Senato della Repubblica XVI LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO n. 7

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

12ª COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

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

339ª seduta: giovedì 14 giugno 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

IC 1621
TIPOGRAFIA DEL SENATO (53)

I N D I C E

Audizione di esperti

* PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 5, 8 e *passim*
BAIO *(Per il Terzo Polo:ApI-FLI)* 8
RIZZOTTI *(PDl)* 8
BIANCHI . . . . . *Pag.* 13
* *CORRADI* 5, 9
* *LAURO* 3, 10
* *PINELLI* 7, 10
SPINOSA 11

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 di Federsanità-ANCI, il dottor Attilio Bianchi, presidente della Commissione regionale campana sull'appropriatezza, il dottor Enzo Chilelli, direttore generale, il dottor Davide Lauro, ordinario di Endocrinologia presso l'Università Tor Vergata e responsabile del Centro di riferimento del diabete di tipo II e la dottoressa Tiziana Spinosa, dirigente dell'ARSAN-Campania e, in rappresentanza della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO), la dottoressa Maria Paola Corradi, vicepresidente e il dottor Nicola Pinelli, direttore.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

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 del 29 maggio scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e del segnale audio 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.

Abbiamo il piacere e l'onore di avere oggi presente in rappresentanza di Federsanità-ANCI, il dottor Attilio Bianchi, presidente della Commissione regionale campana sull'appropriatezza, il dottor Enzo Chilelli, direttore generale, il dottor Davide Lauro, ordinario di Endocrinologia presso l'Università Tor Vergata e responsabile del Centro di riferimento del diabete di tipo II e la dottoressa Tiziana Spinosa, dirigente dell'ARSAN-Campania e, in rappresentanza della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO), la dottoressa Maria Paola Corradi, vicepresidente e il dottor Nicola Pinelli, direttore.

Cedo la parola al dottor Lauro per la sua illustrazione.

LAURO. Buongiorno a tutti, saluto il presidente Tomassini e vi ringrazio per il cortese invito.

Come tutti sappiamo, il diabete è ormai una pandemia importante nel nostro territorio. Pertanto, i modelli assistenziali a nostra disposizione devono essere implementati e caratterizzati per venire incontro alle esigenze di una patologia ormai sistemica che interessa una quota di popolazione

superiore ai 4 milioni di persone. A questa si aggiunge una percentuale di soggetti che non sa di avere la patologia: si pensa che il rapporto sia uno ad uno o uno a due. È una patologia che comporta dei costi economici importanti e ha un'incidenza sulla spesa globale del sistema sanitario di circa l'11 per cento: 10 miliardi di euro come costi diretti legati al diabete, senza calcolare i costi indiretti, dovuti all'assenza dal posto di lavoro e al peso economico sulle famiglie.

Il modello che proponiamo come tipo di assistenza e, quindi, come modalità di prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito, si basa sul concetto di *hub and spoke*. L'*hub* dovrebbe coordinare gli aspetti fisiopatologici, clinici ed epidemiologici nel campo del trattamento del diabete, creando un *database* nei registri regionali e nazionali di identificazione dei centri: intende fornire una risposta appropriata e complessiva, coordinando l'attività di tutte le strutture che ad esso convergono in percorsi diagnostico-terapeutici concordati, riferibili alle correnti linee guida nazionali e internazionali. Tali centri sono composti da unità operative aventi figure professionali mediche, che vanno dal diabetologo agli altri specialisti, interessati alla patologia e alle complicanze croniche che possono insorgere nei pazienti affetti da diabete mellito e, quindi, alla cura delle sue comorbilità, con un ruolo di eccellenza soprattutto in campo endocrino-metabolico.

I livelli di intervento comunque dovrebbero prevedere una gestione integrata, secondo il modello che è stato adottato in Italia, e i medici e i pediatri di base dovrebbero costituire il primo *step* per la diagnosi, prevenzione e con particolare attenzione all'informazione per quanto riguarda le precauzioni igienico-sanitarie e l'educazione ai fini preventivi. Le unità operative per interventi diagnostico-terapeutici di primo livello specialistico a valenza distrettuale dovrebbero prevedere la presenza di un ambulatorio di diabetologia e delle malattie endocrino-metaboliche, con un minimo di cinque giorni a settimana di apertura e servizio di *day service* (è il servizio che maggiormente integra i diversi aspetti della gestione complessa della patologia). Queste unità dovrebbero essere dislocate in modo da coprire in maniera omogenea tutte le aree territoriali del Paese. Ogni azienda sanitaria dovrebbe avere almeno un'unità operativa dedicata ad ogni aspetto della malattia, come la gestione del diabete infanto-giovanile, delle complicanze legate al diabete gestazionale e altre complicanze specifiche, come il piede diabetico.

Sarebbe opportuno avere delle unità operative per interventi diagnostico-terapeutici di secondo livello, specializzate in diabetologia e malattie endocrino-metaboliche, con funzione di centri di riferimento provinciali, con un bacino di utenza ottimale intorno ai 100.000-200.000 residenti. Dovrebbero essere infine previsti dei centri di riferimento regionali di terzo livello, in cui vengano attuate le ricerche in campo diabetico, come nella diagnostica genetica molecolare. Occorre adottare misure che servano a strutturare e validare le ricerche nel territorio per nuovi interventi farmacologici e ad istituire dei presidi sanitari che possano attuare misure di

cura, alcune volte anche di prevenzione, nella gestione delle complicanze nella popolazione altamente a rischio.

Questo sistema così strutturato dovrebbe venire incontro alle esigenze del paziente diabetico, che sarebbe messo al centro del modello di gestione proposto. È inoltre importante strutturare una terapia anche dal punto di vista educazionale, considerato come l'educazione del paziente diabetico permetta una migliore gestione della patologia stessa, con una riduzione sia dei valori di emoglobina glicata, sia degli altri parametri che aumentano il rischio di patologia cardiovascolare, come l'ipercolesterolemia, l'ipertrigliceridemia e la pressione arteriosa. Questo tipo di strutturazione e di terapia educazionale permetterebbe al paziente di essere consapevole della propria condizione e di meglio gestirla, anche in relazione alle differenti variabili della giornata, come l'introito calorico, l'attività fisica e lo stato emozionale, ma anche l'assunzione di alcool o di altri alimenti. Il consumo di alcuni alimenti o bevande può essere particolarmente rischioso se la persona non ne conosce gli effetti sulla patologia.

La gestione delle persone con diabete così strutturata permetterebbe di affidare la cura della patologia a differenti specialisti. La gestione dei dati clinici accessibili a più figure mediche, specialistiche e non, sarebbe supportata da un'adeguata piattaforma informatica in cui ogni figura professionale possa inserire e visualizzare i dati di ogni singolo paziente. In questo modo può esservi una gestione veramente integrata della patologia. Questo è il punto di vista della nostra organizzazione.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottor Lauro.

Cedo ora la parola alla dottoressa Corradi.

CORRADI. Signor Presidente, ringrazio la Commissione, anche a nome del Presidente della FIASO, dottor Monchiero, che oggi non può essere presente e che mi ha incaricato di rappresentare l'associazione.

La patologia di cui trattiamo costituisce una vera propria epidemia e questo di per sé è uno dei problemi più rilevanti: il fatto che abbia un andamento così esponenziale nella crescita e nella diffusione è un elemento molto importante di interesse rispetto a quello che le aziende sanitarie sono chiamate a mettere in campo per la prevenzione e la cura. Abbiamo visto – come ha già rappresentato il collega – che l'assorbimento di risorse del servizio sanitario nazionale per questa patologia è estremamente corposo, così come è estremamente rilevante l'impegno organizzativo che le aziende sono chiamate a mettere in atto. I dati sull'andamento dei costi rappresentano che il paziente diabetico assorbe più del doppio delle risorse che sono normalmente assorbite da un utente del servizio sanitario nazionale, di cui circa la metà è ancora ascrivibile agli episodi di ricovero ospedaliero, mentre una quota molto rilevante è determinata dall'assorbimento di risorse legate alle terapie farmacologiche, che nel paziente diabetico si vedono non soltanto limitate ai farmaci per il trattamento della patologia specifica, ma anche all'utilizzo di un complesso di farmaci molto ampio ed eterogeneo.

La patologia è caratterizzata da un altissimo numero di pazienti e livelli di complessità clinica diversi a seconda dello stadio in cui si trova. L'andamento clinico comporta diverse tipologie di cura e i pazienti devono essere coinvolti, come diceva il mio collega, per favorire l'autogoverno dell'andamento della situazione clinica. Infatti, nelle fasi in cui si concentrano il maggior numero di pazienti, in particolare la fase iniziale della malattia, quando ancora non sono insorte complicanze, questo è un elemento estremamente rilevante ai fini di una corretta gestione della patologia e rappresenta sicuramente un impegno e un onere molto importante per le aziende sanitarie.

Il modello prospettico che la FIASO considera come possibile compendio di una buona qualità di approccio, di prevenzione e terapia, prevede una gestione economica compatibile con l'attuale sistema di finanziamento delle aziende. Si tratta di un sistema estremamente orientato alla razionalizzazione e all'allocazione corretta delle risorse e prevede lo sviluppo di metodologie altamente integrate di approccio al paziente.

Nell'ambito dei *panel* assistenziali messi in atto è necessario identificare sostanzialmente tre livelli. Al primo livello la nostra associazione prevede un fortissimo coinvolgimento dei medici di base che sono nella condizione di attivare un'azione estremamente efficace per l'identificazione dei pazienti dato che esiste una popolazione molto importante che ancora non sa di essere affetta da diabete o a grave rischio di sviluppare tale malattia. Il medico di base, quindi, è fondamentale per l'identificazione dei soggetti a rischio o dei soggetti affetti da diabete e per la gestione di tutte le fasi della patologia che non presentano ancora alcun livello di complicanza.

Naturalmente questa azione deve essere svolta in stretta collaborazione, in integrazione funzionale, e se possibile anche strutturale, fruendo di una rete informatica diffusa, capillare e uniformemente in grado di raccogliere i dati clinici del paziente. Tale rete, purtroppo, in molte delle nostre aziende non è ancora presente. Il medico di base, inoltre, deve operare in stretta connessione culturale e funzionale con i servizi intermedi ai quali vengono inviati i pazienti dopo l'esordio della malattia, sia per la maggiore complessità della patologia sia per costituire un punto di riferimento per il *follow up*, secondo protocolli condivisi con i medici di base.

Tale livello di assistenza è tipicamente territoriale. La patologia diabetica, infatti, tranne che per le complicanze in fase acuta, non necessita abitualmente di ricovero, quindi la maggior parte dei ricoveri per diabete possono essere considerati inappropriati se non esistono complicanze. Il diabete all'esordio non è una patologia che necessita di ricovero, quindi è estremamente importante sviluppare una rete sul territorio che consenta questo tipo di gestione integrata che elimini gli accessi inappropriati in ospedale.

Il terzo livello, quello ospedaliero, deve trattare le forme complicate della patologia o le fasi di espressione clinica di maggiore gravità.

Questi tre livelli possono trovare una loro esplicazione solo se il modello culturale, ancora radicato in molte situazioni e che considera la fun-

zione ospedaliera e la funzione territoriale in antitesi, verrà modificato per ottenere il risultato auspicato. Fino ad ora, infatti, le entità ospedaliera e territoriale si sono connesse con una certa difficoltà culturale e operativa. Per questo motivo l'accesso in pronto soccorso e l'episodio di ricovero in molte realtà rimangono slegati da un sistema di cura territoriale che in diverse aziende risulta ancora difficile connettere al resto del sistema.

In relazione all'attuazione di tali modelli, la FIASO ha potuto constatare, in una serie di aziende rappresentative di diverse realtà italiane, l'attuazione di alcune esperienze molto fruttuose. Tali esperienze hanno prodotto risultati sia di tipo qualitativo che economico nettamente migliorativi sia per la gestione clinica del paziente sia per la distribuzione delle risorse.

Secondo la nostra associazione è necessario inoltre prevedere un'azione attiva di gestione delle fragilità sul piano della formazione degli operatori e della comunicazione ai cittadini. Il coinvolgimento dei pazienti e la realizzazione di politiche di promozione della salute con un coinvolgimento attivo dei cittadini e dei pazienti sono sicuramente un ambito nel quale l'investimento rappresenta una variabile fondamentale, foriera anche di risultati molto importanti in termini di capacità di prevenzione delle complicanze della patologia. In alcuni casi si può incidere sugli stili di vita che, secondo acclarate evidenze scientifiche, comportano un aggravamento della patologia diabetica, affrettando e accelerando la comparsa delle complicanze, o addirittura, in alcuni casi come l'obesità, comportando lo slittamento della patologia da fasi di età più avanzata a fasi di età più giovane perché il sovrappeso, di per sé, costituisce un elemento estremamente rilevante di rischio di sviluppare la patologia diabetica.

Lascio ora la parola al dottor Nicola Pinelli che rappresenterà in dettaglio alcune esperienze estremamente specifiche che la FIASO ha raccolto nel suo percorso di analisi delle realtà territoriali delle aziende associate.

PINELLI. Signor Presidente, volevo soltanto aggiungere che oltre alla relazione appena descritta dalla dottoressa Corradi, abbiamo contribuito alla ricerca e all'indagine conoscitiva in corso sulla patologia diabetica con tre allegati tecnici.

Nel primo di tali allegati abbiamo riportato gli studi e le ricerche effettuati nell'ambito del nostro laboratorio sul governo del territorio dove, in particolare nella seconda fase di ricerca conclusasi a giugno 2009, sono stati individuati alcuni indicatori sintetici di integrazione professionale e di continuità delle cure percepita che sono stati rilevati su tre patologie croniche, una delle quali è il diabete. Nell'allegato sono descritti in dettaglio i risultati in termini di strutturazione organizzativa e di formalizzazione dei percorsi in 14 ASL territoriali rappresentative del territorio nazionale.

Nel secondo allegato, invece, riportiamo una serie di evidenze che derivano dall'analisi scientifica delle principali esperienze raccolte, sistematizzate e valutate da un comitato scientifico della Federazione nell'ambito dell'assistenza territoriale e della presa in carico del paziente cronico.

Insieme a tali evidenze vi proponiamo due esperienze particolarmente significative per la gestione del paziente diabetico avvenute nella ASL di Varese, con la definizione di un sistema informativo di monitoraggio dei pazienti diabetici, e in quella di Savona, dove è stato sperimentato il rapporto tra medicina di gruppo e centro diabetologico.

L'ultimo allegato è collegato alla nostra iniziativa sulla comunicazione per la promozione della salute, nell'ambito della quale un laboratorio attivo *ad hoc* confronta i modelli organizzativi adottati nelle aziende, le politiche e le esperienze in termini di promozione della salute, con aree di intervento sul diabete legate in particolare all'alimentazione, all'attività motoria e al fumo. In questo allegato abbiamo offerto una panoramica delle esperienze maturate dalle aziende per promuovere stili di vita sani in queste tre aree.

BAIO *(Per il Terzo Polo:ApI-FLI)*. Signor Presidente, ringrazio i nostri esperti per i loro interventi. Ritengo che il loro lavoro non possa definirsi solamente una ricerca, perché si tratta piuttosto di un'analisi diretta sul campo, che mette a confronto anche realtà che non sono state finora oggetto di approfondimento, pur operando all'interno del nostro Servizio sanitario nazionale.

Vorrei chiedere agli auditi di fornire alla Commissione la loro documentazione, perché l'obiettivo dell'indagine conoscitiva è quello di arrivare ad una sintesi, in cui descriveremo tutto ciò che abbiamo raccolto, le risorse e le criticità. Ricordo però che non si tratta di un ufficio studi, ma del Parlamento; noi siamo legislatori e il nostro obiettivo è arrivare ad una sintesi per consentire un aspetto migliorativo del nostro sistema di presa in carico della patologia diabetica e, forse, all'interno di questa vostra analisi e di questo vostro *focus*, voi avete raccolto qualche elemento particolare di criticità o di eccellenza.

Riteniamo infatti che mutuare le *best practices* potrebbe essere il *leitmotiv* di tutta la nostra indagine. Nelle diverse audizioni abbiamo già raccolto una serie di criticità e di proposte, mutuando anche l'esperienza straniera. Vorrei quindi sapere se siete in grado già oggi di anticiparci questi dati e di farci poi pervenire la relativa documentazione scritta, tenuto conto che è nostro auspicio riuscire a varare il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva in titolo entro il prossimo mese di novembre.

RIZZOTTI *(PdL)*. Signor Presidente, desidero ringraziare gli auditi per le relazioni esaustive e propositive che sicuramente terremo in considerazione nello svolgimento dell'indagine conoscitiva.

PRESIDENTE. Vorrei porre delle questioni anzitutto alla dottoressa Corradi. Ci sono stati esposti quelli che possono essere i migliori modelli applicati. Siccome il tessuto legislativo e organizzativo nazionale e regionale è molto diverso, vorrei comprendere una questione per me importante. Alcune Regioni, tra cui, ad esempio, la Lombardia, hanno nettamente separato le attività ospedaliere dalle aziende territoriali (distretti e

ASL); altre Regioni hanno invece mantenuto le aziende sanitarie comprensive di presidi ospedalieri e di territori; vaste aree infine hanno mantenuto un sistema misto.

Alla luce di questo tessuto così variegato, per la Commissione è molto importante capire come sono organizzati i vari profili di competenza. Man mano che procediamo con le audizioni, dalla nostra attività conoscitiva ma ancor più dalla nostra esperienza, emerge la necessità di affiancare – accanto a un livello di alta specializzazione che vede il coinvolgimento dei diabetologi – un ambito territoriale in cui il medico di base dovrebbe essere sempre più coadiuvato da unità specialistiche. Nella nostra esperienza, infatti, il modello migliore sembra essere quello costituito da unità specifiche di competenza e organizzazione, anche se a livello territoriale. È questo il tema che ci interessa particolarmente nell'ambito delle vostre lodevoli esposizioni.

Per quanto riguarda il dottor Lauro, che ha esposto molto bene questo tipo di attività che ritengo emblematica, vorrei capire se ci sono altri centri che possono essere già in collegamento su questa esperienza, riconoscendosi in quel modello, o se si tratta di un modello esclusivo. Vorrei altresì sapere se è possibile trasferire quel livello di digitalizzazione anche altrove e quali tipi di protezione sono state prese per la tutela dei dati riservati e personali.

Cedo quindi la parola alla dottoressa Corradi.

CORRADI. Signor Presidente, l'elemento principale che è stato il motore dei successi, ma anche l'impedimento nelle altre circostanze, è quello di un sistema informativo integrato che sia organico e organicamente distribuito a tutti i livelli, dal medico di base fino all'ospedale. Tale elemento, dove è stato possibile ovviamente gestire i dati in *data warehouse*, è stato fortemente determinante per il successo delle iniziative messe in atto. Infatti, la possibilità di accesso ai dati del paziente, in tutte le loro forme e con la massima tempestività, è la piattaforma di base su cui il sistema si regge. Abbiamo infatti visto che dove le informazioni viaggiano sul cartaceo, su contatti diretti o nell'ambito di realtà con sistemi informatici carenti e frammentati, le difficoltà del sistema e i costi sono maggiori. L'elemento cardine, nel bene e nel male, è proprio questo.

Per quanto riguarda l'aspetto dei livelli di competenza all'interno del sistema, noi crediamo molto nel fatto che essendo necessario tenere sotto osservazione l'aspetto economico, che non è irrilevante, il sistema si deve fondare su una presenza di competenze specialistiche che devono essere valorizzate e non possono essere sminuite o diluite. Queste competenze specialistiche devono anche essere trasferite e trasferibili ad un insieme di professionisti più vicini capillarmente sul territorio al paziente per una serie di azioni e funzioni che non sono rivolte all'alta complessità e non sono lasciate libere di agire con autonomia estrema, ma guidate e inserite in un quadro di protocolli condivisi, di percorsi diagnostici terapeutici sostenuti da evidenze scientifiche, con percorsi di *audit* che consentano una crescita complessiva del sistema.

A nostro avviso è meno dispendioso e più efficace un modello che, oltre a prevedere dei centri di riferimento di secondo e terzo livello, con cui si va graduando verso una maggiore complessità clinica, preveda una copertura capillare di figure di riferimento che sul nostro territorio è comunque garantita dai medici di medicina generale e sarebbe garantita anche dalla figura dell'infermiere territoriale, se questa funzione fosse altamente espressa. Infatti, tutto il percorso di educazione sanitaria e di autogestione del paziente può trovare maggiore e migliore risposta in un terminale molto periferizzato.

Comunque, il distretto è già un luogo molto accentrato per la gestione di questa patologia e svolge anche una funzione determinante di guida all'interno del sistema, prevedendo al suo interno tutta una serie di figure professionali: oltre al diabetologo, il cardiologo, l'oculista e altri specialisti che vengono di volta in volta chiamati in causa nella gestione delle complessità.

PRESIDENTE. Desidera aggiungere qualcosa, dottor Pinelli?

PINELLI. Signor Presidente, sulla questione, sollevata dalla senatrice Baio, delle *best practice* e delle criticità, mi sembra che nelle aziende sanitarie che gestiscono le patologie croniche si stia affermando il *chronic care model* quale modello di riferimento per la gestione integrata del paziente cronico e del paziente diabetico in particolare, come già evidenziato prima ed emerso in precedenti audizioni.

Naturalmente molto spesso il modello che viene a stabilirsi è una sorta di presa in carico del paziente e di alleanza tra competenza specialistica, medici di medicina generale, associazioni di volontariato e strutture territoriali di riferimento, ivi compresi i centri diabetologici. Purtroppo diverse barriere ancora ostacolano l'innovazione e il pieno esplicarsi di queste buone pratiche, a volte anche in mancanza di modelli di riferimento o di una chiara strategia a livello regionale.

LAURO. Signor Presidente, per quanto riguarda i punti che sono stati sollevati, il centro dell'Università di Tor Vergata non è ancora strutturato secondo il modello *hub and spoke*, ma è un polo di riferimento che offre anche delle cure di terzo livello, in quanto abbiamo un centro per la terapia con il microinfusore, per la cura del diabete e la neuropatia. Il modello assistenziale da noi proposto è stato condiviso con altre entità territoriali e altre organizzazioni: l'applicazione più interessante è attualmente riscontrabile in Basilicata, dove la proposta ha ottenuto un consenso attivo e ha dato vita ad una legislazione regionale piuttosto importante e ben strutturata. I dati sono monitorati, con *outcome* precisi, da un istituto indipendente quale il «Mario Negri». Questo potrà permettere di verificare se il modello da noi proposto può essere poi applicato nella realtà di tutti i giorni.

Per quanto riguarda la tutela dei dati personali, questo è uno dei punti più critici e sensibili, in quanto una violazione della *privacy* da parte di

strutture terze, non collegate all'assistenza medica, potrebbe rappresentare un problema importante. Attualmente già potrebbero essere utilizzate diverse piattaforme informatiche, ma la proposta è quella di creare un ambiente protetto in cui possano accedere soltanto i medici del territorio, sia di medicina generale che di pediatria, oltre ai diversi specialisti che hanno in cura il paziente diabetico.

Nella nostra realtà abbiamo al momento condiviso con il medico di medicina generale e gli altri specialisti dei percorsi di assistenza al paziente diabetico. Abbiamo condotto anche una prima analisi clinica nel territorio del secondo distretto della ASL RM B di Roma, per capire come il soggetto diabetico percepisce le cure a cui viene sottoposto. Abbiamo fotografato quale sia la sua percezione e cosa si attende di ricevere da un centro di cure specialistiche, da un centro universitario ospedaliero e dal medico di medicina generale, ottenendo dei dati abbastanza importanti, per poi condividere un percorso strutturato, auspicabilmente sul modello *hub and spoke*, che è quello che abbiamo proposto come federazione.

PRESIDENTE. Cedo ora la parola alla dottoressa Tiziana Spinosa, dirigente della ARSAN-Campania.

SPINOSA. Signor Presidente, vorrei innanzitutto salutare lei e i membri della Commissione e ringraziarvi per l'invito odierno.

La nostra attività è stata soprattutto mirata alle azioni di contrasto all'evoluzione delle complicanze del diabete, perché questo ci sembra il reale problema. Infatti, il diabete viene vissuto come condizione e non tanto come patologia, quand'è ben controllato e non dà esito alle complicanze, mentre la vera problematica, sia come impatto sulla qualità di vita del paziente che come costi per l'assistenza, sono le complicanze: le amputazioni, le cecità e le insufficienze renali. La nostra indicazione è quella di un intervento che miri al contrasto delle complicanze, sia come diagnosi precoce che come interruzione dell'evoluzione negativa di queste patologie che conduce ad un alto numero di ricoveri: una volta innescate, infatti, le complicanze spesso diventano patologie d'organo che si allontano dal diabete. La mortalità per diabete – come sappiamo – è sottostimata perché è spesso ricondotta al rischio cardiovascolare e alle insufficienze renali. Vi è una sottostima della vera entità del problema.

Gli interventi precedenti già hanno sottolineato come la storia degli ultimi dieci anni sia caratterizzata dall'attuazione di un modello assistenziale di *disease management* che è rivolto soprattutto alla presa in carico del paziente fin dalla prima diagnosi, attraverso la gestione integrata e l'interazione tra i vari livelli di cura. Per quanto riguarda il primo livello territoriale delle cure primarie, che vede un ruolo forte della medicina generale, l'accordo di medicina generale deve essere realizzato su tutto il territorio nazionale e non solo in alcune realtà e in alcune Regioni (come il Piemonte e la Lombardia). Vi è infatti al momento un'applicazione disomogenea degli accordi di medicina generale: questo è un grandissimo problema.

Vi è poi il secondo livello di cure, che deve essere rafforzato con i *team* diabetologici, all'interno dei quali sono importanti, oltre al personale medico, anche altre figure professionali, come il personale infermieristico che deve essere qualificato con una formazione importante. Vi è poi la figura del podologo che è fondamentale per il contrasto alle amputazioni. In Campania avvengono più di 600 amputazioni non traumatiche l'anno per i pazienti diabetici. La figura dell'educatore, per esempio, non è attualmente presente nel sistema sanitario, ma di fatto servirebbe a depotenziare il ruolo del medico per alcune attività. Tra l'altro, un'ora di dietista, di podologo o di psicologo, in termini economici, costa meno rispetto ad un'ora di lavoro del medico quindi si alleggerirebbe il ruolo di quest'ultimo rispetto alle attività che possono essere spalmate su altre figure professionali.

La nostra proposta, quindi, prevede l'attuazione del *disease management* contenuto già nel progetto IGEA, passando attraverso un livello strutturato di informatizzazione. La gestione integrata, infatti, può essere fatta in vari modi, anche basandosi sul cartaceo, come nel caso del Progetto Sole della Regione Emilia Romagna, ma dato che siamo nell'epoca del *web*, la condivisione delle cartelle cliniche e delle informazioni relative al paziente diabetico, seguito da vari livelli assistenziali, per noi diventa un atto fondamentale.

Per quanto riguarda la definizione dei percorsi assistenziali, dal punto di vista strettamente farmacologico e terapeutico siamo a livelli molto avanzati. Il *deficit* che si riscontra, più o meno, su tutto il territorio nazionale deriva dalla mancata attuazione dei modelli organizzativi, cioè la vera presa in carico del paziente.

Intendiamo sottolineare anche l'importanza dell'educazione terapeutica strutturata per la modifica degli stili di vita che influenzano fortemente la patologia diabetica. Possiamo ottenere il risultato massimo dalle terapie e dai livelli di cura ma se il paziente non è compliante alle terapie e al percorso, di fatto noi abbiamo perso. Per questo dobbiamo investire sull'educazione terapeutica che deve superare il semplice consiglio dato al paziente durante i pochi minuti della visita. L'educazione terapeutica deve essere strutturata nel percorso assistenziale. Possiamo farlo perché il cosiddetto nomenclatore Bindi della specialistica ambulatoriale contiene anche l'educazione terapeutica singola e l'educazione terapeutica di gruppo. Tali prestazioni, però, non sono soggette ad esenzione. Io chiedo a questo consesso di rinnovare e integrare le prestazioni previste dal decreto del Ministero della sanità n. 329 del 1999 perché ormai sono desuete. Tale decreto contiene prestazioni sul piede diabetico che non sono in esenzione e il paradosso è che l'educazione terapeutica non è esentata dal pagamento del *ticket* quindi, di fatto, se il paziente presenta l'impegnativa del medico di medicina generale dovrebbe addirittura pagare il *ticket* e il super *ticket* per queste prestazioni.

L'investimento sull'educazione terapeutica deve essere importante e strutturato. In Italia esistono esperienze sull'educazione terapeutica come quella dell'Università di Torino, ma tale educazione deve essere strutturata

all'interno del distretto che deve essere anche un luogo per sviluppare la comunicazione sulla salute e sulla modifica degli stili di vita.

A questo proposito vale la pena soffermarsi anche sull'attività motoria che, nella buona pratica, deve rientrare tra gli strumenti terapeutici. È necessario attuare un modello di gestione integrata che comprenda una educazione terapeutica strutturata che diventi strumento terapeutico di pari livello rispetto alla parte tecnologica e farmacologica, implementando l'attività motoria nell'ambito delle strategie di cura.

A questo punto vorrei citare la legge regionale n. 9 del 2009, emanata dalla Regione Campania, che comprende un aspetto che mi preme sottolineare: l'assistenza al bambino diabetico scolarizzato. Purtroppo la cura del bambino diabetico ricade sulle famiglie, specialmente quando il bambino frequenta la scuola e molte mamme devono lasciare il lavoro per seguire i propri figli. La legge della Regione Campania aveva previsto di spostare nelle scuole l'attività domiciliare degli infermieri dei distretti, ovviamente su richiesta dei genitori, in modo da liberare le mamme dal peso di un semplice controllo glicemico o di una semplice puntura di insulina, perché i bambini sono bravissimi (ci sono bambini di otto anni che sanno già praticarsi l'autocontrollo e l'insulina da soli) ma c'è una fase di accompagnamento sanitario di cui i genitori, secondo me, devono essere alleggeriti. Purtroppo non abbiamo avuto la forza di applicare interamente tale legge e anzi speriamo di rafforzarci grazie al vostro aiuto. Il sistema sanitario, infatti, potrebbe operare attraverso forme assolutamente legittime come l'assistenza domiciliare.

BIANCHI. Signor Presidente, innanzi tutto la ringrazio per l'invito che ci avete rivolto. Il diabete, come poche altre patologie, si presta ad essere paradigma di ciò che riusciamo a fare bene o male. Ogni volta che si arriva all'amputazione di un piede diabetico o qualcuno diventa perde la vista, vuol dire che qualcosa non ha funzionato nella filiera che abbiamo descritto. Dai dati in nostro possesso risulta che tale ricorso all'estremo è in aumento su tutto il territorio, dunque, probabilmente, è necessario un ripensamento sulle nostre modalità di intervento, anche perché, alla fine, ciò non avviene in maniera così omogenea sul territorio. Ci siamo dunque chiesti quale possa essere la chiave di volta per fare in modo che i comportamenti possano essere omogenei o comunque legati all'obiettivo. In questo il diabete rappresenta davvero un paradigma, prima di tutto perché tocca tutte le età e poi perché bisogna considerare la comorbilità e quindi la sottostima dei casi possibili.

Forse, se il sistema di finanziamento deve rappresentare la cinghia di trasmissione della volontà politica, il rischio è che tale sistema che promette salute fondamentalmente finanzi la sanità, e cioè la prestazione. Per fare un esempio banale – e mi scuso per la banalità – è come se per costruire bene una macchina finanziassimo il numero degli sportelli indipendentemente dal numero di macchine necessarie. Tra l'altro, il sistema di remunerazione sulla prestazione induce anche un incremento

dei volumi di prestazione non correlati, o non necessariamente correlati, con l'appropriatezza.

Siamo felici di poter parlare in questa sede, e siamo disponibili ad approfondire se risultasse interessante, del fatto che stiamo lavorando su una sorta di DRG *(diagnosis-related groups)* di percorso. Mi limito al titolo per dare enfasi al concetto, dato che può servire a capirci meglio. In pratica dovremmo uscire dalla logica dei DRG o della tariffa come finanziamento della singola prestazione. Dovremmo smettere di finanziare le prestazioni per spostare le risorse sui risultati di salute e il diabete si presta benissimo a questo progetto.

In Italia esiste una popolazione diabetica di circa 4.000.000 milioni di persone. Ciò vuol dire che un medico di base, tra i suoi assistiti, conterà tra i 70 e i 120 pazienti diabetici. Potremmo cominciare ad immaginare strutture del finanziamento, utilizzando il diabete come paradigma, basate sul fatto che il 15-20 per cento dei costi di un medico di medicina generale sono ascrivibili alla patologia diabetica o a complicanze della stessa. Infatti circa l'80 per cento dei costi dell'intera sanità è ascrivibile a poche patologie. La nostra idea consiste nella possibilità di fare uno studio sul DRG di percorso a partire dal medico di base al quale quei 70-100 assistiti affetti da diabete verranno pagati in base ad un meccanismo premiante o magari disincentivante (questo aspetto è da approfondire) fino ad arrivare allo specialista ambulatoriale e all'ospedale o al centro di riferimento. Tutta questa filiera verrebbe finanziata, in base alla popolazione di riferimento, solo se rientra nel percorso previsto. Non appena un attore del sistema non agisce come dovrebbe, quel pezzo della filiera perde il finanziamento. Se riusciamo a fare in modo che gli attori ragionino sul raggiungimento del risultato di salute e non sulla singola prestazione, forse faremmo un passo avanti anche in termini di sostenibilità complessiva del *welfare*. Infatti non dobbiamo dimenticare che andiamo incontro ad un ulteriore invecchiamento della popolazione, una cosa che ripetiamo in tutti i convegni, e quindi ad una pressione della cronicità che rischia di far saltare tutte le organizzazioni che ci siamo dati finora.

Non dobbiamo dimenticare, infatti, che in Campania viviamo anche il problema del commissariamento. Si parlava della legge regionale n. 9 del 2009 che è stata investita in pieno dal problema del commissariamento che, ragionando purtroppo soltanto degli aspetti finanziari, rende difficile la domiciliazione dell'assistenza ai bambini diabetici. Le assistenze domiciliari potranno servire ad impedire il ricovero per il paziente con piede diabetico con ulteriori aggravi.

Se non facciamo questo scatto di coraggio, il rischio è quello di «tagliare i piedi della sedia» sulla quale siamo seduti. È questo l'interrogativo che ci stiamo ponendo come Federsanità, relativo alla sostenibilità complessiva dei nostri sistemi di *welfare*.

Ritengo inoltre necessario trasformare l'attuale sistema di finanziamento attraverso un DRG di percorso che miri all'obiettivo della salute e non alla singola attività.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per il 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 9,30.

Licenziato per la stampa dall'Ufficio dei Resoconti

€ 1,00