e di adesione alla cura. La responsabilizzazione passa attraverso l'educazione terapeutica, quindi le due cose sono strettamente collegate, che non è educazione sanitaria. Lo ripeto: da molti anni si fa confusione, anche nel consenso scientifico, tra l'educazione sanitaria, rivolta alla popolazione, e l'educazione terapeutica, rivolta al singolo individuo per coinvolgerlo e responsabilizzarlo. L'azione terapeutica andrebbe strutturata ed esistono molti esempi, oggi, di educazioni terapeutiche strutturate nelle realtà locali dove si trova personale capace, che porta avanti un monitoraggio continuo della risposta del paziente. Tali aspetti, infatti, non possono essere dissociati.

La regione Toscana fornisce in questo senso un esempio di *best practice*, dato che una recente delibera ha coinvolto anche il mondo dell'associazionismo per contribuire alla responsabilizzazione del paziente. L'associazionismo viene visto non solo come fonte di informazioni sui diritti legali dei pazienti – un aspetto comunque molto importante – ma anche come supporto per l'educazione terapeutica sulla base di un protocollo condiviso con il medico. Addirittura esiste la figura del diabetico guida: si individuano, cioè, tra i malati di diabete che hanno esperienza, alcune figure che siano capaci di trasmettere la propria esperienza e di coinvolgere i nuovi malati.

Per quanto riguarda il piano nazionale diabete che, come tutti sanno, è stato ultimato già da molti anni e poi riposto in un cassetto per una serie di problematiche che non dipendevano dai tecnici, con il ministro Fazio ho avuto l'incarico di rivedere tale piano all'interno di una Commissione ristretta nell'alveo della quale stiamo cercando di ultimare un documento tecnico relativo ad una serie di aspetti.

Gli ultimi anni, però, non sono passati inutilmente anche perché, fino ad ora, si è avuto un peggioramento del quadro epidemiologico con l'aumento dei malati di diabete di tipo 2 e di tipo 1 e gli studi che sono stati fatti ci aiuteranno sicuramente a definire ancora meglio questo piano.

Per quanto riguarda poi il patto per la salute, l'argomento viene seguito dal Ministro e dal capo dipartimento. Noi abbiamo elaborato una relazione sulle criticità e i bisogni, sulle cose su cui bisogna lavorare e come farlo. C'è, quindi, un'indicazione da parte della commissione. Per l'educazione terapeutica esiste l'allegato del decreto del Presidente del Consiglio

dei ministri (che è fermo) sui livelli di assistenza, che è stato scritto e definito da noi tecnici. All'interno dell'allegato abbiamo inserito come prestazioni nella nomenclatura tariffaria l'educazione terapeutica. Sbloccandosi il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sui livelli e l'intero pacchetto potremo dare a queste persone l'educazione terapeutica senza pagamento di quota di partecipazione. È un *puzzle* dove ci sono le mille cose che si stanno facendo e che bisogna coordinare.

Il progetto matrice e tutti gli altri progetti su cui si sta lavorando devono far parte di un discorso comune finalizzato all'obiettivo di migliorare l'assistenza nei punti di criticità.

BASSOLI (PD). È possibile avere questa documentazione?

PISANTI. Fa parte del piano nazionale diabete, che è ancora un documento non ufficiale. Abbiamo inserito all'interno di questo piano tutta la parte dell'educazione terapeutica con delle strategie, azioni e obiettivi.

PRESIDENTE. Se si può avere per degli spunti, noi lo terremo riservato per la Commissione.

Ascolteremo ora i rappresentanti di società scientifiche. Sono presenti, in rappresentanza dell'Associazione medici diabetologi (Amd), il dottor Carlo Bruno Giorda, presidente; in rappresentanza degli Operatori sanitari di diabetologia italiana (Osdi), la dottoressa Maria Teresa Branca, presidente; in rappresentanza della Società italiana di diabetologia (Sid), il professor Gabriele Riccardi, presidente, e in rappresentanza della Società italiana di endocrinologia e diabetologia pediatrica (Siedp), il dottor Marco Cappa, presidente.

Cedo volentieri la parola ai nostri ospiti.

GIORDA. Signor Presidente, onorevoli senatori, grazie di questa opportunità. Incentrerò la mia presentazione di soli cinque minuti per mettere a fuoco la peculiarità dell'assistenza al diabete nel nostro Paese.

Il diabete colpisce quasi il 5 per cento della popolazione; c'è una forte quota di pazienti non diagnosticati e oltre i 65 anni di età l'incidenza aumenta nettamente. La gran parte dell'assistenza è rivolta al diabete di tipo 2 (che rappresenta il 95 per cento dei casi), mentre il diabete di tipo 1, cosiddetto giovanile, è del 5 per cento. La diabetologia sta cambiando, notevolmente perché da evidenze scientifiche molto forti si è visto che la tempestività con cui si interviene ha un valore aggiunto nella cura. Si riesce a ottenere una prevenzione delle complicanze molto maggiori se il paziente è preso in carico e trattato energicamente fin dall'inizio. Il modello assistenziale italiano, unico nel panorama internazionale, risponde a questo problema grazie alla legge n. 115 del 1987. In seguito all'adozione della stessa e di sei leggi regionali sono nati 650 servizi di diabetologia caratterizzati dalla presenza di *team* in cui lavorano infermieri, dietisti, diabetologi e pediatri. In alcune realtà italiane arrivano a farsi carico di quasi il 70 per cento della popolazione. I servizi fanno la diagnosi, la te-

rapia e la prevenzione, ma svolgono e tentano di portare a termine quel difficile processo che è l'educazione terapeutica di cui abbiamo sentito parlare adesso, che deve portare alla motivazione e alla cura del paziente ed esercitano un richiamo periodico (una delle azioni fondamentali del servizio di diabetologia) ed esplicano una medicina di tipo attivo e di richiamo, che è fondamentale per la prevenzione delle complicanze in una malattia cronica. Questo modello paga.

Mi fa molto piacere presentare questo grafico, che viene pubblicato proprio oggi su un'importante rivista internazionale, «The public library of science», dove si vede un'analisi di tutta la popolazione diabetica della città di Torino osservata per quattro anni. Dopo questo periodo i soggetti visti da un servizio di diabetologia rispetto a quelli mai osservati hanno una riduzione di mortalità per tutte le cause del 60 o 70 per cento. Questa è un'ulteriore prova del fatto che il modello che proponiamo non è basato su un credo ideologico, ma su dati concreti di efficacia.

Proprio per quanto riguarda la degenza ospedaliera – mi spiace che non siano presenti il dottor Moirano e la dottoressa Bellentani – l'assistenza diabetologica all'interno dell'ospedale (non parlo dell'assistenza di un reparto di diabetologia, ma del consulente diabetologico) va ad agire proprio sulla durata dei ricoveri. Esiste un'inappropriatezza dei ricoveri, ma anche della durata della degenza. Quelli che ora stiamo esaminando sono dati pubblicati piemontesi da cui si evince che per tipo di patologia (quindi, non stiamo parlando di ricovero per diabete, ma per complicanze) a parità di diagnosi i diabetici hanno una degenza ospedaliera maggiore, e questo è un dato noto. Negli ospedali e nelle aree dove maggiore è la presenza di un servizio di diabetologia, si riducono tutte le degenze. Questo si traduce in un risparmio economico, perché vuol dire meno giorni di degenza intraospedaliera. L'inappropriatezza è, quindi, non solo nel ricovero, ma anche nella durata della degenza. Tutto ciò si ottiene senza costi elevati, perché studi recenti di confronto tra la realtà italiana ed europea dimostrano che l'assistenza al diabete costa meno che in altre Nazioni. Il costo del diabete è dato per il 70 per cento dal costo del ricovero per complicanze e non da spesa farmacologica o per l'assistenza.

Termino con un confronto tra misure assistenziali italiane e europee. Mi sento intitolato a farlo, perché ho fatto parte per alcuni anni di una commissione dell'Unione europea, in rappresentanza dell'Italia, che prendeva in analisi tutti i dati esistenti in Europa sulla cura del diabete e faceva una sorta di *ranking* di controllo. In Italia la situazione è abbastanza buona: abbiamo quasi il 50 per cento dei pazienti che raggiunge il *target* di meno di sette di emoglobina glicata. Se ci confrontiamo con il resto d'Europa – questo è lo studio *European core indicators in diabetes* (Euclid) di cui ho fatto parte, cui hanno partecipato tutte le Nazioni dell'Unione europea, rilevabile sul *web* – e osserviamo l'assistenza in Italia rileviamo che gli indicatori di processo sono buoni, perché più del 90 per cento dei soggetti riceve un'emoglobina glicata all'anno, ha un controllo della pressione e del colesterolo soddisfacente. Se confrontiamo i risultati raggiunti in termini di soggetti che hanno più di sette di emoglobina gli-

cata (indicatore negativo di assistenza) con gli annali dell'Associazione medici diabetologi (AMD), che sono la fotografia italiana, rileviamo che in Italia abbiamo una percentuale di soggetti scompensati minore rispetto ad altre Nazioni di elevato livello sanitario come la Germania, la Francia e la Gran Bretagna. Abbiamo un sistema che già funziona e dà risultati concreti anche in termini di mortalità.

Per questo le società scientifiche, l'Associazione medici diabetologi (AMD), la Società italiana di diabetologia (Sid), gli Operatori sanitari di diabetologia italiana, ossia la società degli infermieri (Osdi), e la Società italiana di endocrinologia e diabetologia pediatrica (Siedp), si sono unite per produrre due documenti: uno su come debba essere organizzata l'assistenza al paziente dal punto di vista specialistico e un altro su come questa debba essere calata nel territorio in collaborazione con la medicina generale. Il secondo documento è stato prodotto in collaborazione con la Società italiana di medicina generale (Simg) e con la Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg), proprio per dare direttive chiare e percorribili su come debba concretizzarsi questo tipo di assistenza.

BRANCA. Signor Presidente, ringrazio la Commissione per averci dato l'opportunità di esprimerci in un contesto così importante.

L'assistenza al paziente diabetico e, in generale, al paziente cronico deve essere continuamente migliorata. È vero che in Italia si sono raggiunti livelli di qualità apprezzabili, ma è necessario un cambiamento organizzativo e, soprattutto, culturale da parte di chi si occupa dell'assistenza al paziente cronico. Occorre, quindi, promuovere un lavoro di squadra in cui tutti i professionisti siano coinvolti in un sistema coordinato di interventi e un migliore utilizzo del personale infermieristico e – in generale – del personale non medico, per definire piani di trattamento condivisi, che abbiano l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza del paziente cronico.

In tale contesto, quindi, è necessario attivare percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) che garantiscano una reale presa in carico del paziente e una continuità assistenziale che coinvolga tutti i livelli di cura, identificando le modalità di accesso al percorso attraverso una valutazione dei reali bisogni assistenziali del paziente.

Alla luce di tutto ciò, l'infermiere – secondo noi – può fare moltissimo, perché ha una visione olistica del paziente e, quindi, concepisce i bisogni assistenziali in maniera diversa rispetto agli altri professionisti, essendo abituato a pensare alla globalità del paziente. Il diabetico spesso è un paziente cronico nella cronicità, essendo talvolta affetto, oltre che da diabete, anche da altre patologie, come l'ipertensione, le cardiopatie, le insufficienze renali.

È necessario, quindi, avere un approccio che garantisca la centralità della persona all'interno di questo percorso assistenziale e la continuità delle cure. Quest'ultimo punto rappresenta un elemento importante: non a caso l'Organizzazione mondiale della sanità ha definito la continuità

delle cure come l'indicatore più sensibile per valutare la qualità dell'assistenza.

È necessario, quindi, passare dalla cultura della modalità prestazionale, che consiste nel rivolgere l'attenzione al paziente in quel determinato momento e nel problema contingente, ad una cultura più allargata, che comprenda la prevenzione e la tutela della salute in generale. Occorre, inoltre, favorire l'*empowerment* nel processo di cura.

In questo settore l'infermiere può dare moltissimo, perché è formato – e il profilo professionale lo prevede – nell'educazione del paziente, per favorire la responsabilizzazione e l'emersione delle risorse del paziente stesso per far fronte ai problemi legati alla malattia. Pertanto è necessario che l'infermiere sia formato specificatamente verso questo indirizzo.

Occorre, quindi, disporre di un infermiere esperto, specialista nella patologia cronica. Tale prospettiva potrebbe permettere anche lo sviluppo di competenze dedicate all'interno di percorsi di cura e di assistenza nella cronicità.

La figura dell'infermiere attualmente è soggetta a grandi criticità, dal momento che l'autonomia professionale, sancita per legge, di fatto poi non si traduce nella pratica. Ciò non permette all'infermiere di esplicitare la propria autonomia nell'attivazione di percorsi di educazione terapeutica strutturata, che sono fondamentali nella cura e nell'assistenza del paziente, nella gestione dei singoli casi e nel *management* del paziente.

A nostro avviso è inoltre indispensabile una formazione dedicata, attraverso corsi istituzionali riconosciuti e garanti del nostro ruolo. È importante anche disporre di un'organizzazione dedicata, in cui l'infermiere abbia un'assegnazione contrattuale in ambiti di competenza riconosciuti.

Ricapitolando, siamo dell'idea che per migliorare l'assistenza nella cronicità sia importante valutare e selezionare accuratamente i bisogni e le priorità di assistenza del paziente cronico e, in base a questi, fare un'attenta scelta del modello organizzativo, utilizzare razionalmente le risorse economiche (in un periodo in cui le risorse sono limitate è necessario anche questo) e promuovere politiche di valorizzazione del personale.

RICCARDI. Signor Presidente, ringrazio lei e i senatori della Commissione per l'iniziativa, a mio parere molto rilevante, di un'indagine conoscitiva sul diabete nella realtà italiana. Sono sorpreso nel constatare la grande convergenza di opinioni che oggi si è realizzata in questa sede tra tecnici, esponenti del Ministero e gli stessi onorevoli senatori presenti sulle prospettive della cura del diabete in Italia. Tra questa unanimità di consensi e quello che poi di fatto si sta realizzando nella maggior parte delle Regioni vi è però una contraddizione.

Non voglio ricoprire il ruolo di Cassandra, ma una delle prime informazioni che sicuramente la Commissione potrà acquisire in questa indagine è il fatto che il servizio di diabetologia, caposaldo dell'assistenza diabetologica italiana, così come sancito dalla legge n. 115 del 1987 sta progressivamente scomparendo dalle diverse realtà regionali italiane. Il numero dei servizi di diabetologia si riduce progressivamente ed essi ven-

gono sostituiti da ministrutture di livello ospedaliero, che hanno un'auto-nomia ridotta e spesso sono incorporate all'interno dei servizi di medicina generale.

A livello territoriale si cerca di scaricare il gravoso onere della gestione, della cura e della prevenzione sulle spalle dei medici di medicina generale che, integrati con i servizi di diabetologia, possono rendere un servizio eccezionale alla collettività, ma isolati o (come succede nel modello lombardo) ricorrendo a consulenze diabetologiche occasionali, difficilmente possono farsi carico di tutti i compiti che la citata legge n. 115 affida alle strutture diabetologiche.

Si è parlato di inappropriatazza dei ricoveri ospedalieri, fenomeno che sicuramente ha un impatto importante sui costi della sanità. Come Società italiana di diabetologia, insieme al Cineca, abbiamo condotto uno studio sui dati delle schede Sdo di molte Regioni italiane. Disponiamo delle informazioni relative a circa 500.000 diabetici (non solo quelli seguiti dai servizi di diabetologia) distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Dai dati è emerso che il 57 per cento della spesa che riguarda il paziente diabetico è connesso ai ricoveri; la spesa farmaceutica rappresenta solo una fetta limitata dei costi del diabete, così come quella per l'attività specialistica. Se vogliamo ridurre i costi dei ricoveri impropri, l'unica alternativa è offrire un'assistenza qualificata sul territorio.

Vorrei ricordare agli onorevoli senatori quello che ogni paziente diabetico deve fare ogni anno (talora anche più frequentemente) sulla base delle linee guida: una visita diabetologica, l'educazione terapeutica di cui parlava la dottoressa Pisanti, esame del fondo oculare, un ecodoppler per valutare la circolazione, un esame del sistema neurologico e altre procedure assistenziali diverse caso per caso. Tutto questo si deve fare in una struttura dove vi siano competenza e unicità dell'offerta diagnostico-terapeutica, altrimenti il medico di medicina generale è costretto a mandare il paziente diabetico in decine di strutture diverse con un conseguente aumento dei costi e delle difficoltà per il paziente. L'alternativa più semplice è il ricovero del paziente che trova nell'ospedale l'unica risposta al suo bisogno di assistenza. La società scientifica, quindi, propone di non guardare al servizio di diabetologia come ad un impegno del solo diabetologo.

La dottoressa Branca ci ha parlato del ruolo importante dell'infermiere specializzato all'interno della struttura diabetologica, oltre che dei dietisti, necessari per l'educazione nutrizionale. Tale struttura dovrebbe agire come un *team* sulla base di competenze molteplici. Noi proponiamo di potenziare le strutture per le malattie metaboliche e la diabetologia, anche allargandone lo spettro delle competenze.

La senatrice Baio ha parlato diverse volte del ruolo importante delle *chronic non-communicable diseases* (malattie croniche non trasmissibili). Sempre di più dobbiamo comprendere che queste realtà si intersecano: il diabete si associa all'ipertensione e all'obesità e quindi trattare il diabete significa trattare l'obesità e fornire una consulenza nutrizionale, magari prima che il diabete si manifesti dato che in Italia il 6 per cento della popolazione è affetto da questa patologia mentre l'obesità e il sovrappeso ri-

guardano il 50 per cento della popolazione, che ha un rischio elevato di sviluppare diabete. È chiaro che il medico di medicina generale ha un ruolo importante, ma quando è necessario decidere se oltre a dare consigli nutrizionali occorra una terapia nutrizionale intensiva, accompagnata da un'educazione strutturata o magari da una terapia medica o chirurgica (dato che oggi esistono farmaci antidiabete in grado di curare anche l'obesità) il cittadino dove può trovare una risposta e dove può essere indirizzato verso l'una o l'altra terapia?

Riteniamo che la risposta a tale domanda siano le strutture diabetologiche, se se ne allargano gli obiettivi e se ne riduce il numero, concentrando le competenze in modo che si possa avere una struttura ogni 100.000-250.000 abitanti. La frammentazione territoriale, infatti, favorisce l'incapacità strutturale organizzativa di far fronte ai problemi, mentre sarebbero più efficienti un minor numero di strutture all'interno delle quali concentrare tutte le competenze necessarie alla prevenzione e alla cura del diabete.

Questa è la nostra proposta e ancora una volta, ringraziando il Presidente per la sua iniziativa, ribadisco la volontà e la disponibilità delle società scientifiche a collaborare non solo con la Commissione ma anche con il Ministero nella gestione del Piano sanitario in tutte le occasioni, sia per fornire dati e informazioni che per partecipare poi alla realizzazione dei progetti di implementazione e al loro monitoraggio, perché dopo aver compiuto le scelte bisogna valutarne l'impatto sull'organizzazione, sui costi e sulla qualità di vita dei pazienti diabetici.

CAPPA. Signor Presidente, la ringrazio anche io per l'invito a partecipare ai lavori della Commissione. Ovviamente molte delle cose già dette sono assolutamente in linea con il pensiero della Società italiana di endocrinologia e diabetologia pediatrica.

Il mio intervento partirà da alcune considerazioni relative all'epidemiologia: è già stato accennato che anche se i malati di diabete di tipo 2 rappresentano una piccola parte dei malati di diabete in Italia, stanno aumentando in maniera esponenziale. In dieci anni l'incidenza di tale patologia è raddoppiata e da otto casi su 100.000 abitanti siamo arrivati a 15 su 100.000 e in Sardegna a 40 su 100.000, il che significa che l'impatto comincia ad essere significativo. Significativo inizia ad essere anche il diabete di tipo 2 che anni fa, quando ho iniziato la mia carriera, non esisteva in età pediatrica mentre adesso, purtroppo, esistono centinaia di bambini malati. Inoltre, dobbiamo considerare gli anni di malattia, perché un bambino di due anni sarà malato per 70 anni e questo è un altro problema importante.

La gestione dei pazienti, come è stato detto, deve passare attraverso un *team* multidisciplinare. Nella nostra realtà, però, solo il 50 per cento dei centri italiani di endocrinologia pediatrica ha un *team* e questa è una delle carenze che è necessario risolvere. Tra l'altro, oltre al dietista, all'endocrinologo, al diabetologo e all'infermiere, in età pediatrica è necessario anche lo psicologo, anzi è fondamentale perché dobbiamo consi-

derare che l'educazione coinvolgerà soprattutto la famiglia. A tale riguardo bisogna aggiungere che la terapia educativa non è remunerata: al momento, infatti, viene pagata un euro!

Mi dispiace che siano andati via il dottor Moirano e la dottoressa Bellentani, perché hanno detto una frase giusta: conoscere per decidere. Chi conosce il diabete di tipo 1 sa che non esiste un ricovero più appropriato della chetoacidosi all'esordio, eppure non viene considerato tale. In tal caso, infatti, il bambino disidratato necessita di sei o sette giorni per la rimessa in piedi e per la gestione della terapia.

Uno dei problemi più importanti è la differenza tra le Regioni. In alcuni casi, infatti, ci sono Paesi che distano 30 chilometri l'uno dall'altro nei quali, ad esempio, il prezzo per l'acquisto delle strisce può anche raddoppiare. Questa è una delle problematiche più importanti per i pazienti e soprattutto per la gestione dei farmaci e dei presidi.

Un altro argomento importante riguarda il bambino e la scuola. A questo proposito la Regione Lazio ha recentemente recepito un nostro lavoro e infatti nel bollettino del 28 marzo è stato pubblicato un protocollo molto dettagliato che, se applicato, potrebbe essere un esempio per tutte le altre Regioni.

Per quanto riguarda i costi, è vero che sono più importanti in caso di terapia intensiva ma se si effettua il calcolo con il sistema dell'*incremental cost effectiveness ratio* (ICER) la quantità di risorse risparmiate negli anni è superiore se si opta per una terapia intensiva in età pediatrica. Infatti un'emoglobina pari a sette in età pediatrica, mantenuta nel tempo, non porta a complicanze mentre un'emoglobina pari a otto, invariata per tanto tempo, porta a complicanze anche gravi. Quindi è necessario lavorare sulle terapie intensive e iniziare con una terapia educativa per risparmiare.

Personalmente ho la fortuna di lavorare in un ospedale controllato dalla *joint commission international*, un sistema di controllo americano che negli ultimi cinque anni ha determinato un miglioramento significativo dei servizi. L'Agenzia effettua un controllo ogni sei mesi, valutando tutti i processi di terapia e diagnosi. Secondo me questo sistema potrebbe essere applicato in tutta Italia con un'Agenzia italiana che utilizzi gli stessi sistemi. Lo devo dire con orgoglio: la scheda educativa e la scheda terapeutica del mio ospedale per il diabete sono considerate dalla *joint commission* come le migliori in Europa. Ne vado orgoglioso, ma allo stesso tempo propongo di estendere questo tipo di giudizio a tutta l'Italia.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, vorrei aggiungere alcune considerazioni relativamente all'intervento svolto dal dottor Cappa. Il dottor Cappa ha detto che gli era dispiaciuto che il dottor Moirano se ne fosse andato, perché via della questione del ricovero per la chetoacidosi. Anche se il dottor Moirano non c'è, faccio presente che ho promosso qualche mese fa, insieme alla senatrice Granaiola, un dibattito sul tema del diabete nell'infanzia cui ha partecipato anche il presidente Tomassini proprio perché si era verificato un caso drammatico di un bambino cui non era stato

diagnosticato il diabete nel modo giusto e che ha subito dei danni irreversibili proprio per l'incapacità di diagnosticare immediatamente questa patologia. Credo sarebbe utile fare un punto su questo problema, visto che il diabete dei bambini è poco conosciuto e non affrontato in tutte le realtà ospedaliere (a parte quelle specializzate come il Meyer, il Bambin Gesù o altri ospedali che hanno una qualità d'intervento per l'età pediatrica).

Chi sta seguendo l'indagine forse ci ha già pensato, però mi sembra utile ricordarlo perché l'osservazione fatta ci aiuta ad entrare nel merito del diabete nell'infanzia, della diagnosi precoce e, se fosse possibile, del discorso di un'eventuale prevenzione, che potrebbe anche essere quella della madre in gravidanza che viene informata dei rischi che possibilmente corre anche per ragioni che emergono nella gravidanza e che vengono abbandonate, perché non c'è più la necessità di continuare a fare certi accertamenti. Mi ha colpito questo punto perché, invece, mi sembra importante e da approfondire.

PRESIDENTE. Condivido in pieno quanto lei dice. Avevo già dato mandato agli uffici di estrapolare proprio dalle audizioni di oggi i due punti in cui veniva chiamata in causa Age.Na.S. e, quindi, il dottor Moirano per ottenere da lui approfondimenti. Lo scopo dell'indagine conoscitiva è di illuminare ogni anfratto dove sia utile una maggior chiarezza o identificare gli esempi migliori da seguire. Credo che proprio i relatori presenti e il consulente approfondiranno l'aspetto focale e importante del diabete infantile, degli ospedali di eccellenza e di come costruire il percorso e i piani, ma nulla vieta di integrare il corso delle audizioni e degli eventi che ci siamo dati con quelli nuovi che emergessero.

BAIO (PD). Ringrazio la collega Bassoli, perché il diabete in età pediatrica è uno dei punti sui quali va posta maggiore attenzione e offerta più conoscenza anche per noi. Anche se le conoscenze nel mondo scientifico oggi ci sono, dal punto di vista parlamentare credo che sia importante raccogliere qualche elemento in più e, quindi, valuteremo e poi proporremo alla Commissione un'integrazione non solo della raccolta dei dati, ma anche delle eventuali audizioni. È il primo giorno e lo possiamo fare con la massima tranquillità.

Voglio chiedere al dottor Giorda e al professore Riccardi alcune informazioni sui centri di diabetologia. Abbiamo un'ottima legge, ma di fatto sappiamo che ci sono dei buchi neri. Come diceva lei, professor Riccardi, su questi centri è stata posta tanta attenzione. Io non ero in Parlamento, ma abbiamo ereditato queste scelte positive del passato.

Vi pongo una questione dal punto di vista scientifico, anche se poi la scelta politica competerà a noi. L'attuale diffusione della patologia diabetica in età infantile fa rabbrivire. I dati sono oggettivi, non falsità o una stima e ci fanno capire un *trend* che non è legato solo a questa fascia. Il primo dato è, quindi, la diffusione e l'incidenza maggiore; il secondo dato è anche l'evoluzione degli studi sulla patologia diabetica. Non mi riferisco tanto all'origine, ma soprattutto all'aspetto terapeutico sia diagnostico che

terapeutico nel senso stretto del termine e relativo, quindi, all'uso dei presidi e della loro appropriatezza. Voi non ritenete che, per come erano impostati i centri di diabetologia (oggi lo sono in maniera ridotta), andrebbe riscritta la loro presenza, visto che stiamo facendo questa indagine conoscitiva? Lo dico abbassando il tono di voce e il vostro aiuto in questo senso è importantissimo. Bisognerebbe, quindi, capire come suggerire al Governo, visto che l'indagine conoscitiva ha il compito di indicare a chi governa oggi o governerà domani e considerato il fatto che questo Esecutivo per naturalezza finirà il suo mandato perché andremo a votare, come meglio organizzarsi. Lo dico – ripeto – abbassando il tono di voce, perché solitamente in Italia si tende a difendere e proteggere tutto ciò che abbiamo per rischiare di non perderlo e su questo sono d'accordo. Usando questo strumento voi potreste aiutarci a capire come potrebbe meglio organizzarsi il servizio di diabetologia attuale, che comunque funziona? Non parlo di quelli che vengono impoveriti, ma di quelli che oggi funzionano ma che magari non sono sufficientemente adeguati per le attuali necessità.

Per la seconda questione mi rivolgo alla dottoressa Branca. Lei parlava di formazione specifica. Su questo, anche come Commissione, ci siamo tanto spesi nei mesi passati. Ritiene che ci sia bisogno di una formazione *ad hoc* per la patologia diabetica o per le patologie croniche? Per le patologie croniche la richiesta è legittima e motivata. Le chiedo, invece, se lei abbia elementi per poter arrivare ad una formulazione corretta della proposta che presenteremo al Governo.

Vorrei fare, inoltre, un'osservazione che parte dalla mia esperienza personale. Dovreste aiutarci a capire meglio il rapporto esistente in questo campo. Ne parlavo anche con il dottor Caputo. Prima di essere una parlamentare, sono una persona diabetica da quando avevo l'età di nove anni; ne compio 56 a settembre, quindi mi sono portata dietro la malattia per 47 anni. Non sono neanche un ottimo paziente, ma non ho alcuna complicanza, quindi, essendo credente, ritengo che qualcuno sopra di me mi abbia protetto. Dico questo non per sollevare un problema personale (altrimenti mi occuperei di me stessa), ma perché ritengo che dobbiamo essere in grado di raccogliere i risultati della ricerca scientifica non tanto e non solo a livello nazionale, ma anche e soprattutto a livello internazionale, per capire come insorgano le complicanze. L'aspetto dell'autocontrollo, infatti, è essenziale, ma non è l'unico.

Pure riguardo a questo ulteriore aspetto, vi chiederei se siete in grado di fornirci, anche nei prossimi giorni, del materiale che possa essere utile.

Professor Riccardi, lei ci ha rivolto una richiesta accorata, chiedendoci di evitare di fare discorsi solo teorici e di riconoscere che non siamo più in grado di offrire un servizio sul territorio. Anche in questo caso vale il discorso che i centri di diabetologia devono agire in base al paziente, perché la presa in carico deve essere individuale, se vogliamo avere un effetto positivo, anche sul piano economico, per le casse dello Stato. Infatti, dobbiamo occuparci prima di tutto della persona diabetica, ma in

qualità di parlamentari dobbiamo interessarci anche dell'aspetto economico: ogni euro che sarà risparmiato invece di essere speso in disservizi o in cattivi servizi per i pazienti diabetici sarà riutilizzato per fornire un servizio migliore a tutti i cittadini diabetici.

PRESIDENTE. Prima di passare la parola agli auditi per una breve replica, ho anche io due quesiti da porre, ma devo anteporre una premessa.

I dati che ha illustrato la professoressa Pisanti dimostrano che l'assistenza è complessivamente molto buona, soprattutto a confronto con il contesto internazionale. Indubbiamente tale risultato dipende proprio dalla vocazione di alcuni medici e operatori sanitari, che infondono in questa grande battaglia un impegno personale che va al di là delle proprie mansioni e del proprio modello di retribuzione. Ciò consente di far funzionare il meccanismo assistenziale anche nella situazione peggiore, che si concretizza in una torre di Babele, per cui è molto difficile trovare sul territorio nazionale sistemi confrontabili. Credo che occorra perseguire l'obiettivo della ricerca di un'omogeneità nel livello, che può essere considerato migliore dal punto di vista organizzativo.

Rifletto su quanto ho sentito dal professor Riccardi, cui voglio sottoporre il tema. Credo che il giudizio sulle varie esperienze derivi molto da come uno abbia maturato la propria: in alcuni posti il sistema di assistenza territoriale è partito dal centro per arrivare in periferia, molto spesso in connessione con istituti di grande livello ed esperienza, ma magari dialogando poco con il territorio o registrando disfunzioni nella gestione territoriale di alcuni compiti. Pertanto, alla fine il sistema di assistenza è risultato estremamente intasato fin dal primo livello, riducendo le sue potenzialità proprio per i casi più difficili e complessi.

In altri posti il discorso è stato diverso: magari inizialmente l'assistenza territoriale si è attivata in collaborazione con il centro di secondo livello cooptando forze ausiliarie, che tuttavia si sono ben immedesimate in una buona pratica, magari anticipando quello che – con una definizione di moda – si chiama sistema «*hub and spoke*».

Nella mia esperienza in Lombardia, invece, il fatto di aver separato nettamente gli istituti ospedalieri dal territorio ha determinato sostanzialmente la creazione di due reti (quella generale e territoriale e quella di partenza) che però colloquiano tra di loro. Nell'ambito di questo sistema, l'operatività dei medici di medicina generale (sia della Simg, sia della Fimmg) è riuscita a far fronte alle difficoltà, soprattutto perché la loro azione si è andata ad integrare con quella della commissione esistente in Lombardia, che si occupa specificatamente del diabete.

Tale sistema ha funzionato soprattutto da quando, negli anni più recenti, sono state attivate le cosiddette Unità di cure primarie, grazie all'associazione professionale tra medici e, da ultimo, i raggruppamenti di malati cronici (Creg). In proposito, però, ho percepito una minima nota critica su quest'ultimo progetto. Secondo la mia opinione, la principale cri-

ticità di quel progetto risiede nel fatto che è stato scritto sulla carta, ma operativamente è stato avviato solo in poche Province e quindi non è ancora valutabile; esso, però, prevede, proprio nel metodo assistenziale (che è primitivamente un *home care*), un percorso di *pit stop* di aggiornamento diverso da quello previsto in caso di risveglio dell'acuzie.

In Lombardia questo metodo ha funzionato molto bene, perché i modelli di assistenza domiciliare integrata, realizzati con la cooperazione degli operatori sanitari non medici, hanno prodotto grandi risultati, tant'è vero che sono proprio questi centri a partecipare ai *forum* sanità che si tengono a maggio, in cui si espongono le esperienze pubbliche.

Occorre, quindi, capire come possa essere realizzato al meglio lo snodo. Capisco che le Regioni in cui l'ospedale e l'ASL sono un tutt'uno o in cui, magari, alcune patologie sono affrontate solo in un modo e l'assistenza domiciliare non funziona tendano a pensare solo al primo modello e ad escludere il secondo.

Il secondo tema riguarda un piano di sperimentazione. Abbiamo parlato tanto di modelli sperimentali. Secondo voi è possibile e interessante attivare un modello sperimentale che, una volta fissata la linea entro cui definire i casi *border line*, per questi non si basi sulla terapia ma solo sull'autocontrollo dietetico e glicemico? Occorre, infatti, capire se questo metodo, che tende prevalentemente a educare i comportamenti ma alla cui base è fondamentale un'alleanza terapeutica e fiduciaria con chi viene a controllare (sia esso medico o operatore sanitario non medico), sia funzionale ai fini di una migliore assistenza.

GIORDA. Rispondo subito alla senatrice Baio, che ha toccato alcuni argomenti veramente importanti che sono la chiave del problema.

La legge n. 115 del 1987 ha avuto il gran merito di far nascere i servizi di diabetologia. Questi ultimi, però, sono nati in maniera piuttosto disordinata, magari grazie alla presenza di un professionista particolarmente motivato. Non vi è mai stata una programmazione ragionata sulla base delle reali necessità del territorio ed è per questo che in Italia esistono Regioni più attrezzate ed altre meno. Le Regioni nelle quali i servizi di diabetologia sono molto ben rappresentati si trovano prevalentemente al Centro-Nord, mentre al Sud vi sono Regioni come la Puglia (la prima che mi viene in mente), dove invece sono davvero poco rappresentati.

Dunque in primo luogo, come ha detto il professor Riccardi, sarebbe necessario stabilire uno *standard* che definisse i requisiti minimi di un servizio di diabetologia, perché spesso vengono fatti passare come tali i singoli consulenti diabetologi senza *team* e quindi senza infermiere specializzato, dietista e quant'altro. Sarebbe preferibile, piuttosto, accorpare e dato che siamo in un periodo di risorse economiche ristrette si potrebbe puntare ad uno *standard* molto basso. Comunque è necessario, ad esempio, stabilire che il servizio di diabetologia pediatrica serve ogni due milioni di abitanti, mentre un servizio di diabetologia per adulti, che si farà carico an-

che dei pediatri, è necessario ogni 100.000 o 200.000 abitanti. Possiamo partire dallo *standard* più basso possibile, ma uno *standard* deve essere fissato. Il raggiungimento di questo primo obiettivo sarebbe un contributo importante, perché le Regioni dovrebbero adeguarsi. Lo ripeto: si può stabilire uno *standard* anche molto basso, ma che almeno costituisca un punto di partenza.

Per quanto riguarda le complicanze, certamente vi forniremo i documenti necessari. A tale proposito è importante monitorare la glicemia, ma anche controllare gli altri fattori di rischio cardiovascolare. Ad esempio, alla fine degli anni Novanta, in Italia, il 3 per cento dei soggetti diabetici sviluppava un evento cardiovascolare. Adesso siamo scesi ad una percentuale pari all'1,2/1,3 per cento, cioè il rischio si è più che dimezzato anche perché esistono nuove terapie, le statine, un controllo più accurato della pressione e un diverso approccio alla malattia. A questo proposito ho seguito personalmente uno studio alla fine degli anni Novanta che riportava la percentuale di rischio del 3 per cento, ma sottolineo che si tratta di dati internazionali. In alcuni casi non si è riusciti a portare a termine alcuni studi d'intervento, perché il tasso di eventi era diventato troppo basso. Ciò mostra quanto sia cambiata l'assistenza.

Per quanto riguarda i Creg, signor Presidente, posso dirle che si tratta di un progetto che va benissimo in quanto tale se prevede che per il paziente cronico vi sia, secondo un percorso prestabilito, il passaggio presso un servizio di diabetologia. Effettivamente non abbiamo ancora capito di cosa si tratti, se di una gestione isolata e (mi lasci usare il termine) «autoc-tona», oppure di una gestione aperta verso i servizi. Se il percorso stabilito prevede anche il passaggio in diabetologia allora il Creg può costituire un valore aggiunto, una modalità di controllo della spesa che a mio parere può andare bene. Bisogna chiarire solo questo punto fondamentale.

Dunque, secondo me, il livello di assistenza è attualmente buono, ma riusciremmo a fare un enorme passo in avanti se riuscissimo a stabilire uno *standard* minimo che è quanto noi tentiamo di fare con questi documenti.

BRANCA. Signor Presidente, innanzi tutto ringrazio la senatrice Baio perché la sua domanda mi dà l'opportunità di aggiungere alcune considerazioni su questo argomento che, oltre che essere di nostro interesse, è anche molto importante. Infatti, un infermiere specializzato che si occupi dell'assistenza al paziente è necessario ed è fuori discussione il fatto che debba avere competenze avanzate. Un infermiere appena uscito dal corso di laurea non può assistere adeguatamente un paziente che necessita di un'assistenza specializzata.

Sono presidente di un'associazione nata più di vent'anni fa, che si occupa di colmare il *gap* formativo dell'infermiere del servizio di diabetologia. Abbiamo elaborato numerosi percorsi formativi, specialistici e di base, che hanno fornito agli associati una formazione adeguata per l'assi-

stenza al paziente diabetico. Certamente non riteniamo che l'infermiere debba diventare specialista solo dell'assistenza al paziente diabetico, ma pensiamo che un percorso formativo sulla cronicità sia sicuramente un valido aiuto per assistere anche il diabetico, che è l'emblema del malato cronico. Per questo è necessario un percorso mirato alla cronicità anche perché il paziente diabetico, molto spesso, è affetto da diverse patologie croniche: dunque è necessario che vi siano competenze specifiche non soltanto sulla patologia diabetica ma che mirino ad un approccio globale verso il paziente cronico.

Sarebbe auspicabile che la formazione di queste figure professionali fosse istituzionale e non solo volontaria. Gli infermieri, al momento, la portano avanti attraverso *master* a pagamento anche molto impegnativi ma in questo modo, con il tempo, la motivazione dell'infermiere viene meno, perché si tratta di un tipo di formazione che non ne garantisce il ruolo. L'infermiere deve sentirsi garantito e tutelato nel suo percorso formativo e per questo sarebbe meglio se quest'ultimo fosse istituzionalizzato e formalizzato in una rete universitaria con una laurea specialistica o un *master* che facciano parte di un percorso strutturato. Questo è un obiettivo per il quale continuo a battermi dal 2002. Sappiamo che sarà molto difficile da raggiungere, anche perché forse ci sono delle resistenze all'interno del nostro collegio, ma i tempi sono ormai maturi.

RICCARDI. Signor Presidente, rispondo alle sue cortesi richieste e a quelle della senatrice Baio.

Vorrei sottolineare l'importanza della riscoperta del servizio di diabetologia come struttura che ospita un *team*, una squadra. Come diabetologi, volendo avere una visione più corporativa, potremmo anche pensare che per la cura del diabete vada bene utilizzare gli ambulatori di medicina generale o le strutture distrettuali, purché venga riconosciuto il ruolo dello specialista diabetologo. L'esperienza maturata in questi anni, però, a partire dalla legge n. 115, ci ha insegnato che il solo diabetologo non basta per un'assistenza adeguata e che il contributo di infermieri, dietisti, podologi è prezioso. In Italia per ogni diabetologo abbiamo in media un solo infermiere mentre nei Paesi anglosassoni il rapporto è di uno a quattro. Occorre, quindi, andare verso un allargamento delle professionalità coinvolte, mentre ancora oggi la maggiore parte delle strutture diabetologiche non hanno un dietista e nemmeno un podologo, che probabilmente anche se non può far parte strutturalmente del *team*, deve essere disponibile *on demand*. Il nostro obiettivo, quindi, è di riuscire a realizzare un *team* multiprofessionale in ogni struttura diabetologica.

Il professor Giorda, giustamente, ha detto che dobbiamo individuare uno *standard* non solo rispetto al numero di strutture diabetologiche realmente necessarie ma anche per la composizione di tali strutture. Quando in Campania è stato fatto il registro per le incretine, abbiamo scoperto che esistevano 180 strutture diabetologiche che le prescrivevano mentre,

secondo me, ne sarebbero necessarie solo 20 o 30. Comunque non servono strutture dove un unico medico visita i pazienti per qualche ora senza il supporto di un *team*; sarebbe meglio che ci fossero meno strutture ove però si concentrassero tutte le competenze necessarie per la prevenzione e la cura del diabete.

Certamente ogni Regione ha una sua peculiarità. A me sembra molto interessante l'esperienza lombarda, che divide nettamente l'ospedale dal territorio purché sia nella struttura di tipo ospedaliero che in quella territoriale sia presente un *team* specializzato. Infatti, se la struttura diabetologica all'interno dell'ospedale funziona, ad esempio, si potranno offrire consulenze diabetologiche prima che il paziente chirurgico si ricoveri, come stiamo cercando di fare nel nostro ospedale. In questo modo il paziente diabetico, che sarà già ben compensato, potrà essere operato il giorno dopo il suo ricovero.

Assistiamo ancora a casi di ricovero in ospedali dove il paziente impiega una settimana per mettere a posto la glicemia e oggi questo non è più ammissibile. La presenza di una struttura diabetologica all'interno dell'ospedale è in grado di evitare questo tipo di inconvenienti.

Il senatore Tomassini ha richiamato una cosa importante che credo vada sottolineata: il ruolo dello stile di vita. Può essere la chiave di volta per cambiare anche l'epidemiologia di queste malattie croniche non trasmissibili. Lo stesso stile di vita riesce a prevenire il diabete, l'obesità, le malattie coronariche e i tumori. Come diceva la dottoressa Pisanti, è illusorio credere che si possa aiutare una persona a cambiare lo stile di vita, se non si ha la professionalità dell'educatore terapeutico. È una attività, questa, che bisogna saper fare e alla quale occorre prepararsi: l'infermiere o il dietista a cui si affida questo compito devono a tal fine qualificarsi. Il povero medico di medicina generale nel suo studio con i pazienti che aspettano in sala d'attesa difficilmente potrà da solo fare qualcosa per lo stile di vita dei pazienti che poi abbia un impatto e delle conseguenze a lungo termine; la consulenza del *team* diabetologico potrà, invece, aiutarlo a risolvere il problema. Noi offriamo anche questo allargamento della prospettiva operativa del centro diabetologico, che diventa, così, il primo nucleo di una struttura che si fa carico globalmente delle malattie croniche non trasmissibili, almeno per quanto riguarda la prevenzione primaria e secondaria.

CAPPA. Per quanto riguarda la prevenzione, in età pediatrica è il cardine per evitare che pazienti con diabete di tipo 2 arrivino a voi. È ovvio che la prevenzione primaria sia fondamentale.

Per quanto riguarda la prevenzione delle complicanze, volevo rispondere che esistono in letteratura dei dati molto consolidati e che sono in relazione all'emoglobina glicata: meno è alta e meno complicanze avremo. L'endocrinologia pediatrica italiana è presa a modello, perché abbiamo un'emoglobina glicata media intorno a sette che non esiste nel mondo, tranne in Israele e in qualche altro Paese virtuoso.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per il contributo offerto ai nostri lavori. Comunico che la documentazione consegnata dagli auditi, poiché nulla osta, sarà resa disponibile alla pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione.

Poiché non vi sono osservazioni così resta stabilito.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 13.

