

Organizzazione e gestione dell'assistenza diabetologica

A cura di Marco A. Comaschi

Centro Regionale Ligure per la Diagnosi e Cura del Piede Diabetico - ICLAS - Rapallo, Genova

Considerazioni economiche sul diabete

Marco A. Comaschi

Centro Regionale Ligure per la Diagnosi e Cura del Piede Diabetico - ICLAS - Rapallo, Genova

La scienza dell'economia sanitaria (perché si tratta di una vera e propria scienza) ha un compito estremamente importante: quello di orientare i decisori politici nella strutturazione dei sistemi di tutela della salute all'interno delle società, siano esse quelle dei Paesi evoluti dal punto di vista del mercato globale, siano esse invece quelle di Paesi in via di sviluppo o a basso livello di sviluppo. Come tutte le scienze si avvale di alcuni strumenti di base: l'osservazione, l'analisi, le ipotesi progettuali e le sperimentazioni.

Nella nostra società, progredita e sviluppata, insita in un modello di economia di mercato capitalistico, gli elementi che giocano ruoli fondamentali sono molteplici e vanno ovviamente tutti considerati in maniera integrata. Il rapporto tra scienza dell'economia sanitaria e politica, nel mondo occidentale caratterizzato dal modello democratico rappresentativo, è ulteriormente complicato dalla constatazione di come l'organizzazione della tutela della salute del cittadino elettore sia divenuta sempre più un fattore di consenso politico a breve e medio termine che spesso confligge con le indicazioni che prendono origine dalle valutazioni scientifiche, cliniche ed economiche in materia sanitaria. Tuttavia, proprio per il crescente peso sociale dei costi sanitari, sempre più frequentemente i decisori politici, a maggior ragione se su scala decentrata in un'ottica devolutiva regionale, tendono ad ascoltare le indicazioni tecniche e ad applicarle sui sistemi di tutela rivolti al benessere dei cittadini.

Il diabete mellito è probabilmente la condizione maggiormente studiata dagli economisti sanitari, sia per la sua crescente e preoccupante diffusione e per le implicazioni di costo che la grande incidenza delle complicanze tardive comporta sulla società, sia anche perché il diabete rappresenta un modello reale applicabile, di fatto, a tutte le condizioni di cronicità che costituiscono oggi la realtà epidemiologica propria dei Paesi sviluppati e sempre più anche di quelli in sviluppo tumultuoso.

Ci sono alcune semplici domande cui prova a dare risposta l'economia nel campo del diabete:

- quanto costa "adesso", ovvero una fotografia, il più possibile attenta e precisa, di quello che viene definito il *cost of illness* nelle diverse realtà del mondo, di diversi Paesi, di un Paese in particolare e nell'ambito delle organizzazioni locali di quello stesso Paese;
- quanti di questi costi risultano davvero appropriati e quindi utili al cittadino e alla società. Qui entra in gioco la commistione tra scienza economica e moderna scienza medica, secondo i principi della *evidence based medicine* (EBM);
- quanto di ciò che viene definito utile dalla EBM è effettivamente efficace alla prova dei fatti per la singola persona affetta dalla malattia;
- quanto di tutto questo è anche proficuo per la popolazione generale;
- qual è il miglior modo di erogare, in modo equo ed

efficiente, tutto ciò che si riconosce utile e appropriato;

- quali di tutti questi costi hanno un rapporto di costo-efficacia tale da essere assunti dalla società stessa.

Da questa serie di domande si rileva per prima cosa una premessa assolutamente indispensabile che è una delle “verità” assiomatiche dell’economia dei sistemi della salute: risparmiare, diminuire i costi, in una parola “spendere meno”; è un’opzione impossibile o meglio, è possibile solo se si riducono la qualità e l’efficacia del sistema. Se la tutela della salute delle persone funziona, aumenta l’aspettativa di vita e le persone che restano in vita consumano maggiori risorse, in un crescendo obbligato. Non esiste nella storia del *welfare*, così come lo conosciamo in Europa ormai da circa due secoli, un sistema sanitario che abbia speso meno di quanto non facesse prima. Se talvolta le risorse disponibili diminuiscono, come succede nei periodi di recessione economica, sono i cittadini a intervenire direttamente per incrementare le risorse stesse da destinare alla salute.

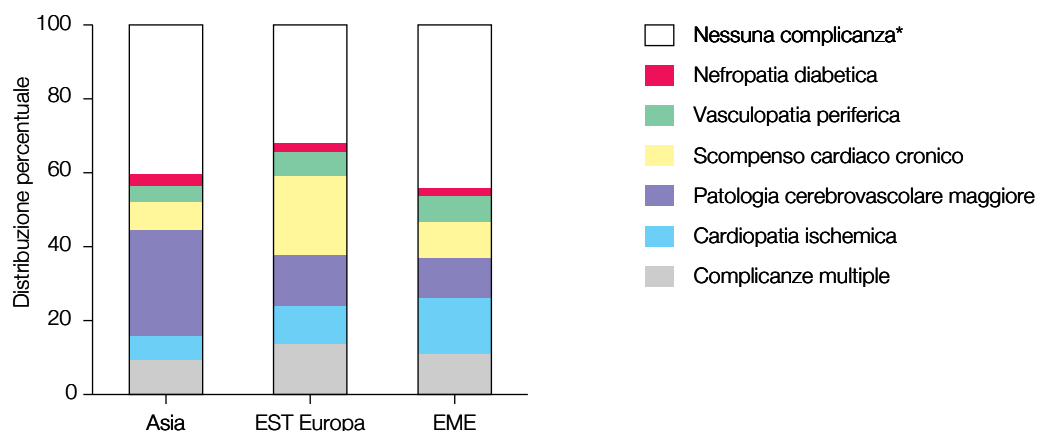
In questo breve articolo ci si occuperà solo delle prime due domande cui si proverà a dare una o più risposte e, se possibile, una soluzione. Le successive saranno argomento per una prossima serie di articoli dedicati.

Gli studi economici che cercano di rispondere alla prima delle domande sopra riportate sono quelli definiti come studi di *cost of illness*. Il termine *illness* non è casuale: in inglese questo vocabolo indica infatti la malattia vista dalla parte della persona malata, a differenza di *disease* che indica invece la patologia dal punto di vista medico. Infatti, in questa tipologia di studio debbono essere valutati sia i costi direttamente a carico del sistema sanitario, intesi quindi come consumo di risorse sanitarie, sia quelli derivati dalla patologia su altri aspetti della vita (inabilità, invalidità, riduzione della produttività, costi di trasferimento, ecc.), definiti come “indiretti”, sia infine quelli relativi alla qualità di vita del singolo, alterata dalla presenza stessa della malattia e dalla sua gravità (costi “intangibili”). Le metodiche usate per determinare i costi di malattia sono due: in una, definita come *bottom-up*, si sceglie una coorte di soggetti affetti dalla patologia in esame e si seguono e si registrano per un determinato periodo di tempo tutti i consumi di risorse utilizzati e tutti i costi indirettamente correlati alla malattia stessa. Invece, nella seconda, al contrario, *top-down*, si valutano retrospettivamente tutti i costi sostenuti dal sistema per una popolazione non precedentemente selezionata,

ma certamente affetta dalla patologia in esame. Nel caso del diabete abbiamo numerosi esempi sia dell’una sia dell’altra metodica e i risultati sono sorprendentemente convergenti e ci forniscono un quadro nazionale e internazionale ricco di spunti e riflessioni. I dati principali ci vengono da un noto studio *bottom-up*, il CODE 2 (1) e da diversi studi *top-down*, come quello del consorzio CINECA (Osservatorio ARNO Diabete) (2) o come quelli di alcune Regioni Italiane (Emilia Romagna, Liguria) o, infine, dallo studio retrospettivo della *London School of Economics*. Il dato comune a tutti questi studi è che per un cittadino diabetico la società spende circa il doppio di quello che spende per un non diabetico e che i costi sono progressivamente crescenti con l’insorgere delle complicanze tardive. Inoltre - e il dato è consolidato - che i costi diretti sono per la maggior parte a carico della cura ospedaliera di queste persone. Tuttavia, in questa sede non si vuole focalizzare la discussione su questo punto, ormai molto noto alla comunità scientifica. È invece interessante fare il punto su alcune evidenti disomogeneità di spesa che rilevano un chiaro difetto di “politica” sanitaria e che sottendono la presenza di stridenti inapproprietezze certamente correggibili, pur tenendo conto di differenze epidemiologicamente significative.

Partendo da una visione molto allargata, che prende in considerazione e confronta i Paesi Asiatici, quelli dell’Europa dell’Est e quelli occidentali sviluppati (Europa, USA, Canada, Australia), il dato più evidente è quello di una differente distribuzione dei costi, in questo caso ospedalieri, per le diverse complicanze correlate al diabete. In Asia prevale nettamente la percentuale di costi connessi alla patologia cerebrovascolare maggiore (*stroke*), nell’Europa dell’Est quella legata allo scompenso cardiaco cronico, nei Paesi occidentali è invece predominante la cardiopatia ischemica. In tutti e tre gli ambiti sono invece sovrapponibili le quote dei costi relativi alla vasculopatia periferica e alla nefropatia diabetica. Che significa? Al di là di riflessioni di tipo etnologico, certamente alcune di queste differenze sottendono diversità nei sistemi di prevenzione e cura dei fattori di rischio (ipertensione in Asia) oppure differenze nei modelli di cura (difficoltà nell’est europeo per la *primary care*) o, infine, problematiche degli stili di vita (sedentarietà e cattiva alimentazione nei Paesi occidentali). Invece, le complicanze che meno risentono dei fattori esterni e che sono più correlate alla storia naturale della malattia (vasculopatia periferica e nefropatia) sono più o meno uguali in tutto il mondo (Figura 1).

Figura 1 **Diversa distribuzione percentuale dei costi ospedalieri in tre grandi macroaree: Asia, Europa Orientale, paesi ad economia di mercato consolidata**



* nessuna complicanza significa nessuna delle cinque complicanze elencate; EME: paesi a economia di mercato consolidata

Recentemente la *London School of Economics* ha svolto un interessante studio comparativo sul *cost of illness* dei cinque maggiori Paesi dell'Unione Europea (3), Germania, Regno Unito, Francia, Spagna e Italia, che rivela un quadro molto composito, dal quale trarre spunti di discussione anche sui modelli applicati. Si parte da prevalenze epidemiologiche molto diverse, da quasi il 9% della Germania al 5% dell'Italia e questo è sicuramente un fattore importante, dal momento che una malattia cronica che interessa poco meno del 10% della popolazione è certamente una sorta di "emergenza sociale" ed è quindi comprensibile un carico economico anche molto marcato.

Lo studio della *London School of Economics* prende in considerazione il periodo che va dal 2000 al 2008 ed è interessante notare come tutti i Paesi, come era da attendersi, hanno incrementato i loro costi sanitari, ma in misura molto variabile. La Germania, che è lo stato che spende più di tutti in rapporto al PIL, in otto anni ha aumentato il proprio fondo sanitario in misura minore rispetto agli altri (22%), distribuendolo in modo omogeneo su tutti i cittadini (anche la quota di spesa pro capite è aumentata del 22%), mentre la Spagna ha incrementato il proprio fondo addirittura del 109% (86% della spesa pro capite) ma, ancora oggi, è il Paese che spende di meno in assoluto e pro capite. Più o meno gli altri tre paesi hanno registrato un aumento

intorno al 40% in otto anni, sia in valore assoluto sia per assistibile (Tabella 1).

La spiegazione di queste differenze sta nella "storia" dei sistemi sanitari: la Germania ha un sistema storicamente stabile, nato addirittura ai tempi di Bismarck e successivamente consolidato con il decentramento regionale dei *Länder*. Inoltre, dal 2004 la Germania con i programmi di *disease management* ha posto in essere un'innovazione importante sul versante delle cronicità che ha consentito di controllare molto meglio gli incrementi di costo. La Spagna, invece, un paese relativamente "giovane" per il *welfare* sanitario, ha intrapreso un cammino di decentramento molto forte sul versante delle autonomie regionali e, ancor oggi, mostra differenze e disomogeneità molto marcate tra regioni "ricche" come la Catalogna e "povere" come l'Andalusia.

Ancora più interessante, entrando nel campo del diabete, è vedere come la distribuzione percentuale dei costi diretti nei diversi Paesi sia molto diversa da uno stato all'altro: Italia e Regno Unito spiccano per l'elevatissima quota destinata alle cure ospedaliere, rispettivamente del 50 e 68% sul totale, mentre la Germania resta al di sotto del 35%. La quota dei costi ospedalieri è inversamente proporzionale a quella utilizzata per le cure ambulatoriali sul territorio, nella *primary care* o in *setting* specialistico extraospedaliero, che è massima

Tabella 1 Costi assoluti e incrementi della spesa sanitaria 2000–2008 nei cinque maggiori Paesi della UE

	Spesa totale 2000*	Spesa totale 2008*	Variazione %	Spesa pro capite 2000	Spesa pro capite 2008	Variazione %
	145.182	216.063	49%	2.458	3.468	41%
	212.435	258.620	22%	2.586	3.149	22%
	96.040	142.167	48%	1.679	2.396	43%
	45.446	95.130	109%	1.120	2.086	86%
	112.793	163.593	45%	1.915	2.657	39%

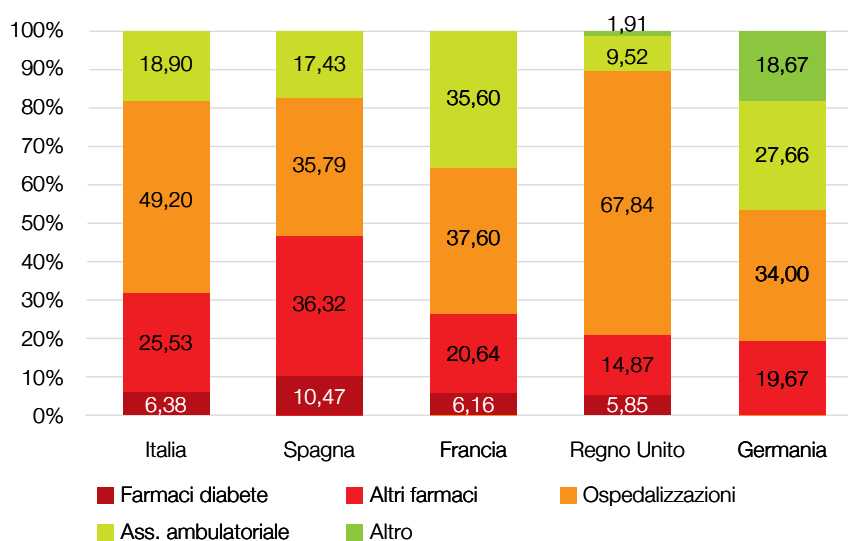
*Miloni di €

in Germania (*disease management program*), ma abbastanza rappresentata anche in Francia e Spagna. Una certa proporzione inversa si trova anche con la spesa farmaceutica, ma in questo campo le differenze regolatorie dei diversi Paesi giocano un ruolo non facilmente classificabile (diversi prezzi di rimborsabilità, diversa distribuzione di farmaci equivalenti). Resta il fatto

che aumentare risorse al settore territoriale comporta una minore incidenza dei costi ospedalieri: è un esempio classico della cosiddetta “efficienza allocativa” (Figura 2).

Ma arriviamo all'Italia e alla sua realtà delle venti regioni e dei mille comuni ed entriamo nell'argomento della seconda delle domande iniziali e cioè dell'appro-

Figura 2 Distribuzione percentuale dei costi per l'assistenza al diabete nei cinque maggiori Paesi della UE



priatezza dei costi. Tutti i vari studi hanno documentato differenze e disomogeneità nelle tre grandi macro aree del Nord, Centro e Sud ma, in particolare, uno studio dell'OSMED (Osservatorio sui Farmaci dell'ISS) (4) riesce a mettere in luce situazioni molto frammentate e disomogenee. Per esempio, la spesa per farmaci antidiabetici non appare esattamente sovrapponibile alle diverse prevalenze di malattia registrate nelle varie regioni (Figura 3) e se si va ad analizzare il rapporto tra costi e quantità di farmaci consumati le sorprese sono abbastanza numerose: tutte le regioni meridionali e quelle insulari si situano nel gruppo di quelle che spendono di più non solo per una quantità maggiore di farmaci acquistati, ma anche, se non soprattutto, perché si tratta dei farmaci a maggior costo. Per converso, quasi tutte le regioni del Centro Nord, escluse Lazio e Lombardia, si collocano fra quelle che acquistano meno farmaci e di minor costo. In questo caso appare evidente che le differenze delle politiche regionali giocano il ruolo prevalente. Peraltro, come sappiamo dagli annali AMD, gli *outcomes* dei pazienti delle diverse aree geografiche non mostrano differenze sostanziali, anche se

le *performances* della diabetologia appaiono comunque migliori nelle aree di Centro e del Nord del Paese (Figura 4).

Un progetto di studio della regione Liguria, noto sotto il nome di "Progetto Nocchiero" (5), ha, di fatto, realizzato un quadro molto interessante relativamente al consumo di risorse dirette da parte della popolazione delle persone affette da diabete mellito residenti in quella regione. L'analisi dei consumi e della loro tipologia nell'arco dell'anno da parte dei diabetici, se messa a comparazione con gli Standard Italiani di Cura del Diabete pubblicati dalle Società Scientifiche, rivela un preoccupante scostamento dall'appropriatezza ideale (quote di accertamenti diagnostici annuali enormemente inferiori all'atteso) (Figura 5) che si traduce poi in un altrettanto preoccupante ricorso alle strutture dell'emergenza (il 52% della popolazione diabetica in un anno si è presentata al Pronto Soccorso) e ai ricoveri ospedalieri, che incidono per il 34% dei casi. Questa è proprio la condizione tipica in cui il matrimonio tra linee guida *evidence based* ed economia sanitaria dovrebbe indirizzare le politiche dei decisori regionali.

Figura 3 Confronto tra dati di prevalenza (cartina in rosso) con i dati di consumo dei farmaci ipoglicemizzanti (cartina in blu) delle diverse aree geografiche italiane

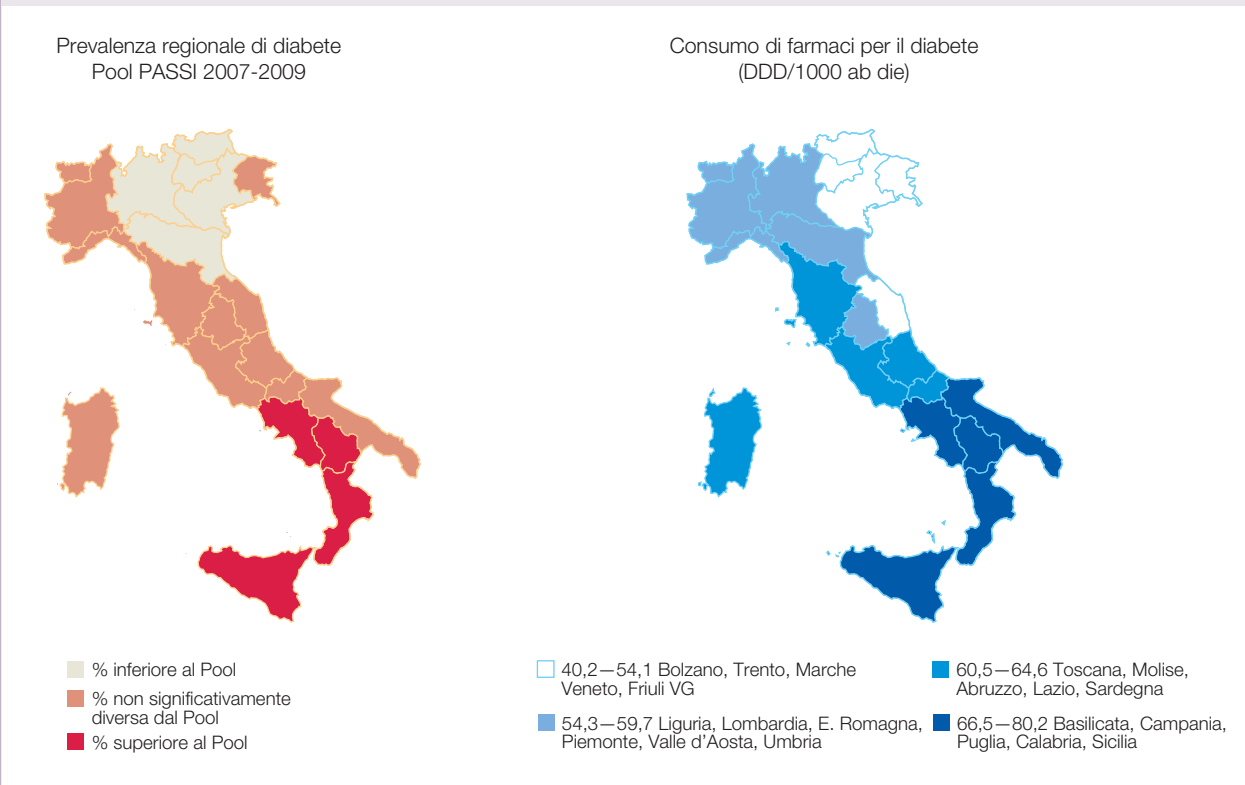


Figura 4 Variabilità regionale del consumo e costo di terapia dei farmaci antidiabetici

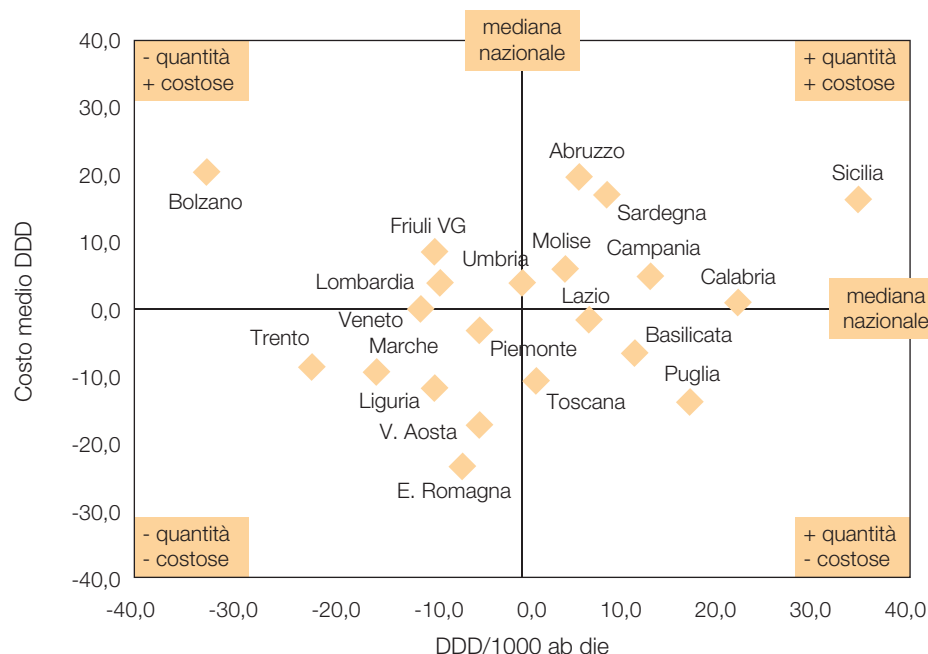
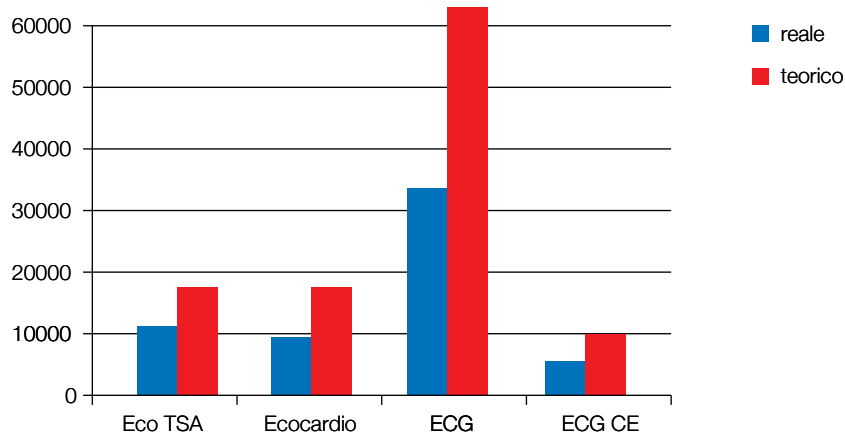


Figura 5 Confronto tra risorse realmente consumate e teoriche in base agli Standard Italiani di Cura del Diabete nella regione Liguria nell'anno 2009, relativamente alla diagnostica cardiovascolare sulla popolazione diabetica residente



In conclusione di questo primo, sommario articolo sull'economia sanitaria in Diabetologia possiamo provare a porre qualche spunto di riflessione. Abbiamo ormai un quadro globale abbastanza chiaro: la cura e l'assistenza delle persone con diabete rappresentano un carico sociale ed economico considerevole che necessita di un intervento "politico" di miglioramento dell'efficienza allocativa delle risorse disponibili. Ciò non significa affatto spendere meno, ma solo differenziare la spesa in modo che graviti il meno possibile sul versante dell'acuzie (ospedali) e che sia in grado di fornire alle persone ciò che è più utile e appropriato. Guardando poi alle disomogeneità presenti nel nostro Paese, l'indicazione che il mondo scientifico deve assolutamente trasmettere alla politica, nell'interesse dei cittadini, è quella di sganciare completamente l'organizzazione sanitaria dai

meccanismi del consenso "elettorale" locale, al fine di porre le basi per un'omogeneità dell'assistenza che è il primo requisito dell'equità.

Bibliografia

1. Lucioni C, Garancini MP, Massi-Benedetti M, Mazzi S, Serra G; CODE-2 Italian Advisory Board. The costs of type 2 diabetes mellitus in Italy: A CODE-2 sub-study. *Treat Endocrinol* 2: 121-133, 2003.
2. <https://osservatorioarno.cineca.org/>. Osservatorio ARNO Diabete.
3. Kanavos P, van den Aardweg S, Schurer W. Burden of disease, cost and management of diabetes in EU5 countries. LSE 2011.
4. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/rapporti-osmed-luso-dei-farmaci-italia>
5. http://www.arsliguria.it/index.php?option=com_content&task=view&id=2667&Itemid=155

