

## *Prevenzione delle Complicanze del Diabete*

### **- INTRODUZIONE**

Il diabete mellito mostra una chiara tendenza a un aumento sia dell'incidenza che della prevalenza nei paesi industrializzati.

Le previsioni dell'OMS indicano un aumento del 54,9% di casi di diabete tipo 2 e del 36% di diabete di tipo 1 dal 1994 al 2010 nei paesi dell'Europa Occidentale.

L'accresciuta prevalenza, specie del diabete di tipo 2, legata all'aumento del benessere ed allo stile di vita provoca un aumento del carico sociale dovuto alla malattia e alle sue complicanze (cardiopatía ischemica, cecità, insufficienza renale, amputazioni arti inferiori).

**I dati di letteratura indicano che il diabete è una malattia molto costosa sia dal punto di vista sanitario che sociale (il costo totale di un cittadino diabetico è pari a circa 3 volte quello di un non diabetico) e che si possono realizzare risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale riducendo soprattutto i costi causati dalle complicanze della malattia attraverso interventi capaci di prevenirne e/o ritardarne la comparsa.**

### **- DIMENSIONI DEL PROBLEMA NEL FRIULI VENEZIA GIULIA**

La situazione epidemiologica nella Regione Friuli Venezia Giulia risulta sovrapponibile a quella nazionale.

La prevalenza, calcolata al 28.2.2005 sulla base dei dati di esenzione ticket per patologia diabetica è del 3,3% così distribuita per età ed ambito territoriale, e risulta molto simile a quella rilevata mediante l'indagine ISTAT multiscopo del 2001.

	CLASSE 00-14	CLASSE 15-24	CLASSE 25-34	CLASSE 35-44	CLASSE 45-54	CLASSE 55-64	CLASSE 65-99	TOTALE COMPLESSIVO
ASS N. 1	27	41	120	271	676	2.046	5.563	8.744
ASS N. 2	16	29	73	184	425	1.177	3.193	5.097
ASS N. 3	12	21	36	107	314	723	1.405	2.618
ASS N. 4	41	87	182	423	1.011	2.766	5.951	10.461
ASS N. 5	14	15	66	136	357	927	2.064	3.579
ASS N. 6	27	62	151	384	1.043	2.555	5.737	9.959
TOTALE REGIONE	137	255	628	1.505	3.826	10.194	23.913	40.458

Il dato, rilevato da tale fonte, è presumibilmente sottostimato in quanto è risaputo che una quota di soggetti diabetici, specie se di tipo 2, sono affetti da pluripatologia, pertanto l' esenzione può riferirsi a codifiche diverse. Inoltre, tra gli esenti per reddito (l' esenzione per reddito è più favorevole di quella per patologia) sono compresi anche soggetti diabetici.

Tali evidenze sono confermate da un' indagine svolta sui pazienti dimessi nel 2001 con diagnosi correlabili al diabete da cui si è rilevato che non risultava esente una percentuale di soggetti crescente in relazione all' età (il 20% circa nella fascia di età inferiore a 35 anni, fino al 40% di pazienti con età superiore a 61 anni).

Per quanto attiene ai ricoveri ospedalieri, il dato rilevato mediante l'analisi delle SDO dimostra che sono stati ricoverati, nell'anno 2002 in totale 5071 soggetti, di cui 709 hanno subito più di un ricovero.

<b>Pazienti ricoverati per diabete e n° di ricoveri</b>				
età	<=35	36-60	>=61	totale
paz. con 1 ricovero	126	835	3401	4362
paz. con >=2 ricoveri	12	153	544	709
totale pazienti ricoverati	138	988	3945	5071

Un dato di particolare interesse può risultare quello rilevato nel 2001: su 5998 ricoveri totali per diagnosi correlabili al diabete e alle sue complicanze solamente in 466 il diabete ricorreva come prima diagnosi (codice ICD9 250.00 o 250.01).

Il ricovero per diabete come unica diagnosi è considerato inappropriato, pertanto la bassa percentuale di questo tipo di ricoveri è indice di efficacia del filtro territoriale.

## **- SISTEMA REGIONALE DI ASSISTENZA AI PAZIENTI DIABETICI**

In Regione, nonostante l'esistenza di un quadro normativo di riferimento valido ed esaustivo, di strutture adeguate e di modelli organizzativi efficienti per l'assistenza al paziente diabetico, l'implementazione pratica dei controlli è ancora insufficiente, come dimostrato dal recente studio QUADRI., coordinato dall' Istituto Superiore di Sanità.

### **a) *Quadro normativo***

La Legge 115/1987 è stata recepita dalla L.R. 27.6.1990, n. 28 "Disposizioni per la cura e la prevenzione del diabete mellito nella Regione Friuli Venezia Giulia" che ha previsto interventi di prevenzione, educazione sanitaria, diagnosi precoce, miglioramento delle cure ed agevolazioni di carattere sociale nei confronti dei diabetici, oltre che di formazione del personale sanitario.

### **b) *Interventi regionali***

Secondo le previsioni della citata L.R. n. 28/1990 è stata istituita la "Commissione di coordinamento per le attività diabetologiche" con il compito di supportare l'Amministrazione Regionale formulando proposte per le attività di prevenzione, diagnosi e terapia, esprimendo pareri e programmando interventi specifici.

La Commissione, in fase di ricostituzione, ha una composizione multidisciplinare (diabetologo, pediatra, farmacista, medico legale, responsabile di Distretto, medico di medicina generale, medico sportivo, assistente sociale, I.P. ecc.), al fine di assicurare la massima operatività su campi di intervento diversificati e garantisce la rappresentatività delle Associazioni del Volontariato.

La suddetta Commissione, che ha già emanato numerose indicazioni e pareri (ad esempio sulla modalità di erogazione degli ausili per l'autocontrollo della glicemia, sulla prescrizione dell'insulina gl'argine) ed ha fornito spunti per riformulare un sistema integrato di cure, avrà compiti rilevanti nell'ambito del presente piano.

Annualmente vengono organizzati dalle Associazioni di Volontariato e finanziati dalla Regione, corsi residenziali estivi di educazione sanitaria per soggetti diabetici e le loro famiglie con la partecipazione di un team diabetologico (medico diabetologo, pediatra, infermiere professionale, dietista, istruttore di attività fisica ecc.) finalizzati al miglioramento dell'autogestione della malattia e all'autonomia del paziente.

La L.R. n. 8/2003 in materia di attività sportiva ha previsto interventi finalizzati alla promozione dell'attività fisica nei confronti di soggetti con patologie croniche, con particolare riferimento ai diabetici, e azioni informative rivolte agli insegnanti di educazione fisica.

### **c) *Situazione dei servizi***

Nelle quattro province esistono servizi specialistici territoriali dislocati a livello distrettuale dove spesso lo specialista opera nell'ambito del team diabetologico (medico di medicina generale, dietista, infermiere professionale, psicologo ecc.).

Attività diabetologiche vengono svolte anche negli ospedali di rete, a livello ambulatoriale e/o all'interno delle Unità Operative di Medicina.

Nei tre ospedali di riferimento regionale (Trieste, Udine e Pordenone) esistono servizi specialistici tra cui una Struttura Operativa Complessa di Diabetologia presso l'Azienda Ospedaliera "S. Maria della Misericordia" di Udine.

A livello universitario (Azienda Ospedaliera – Universitaria di Trieste e Azienda Policlinico Universitario a Gestione Diretta di Udine) vengono effettuate attività di alta specializzazione in materia diabetologica.

L'I.R.C.C.S. "Burlo Garofolo" di Trieste è riferimento per la diabetologia infantile e per la gestione di gravidanze a rischio in donne diabetiche.

## **- FINALITÀ GENERALI ED OBIETTIVI SPECIFICI**

La strategia generale a cui si ispira il presente piano è quella di un approccio alla gestione integrata della malattia diabetica, basata sui principi del disease management e del case management.

Il disease management viene inteso come approccio integrato all'assistenza sanitaria sul territorio, rivolto a tutti i diabetici e non solo a quelli che accedono ai servizi.

In tale ambito risulta fondamentale il ruolo del medico di medicina generale e, contestualmente, quello del distretto, nell'individuare i soggetti con diabete, indipendentemente dall'accesso di questi alle strutture o ambulatori specialistici affinché possano essere soddisfatte le esigenze di carattere

preventivo, ovvero la ricerca attiva dei problemi prima che si manifestino clinicamente e la conseguente adozione delle misure più efficaci (controlli, trattamenti, informazione ecc.) volte a prevenire le complicanze.

Componenti principali del disease management sono l'elaborazione di linee guida con la definizione di specifici percorsi assistenziali condivisi tra i vari "attori" del sistema, la loro implementazione mediante il coinvolgimento dei professionisti, il monitoraggio delle attività, la formazione degli operatori, l'educazione dei pazienti e l'accrescimento delle loro conoscenze e dell'autonomia decisionale (empowerment).

Nell'ambito della gestione integrata un ruolo importante è svolto dal case management che prevede l'elaborazione di un piano di cura individualizzato per il singolo paziente da parte di un gruppo multidisciplinare.

La realizzazione del piano è affidata alla responsabilità di un professionista non direttamente coinvolto nelle cure che coordina i servizi e monitora l'implementazione dei controlli e dei trattamenti.

Tale figura può configurarsi in un infermiere professionale del Distretto, idealmente ricompreso nel concetto di "nurse led care".

## **- PIANO OPERATIVO**

### ***a) Ambito territoriale***

Nella Regione Friuli Venezia Giulia esistono già diverse esperienze di gestione integrata della malattia diabetica che hanno utilizzato modalità organizzative differenti a seconda dell'ambito territoriale, dell'accessibilità ai servizi e della storia precedente (es. adozione della cartella informatizzata, distrettualizzazione delle attività specialistiche, istituzione del "numero verde diabetologico", creazione dell'"ambulatorio dedicato" del medico di medicina generale ecc).

Il presente piano ha pertanto valenza regionale e tende a valorizzare le peculiarità già esistenti, in tale ottica le Aziende Sanitarie potranno proporre iniziative progettuali, in coerenza con le finalità e gli obiettivi sopra indicati.

**b) *Modalità di adozione e contestualizzazione delle linee guida per l'assistenza al paziente diabetico***

La scelta delle specifiche raccomandazioni cliniche e organizzative per l'assistenza al paziente diabetico viene demandata alla Commissione di coordinamento per le attività diabetologiche.

Le linee guida dovranno rispettare i seguenti principi generali:

- rilevanza clinica e preventiva;
- evidenze scientifiche forti (EBM);
- condivisione tra diversi portatori di interessi;
- ottimizzazione delle risorse.

**c) *Definizione degli indicatori di processo e di esito***

Viene demandata alla Commissione di coordinamento per le attività diabetologiche, allargata ai referenti che verranno indicati dalle Aziende partecipanti al progetto, la definizione degli indicatori da monitorare e livello regionale.

Oltre agli indicatori regionali (numericamente limitati, omogenei e di agevole misurabilità) ogni Azienda partecipante aggiungerà indicatori specifici per la propria area territoriale, eventualmente mantenendo quelli già attivati ed oggetto di monitoraggio.

Per quanto attiene ai medici di medicina generale gli Accordi integrativi regionali, attuativi dell'ACN, saranno lo strumento attraverso il quale sarà applicata gradualmente una logica per la misurazione degli indicatori che, superando l'attuale sistema basato sul numero delle prestazioni, sia incentrato sulla misurazione dei risultati.

Va comunque tenuto presente che le linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2005 hanno introdotto specifici indicatori di performance territoriale per quanto attiene al diabete.

Gli indicatori concorrono a costruire il programma aziendale annuale; le aziende hanno individuato gli strumenti ed i modelli di intervento più idonei per il miglioramento degli indicatori.

Tali interventi sono compresi tra gli obiettivi incentivanti aziendali.

Gli indicatori di performance prevedono un incremento della percentuale di soggetti che assumono farmaci per il diabete e che hanno effettuato, nell'anno un controllo per:

- Hb glicata 55,4%
- esami urina 54,5%
- creatinina 57,4%
- colesterolo 51,3%

(i valori percentuali si riferiscono al 2003)

**d) *Definizione delle modalità di acquisizione dei dati per la valutazione degli indicatori***

E' preferibile, per ridurre i costi e per omogeneità di valutazione, che i dati vengano acquisiti attraverso il S.I.S.R. (Sistema Informativo Sanitario Regionale).

**- PIANO DI FORMAZIONE DEGLI OPERATORI**

Nell'ambito degli obiettivi regionali annuali collegati al programma ECM verranno ricompresi i temi oggetto del presente piano (la regionalizzazione del sistema ECM prevede che gli operatori sanitari debbano acquisire almeno il 30% dei crediti formativi in relazione agli obiettivi regionali).

Le Aziende partecipanti dovranno pertanto formulare i propri piani formativi in coerenza con quanto sopra esposto.

La formazione dei medici di medicina generali e dei pediatri di libera scelta verrà attuata dal CEFORMED che, nella programmazione delle attività formative di competenza, terrà in considerazione le previsioni del piano.

**- PIANO DI ATTIVITÀ EDUCATIVO – FORMATIVE RIVOLTE AI PAZIENTI**

Tali attività devono essere svolte, secondo la prassi già instaurata, da personale sanitario opportunamente addestrato, tenendo conto dei diversi sistemi organizzativi aziendali.

In linea generale le azioni di educazione sanitaria sono di competenza distrettuale.

Il Distretto può condurle direttamente o tramite accordi con altre strutture aziendali, (es. Dipartimento di Prevenzione), ospedaliere e con Enti ed Istituzioni interessate.

E' necessario che tali attività prevedano la collaborazione delle Associazioni di Volontariato e siano comprese nell'ambito dei programmi delle attività territoriali (PAT) e dei piani di zona (PDZ) in quanto, attraverso il coinvolgimento di più "attori" (es. Scuola, Enti Locali), si rinforza il messaggio ed aumenta l'efficacia informativo – educativa.

Le modalità di realizzazione (corsi, gruppi, lezioni interattive, counselling personalizzato ecc.) devono garantire la partecipazione dei soggetti che abitualmente non frequentano i Centri specialistici, ma sono seguiti direttamente dal medico di medicina generale e devono mirare a rendere ogni paziente, secondo le proprie possibilità, capace di autogestire la malattia (self-care).

#### **- REGISTRO DEI PAZIENTI**

Il registro dei pazienti dovrebbe essere realizzato ed aggiornato a livello distrettuale utilizzando i dati disponibili nell'ambito del S.I.R.S. (esenzioni per patologia, spesa farmaceutica, SDO ecc.) ad altre eventuali fonti di informazioni supplementari (libretto sanitario del paziente, reti informative dei medici di medicina generale ecc.).

#### **- MONITORAGGIO E COORDINAMENTO DEL PROGETTO**

Il coordinamento generale del piano è affidato alla Commissione di coordinamento per le attività diabetologiche mentre il monitoraggio dei singoli progetti aziendali compete ai relativi referenti.

#### **- TEMPI PER LA REALIZZAZIONE**

I progetti avranno durata triennale:

**entro il 28 febbraio 2006:** elaborazione dei progetti aziendali (secondo le indicazioni del presente piano e di quanto verrà indicato nelle Linee per la gestione del S.S.R. per l'anno 2006);

**entro il 30 giugno 2006:** verifica ed implementazione degli interventi;

**entro il 31 dicembre 2006:** prima verifica degli indicatori di processo.

Gli indicatori di processo verranno successivamente monitorati semestralmente o secondo le indicazioni della Commissione.