

Quale destino per il Piano Nazionale Diabete?



M. Comaschi

marccomaschi@hotmail.com, mcomaschi@gvmnet.it

UO Medicina Interna, Programma "Piede Diabetico", ICLAS (Istituto Clinico Ligure di Alta Specialità), Gruppo GVM, Rapallo (Genova)

Parole chiave: Diabete, Servizi Sanitari
Key words: Diabetes, Healthcare Services

Il Giornale di AMD, 2013;16:5-10

Riassunto

Nel Dicembre 2012 il Ministero della Salute ha definitivamente approvato il Piano Nazionale per il Diabete (PND). Ora inizia il faticoso iter con le Regioni per avviare la realizzazione e l'implementazione sul territorio delle direttive del Piano, che trova le principali difficoltà nell'impatto che la crisi economica occidentale ed italiana in particolare pone ai sistemi di Welfare. A fronte delle analisi dei costi e dei finanziamenti del SSN si apre una importante discussione sull'opportunità o necessità di identificare nuovi modelli di servizi sanitari che consentano di mantenere equità di accesso e qualità dell'assistenza.

Summary

In December 2012 the Ministry of Health has finally approved the National Plan for Diabetes (PND). Now the arduous process with the regions to start the construction and implementation of the directives of the Plan on the territory begins; the main difficulty is the impact that the economic crisis in Western Countries and particularly Italy places to Welfare systems. In view of the analysis of the costs and funding of the NHS an important discussion has opened on the need to identify new models of health services that enable them to maintain equity of access and quality of care.

Nello scorso mese di Dicembre, dopo una gestazione infinita, è stato approvato il primo Piano Nazionale per l'assistenza e la cura delle persone con Diabete in Italia. Era un documento "dovuto" all'Unione Europea, che aveva da anni invitato tutti gli Stati membri a provvedere in merito. Non siamo arrivati ultimi, ma quasi. Comunque, la lunghissima fase di preparazione, stesura e definizione del Piano ha consentito, al termine, di produrre un Documento molto completo, ampio, esaustivo e con elementi di notevole innovazione, organizzativa e scientifica.

L'impianto del Piano Nazionale Diabete (PND)⁽¹⁾ è fondamentalmente modellato sul sistema di cura delle cronicità (Chronic Care Model)⁽²³⁾, ed orientato alla cosiddetta "Patient Centered Care"⁽⁴⁾, in cui la persona affetta dalla patologia in oggetto diventa parte integrante del sistema, attraverso un costante processo di "empowerment", ge-

stato in modo integrato da tutte le strutture sanitarie delle Cure Primarie e di Secondo e Terzo livello, che orientano la persona all'interno di specifici "percorsi clinici" sia di tipo "preventivo", sia di tipo "terapeutico", aderenti a Linee Guida rigorosamente basate sulla EBM. Il PND riserva un importante ruolo alle Unità di Diabetologia, strutture individuate come "case manager" prevalente in tutte le condizioni di complessità di patologia, ma anche come "consulenti" obbligatorie per la Medicina Primaria per l'identificazione dei percorsi di cura. La Medicina di Famiglia assume altresì il ruolo fondamentale di "gestione del percorso", e di prevenzione primaria sulla popolazione, secondo concetti di medicina d'iniziativa attiva. In ogni caso, il PND individua sempre la necessità della presenza di un "team" multidisciplinare e multiprofessionale adeguatamente formato, in cui le figure professionali non mediche giocano una parte molto rilevante.

Si tratta, ovviamente, di un documento di pianificazione, e quindi di indirizzo, rivolto a quelle Istituzioni che poi pragmaticamente debbono applicarlo sul loro territorio, le Regioni, che, come è noto, nell'attuale Legislazione italiana, sono le uniche amministrazioni titolate a legiferare in materia di Sanità. In questo rilevante "passaggio" già si intravede una prima difficoltà all'implementazione degli indirizzi di Piano, ma certamente non insormontabile, dal momento che il modello organizzativo individuato dal Piano stesso è comunque applicabile anche in contesti amministrativamente disomogenei, in base ai diversi orientamenti "politici" delle singole Regioni.

Quello che il PND non dice, e d'altronde non ci si poteva assolutamente aspettare che lo facesse, è come si finanzia il tutto. Quanto costa? Chi paga? Nel suo iter legislativo, il PND è stato approvato unanimemente dalla Conferenza delle Regioni, semplicemente per il fatto che si afferma nel testo che il PND è "isorisorse". In teoria potrebbe anche essere vero, dal momento che il Piano chiede agli operatori del SSN di svolgere il lavoro per cui sono già pagati soltanto con un altro modello di organizzazione, che di per sé non richiederebbe incrementi di

Questo lavoro è basato su una relazione presentata al VI Congresso Nazionale del Centro Studi e Ricerche di AMD, tenutosi a Napoli dal 18 al 20 ottobre 2012.

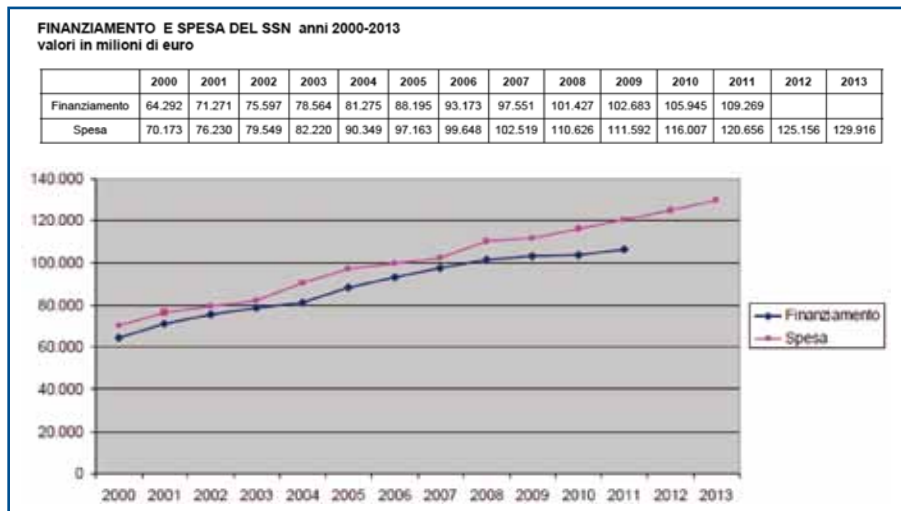


Figura 1. Trend di finanziamento e spesa del SSN anni 2000 – 2013.

costi. In pratica, tuttavia, è evidente che per una coerente applicazione degli indirizzi del PND siano necessari almeno alcuni investimenti di conto capitale (attrezzature informatiche, rete di ICT, tecnologie diagnostiche), ma soprattutto di parte corrente (incentivazioni alle performance, personale professionale, formazione).

Nell'idea del Legislatore, il PND è uno degli strumenti per spostare risorse del Fondo Sanitario dall'area ospedaliera e iperspecialistica a quella delle Cure Primarie sul Territorio, ma ogni operatore della sanità sa che per ottenere una riduzione di costi sul versante delle complicitanze è necessario prima investire, e, poi, solo dopo un congruo periodo di tempo, si potranno vedere i risparmi ottenuti. Ovviamente questo è un impianto programmatico assolutamente virtuoso, e ampiamente possibile in condizioni economiche di sviluppo costante, come nel nostro Paese abbiamo avuto in quasi tutta la seconda metà del secolo scorso, fino ai primi cinque anni dell'attuale. Da lì in poi tutta l'area occidentale è progressivamente andata verso una stagnazione e successivamente verso una vera e propria recessione economica,

e l'Italia in particolare ha subito, negli ultimi cinque anni, una perdita di circa 7 – 8 punti di PIL, pari, più o meno, a 150 – 200 miliardi di euro di ricchezza.

Non è questa la sede in cui fare l'analisi delle cause o la valutazione dei rimedi da porre in atto per il superamento dell'attuale fase di crisi economica. Qui ci si vuole solo porre il problema di capire come tentare di mantenere degli standard di efficacia del nostro Servizio di tutela della Salute, ed in particolare per quanto riguarda le persone con diabete, in presenza di un fortissimo deficit di risorse da destinare alla salute stessa.

I trend di finanziamento esposti qui di seguito nei grafici e nelle Tabelle riportate evidenziano in modo inequivocabile come la crescita del Fondo Sanitario sia progressivamente in riduzione (Figura 1), e sempre comunque al di sotto dei trend di spesa. Il dato di apparente incremento della percentuale di PIL impiegata per il FSN in realtà, in presenza di una riduzione assoluta del PIL, rappresenta una riduzione altrettanto assoluta in termini di cifre reali del Fondo stesso. (Figura 2)

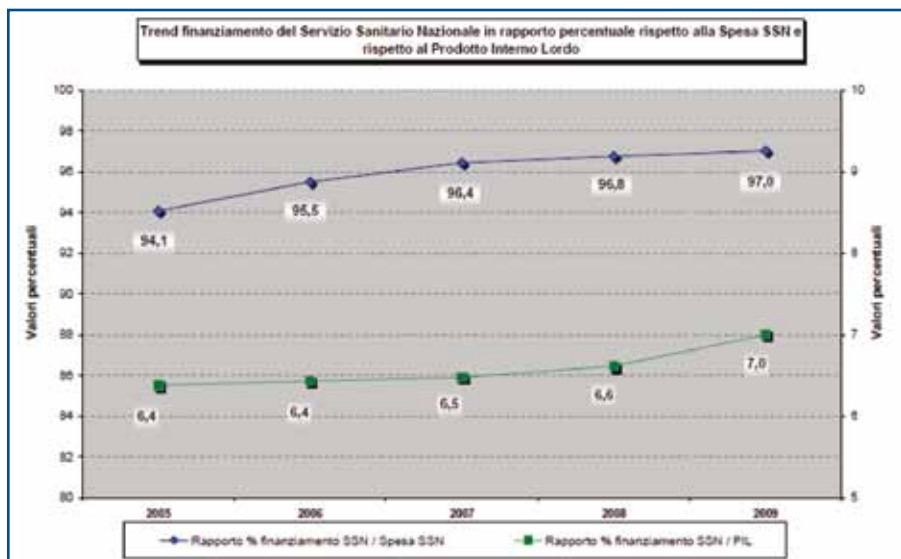


Figura 2. Trend di finanziamento del SSN in rapporto al PIL ed alla spesa anni 2005 – 2009.

La composizione delle fonti di origine del FSN (Tabella 1), accuratamente valutata, dà poi un'immagine tutt'altro che equa, contrariamente a quanto correntemente si dice del nostro Servizio Sanitario: infatti soltanto meno del 40% è derivato da tassazione progressiva sul reddito delle persone fisiche (IRAP e IRPEF), mentre quasi il 55% deriva da accise ed IVA, e cioè da imposte indirette sui consumi, che colpiscono proporzionalmente i soggetti meno abbienti. Infine, circa il 3% del Fondo è sostenuto da tickets e compartecipazioni alla spesa da parte dei cittadini, che, a ben vedere, configurano una vera e propria "tassa sulla malattia". L'intenzione dichiarata da parte del Governo in scadenza, è quella di sostituire i "tickets" con "franchigie" legate alla progressività del reddito, o, come appare dalle dichiarazioni dell'attuale Ministro, più probabilmente con il "patrimonio" del singolo assistibile. Si tratta indubbiamente di un miglioramento, ma resta pur sempre una vera tassa sulla malattia.

Tabella 1. Composizione in valori assoluti delle fonti di finanziamento del SSN (Fonte: Ministero della Salute – Sistemi Informativi Sanitari).

Fonti di finanziamento	Finanziamento del SSN (Milioni di €)
IRAP e addizionale IRPEF	39235
Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (IVA e Accise)	49206
Ulteriori trasferimenti da pubblico e privato	10462
Ricavi e Entrate Proprie Varie	2853
FSN ed ulteriori integrazioni a carico dello Stato	4049
TOTALE REGIONI E PROVINCE AUTONOME	105804
Altri enti finanziati con Fondo Sanitario Nazionale	0.606
TOTALE	106409

I dati relativi al Patto per la Salute 2013-2015 mostrano che nel futuro è atteso un ampliamento del divario fra fabbisogni finanziari e copertura pubblica disponibile: si registrano 109 miliardi di previsione regionale per il 2012 contro una assegnazione di 108 miliardi, con uno scarto dunque di 806 mila euro; poi negli anni successivi lo scarto cresce progressivamente, raggiungendo gli 8 miliardi di euro nel 2015, con un totale cumulato che avrà superato i 17 miliardi di euro nel 2015⁽⁵⁾.

Pertanto, si determinerà un gap crescente tra i fabbisogni di finanziamento delle sanità regionali e le assegnazioni previste; un elevato divario potenziale atteso tra le risorse che si vogliono mobilitare per la sanità e quelle effettivamente necessarie per garantire la tutela della salute dei cittadini.

Questa fase è stata preparata da una dinamica della spesa sanitaria pubblica per gli anni più recenti rallentata rispetto agli incrementi delle fasi precedenti, e ciò contribuisce ad acuire la paura che per il futuro aumenti il gap tra la spesa di cui si avrebbe bisogno e quella

che concretamente sarà messa a disposizione. Esistono, ovviamente, ampi spazi di recupero di efficienza e di riduzione dei cosiddetti "sprechi", ed esistono, soprattutto, possibilità di omogeneizzare verso livelli più bassi le notevoli difformità di spesa tra le varie realtà regionali e locali. Tuttavia non è pensabile che la riduzione dei costi sia in grado di colmare il gap.

La spesa sanitaria pubblica è aumentata infatti ad un tasso medio annuo del +6% nel periodo 2000-2007 e ad un tasso medio annuo del +2,3% nel periodo 2008-2010. (Tabella 2). Emerge quindi un evidente nettissimo rallentamento del ritmo di crescita, un salto in basso che non può non avere contraccolpi. Il tasso medio è la risultante di dinamiche molto diverse tra:

- le Regioni in Piano di rientro, dove il ritmo di crescita è sceso da +6,2% nel 2000-2007 a meno dell'1% nel 2008-2010;
- quelle non in Piano di rientro, dove la crescita è stata del +5,8% nel 2000-2007 e del +3,9% nel 2008-2010.

Tabella 2. Andamento della spesa sanitaria pubblica e privata: confronto periodi 2000-2007 e 2008-2010 (tasso medio di crescita annuo 2000-2007 e 2008-2010).

Spesa sanitaria	2000-2007	2008-2010
Pubblica	+6,0	+2,3
Regioni con Piano di Rientro	+6,2	+0,9
Altre Regioni	+5,8	+2,3
Privata	+2,2	+2,3

Fonte: dati Istat.

A fronte di queste dinamiche della spesa pubblica in sanità, si registra un salto in alto della spesa sanitaria privata che secondo dati Istat è stata pari ad oltre 30,6 miliardi di euro nel 2010 con un aumento del +25,5% nel decennio 2000-2010; quello che è interessante è che la spesa sanitaria privata non ha subito rallentamenti del ritmo di crescita annuo nemmeno nel periodo di crisi. Infatti è cresciuta del 2,2% nel 2000-2007 e del 2,3% nel 2008-2010.

Altro fenomeno significativo è che, mentre la spesa pubblica rallenta e quella privata continua il suo ritmo di crescita, si registra una sorta di fuoriuscita di cittadini dal sistema sanitario, con oltre 9 milioni di persone che dichiarano di non avere avuto potuto accedere a prestazioni sanitarie per "ragioni economiche".

Si tratta di 2,4 milioni di anziani, 5 milioni di persone che vivono in coppia con figli, 350 mila in famiglie monogenitoriali e 4 milioni di residenti al Sud e Isole (Tabella 3).

Tabella 3. Giudizio sulle performance del SS della propria regione negli ultimi due anni. Confronto 2009-2012 (val. % e diff. %).

Secondo Lei, negli ultimi due anni il Servizio Sanitario della Sua regione è:	2009	2012	Diff. 2009-2012
Rimasto uguale	58,0	55,3	-2,7
Peggiorato	21,7	31,7	+10,0
Migliorato	20,3	13,0	-7,3
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine Fbm-Censis 2012.

È un universo di sanità negata indotta da ragioni economiche e dal razionamento del pubblico; si è dinanzi ad un quadro la cui sintesi mostra la crisi dell'universalismo sostenibile del Servizio sanitario regionalizzato: ci si rivolge al privato perché nel pubblico le liste di attesa sono troppo lunghe, e coloro che non riescono a pagarsi la spesa per le prestazioni nel privato, rinunciano alle prestazioni sanitarie.

Il massiccio razionamento nel pubblico sposta il costo delle prestazioni sanitarie per intero sui cittadini che si rivolgono alle strutture private, mentre coloro che non hanno redditi adeguati rinunciano. In tale contesto, prendono quota fenomeni nuovi, diversi, come ad esempio la tendenza ad andare a caccia delle offerte sanitarie meno costose, magari direttamente sul web (il low cost sanitario).

È evidente che i successivi provvedimenti sulla sanità, che siano esito dei Piani di rientro regionali o delle manovre nazionali (si pensi al ticket sulla diagnostica), hanno determinato un trasferimento aggiuntivo di spesa dal pubblico alle tasche dei cittadini che fruiscono della sanità, fenomeno che lascia fuori quote di cittadini che di fatto vedono razionata la propria tutela della salute. È alto, quindi, il rischio di una rottura di quel patto sociale che aveva a cuore un welfare universalistico e, in esso, una sanità per tutti, e che si configura sempre più probabile una nuova forma di sanità, nella quale un Servizio sanitario non più sostenibile rischia di lasciare una quota non indifferente di persone senza tutela.

In questo scenario le Persone con diabete sono gravate più di altri da problematiche di accesso alle cure: sia per l'associazione, nota e più volte verificata in ogni Paese, dell'aumentata prevalenza di malattia negli strati economicamente e socialmente più deboli, sia per l'incrementale quota di compartecipazione alla spesa sanitaria che comporta la politica dei "tickets". Questa è un'ulteriore, e cogente, motivazione per la quale è assolutamente necessario che il PND venga davvero attivato ed applicato sul territorio nazionale. Ma come superare la scarsità delle risorse e l'imperativo di economia politica attuale di non incrementare la spesa pubblica e quindi il debito pubblico? Proprio sulla scorta delle valutazioni precedentemente riportate e in buona parte tratte da un recente studio del CENSIS⁽⁵⁾, la discussione oggi verte su un tema di rilevante importanza: i "Fondi Sanitari Integrativi".

Quale ruolo assume nell'attuale fase storica del Servizio sanitario nazionale la sanità integrativa? È possibile fissare alcuni *statement* utili per capire perché oggi i *Fondi sanitari integrativi* costituiscano una opportunità sulla quale puntare per costruire una sanità sostenibile sul piano economico e sociale.

La logica del "non si può che tagliare" incontra oggi ostacoli importanti sul piano del consenso sociale che, come dimostrano anche le vicende di altri Paesi, possono avere ripercussioni negative anche sul pia-

no del consenso elettorale e politico, diventando un ostacolo molto difficile da sormontare. Recenti indagini Censis mostrano che cresce tra gli italiani la convinzione che la qualità percepita dei servizi sanitari nel nostro Paese stia peggiorando: infatti a parlare di una sanità in peggioramento nella propria regione era il 21,7% degli intervistati nel 2009, diventato il 31,7% nel 2012, con un balzo di 10 punti percentuali in 3 anni; la quota di coloro che indicano un miglioramento si è ridotta di oltre 7 punti percentuali e quella relativa ai cittadini che rilevano stabilità della qualità percepita è diminuita di 2,7 punti percentuali (Tabella 3).

In sostanza, stanno crescendo la percezione di un lento scivolamento verso il basso della sanità esistente e l'idea che la qualità media dei servizi sanitari stia scendendo, e nella percezione collettiva la minore qualità è legata in maniera diretta al contenimento della spesa sanitaria pubblica.

A questo proposito, è indubbio che nella fase più recente la sanità, rispetto ad altri settori, è stata toccata in misura meno intensa dai tagli e, tuttavia, in alcune Regioni gli effetti sono già visibili, con impatti non certo positivi sulla qualità percepita dei servizi sanitari da parte dei cittadini e sulle aspettative riguardo alla sua evoluzione futura. Non a caso è nelle Regioni con Piani di rientro che è più marcata la percezione che la sanità stia peggiorando.

Il primo punto da fissare è quindi il fatto che risulta in crescita un clima sociale di paura rispetto agli impatti che la scure dei tagli alla spesa pubblica può avere sulla sanità dal punto di vista della qualità e relativamente al passato recente e al futuro. Dal punto di vista dei cittadini è evidente che si dovrebbe uscire dalla logica dei tagli lineari, o di una *spending review* che non porta a fissare priorità ma si concentra sulla riduzione della quantità e, di fatto, anche della qualità dei servizi in sanità. In questo senso la costruzione di una sanità che sia sostenibile sul piano socioeconomico e capace di raccogliere consenso sociale perché garantisce copertura, e non una idrovora di risorse pubbliche e una fonte di nuove tasse, è una esigenza sociale centrale, il che configura uno spazio rilevante e nuovo per la sanità integrativa, un soggetto che è in grado di offrire una risposta praticabile, socialmente diffusa, alla sfida delle risorse aggiuntive e della efficientizzazione delle risorse utilizzate. Anche per questo motivo i soggetti della sanità integrativa sono oggi una opportunità; perché non rappresentano una realtà estranea alla storia socioeconomica e sociopolitica del nostro Paese, e soprattutto sono storicamente *una componente essenziale e vitale del welfare italiano*.

Infatti, è dalla fine del XIX° secolo che le mutue costituiscono un importante pilastro del sistema sanitario, rappresentando rispetto al periodo precedente un formidabile veicolo di ampliamento del grado di copertura della popolazione italiana.

Nella vicenda sociale italiana le mutue hanno dunque sempre avuto una storia e un radicamento attivo e concreto, e se l'arrivo del Servizio sanitario nazionale ad accesso universalistico ne ha segnato la marginalizzazione, non si può dimenticare che è sotto la loro egida che la cura è diventata, per la prima volta nella storia, una opportunità di massa non più legata esclusivamente alla disponibilità di reddito e di patrimonio delle persone.

Le mutue sono sempre state storicamente, quindi, un formidabile veicolo di inclusione in momenti decisivi della vicenda nazionale; ed anche espressione di un modello di tutela autogestito, regolato dai processi associativi di massa e da una responsabilizzazione che va oltre la dimensione individuale e diventa veicolo di coesione.

Si può dire dunque che la sanità integrativa nella sue varie componenti può ancora oggi rappresentare lo strumento di un processo di riforma reale, non calato dall'alto né imposto con logica di ridefinizione meccanica di assetti istituzionali e gestionali. Accanto agli elementi più strettamente di tipo socio-politico e redistributivo del paragrafo precedente, va poi considerato che vi è una dimensione socioculturale che non va sottovalutata e che contribuisce a valorizzare il ruolo della sanità integrativa in una ridefinizione operativa del Servizio sanitario nazionale e più in generale del welfare.

Infatti, la mutualità è molto di più della mera espressione di una logica assicurativa o di redistribuzione sociale del rischio. Essa è un modello di organizzazione sociale dal basso che abitua le persone a mettere insieme le forze e ad operare oltre la pura dimensione della individualità.

La sanità integrativa, come in generale le forme della mutualità e della cooperazione sociale ampiamente intesa, si collocano quindi sulla cresta dell'onda del mutamento valoriale in atto, rispondendo anche alle richieste crescenti di una maggiore relazionalità sociale e di legami sociali più intensi, che superino la crisi dell'individualismo e la sua deriva patologica.

Anche il welfare aziendale e la sanità integrativa come benefit aziendale costituiscono in fondo uno strumento che consente di trovare nuove forme di cooperazione in ambito aziendale, in linea con processi più generali di superamento cooperativo della conflittualità.

Anche in questo caso si può dire che il mutuo soccorso e il welfare aziendale appartengono ad una vicenda sociale radicata nella storia italiana, che ha dato risposte importanti oltre le forme conflittuali nelle relazioni di lavoro, e che oggi torna a galla come una opportunità da utilizzare per dare nuovi equilibri alla sanità, al welfare e anche alla società più in generale, sulla base di un universo valoriale di cui la mutualità sanitaria nelle sue varie componenti è portatrice e che è in sintonia con i valori più nuovi degli italiani in questa fase. La mutualità ha lasciato il posto all'universalismo del Servizio

sanitario quando quest'ultimo si è mostrato in grado di conciliare in misura maggiore l'equità d'accesso alla tutela della salute e la sostenibilità finanziaria. In altre parole quando la redistribuzione del "rischio salute" su tutta la comunità nazionale ha consentito di garantire la tutela della salute a tutti i cittadini a costi sostenibili, finanziabili tramite la fiscalità generale. Oggi si va delineando uno scenario profondamente diverso, che può essere interpretato a partire dall'analisi delle dinamiche di spesa sanitaria pubblica e spesa privata per la salute sostenuta dai cittadini; ed occorre anche guardare agli scenari futuri della sanità, tenendo conto di quanto va accadendo a livello di finanza pubblica e di accelerazione di alcune strategie di ripensamento nell'ambito dei costi pubblici.

Tutto ciò, come si integra con l'applicazione del PND? La risposta, per una volta, ce la dà la tanto vituperata organizzazione sanitaria Statunitense. Proprio nel contesto americano, in cui vige la prevalente organizzazione privatistica ed assicurativa, e dove l'intervento pubblico federale è limitato a Medicare e Medicaid, realtà piene di evidenti difetti, in numerosi Stati, invece, Gruppi di collettori di Fondi (aziendali, assicurativi) hanno realizzato sistemi di cura e gestione della cronicità essenzialmente simili a quello previsto dal PND italiano, ottenendo buoni outcomes clinici ed economie di scala⁽⁶⁾. Kaiser Permanente soprattutto in California, ma anche la Veteran Administration in diversi Stati dell'Unione applicano coerentemente modelli di Disease Management per i loro assistiti affetti da Diabete. Perché non immaginare quindi una situazione anche nel nostro contesto che veda Gruppi di Mutualità inserirsi all'interno del Sistema, contribuendo a finanziare strutture pubbliche o accreditate che si muovano nell'indirizzo del Piano. In fondo, i cosiddetti Cregs Lombardi⁽⁷⁾ sono, in modo rozzo e decisamente migliorabile, un'iniziale sperimentazione di "percorsi" affidati ad un "Provider", e nulla vieta che questo "Provider" possa essere un soggetto economico di mutualità, unito al sostegno economico pubblico.

Le comuni obiezioni a questo tipo di impostazione, spesso gridate più come slogan ideologici, affermano che in questo modo l'Italia abbandonerebbe per sempre il Servizio Sanitario Nazionale Universalistico, e, soprattutto, che si creerebbero una Sanità di serie A ed una di serie B, sulla base del reddito dei cittadini. Nessuna delle due obiezioni è fondata: la presenza di sistemi integrativi di tipo mutualistico infatti non darebbe forza a strutture alternative destinate ai soli abbienti, se non in misura ancora più marginale dell'attuale, ma sosterebbe in maggior misura prevalentemente proprio le strutture pubbliche, poste in grado di recuperare risorse aggiuntive, facendo nel contempo rientrare in una logica non più concorrenziale, ma integrata, le realtà sanitarie a capitale privato, inserite all'interno di reti assistenziali legate non solo più alla

domanda indotta, ma a bisogni epidemiologicamente ben identificabili. E ciò non significa nemmeno rinunciare all'universalismo, ma, al contrario, riformulare le fonti di finanziamento con una migliore progressività sul reddito, coinvolgendo in maniera molto maggiore anche il mondo produttivo dell'impresa. Insomma, la creazione di un sistema "misto" fra il Beveridge ed il Bismarck può essere in grado di "innovare" modelli che in Europa hanno fatto la storia, ma che ora mostrano inevitabilmente delle crepe cui è necessario porre rimedio.

Questa ci sembra la strada che potrebbe permettere ragionevolmente una reale applicazione del PND, così come altri piani ministeriali che si propongano di migliorare la cura e l'assistenza di persone affette da patologie croniche: l'impianto del PND è assolutamente positivo, la sua applicabilità non è legata al solo sistema universalistico, è necessario recuperare risorse aggiuntive che consentano di avviare il processo, e che in un periodo ragionevole saranno in grado di ridurre i costi relativi alle complicanze. Riteniamo che tutto il mondo della Comunità Diabetologica oggi dovrebbe essere unito su questi principi.

BIBLIOGRAFIA

1. Piano Nazionale Diabete – Ministero della Salute Dicembre 2012 <http://www.salute.gov.it/>.
2. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 9;288:1775-9, 2002.
3. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 288: 1909-14, 2002.
4. Grumbach K, Bodenheimer T, Grundy P. The Outcomes of Implementing Patient-Centered Medical Home Interventions: A Review of the Evidence on Quality, Access and Costs from Recent Prospective Evaluation Studies, Patient-Centered Primary Care Collaborative. August 2009. www.pcpcc.net.
5. CENSIS - IL RUOLO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE Sintesi dei principali risultati Roma, 5 giugno 2012.
6. <http://www.sossanita.it/Approfondimenti/CENSIS%20Saniintegrativa5giu12.pdf>.
7. Reed M, Huang J, Graetz I, Brand R, Hsu J, Fireman B, Jaffe M. Outpatient electronic health records and the clinical care and outcomes of patients with diabetes mellitus. *Ann Intern Med*. 2;157:482-9, 2012. doi: 10.7326/0003-4819-157-7-201210020-00004.
8. CReG e cure sub acute: "dalla cura al prendersi cura" (Aprile 2011) <http://www.sanita.regione.lombardia.it>.

