

Quando si affronta il tema di una malattia e delle sue cure, si finisce inevitabilmente per dibattere della sua questione e/o valenza economica, o meglio ancora del suo costo e della sua sostenibilità economica. Anche per il diabete è così, visto che come tante malattie croniche la sua sfida rappresenta una delle imprese complesse per i sistemi sanitari, anche per il fatto che crescono in modo costante e apparentemente inarrestabile. La pensa così ad esempio il professor Francesco Mennini, presidente Ipso Chapter Roma il quale però aggiunge che **“molti governi e programmi sanitari non sono del tutto consapevoli delle conseguenze dell'aumento del diabete e delle sue gravi complicanze**

. Un nostro recente studio, stima per la prima volta il costo di questa malattia sia nella prospettiva del Sistema sanitaria nazionale che come perdita di produttività da parte dei pazienti. Nel dettaglio, il modello prevalence based ha stimato un **costo totale per il trattamento, la disabilità e la cura dei pazienti diabetici in Italia superiore ai 20 miliardi di euro ogni anno**

. Di questi, circa 9,6 miliardi di euro sono a carico del SSN e la restante quota parte sono costi attribuibili a costi indiretti per prepensionamento e assenza dal lavoro”.

Cifre importanti come si vede e che destano non poche preoccupazioni anche in Vincenzo Atella, Presidente CEIS Università di Roma Tor Vergata, che al riguardo afferma come in Italia ci troviamo di fronte ad un “problema serio, e il futuro si profila anche peggiore. In ordine a due motivi: l'invecchiamento della popolazione italiana e l'aumento dei fattori di rischio tra i giovani. E questo, a prescindere dall'aiuto in termini di cure e terapie che potrà arrivare dalla tecnologia e dall'industria, andrà sicuramente a aumentare l'”insostenibilità economica”. **Quale soluzione ventilare? Una sola per Atella. “La prevenzione, che abbia come riferimento le persone nel range tra i 25 e i 45 anni, perché quelli over 50 che hanno contratto la malattia sono nella fase di cura e non più certo di prevenzione. Oggi è vero che si convive con il diabete molto meglio di anni fa, il rischio di complicanze può essere gestito e vinto”.**

Il tema del costo e della sua sostenibilità è serio, non si nasconde Federico Spandonaro, Presidente Crea Sanità, “sia perché si prolunga la fase di stagnazione economica, sia perché altre terapie molto costose si affacciano sul mercato. Qualora il trend si dovesse confermare, diverrà ineludibile definire le priorità, scegliendo quali terapie è più importanti che siano rimborsate dal SSN e per chi: la mia idea è che debba prevalere una logica di selettività, basata sull'impatto economico delle patologie sui bilanci delle famiglie”. Quando si parla di sostenibilità occorre tener presente però anche quello che dice Antonio Nicolucci, Presidente CORE SEARCH, il quale giustamente pone all'attenzione generale il concetto di come **la voce principale di spesa per il diabete “sia rappresentata dalle complicanze della malattia, e dai ricoveri ospedalieri che queste generano. I dati esistenti indicano chiaramente che circa il 60% dei costi sanitari per il diabete (che ammontano complessivamente a circa 10 miliardi di euro all'anno) è determinato dalle ospedalizzazioni, mentre la spesa dei farmaci per la cura del diabete grava soltanto per il 7%.**

La sostenibilità economica di una patologia in rapida crescita come il diabete, del quale soffrono oggi in Italia circa 4 milioni di persone, passa quindi per la prevenzione, per una più tempestiva diagnosi della malattia e per un uso appropriato delle terapie esistenti. Tutto questo al fine di

ottenere quanto prima possibile un buon controllo metabolico e mantenerlo nel tempo, strategie indispensabili per evitare o ritardare la comparsa delle complicanze”.

In economia, anche e soprattutto in un ambito come quello sanitario, l'aspetto demografico ha la sua incidenza e considerato che l'Italia è una nazione molto longeva ma dall'altro lato presenta una forte incidenza all'obesità **tra i bambini (1 su tre è sovrappeso)**, sorge spontaneo chiedersi (e chiedere ai diretti interessati) se in futuro il sistema Sanitario Nazionale saprà reggere in termini di sostenibilità a questo connubio di fattori. Nicolucci avverte infatti che il problema esiste e diventerà sempre più pesante nei prossimi anni (

“In Italia, due terzi dei casi di diabete in Italia si trovano negli ultrasessantacinquenni

. Sulla base dei dati ISTAT, la popolazione degli over 65 è cresciuta di quasi due milioni negli ultimi 10 anni, da poco più di 10 a oltre 12 milioni, e potrebbe addirittura raddoppiare entro il 2050, raggiungendo i 20 milioni. Come conseguenza, assisteremo nei prossimi anni ad una progressiva crescita di tutte le condizioni croniche tipiche della terza età, prima fra tutte il diabete. Sul versante opposto, si registra in Italia una delle percentuali più elevate di eccesso ponderale in età infantile.

In alcune regioni del sud un bambino su due presenta sovrappeso o obesità.

Purtroppo esiste una stretta correlazione fra sovrappeso/obesità in età infantile e obesità in età adulta, e fra obesità e diabete (oltre l'80% dei casi di diabete è attribuibile all'obesità)

. Possiamo quindi prevedere nel futuro un aumento progressivo dei casi di diabete anche nelle fasce di età meno avanzata, soprattutto fra i 40 e i 55 anni, con risvolti economici legati non solo ai costi diretti, ma anche a quelli indiretti, generati da perdita di produttività, assenteismo, pre-pensionamento e mortalità precoce associati alla presenza di diabete in età lavorativa”) ma tutto questo si accompagna anche ad un altro fattore, altrettanto inquietante se vogliamo. “Esiste poi un'altra variabile – dice Nicolucci -, difficile da quantificare ma estremamente importante, rappresentata dallo stato socioeconomico.

Il diabete è significativamente più frequente fra gli strati della popolazione meno abbienti

. Il persistere della crisi economica e l'allargarsi della fascia di popolazione in stato di povertà relativa e assoluta rappresenta un'altra minaccia alla sostenibilità del sistema”. Secondo Spandonaro dobbiamo considerare che siamo di fronte ad una “demografia con segno positivo” intendendo con questo termine “l'invecchiamento come maggiore “longevità attiva””. Ovvio quindi che “se dovesse aumentare l'aspettativa di vita e insieme la fase di cronicità questo configurerebbe uno scenario non sostenibile nel medio-lungo periodo: quindi la longevità va supportata con politiche di educazione/informazione/prevenzione capaci di trasformarla in un vero guadagno di “vita attiva””. Insomma sedentarietà e cattivi stili di vita si possono combattere e prevenire, per evitare di arrivare ad una terza età sempre più a rischio. Anche Atella si dice convinto infatti che “dobbiamo partire da un coinvolgimento a 360° per un'azione integrata: più istruzione e conoscenza nelle scuole, aumentare l'attività fisica, maggiori indicazioni dalle imprese alimentari sui propri prodotti, ecc.. Allo stato attuale come detto un peggioramento della platea dei malati di diabete è destinato in futuro ad acuire il peso che sostiene il Servizio Sanitario Nazionale. E siccome occorre sostenere il nostro Ssn, è fuorviante pensare ad altre vie come le assicurazioni, razionamenti, e via dicendo”. L'invecchiamento della popolazione quindi è un costo per la spesa sanitaria ed allora per Mennini “la conoscenza delle dinamiche demografiche è fondamentale nella corretta valutazione di scenari economici e per la

programmazione sanitaria. Non a caso, in economia sanitaria, in un contesto di multidisciplinarietà, la partecipazione alle valutazioni economiche di esperti demografi ed epidemiologi sono una risorsa importante per una corretta programmazione dei lavori di ricerca. Ad esempio, il mio gruppo di ricerca ha al suo interno, tra le altre, anche queste figure”.

Ma cosa si intende esattamente per sostenibilità del sistema sanitario? Secondo la definizione delle Nazioni Unite è il raggiungimento di “un equilibrio fra il soddisfacimento delle esigenze presenti senza compromettere la possibilità delle generazioni future”. Il sistema italiano può dirsi, secondo questa definizione, sostenibile?

Non è un interrogativo da poco. Secondo Mennini se si prende a riferimento “il trend della spesa sanitaria pubblica e del finanziamento durante gli ultimi 10 anni e confrontandolo sia con i valori espressi dagli altri Paesi industrializzati e sia con le performance, direi di sì. Il problema fondamentale è rappresentato da un utilizzo poco efficiente delle risorse disponibili che è conseguenza diretta di una mancata programmazione basata sul principio della corretta allocazione delle risorse e del controllo delle inefficienze/sprechi. Si focalizza, soprattutto negli anni passati, l'attenzione su alcune ben definite voci di spesa (vedi farmaci) senza prestare attenzione ad altre ben più consistenti voci di spesa che sono caratterizzate da forti sprechi ed inefficienze. Si sente la necessità di mutare il paradigma che caratterizza l'approccio alla spesa; si dovrebbe iniziare a ragionare di più in termini di disponibilità a pagare del sistema alla luce dei ritorni che determinati interventi sanitari possono portare al cittadino paziente ed al sistema nella sua interezza”. Cosa si può aggiungere? Un aspetto importante per Spandonaro ad esempio è che “il problema in sanità si pone meno che in altre aree di welfare perché sono minori i trasferimenti fra generazioni; e in ogni caso le politiche sanitarie sono ovunque orientate a un virtuoso contenimento dei costi, capace di mantenere un sostanziale equilibrio di bilancio”, mentre Atella giustamente rimarca il tema della prevenzione (“E' sostenibile se manteniamo alta l'attenzione su ciò che dobbiamo fare da adesso in poi in termini di prevenzione”) e Nicolucci sottolinea come non sia un problema che riguarda solo il nostro Paese pur se “la sostenibilità del sistema è seriamente minacciata, e sarà sempre meno garantita in assenza di contromisure idonee. Uno studio condotto pochi anni fa negli Stati Uniti paventava la possibilità che, per la prima volta nella storia dell'umanità, l'aspettativa di vita dei nostri figli potrebbe essere inferiore a quella di chi li ha preceduti. L'epidemia di obesità e diabete va presa molto seriamente e deve entrare in tutte le politiche, non solo in quelle sanitarie. E' necessario infatti educare la popolazione fin dai banchi di scuola, creare un ambiente che faciliti lo svolgimento di attività fisica, rendere i cibi salutari più accessibili e meno costosi, disincentivare il consumo di cibi e bevande ad alto contenuto calorico. Solo con politiche a 360 gradi si può sperare che la profezia fatta negli Stati Uniti non si avveri”.

La crisi economica si è riversata, è il caso di ripeterlo, in modo pesante in termini di spending review sull'interno mondo sanitario-clinico-farmaceutico. Ma spesso sono stati anche i Governi

a intervenire pesantemente con le “cesoie” su fondi e finanziamenti vari).

Eppure si dice che un malato cronico curato di meno alla fine finisce per costare di più al Ssn in termini di complicanze e costi di ospedalizzazione.

Oggi come oggi possiamo dunque dire che questa problematica si è acuita? Spandonaro parte da un concetto preciso: “Il ‘si dice’ non è una pratica corretta... nelle scelte politiche è necessaria l'evidence, e che i tagli producano razionamenti sostanziali di prestazioni utili è ancora da dimostrare... Ciò premesso è presumibile che se dovessero acuirsi i rischi di razionamento, specie in campo preventivo, questo potrà implicare peggioramenti delle prospettive di invecchiamento, con costi conseguenti per i sistemi sanitari”.

Mennini non ha dubbi: **“E’ vero, un malato curato di meno, trattato con le tecnologie meno efficaci (solo perché hanno un prezzo più basso) e poco aderente alle terapie finisce sicuramente per costare di più al sistema ed alla società**

Sicuramente i tagli lineari rappresentano uno dei driver principali di questa situazione. Un'altra variabile fondamentale è rappresentata dall'approccio, errato, dei “silos Budget”, tanto a livello macro che micro”. E allora come se ne esce? “Bisogna ragionare in maniera differente. Sarebbe importante, ad esempio, valutare le conseguenze degli interventi sanitari non solo in un'ottica di spesa sanitaria ma anche comprendendo la spesa sociale nonché la spesa previdenziale. Ancora, a livello micro si dovrebbe seguire un approccio basato sui percorsi diagnostico terapeutici anziché andare a valutare solo il singolo centro di costo”. Atella parla apertamente di cifre salite in modo esponenziale negli ultimi tempi, affermando che “a livello di medicina generale in base alle ultime ricerche il costo di un malato è passato dai 500 ai 2000 euro, quadruplicato in breve tempo.

Ora bisogna comprendere che un malato di diabete trattato bene costa poco, ma un malato di diabete trattato male costa tanto. E per trattato male intendo per colpe di tutti: strutture, pazienti, medici... E in tempi di crisi come quella attuale una razionalizzazione in termini di attenzione alle cure e al suo rispetto è quanto mai necessaria e utile”. Costi confermati anche da Nicolucci che riguardano soprattutto le complicanze legate al diabete (**“Il costo medio annuo di una persona con diabete ammonta a circa 3.000 euro, ma i costi per il trattamento di un paziente diabetico in cattivo controllo metabolico sono da 2,6 a 4,7 volte più alti dei costi per il trattamento di una persona con diabete ben controllato. I costi aumentano poi esponenzialmente con il numero di complicanze, fino ad arrivare ad un costo di circa 35.000 euro l'anno per un paziente in dialisi”**

) e tutto questo ha origine alla eccessiva attenzione posta al contenimento della spesa farmaceutica “senza nessun intervento che miri a valutare le conseguenze dei tagli e la resa della gestione complessiva della patologia. Una terapia più appropriata del diabete, soprattutto se con farmaci più innovativi, in grado di mantenere un buon controllo metabolico e quindi di ridurre il rischio di complicanze, porterebbe, a fronte di un maggior costo iniziale, a importanti risparmi sul medio e lungo periodo. Una valutazione esageratamente compartimentalizzata della spesa, in assenza di valutazioni più complessive, può indurre a scelte profondamente sbagliate e dannose”. E tanto per capire cosa succede in Italia proprio Nicolucci ci fa riflettere: “Non bisogna poi dimenticare, a proposito di contenimento della spesa, che in base ai dati OCSE l'Italia rappresenta il fanalino di coda in Europa per quanto riguarda gli investimenti sulla prevenzione.

Senza la prevenzione la sfida al diabete è persa in partenza”.

Il nostro Paese è anche vero che sconta la frammentazione regionale che incide sempre più negativamente in termini di sostenibilità nazionale. Per Nicolucci non si sono dubbi, “nuoce tantissimo”.

Eppure siamo uno dei pochi paesi ad avere un Piano Nazionale della Malattia Diabetica, licenziato dal Ministero della Salute nel 2013, e recepito da quasi tutte le Regioni.

Che succede dunque? Accade, secondo Nicolucci, che “l’organizzazione dell’assistenza diabetologica, la disponibilità di strutture specialistiche ed i livelli di integrazione fra cure primarie e cure specialistiche variano enormemente fra le regioni, proprio perché **l’attivazione e la trasformazione operativa del Piano nazionale è ancora al di là da venire nella maggior parte delle realtà. Di fatto, non esiste oggi una equità di accesso a cure di elevata qualità, nonostante il Piano delinei chiaramente i passi da intraprendere**

. Inoltre, l’accesso ad alcune prestazioni è altamente disomogeneo. Basti pensare ad alcuni dispositivi, come ad esempio le strisce reattive per il monitoraggio domiciliare della glicemia, i cui limiti di prescrivibilità sono regolamentati su base regionale. In pratica, il numero di strisce cui la persona con diabete ha diritto varia moltissimo da regione a regione. Sul versante economico, assistiamo al paradosso, legato alla contrattazione dei prezzi su base regionale, per cui la stessa striscia reattiva può avere un prezzo tre volte maggiore in una regione rispetto ad un’altra.

Prezzi di rimborso unici e validi in tutto il territorio nazionale consentirebbero importanti risparmi ed un uso più sensato delle scarse risorse disponibili

”.

È se Atella ammette la gravità del fenomeno della parcellizzazione regionale (“Ma non mi sento di rispondere”) Spandonaro evidenzia anche alcuni aspetti e cioè che “il federalismo è nato per rendere più efficiente il sistema e, almeno dal punto di vista finanziario, ha registrato indubbi successi; bisogna vedere se oltre che nell’aspetto finanziario, riuscirà a mettere ordine anche nelle differenze di qualità ed esito fra SSR: peraltro la riduzione di tali differenze era uno dei principali obiettivi della l. 833/1978 di istituzione del SSN, ma anche quello che oggettivamente meno è stato raggiunto in questi primi 35 anni di storia del SSN”. Del resto non si tratta di una situazione questa che ha presto alla sprovvista gli economisti sanitari italiani visto che come dice Mennini “gli economisti sanitari stanno cercando da anni di evidenziare le problematiche relative a questa frammentazione. Sicuramente questa, per alcuni, inaspettata ed eccessiva frammentazione ha acuito una serie di problemi che si riflettono negativamente non solo dal punto di vista dell’efficienza della spesa, ma anche e soprattutto dal punto di vista di un differente accesso alle cure per i cittadini pazienti. L’economista sanitario ha il dovere di evidenziare, laddove verificate, le inefficienze e le differenze generate dalla frammentazione stessa, indicando i necessari correttivi tendenti ad una più corretta ed efficiente gestione del sistema stesso”.

 da [NOVODIABETE](#)