

# Organizzazione e gestione dell'assistenza diabetologica

## I problemi delle cronicità nell'organizzazione del servizio sanitario: lo studio Bilancio Salute Sociale (BSS)

Marco A. Comaschi<sup>1</sup>, Antonio Pontiroli<sup>2</sup>, Mario Abis<sup>3</sup>, Michele Carruba<sup>4</sup>, Fulvio Braido<sup>5</sup>, Luigi Ferrannini<sup>6</sup>, Bianca Canesi<sup>7</sup>, Ovidio Brignoli<sup>8</sup>, Carlo Schweiger<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Associazione Medici Diabetologi - <sup>2</sup>Società Italiana di Diabetologia - <sup>3</sup>Makno & Consulting - <sup>4</sup>Società Italiana per l'Obesità - <sup>5</sup>Società Italiana di Medicina Respiratoria - <sup>6</sup>Società Italiana di Psichiatria - <sup>7</sup>Società Italiana di Reumatologia - <sup>8</sup>Società Italiana di Medicina Generale - <sup>9</sup>Federazione Italiana di Cardiologia

I sistemi di tutela della salute istituiti nei Paesi della Comunità Europea si sono sviluppati tutti nella seconda metà del secolo scorso e sono fondamentalmente basati sui concetti della solidarietà mutualistica (Germania, Francia) o sull'universalità dell'accesso garantita dal welfare statale (Regno Unito, Italia, Spagna). La particolare contingenza storica del periodo immediatamente successivo alle guerre mondiali e l'epidemiologia imperante nel '900, caratterizzata essenzialmente dalle patologie trasmissibili e acute, imposero un'organizzazione essenzialmente basata sulla cura degli eventi di malattia e/o traumi a caratteristiche di insorgenza ed evoluzione breve, in cui la terapia e l'assistenza dovevano obbligatoriamente tenere conto delle condizioni disponibili della cura, sia medica sia chirurgica, in ambiente protetto. La stessa distribuzione dei farmaci, spesso centralizzata su luoghi di cura, imponeva l'ammissione all'uso solo nell'ambiente ospedaliero, inteso sia come punto di ricovero per persone affette da patologie ad alto tasso di pericolosità per la vita, sia come sede di recupero postacuto nel periodo immediatamente successivo. Le forti diseguaglianze sociali esistenti fino all'ultimo ventennio del '900 conferirono inoltre ai luoghi di cura anche la responsabilità di erogare prestazioni di tipo sociale oltre che sanitarie in senso stretto, elemento peraltro favorito dalla stessa filosofia dei sistemi di welfare europeo, in cui l'istituzione statale si pone come soggetto assicuratore diretto del cittadino a fron-

te di una pressione fiscale progressiva per reddito, di fatto favorevole per la parte sociale meno abbiente. Tale condizione è del tutto ignota nella storia dei sistemi assicurativi privati liberistici in cui la fruizione dei servizi sanitari è di fatto un esborso diretto dell'utente che non può godere di prestazioni sociali aggiuntive.

Le motivazioni qui esposte stanno alla base della progressiva centralizzazione dei servizi sanitari verso il sistema ospedaliero, di fatto riconosciuto dal cittadino come l'unico in grado di fornire una risposta adeguata alla perdita dello stato di salute e caratterizzato soprattutto dalla possibilità di tempestività di azione di fronte ad un evento acuto. La sanità "primaria" è stata per moltissimi anni confinata alla parcellizzazione territoriale del medico condotto e, successivamente, del medico di famiglia, professionista solitario caricato di molteplici funzioni pluridisciplinari a fronte di scarsissime possibilità tecnologiche.

A partire dal periodo postbellico, in modo progressivo e crescente, l'epidemiologia si è modificata in modo radicale, con una netta prevalenza delle patologie ad evoluzione cronica (malattie cardiovascolari, metaboliche, neoplastiche, neurovascolari e neurologiche degenerative, osteoartroreumatiche) che oggi - e ormai da più di venti anni - rappresentano le prime cause di morbilità e mortalità della popolazione. L'allungamento progressivo dell'aspettativa di vita e le possibilità diagnostiche maggiori hanno allargato ulteriormente il fenomeno. Tuttavia tali patologie, pur a carattere cro-

nico, sono in genere gravate da una notevole incidenza di episodi acuti che rappresentano ancora oggi la principale motivazione di accesso del cittadino al sistema di tutela della salute.

Le malattie croniche più diffuse tra la popolazione sono: l'artrosi/artrite (18,3%), l'ipertensione arteriosa (13,6%) e le malattie allergiche (10,7%) con tassi molto elevati fin dall'infanzia. Le donne riferiscono di essere affette soprattutto da: artrosi/artrite (21,8 contro 14,6%), osteoporosi (9,2 contro 1,1%) e cefalea (10,5 contro 4,7%). Quote più elevate per gli uomini si osservano invece per la bronchite cronica/enfisema (4,8 contro 4,2%) e per l'infarto (2,4 contro 1,1%). Aumentano negli ultimi cinque anni per la popolazione anziana dal 12,5 al 14,5% il diabete, dal 36,5 al 40,5% l'ipertensione arteriosa, dal 4 al 6,3% l'infarto del miocardio, dal 52,5 al 56,4% l'artrosi/artrite e dal 17,5 al 18,8% l'osteoporosi.

Le persone con disabilità sono 2 milioni e 600 mila. Sebbene in Italia aumenti l'invecchiamento della popolazione e siano 2 milioni gli anziani con disabilità, analizzando il tasso standardizzato per età, la disabilità risulta significativamente in declino (4,7%) rispetto a 10 anni fa (5,7%) anche tra la popolazione anziana (18,8 contro 21,7%). La disabilità è più diffusa tra le donne (6,1 contro 3,3% degli uomini). Le persone confinate nell'abitazione sono 1 milione e 130 mila (2,1%) e tra gli anziani tale percentuale raggiunge l'8,7%. Il 3,0% della popolazione di oltre 60 anni presenta invece limitazioni nello svolgimento delle indispensabili attività di cura personali.

Il Sud e le Isole presentano tassi più elevati per le patologie croniche "gravi" e la disabilità. Si supera la percentuale del 14% dei cronici gravi contro il 12,4% del Nord-Ovest e il 12,6% del Nord-Est. Per la disabilità nelle Isole si arriva al 6,2% e nel Sud al 5,8% contro il 4,1% del Nord-Ovest e il 4,0% del Nord-Est. Particolarmente critica la situazione delle donne anziane nel Sud, tra le quali la percentuale di disabili sfiora il 30 contro il 19,5% delle coetanee nel Nord Italia.

Sono le persone di status sociale basso a presentare peggiori condizioni di salute, sia in termini di salute percepita, sia di morbosità cronica o di disabilità. La quota delle persone che dichiara di stare male o molto male è molto più elevata tra quanti hanno conseguito al massimo la licenza elementare (16,7%) rispetto ai laureati e diplomati (2,5%). Soffrono di una patologia cronica grave l'8,2% delle persone con laurea o diploma e il 32,5% di quanti hanno al massimo la licenza

elementare. Tra le persone con basso titolo di studio la quota di disabili raggiunge complessivamente il 13,7 contro il 5,7% della popolazione di oltre 25 anni.

L'Italia è ai livelli più bassi in Europa per l'obesità degli adulti, ma la quota di obesi è in crescita: sono 4 milioni e 700 mila le persone adulte obese in Italia, con un incremento di circa il 9% rispetto a cinque anni fa. Le stime riferite al 2005 evidenziano che il 52,6% della popolazione di oltre 18 anni è in condizione di normopeso, il 34,2% è in sovrappeso, il 9,8% è obeso e il restante 3,4% è sottopeso. Sono in numero maggiore le persone obese nel Sud e negli strati di popolazione con basso status sociale. Netta è la relazione tra basso livello di istruzione ed eccesso ponderale: tra gli adulti con titolo di studio medio-alto la percentuale degli obesi si attesta intorno al 5%, mentre triplica tra le persone che hanno conseguito al massimo la licenza elementare (15,8%).

## L'Italia il paese più "anziano" d'Europa

L'incremento del numero degli anziani nella popolazione italiana è un fenomeno ormai ampiamente affermato. Il rapporto tra vecchi e giovani ha assunto proporzioni notevoli e sfiorava, nel 2006, quota 142; in altre parole nel nostro Paese gli anziani sono circa il 42% in più dei giovani. Questo valore colloca l'Italia in testa alla classifica dei paesi europei (Figura 1).

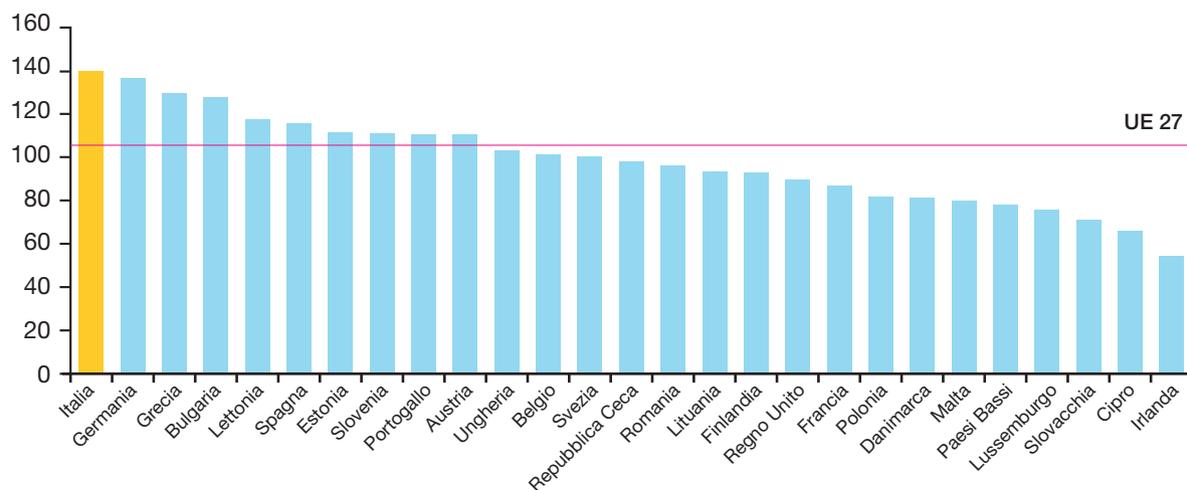
L'indice di vecchiaia è un caratteristico rapporto demografico ed è definito come il rapporto percentuale tra la popolazione in età maggiore di 64 anni e quella con meno di 15 anni.

È l'indicatore maggiormente utilizzato per misurare il grado di invecchiamento della popolazione residente di un paese o di una regione. La Liguria presenta l'indice di vecchiaia più elevato di tutte le regioni italiane (Tabella 1) (1).

In base alle considerazioni espresse, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha focalizzato i temi della sua 61° Assemblea Generale, tenutasi il 18 aprile del 2008, proprio sulle problematiche mondiali delle malattie croniche non comunicabili e in quella sede ha indicato ai Paesi Membri un Piano 2008-2013, teso al raggiungimento di una serie di obiettivi strategici e corredato da indicatori di risultato (2). Il Piano segnala sei obiettivi da raggiungere nel periodo considerato:

- Obiettivo 1: aumentare le priorità correlate alle malattie non trasmissibili nello sviluppo del lavoro

Figura 1 **Indice di vecchiaia nei paesi UE - Anno 2005**



Fonte: elaborazioni sui dati Eurostat, database New Cronos. Mod. da (1)

Tabella 1 **Indice di vecchiaia per sesso e regione - Anni 2001 e 2006 (valori e differenze percentuali)**

Regioni Ripartizioni geografiche	2001			2006			Differenze % 2001-2006		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	139,4	214,2	175,8	147,0	217,4	181,2	7,7	3,1	5,4
Valle d'Aosta	115,9	182,8	148,3	121,8	185,5	152,6	5,9	2,7	4,3
Lombardia	105,4	172,5	138,0	113,3	174,7	143,1	7,9	2,2	5,1
Liguria	185,8	298,2	240,3	188,8	292,5	239,1	3,0	-5,7	-1,2
Trentino Alto Adige	82,1	130,0	105,5	89,1	135,0	111,4	7,0	4,9	5,9
Bolzano	72,5	111,9	91,8	81,9	119,5	100,2	9,3	7,6	8,4
Trento	92,5	150,0	120,6	96,7	151,4	123,3	4,1	1,4	2,7
Veneto	104,3	167,9	135,2	110,5	169,1	138,9	6,2	1,2	3,7
Friuli-Venezia Giulia	140,4	235,1	186,6	147,3	232,2	188,5	6,9	-2,9	1,9
Emilia-Romagna	154,1	231,9	191,9	146,4	215,8	180,1	-7,7	-16,1	-11,8
Toscana	154,4	231,3	191,9	154,7	228,4	190,5	0,3	-2,9	-1,4
Umbria	151,3	221,9	185,5	152,2	221,9	185,9	0,9	0,0	0,5
Marche	137,5	201,1	168,4	141,6	204,6	172,1	4,1	3,5	3,8
Lazio	105,4	156,0	130,0	113,4	167,6	139,7	8,0	11,5	9,7
Abruzzo	121,3	174,0	147,0	133,5	190,8	161,3	12,2	16,8	14,3
Molise	121,6	175,0	147,6	138,2	199,3	167,9	16,6	24,3	20,3
Campania	62,3	92,8	77,2	73,3	107,3	89,9	11,0	14,5	12,8
Puglia	78,7	113,3	95,5	94,1	133,6	113,3	15,4	20,3	17,8
Basilicata	101,1	138,0	118,9	118,5	165,1	141,0	17,4	27,1	22,1
Calabria	86,3	119,7	102,6	103,9	143,4	123,1	17,5	23,7	20,5
Sicilia	82,5	116,5	99,1	94,9	134,0	114,0	12,4	17,5	14,9
Sardegna	95,8	137,7	116,1	117,3	168,5	142,0	21,5	30,8	25,9
Nord-Ovest	121,8	195,0	157,4	128,9	196,4	161,7	7,1	1,4	4,3
Nord-Est	122,4	192,2	156,4	124,6	188,1	155,4	2,1	-4,1	-1,0
Centro	127,3	188,7	157,2	132,1	194,2	162,2	4,8	5,5	5,1
Centro-Nord	123,6	192,3	157,0	128,6	193,3	160,0	4,9	1,0	3,0
Mezzogiorno	79,8	114,6	96,8	93,7	133,4	113,0	13,8	18,8	16,3
<b>Italia</b>	<b>105,0</b>	<b>159,2</b>	<b>131,4</b>	<b>115,0</b>	<b>170,0</b>	<b>141,7</b>	<b>10,0</b>	<b>10,8</b>	<b>10,3</b>

Fonte: Istat, POSAS. Mod. da (1)

- globale e nazionale e integrare la prevenzione e il controllo di queste malattie all'interno delle politiche nazionali di tutte le componenti governative.
- Obiettivo 2: definire e rafforzare le politiche e i piani nazionali per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili.
  - Obiettivo 3: promuovere interventi tesi a ridurre i principali fattori di rischio modificabili condivisi dalle malattie non trasmissibili: uso di tabacco, alimentazione non corretta, sedentarietà e uso pericoloso di alcool.
  - Obiettivo 4: promuovere la ricerca per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili.
  - Obiettivo 5: promuovere le *partnerships* per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili.
  - Obiettivo 6: monitorizzare le malattie non trasmissibili e i loro determinanti e valutare i progressi a livello nazionale, regionale e globale.

### È necessario modificare il sistema

Sulla base di questi dati epidemiologici e della profonda differenza di approccio alle problematiche correlate alle malattie croniche non trasmissibili, rispetto alle patologie acute, tutto il mondo evoluto e in via di sviluppo si sta interrogando e sta cercando modelli innovativi di organizzazione dei sistemi di tutela della salute. L'architettura centrata sui concetti della produzione, del pagamento a prestazione e della concorrenza non appare più in grado di rispondere adeguatamente alle necessità emergenti e anche dal punto di vista economico tende a mostrare un preoccupante incremento dei costi a fronte di miglioramenti esigui, se non del tutto assenti.

Alla fine degli anni novanta, a partire da un famoso scritto di Warren Todd e David Nash (esperti di politiche sanitarie presso l'Università Thomas Jefferson di Philadelphia) nel volume *Disease management: A systems approach to improving patient outcomes* (3), prese campo l'idea del cosiddetto *disease management*, ovvero la gestione di una patologia - o meglio delle persone affette da una specifica malattia - sulla base delle conoscenze scientifiche e della programmazione dei bisogni. Il sistema, integrato con i principi di verifica e revisione continua della qualità - e soprattutto dall'emergere della cultura della *evidence based health care* - può permettere di pianificare gli interventi di natura preventiva, diagnostica e terapeutica in base

alle necessità del singolo individuo affetto da una ben determinata e conosciuta patologia. Si tratta quindi non più di una medicina dell'opportunità, basata sul riconoscimento e cura di un bisogno emergente e spesso urgente, ma di una previsione delle necessità e di una programmazione attiva degli interventi (medicina d'iniziativa).

Condizione necessaria e indispensabile per il successo del sistema è la disponibilità di strumenti di registrazione continua e omogenea dei dati clinici di ciascun soggetto ammesso al sistema stesso. Lo sviluppo dell'informatica è stato di grande aiuto nel supporto alla riuscita dei modelli applicati di *disease management*, tra i quali in particolare quello realizzato dalla *Health Maintenance Organization* (HMO) *Kaiser Permanente* in diverse aree degli USA.

Nei primi anni duemila, successivamente alla pubblicazione su JAMA di alcuni articoli di T. Bodenheimer, E.H. Wagner e K. Grumbach, si è sviluppata una nuova idea di ulteriore affinamento del sistema del *disease management*, nota come *chronic care model* (4, 5) in cui, oltre ai concetti di iniziativa descritti in precedenza, assume un altissimo significato il coinvolgimento diretto delle persone, adeguatamente informate e consapevoli, nella gestione delle proprie problematiche di salute. L'indicazione è quella di un'architettura di sistema che vede l'integrazione di diverse e molteplici figure professionali, riunite in *teams* virtuali o reali, che circondano l'assistibile e lo pongono nelle condizioni di agire nel migliore dei modi per il controllo della sua patologia. Un sistema, detto in una parola, a "rete" integrata tra competenze diverse che concorrono a fornire al cittadino prestazioni di diagnosi e cura, ma anche informazione, formazione ed *empowerment*.

A partire da questi concetti, alcuni autorevoli esponenti di numerose Società Scientifiche italiane hanno ideato e promosso un vasto studio, condotto con metodologia demoscopica e sociologica, grazie all'apporto professionale di una primaria agenzia di ricerche sociali (*Makno and Consulting*) e al supporto incondizionato della IMS Italia. La Società Italiana di Diabetologia (SID) e l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) sono state le prime promotrici dello studio - denominato Bilancio Salute Sociale (BSS) - e hanno progressivamente coinvolto la Società Italiana di Reumatologia (SIR), la Società Italiana per lo studio dell'Obesità (SIO), la Società Italiana di Psichiatria (SIP), la Società Italiana di Medicina Respiratoria (SIMeR), la *World*

Allergy Organization (WAO - IAACI), la Federazione Italiana di Cardiologia (FIC) e la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG).

## Finalità dello studio BSS

La ricerca, tuttora in corso di svolgimento e di articolazione di nuovi sviluppi, si pone come principale scopo quello di conoscere la percezione della popolazione generale italiana e quella delle persone affette da diverse patologie croniche - relativamente al peso di queste patologie, alla loro rilevanza sulla qualità della vita quotidiana e alla tipologia dei servizi offerti dal Sistema Sanitario (articolato nelle diverse regioni oggetto dello studio) - e infine il grado di informazione e aderenza alle cure dei pazienti. Da tale conoscenza lo studio potrà trarre significative indicazioni sulla realizzazione di sistemi alternativi e innovativi di assistenza da consegnare alle istituzioni sanitarie italiane. Nella Tabella 2 viene riassunto in breve il disegno dello studio, attualmente focalizzato su tre quadri significativi di patologie croniche: il diabete mellito, le patologie osteoartroreumatiche e le patologie croniche dell'apparato respiratorio.

## Risultati preliminari

La prima indagine, come riportato dalla Tabella 2, si è svolta su un campione significativo della popolazione totale italiana maggiorenne. Un primo approccio inno-

vativo è stato quello di usare tecniche nuove proprio in fase di questionario.

La misura introduttiva sul valore sociale della malattia ha definito un modello di utilità marginale rilevato secondo la tecnica degli scambi (a quanto sei disposto a rinunciare di ... per avere un po' più di ...). Si può osservare che in un possibile quadro di offerta utilitaristica (che può essere anche assunto come un paradigma di fattori costitutivi del valore di una politica welfare con mediazioni liberiste... i soldi) la salute è di fatto un fattore/dimensione non cedibile (su tutti gli scambi intorno all'1%, solo l'ambiente al 2,6%), mentre cattura oltre il 66% del fattore denaro, il 23% dell'ambiente e quasi il 20% della sicurezza (marginale si può osservare come il fattore sicurezza conti più dell'ambiente).

Malattia e salute, con questo approccio, sono dunque non un valore (ovviamente) centrale e astratto, ma una relazione e una disponibilità misurata di scambio sociale. L'immagine sociale della cronicità acquista, in questo quadro, un valore ancora più significativo perché pesato all'interno di un sistema di valorizzazioni "relative". Più specificatamente si può osservare come l'allarme sociale (da opinione allargata e generica verso le diverse cronicità) è abbastanza elevato. In questo *ranking* "perceptivo/valutativo" il diabete è al terzo posto come gravità percepita, sopravanzato (e questo è uno dei dati più interessanti dell'indagine) dalla depressione e dall'ansia cronica. Ma ancora più significativi sono gli indicatori relativi al rapporto in generale con la convivenza/guarigione della malattia (Figura 2) (6).

Tabella 2 **BSS: riepilogo della struttura della ricerca**

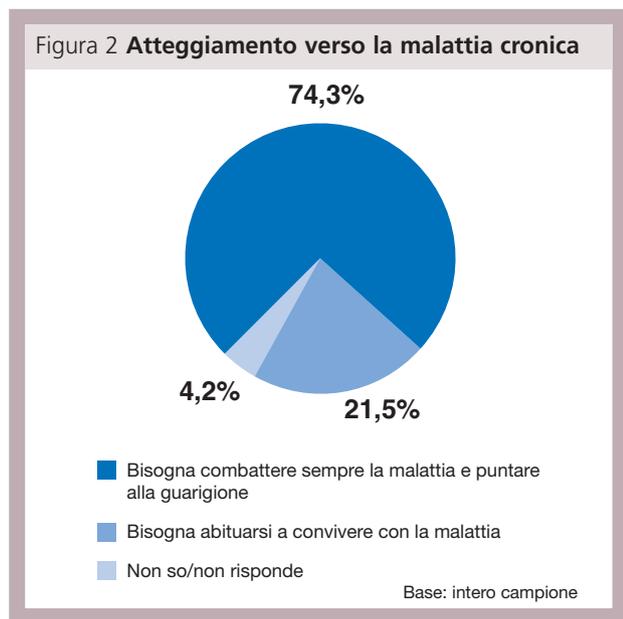
Un'indagine qualitativa nazionale condotta su **medici specialisti, medici generici e infermieri professionali**, per un totale di 150 interviste

Un'indagine quantitativa nazionale, basata su 2400 interviste telefoniche a un campione rappresentativo della **popolazione italiana maggiorenne**

Un'indagine quantitativa su base regionale, basata su interviste telefoniche a un campione rappresentativo della **popolazione regionale maggiorenne**, con dimensioni campionarie varianti da un minimo di 1200 interviste per le regioni più piccole a un massimo di 2400 per le regioni più grandi

Un'indagine nazionale sui **pazienti cronici** di tre patologie selezionate, per un totale di 620 interviste auto-somministrate

Un'indagine desk sul consumo di farmaci nella regione

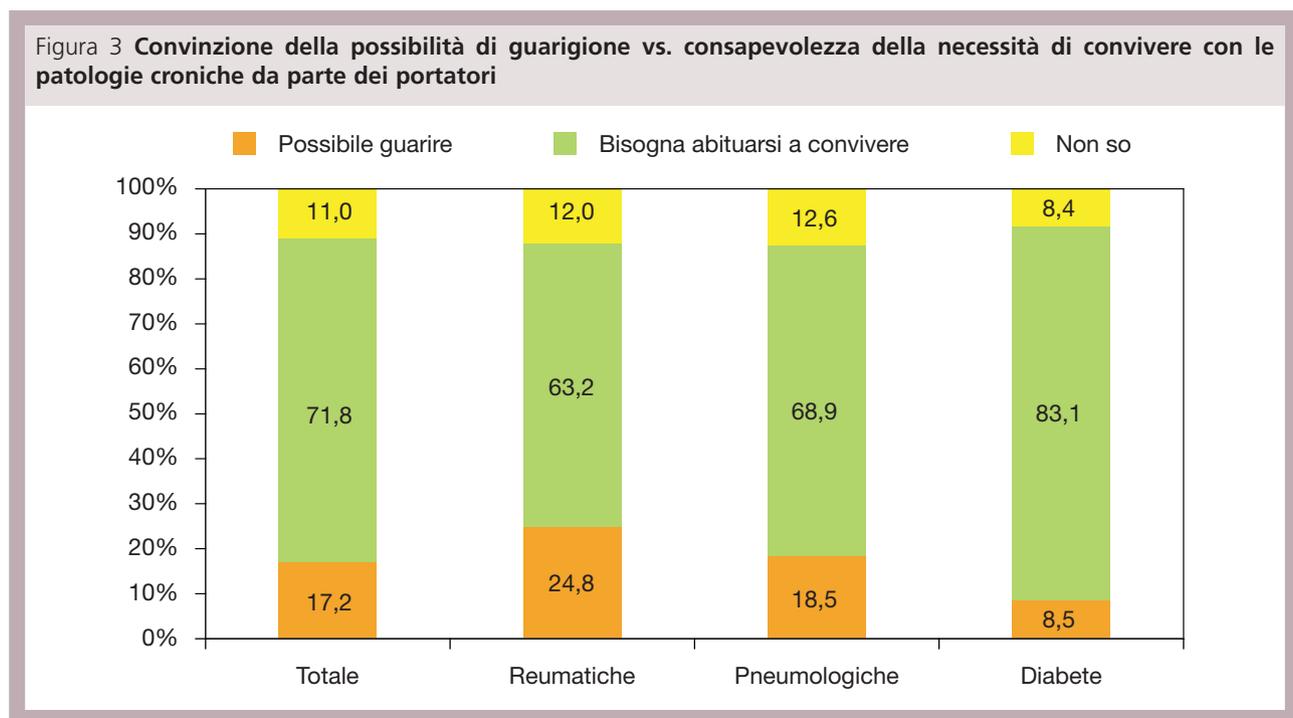


Si evidenzia con molta chiarezza come la percezione generale delle cronicità sia modesta. Infatti, la bassa percentuale di coloro che rispondono che è necessario cercare di convivere con la malattia è un evidente indice del rifiuto della cronicità, intesa come disturbo della propria integrità psicofisica permanente cui adattarsi e, contestualmente, disegna una domanda, impossibile a realizzarsi, alla scienza medica, di guarigione a tutti i

costi, in buona parte indotto da un'informazione mediatica inadeguata e spesso fallace.

Di segno diverso appare invece il quadro disegnato dai questionari compilati dalle persone affette dalle tre patologie croniche oggetto dello studio, intercettate dalla rete delle farmacie italiane sulla base delle prescrizioni farmacologiche relative alle loro patologie. Nella **Figura 3** si vede infatti come la percezione della necessità di convivenza con la patologia sia decisamente più elevata che nella popolazione generale, situandosi al di sopra del 70% degli intervistati totali.

È poi molto interessante notare come si evidenzino importanti differenze tra le tre coorti oggetto dell'indagine: la presa di coscienza (e dobbiamo supporre anche di responsabilizzazione) è molto alta nella popolazione delle persone con diabete (dove arriva a sfiorare l'85%) e significativamente più bassa tra i soggetti con patologie osteoarticolari e respiratorie. Tale dato ci pare debba essere strettamente correlato alle imponenti campagne informative poste in essere in questi ultimi dieci anni sulle problematiche correlate al diabete e agli stili di vita, ma certamente un ruolo rilevante, nel nostro Paese in particolare, è dovuto alla rete capillare di Servizi Specialistici per la cura del diabete che ormai da moltissimi anni svolgono istituzionalmente un ruolo educativo terapeutico costante, con importanti contenuti informativi e formativi nei confronti degli assistenti-



ti. Tale situazione non ha corrispettivi simili per le malattie respiratorie o reumatiche, prevalentemente affidate al solo medico di famiglia che invece, nella cura del diabete, si trova in una posizione molto integrata con i Servizi Specialistici. Le ben note problematiche organizzative della Medicina Generale in Italia - e i notevoli carichi burocratici e amministrativi ad essa imposti - spesso non consentono al singolo professionista di proporsi anche come educatore e informatore. Anche la cronica carenza di sistemi di *teams* multi-professionali è un sicuro *gap* in questo campo.

Il grado di valutazione complessiva dei vari servizi offerti dal Sistema Sanitario alle persone affette da cronicità, nelle regioni italiane interessate dalla prima fase dello studio (Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Lazio, Sardegna e Abruzzo), appare tutto sommato al di sopra della sufficienza (Figura 4), con un valore di *score* ancora una volta significativamente più alto, espresso dai cittadini con diabete mellito.

Ma il dato di punteggio valutativo medio è l'espressione di giudizi in realtà molto diversi se disaggregato sui vari servizi: il medico di medicina generale e l'approccio specialistico ricevono infatti voti ben superiori alla sufficienza, mentre i ricoveri ospedalieri e soprattutto le componenti burocratico-amministrative vengono giudicati complessivamente scarsi (Figura 5).

Ancora una volta l'utenza anticipa, anche se forse senza piena coscienza, una forte necessità di orientare

la sanità pubblica più sul versante territoriale che su quello ospedaliero, oggi gravato di compiti impropri e decisamente impreparato al trattamento delle cronicità. Ma il dato forse più significativo - e sotto certi aspetti anche il più inquietante - è la bassa valutazione data al complesso dei servizi informativi e di prevenzione che raggiunge la sufficienza risicata solo per la coorte delle persone con diabete che peraltro è sempre la più generosa nei voti di ogni tipologia di servizio (Figura 6).

In conclusione, questi dati assolutamente preliminari dello studio BSS sembrano disegnare un quadro in evoluzione in cui, accanto a una bassa percezione del problema della cura delle cronicità da parte della popolazione generale, sempre più spinta dai media a considerare la malattia come un incidente di percorso della vita cui la medicina deve dare risposte sempre risolutive, si registra invece un diffuso senso di responsabilizzazione dei malati cronici - e in particolare dei diabetici - che presenta tuttavia importanti differenze che rispecchiano diversi modelli organizzativi.

Lo studio è in ulteriore sviluppo sia sul versante dell'allargamento ad altre regioni italiane, sia soprattutto sull'estensione dell'indagine ad altre macroaree di patologia e in particolare su quegli aspetti di trasversalità che alcune malattie ricoprono su vasti strati della cittadinanza, come l'obesità e i disturbi distimici (depressione).

Figura 4 Valutazione sintetica del servizio sanitario regionale (il voto varia tra 1 e 10)

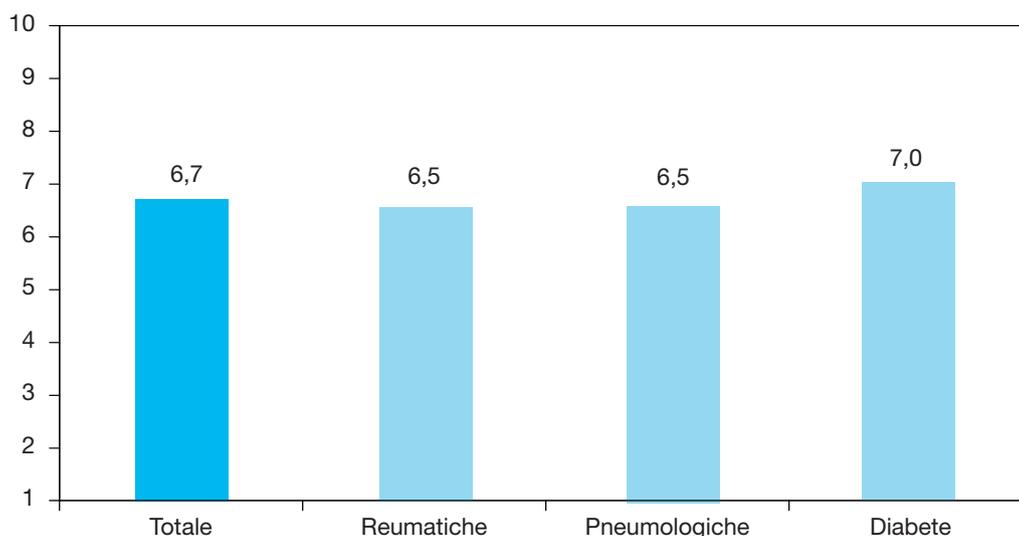
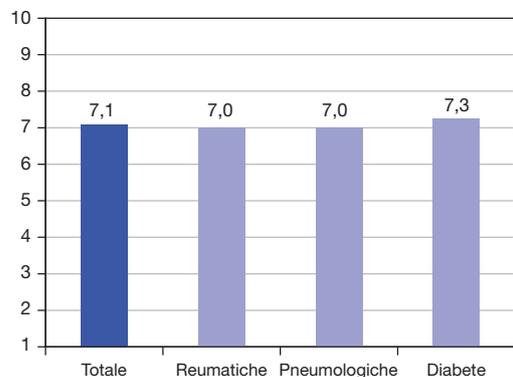
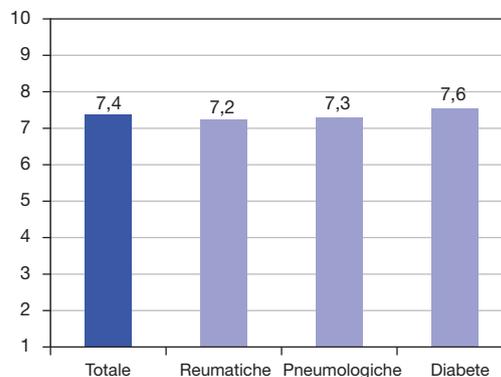


Figura 5 Valutazione sintetica dei singoli servizi (il voto varia tra 1 e 10)

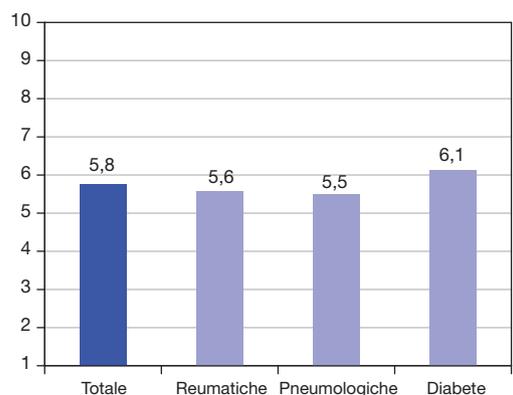
Valutazione sintetica del medico di base



Valutazione sintetica del medico specialistico



Valutazione sintetica delle pratiche burocratiche



Valutazione sintetica dei ricoveri ospedalieri

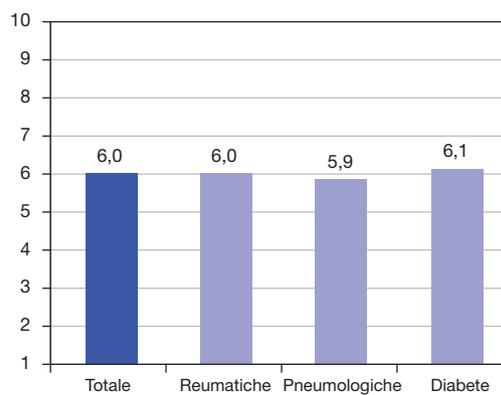
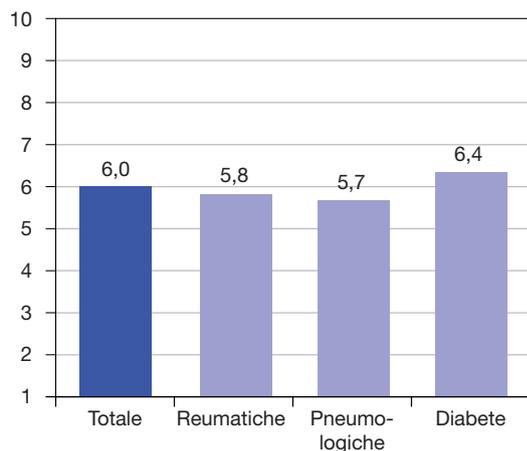


Figura 6 Valutazione sintetica delle informazioni sulla prevenzione e le cure (il voto varia tra 1 e 10)



Bibliografia

1. ISTAT - 100 Statistiche per il Paese - Stampa CSR - Roma Maggio 2008.
2. Sixty-First World Health Assembly A61/8. Provisional agenda item 11.5, 18 April 2008. Prevention and control of noncommunicable diseases: Implementation of the global strategy.
3. Todd W, Nash DB. Disease management: A systems approach to improving patient outcomes. Jossey Bass Editor, San Francisco 1997.
4. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 288: 1775-1779, 2002.
5. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2. JAMA 288: 1909-1914, 2002.
6. Abis M, Comaschi MA. La cronicità del diabete nel Bilancio Sociale della Salute. Me&Dia, Vol. 6, n. 1, pagg. 1-4, Marzo 2006.