

Organizzazione e gestione dell'assistenza diabetologica

L'assistenza alle persone con diabete in Francia

Marco A. Comaschi

Dipartimento di Emergenza e Accettazione Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino, Genova

In Francia l'assicurazione sanitaria pubblica fa parte del Sistema di Previdenza Sociale che è stato stabilito nel 1945 - basato sul modello Bismarkiano - e che si rivolge ai lavoratori dipendenti con un reddito minimo.

Informazioni generali

Estensione territoriale (km ²)	675.417
Popolazione (milioni)	63.213.894
PIL (Milioni Euro)	1.811.561
Spesa per Sviluppo e Ricerca (% Pil)	nd
Spesa Sanitaria (% Pil)	9,5
Tasso di disoccupazione (%)	8,9

Caratteristiche principali del Sistema Sanitario

Copertura sanitaria	Universale
Finanziamento	Sistema di previdenza sociale nazionale
Fornitura dei servizi sanitari	Mista - Assistenza ambulatoria privata - Servizi di ospedali pubblici
Organizzazione territoriale	Centralizzata

Descrizione generale del sistema

La copertura del sistema sanitario pubblico francese non è completa e la vasta maggioranza della popolazione francese ha un'assicurazione sanitaria comple-

mentare. A differenza di altri paesi, l'assicurazione privata in Francia non è focalizzata a ridurre le code del settore pubblico o a ottenere un servizio da un fornitore di elite. Nel 2000 il Governo francese ha introdotto un nuovo programma, la *Couverture Maladie Universelle* (CMU), che dà diritto ai cittadini con un basso reddito a un'assicurazione complementare finanziata pubblicamente, nel tentativo di ridurre le disuguaglianze sociali.

L'assicurazione sanitaria complementare è erogata da tre tipi di organizzazioni: *Mutuelles* rappresenta approssimativamente il 60% del totale del mercato, le istituzioni *non-profit* e le compagnie assicurative private (includendo entrambe *for-profit* e *non-profit*) si dividono il restante 40%. Le compagnie assicurative e le *Mutuelles* sono regolate e operano diversamente.

Legislazione

La Costituzione del 1958 afferma all'articolo 34 che "Le leggi finanziarie per la sicurezza sociale determineranno le condizioni generali del bilancio della sicurezza sociale e, alla luce delle previsioni dell'erario, determineranno le spese nel modo e con le riserve specificate nella legge istituzionale".

La prima riforma importante dell'assistenza sociale è avvenuta nel 1967, sono seguite quella del 1982 e una più specifica nel 1996 - conosciuta come il Piano Juppé - che ha determinato il sistema come oggi è conosciuto.

Tutte le riforme hanno comportato la divisione delle competenze tra lo Stato e le *Mutuelles*. Lo Stato tratta le politiche concernenti gli ospedali pubblici e i farmaci e le *Mutuelles* si occupano delle prassi mediche private (includendo i servizi previsti per i professionisti

self employed e gli ospedali *for-profit*) d'accordo con gli accordi negoziati. Le decisioni concernenti a come si finanziano le *Mutuelles* (condizioni e livelli delle contribuzioni sociali) sono di competenza dello Stato che, nel tempo, ha incrementato il suo potere di intervento nel tentativo di controllare la spesa sanitaria.

La legge Costituzionale (96-138 del 22 Febbraio 1996) introduce la legislazione annuale per il finanziamento della previdenza sociale e valuta le entrate degli organi della previdenza sociale nell'anno, affinché si definisca il tetto per la spesa sanitaria totale dei fondi sanitari d'assicurazione. La legge ha inoltre approvato gli indirizzi politici del Governo per la previdenza e l'assistenza sociale. Da allora, il Parlamento approva annualmente una legge sulla costituzione di un fondo per la previdenza sociale basato sui rapporti della Commissione (*Cour des Comptes*) e la Conferenza Nazionale di Sanità.

In seguito al Programma Juppé sono stati adottati 4 provvedimenti principali:

- Provvedimento 96-344 sull'organizzazione di previdenza sociale, definendo le responsabilità rispettive dello Stato e il sistema di previdenza sociale;
- Provvedimento 96-345 relativo al controllo della spesa dei professionisti della sanità, introducendo la possibilità di accordi per i medici generici e gli esperti e provvedendo ai limiti di spesa sul trattamento nell'esercizio privato della professione;
- Provvedimento 96-346 sulla riforma degli ospedali pubblici, con la creazione di agenzie regionali ospedaliere;
- Prima legge per la costituzione di un fondo di Assistenza/Previdenza Sociale (96-1160 del 27 Dicembre 1996): introduceva per il 1997 la prima fase del trasferimento dei contributi relativi alla sicurezza sociale;
- Legge universale di copertura sanitaria (CMU) (Giugno 1999): ha aperto la copertura statutaria di assicurazione in base alla residenza in Francia. Anche se le entrate sono al di sotto di un certo livello (circa 7% della popolazione), si prevede il diritto a una copertura gratuita;
- Legge sui diritti dei pazienti e la qualità (4 Marzo 2002): aumento dei diritti collettivi e individuali dei pazienti, sviluppo di formazione permanente per i professionisti sanitari, valutazione delle pratiche professionali e risarcimento dei pazienti per gli incidenti accaduti senza alcun errore da parte dei professionisti coinvolti;
- Legge 2004-806 del 9 Agosto 2004 sulla sanità pub-

blica: ha rafforzato il ruolo dello Stato a livello nazionale e regionale nella sanità con l'istituzione degli obiettivi pluriennali.

Organizzazione

La responsabilità delle politiche sanitarie e la regolazione del sistema sanitario si dividono tra:

- Stato: Parlamento, Governo e ministeri vari
- *Mutuelles*
- Comunità locali, in particolare a livello di dipartimento.

A livello centrale, dal 1996 il Parlamento ha approvato la legge sulle *Mutuelles* che:

- definisce il tetto stimato per la spesa sanitaria, conosciuta come tetto nazionale per la spesa sanitaria (ONDAM);
- approva il documento guida in politica sanitaria e sicurezza sociale;
- contiene nuove previsioni concernenti benefici e regolazione.

Il Ministero della Salute include le strutture che seguono:

- la direzione generale di salute, responsabile per la politica sanitaria;
- la direzione di ospedali, responsabile della gestione delle risorse;
- la direzione di sicurezza sociale;
- la direzione generale di politiche sociali, responsabile degli aspetti sociali della sanità.

Il Ministero della Salute ha anche servizi territoriali come i dipartimenti di affari sociali e sanità nelle regioni (DRASS, *Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales* e DDASS, *Directions Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales*) e controlla la maggior parte della regolazione delle spese sanitarie sulla base del quadro stabilito dal Parlamento.

La riforma Juppé del 1996 ha introdotto il controllo parlamentare nel sistema sanitario e delle risorse e ha rafforzato il ruolo delle regioni.

A livello locale, regionale (DRASS) e dipartimentale (DDASS) gli uffici hanno la responsabilità di definire le priorità sanitarie e di applicare le politiche locali in linea con gli obiettivi nazionali.

Ci sono 22 uffici regionali e 95 uffici dipartimentali. Nonostante l'esistenza degli enti locali sanitari, il sistema sanitario francese è stato tradizionalmente caratterizzato dall'alto in basso nella gestione e nel *decision making*. Con le riforme introdotte negli anni '90 è stato

conferito più potere alle regioni attraverso la creazione delle agenzie regionali ospedaliere. Sono responsabili del piano ospedaliero (per ospedali pubblici e privati), della dotazione finanziaria degli ospedali pubblici e della registrazione delle tariffe per gli ospedali privati (sempre nel contesto degli accordi nazionali).

Finanziamento

La Francia ha un sistema di assicurazione universale di sanità pubblica, ma la copertura che fornisce è incompleta e la maggioranza della popolazione francese ha un'assicurazione complementare privata.

Questa copertura privata rappresenta il 12% della spesa totale sanitaria (la terza più alta nei paesi occidentali dopo USA e Paesi Bassi). La responsabilità finanziaria per la salute in Francia ricade principalmente sul sistema delle *Mutuelles*.

Nel 2000 il sistema delle *Mutuelles* ha rappresentato il 75,5% della spesa totale per la sanità, l'assicurazione privata complementare il 12,4% e i pagamenti diretti dei pazienti l'11,1%. Dal gennaio 2000 si è creato un piano universale di assicurazione che fornisce il finanziamento per l'1% della popolazione che precedentemente era stata esclusa dal sistema di previdenza sociale.

A priori, i pazienti pagano le tasse direttamente ai "fornitori di servizi sanitari" e ottengono il risarcimento parziale dal fondo monetario di assicurazione al quale sono affiliati.

La struttura dei fondi statuari delle *Mutuelles* si configura nel modo seguente:

- Contributi dei datori di lavoro: 50%
- Contributi degli impiegati: 3,5%
- Tasse nazionali:
 - CSG (Contribuzione Sociale Generale) reddito: 30%
 - Secondo la legge del 2001 dei fondi per la previdenza sociale, le tasse per l'assicurazione sanitaria sono il 5,25% sul reddito guadagnato e il 3,95% sui benefici (pensioni e permessi)
 - Tasse sul tabacco e sull'alcool: 3,4%
 - Tasse pagate dalle ditte farmaceutiche: 1%.

Prospettive

I pazienti sono liberi di scegliere il medico che desiderano, includendo anche gli specialisti. I fornitori sono

pagati su una tassa per servizio e godono di un'autonomia considerevole riguardo tutte le zone d'attività della loro pratica. È inteso che dal 2007 ci sarà uno sviluppo graduale di una rete controllata dei servizi con il medico generale inteso quale principale punto di "ingresso" nel sistema sanitario.

Da quanto brevemente esposto sull'organizzazione del sistema sanitario francese, si intuisce che in tale modello sarebbe difficile progettare un'assistenza alle persone affette da diabete mellito basata sulla continuità di cura e sulla presa in carico. Infatti, la possibilità che ogni cittadino ha di rivolgersi a un medico generalista o anche a uno specialista diverso, pagando direttamente l'onorario e ricevendo successivamente un rimborso a quota prestabilita dal sistema delle *Mutuelles* o delle assicurazioni private integrative, è, di fatto, un sistema che privilegia la prestazione di cura, ma trascura inevitabilmente gli aspetti che nel trattamento del diabete sono oggi fortemente incentivati in tutto il mondo: prevenzione, diagnosi precoce, riduzione delle complicanze, educazione terapeutica.

Tuttavia, in Francia l'assistenza al diabete in questi ultimi anni, grazie ad alcuni provvedimenti legislativi nazionali e alla creazione di particolari strutture, si sta rapidamente evolvendo in senso fortemente positivo.

Nell'Agosto del 2004, con la legge n. 813, lo Stato francese istituiva la *Haute Autorité de Santé* (HAS), un organismo a composizione vasta: dai professionisti, agli esperti, alle rappresentanze dell'*Union des Assurance de Maladie* e, infine, alle rappresentanze istituzionali. Contestualmente, veniva iniziata una politica nuova: il riconoscimento ufficiale delle *Affections de Longue Durée* (ALD), ossia delle patologie croniche, codificate in due tornate successive in 32 voci molto ben caratterizzate. Il diabete, sia tipo 1 sia tipo 2, è codificato come ALD 8. La HAS ha il compito di definire con precisione le ALD e, soprattutto, di creare un sistema di buona pratica clinica cui tutti i professionisti della salute si devono attenere, valutati attraverso un sistema di indicatori di processo ed esito molto puntuali. La legislazione sulle ALD nasce per esonerare i soggetti affetti dalle diverse cronicità dal cosiddetto *ticket modérateur*, ovvero la quota parte direttamente pagata dal cittadino o dalle assicurazioni integrative per le prestazioni ricevute, ma di fatto, e segnatamente nel caso del diabete, si trasforma rapidamente in una linea guida organizzativa per la *prise en charge* della persona affetta da diabete mellito, valida soprattutto per il medico generalista, ma anche per lo

specialista diabetologo. Nella Figura 1 si riporta la parte del manuale che riguarda la presa in carico della persona affetta da diabete tipo 2.

Figura 1 **La prise en charge thérapeutique dei soggetti diabetici**

Prise en charge thérapeutique

Objectifs

- Contrôle glycémique: contrôle de l'HbA_{1c} en l'absence d'hypoglycémie sévère, à adapter en fonction de l'âge, de l'ancienneté du diabète, des situations particulières et du risque hypoglycémique.
- Contrôle des facteurs de risque associés.

Professionnels impliqués

La prise en charge thérapeutique des patients diabétiques est du domaine du médecin traitant et/ou de l'endocrinologue spécialisé en diabétologie.

Le recours au diabétologue est recommandé en cas de déséquilibre du diabète, de survenue de complications ou de passage à l'insuline.

L'éducation thérapeutique du patient réalisée par le médecin peut être complétée par:

- des professionnels paramédicaux spécialisés en diabétologie (diététiciens, infirmières, podologues, éducateurs médico-sportifs);
- une prise en charge avec un programme éducatif (type maison du diabète, programme proposé par les associations de patients);
- un suivi coordonné spécifique (prévention podologique, difficultés médicosociales, éducation thérapeutique et diététique) proposé dans un réseau de soins.

Si veda come il sistema francese individua correttamente le diverse figure professionali necessarie alla cura del diabete

Nella *prise en charge* il diabetico sottoscrive un piano annuale di cura con il medico prescelto e la HAS detta le regole su come deve essere formulato il piano, definendo anche la tipologia e la quantità di prestazioni disponibili in totale gratuitamente. Non solo: la HAS ha anche formulato una specifica guida per la persona con diabete, al fine di informarla in modo totale e completo non soltanto sulla sua malattia, ma anche sul sistema messo in atto per la presa in carico e la formulazione del piano di cura. Nel maggio del 2006 la HAS ha

editato le due guide specifiche sul diabete: una per il personale medico e sanitario, l'altra per le persone affette da diabete mellito tipo 1 e tipo 2 (Figura 2).

Figura 2 **Gli obiettivi delle guide editate dalla HAS tra il maggio e il settembre del 2006**

Prise en charge du diabète de type 2

Date du guide médecin Mai 2006

- Avertissement**
- Un guide patient a été réalisé à la suite du guide médecin
 - Actualisation de la liste des actes et prestations: juillet 2007
 - Actualisation du guide médecin, complications oculaires et podologiques: diffusion prévue en septembre 2007

Objectifs

L'objectif du guide médecin est d'explicitier pour les professionnels de santé la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD au titre de l'ALD 8: diabète. Ce guide est limité à la prise en charge du diabète de type 2.

L'objectif du guide patient est d'expliquer au malade admis en ALD, au titre d'un diabète, les principaux éléments du traitement et du suivi. Il contient également une liste des contacts utiles. Ce guide lui est remis par le médecin traitant en même temps que le protocole de soins validé par le médecin conseil de la caisse d'Assurance maladie.

Con la legislazione dell'Agosto del 2004, in sostanza, si è avviato in Francia un sistema di *disease management* gestito in prima persona dal medico generalista, ma comprendente anche gli altri attori della sanità pubblica come gli specialisti, gli infermieri e le strutture ospedaliere. Da tale atto legislativo hanno ripreso vigore delle strutture già esistenti in Francia, ma fino ad allora confinate in un angolo abbastanza indistinto dal punto di vista amministrativo, legate, come erano, a rapporti convenzionali con le *Mutuelles* o le assicurazioni private e sorte prevalentemente su base volontaristica stimolata dalle Associazioni dei Pazienti e dei

Professionisti (ALFODIEM): i cosiddetti *Réseaux de soins* o “Reti di cura”. Si tratta di strutture tipicamente territoriali, dislocate un po’ dappertutto nelle regioni del Paese, che coinvolgono personale medico generalista, specialisti, ospedalieri e soprattutto personale professionale, infermieristico, ma anche dietisti e podologi. I *Réseaux Diabète* sono attualmente 72 in tutta la Francia, occupano 5000 dipendenti e, ad oggi, hanno preso in carico, con il sistema dell’ALD, più di 50.000 persone diabetiche. Si sono federati nell’ANCRE (Associazione Nazionale di Coordinazione dei Réseau Diabète) (Figura 3) che partecipa a pieno titolo agli incontri con ALFODIEM, le altre società scientifiche e associazioni di volontariato con le quali collabora attivamente, soprattutto sul versante dell’educazione terapeutica e sulla cura del piede diabetico.

I *Réseaux*, con la legislazione sulle ALD, si sono accreditati presso le Istituzioni e la HAS, sottoponendosi ai controlli di qualità richiesti da quest’ultima che prevedono rigidi programmi di aggiornamento conti-

Figura 3 Il logo dell’ANCRE, *Association Nationale de Coordination des Réseau Diabète*



nuo (EPP) e soprattutto l’osservanza di standard precisi di indicatori di processo ed esito. Uno degli elementi di spicco dell’attività dei *Réseaux* è quello che viene chiamato *l’accompagnement du diabetique*, vale a dire l’assegnazione di infermieri specializzati per gruppi di soggetti diabetici tipo 2, anche con aspetti di domiciliarità, basato sostanzialmente su principi di educazione continua del paziente e sull’addestramento all’auto-gestione della patologia. I primi rapporti forniti dall’ANCRE sugli indicatori di esito richiesti dalla HAS sono davvero lusinghieri, con una riduzione media dell’emoglobina glicata (HbA_{1c}) della popolazione seguita di quasi un punto e mezzo (da 8,4 a 7,1). La Figura 4 riporta la localizzazione dei *Réseaux* all’interno del territorio francese.

Le associazioni di volontariato *non-profit* delle persone affette da diabete sono in Francia molto attive e unite e collaborano molto attivamente anche con le società scientifiche mediche, sia della medicina genera-

Figura 4 I *Réseaux Diabète* sul territorio metropolitano francese



le, sia di quella specialistica. Una delle più importanti realizzazioni sostenute dalle associazioni sono le *Maisons du Diabète*, veri e propri centri professionali, in prevalenza con personale infermieristico e dietologico, che si occupano fondamentalmente di educazione terapeutica finalizzata alle modificazioni degli stili di vita e all’auto-gestione di patologia. Molto rilevanti sono i programmi che si svolgono all’interno delle *Maisons* per quanto riguarda l’attività fisica delle persone diabetiche. I maggiori finanziamenti sono a carattere di donazione anche se, per talune attività, le *Maisons* hanno dei rapporti convenzionali con le *Mutuelles*. La Figura 5 riprende un portale web di una *Maison du Diabète* con le indicazioni delle prestazioni erogate. Nella Figura 6 sono mostrate le sedi di localizzazione delle *Maisons*, che non si limitano al territorio francese, ma si trovano anche in Belgio e Lussemburgo.

In conclusione, è oggi possibile affermare che la Francia, il cui modello sanitario è sempre stato definito tra i migliori del mondo, anche dalle speciali “classifiche” che di volta in volta l’OMS stila per la gioia dei mass media, in pochi anni ha rapidamente adeguato un sistema fondamentalmente mutualistico, rendendolo di fatto universale e ha intrapreso, forse per prima in modo istituzionale in Europa, la strada del modello di cura delle cronicità, tra le quali la malattia diabetica rappresenta sempre una condizione paradigmatica e la prima a essere codificata. Non è ancora attivo un siste-

Figura 5 La web page di una *Maison du Diabète*Figura 6 La localizzazione delle *Maisons du Diabète* sul territorio francese

ma di *pay per performance* - come nel Regno Unito e in alcuni Stati Americani - e una delle richieste molto forti dei *Réseaux* è proprio quella di intraprendere que-

sta strada ma, come sempre sciovinisti, i francesi non intendono in alcun modo seguire i modelli americani di *disease management* che prevedono dei veri e propri *coaching* delle persone diabetiche da parte di strutture private.

Non è possibile assimilare i *Réseaux* ai nostri Servizi di diabetologia: nelle strutture francesi, infatti, il vero *case manager* del paziente diabetico è il medico generalista, coadiuvato in buona parte dall'infermiera specializzata, anche se l'integrazione con la figura specialistica del diabetologo è fortemente consigliata. Il sistema sembra molto positivo e i primi rapporti incoraggianti, anche dal punto di vista economico. È tuttavia ancora presto: il vero banco di prova si avrà tra almeno uno o due lustri quando l'efficiente sistema informativo sanitario francese, basato su *personal cards*, sarà in grado di valutare l'eventuale reale riduzione delle complicanze e delle ospedalizzazioni.

Bibliografia consigliata*

1. <http://www.has-sante.fr/portail/>
2. Il Revisore.it - Viaggio nei sistemi sanitari francesi
a cura di Inma Mateos
<http://www.ilrevisore.it/magazine/2005/11/211105.htm?archivio>
3. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
4. <http://www.asso-ancred.org/index>
5. Guide médecin sur le diabète de type 2
Publication Haute Autorité de Santé Sep 2006-
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete_type_2_sans_liste.pdf
6. Guide patient: comprendre comment gérer sa santé avec un diabète de type 2
Publication de l'Haute Autorité de Santé - Mai 2006
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07_016_diabete_2.pdf
7. <http://www.maison-diabete.com/prestations.html>

*Siti consultati nel settembre 2007

