

Verso un nuovo modello di gestione cronica del diabete: report del 4° Changing Diabetes Barometer Forum

Maria Chiara Rossi

Dipartimento di Farmacologia Clinica ed Epidemiologia, Consorzio Mario Negri Sud
Centro Studi e Ricerche AMD

Il 12 aprile 2011 si è tenuto presso la suggestiva sede del tempio di Adriano a Roma il 4° Changing Diabetes Barometer Forum. Questa importante iniziativa, avviata nel 2007 grazie al supporto non condizionante di Novo Nordisk, sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica e con il patrocinio delle più importanti società scientifiche impegnate nella lotta contro il diabete e di numerose associazioni di pazienti, ha il principale merito di aver creato in questi anni dei canali agevolati di comunicazione tra tutte le figure che ruotano attorno al problema diabete, ovvero pazienti, medici e istituzioni.

Al forum di quest'anno, come rappresentanti del governo, sono intervenuti il senatore Antonio Tomassini, la senatrice Emanuela Baio, il sottosegretario agli affari esteri Vincenzo Scotti, la senatrice Fiorenza Bassoli e la dott.ssa Paola Pisanti dalla Direzione Generale Programmazione Sanitaria. Tra i rappresentanti delle società scientifiche, Paolo Cavallo Perin (SID), Massimo Massi Benedetti, Antonio Ceriello e Mario Fetz (IDF), Claudio Cricelli e Gerardo Medea (SIMG), Marco Cappa (SIEDP), Sandro Gentile, Carlo Giorda, Giacomo Vespasiani (AMD) e Umberto Valentini (Diabete Italia).

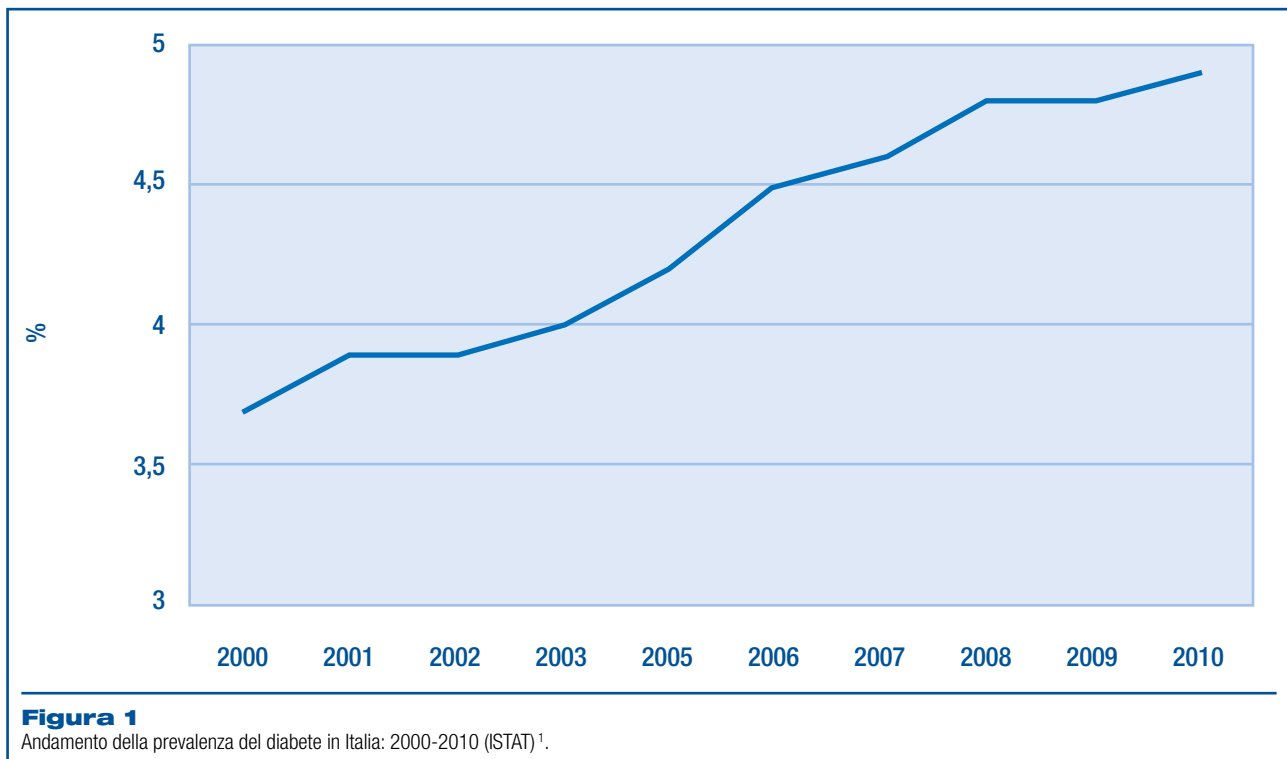
Tutti d'accordo, nonostante i diversi punti di osservazione del problema, nell'asserire che il problema diabete non potrà essere gestito nei prossimi anni senza mettere a rischio la sostenibilità del sistema sanitario nazionale. Solo un intervento strutturale complesso, a partire da campagne informative in grado di educare e sensibilizzare la società, fin dall'età scolare, sulle strategie di prevenzione e l'identificazione di nuovi modelli assistenziali in grado di garantire una adeguata gestione del paziente ottimizzando il consumo di risorse, potrà evitare il collasso del sistema.

Per inquadrare nel dettaglio le dimensioni del problema, molto utili le informazioni fornite dal dott. Antonio Nicolucci, ricercatore responsabile del laboratorio di Farmacologia Clinica ed Epidemiologia del Consorzio Mario Negri Sud. Il numero di persone con diabete nel mondo crescerà dai 171 milioni dell'anno 2000 ai 366 milioni nell'anno 2030. Mentre il tasso di mortalità per cancro e malattia cardiovascolare sta decrescendo, la mortalità per diabete sta aumentando a un ritmo dell'1,1%/anno negli

uomini e dell'1,3%/anno nelle donne. Entro il 2030, il diabete salirà dall'11° alla 7° posto della classifica delle cause di morte a livello globale, ma diventerà la 4° causa nei paesi industrializzati, preceduto solo dalle patologie cardio- e cerebro-vascolari e dal cancro alle vie respiratorie¹.

Per quanto riguarda l'Italia, si stima che ogni anno 27.000 persone muoiano a causa del diabete, cioè una morte ogni 20 minuti. Questo dato, già di per sé allarmante, è in realtà sottostimato in quanto non tiene conto delle cause di mortalità nelle fasce d'età molto avanzate e dei decessi oggi attribuiti a patologie cardio-cerebrovascolari e cancro che in realtà sottendono il diabete. La prevalenza di malattia è aumentata in modo significativo, 1 milione di casi in più in 10 anni, dovuti principalmente all'incremento della quota di popolazione anziana, di sovrappeso e obesità, anche nei giovanissimi, e come conseguenza del trend di regressione socio-economica (Fig. 1). A proposito di quest'ultimo aspetto, i Paesi dell'OCSE denunciano il forte tasso di disuguaglianza sociale, ormai riconosciuto come fattore di rischio per la patologia, riflesso di un accesso alle cure limitato o problematico da parte delle parti sociali più disagiate¹.

La necessità di adeguare l'assistenza al nuovo quadro epidemiologico che si sta profilando è stata fortemente sottolineata anche dal dott. Carlo Giorda, presidente AMD; nell'ambito della campagna SUBITO!², AMD promuove un cambiamento culturale sulla necessità di un trattamento precoce e intensivo del diabete. Quello che accade oggi nella larga maggioranza dei casi è che il diabete venga diagnosticato anni dopo la reale insorgenza, in alcuni casi in concomitanza della diagnosi di una delle sue complicanze. In altri casi, anche quando la diagnosi è precoce, il paziente viene lasciato al di sopra dei livelli target di emoglobina glicata per periodi prolungati prima di intensificare la terapia. Eppure a partire dal 2008 importanti trial clinici³⁻⁵ hanno dimostrato che i pazienti trattati intensivamente fin dall'esordio della malattia presentano riduzione del tasso di mortalità a 10 anni rispetto a quelli trattati con terapia convenzionale e che lo stesso effetto protettivo non si ottiene quando si è già instaurato il danno cellulare derivante da anni di iperglicemia.



Di fronte a queste nuove conoscenze scientifiche e di fronte ai nuovi numeri del diabete, diventa improrogabile la riorganizzazione degli attuali modelli assistenziali. In modo particolare, sarebbe importante puntare su un nuovo modello di gestione condivisa del paziente da parte del diabetologo e del medico di medicina generale, in cui il medico di medicina generale diventa responsabile del controllo dei fattori di rischio predisponenti (obesità, dislipidemia, fumo ...), della diagnosi precoce e del follow-up regolare del paziente con malattia conclamata, mentre il diabetologo è responsabile dell'instaurazione della terapia alla diagnosi e della gestione delle acuzie e delle fasi complesse della malattia.

Questo modello di gestione dinamica potrebbe inoltre avvalersi della disponibilità delle nuove classi di farmaci recentemente introdotte, dell'utilizzo di risorse informatiche per la condivisione dei dati tra i diversi operatori sanitari, di audit periodici e di uno snellimento delle pratiche burocratiche che oggi limitano l'efficienza di accesso ai servizi.

Il punto di vista di Giorda è stato condiviso dalla SIMG (Fig. 2). Anche il dott. Gerardo Medea, responsabile dell'area metabolica della SIMG, ha infatti richiamato l'attenzione sulla necessità del cambiamento strutturale percepito anche dalla medicina generale. L'indagine Health Search⁶, cui oggi partecipano circa 650 medici di medicina generale che periodicamente utilizzano i dati della cartella clinica informatizzata per la valutazione degli indicatori di qualità dell'assistenza erogata, mostra che la gestione dei casi di diabete diventa sempre più problematica. Infatti, i dati mostrano come la prevalenza di diabete sia aumentata in pochi anni fino al 12-14% in alcune realtà, soprattutto al Sud, e come il numero

medio di visite annue per paziente sia passato da 6,7 del 2005 a 7,6 del 2010. Gli stessi dati mostrano che l'intensità di cura è aumentata nei pazienti con diabete negli ultimi anni, in particolare la quota di pazienti trattati con metformina è passata dal 15 al 36%; tuttavia, resta una quota importante di pazienti, oltre il 40%, che non è trattata e che, evidentemente, non è stata inviata al servizio di diabetologia. L'aumento del carico di lavoro legato alla gestione dei nuovi casi si riflette sulla qualità di cura complessiva. L'auspicato miglioramento nei risultati dei diversi indicatori negli anni non è stato ottenuto; ad esempio, la percentuale di pazienti a target metabolico tra gli anni 2005-2009 è rimasta di 55-60%. Parallelamente, i modelli economici sviluppati nell'ambito del progetto HS-SISSI mostrano un importante aumento dei costi del diabete dal 2001 al 2009, soprattutto in alcune regioni.

Oltre a Health Search, un alto strategico punto di osservazione del problema diabete in Italia è rappresentato dagli Annali AMD⁷, valutazione periodica di specifici indicatori di qualità della cura erogata da un network di 236 servizi di diabetologia. I servizi partecipanti, che rappresentano un terzo del totale dei centri, dal 2006 estraggono annualmente i dati della cartella informatizzata per la valutazione degli indicatori e il confronto con le performance ottenute dai centri con i migliori risultati. Il confronto dei dati di 4 anni ha dimostrato come l'utilizzo degli Annali come strumento concreto di valutazione della propria attività e confronto con i centri con la migliore performance sia efficace nel migliorare gli indicatori. La bontà del modello proposto è stata riconosciuta anche dall'*International Diabetes Federation* che ha integrato nelle prossime linee-guida globali per la cura del diabete di tipo 2 una

- Promuovere l'autonomia della persona con diabete nella cura e nella gestione del percorso assistenziale
- Implementare percorsi assistenziali condivisi
- Garantire una rete assistenziale con forte integrazione professionale e una buona comunicazione con le associazioni di volontariato
- Garantire che i Servizi di Diabetologia siano dotati di team multi professionale dedicato che prenda in carico, sempre in integrazione con la Medicina Generale, i pazienti secondo livelli diversi di intensità di cura e funga da consulente per i medici di famiglia
- Organizzare l'ambulatorio del medico di medicina generale con orientamento alla gestione delle malattie croniche
- Adottare sistemi di misura e di monitoraggio della qualità delle cure erogate volti al miglioramento professionale e organizzativo continuo
- Porre in essere sistemi efficaci di comunicazione e di integrazione multidisciplinare
- Coinvolgere il Distretto e le Direzioni Sanitarie ospedaliere per una presa in carico della persona con diabete attraverso la valutazione dell'intensità di cura (triage)
- Rimuovere degli ostacoli amministrativi che rendono difficile e/o diseguale l'accesso alle cure delle persone con diabete

Figura 2

Quali sono gli strumenti per il miglioramento della qualità dell'assistenza alle persone con diabete? Il documento SIMG-AMD-SIMD di Indirizzo Politico e Strategico per la Buona Assistenza alle Persone con Diabete¹.

lista di indicatori identificata dal gruppo degli Annali AMD. Tuttavia oggi, al di là dei miglioramenti ottenuti sui singoli indicatori, gli Annali dimostrano che c'è ancora molto da fare sia per ridurre la variabilità geografica sia per garantire accessi più tempestivi alle nuove diagnosi. Per quanto riguarda il primo punto, ad esempio, si evidenzia come nelle diverse regioni italiane i livelli medi di HbA_{1c} oscillino tra il 7,0 e il 7,8% mentre, per quanto riguarda il secondo punto, è allarmante che il valore medio di emoglobina glicata dei pazienti con primo accesso al servizio di diabetologia sia di 8,0% e che solo il 57% abbia una diagnosi inferiore ai 2 anni.

Il bilancio complessivo della giornata è che l'Italia vanta numerosi fiori all'occhiello in diabetologia, a partire dalla legge 115 a tutela dei diritti delle persone con diabete, fortemente voluta dalle associazioni di volontariato e presa a modello da numerosi paesi. L'Italia si avvale anche di una ricerca scientifica riconosciuta a livello internazionale, di una rete di centri di assistenza tra le meglio organizzate e di strutture di assistenza capillare sul territorio. Sia il mondo della medicina generale che quello della diabetologia si sono dotati in questi anni di strumenti informatici per la valutazione della qualità dell'assistenza erogata; misurando la realtà e aiutando a conoscerne i punti di forza e i limiti dell'assistenza, questi strumenti offrono dati concreti sui quali pianificare le riforme. Tutti gli speaker hanno sottolineato la necessità di un intervento strutturale per ridefinire il percorso di cura del diabete, proponendo in particolare un nuovo modello di gestione integrata che riduca l'inerzia clinica, che inquadri e valorizzi le diverse professionalità necessarie per un approccio globale e continuo alla malattia, e che sia soprattutto tempestivamente e uniformemente implementato sull'intero territorio nazionale, riducendo le disparità oggi purtroppo esistenti.

Il nuovo *Italian Barometer Diabetes Observatory* ospitato a Villa Mondragone, sede di rappresentanza dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", rappresenterà in questo ambito un tavolo

di lavoro operativo per definire azioni, indicatori e strumenti di verifica utili alla realizzazione di un progetto complessivo. Tra gli obiettivi dell'osservatorio, la pubblicazione di un rapporto annuale¹ sullo stato di attuazione delle politiche sanitarie, assistenziali e sociali per la prevenzione del diabete, la cui redazione e analisi dei dati è affidata al Consorzio Mario Negri Sud, la realizzazione di una roadmap sul diabete in grado di tracciare le priorità d'intervento nel nostro Paese, l'individuazione di campagne sociali di sensibilizzazione sulla prevenzione del diabete di tipo 2, la realizzazione di un workshop annuale nazionale e di workshop regionali per l'analisi e il monitoraggio della situazione del diabete in Italia. Cambiare il modo in cui la malattia viene percepita dalla società e proporre dei modelli assistenziali più efficienti sono le uniche armi a nostra disposizione per fronteggiare l'epidemia di diabete.

Bibliografia

- 1 Lauro R, Nicolucci A. *Public Health & Health Policy. An informed health policy on chronic diseases*. S. Maria Imbaro (CH): Consorzio Mario Negri Sud 2011.
- 2 <http://www.aemmedi.it/subito/index.php>
- 3 Holman RR, Sanjoy KP, Bethel MA, et al. *10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes*. N Engl J Med 2008;359:1577-89.
- 4 Gæde P, Lund-Andersen H, Parving HH, et al. *Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes*. N Engl J Med 2008;358:580-91.
- 5 Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. *Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes*. N Engl J Med 2008;358:2545-59.
- 6 Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale. *VI Report Health Search*. Firenze: Rixpress 2009/2010.
- 7 Cimino A, Fava D, Giorda C, et al. *Annali AMD 2010: indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica in Italia*. Torino: Kino. http://www.infodiabetes.it/pages/annali_amd/.