

Gestione del paziente con diabete mellito tipo 2 in un ambulatorio dedicato nel setting della Medicina Generale. Verifica di una esperienza

Piero Grilli, Elisa Paccamiccio*, Francesco Mastrodicasa**

Medico di Medicina Generale, ASL 2, Umbria, Vice Presidente SIMG Perugia; * Medico di Medicina Generale formato nel Corso di Formazione Specifico in Medicina Generale; ** Medico in formazione nel Corso di Formazione Specifico in Medicina Generale

Background

Il diabete mellito è una delle patologie più rappresentate ed ancora crescenti, si pensi alla sua prevalenza pari al 7% circa, come risulta dai dati della cartella clinica di alcuni medici di medicina generale (MMG), che hanno sperimentato la fattibilità del Registro Umbro per il Diabete Mellito nel 2006, prevalenza confermata al 31/12/2006 dal database di Health-Serach (concentratore dei dati di circa 1000 MMG organizzato dalla Società Italiana di Medicina Generale [SIMG]). È stato valutato che entro il 2010 si verificherà un raddoppio del numero delle persone affette da diabete; tendenza che è collegata sia al progressivo aumento dell'età della popolazione che all'adozione di stili di vita occidentalizzati (caratterizzati da una diminuzione dell'attività fisica e da un aumento dell'assunzione di grassi con conseguente obesità ed insulino-resistenza). Di fatti l'aumento della prevalenza della patologia è principalmente dovuta al diabete mellito di tipo 2 (DMT2)¹. In tale ambito, l'intervento sanitario dovrebbe essere volto da un lato a riconoscere il maggior numero dei casi non ancora diagnosticati, dal momento che la malattia, in assenza di complicanze acute o croniche, è asintomatica e può pertanto sfuggire ad una diagnosi immediata; e dall'altro a migliorare il controllo glicemico nei pazienti con diagnosi, dal momento che un controllo metabolico intensivo ($HbA_{1c} < 7\%$), insieme a quello della pressione arteriosa ($PA < 130/80$), e dell'ipercolesterolemia ($LDL < 100$) riducono il rischio di sviluppare complicanze micro- e macro-vascolari^{2,3}.

Introduzione

L'importanza e la necessità di un attivo coinvolgimento del MMG, nella gestione della patologia diabetica, meglio se integrato in un reale sistema di monitoraggio con il Centro di Diabetologia (CD) di riferimento, è in campo internazionale ampiamente riconosciuto⁴⁻⁶. Nella *review* pubblicata nel 2005 dal Cochrane Database sono stati individuati 41 studi, eterogenei e spesso di povera qualità metodologica, da cui emerge come il MMG, se specificamente formato (corsi, audit, ecc.), organizzato (uso di software dedicato con la possibilità di richiamare prontamente il paziente e di rivederlo e la collaborazione di personale infermieristico) e supportato dal CD, possa ottenere dei risultati pari se non in alcuni

casi migliori dei CD^{7,8}. Nel 2001 la rivista *Diabete*, organo ufficiale della Società Italiana di Diabetologia (SID), ha pubblicato le Linee Guida "L'assistenza al paziente diabetico. Raccomandazioni cliniche ed organizzative dell'AMD-SID-SIMG" con l'obiettivo di soluzioni condivise ed adeguate al fine di migliorare la gestione integrata di tali pazienti⁹; nel 2006 l'ASL 2 dell'Umbria ha deliberato il PDT (percorso diagnostico e terapeutico del paziente diabetico tipo 2) con DG n. 451 del 30/06/2006; nel 2008 è stato pubblicato il "Progetto IGEA" documento di consenso sulla gestione del paziente diabetico. Il modello gestionale "condiviso" prevede che il paziente affetto da DMT2 e metabolicamente stabile sia gestito dal MMG con il costante supporto del CD. A fronte di tali evidenze nella realtà italiana questo modello spesso non è andato oltre la definizione in quanto sono rare o comunque incomplete le esperienze di gestione "condivisa".

Nel setting della Medicina Generale (MG) vi è stata comunque la volontà di codificare la gestione della patologia cronica con l'individuazione di tre ambiti di attività che sono la medicina di attesa, la medicina di opportunità e la medicina di iniziativa. In quest'ultimo ambito l'esempio più chiaro è l'ambulatorio dedicato, cioè uno spazio dedicato alla gestione di pazienti affetti da patologie croniche, come ad esempio l'ambulatorio dedicato per la gestione dei pazienti affetti da DMT2; in tale contesto il MMG può avere un ruolo maggiormente propositivo ed attivo¹⁰⁻¹².

Per altro verso sono stati formulati dei parametri valutativi per poter verificare la propria attività in funzione della qualità: gli indicatori di qualità e i loro standard. Gli indicatori nascono dalle evidenze scientifiche; in particolare sono formulati sulla base dei criteri di pertinenza delle principali Linee Guida nazionali ed internazionali, di rilevanza rispetto alla pratica clinica, di facile e affidabile registrazione nella cartella, di possibilità di miglioramento ed infine di relazione a più elementi del processo di cura. Gli indicatori sono delle variabili ad elevato contenuto informativo che consentono una valutazione sintetica di valori complessi, fornendo gli elementi sufficienti ad orientare le decisioni. Non hanno l'obiettivo di imporre una verità assoluta ma l'intento di offrire ai MMG uno strumento per verificare e migliorare la qualità del loro lavoro¹³⁻¹⁵.

Lo standard nasce come riferimento dell'attività svolta seguendo i criteri del livello di performance raggiunto dall'attuale pratica della MG (in Italia valutata attraverso il data base di Health Search). Indicando la percentuale auspicabile per ogni indicatore, ma ridotta

in base a specifici problemi (es. percentuale nota dei pazienti con controindicazioni assolute ad un dato farmaco, ecc.)¹³⁻¹⁵.

Audit

Il lavoro che verrà descritto si inserisce in quest'ottica e nasce come audit retrospettivo con l'obiettivo di verificare, accanto alla fattibilità, l'efficacia di un ambulatorio dedicato per la gestione dei pazienti affetti da DMT2 mediante l'utilizzo degli indicatori e dei loro standard.

Materiali e metodi

La ricerca è stata svolta nell'ambito della Medicina di Gruppo (MdG) di Ripa (PG), che è costituita da 5 MMG e presta assistenza ad una popolazione di circa 7500 persone. Si avvale di un poliambulatorio, di un'infermiera professionale, di un servizio informatico in rete per l'uso del programma Millewin impostato secondo la modalità Health Search e di strumentazione sia laboratoristica che di diagnostica. In tale ambito un MMG dei cinque ha realizzato un ambulatorio dedicato ai pazienti

TABELLA I
Tabella indicatori e standard.

Indicatori	Modalità di calcolo	Validità e limiti	Standard
Percentuale dei pazienti diabetici	N. pazienti affetti da DMT2/n. totale assistiti dal MMG	Significato: evidenzia la corrispondenza della percentuale dei propri assistiti con la diagnosi di DMT2 rispetto ai dati epidemiologici Limiti: diversa composizione anagrafica degli assistiti	Ideale 6-7% LAP 4,5% HS 5,9%
Percentuale dei pazienti affetti da DMT2 con ultimo valore registrato dell'HbA _{1c} <7%	N. dei pazienti affetti da DMT2 con ultimo valore registrato dell'HbA _{1c} < 7%/n. totale pazienti affetti da DMT2	Significato: livelli di HbA _{1c} < 7% riducono la comparsa di complicanze microangiopatiche Limiti: falsi positivi e falsi negativi	Ideale 60-50% LAP 40% HS 14,9%
Percentuale di pazienti affetti da DMT2 la cui cartella clinica riporta almeno 2 registrazioni dell'HbA _{1c} nell'ultimo anno	N. di pazienti con DMT2 con almeno 2 registrazioni di HbA _{1c} nell'ultimo anno/n. totale dei pazienti con DMT2	Significato: esprime un adeguato follow-up del paziente con DMT2 Limiti: possibile scarsa registrazione del dato di pazienti gestiti prevalentemente dai CD	Ideale 90% LAP 50% HS 36%
Percentuale dei pazienti con DMT2 con ultimo valore registrato di colesterolo LDL < 100	N. dei pazienti con DMT2 con ultimo valore registrato di colesterolo LDL < 100/n. totale dei pazienti con DMT2	Significato: la riduzione dei valori di colesterolo LDL riduce il rischio cardiovascolare	Ideale 50-60% LAP 40% HS 28,8% in 15 mesi
Indicatori	Modalità di calcolo	Validità e limiti	Indicatori
Percentuale dei pazienti affetti da DMT2 ed ipertensione con ultimo valore registrato della pressione arteriosa < 130/80 mmHg	N. dei pazienti affetti da DMT2 ed ipertensione con ultimo valore registrato della pressione arteriosa < 130/80 mmHg/n. totale pazienti affetti da DMT ed ipertensione	Significato: la terapia antiipertensiva nei soggetti diabetici, se efficacemente condotta, riduce drasticamente le complicanze micro- e macrovascolari indipendentemente dal controllo glicemico (UKPDS 36 e 38) Limiti: influenza delle modalità di misurazione registrazione del dato	Ideale 90% LAP 40% HS 20,9% (in 15 mesi) I dati disponibili indicano che il target pressorio è raggiunto in circa il 30% dei pazienti ipertesi non solo diabetici
Percentuale dei pazienti affetti da DMT2 la cui cartella clinica riporta almeno 2 misurazioni della pressione arteriosa negli ultimi 12 mesi	N. pazienti affetti da DMT2 con almeno due registrazioni della pressione arteriosa negli ultimi 12 mesi/n. totale dei pazienti affetti da DMT2	Significato: la prevalenza media di ipertensione nel paziente diabetico è di circa il 50% Limiti: potrebbero non essere registrati i dati delle pressioni a domicilio	Ideale 90% LAP 70% HS 58,9%
Percentuale dei pazienti affetti da DMT2 con almeno una registrazione nella cartella clinica del colesterolo LDL negli ultimi 12 mesi	N. pazienti affetti da DMT2 con almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 12 mesi/n. totale pazienti affetti da DMT2	Significato: è dimostrato che anche nei pazienti diabetici (evidenza tipo 2) la riduzione dei livelli di LDL riduce il rischio cardiovascolare Limiti: il calcolo necessita l'intero assetto lipidico	Ideale 80% LAP 70% HS 55,4% (in 15 mesi)

LAP = Livello accettabile di performance, HS = Health Search.

affetti da DMT2 a partire dal gennaio 2003. L'ambulatorio prevede delle visite, definite per appuntamento con un calendario predeterminato ed in genere con l'individuazione di una giornata dedicata alla settimana. Il CD di riferimento, prevalentemente, è il Centro di Diabetologia della Azienda USL 2.

L'attività clinico-laboratoristica-strumentale è stata strutturata, inizialmente sulla base del protocollo di follow-up per il paziente diabetico tipo 2 dell'AMD-SID-SIMG 2001, dal 2006 secondo il PDT dell'ASL 2, condiviso da tutti i CD e dalla MG. Tutti i pazienti affetti da DMT2 noti a carico del MMG coinvolto sono stati inclusi nello studio.

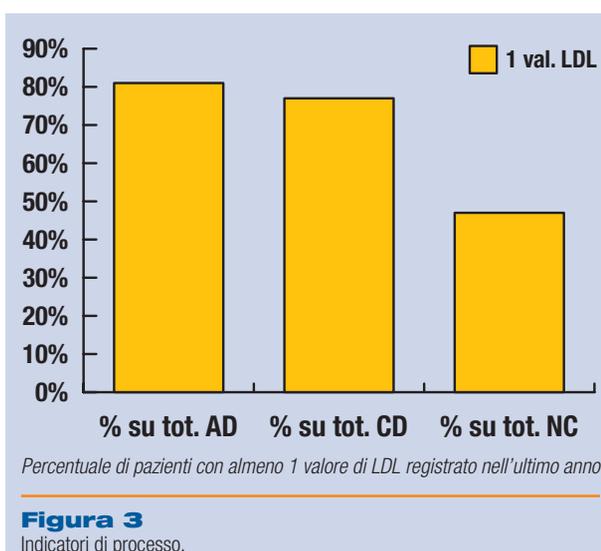
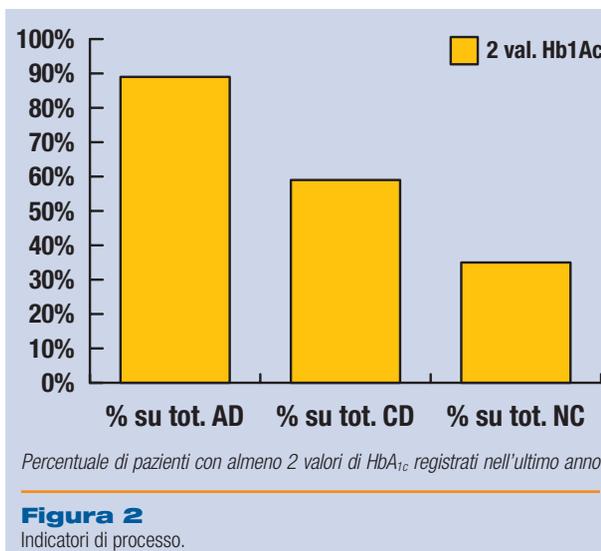
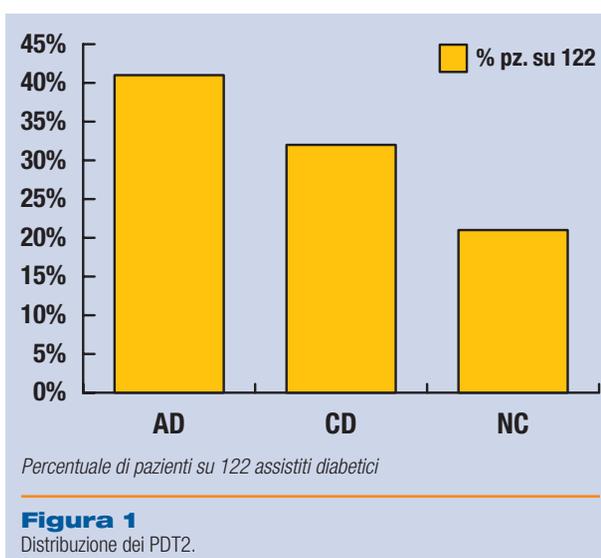
Sono stati valutati in modo retrospettivo, ultimo anno di attività, i dati archiviati nei record della cartella informatizzata del MMG. I parametri considerati sono stati scelti fra gli indicatori di qualità ed i loro standard in MG nell'assistenza del paziente con DMT2 a cura dell'area metabolica della SIMG¹⁴.

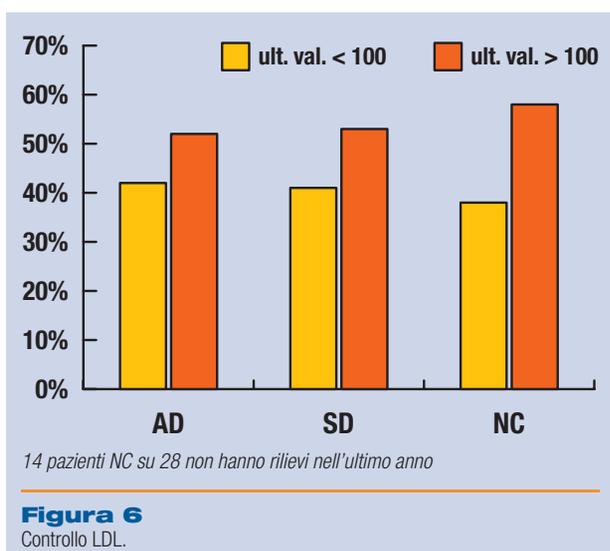
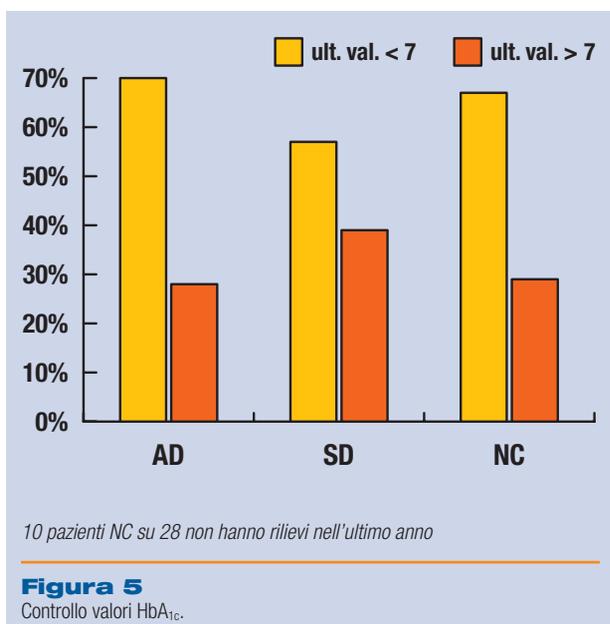
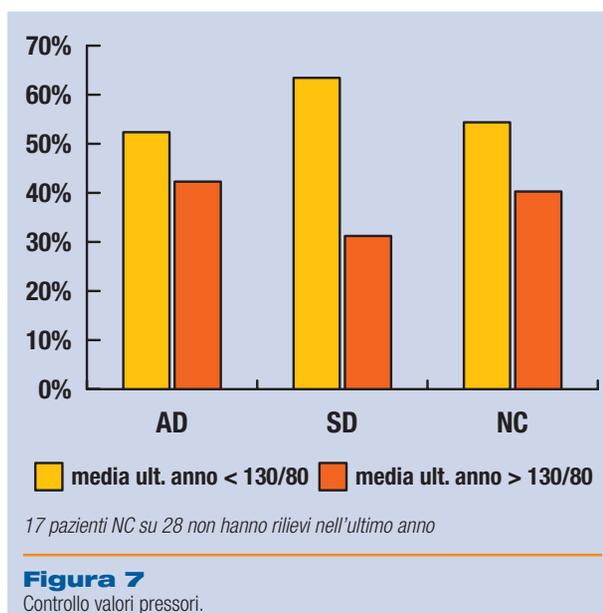
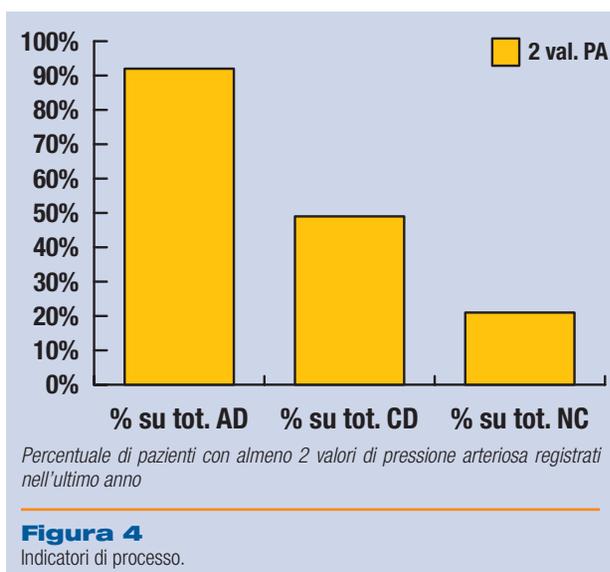
Gli indicatori di qualità formulati nell'ambito di tale area sono 19, e possono essere raggruppati in 5 sezioni: indicatori generali, di struttura, di processo, di risultato intermedio e di esito. Gli indicatori generali forniscono una descrizione generale della popolazione assistita. Gli indicatori di struttura individuano l'organizzazione dove è stata effettuata la rilevazione. Quelli di processo sono selezionati in base al corrispondente livello di evidenza che li lega all'indicatore di esito. Gli indicatori di risultato intermedio evidenziano gli outcome intermedi definiti dalle Linee Guida per l'assistenza della malattia diabetica. Gli indicatori di esito valutano la prevalenza di complicanze micro e macrovascolari.

Di questi ne sono stati scelti 7, ritenuti più significativi di un buon follow-up nella realtà dell'ambulatorio dedicato, sono elencati nella Tabella I a cui si rimanda.

Risultati

L'analisi è partita dalla determinazione del totale dei pazienti diabetici a carico del MMG con l'individuazione di 122 pazienti diabetici che su 1570 assistiti totali evidenzia una prevalenza della patologia del 7,7%¹⁸. Tale dato di prevalenza pienamente soddisfa i criteri definiti dagli indicatori di qualità che individuano la prevalenza ideale pari al 6-7%. In tale ambito sono state individuate tre popolazioni: una seguita presso l'ambulatorio di medicina dedicata (AD) di 53 pazienti pari al 43% del totale; una seguita presso il CD, di 41 pazienti pari al 34% ed un'ultima di pazienti scarsamente complianti (NC), di 28 pazienti pari al 23%. Per i pazienti in quest'ultima modalità gestionale è da precisare che ciò avviene in assenza di formazione specifica e che per lo più si tratta di pazienti con diagnosi laboratoristica in assenza di eventi clinici, che talora si è recata per una singola volta al CD e che quindi si è distaccata sia da esso che dal MMG. Tali gruppi sono stati mantenuti nella raccolta ed analisi dei dati per poter confrontare la qualità dell'attività svolta nell'ambulatorio dedicato rispetto al CD di riferimento. Per un ulteriore confronto è stata calcolata la prevalenza della patologia nell'ambito della MdG ove su 7500 pazienti sono stati identificati 527 casi con una prevalenza pari al 7,03%. Dato lievemente inferiore ma pur sempre nell'ambito dello standard ideale. I dati sono esposti nelle Figure 1-7.





Discussione

Da una breve discussione dei dati che sono presenti nelle Figure si evince che la metà dei pazienti è seguita presso tale ambulatorio e la restante metà dal CD o in *self-management*. Le Figure 2-4 mostrano che per gli indicatori di processo, cioè il follow-up, è stato raggiunto lo standard ideale per i pazienti seguiti presso l'AD, che si discosta anche di valori importanti, per la presenza di una percentuale di pazienti senza dati registrati (scarsa comunicazione?), per quelli seguiti dal CD. Il riferimento è insoddisfatto nei pazienti NC. Da qui si manifesta, da una parte, la difficoltà che talvolta ha il MMG a reperire i dati dal CD, e dall'altra a comunicare con un gruppo di pazienti, che sono ancora privi di danni, e sfuggono ai controlli. Proseguendo l'analisi emerge che in tutti i gruppi è stato raggiunto un buon controllo metabolico, nel gruppo dell'AD in maniera ottimale, mentre nei pazienti NC circa il 50% non ha dati disponibili, gli indicatori PA e colesterolo-LDL hanno raggiunto uno standard accettabile ma suscettibile di ulteriori miglioramenti.

Conclusioni

In conclusione si evidenzia un'attenzione alla patologia data dalla buona raccolta dei dati anche per i pazienti non seguiti presso l'ambulatorio dedicato ed un buon livello gestionale per i pazienti seguiti presso l'ambulatorio stesso. Tutto ciò per riportare un'esperienza e documentare la fattibilità e l'efficacia della stessa in presenza di una struttura organizzata della MdG e di strumenti valutativi adeguati quali, nella fattispecie, gli indicatori e i loro standard. Tale dimostrazione è finalizzata da un lato al poter realizzare un percorso assistenziale condiviso. E dall'altro è un esempio per la MG della necessità di confrontarsi con una valutazione di qualità della propria attività.

Elenco della strumentazione a disposizione presso il poliambulatorio di Ripa (PG)

- Reflettometro (Reflotron®)
- Analizzatore HbA_{1c} (DCA 2000® Bayer metodo DCCT)
- Mini-doppler (Dopplex)
- Bilancia con statimetro
- Centimetro
- Diapason
- Martelletto
- Sfigomanometro
- Fonendoscopio

Bibliografia

- 1 WHO. *Diabetes mellitus: report of WHO. Study Group*. Geneva: WHO 1999.
- 2 Haffner SM, Lehto S, Rönnemaa T, Pyörälä K, Laakso M. *Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction*. N Engl J Med 1998;339:229-34.
- 3 The UKPDS Study Group. *Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complication of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study*. BMJ 2000;321:405-12.
- 4 Griffin S. *Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials*. BMJ 1998;317:390-6.
- 5 Greenhalgh PM. *Shared care for diabetes. A systematic review*. Occas Pap R Coll Gen Pract 1994;67:i-viii, 1-35.
- 6 Passamonti M, Costato D. *L'integrazione (Shared Care) nella "gestione" del diabete mellito tipo 2. SIMG Rivista di Politica Professionale della Medicina Generale*. J It Coll Gen Pract 1998;7:27-31.
- 7 Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. *Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings*. Cochrane Database Syst Rev 2001;1:CD001481.
- 8 Vermeire E, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A. *Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus*. Cochrane Database Syst Rev 2005;2:CD003638.
- 9 AMD-SID-SIMG Linee Guida. *L'assistenza al paziente diabetico. Raccomandazioni cliniche e organizzative di AMD-SID-SIMG. Dall'assistenza integrata al team diabetologico e al Disease Management del diabete*. Il Diabete 2001;13:81-99.
- 10 Kirkman MS, Williams SR, Caffrey HH, Marrero DG. *Impact of a program to improve adherence to diabetes guidelines by primary care physicians*. Diabetes Care 2002;25:1946-51.
- 11 Saitta G. *Valutazione qualitativa dell'assistenza diabetologica mediante l'uso di una cartella clinica informatizzata*. Media 2005;5:179-86.
- 12 Parretti D. *Organizzazione del lavoro: un approccio sistematico*. Hippocrates Editore 2005, pp. 245-63.
- 13 Medea G. *Indicatori di qualità e standard nell'assistenza al paziente con diabete mellito tipo 2 in Medicina Generale*. Media 2005;5:53-64.
- 14 Filippi A. *Indicatori di qualità e standard in Medicina Generale nell'assistenza al paziente con diabete mellito tipo 2*. www.simg.it (sottosito area metabolica-attività e compiti del MMG).
- 15 Grilli P. *Gli standard di qualità: pratica attuale ed obiettivi*. Hippocrates Editore 2005, pp. 85-202.
- 16 Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. *Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin*. N Engl J Med 2002;346:393-403.
- 17 The UKPDS Study Group. *Strict blood pressure control and risk of micro and macrovascular complications (UKPDS 38)*. BMJ 1998;352:703-13.
- 18 Fabietti PG, Santeusano F, Iorio M, Messini B, Giovannini G, Nicolucci A, et al. *Prevalence of known diabetes mellitus in a central region of Italy*. Diabetes Nutr Metab 1996;9:3-8.
- 19 Progetto IGEA – *Gestione Integrata del diabete mellito tipo 2 nell'adulto, Documento di Indirizzo*. Il Pensiero Scientifico 2008.

