

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

IL PIANO REGIONALE PER LA MALATTIA DIABETICA UNA RISORSA DEL SISTEMA SANITARIO NELLA REGIONE LAZIO

AUTORE

Lina Delle Monache, *Presidente FederDiabete Lazio*

Premessa

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) circa 350 milioni di persone nel mondo vivono con il diabete, un numero che si stima sia destinato a raddoppiare nei prossimi vent'anni.

Se la crescita della malattia continuerà ai ritmi attuali, può affermarsi che il diabete sta assumendo le dimensioni e le caratteristiche di una vera e propria pandemia. Per questo la lotta al diabete è una tra le emergenze sanitarie identificata dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), insieme alla malaria e alla tubercolosi.

- Il 12% della spesa sanitaria mondiale è relativo al diabete (\$ 673 miliardi)
- Ogni 6 secondi una persona muore per cause legate al diabete (5 milioni di morti)

Fonte IDF Diabetes ATLAS 2015

Secondo l'OMS Europa 52 milioni di persone vivono con il diabete. La prevalenza di questa malattia è in crescita, in alcuni Stati della regione Europa, a tassi del 10-14% della popolazione.

A questi vanno aggiunte le persone che, pur avendo la malattia, non ne sono a conoscenza.

- La spesa a carico del Sistema Sanitario può variare da USD 2.610-4.854 persona/anno
- 677.000 il numero di morti per diabete (20-79 anni)

Fonte IDF Diabetes ATLAS 2015

Secondo il Diabetes Atlas dell'International Diabetes Federation (IDF), il diabete causa quasi 750 morti al giorno in Europa, 73 in Italia. Questo dato è tanto più allarmante se si considera che i dati riportati nell'annuario Istat del 2016 indicano che nel nostro Paese 3 milioni 200 mila persone dichiarano di essere affette da diabete, il 5,3% dell'intera popolazione (16,5% fra le persone di 65 anni e oltre).

In Italia la diffusione del diabete è quasi raddoppiata in quarant'anni (interessava il 2,9% della popolazione nel 1980). È possibile stimare che rispetto al 2000 il diabete ha coinvolto 1 milione di persone in più.

Cresce soprattutto il diabete tipo 2, che rappresenta circa il 90% dei casi in Italia.

La prevalenza aumenta al crescere dell'età fino ad un valore di circa il 20% nelle persone con età superiore a 75 anni. Inoltre, secondo i dati dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare (Health Examination Survey 2008-2012), tra le persone di età compresa tra 35 e 69 anni circa il 3% (2% delle donne e 4% degli uomini) ha il diabete, ma non lo sa.

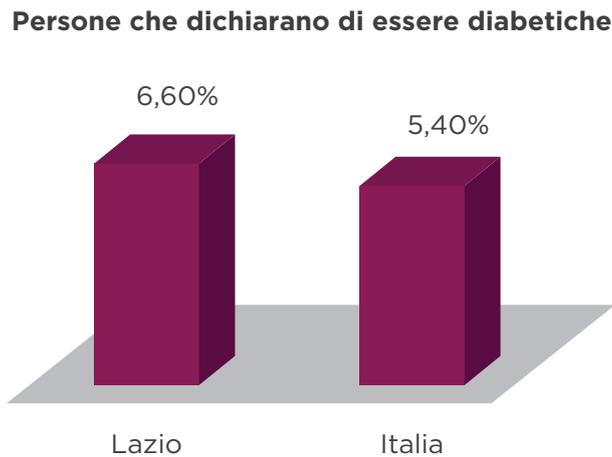


Figura 1: Persone che dichiarano di essere diabetiche - Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation 2016

Questa patologia è più diffusa nelle regioni del Mezzogiorno dove il tasso di prevalenza standardizzato per età è pari al 5,8% contro il 4,0% del Nord.

Nel Lazio sono 388.900 le persone che dichiarano di avere il diabete secondo i dati diffusi nel 2016 dall'Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation (IBDO). Si tratta del 6,6% della popolazione, un dato ben superiore alla media nazionale che si assesta al 5,4%. Oltre 2.500 i diabetici in età pediatrica. La media della speranza di vita sia per gli uomini (79,9) che per le donne (84,6) è leggermente inferiore alla media nazionale (rispettivamente 80,2 e 84,9).

Il tasso standardizzato di mortalità per diabete, che nel 2000 era superiore alla media nazionale per entrambi i sessi, è sceso nel 2013, pur rimanendo al di sopra della media nazionale nel caso del sesso maschile.

Le cause del diabete

Una precisa fotografia del diabete nel Lazio non può prescindere dalle cause, quali le disuguaglianze economiche, il progressivo aumento del sovrappeso e obesità, la scorretta alimentazione, la sedentarietà.

I dati ci indicano che il diabete è una patologia fortemente associata allo svantaggio socio-economico.

La statistica ufficiale evidenzia che le donne diabetiche di 65-74 anni con laurea o diploma sono il 6,8%,

mentre le coetanee con al massimo la licenza media il 13,8% (gli uomini della stessa classe di età sono rispettivamente il 13,2 e il 16,4%).

La condizione di svantaggio conferma anche come la mortalità sia più evidente nelle donne, al contrario di quanto possa osservarsi per altre cause di morte: le donne con titolo di studio basso hanno un rischio di morte 2,3 volte più elevato delle laureate.

Obesità e sedentarietà sono altri rilevanti fattori di rischio per la salute in generale, ancora di più per la patologia diabetica.

Tra i 45-64enni la percentuale di persone obese che soffrono di diabete è al 28,9% per gli uomini e al 32,8% per le donne. Il problema obesità e sedentarietà non riguarda solo gli adulti, ma anche i bambini, tanto da preoccupare il mondo medico scientifico e i responsabili della salute pubblica. Siamo, infatti, in presenza di un fenomeno molto diffuso, che indica nel 23,6% i bambini in sovrappeso e nel 12,3% i bambini obesi.

Le implicazioni cliniche, sociali ed economiche

Le conseguenze per le persone e per la società sono salate se si considera che il diabete comporta un maggiore accesso ai servizi sanitari ed una significativa perdita della produttività (costo sociale per i sistemi sanitari e le economie nazionali), un impatto in ter-

mini di costi diretti per i malati e per le loro famiglie, nonché rispetto alla qualità della vita.

La spesa mondiale per la prevenzione ed il trattamento del diabete e delle sue complicanze è stata stimata dall'IDF, per l'anno 2015, pari a 673 miliardi di dollari americani (US\$). Le proiezioni per l'anno 2040 stimano una spesa di oltre US\$ 802 miliardi, con una crescita del 20% a fronte di una sostanziale stabilità della popolazione attesa.

In ambito europeo il 9% del totale delle spese sanitarie sono dovute al solo diabete, che rappresenta un grave onere a carico dei bilanci economici dei sistemi sanitari nazionali.

In Italia la cura per il diabete assorbe il 6,65% della spesa sanitaria complessiva, con un costo per paziente che è più del doppio della media nazionale.

L'Osservatorio ARNO Diabete ha stimato che il costo medio annuo per paziente è pari a 2792 euro, con un peso dell'assistenza ospedaliera pari al 51%, della spesa farmaceutica del 32% e dell'assistenza ambulatoriale del 17%.

La fetta più grande della spesa associata alla malattia diabetica è determinata dal trattamento e gestione delle complicanze, nell'anno di insorgenza della complicanza stessa e negli anni successivi.

Le complicanze del diabete quali le nefropatie, le amputazioni e le rivascolarizzazioni degli arti inferiori hanno un costo addizionale intorno ai 4,5-5 mila euro; le patologie cerebrovascolari un costo di 3500 euro circa; le patologie cardiovascolari, la retinopatia, la neuropatia e le complicanze acute un costo addizionale compreso tra 1500 e 2000 euro.

Monitorare e prevenire eventuali complicanze diventa, pertanto, un obiettivo fondamentale sia dal punto di vista sociale sia economico.

Nel Lazio una persona diabetica costa al Sistema Sanitario Regionale il doppio di una senza diabete.

Le spese ospedaliere per i pazienti diabetici ammontano al 57% del costo complessivo e quelle per i farmaci rappresentano il 29%.

Proprio per affrontare le implicazioni poste, risulta necessario garantire alle persone diabetiche ma anche a quelle a rischio, una rete di servizi attivabili dal momento del rischio alla gestione quotidiana della malattia.

Con il crescere della malattia aumentano i costi economici ed anche sociali. È importante sottolineare, infatti, che il diabete con il suo carico clinico e sociale non rappresenta solamente un problema di sanità pubblica.

Si pensi, infatti, ad un altro aspetto fondamentale quale quello rappresentato dai costi indiretti, alle assenze dal lavoro ed ai prepensionamenti.

È fondamentale, pertanto, agire per ridurre l'impatto clinico, sociale ed economico che la malattia diabetica rappresenta e può rappresentare in termini di sostenibilità, accesso alle cure e governance.

Il Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio

La gestione della malattia diabetica rappresenta una delle principali sfide per i sistemi sanitari dei paesi sviluppati.

I "grandi numeri" del diabete richiedono efficienza, efficacia, sostenibilità, equità ed omogeneità. Risulta essenziale coinvolgere maggiormente le persone con diabete per migliorare la loro qualità di vita e assicurare, altresì, un miglior controllo e gestione della malattia.

A tale fine nel 2013 la Regione Lazio ha attivato il gruppo di lavoro regionale composto da rappresentanti delle Società Scientifiche e professionali, delle Associazioni dei cittadini e della Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio¹,

¹ Determinazione n. G07864 del 29 maggio 2014 e s.m.i a seguito del Decreto del Commissario ad Acta U00121/2013 relativo al recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Piano per la malattia diabetica", Rep. Atti n. 233/CSR del 6 dicembre 2012.

Il Piano Regionale si articola intorno a sette obiettivi principali:

- Prevenzione
- PDTA per persone con diabete mellito e rete assistenziale
- Rete assistenziale e PDTA in diabetologia pediatrica
- Diabete in gravidanza
- Trattamento farmacologico del diabete mellito
- Microinfusori
- Indicatori per il monitoraggio

che ha avuto, tra i compiti assegnatigli, la redazione del Piano Regionale per la malattia diabetica².

Il Piano è la risposta concreta alle indicazioni europee e nazionali della necessità di una diagnosi precoce e un'efficace gestione della malattia, combinazione che può comportare una riduzione delle complicanze e della mortalità dovuta al diabete, ed un aumento, quindi, della speranza di vita e del benessere delle persone.

La sua peculiarità è proprio nell'eterogeneità di chi lo ha elaborato, ovvero rappresentanti regionali, rappresentanti delle società scientifiche diabetologiche, degli specialisti convenzionati, dei medici di medicina generale, dei podologi, degli infermieri, degli psicologi e delle associazioni dei pazienti, ossia di tutti quei soggetti chiamati a realizzare un nuovo modello di risposta ai bisogni di salute della persona con diabete.

Cosa prevede il Piano Regionale?

Il Piano intende rendere omogenea l'assistenza rivolta alle persone con diabete in tutto il territorio della Regione Lazio, definendo un approccio integrato e

multidisciplinare di presa in carico della persona con diabete a partire dall'attivazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), personalizzati e differenziati a seconda del grado di complessità della malattia, la valorizzazione del team diabetologico e la riorganizzazione della rete diabetologica, che conta 92 strutture per adulti e 4 per età pediatrica, da collegare anche in via informatica in modo da garantire maggiore continuità assistenziale.

Il Piano Regionale per la malattia diabetica ha, quindi, l'obiettivo di definire non solo cosa fare, ma soprattutto come fare in termini di prevenzione e assistenza.

Esso definisce obiettivi, linee strategiche e strumenti volti ad ottimizzare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza pediatrica e dell'adulto, riorganizzare le cure primarie, integrare le reti di prevenzione e cura.

Inoltre, considera aspetti nuovi quali il ruolo del volontariato, coinvolto in un'esperienza pratica di lavoro multidisciplinare, di sussidiarietà ed empowerment, quale quello della valutazione partecipata del sistema sanitario laziale rispetto al grado di adeguamento agli obiettivi e standard del Piano Regionale per la malattia diabetica.

A chi si rivolge il Piano Regionale?

Il Piano ha ricreato in ambito regionale quella rivoluzione culturale iniziata dal Piano nazionale diabetico che riconosce alla patologia un interesse rilevante non solo dal punto di vista clinico, ma anche sociale.

Il Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio si rivolge alle persone a rischio diabete, a bambini e adulti che hanno la malattia, caregiver, donne con diabete pregravidico e gestazionale, tutti i livelli di assistenza diabetologica, quali medici di medicina generale (MMG), operatori dei distretti sanitari, medici specialisti delle specialità coinvolte, podologi operanti sul territorio, infermieri, psicologi, dietisti, educatori, alle associazioni di persone con diabete.

² Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018.

Esso indica con chiarezza i ruoli professionali, identifica e riconosce il *modus operandi* di ognuno, ne evidenzia le molteplici specificità e crea quel network di attori chiamati ad agire di concerto sulle tematiche e le priorità.

Quali esigenze soddisfa il Piano?

Dopo decenni investiti per organizzare e gestire i servizi sanitari con un'attenzione rivolta all'interno, il Piano evidenzia quanto sia fondamentale per il Sistema Sanitario Regionale (SSR) aprirsi anche all'esterno, di ripensare ai processi di interazione di tutti gli attori fondamentali della rete socio-assistenziale con la persona a rischio di diabete futuro per il reindirizzamento degli stili di vita, con la persona diabetica, per capire i suoi bisogni e le sue richieste e garantire una crescente personalizzazione e differenziazione dei servizi.

Mettere, infatti, al centro del percorso di assistenza e cura la persona in tutta la sua complessità è l'obiettivo principale che il Piano Regionale vuole raggiungere, poiché da un lato un paziente coinvolto assume il ruolo di protagonista attivo del proprio benessere e della propria salute, dall'altro consente di migliorare efficacia, l'efficienza e la sostenibilità del sistema, riducendo o evitando le ridondanze, facilitando la sinergia tra i diversi soggetti coinvolti nell'assistenza, assicurando equità di accesso nei confronti delle disuguaglianze sociali.

I risultati del Piano Regionale

Con la sua entrata in vigore il Piano Regionale ha spinto per il rilancio della progettualità sulla malattia diabetica nel Lazio, partendo dal nuovo modello di presa in carico della persona con diabete che implica un rafforzamento della cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti nell'ambito assistenziale per la costruzione di un'efficace rete di continuità.

Da qui l'esigenza per il Sistema Sanitario Regiona-

le, già nel primo anno di sperimentazione, di avviare una profonda riorganizzazione dell'assistenza.

Nel caso specifico i direttori generali sono stati chiamati a

- mappare la rete dei servizi offerti sul proprio territorio (centri ed ambulatori esistenti), attraverso la compilazione di un questionario autocertificante;
- elaborare un piano operativo di riorganizzazione che preveda la presenza di un centro di secondo livello ogni 100.000 abitanti e un centro di terzo livello coordinatore dell'ambito aziendale;
- costituire un team dedicato e multidisciplinare di presa in cura della persona diabetica;
- realizzare il PDTA diabete in gestione integrata con i Medici di Medicina Generale (MMG);
- creare il Coordinamento aziendale del diabete composto da un referente del centro coordinatore, un referente per ogni centro di diabetologia di secondo livello, un rappresentante degli infermieri, psicologi e altri professionisti fondamentali per l'attuazione del Piano ed un componente del volontariato che opera sul territorio dell'azienda sanitaria di riferimento.

La strutturazione di percorsi coinvolgenti più specialisti ha spinto la Regione Lazio, inoltre, a favorire la creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per la condivisione informatica da parte di tutti i soggetti coinvolti nella rete dell'assistenza, di informazioni sanitarie e cliniche generate durante i processi di prevenzione, diagnosi e cura, al fine di documentare in modo unitario e in termini il più possibile completi i diversi eventi sanitari riguardanti la persona diabetica³.

Elemento decisivo per la riuscita del processo di innovazione delle cure primarie e dei servizi territoriali offerti alle persone è proprio la possibilità sia per il paziente sia per gli operatori sanitari di avere accesso alle informazioni contenute nel FSE, nonché garantire la condivisione con i FSE delle altre regioni.

3 La Legge Regionale del 24 dicembre 2010, n. 9 ha istituito il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale.

Per la persona diabetica poter accedere ad un fascicolo che contenga tutti i dati sanitari relativi alla propria salute rappresenta un grande momento di empowerment. Egli può, infatti, inserire dati che riguardano la propria storia clinica, il monitoraggio dei valori glicemici, lo stile di vita, per controllare le abitudini che conduce, avere un contatto diretto con il medico curante o gli specialisti presso i quali è in cura ed individuare insieme a loro eventuali comportamenti non corretti in relazione allo stato di salute.

Ancora nell'ottica di un coinvolgimento attivo e responsabile della persona diabetica nella gestione della malattia, la Regione Lazio ha recepito l'innovazione tecnologica nell'ambito dei presidi per il monitoraggio glicemico e concesso la rimborsabilità per il nuovo dispositivo Flash FreeStyle Libre, che ha reso più semplice il controllo della glicemia anche nei bambini e nei ragazzi⁴.

Nella gestione del diabete la tecnologia può favorire una migliore aderenza alla terapia e, soprattutto, rappresentare una grande opportunità di autonomia e un miglioramento della qualità di vita.

FONTI

Annuario Istat 2016.

Dati Progetto Okkio alla Salute.

Health Examination Survey 2008-2012.

Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation 2016.

Rapporto ARNO Diabete 2015.

⁴ Con la Determinazione n. G08900 sono state quindi recepite le nuove linee prescrittive per i presidi per il monitoraggio glicemico ed è stato dato mandato alle strutture sanitarie del Lazio di dare massima diffusione e applicazione del protocollo.

Italian Health Policy Brief

Anno VII
Speciale 2017

Direttore Responsabile
Stefano Del Missier

Direttore Editoriale
Marcello Portesi

Editore



Altis Omnia Pharma Service S.r.l.
Viale Sarca, 223
20126 Milano

Contatti redazione
Tel. +39 02 49538300
info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Comitato degli esperti:

Achille Caputi
Claudio Cricelli
Roberto Labianca
Antonio Nicolucci
Annarosa Racca
Francesco Ripa Di Meana
Ketty Vaccaro
Antonello Zangrandi



Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.