



Agenzia di
Sanità Pubblica



Regione
Lazio



Centro Nazionale di Epidemiologia,
Sorveglianza e Promozione della Salute

Profea

La qualità dell'assistenza ai diabetici nelle regioni italiane

Lo Studio QuADRI nel Lazio



**La qualità dell'assistenza ai diabetici
nelle regioni italiane**

Lo studio QuADRI nel Lazio

A cura di: Amina Pasquarella – Referente regionale Studio Quadri
Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio

Maurizio Marceca – Coordinatore regionale Studio Quadri
Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio

Gabriella Guasticchi – Coordinamento e Direzione Scientifica
Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio

Carmelina Guerrera – Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio

Elena San Martini – Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio

Donatella Mandolini – Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio

Enrico Volpe – Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio

Alessia Calò – Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio

Si rivolge un sincero ringraziamento a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione dello studio:

A livello internazionale: Dott. David Williamson, Dott.ssa Giuseppina Imperatore
(Division of Diabetes Translation, Centers for Disease
Control and Prevention, Atlanta, GA USA)

A livello nazionale: Dott. Donato Greco (Ministero della Salute, Direzione
Generale della Prevenzione)

Gruppo PROFEA del Centro Nazionale di
Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
dell'Istituto Superiore di Sanità:

Valerio Aprile, Sandro Baldissera, Angelo D'Argenzio,
Salvatore Lopresti, Oscar Mingozzi, Salvo Scondotto,
con la supervisione delle Dott.sse Nancy Binkin,
Yllka Kodra, Marina Maggini, del Dott. Alberto Perra e
con il supporto della Dott.ssa Silvia Colitti.

Prof. Umberto Di Mario, Prof. Antonio Pontiroli,
Prof. Riccardo Vigneti (Società Italiana di Diabetologia
- SID)

Dott. Giacomo Vespasiani (Associazione Medici
Diabetologi - AMD)

A livello regionale:

ASL	Coordinatori aziendali	Referenti distrettuali	Intervistatori
RM A	Dott. Giacomo Sacchetti	Dott.ssa Margherita Tellini Dott.ssa Verina Giordani	I.P. Giuliana Ravelli
RM B	Dott. Silvano Dedalo	Dott.ssa Paola Lombardo Dott.ssa Luisa Bevere Dott.ssa Clara Reichenbach Dott.ssa Daniela Ricci	I.P. Calogera Calandra I.P. Leda Borzani F.T. Maura Diglio I.P. Pierina Iona
RM C	Dott. Eliseo Barcaioli	Dott.ssa Maria Simona Occhigrossi Dott.ssa Maria Rita Di Gregorio Dott.ssa Carla Pompei	C.S. Giovanna Rita Russo I.P. Arcangela Piazzola I.P. Alda Visentini
RM D	Dott. Michele Lojudice	Dott. Mario Balsanelli Dott. Guido Testa Dott. Marco Liguori	C.P.S.C.S. Cinzia Tortonesi I.P. Loredana Dattoli I.P. Claudio Prete I.P. Aldo Della Carità
RM E	Dott. Francesco Chiaramonte	Dott.ssa Anna Chillà Dott.ssa Rita Amore Bonapasta	I.P. Anna Maria Albano C.P.S.E. Luigi Laera
RM F	Dott. Graziano Santantonio	Dott.ssa Clara Zaccari	I.P. Paola Narducci
RM G	Dott. Anco Marzio Sclavi	Dott.ssa Laura Zaccaria Dott. Aldebrando Bossi Dott.ssa Patrizia Frasca	A.S. Anna Autiero I.P. Loretta Tocci I.P. Clarice Fazioli
RM H	Dott. Patrizio Tatti	Dott.ssa Patrizia Di Mauro Dott. Maria Negro Dott. Alberto Serra	I.P. Carla Carbini I.P. Deborah Gislaio I.P. Biagio Ferrentino I.P. Edvige Ripanucci
FR	Dott.ssa Pierangela Tanzi	Dott.ssa Assunta Nunziata Dott. Eleuterio D'Ambrosio Dott. Dario Vernile	I.P. Caterina Cestra I.P. Valeria Quadrini I.P. Eugenia Treglia
LT	Dott. Franco Tuccinardi	Dott. Belardino Rossi Dott. Carmine Di Bernardo	I.P. Paola Di Masa C.S. Aldo Morini
RI	Dott.ssa Gabriella De Matteis	Dott. Francesco Scipioni	I.P. Loredana Ramazzotti
VT	Dott. Alessandro Compagnoni	Dott.ssa Carla Castaldo Tuccillo Dott. Raffaele Rossi	I.P. Carla Marignoli I.P. Sestina Mechelli

Si ringraziano inoltre i Direttori Generali delle Aziende Usl ed i Medici di medicina generale della Regione Lazio.

Per qualsiasi informazione relativa al Rapporto è possibile contattare la Dott.ssa Carmelina Guerrera tel. 06.83060383 - fax 06.83060463
E-mail: guerrera@asplazio.it

INDICE

	Pag.
RAPPORTO REGIONALE	
Presentazione	
▪ Riassunto	1
▪ Introduzione	11
▪ Obiettivi	15
▪ Materiali e metodi	16
Tipo di studio	16
Popolazione in studio	16
Strategie di campionamento	16
Interviste	17
Analisi e rappresentazione dei dati	17
Etica e privacy	18
▪ Risultati	19
Descrizione del campione	19
Caratteristiche cliniche	22
Complicanze	29
Aspetti assistenziali	35
Aderenza alle Linee Guida	38
Informazione e comportamenti	51
Qualità percepita	61
▪ Commenti e prospettive	69
RIASSUNTO DEI RISULTATI NAZIONALI	73
ALLEGATO-Questionario Studio QuADRI	79

RAPPORTO REGIONALE

Presentazione

Circa un anno fa, l'Agenzia è stata contattata dall'Istituto Superiore di Sanità, che ci ha chiesto di coordinare, a livello regionale, lo studio di cui abbiamo il piacere di presentare qui i risultati definitivi.

Tale indagine riguarda una patologia, quella diabetica, di rilevante e crescente interesse per i sistemi sanitari regionali, sia per il suo potenziale impatto sulla qualità di vita, sia perché consente di disegnare e sostenere veri e propri percorsi assistenziali, sia per le risorse assistenziali che è in grado di assorbire, ma soprattutto, pensiamo, per gli ampi margini di corresponsabilizzazione dei pazienti, che possono realmente diventare, a differenza di altre patologie, i principali protagonisti della propria salute. D'altro canto, il significato strategico di questa patologia è stato esplicitamente riconosciuto con l'Accordo tra lo Stato e le Regioni sottoscritto a Cernobbio nello scorso aprile, che ha adottato un Piano di lungo termine che riconosce la prevenzione delle complicanze del diabete come uno dei quattro obiettivi fondamentali.

Poiché da tale indagine è emersa una notevole quantità di informazioni di interesse, descritte e commentate analiticamente più avanti, ci limitiamo qui a sottolineare alcuni aspetti e considerazioni che, a nostro avviso, rivestono un particolare significato.

Un primo aspetto è quello della collaborazione che ha caratterizzato l'intera indagine in ogni sua fase: collaborazione tra istituzioni di carattere nazionale e di carattere regionale, collaborazione tra queste ultime e le Aziende sanitarie (nel caso specifico del Lazio, hanno fattivamente collaborato alla realizzazione della ricerca quasi ottanta persone!), collaborazione tra professionisti, collaborazione dei pazienti. Considerato il profilo dell'indagine, riteniamo che questa capacità di messa in moto di risorse sinergiche sia, per il sistema salute, un valore da riconoscere, da promuovere e da tutelare.

Parimenti significativo ci sembra essere il fatto di aver dato direttamente voce ai pazienti in qualità di utenti, tutelandone la privacy e incoraggiandone la libertà e sincerità di giudizio.

Un altro aspetto di indubbia valenza è rappresentato dalla possibilità di orientare le future politiche sanitarie sul diabete sulla base delle criticità emerse dallo studio, anche attraverso il confronto con le tendenze nazionali, in un'ottica di presa di consapevolezza dei margini di miglioramento e degli ambiti prioritari di necessaria qualificazione.

Certamente, vi è ancora tanta strada da fare e questo studio va accompagnato con altre ricerche e interventi, con particolare riferimento a quelli volti all'educazione alla salute dei pazienti, alle azioni di rinforzo di chi li cura e alla ottimizzazione del coordinamento tra i servizi, in una prospettiva di realizzazione di modelli integrati di tutela e assistenza.

Roma, 25 marzo 2005

Il Presidente

On. Domenico Gramazio



Il Direttore Generale

Prof. Franco Splendori



RIASSUNTO

Premesse

Il diabete mellito costituisce un importante problema sanitario a causa dell'elevata prevalenza – in costante aumento – e delle rilevanti morbosità e mortalità cui si associa, correlate prevalentemente alle complicanze croniche della malattia.

Dati ISTAT, basati sul numero degli individui che dichiarano di soffrire di diabete (*Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999-2000*) stimano una prevalenza nella Regione Lazio del 3,4% (in Italia 3,7%). Proiettando tale prevalenza alla popolazione residente nella regione all'inizio del 2000, si stima un numero di diabetici pari a circa 180.000 soggetti.

La rilevanza del problema sanitario è inoltre rappresentata dal notevole impatto che il diabete mellito ha sul Servizio sanitario nazionale, sia in termini di complessità della cura, sia in termini di impiego di risorse economiche. I numerosi aspetti dell'assistenza al diabetico – legati al carattere cronico della malattia, allo sviluppo di complicanze a carico di molteplici distretti e a lungo termine invalidanti – sono infatti i determinanti di tale complessità. Il costo medio per l'assistenza di un paziente diabetico di tipo 2 in Italia – stimato nello studio *Costs of Diabetes in Europe Type 2 (CODE-2)* – ammontava, nel 1998, a quasi 6 milioni di vecchie lire (equivalenti a circa 3.100 Euro) l'anno, con una spesa annua per il diabete di circa 10.000 miliardi di vecchie lire (equivalenti a circa 5 miliardi di Euro), pari al 6,65% della spesa sanitaria nazionale, pubblica e privata. I costi medi annui del soggetto diabetico aumentano progressivamente in relazione alla presenza di complicanze.

A fronte di tali considerazioni, emerge l'importanza di adottare provvedimenti adeguati ed organici orientati alla prevenzione e cura della patologia diabetica, in particolare alla luce della considerazione che interventi efficaci possono realmente modificare la storia naturale della malattia e migliorare la qualità di vita della persona con diabete.

Perchè lo studio QuADRI ?

La qualità dell'assistenza e la gestione integrata sul territorio della malattia diabetica sono ritenute condizioni fondamentali per un'efficace prevenzione delle complicanze ed il miglioramento della qualità di vita dei pazienti. Gran parte degli studi realizzati in Italia in materia sono limitati a soggetti che frequentano i centri diabetologici o i medici di famiglia e coprono aree geografiche limitate. Lo studio QuADRI si propone di analizzare il problema utilizzando il punto di vista del paziente.

Obiettivi dello studio sono: descrivere le caratteristiche socio-demografiche del campione, la frequenza delle complicanze e i relativi

fattori di rischio, i modelli di assistenza e di follow-up clinico realizzati dalle strutture preposte, l'aderenza alle linee guida in uso in Italia, le conoscenze sulla malattia da parte delle persone affette da diabete, le misure comportamentali e terapeutiche intraprese dai pazienti stessi per controllare la malattia oltrechè la loro percezione sulla qualità dell'assistenza erogata.

Come è stato realizzato lo studio ?

Preliminarmente all'avvio dell'indagine, si è provveduto ad informarne i soggetti istituzionali e non istituzionali interessati: le rappresentanze regionali delle associazioni scientifiche diabetologiche e delle persone diabetiche, l'Assessorato regionale competente, le Aziende sanitarie locali, le Organizzazioni sindacali della Medicina Generale ed altri gruppi di interesse.

Per ragioni di praticità ed economia di esecuzione, l'indagine si è limitata a studiare le persone con diabete fra i 18 e i 64 anni.

Utilizzando una particolare tipologia di campionamento messa a punto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, si è proceduto a identificare, a partire dalle liste distrettuali di esenzione dal pagamento del ticket per patologia diabetica, 210 pazienti candidati all'intervista.

Su segnalazione dei Direttori generali delle Aziende sanitarie locali, sono stati quindi individuati, per ogni Azienda, un coordinatore aziendale, un referente distrettuale ed un intervistatore per ogni distretto interessato dall'indagine: tali operatori hanno partecipato a due giornate di formazione e addestramento specificamente organizzate.

L'indagine è stata realizzata tramite interviste cui sono state sottoposte le persone diabetiche casualmente selezionate, sulla base di un questionario di circa cento domande (vedi Allegato); in caso di irreperibilità o di rifiuto da parte delle persone preliminarmente identificate (titolari), è stato previsto un sistema di loro sostituzione.

Di ogni intervista è stata successivamente verificata la completezza e la coerenza, recuperando le eventuali informazioni mancanti. Nel rispetto della privacy degli intervistati, i questionari sono stati resi anonimi prima della loro trasmissione a livello centrale, ove i dati raccolti sono stati inseriti su supporto informatico e sottoposti ad elaborazione statistica.

Quali sono i risultati principali ?

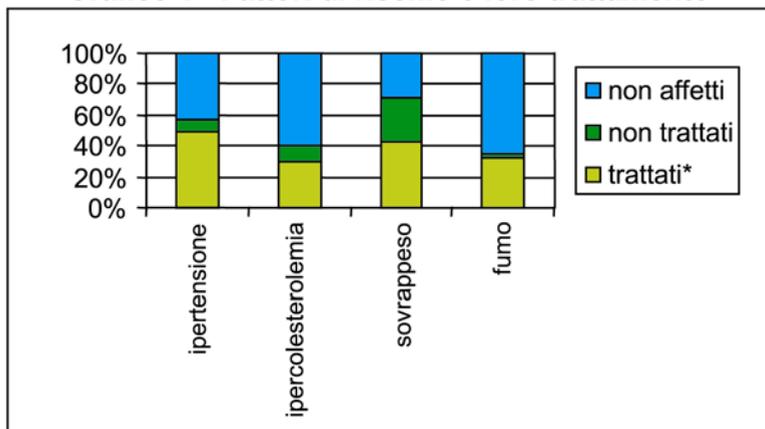
Hanno aderito all'indagine il 100% delle 12 ASL regionali; i responsabili dell'indagine a livello locale, unitamente ai componenti del coordinamento regionale, hanno costituito un gruppo di ricerca di quasi 80 persone. Sono state raccolte e validate circa il 97% delle interviste previste (203 su 210). La partecipazione dei titolari è risultata pari al 66%, con una percentuale di sostituzioni del 34% (16% di rifiuti).

Caratteristiche socio-demografiche: tra gli intervistati il 56% sono maschi; nell'indagine del Lazio le donne sono leggermente più rappresentate che nel campione nazionale (44% contro 41%). La distribuzione per età è simile a quella nazionale, in cui prevale la fascia tra 55 e 64 anni, pari al 60% del campione nel Lazio (in Italia 61%). Il livello di istruzione è risultato complessivamente più elevato che nel campione nazionale, anche se circa il 35% non ha conseguito il titolo medio-inferiore. La percentuale di occupati (44%) è in linea con i valori nazionali (43%).

Caratteristiche cliniche e fattori di rischio: l'età media alla diagnosi è di 44 anni; nel 29% dei casi la diagnosi di diabete è stata effettuata prima dei 40 anni. La durata media della malattia, come nel campione nazionale, è di circa 11 anni; nel 72% dei casi la malattia dura da 5 anni o più. Il 14% dei pazienti è in trattamento con la sola dieta, il 61% solo con ipoglicemizzanti orali, il 18% con la sola insulina e il restante 7% con ipoglicemizzanti orali ed insulina. Il 37% soffre di almeno una complicanza (valore significativamente superiore a quello nazionale, pari al 30%); le più frequenti complicanze sono quelle oculari (24% contro 19%) e quelle cardiovascolari (17% contro 13%); meno rappresentate invece, nella nostra popolazione, sono le complicanze renali (6% contro 4%), ictus (4% contro 3%) e le amputazioni (1,5% similmente al livello nazionale).

Il 57% riferisce di essere affetto da ipertensione arteriosa (54% a livello nazionale), il 40% da ipercolesterolemia (44% in Italia); il 44% è in sovrappeso ed il 29% obeso (quindi solo il 27% del campione - 28% a livello nazionale - ha un peso corporeo normale). Il 42% fumava al momento della diagnosi ed il 35% ha riferito di essere fumatore al momento dell'intervista (a livello nazionale, rispettivamente il 38% e il 25%): i fumatori rappresentano il 33% delle donne (valore significativamente superiore a quello nazionale, pari al 20%) e il 37% dei maschi (30% a livello nazionale). Nel Grafico 1 è riportata la condizione dei soggetti portatori di patologie/fattori di rischio concomitanti, con particolare riferimento ai trattamenti da questi ricevuti. Sono risultati essere sotto trattamento farmacologico specifico: l'86% degli ipertesi (il 14% non è in terapia - in Italia il 16%); il 55% dei diabetici con valori di colesterolemia in eccesso (il 17% degli ipercolesterolemici riferisce una normalizzazione dei valori senza utilizzo di farmaci; il 28%, sia nel Lazio che in Italia, non è in terapia) Hanno adottato misure/comportamenti protettivi circa il 60% dei soggetti con eccesso ponderale. Hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare oltre il 90% dei fumatori.

Grafico 1 - Fattori di rischio e loro trattamento



*Ipertensione arteriosa: terapia farmacologica

Ipercolesterolemia: terapia farmacologica e misure igienico-dietetiche

Sovrappeso: dieta e/o farmaci e/o esercizio fisico

Fumo: consiglio di smettere di fumare

Aspetti assistenziali: si riportano di seguito schematicamente alcuni elementi di interesse relativi alle modalità e caratteristiche assistenziali dei pazienti.

Per la maggioranza (64,5%) il principale erogatore di cure è il Centro diabetologico (CD), seguito dal Medico di medicina generale (MMG) (27%). Negli ultimi 12 mesi il 10% degli intervistati non è mai stato visitato dal proprio MMG ed il 30% non si è recato presso un CD; un complessivo 13% non ricorda di essere mai stato visitato, nella sua vita, presso un CD.

Nello stesso periodo ha subito un ricovero ospedaliero (escluso il day-hospital) il 18% dei pazienti (a livello nazionale tale percentuale ammonta al 20%).

Per la valutazione dei comportamenti assistenziali degli attori di cura (CD e MMG) e del loro grado di adesione alle raccomandazioni disponibili, sono state considerate le Linee guida elaborate nel 2001 dalle associazioni italiane dei diabetologi e dei medici di medicina generale [vedi Tabella 1].

Tabella 1 - Le raccomandazioni previste dalle Linee Guida elaborate dalle associazioni italiane dei diabetologi e dei MMG (AMD - SID - SIMG, 2001)

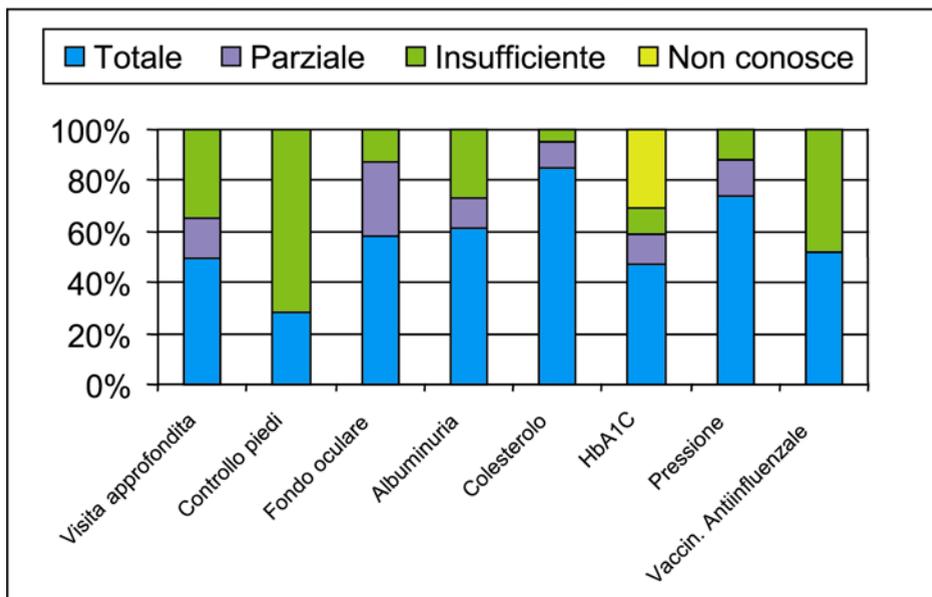
Le Linee Guida prevedono:

1. Una visita medica approfondita almeno ogni 6 mesi
2. Un esame accurato dei piedi almeno una volta l'anno
3. Un esame del fondo oculare almeno una volta l'anno
4. Il dosaggio dell'albuminuria almeno una volta l'anno
5. Il dosaggio della colesterolemia almeno una volta l'anno
6. Il dosaggio dell'emoglobina glicata almeno ogni 4 mesi
7. La misurazione della pressione arteriosa almeno ogni 4 mesi
8. La vaccinazione anti-influenzale una volta l'anno

Sulla base di quanto desumibile dalle risposte fornite, è necessario sottolineare come, rispetto alle raccomandazioni disponibili: il 50% non risulta aver ricevuto, negli ultimi 6 mesi, una visita medica approfondita dell'apparato cardiovascolare e degli arti inferiori da parte del proprio medico di medicina generale o del Centro diabetologico; più in particolare, è risultato che il 65% non ha ricevuto, negli ultimi 6 mesi, alcuna visita approfondita da parte del proprio MMG (valore nazionale 69%) ed il 72% non l'ha ricevuta, nello stesso periodo, da parte di un CD (valore nazionale 69%); quasi il 71% degli intervistati non è stato sottoposto, negli ultimi 12 mesi, ad un esame accurato dei piedi (valore significativamente superiore a quello nazionale, pari al 63%); oltre il 41% non ha effettuato, negli ultimi 12 mesi, un esame del fondo oculare (valore nazionale sovrapponibile); circa il 38% non ha effettuato, negli ultimi 12 mesi, un dosaggio dell'albumina nelle urine (valore nazionale 32%); circa il 15% non ha effettuato, negli ultimi 12 mesi, un dosaggio del colesterolo ematico (valore nazionale 17%); circa il 32% di coloro che affermano di conoscere il test dell'emoglobina glicosilata (HbA1c)¹, riferisce di non averlo effettuato negli ultimi 4 mesi (34% a livello nazionale); circa il 26% non ha effettuato, negli ultimi 4 mesi, un controllo pressorio (valore nazionale 25%); quasi il 48% non ha effettuato, nell'anno precedente, la vaccinazione antiinfluenzale (valore significativamente inferiore a quello nazionale, pari al 58%) [vedi Grafico 2].

¹ Indice di quanto la glicemia sia stata mantenuta a livelli accettabili negli ultimi 3-4 mesi

Grafico 2 - Adesione alle Linee Guida



Legenda:

Totale: esegue il controllo nei tempi previsti dalle LG

Parziale*: esegue il controllo meno frequentemente dei tempi previsti dalle LG

Insufficiente: non esegue il controllo, lo esegue con frequenza estremamente bassa oppure non ricorda di averlo eseguito

Non conosce: non conosce il test

*Non considerato nel caso della vaccinazione antinfluenzale e del controllo dei piedi poiché non previsto dal questionario.

Per poter rappresentare sinteticamente il grado di aderenza alle Linee guida, è stato costruito un Indice composito, sulla base degli 8 principali indicatori di aderenza alle stesse (vedi Tabella 1), attribuendo un punteggio alla realizzazione della serie di controlli e interventi previsti. Sulla base di tale Indice: solo il 4% del campione riferisce di aver realizzato tutti i controlli/interventi secondo la frequenza raccomandata (valore nazionale 5%); il 50% ne ha realizzati fra 5 e 7; il 45% dei pazienti fra 1 e 4; l'1% riferisce di non avere effettuato nessuno degli 8 controlli considerati importanti per la prevenzione delle complicanze.

Inoltre, con riferimento all'autocontrollo glicemico domiciliare effettuato almeno una volta al giorno, questo non è praticato dal 31% dei diabetici in trattamento insulinico (rispetto al 38% nazionale). Tra i soggetti a rischio cardiovascolare, solo il 15% assume acido acetilsalicylico (per il suo potere antiaggregante) come prevenzione primaria (rispetto al 16% nazionale).

Informazione e comportamenti: particolarmente rilevante appare il dato che il 31% degli intervistati (il 33% a livello nazionale) riferisce di non conoscere il test dell'emoglobina glicosilata: oltre i 2/3 di questi hanno

ricevuto la diagnosi di diabete da almeno 5 anni. Il 68% dei pazienti trattati con farmaci si dice informato sulla gestione dell'ipoglicemia (a livello nazionale il 69%). Il 40% degli intervistati (valore significativamente più basso di quello nazionale, pari al 50%) dichiara di conoscere l'importanza dell'autocontrollo regolare dei piedi (essenziale per prevenirne le complicanze) e di questi il 73% lo pratica almeno una volta la settimana. Per quanto riguarda il fumo di sigaretta, come anticipato nelle *caratteristiche cliniche e fattori di rischio*, il 35% ha dichiarato di fumare al momento dell'intervista; di questi il 92% ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare; inoltre, il 9% di coloro che non fumavano all'insorgenza della patologia, ha successivamente iniziato a fumare. L'informazione relativa all'importanza di una dieta adeguata è stata data a quasi tutti i pazienti (98%), così come, tra quelli in sovrappeso, quasi tutti (97%) hanno ricevuto il consiglio di dimagrire, ma soltanto il 60% (57% a livello nazionale) riferisce di essere impegnato a perdere peso. D'altro canto, quasi il 24% degli intervistati in sovrappeso (il 21% a livello nazionale) riferisce di aver aumentato il proprio peso di almeno 5 Kg dal momento della diagnosi. Nonostante l'86% abbia ricevuto informazioni sull'importanza dell'attività fisica regolare (che ha benefici effetti sul controllo della glicemia e su altri fattori di rischio - ipertensione, dislipidemia, sovrappeso), il 76% dichiara di svolgerla "abituamente", ma solo il 53% sembra svolgerla in modo realmente adeguato (almeno mezz'ora al giorno per almeno 3 volte alla settimana); in ogni caso, il 24% del campione in studio riferisce di non svolgere abitualmente alcuna attività fisica (il 27% a livello nazionale). Il 94% (come a livello nazionale) conosce i propri diritti assistenziali in termini di possibilità di esenzione, fornitura di presidi, etc..

Percezione dello stato di salute: similmente al livello nazionale, nella Regione Lazio il 32% dei pazienti ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute.

Qualità dei servizi: la grande maggioranza degli intervistati (almeno l'85%) ritiene che i servizi abbiano orari adeguati, siano facilmente accessibili e puliti, e che gli operatori siano cortesi, chiari e disponibili. Solo il 9% dei pazienti (16% a livello nazionale) riferisce di aver atteso per più di un'ora presso il MMG in occasione dell'ultimo controllo; riferisce un'attesa superiore ad un'ora presso il CD in occasione dell'ultimo controllo il 22% dei pazienti (17% a livello nazionale), nonostante il fatto che l'85% di essi avesse un appuntamento. Per quanto riguarda il giudizio complessivo sui servizi, oltre l'82% dei pazienti con diabete sembra esserne soddisfatto (83% a livello nazionale), avendo espresso un giudizio buono od ottimo; tuttavia, il 43% dei pazienti giudica non sufficiente o al più sufficiente (34% in Italia) il livello di coordinamento fra i diversi servizi e professionisti.

Cosa fare per migliorare l'assistenza alle persone con diabete?

L'indagine contribuisce a colmare un'area di ricerca sulla patologia diabetica che, sia nel Lazio che nel resto del Paese, è stata finora trascurata.

La sua conduzione nella regione Lazio ha in effetti incontrato alcune difficoltà operative, legate in particolare alla utilizzabilità e alla qualità degli archivi aziendali di esenzione per patologia. Nella nostra Regione non è stato possibile infatti valutare esattamente il numero di diabetici tra i 18 e i 64 anni iscritti nelle liste di esenzione ticket alla fine del 2003, a causa di criticità relative alle modalità di registrazione di tali dati, affidate, a seconda dell'Asl o del distretto, talora a registri informatizzati, talora a registri cartacei. Un'impostazione omogenea, tale da permettere in modo sistematico la disaggregazione per tipo di patologia e per fasce di età, è stata introdotta a livello regionale solo successivamente.

Pur considerando i limiti di un'indagine condotta attraverso intervista, in cui molte variabili, anche di natura clinico-assistenziale, vengono indagate sulla base di quanto riferito dalle persone diabetiche e non su parametri oggettivabili e verificabili, i risultati preliminari dell'indagine sembrano sostenere l'opportunità di adottare interventi mirati alla qualificazione assistenziale per questa categoria di pazienti.

In particolare, i dati di prevalenza relativi alla presenza di complicanze e di fattori di rischio concomitanti alla patologia diabetica, nonché alla gestione e al controllo della stessa rispetto alle raccomandazioni di buona pratica clinica, mostrano aree di criticità non trascurabili.

Sembra quindi necessario pianificare e mettere in atto interventi migliorativi della qualità dei servizi, in un'ottica di gestione integrata della malattia (*disease management*² e *case management*³), che tenga in debito conto anche la sensibilizzazione e l'educazione terapeutica dei pazienti.

² Il *disease management* (concetto che sostanzialmente si sovrappone a quello italiano in uso di *profilo assistenziale*) è un approccio innovativo che si realizza attraverso la progettazione del percorso ottimale che il cittadino portatore di un bisogno (normalmente collegato ad una specifica malattia) può svolgere nel sistema sanitario.

Esso è quindi teso a coordinare il complesso delle risorse sanitarie disponibili attraverso l'intero sistema di assistenza utilizzando Linee guida e standard assistenziali - da implementare tra i diversi professionisti coinvolti - e a sostenere l'*empowerment* (accrescimento delle conoscenze e dell'autonomia decisionale) dei pazienti.

Il significato ultimo di tale approccio è quello di spostare il punto di vista dal "trattare i pazienti durante singoli e separati episodi di malattia" al "provvedere un'assistenza di alta qualità in un continuum" che è la malattia.

³ Per *case management* si intende un processo integrato volto a ottimizzare la gestione dei singoli casi assistenziali attraverso l'elaborazione di un Piano di cure individualizzato da parte di un gruppo multidisciplinare di operatori dell'assistenza. La corretta e tempestiva articolazione degli interventi previsti dal Piano è affidata ad una regia centrale che,

Disponiamo però oggi di strumenti scientifici e di un quadro legislativo che possono realmente sostenere il perseguimento di una migliore “quantità” e qualità di vita delle persone con diabete.

Le principali istituzioni di rilevanza sanitaria (Ministero della Salute e Regioni), con l’Accordo di Cernobbio del 6 aprile 2004 intitolato “Il disegno strategico della sanità futura” - che, tra i quattro obiettivi del Piano di lungo termine adottato, ne ha previsto uno relativo alla prevenzione delle complicanze del diabete - hanno dimostrato di voler fortemente sostenere l’attuazione di un efficace sistema assistenziale integrato per la gestione di questa malattia, che rappresenta oggi una sfida concreta per il Servizio sanitario nazionale.

Come le altre regioni, anche il Lazio intende garantire sempre di più l’equità del trattamento, l’efficacia assistenziale e l’efficienza nell’utilizzo delle risorse disponibili. Tali obiettivi si possono raggiungere attraverso una strategia che si avvalga di un complesso di impegni, iniziative e interventi che convergano verso la realizzazione di modelli integrati di assistenza. In tale prospettiva vanno viste alcune iniziative che, all’interno della Regione Lazio, sono state intraprese.

L’aderenza alle migliori pratiche assistenziali suggerite dalle Linee guida ha mostrato di ridurre l’incidenza delle complicazioni e di migliorare la qualità della vita delle persone diabetiche; l’ampia disponibilità di Linee guida che si registra attualmente non è però garanzia di effettivi cambiamenti nei comportamenti clinici ed organizzativi, laddove inadeguati. Su queste premesse è stato, tra gli altri, attivato nella nostra Regione uno studio (Progetto ImpleMeg) volto a verificare i più efficaci interventi di implementazione delle raccomandazioni assistenziali tra i professionisti, nel caso specifico i Medici di medicina generale, che rappresentano uno degli attori cruciali nell’ottica del *disease management* prima evocato.

Un’altra rilevante prospettiva è quella di consolidare i sistemi di monitoraggio delle caratteristiche dell’assistenza ai pazienti diabetici, ottica in cui possono essere di grande ausilio i sistemi informativi sanitari attualmente in uso, laddove adeguatamente utilizzati; ad esempio, è in atto nel Lazio, nell’ambito di un Progetto di ricerca finalizzata finanziata dal Ministero della Salute, uno studio volto a verificare l’utilizzo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (visite ed esami diagnostici) rivolti a persone con diabete, per stimarne l’appropriatezza assistenziale.

Un’altra iniziativa, originatasi dalla constatazione di una importante quota di inappropriata d’uso del Day Hospital medico nella regione Lazio, è

attraverso la responsabilizzazione di un singolo professionista, ha il compito di coordinare gli interventi e monitorarne i risultati. Il *case management* è spesso inserito nel contesto più ampio della gestione integrata della malattia (*disease management*).

quella di sperimentare modelli assistenziali innovativi e, in particolare, è in corso di definizione uno studio sulla possibile attivazione del “Day Service”⁴.

Tra le altre possibili iniziative future, è da valutare anche l’opportunità, in linea con le indicazioni programmatiche nazionali, di istituire un vero e proprio Registro regionale dei soggetti diabetici che, nel pieno rispetto delle norme relative alla tutela della privacy, possa rappresentare un utile supporto per l’adozione di politiche assistenziali mirate alla tutela e alla qualità di vita di tali pazienti.

Poiché la partecipazione attiva del paziente all’autogestione del diabete è un indubbio punto di forza per la riuscita di qualsiasi strategia assistenziale, è parimenti opportuno intraprendere iniziative di sensibilizzazione e sostegno alle pratiche e ai comportamenti funzionali alla tutela della propria salute, sia per quanto riguarda gli interventi di controllo e prevenzione che possono essere autogestiti, sia per quanto attiene la compliance terapeutica. Sia tali indirizzi, che i suggerimenti funzionali al miglioramento dei servizi, dovrebbero vedere sempre più il coinvolgimento attivo delle Associazioni dei pazienti.

⁴ Il *Day Service* è una modalità assistenziale ambulatoriale rivolta al trattamento - in alternativa al ricovero ordinario e in day hospital - di pazienti che presentano problemi sanitari complessi e di norma non necessitano di sorveglianza medico-infermieristica prolungata. A tali pazienti viene erogato, in un arco temporale ristretto, un insieme predefinito di prestazioni multidisciplinari di tipo diagnostico e/o terapeutico, comprese tra quelle riportate nel Nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale, e definite all’interno di specifici Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC). Il Day Service può prevedere la compartecipazione alla spesa da parte del paziente.

INTRODUZIONE

Il diabete mellito è una patologia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo. È una malattia complessa causata da una ridotta capacità di produzione dell'insulina da parte del pancreas o di un suo inadeguato utilizzo da parte dei tessuti. Compito dell'insulina è quello di facilitare l'ingresso nelle cellule del glucosio, contenuto negli alimenti, e la sua conseguente trasformazione in energia.

Questa deficienza comporta quindi un aumento delle concentrazioni di glucosio nel sangue, con danno a diversi apparati corporei, in particolare sistema circolatorio e nervoso.

L'insorgenza del diabete dipende da fattori sia genetici sia ambientali.

Esistono due forme principali di diabete:

- **diabete di tipo 1**: è quello in cui il pancreas non produce insulina in quantità sufficiente. Questa forma si sviluppa più facilmente nei bambini e negli adolescenti, anche se la sua prevalenza è in aumento in persone di età più avanzata.
- **diabete di tipo 2**: è determinato dall'incapacità delle cellule dei tessuti del corpo a rispondere in modo adeguato all'azione dell'insulina prodotta dal pancreas. Il diabete di tipo 2 è molto più frequente e rappresenta circa il 90 per cento dei casi in Italia come pure nel resto del mondo. Normalmente si manifesta negli adulti, ma negli ultimi anni si è notato un aumento dell'incidenza anche nei giovani.

Secondo l'OMS, l'ultima stima del numero di malati di diabete nel mondo è di circa 177 milioni di persone. La prevalenza di questa malattia è però in aumento e l'OMS prevede che entro il 2025 il numero dei diabetici potrebbe raddoppiare.

In Italia si stima che la prevalenza del diabete noto sia circa il 3,5%, con valori più alti all'aumentare dell'età; nelle persone con più di 65 anni la prevalenza del diabete di tipo 2 è circa il 12%. Sulla base di questi calcoli, si può stimare che in Italia ci siano circa 2 milioni di diabetici.

Il diabete è una patologia particolarmente rilevante soprattutto per le numerose complicazioni microvascolari e neuropatiche (retinopatia, nefropatia, ulcere del piede) e macrovascolari (cardiache, cerebrovascolari, vascolari agli arti inferiori fino alla necessità di amputazione) cui i pazienti vanno incontro. Fra le complicanze microvascolari, la retinopatia diabetica rappresenta la maggiore causa di cecità fra gli adulti in età lavorativa e la nefropatia diabetica è tra le principali cause di insufficienza renale cronica e dialisi. Le complicanze macrovascolari del diabete comprendono patologie diffuse come l'infarto del miocardio e l'ictus.

Il diabete è una patologia con un costo sociale molto elevato. In Italia è stato stimato che il 6,7% dell'intera spesa sanitaria nazionale, pubblica e

privata (circa 5.500 milioni di euro), sia assorbito dall'assistenza alla popolazione diabetica. In Italia nel 2002 sono stati registrati più di 75.000 ricoveri ospedalieri in regime ordinario per diabete, corrispondenti ad oltre 650.000 giornate di degenza. Il tasso totale di ricoveri è stato di 129 per 100.000 abitanti, con un *range*¹ che va dal 42 per 100.000 della Valle D'Aosta al 223 per 100.000 della Sicilia (fonte: Ministero della Salute-dati SDO). A questo si deve aggiungere la perdita di qualità della vita, una perdita che aumenta in relazione alla presenza di complicanze.

Recentemente si sono realizzati importanti progressi per il trattamento del diabete e la prevenzione delle sue complicanze. Il mantenimento di livelli glicemici adeguati, ad esempio, riduce grandemente il rischio di complicanze micro- e macro-vascolari sia nelle persone con diabete di tipo 2 sia in quelle con diabete di tipo 1. Inoltre, il contemporaneo controllo del diabete e di altri determinanti di salute come l'ipertensione, gli elevati valori di colesterolo, l'eccesso di peso, l'attività fisica ed il fumo possono produrre un notevole decremento delle complicanze associate alla patologia ed aumentare la sopravvivenza in termini di anni di vita guadagnati e di anni vissuti in buona salute.

In tal senso esistono diverse linee guida che propongono una serie di misure volte a prevenire le complicanze ed individuarne precocemente l'insorgenza.

Tra le attività svolte per prevenire l'insorgenza di complicanze, è previsto in particolare il monitoraggio dell'emoglobina glicosilata, sostanza presente nel sangue che risente dei livelli di glicemia degli ultimi tre mesi e che rappresenta un indicatore del mantenimento dei livelli glicemici entro limiti accettabili.

Tra gli altri indicatori troviamo la frequenza con cui sono misurati la pressione arteriosa e il colesterolo ematico e trattati laddove alterati; la prescrizione di aspirina alle persone a rischio di complicanze cardiovascolari; le raccomandazioni ed il *counselling*² sull'attività fisica, la diminuzione dell'eccesso di peso e la cessazione del fumo di sigarette.

Periodici controlli medici, così come un esame annuale del fondo oculare, dei piedi e la ricerca dell'albumina urinaria, servono a scoprire precocemente l'insorgenza di possibili complicanze in modo che sia possibile intraprendere appropriati interventi per arrestarne l'aggravamento.

¹ Il *range* (o campo di variazione) indica la differenza fra il valore più grande e il valore più piccolo in una serie di osservazioni

² Il *counselling* consiste nella "relazione d'aiuto" che si instaura tra una persona portatrice di un bisogno (utente), ed un'altra cui questa si rivolge in qualità di esperto (counsellor), che gli fornisce informazioni, strumenti, consigli e sostegno finalizzati a indirizzarla verso una positiva risoluzione del bisogno stesso.

La gestione integrata e territoriale della malattia (*disease management*³) è una condizione fondamentale per tradurre i progressi clinici e farmacologici in una reale prevenzione delle complicanze e in un miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete.

La modalità organizzativa più efficace per la gestione del singolo paziente è il *case management*⁴, che prevede l'elaborazione -ad opera di un team multidisciplinare- di un Piano di cure individualizzato, la cui realizzazione è affidata alla responsabilità di un professionista non necessariamente coinvolto nelle cure (*case manager*), che coordina i servizi e monitora i risultati degli interventi.

L'attuazione di un efficace sistema assistenziale integrato secondo questi principi rappresenta una sfida per il Servizio sanitario nazionale.

A causa della rilevanza del problema, il Ministero della Salute ha inserito il diabete tra le quattro priorità sanitarie su cui concentrare gli sforzi per una prevenzione attiva, attuando un Accordo con le Regioni per la pratica di un Piano di lungo termine basato su quattro obiettivi, di cui uno è proprio la prevenzione delle complicanze del diabete (Accordo di Cernobbio del 6 aprile 2004 – Il disegno strategico della sanità futura).

Le informazioni disponibili sulla qualità e la completezza delle cure del diabete sono incomplete. Diversi studi sono stati realizzati in Italia sulla qualità dell'assistenza al diabete: la maggior parte di questi, tuttavia, è stato limitato ai pazienti che frequentano i Centri diabetologici, ai Medici di famiglia, oppure ha analizzato aree geografiche limitate. Inoltre, l'informazione sulla qualità e le modalità dell'assistenza è stata raccolta prevalentemente dal punto di vista dei servizi, mentre solo pochi studi

³ Il *disease management* (concetto che sostanzialmente si sovrappone a quello italiano in uso di *profilo assistenziale*) è un approccio innovativo che si realizza attraverso la progettazione del percorso ottimale che il cittadino portatore di un bisogno (normalmente collegato ad una specifica malattia) può svolgere nel sistema sanitario.

Esso è quindi teso a coordinare il complesso delle risorse sanitarie disponibili attraverso l'intero sistema di assistenza utilizzando Linee guida e standard assistenziali - da implementare tra i diversi professionisti coinvolti - e a sostenere l'*empowerment* (accrescimento delle conoscenze e dell'autonomia decisionale) dei pazienti.

Il significato ultimo di tale approccio è quello di spostare il punto di vista dal "trattare i pazienti durante singoli e separati episodi di malattia" al "provvedere un'assistenza di alta qualità in un continuum" che è la malattia.

⁴ Per *case management* si intende un processo integrato volto a ottimizzare la gestione dei singoli casi assistenziali attraverso l'elaborazione di un Piano di cure individualizzato da parte di un gruppo multidisciplinare di operatori dell'assistenza. La corretta e tempestiva articolazione degli interventi previsti dal Piano è affidata ad una regia centrale che, attraverso la responsabilizzazione di un singolo professionista, ha il compito di coordinare gli interventi e monitorarne i risultati. Il *case management* è spesso inserito nel contesto più ampio della gestione integrata della malattia (*disease management*).

hanno valutato le indicazioni e gli indirizzi che i pazienti riferiscono di aver ricevuto.

Il presente studio si propone di fornire un quadro regionale (contribuendo inoltre alla definizione di quello nazionale), della qualità e delle modalità dell'assistenza dal punto di vista del malato, in un campione di popolazione fra i 18 e i 64 anni che abbia avuto l'esenzione dal ticket per diabete. La scelta delle classi di età su cui concentrare lo studio dipende dal fatto che è proprio in questa fascia di età che una prevenzione precoce ed il trattamento delle complicanze appare particolarmente importante. È utile ricordare, tuttavia, che la popolazione inclusa nello studio non è rappresentativa di tutta la popolazione dei diabetici in ciascuna Regione, se si considera che circa il 60% della popolazione diabetica si trova nella fascia d'età oltre i 65 anni. Attenzione, quindi, deve essere posta nel generalizzare i risultati all'intera popolazione diabetica, specialmente per quanto attiene le complicanze e i ricoveri che aumentano con l'aumentare dell'età.

Le informazioni relative ai test ed ai loro risultati non sono ricavate da documentazione sanitaria, ma provengono direttamente dalle dichiarazioni degli individui intervistati. Potrebbero perciò esservi degli scostamenti tra la situazione reale e quella dichiarata e quindi i risultati vanno interpretati con discernimento caso per caso.

Per quanto riguarda alcuni tipi di test (ed interventi sanitari) diversi studi hanno evidenziato che i dati riferiti dai pazienti sono complessivamente accurati, ma che vengono tendenzialmente riferiti ad un periodo più recente di quello reale. Se l'indicatore studiato include il fattore tempo (ad es. esecuzione di un'indagine entro intervalli definiti), vi può essere perciò una sovrastima, che può condurre a valutazioni più ottimistiche del dovuto.

D'altro canto, può succedere che i diabetici siano stati sottoposti a test diagnostici senza esserne a conoscenza o senza essere in grado di riferirne con esattezza, con conseguente sottostima dell'indicatore. Va sottolineato che la non consapevolezza è comunque rilevante per valutare la qualità del servizio offerto, poiché la conoscenza – da parte dei pazienti – degli esami e delle visite cui sono sottoposti è fondamentale per il loro pieno ed attivo coinvolgimento nella gestione delle cure.

Malgrado questi limiti, questa indagine contribuisce ad aumentare la conoscenza dei vari aspetti dell'assistenza alle persone con diabete, per migliorare la qualità di vita ed evitare le complicazioni più frequenti. Lo studio mette a disposizione dei centri diabetologici, dei MMG, dei distretti, delle ASL e delle Regioni, informazioni utili per l'elaborazione di strategie più efficienti ed efficaci di gestione integrata della malattia, tenendo conto dell'evoluzione verso la "territorializzazione" dei servizi.

OBIETTIVI

A livello regionale (e nazionale) gli obiettivi specifici dello studio sono di:

descrivere:

- le caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti
- le caratteristiche cliniche della malattia, inclusa la frequenza delle complicanze
- l'aderenza delle pratiche cliniche e di laboratorio alle linee guida in uso in Italia
- i modelli più frequenti di assistenza ai diabetici e le attività e la frequenza di follow-up clinici
- le conoscenze ed i comportamenti dei diabetici riguardo gli stili di vita e le cure adottate
- la percezione della qualità dell'assistenza erogata dai servizi sanitari e le conoscenze dei diabetici riguardo ai propri diritti

stimare:

- la prevalenza degli eventuali fattori di rischio per le complicanze
- la prevalenza delle complicanze
- il tipo e la frequenza delle attività di follow-up clinico
- il tipo e la frequenza dei comportamenti e delle terapie adottate per curare il diabete

MATERIALI E METODI

Tipo di studio

Studio trasversale di prevalenza (condotto, oltre che nel Lazio, in tutte le altre Regioni italiane).

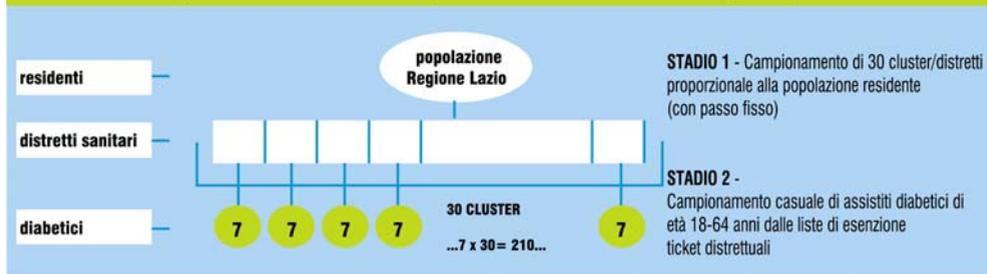
Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone con diabete in età compresa fra 18 e 64 anni (nati fra l'1/01/1939 e l'1/01/1986), rilevate dalle liste distrettuali di esenzione alla partecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

Strategie di campionamento

La strategia di campionamento adottata per il Lazio (come per le altre regioni maggiormente popolate) è il *cluster survey design*, sviluppato e utilizzato dall'OMS negli ultimi 3 decenni, che costituisce il metodo di scelta per la realizzazione di indagini trasversali efficienti e a basso costo. Sono stati selezionati 30 *cluster* (grappoli) equivalenti ai distretti con il metodo della probabilità proporzionale alla popolazione. In ogni distretto selezionato (comprendente in genere un solo *cluster*), il campione di persone da intervistare (7 per ogni *cluster*) è stato estratto in modo randomizzato dagli elenchi distrettuali dei diabetici con esenzione dal ticket; più precisamente, per ogni cluster sono stati estratti 7 titolari e 7 ulteriori nominativi per le eventuali sostituzioni. La dimensione del campione è stata aggiustata per tenere conto del cosiddetto "*design effect*". Con questo metodo di campionamento infatti le persone all'interno dello stesso *cluster* tendono ad essere più omogenee tra di loro - per le variabili studiate - rispetto a quelle scelte in modo casuale nella popolazione generale. Per ottenere una stima con lo stesso grado di approssimazione è quindi necessario incrementare la numerosità del campione; in base alle caratteristiche della popolazione e a precedenti esperienze, è stato deciso di adottare un fattore moltiplicativo pari a 2,2 per un totale di 210 soggetti (7 per ciascuno dei 30 cluster). [vedi Grafico 1]

Grafico 1 - Rappresentazione del campionamento 'cluster survey design'/OMS a 2 stadi



Interviste

Le interviste sono state realizzate attraverso la somministrazione diretta di un questionario concepito ad hoc (vedi Allegato). Questa è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori, dei coordinatori di distretto e dei referenti aziendali, articolata su due giornate, che ha avuto per oggetto le modalità per il contatto dei pazienti eleggibili per l'intervista, le modalità di rispetto della loro privacy, il metodo dell'intervista, la somministrazione del questionario con l'ausilio di raccomandazioni appositamente elaborate.

Le interviste alla popolazione in studio sono state realizzate (come per quasi tutte le Regioni) da assistenti sanitari, infermieri o altri operatori sanitari del Sistema sanitario regionale non operanti nelle strutture che offrono assistenza ai diabetici. Il questionario è stato somministrato direttamente a casa delle persone intervistate, previo contatto telefonico, preceduto da una lettera di informazione di cui una copia è stata inviata anche al medico curante. È stata data la possibilità, per chiunque lo desiderasse, di concedere l'intervista presso i locali appositamente messi a disposizione dal distretto dell'Azienda sanitaria locale.

Analisi e rappresentazione dei dati

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI-Info versione 3.3 del 2004. Tutte le analisi EPI-Info sono state condotte usando la funzione C-Sample, che tiene conto del disegno complesso adottato nello studio. Alcune elaborazioni aggiuntive sono state effettuate con Stata versione 8.0.

Per agevolare la comprensione di questo rapporto, i risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando le stime puntuali senza intervalli di confidenza, e rappresentati attraverso istogrammi a barre, torte e cartine geografiche di immediata percezione grafica.

Considerati i margini di incertezza di tali stime, il confronto delle diverse regioni tra loro (rappresentato tramite cartine geografiche) e con i dati nazionali è puramente indicativo, per cui le differenze trovate non necessariamente corrispondono a reali diversità. Laddove invece siano state riscontrate differenze significative sotto il profilo statistico e rilevanti ai fini epidemiologici, tale risultato è stato enfatizzato nel testo.

La struttura per età e la durata del diabete nelle persone intervistate hanno mostrato una certa variabilità tra le Regioni. Perciò per i ricoveri e le complicanze - che dipendono fortemente proprio dall'età e dalla durata di malattia - i dati regionali sono stati standardizzati tenendo conto sia della distribuzione campionaria nelle fasce d'età sia della durata del diabete.

Per valutare eventuali possibili distorsioni è stato analizzato il tasso di rimpiazzo - in particolare quello dovuto a rifiuto - delle persone campionate: entrambi sono risultati contenuti entro limiti accettabili.

Etica e privacy

Nel rispetto della normativa vigente, lo studio è stato notificato al Garante della Privacy. Le persone con diabete selezionate per l'intervista sono state informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate per spiegare gli obiettivi e i metodi dello studio, garantendo la riservatezza delle informazioni raccolte.

Alle persone selezionate che hanno accettato di essere intervistate, è stata fissata una data per l'intervista. Le interviste sono state fatte a domicilio dell'intervistato o, a sua preferenza, in un locale della ASL, in condizioni di massima riservatezza. Prima dell'intervista, l'intervistatore ha ulteriormente illustrato gli obiettivi dello studio, i possibili vantaggi e svantaggi per l'intervistato e le misure prese per garantirne la privacy.

In ogni momento l'intervistato ha avuto la possibilità di decidere di interrompere l'intervista. I dati nominativi erano contenuti nella prima pagina del questionario somministrato all'intervistato, che è stata separata dal questionario stesso al momento della sua trasmissione all'Agenzia di Sanità Pubblica e conservata per alcuni giorni, in un luogo sicuro, sotto la responsabilità del coordinatore distrettuale o del referente aziendale.

Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore regionale, le prime pagine con i dati nominativi sono state distrutte. Nessun dato nominativo è pertanto rintracciabile nel supporto informatico della base di dati.

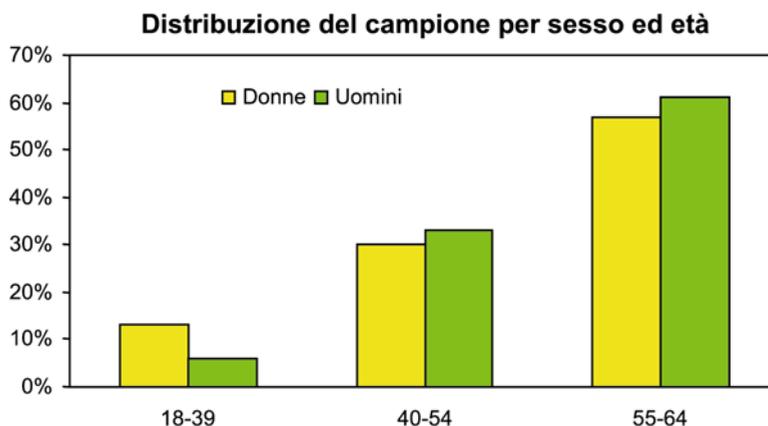
RISULTATI *

Descrizione del campione regionale

- Hanno aderito all'indagine il 100% delle 12 ASL regionali; i responsabili dell'indagine a livello locale, unitamente ai componenti del coordinamento regionale, hanno costituito un gruppo di ricerca di quasi 80 persone. Sono state raccolte e validate circa il 97% delle interviste previste (203 su 210). La partecipazione dei titolari è risultata pari al 66%, con una percentuale di sostituzioni del 34% (16% di rifiuti). *I valori nazionali sono rispettivamente 79%, 21%, 7%.*

Aspetti socio-demografici

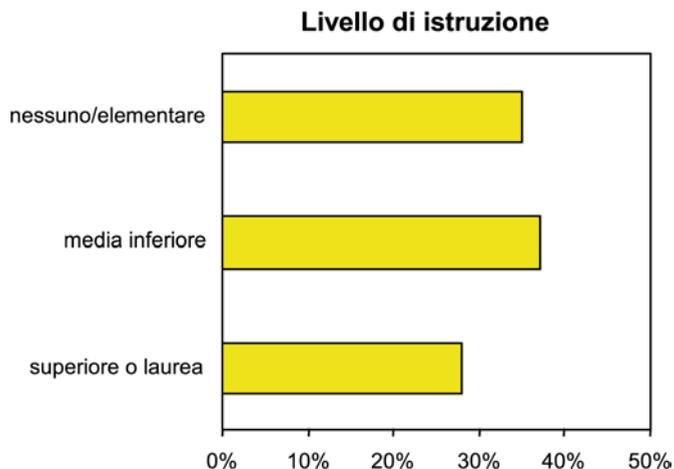
Quali sono le caratteristiche di sesso ed età degli intervistati ?



- Nel campione regionale il 56% delle persone intervistate è rappresentato da uomini, il 44% da donne. *Nel campione nazionale le percentuali sono simili (59% uomini e 41% donne).*
- Tra le persone intervistate nella Regione Lazio, il 9% appartiene alla fascia di età 18 – 39 anni, il 31% alla fascia 40 – 54 anni ed il 60% alla fascia di età compresa tra 55 – 64 anni.
- *A livello nazionale i valori corrispondenti sono l'8% tra 18 e 39 anni, 31% tra 40 e 54 anni e 61% tra 55 e 64 anni.*

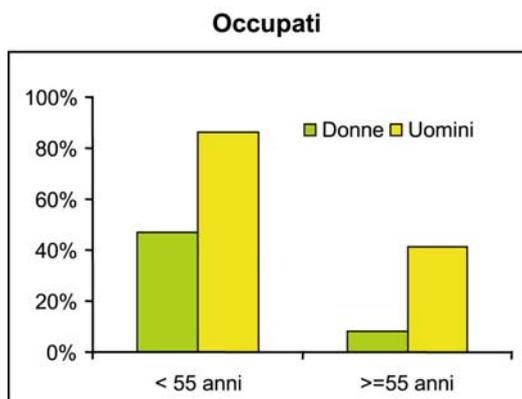
* Nell'esposizione dei risultati, l'utilizzo dell'aggettivo "significativo" e dell'avverbio "significativamente" verranno riservati esclusivamente ad eventuali differenze tra il campione regionale ed il campione nazionale che siano risultate effettivamente differenti sotto il profilo statistico.

Qual' è il livello di istruzione ?



- Il 35% del campione della Regione Lazio ha un livello di istruzione basso (nessuno/elementare), il 37% un livello medio inferiore, mentre il 28% ha un'istruzione superiore o la laurea.
- *In Italia i valori corrispondenti sono significativamente differenti per il livello basso (41%) e medio-inferiore (31%) e sovrapponibili per il livello alto (28%).*

Quante persone del campione hanno un'occupazione lavorativa ?



- Il 44% del campione del Lazio risulta occupato contro il 43% del campione nazionale.
- Tra le persone con meno di 55 anni, il 47% delle donne e l'86% degli uomini sono occupati, mentre tra le persone da 55 a 64 anni l'8% delle donne ed il 41% degli uomini dichiarano di essere occupati.
- A livello nazionale i dati corrispondenti sono: il 43% delle donne e l'81% degli uomini con meno di 55 anni, ed il 14% delle donne e il 38% degli uomini da 55 a 64 anni.

Conclusioni:

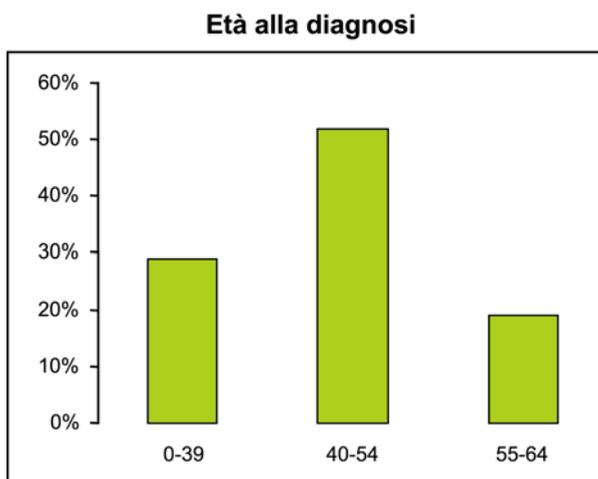
- Il campione - sia a livello regionale che nazionale - mostra una maggior percentuale di soggetti tra 55 e 64 anni rispetto ai più giovani. La distribuzione per età è quella attesa, considerando che in Italia l'età mediana dei diabetici è alta (circa il 60% ha ≥ 65 anni).
- Il sesso più rappresentato nel campione è quello maschile, con un rapporto maschi/femmine di 1,3. La distribuzione per sesso nello studio è pari a quella riportata dall'ISTAT a livello nazionale per le persone di età 25-64 anni che hanno dichiarato di soffrire di diabete, nel periodo 1999-2000.
- Un altro risultato rilevante è il basso livello di istruzione dei pazienti intervistati. Anche se le percentuali sono migliori rispetto alla media nazionale, più di 3 diabetici su 10 nel Lazio hanno un basso grado di istruzione e ciò rappresenta un fattore da tenere in considerazione per l'eventuale sviluppo di appropriati materiali e programmi di educazione sanitaria.
- I dati nazionali, e quelli regionali ad essi sovrapponibili, mostrano che nei diabetici la percentuale di occupati è inferiore rispetto alla media della popolazione nella stessa fascia di età (che è quella produttiva). Ci si può chiedere se questa associazione dipenda da una ridotta capacità lavorativa determinata dalla malattia ed in particolare dalle sue complicanze. Il miglioramento della qualità delle cure ed una migliore gestione della malattia potrebbero quindi avere anche risvolti economici permettendo di recuperare ad una vita attiva e produttiva un numero considerevole di persone con diabete.

Caratteristiche cliniche

Età di insorgenza e durata del diabete

L'età alla diagnosi e la durata del diabete sono strettamente correlate alle caratteristiche cliniche della malattia ed all'evenienza delle complicanze.

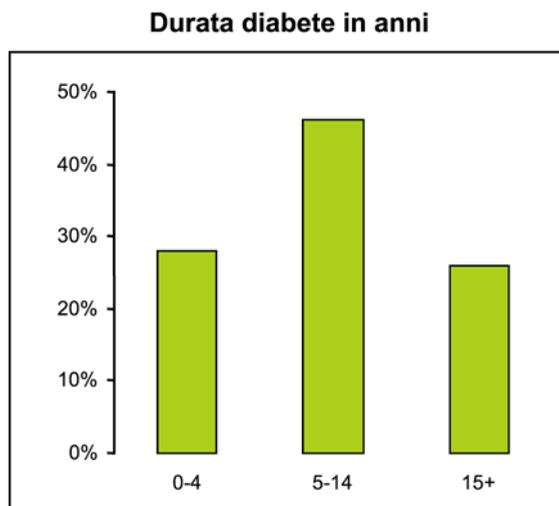
Qual'è l'età alla diagnosi ?



- Nel Lazio l'età media alla diagnosi è di 44 anni.
- La classe di età alla diagnosi maggiormente rappresentata in questo campione è quella intermedia che va da 40 a 54 anni (52%). Una diagnosi prima di 40 anni è stata posta nel 29% degli intervistati.
- *In Italia l'età media alla diagnosi è la stessa (44 anni), mentre una diagnosi prima dei 40 anni è stata posta nel 27% dei casi.*

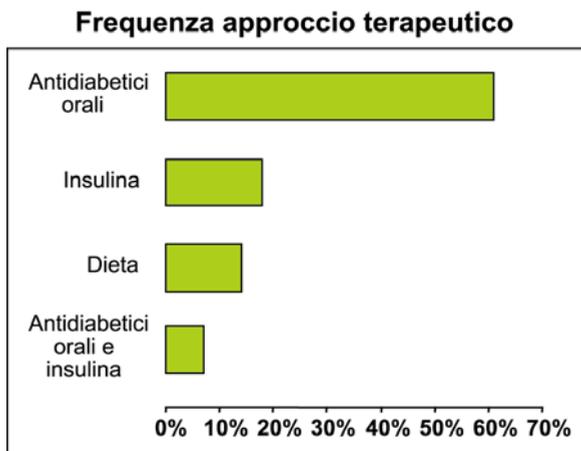
N.B. Occorre tuttavia tenere presente che i dati non rappresentano la distribuzione per età alla diagnosi dei diabetici in Italia, dal momento che lo studio è limitato a diabetici di età compresa tra 18 e 64 anni e che, a livello nazionale, il 60% dei diabetici ha più di 65 anni.

Durata del diabete



- Nel Lazio la durata media della malattia nella popolazione studiata è di 10,9 anni.
- Il 28% del campione ha il diabete da 0 a 4 anni, il 46% da 5 a 14 anni ed il 26% da 15 anni o più.
- *In Italia la durata media della malattia è risultata di 10,7 anni; il 27% degli intervistati ha la malattia da oltre 15 anni.*

Qual è il trattamento del diabete ?



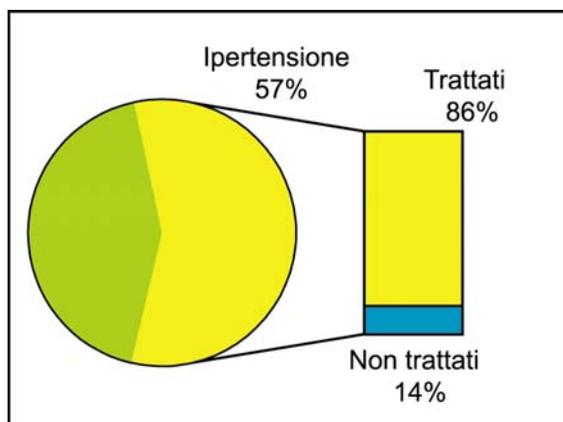
- Nel Lazio, la terapia con antidiabetici orali è risultato il trattamento più frequente (61%) Complessivamente il 25% dei pazienti pratica insulina da sola o in associazione con antidiabetici orali, mentre il 14% è in trattamento con sola dieta.
- *A livello nazionale il trattamento più frequente si conferma quello con antidiabetici orali (60%), mentre il 26% dei pazienti pratica insulina da sola o in associazione con farmaci orali.*

Fattori di rischio

Negli ultimi anni vanno accrescendosi le evidenze sul ruolo determinante che alcune condizioni patologiche (dislipidemia, ipertensione e sovrappeso) hanno nel decorso del diabete e delle sue complicazioni.

Quanto è frequente l'ipertensione e il suo trattamento ?

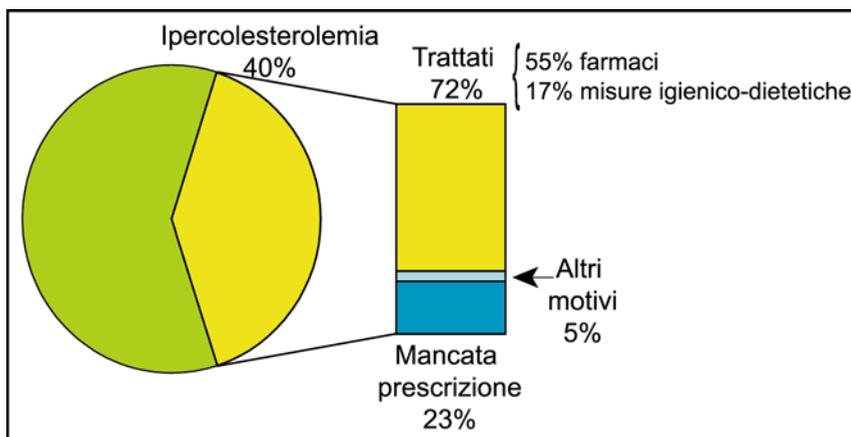
L'ipertensione nel paziente diabetico incrementa il rischio di complicanze cardiovascolari (tra cui ictus, cardiopatia ischemica, vasculopatia periferica), retinopatia e nefropatia. Molti studi clinici hanno dimostrato che trattando efficacemente l'ipertensione si riducono le complicanze nel diabete.



- Nel Lazio il 57% dei diabetici intervistati ha dichiarato di essere iperteso. *Tale percentuale è non significativamente superiore a quella nazionale (54%).*
- L'86% di coloro che si dichiarano ipertesi segue una terapia farmacologica, mentre il 14% - pur essendo consapevole di tale condizione - non è in terapia.
- *I corrispondenti valori nazionali sono sovrapponibili (86% e 14%).*

Quanto è frequente l'ipercolesterolemia e il suo trattamento?

I soggetti con ipercolesterolemia e diabete sono ad alto rischio di complicanze cardiovascolari, compreso l'ictus. Il trattamento di tale condizione nei diabetici riduce il rischio di patologie cardiovascolari fino al 55% nonché la mortalità di circa il 40%.

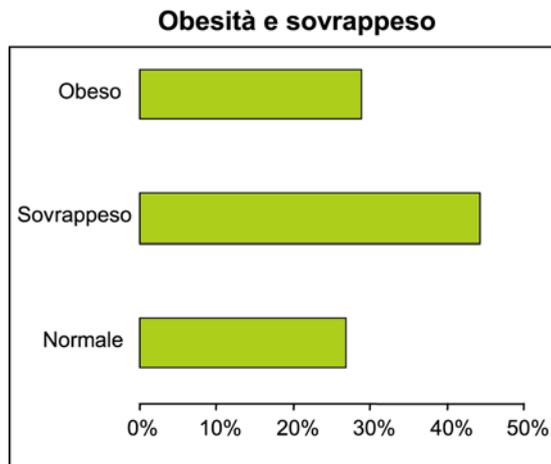


- Nel Lazio il 40% degli intervistati ha dichiarato di avere il colesterolo elevato (*in Italia il 44%*). Di questi il 72% è da considerarsi in trattamento, o perché riferisce di assumere farmaci ipolipemizzanti (55%) o perché riferisce una normalizzazione del livello di colesterolo senza ricorrere a farmaci (17%). *A livello nazionale la percentuale dei soggetti trattati è sovrapponibile (72%)*.
- Nel Lazio il 28% dei diabetici con colesterolo elevato riferisce di non effettuare terapia; il 23% perché non gli è stata prescritta, il rimanente 5% per altri motivi.

Quanto sono frequenti sovrappeso e obesità?

L'obesità costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza del diabete di tipo 2. Sebbene la riduzione di peso non sia da sola sempre sufficiente a normalizzare il controllo metabolico, può favorire il mantenimento di livelli di glicemia adeguati nonché il mantenimento di normali livelli della pressione arteriosa e del colesterolo ematico, fattori che, laddove alterati, risultano associati ad un incremento del rischio di complicanze.

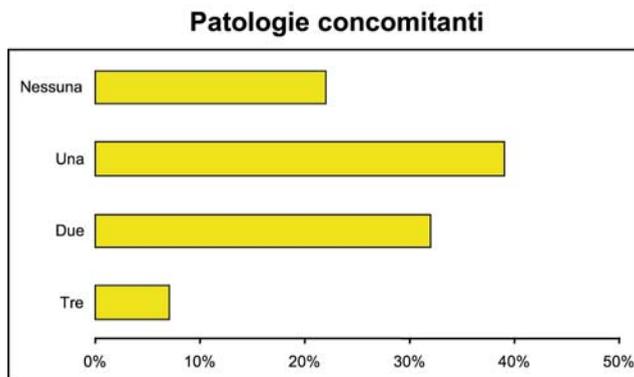
L'indice di massa corporea (IMC) è stato calcolato per ogni soggetto intervistato dividendo il peso in kg per l'altezza in metri al quadrato. Valori di IMC fino a 25 sono considerati normali, da 25 a 30 configurano un sovrappeso e, oltre 30, una obesità.



- Nel Lazio l'indice di massa corporea medio è 28,5 (*il valore nazionale è pari a 28*).
- Complessivamente il 27% del campione è normopeso, il 44% sovrappeso ed il 29% obeso.
- La percentuale complessiva di soggetti con eccesso di peso (73%) non è significativamente superiore al resto d'Italia (72%).
- Il 24% della sottopopolazione regionale con eccesso di peso riferisce di essere aumentato di almeno 5 kg rispetto al momento della diagnosi (*21% a livello nazionale*).

Quanti diabetici presentano un fattore di rischio (ipertensione, ipercolesterolemia, obesità) per l'incidenza di complicanze ?

Il rischio di complicanze aumenta considerevolmente in presenza di 2 o più patologie concomitanti quali ipertensione, ipercolesterolemia e obesità.



- Nel Lazio il 22% degli intervistati non presenta alcuno dei tre fattori di rischio elencati (ipertensione, ipercolesterolemia e obesità), il 39% ne ha uno, il 32% due, e il 7% tre.
- *In Italia tali valori sono rispettivamente 24% (nessun fattore di rischio), 34% (uno), 32% (due) e 10% (tre).*

Conclusioni:

- Per quanto riguarda le caratteristiche cliniche esaminate non si evidenziano differenze rilevanti tra i diabetici del Lazio e il resto d'Italia.
- La terapia dei soggetti ipertesi ed ipercolesterolemici, secondo le dichiarazioni degli intervistati, appare incompleta; inoltre circa un quarto della popolazione con eccesso di peso ha incrementato il proprio peso rispetto alla data della diagnosi. Per ridurre l'insorgenza di complicanze, è importante promuovere l'appropriatezza del trattamento e coinvolgere il paziente nel controllo dei fattori di rischio della propria malattia.

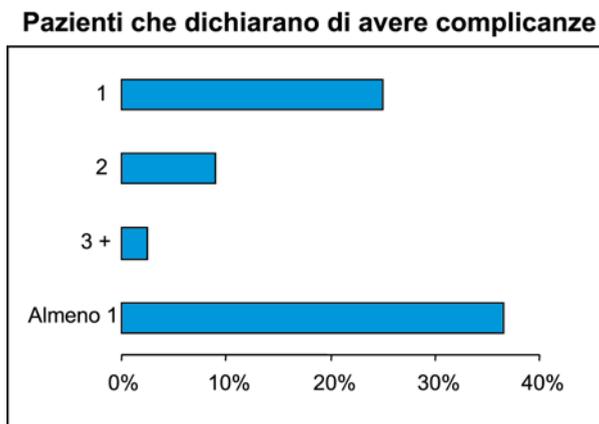
Complicanze

Il diabete mellito è una malattia cronica ad alto rischio di complicanze, che incidono sull'aspettativa e sulla qualità della vita di chi ne è affetto, determinando frequentemente condizioni di disabilità.

Le complicanze possono essere prevenute con un accurato controllo della glicemia ed un assiduo monitoraggio volto a identificare segni e sintomi iniziali (ad esempio esame periodico degli occhi, autocontrollo e controllo medico dei piedi), nonché attraverso la riduzione degli altri fattori di rischio (ipertensione, ipercolesterolemia, inattività fisica, obesità).

Nello Studio QuADRI, ai pazienti è stato chiesto se un medico abbia mai diagnosticato loro una delle seguenti complicanze: infarto, angina o malattia delle coronarie; ictus o trombosi cerebrale; complicanze renali o oculari causate dal diabete. È stato anche chiesto loro se abbiano mai subito l'amputazione di un dito, un piede o una gamba a causa del diabete.

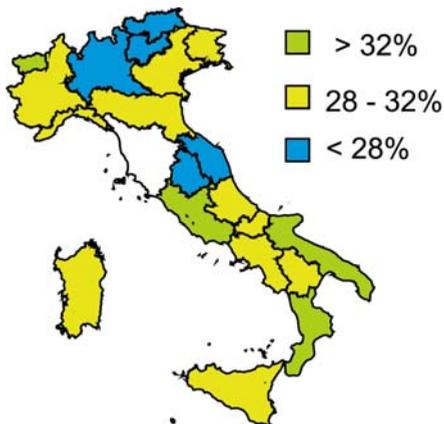
Quanti pazienti dichiarano di avere una complicanza ?



- La percentuale di soggetti con almeno una complicanza nel Lazio è pari al 37%, *significativamente superiore al resto d'Italia (30%)*
- Più precisamente il 25% del campione esaminato presenta una delle 5 complicanze considerate, il 9% ne riferisce 2 e il 3% è affetto da 3 o più complicanze.
- La prevalenza delle complicanze aumenta con l'aumentare dell'età e con la durata del diabete: nei soggetti di età compresa tra 55 e 64 anni affetti da diabete da più di 15 anni, la prevalenza delle complicanze raggiunge nel Lazio il 48% (*a livello nazionale il 45%*).

Come questi numeri si confrontano con i valori nazionali ?

I tassi di complicanze sono influenzati dall'età delle persone e dalla durata del diabete. Tali fattori hanno diversa frequenza nelle diverse Regioni. Per questa ragione i tassi sono stati aggiustati in base alla distribuzione dei casi per età e durata del diabete in ciascuna Regione. La variabilità tra Regioni anche dopo tale aggiustamento rimane sensibile (range 20% - 37%). Nella mappa le Regioni sono state divise in tre gruppi: quelle con la media più alta, simile o più bassa della media nazionale.



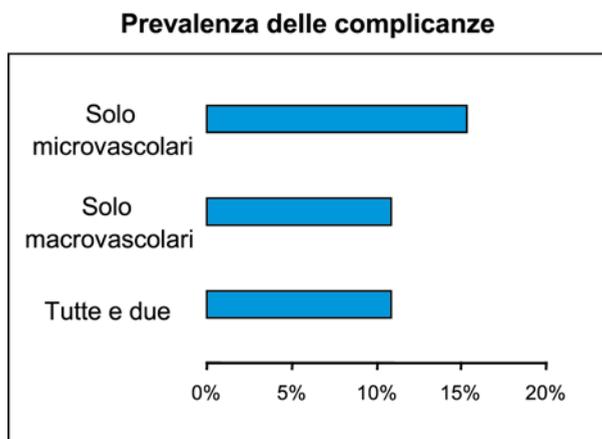
- Il Lazio fa parte del gruppo di Regioni che hanno un livello di complicanze superiore alla media nazionale, tenuto conto delle differenze nelle caratteristiche anagrafiche e cliniche dei pazienti.

Che tipo di complicanze presentano i diabetici ?

Le complicanze sono divise generalmente in due categorie: microvascolari e macrovascolari.

Le complicanze microvascolari, come quelle oculari e renali nonché la neuropatia, si verificano soprattutto nelle persone che hanno livelli glicemici abitualmente elevati.

Le complicanze macrovascolari, che includono infarto miocardico e ictus cerebrale, dipendono da più fattori e sono frequenti anche nelle persone che hanno livelli di glicemia poco più alti rispetto alla norma.



- Nel Lazio, le complicanze più frequenti sono quelle microvascolari pari al 26% (isolate nel 15%, in combinazione con le complicanze macrovascolari nell'11%).
- Il 22% dei soggetti intervistati riferiscono complicanze macrovascolari (isolate nell'11% dei casi).
- *I corrispondenti valori nazionali sono: solo macrovascolari 10%, solo microvascolari 14%, entrambe 6% (differenze non statisticamente significative rispetto al Lazio).*

Quali sono le complicanze più frequenti ?

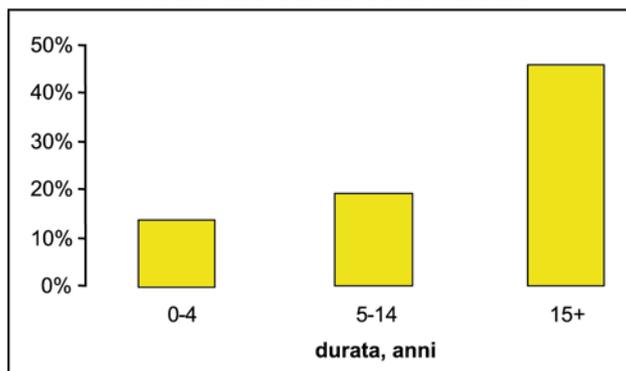
La complicanza più frequente nel gruppo di età studiato (18-64 anni) è la retinopatia diabetica, seguita dalla cardiopatia ischemica.

Complicanze oculari

Nei paesi industrializzati, compresa l'Italia, il diabete costituisce la principale causa di cecità nella fascia d'età lavorativa, che coincide praticamente con le classi di età da noi studiate (18-64 anni): si possono perciò intuire le rilevanti conseguenze economiche delle complicanze oculari.

La patologia più importante è la retinopatia (malattia dei piccoli vasi sanguigni della retina) ma il diabete favorisce anche l'insorgenza della cataratta. La retinopatia è prevenibile con un efficace controllo dei livelli glicemici e della pressione arteriosa. L'individuazione precoce e il trattamento della retinopatia diabetica già in stadio iniziale permette di arrestarne l'aggravamento.

**Frequenza di complicanze oculari
in base alla durata della malattia**

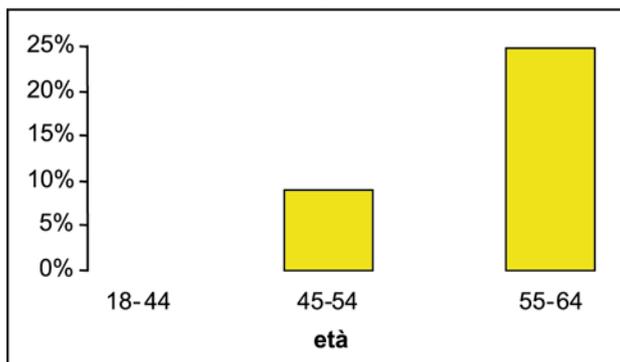


- Nel Lazio la percentuale di soggetti che dichiara di avere complicanze oculari associate al diabete è del 24% (*superiore al valore nazionale, pari al 19%, ma non in misura statisticamente significativa*).
- Benché si osservi un aumento con l'età, la durata della malattia gioca un ruolo più importante: la prevalenza cresce dal 14% nei pazienti con una durata del diabete inferiore a 5 anni fino al 42% nei pazienti affetti da diabete da più di 15 anni.

Cardiopatia ischemica

Le complicanze cardiovascolari nel diabete sono complessivamente molto più frequenti rispetto alla popolazione generale e rappresentano la causa più importante di morbidità e mortalità nei diabetici. Costituiscono anche la causa più frequente di ricovero in ospedale e quindi di consumo di risorse.

Frequenza delle complicanze cardiovascolari per età del paziente



- Nel Lazio la cardiopatia ischemica (infarto miocardico / angina pectoris) interessa il 17% del campione esaminato (*valore superiore a quello nazionale, pari al 13%, ma statisticamente sovrapponibile*).
- Questa complicanza è meno dipendente dalla durata della malattia e più dall'età.
- La prevalenza aumenta progressivamente, dal 9% nei soggetti di età compresa tra 45 e 54 anni al 25% nei soggetti di età compresa tra 55 e 64 anni (in quest'ultima fascia il valore regionale è statisticamente maggiore di quello *nazionale, pari al 16,4%*).

Altre complicanze

Le altre complicanze (ictus, nefropatia, amputazione) sono meno frequenti in questa popolazione, che è relativamente giovane: il 4% ha dichiarato di aver avuto un ictus, al 6% è stato diagnosticato un problema renale dovuto al diabete, l'1,5% ha subito un'amputazione.

Bisogna tener presente che il diabete è attualmente in Europa la prima causa di insufficienza renale con necessità di dialisi o di trapianto (e la terza in Italia) e il 10% di coloro che si sottopongono a dialisi è affetto da diabete. Anche l'ictus è una complicanza più comune tra i pazienti con diabete rispetto alla popolazione generale. Per quanto riguarda le complicanze agli arti inferiori, si stima che il 50% dei soggetti che ricevono un'amputazione sia affetto da diabete e che il 15% dei diabetici sviluppi nel corso della vita un'ulcera agli arti inferiori.

Conclusioni:

- Il diabete mellito è uno dei maggiori problemi di sanità pubblica nei paesi sviluppati come l'Italia, con un grande impatto sull'aspettativa e sulla qualità della vita di chi ne è affetto. L'aumento del numero dei casi previsto nel prossimo futuro avrà importanti conseguenze sulla salute della popolazione e sulla spesa sanitaria.
- Esistono oggi chiare evidenze provenienti da studi clinici controllati che dimostrano che il mantenimento di livelli ottimali di glicemia, della pressione arteriosa e dei lipidi, può ritardare o prevenire l'insorgenza delle devastanti complicanze del diabete come insufficienza renale, cecità, malattie cardiovascolari, amputazione degli arti inferiori, abbattendo notevolmente i costi della patologia.
- Nel Lazio la prevalenza di complicanze nelle persone con diabete (in particolare oculari e cardiovascolari) sembra essere superiore al resto d'Italia, ed è elevata in termini assoluti considerata l'età relativamente giovane della popolazione intervistata.

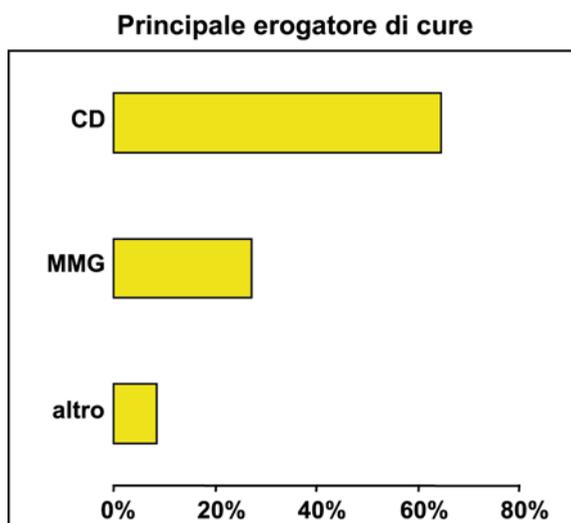
È quindi consigliabile:

- Implementare, con la partecipazione dei pazienti, la lotta contro i più importanti fattori di rischio come l'obesità e il sovrappeso, l'ipertensione, gli elevati livelli di colesterolo, il fumo, che possono favorire la comparsa di complicanze nelle persone con diabete.
- Promuovere la gestione integrata della malattia diabetica rispettando, per periodicità e tipologia, i controlli previsti dalle linee guida in uso per la prevenzione delle complicazioni.

Aspetti assistenziali

Quale è la principale struttura o figura assistenziale che ha seguito più da vicino i soggetti diabetici nell'ultimo anno della loro malattia ?

La percentuale di soggetti seguiti dalle diverse strutture assistenziali dipende dai differenti contesti organizzativi dell'assistenza sul territorio nelle varie regioni.



- Nel Lazio la percentuale di intervistati che ha dichiarato di essere stato seguito nell'ultimo anno principalmente da un Centro Diabetologico è risultata del 64,5% (*similmente alla media nazionale del 64%*) mentre minore è la quota di soggetti che si sono rivolti al proprio Medico di Medicina Generale (*27% contro il 29% nazionale*).

Quanti pazienti diabetici sono stati visti dal proprio MMG, negli ultimi 12 mesi, per qualsiasi motivo ?

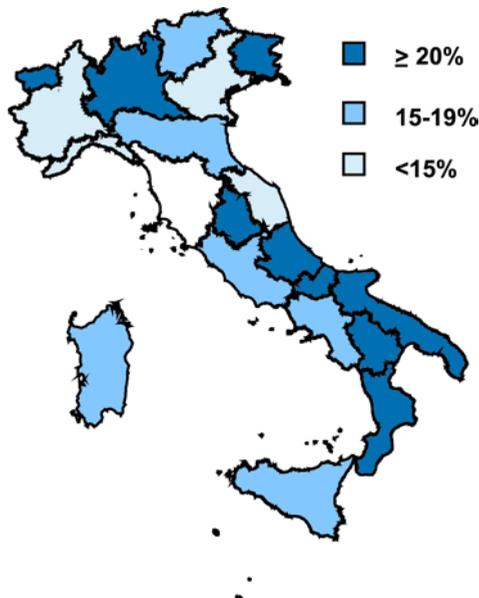
- Nel Lazio il 10% dei pazienti riferisce di non essere mai stato visitato dal proprio medico di medicina generale nell'ultimo anno.

Quanti pazienti diabetici sono stati visitati almeno una volta, nella loro vita, presso un Centro diabetologico ?

- Un complessivo 13% degli intervistati non ricorda di essere mai stato visitato, nella sua vita, presso un CD.

Quanti pazienti hanno subito ricoveri nell'ultimo anno ?

Alcuni fattori influenzano la probabilità di ospedalizzazione dei diabetici, tra cui il basso livello d'istruzione, la condizione non lavorativa, la durata del diabete o la presenza di complicanze, ma l'ospedalizzazione può essere anche un indicatore della qualità delle attività di prevenzione e di assistenza sul territorio.

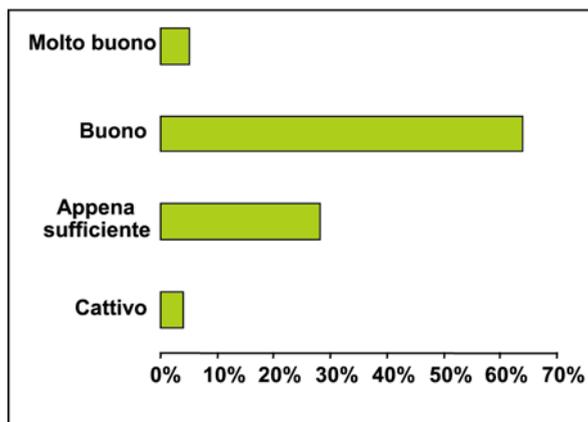


- Nel Lazio il 18% degli intervistati è stato ricoverato (escluso il Day hospital) nell'ultimo anno.
- *Tale valore non è sostanzialmente differente da quello nazionale (20%), e rimane invariato anche aggiustando per l'età e la durata del diabete.*

Qual'è la percezione dello stato di salute da parte dei pazienti ?

La percezione globale del proprio stato di salute viene considerato un buon predittore di mortalità e morbosità.

Giudizio sullo stato di salute



- Nel Lazio il 64% degli intervistati giudica il suo stato di salute buono ed il 4% molto buono; il 28% del campione esprime un giudizio non buono ed il 4% decisamente cattivo.
- *In Italia rispettivamente il 62% ed il 5% esprimono un giudizio buono o molto buono, mentre il 33% complessivamente giudica in maniera non positiva la propria condizione.*

Conclusioni:

- La principale figura assistenziale per i problemi del diabetico nel Lazio, così come a livello nazionale, è il Centro diabetologico – anche se un complessivo 13% degli intervistati non ricorda di esservi mai stato visitato nella sua vita. La prevalenza dei soggetti seguiti più da vicino dal Medico di Medicina Generale è inferiore rispetto al resto del Paese.
- La prevalenza di diabetici nel Lazio che giudicano non positivamente il proprio stato di salute è pari quasi ad un terzo, senza differenze sostanziali rispetto al valore nazionale.

Aderenza alle Linee Guida

Adeguati controlli e cure riducono nelle persone con diabete il rischio di insorgenza e di aggravamento delle complicanze, migliorando la qualità di vita. Sulla base dei controlli è possibile attuare tempestivamente terapie o altri interventi mirati che prevengono l'insorgenza delle complicanze, o almeno ne rallentano l'aggravamento.

A causa degli elevati costi, umani e finanziari, associati con le complicanze e dell'importanza della gestione integrata della malattia da parte dei professionisti coinvolti nel suo trattamento, in molti paesi l'assistenza ai diabetici è divenuto uno dei principali indicatori per valutare la qualità complessiva del sistema sanitario.

Gli interventi preventivi più efficaci sono elencati in diverse linee guida (LLGG) sotto forma di raccomandazioni di comportamento clinico. Per lo studio QuADRI sono state utilizzate come riferimento le ultime LLGG elaborate congiuntamente dalle associazioni italiane dei diabetologi e dei MMG (AMD-SID-SIMG, 2001) integrate con altre raccomandazioni autorevoli basate su evidenze scientifiche (vedi Tabella 1 a pag. 49)

In questo studio, è stata valutata l'aderenza alle principali indicazioni delle LLGG nazionali. Per l'analisi, le raccomandazioni delle LLGG sono state considerate applicate in modo soddisfacente se svolte entro il periodo di tempo specificato.

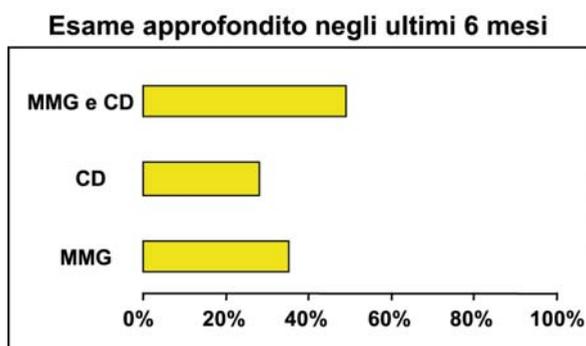
I risultati sono stati suddivisi nelle seguenti categorie: visite mediche; esami e indagini da eseguire a cadenza almeno annuale (esame del fondo oculare, esame accurato dei piedi, misurazione della colesterolemia e dell'albumina urinaria); quelli a cadenza quadrimestrale (emoglobina glicata, glicemia, controllo della pressione arteriosa); altri controlli e interventi preventivi (autocontrollo glicemico nei soggetti in trattamento insulinico, vaccinazione anti-influenzale, assunzione di acido acetilsalicilico nei soggetti a rischio cardiovascolare).

Visite mediche

Quanti diabetici sono stati sottoposti ad una visita medica approfondita dal MMG e dal CD, o almeno presso una delle due strutture assistenziali, e quando ?

Una visita medica approfondita, orientata alla patologia diabetica (con particolare riguardo all'apparato cardiovascolare ed agli arti inferiori) è indicata, anche in assenza di sintomi, almeno ogni 6 mesi.

Secondo i principi della gestione integrata della malattia, è importante che ai pazienti siano comunque garantiti adeguati controlli, indipendentemente da chi li compie.



- Nel Lazio è stato visitato almeno una volta in maniera approfondita dal MMG negli ultimi 6 mesi il 35% dei diabetici. Il 7% riferisce di essere stato visitato l'ultima volta in maniera approfondita dal MMG tra 6 e 11 mesi fa, ed il 58% oltre 12 mesi fa.
- Il 28% dei diabetici sono stati visitati almeno una volta in maniera approfondita dal CD negli ultimi 6 mesi. Il 16% riferisce di essere stato visitato l'ultima volta in maniera approfondita dal CD tra 6 e 11 mesi fa, ed il 56% oltre 12 mesi fa.
- Nel Lazio la percentuale complessiva di soggetti visitati almeno una volta in maniera approfondita dal MMG o dal CD negli ultimi 6 mesi è pari al 50%. Il 16% dei diabetici riferisce di essere stato visitato l'ultima volta in maniera approfondita tra 6 e 11 mesi fa, ed il 34% oltre 12 mesi fa.
- *Per confronto in Italia negli ultimi 6 mesi hanno ricevuto almeno una visita approfondita dal MMG il 31% dei diabetici, dal CD il 31%, dal MMG o dal CD complessivamente il 49%.*

Sia il valore nazionale sia quello del Lazio sono ampiamente al di sotto dello standard suggerito, consistente in una visita approfondita ogni 6 mesi per tutti i pazienti.

Controlli annuali

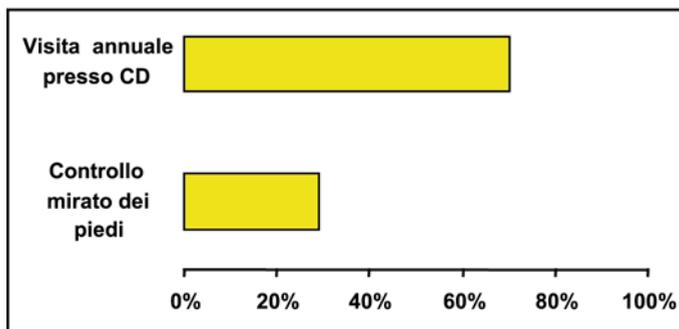
Nell'ultimo anno quanti diabetici sono stati visitati presso un servizio di diabetologia (CD) e quanti sono stati sottoposti (dal proprio MMG o dal CD) ad un controllo accurato dei piedi ?

Una rivalutazione specialistica annuale della situazione del paziente presso un CD è indicata secondo le linee guida AMD-SID-SIMG sia nel diabete di tipo 1 sia di tipo 2, anche se le condizioni cliniche sono stabili.

Le conseguenze di lesioni dei piedi inizialmente poco appariscenti ed asintomatiche nel diabetico possono essere di estrema gravità (infezioni, gangrena, amputazioni).

Un esame particolarmente attento è giudicato indispensabile per riconoscere tempestivamente le alterazioni clinicamente significative (in particolare a carico della sensibilità e della circolazione), spesso misconosciute. Perciò molte LLGG internazionali raccomandano di eseguire tale controllo almeno una volta all'anno.

Visita presso CD - Controllo dei piedi

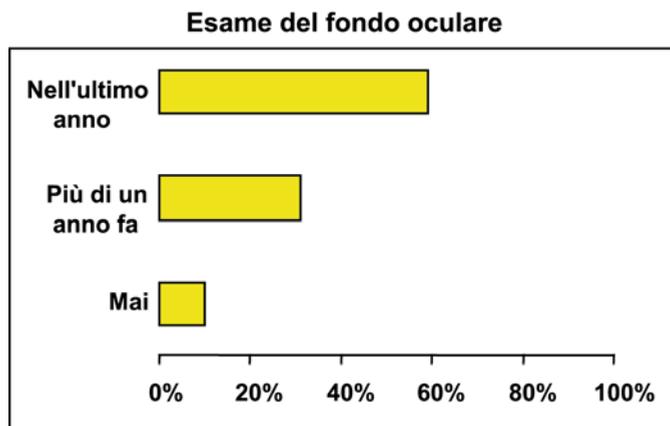


- Nel Lazio la percentuale di diabetici visitati almeno una volta negli ultimi 12 mesi presso un Centro Diabetologico -pari al 70%- non è inferiore al resto d'Italia (72%).
- Nel Lazio la percentuale di diabetici sottoposti ad un controllo mirato dei piedi negli ultimi 12 mesi è pari al 29%, significativamente inferiore al valore nazionale (37%).

Quanti diabetici hanno effettuato un esame del fondo dell'occhio e quando ?

La retinopatia diabetica è una delle più frequenti complicanze del diabete. Dipende da un danno ai piccoli vasi sanguigni che irrorano la retina ed è una delle principali cause di cecità.

Un buon controllo metabolico può prevenire l'insorgenza di questa complicanza. Controlli oculistici regolari permettono di riconoscere i primi segni del danno retinico e di intervenire eventualmente con la laser-terapia, rallentandone l'aggravamento. Perciò le LLGG raccomandano di eseguire ogni anno un esame del fondo oculare in tutti i pazienti.



- Nel Lazio i diabetici che hanno fatto un controllo del fondo oculare negli ultimi 12 mesi sono il 59%, mentre il 31% lo ha fatto più di un anno fa. Il 10% riferisce di non aver mai eseguito l'esame del fondo degli occhi.
- *I corrispondenti valori nazionali sono molto simili: 59%, 29% e 12%.*

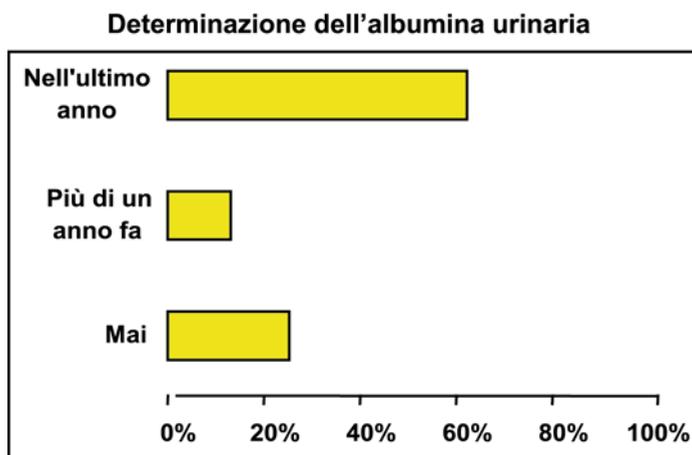
Sia il valore del Lazio sia quello nazionale sono ampiamente al di sotto dello standard suggerito, che prevede un esame del fondo dell'occhio ogni anno al 100% dei pazienti.

Quanti diabetici hanno effettuato una determinazione dell'albumina urinaria e quando?

La ricerca dell'albumina urinaria consente di rilevare la presenza di un danno renale attribuibile al diabete, la cui progressione può essere rallentata da adeguate terapie.

Nell'esame delle urine di routine viene effettuata anche la ricerca dell'albumina, ma è disponibile anche una metodica più sensibile (microalbuminuria), che le LLGG suggeriscono di eseguire almeno una volta all'anno.

L'intervista tramite questionario, necessariamente semplificata, non consente di distinguere tra i due tipi di esame, per cui le risposte vanno interpretate come determinazione dell'albuminuria con qualunque metodica.



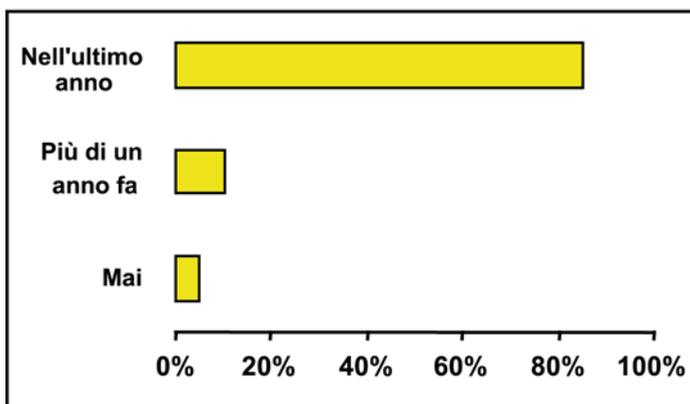
- Il 62% dei diabetici nel Lazio ha eseguito una misurazione dell'albumina urinaria negli ultimi 12 mesi, mentre il 13% più di un anno fa. Il 25% riferisce che non ha mai fatto questo controllo o non ricorda. *I valori nazionali sono 68%, 11% e 21%.*

Sia i risultati nazionali sia quelli del Lazio sono al di sotto dello standard suggerito (microalbuminuria annuale in tutti i pazienti).

Quanti diabetici hanno effettuato una determinazione della colesterolemia e quando ?

Le malattie cardiovascolari rappresentano la causa più importante di morbosità e mortalità nelle persone con diabete. Il riconoscimento ed il monitoraggio dei più importanti fattori di rischio, tra cui gli elevati livelli di colesterolo, sono indispensabili per poter attuare idonei trattamenti. Il controllo dell'assetto lipidico è consigliato nei diabetici con frequenza annuale.

Misurazione della colesterolemia

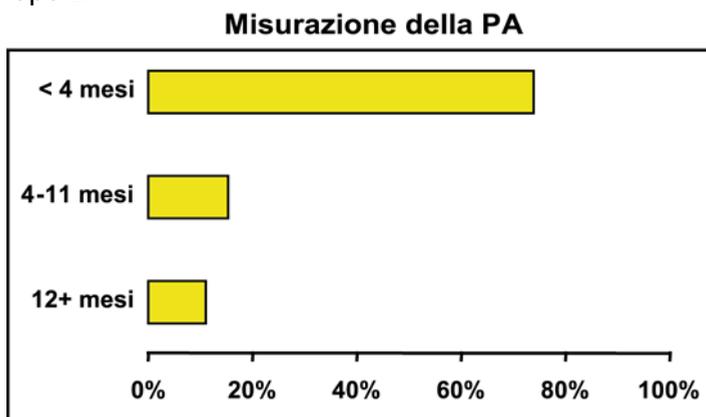


- L'85% dei diabetici nel Lazio ha eseguito una misurazione della colesterolemia negli ultimi 12 mesi; il valore è pari a quello nazionale (83%).
- Il 10% ha fatto questo controllo più di 1 anno fa (*in Italia l'11%*), ed il 5% riferisce che non lo ha mai fatto o non ricorda (*valore nazionale 6%*).

Controlli quadrimestrali

Quanti diabetici hanno ricevuto una misurazione della pressione arteriosa (PA) e quando ?

L'ipertensione arteriosa aumenta il rischio di insorgenza delle complicanze sia micro sia macrovascolari. Per questo motivo la diagnosi e la terapia dell'ipertensione sono indispensabili per una buona gestione della malattia. Le linee guida raccomandano di misurare la PA ogni 4 mesi, soprattutto nei diabetici di tipo 2.



- Il 74% dei diabetici nel Lazio ha eseguito un controllo della PA negli ultimi 4 mesi, il 15% più di 4 ma meno di 12 mesi fa. L'11% riferisce di aver fatto questo controllo più di un anno fa o non ricorda.
- *I valori nazionali sono sovrapponibili (75%, 16%, 9%).*

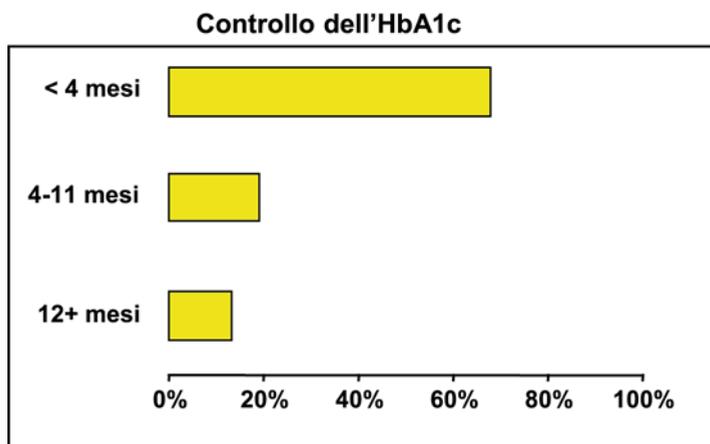
Sia i valori regionali sia nazionali sono al di sotto dello standard (misurazione della PA ogni 4 mesi in tutti i diabetici).

Quanti diabetici hanno effettuato una determinazione dell'HbA1c e quando ?

Il valore dell'emoglobina glicosilata (HbA1c) è strettamente correlato con il livello medio di glicemia negli ultimi 3-4 mesi ed è il miglior indice disponibile per seguire nel tempo il controllo metabolico del diabete. L'insorgenza di complicanze croniche è tanto più frequente quanto maggiore è l'incremento dell'HbA1c sopra la soglia di normalità.

Le linee guida raccomandano di eseguire il controllo dell' HbA1c ogni 3-4 mesi.

Poiché il 33% dei diabetici in Italia (ed il 31% nel Lazio) riferisce di non aver mai sentito parlare di questa indagine, le percentuali sono state calcolate sulla sottopopolazione di pazienti che dichiarano di conoscere l'esame.



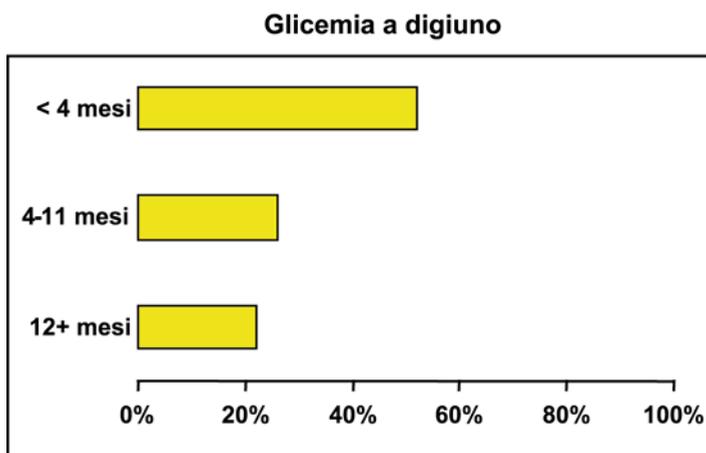
- Il 68% dei diabetici nel Lazio ha eseguito un controllo dell'emoglobina glicosilata negli ultimi 4 mesi, il 19% più di 4 ma meno di 12 mesi fa. Il 13% riferisce di aver fatto l'ultima volta questo controllo più di un anno fa o non ricorda.
- *A livello nazionale l'emoglobina glicosilata è stata eseguita negli ultimi 4 mesi nel 66 % dei diabetici.*
- Va sottolineato il fatto che in circa un terzo dei diabetici (quelli che non conoscono l'emoglobina glicosilata) non abbiamo elementi per valutare se hanno eseguito o no l'esame. Nell'ipotesi che non l'abbiano eseguito, la percentuale dei diabetici che hanno fatto l'esame negli ultimi 4 mesi sarebbe ancora più bassa di quelle sopra riportate (47% nel Lazio e 44% a livello nazionale).

Lo standard ideale di questo importante esame è il 100%. Sia il risultato nazionale sia quello del Lazio sono ampiamente al di sotto di tale valore.

Quanti diabetici hanno effettuato una misurazione della glicemia a digiuno e quando ?

Anche se l'emoglobina glicosilata è ormai considerata lo strumento più idoneo per monitorare il controllo metabolico, la misurazione della glicemia a digiuno è ritenuta ancora un mezzo utile per valutare l'andamento metabolico e per prendere decisioni riguardo al trattamento.

La frequenza ottimale dei controlli glicemici dipende dal tipo di diabete e dalle condizioni cliniche. Almeno un esame ogni 3-4 mesi della glicemia a digiuno e post-prandiale è suggerito dalle linee guida.

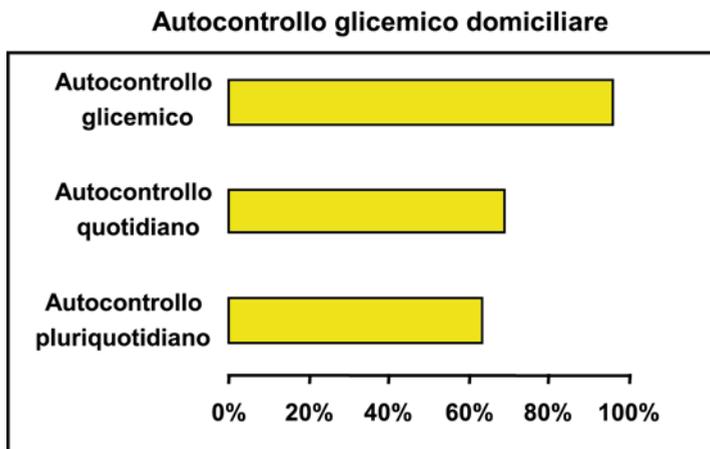


- Il 52% dei diabetici nel Lazio ha eseguito un controllo della glicemia a digiuno negli ultimi 4 mesi, il 26% più di 4 ma meno di 12 mesi fa. Il 22% riferisce di aver fatto questo controllo più di un anno fa o non ricorda.
- *A livello nazionale il 54% riferisce di aver fatto un controllo della glicemia a digiuno negli ultimi 4 mesi.*

Altri controlli ed interventi preventivi previsti dalle Linee Guida

Quanti diabetici in trattamento insulinico fanno l'autocontrollo glicemico e quanti lo fanno almeno una volta al giorno ?

Nel diabete in trattamento insulinico, l'autocontrollo glicemico domiciliare è considerato un supporto necessario per valutare la risposta individuale alla terapia ed il raggiungimento degli obiettivi di controllo metabolico stabiliti. Le linee guida americane (A.D.A. 2004) raccomandano l'autocontrollo almeno quotidiano nei soggetti in trattamento insulinico: su tale sottopopolazione sono state calcolate le percentuali.



- Nel Lazio l'autocontrollo glicemico domiciliare viene praticato complessivamente dal 96% dei diabetici in trattamento insulinico, dal 69% almeno una volta al giorno e dal 63% più volte al giorno.
- *A livello nazionale il 62% dei diabetici in trattamento insulinico pratica l'autocontrollo glicemico domiciliare almeno una volta al giorno.* Data la ridotta numerosità della popolazione considerata, non si può affermare che vi sia una differenza reale tra valore nazionale e regionale.

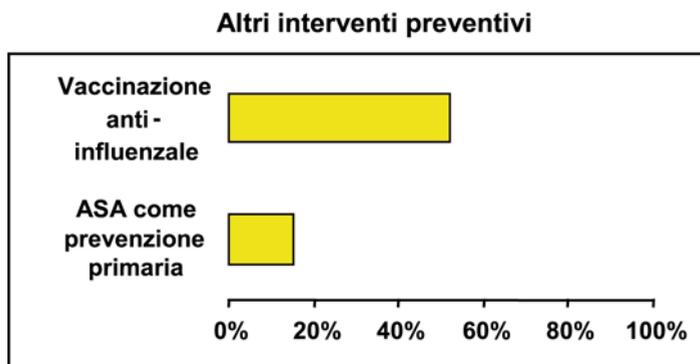
Quanti diabetici hanno effettuato la vaccinazione anti-influenzale negli ultimi 12 mesi ?

Quanti soggetti a rischio assumono regolarmente l'acido acetilsalicilico (ASA) per la prevenzione primaria delle complicanze macrovascolari ?

Studi osservazionali su persone con malattie croniche, tra cui il diabete, evidenziano in questi soggetti un aumento dei ricoveri ospedalieri e delle complicanze dell'influenza, che la vaccinazione può ridurre sensibilmente.

Nelle persone con diabete l'ASA è efficace nella prevenzione di eventi cardiovascolari come l'infarto del miocardio e l'ictus.

Le linee guida americane (A.D.A. 2004) raccomandano la somministrazione regolare di ASA in tutti i pazienti con più di 40 anni o con almeno un fattore di rischio cardiovascolare. La percentuale presentata è calcolata su tale sottopopolazione, escludendo i soggetti che hanno già una complicanza macrovascolare (nei quali si tratta di prevenzione secondaria).



- Nel Lazio il 52% dei diabetici ha ricevuto la vaccinazione anti-influenzale negli ultimi 12 mesi (*valore significativamente più alto rispetto a quello nazionale, pari al 42%*).
- Il 15% dei soggetti a rischio assume l'ASA per la prevenzione primaria (16% a livello nazionale).

Indice di aderenza alle Linee Guida

Quanti pazienti realizzano i controlli regolarmente per tipo e frequenza?

Per valutare globalmente l'aderenza dei pazienti alle LLGG, è stato adottato un indicatore costruito in base alla realizzazione di otto fra i più importanti esami ed interventi preventivi necessari per ottenere il migliore controllo del diabete ed un'efficace prevenzione delle complicanze.

I provvedimenti presi in considerazione sono i seguenti (vedi Tabella 1):

Tabella 1 - Le raccomandazioni previste dalle Linee Guida elaborate dalle associazioni italiane dei diabetologi e dei MMG (AMD - SID - SIMG, 2001)

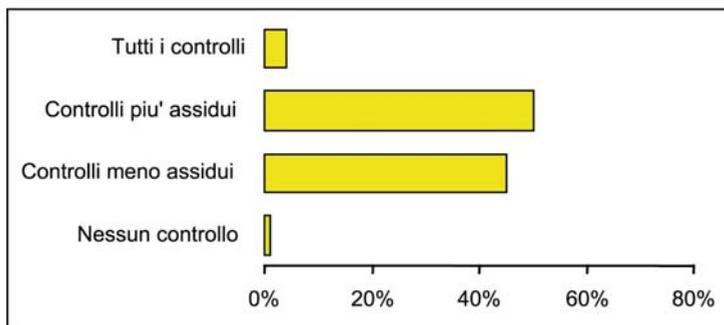
Le Linee Guida prevedono:

1. Una visita medica approfondita almeno ogni 6 mesi
2. Un esame accurato dei piedi almeno una volta l'anno
3. Un esame del fondo oculare almeno una volta l'anno
4. Il dosaggio dell'albuminuria almeno una volta l'anno
5. Il dosaggio della colesterolemia almeno una volta l'anno
6. Il dosaggio dell'emoglobina glicata almeno ogni 4 mesi
7. La misurazione della pressione arteriosa almeno ogni 4 mesi
8. La vaccinazione anti-influenzale una volta l'anno

Il punteggio è stato calcolato nella seguente maniera:

- 0 punti → nessun controllo
- 1 – 4 punti → controlli meno assidui
- 5 – 7 punti → controlli più assidui
- 8 punti → tutti i controlli

Indice di aderenza alle linee guida



- Nel Lazio solo il 4% dei pazienti (*il 5% a livello nazionale*) realizza tutti e otto i controlli con la frequenza desiderata, il 50% (*come nel resto d'Italia*) esegue fra 5 e 7 controlli, il 45% (*42% a livello nazionale*) è controllato meno assiduamente (fra 1 e 4 controlli), mentre l'1% non effettua alcun controllo (*dato significativamente inferiore al valore nazionale, pari al 3%*).

Conclusioni:

- L'aderenza, alle raccomandazioni delle LLGG nel Lazio, come del resto in tutta Italia, è incompleta, dal momento che per tutti questi indicatori lo standard di riferimento è il 100%.
- L'aderenza più o meno completa alle LLGG, influenza la qualità e la durata della vita di molte persone con diabete. Lo studio ha evidenziato che solo il 4% degli intervistati ha effettuato alle scadenze previste tutti gli otto più importanti controlli necessari per la più efficace prevenzione delle complicanze.
- La scarsa aderenza alle LLGG si può spiegare in diverse maniere, tra le quali l'insufficiente organizzazione per l'assistenza alle malattie croniche e la non ancora sviluppata cultura del *counselling*⁵ e della promozione sanitaria, necessari per ottenere una partecipazione attiva alla gestione della malattia da parte del paziente stesso.

I possibili interventi per facilitare la realizzazione degli obiettivi di buona pratica clinica includono:

- implementazione delle LLGG con metodi di provata efficacia quali l'*audit clinico*⁶, il *feedback*⁷, il *reminder*⁸, ecc.);
- approcci innovativi per la gestione integrata della malattia (*disease-management, case-management*);
- monitoraggio sistematico dei più rilevanti indicatori di aderenza alle LLGG.

⁵ Il *counselling* consiste nella "relazione d'aiuto" che si instaura tra una persona portatrice di un bisogno (utente), ed un'altra cui questa si rivolge in qualità di esperto (counsellor), che gli fornisce informazioni, strumenti, consigli e sostegno finalizzati a indirizzarla verso una positiva risoluzione del bisogno stesso.

⁶ Attività di verifica di tipo professionale, all'interno di uno stesso contesto assistenziale, basata sulla documentazione clinica, volta a valutare, in modo volontario, retrospettivo e in base a criteri predefiniti, le azioni compiute in contesti e tempi determinati.

⁷ Attività di invio retroattivo di informazioni utili a sviluppare confronti e ad effettuare valutazioni rispetto all'attività esercitata.

⁸ Procedura manuale o, più spesso informatizzata, di richiamo del professionista alla corretta applicazione delle raccomandazioni operative.

Informazione e comportamenti

Per un efficace controllo della malattia diabetica è necessario il coinvolgimento attivo del paziente. L'educazione all'autogestione del diabete e l'osservanza di stili di vita sani rappresenta un aspetto centrale di qualsiasi strategia assistenziale.

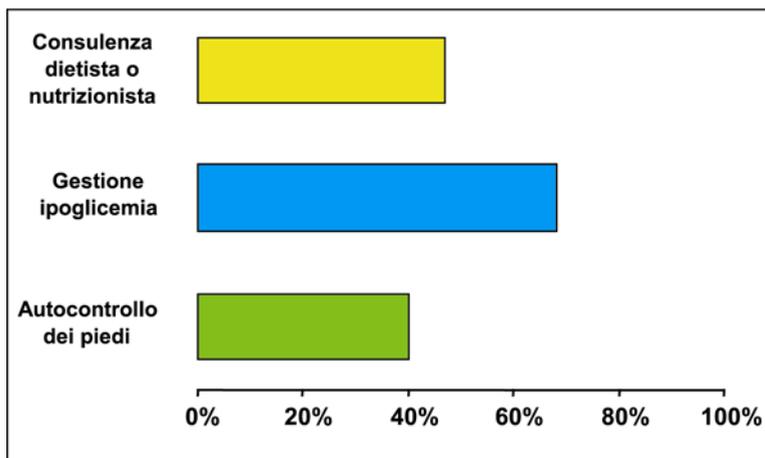
Lo studio QuADRI vuole esplorare anche l'informazione messa a disposizione dei pazienti su come gestire la propria malattia e riconoscere potenziali complicanze, nonché l'informazione sui comportamenti corretti da adottare e sui diritti acquisiti.

Quali informazioni di base hanno ricevuto le persone con diabete sulla gestione della propria malattia ?

Alcune informazioni di base sono essenziali per la qualità della gestione dell'assistenza alla persona diabetica. Fra le più importanti vi sono le informazioni riguardanti la dieta. Una dieta bilanciata contribuisce a garantire un migliore controllo dei valori glicemici e l'acquisizione del peso ideale, contribuendo in tal modo a ridurre il rischio di complicanze. Per i malati di diabete si rendono spesso necessarie modificazioni importanti nella dieta per cui è spesso utile la consulenza di un dietologo o di un nutrizionista.

È ugualmente importante che le persone con diabete sappiano gestire un'eventuale crisi ipoglicemica per ridurre il rischio di effetti collaterali potenzialmente gravi del trattamento, e conoscano anche l'importanza di controllare regolarmente i propri piedi per riconoscere quanto prima possibile le alterazioni inizialmente anche modeste che possono però rapidamente evolvere e condurre a conseguenze gravi.

Informazioni ai pazienti

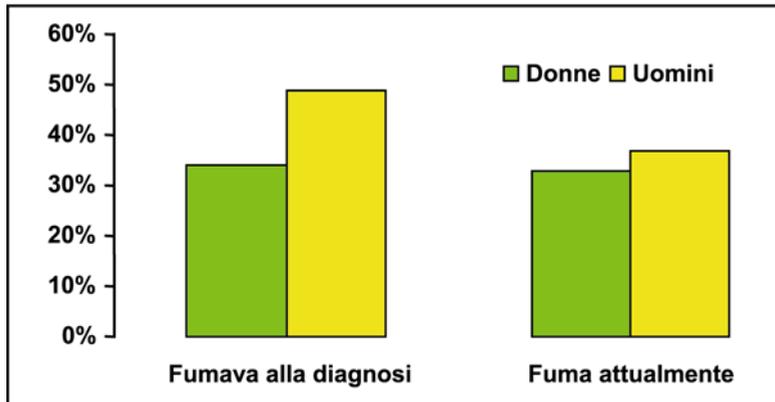


- Quasi tutti i pazienti (98%) nel Lazio dichiarano di aver ricevuto informazioni sull'importanza di una dieta mirata al controllo del diabete: il 71% ha ricevuto una dieta scritta e il 47% (52% a livello nazionale) la consulenza di un dietologo o di un nutrizionista.
- Le principali fonti d'informazione sull'importanza di rispettare una dieta corretta sono il centro diabetologico (75%), seguito dai MMG (48%).
- Nel Lazio il 68% dei diabetici trattati con farmaci antidiabetici o insulina dichiara di aver ricevuto informazioni su come gestire l'ipoglicemia (*in Italia 69%*) ed il 40% ha ricevuto consigli su come controllare i propri piedi (*valore significativamente più basso di quello nazionale, pari al 50%*).

Quanti diabetici fumano ?

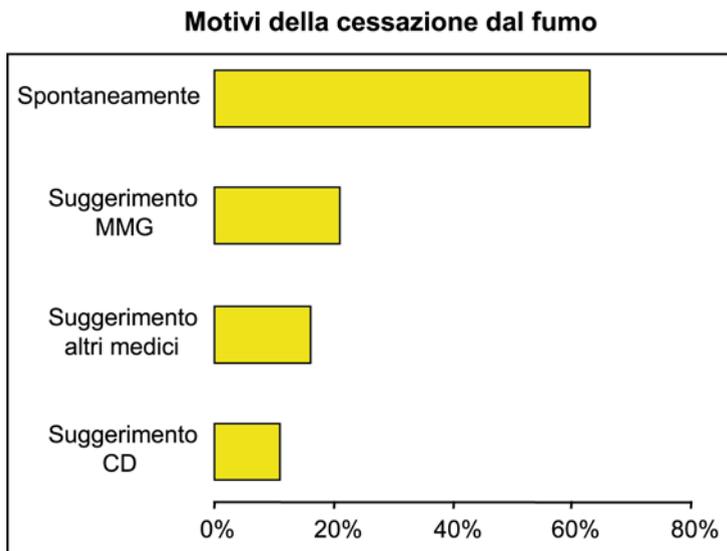
L'abitudine al fumo è un riconosciuto fattore di rischio per le malattie cardiovascolari. I pazienti con diabete hanno un'incidenza di patologie cardiovascolari decisamente superiore alla popolazione generale. Il fumo, nei pazienti affetti da diabete, è concausa di morbilità e mortalità e favorisce l'insorgenza di complicanze micro- e macrovascolari.

Abitudine al fumo



- Nel Lazio il 42% degli intervistati fumava al momento della diagnosi (il 34% delle donne e il 49% degli uomini); *il corrispondente valore nazionale è del 38%*.
- Il 35% ha riferito di essere fumatore al momento dell'intervista (*a livello nazionale il 25%*): i fumatori rappresentano il 33% delle donne (*valore significativamente superiore a quello nazionale, pari al 20%*) e il 37% dei maschi (*30% a livello nazionale*).
- Fra coloro che fumano attualmente, il 92% ha ricevuto consiglio di smettere. Inoltre, il 9% di coloro che non fumavano all'insorgenza della patologia, ha successivamente iniziato a fumare.

Quali sono le ragioni addotte dalle persone con diabete per aver smesso di fumare ?

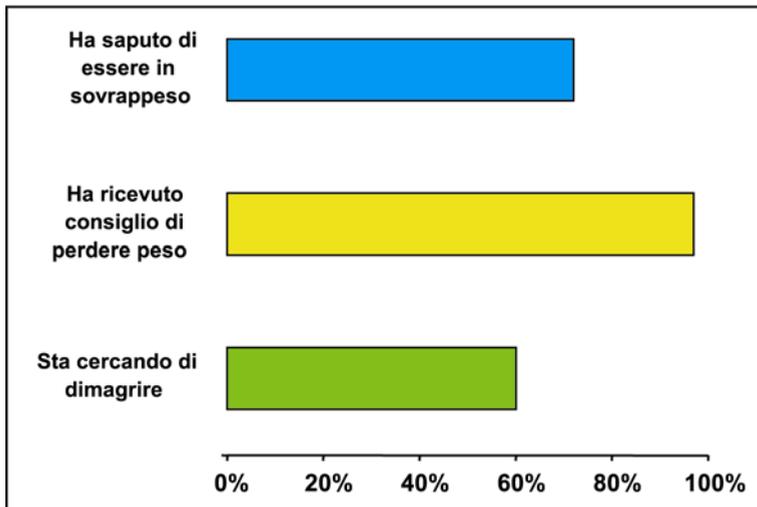


- Nel Lazio il 63% dei pazienti diabetici ex-fumatori hanno indicato di aver smesso spontaneamente.
- Meno importanti appaiono i ruoli del medico di famiglia (21%) e del centro diabetologico (11%).
- *I valori nazionali corrispondenti sono molto simili (64%, 20% e 14%).*

Quanti diabetici hanno saputo di essere in sovrappeso, quanti hanno ricevuto consigli per dimagrire e quanti sono attualmente impegnati a perdere peso?

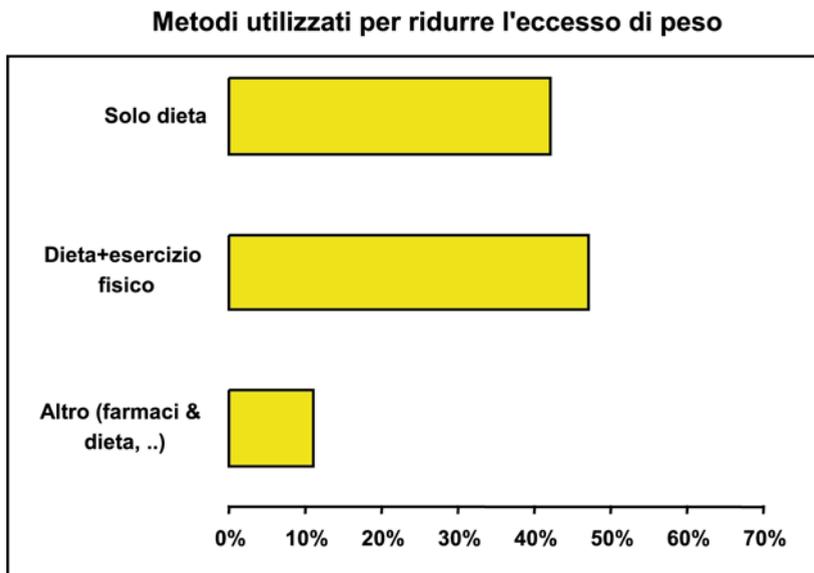
Numerosi studi hanno evidenziato il ruolo svolto dall'obesità insieme ad altri fattori di rischio (dislipidemia ed ipertensione) nella comparsa delle complicanze macrovascolari.

Conoscenza e controllo dell'eccesso di peso



- Al 72% dei diabetici nel Lazio è stato detto di avere un eccesso di peso. La percentuale di pazienti in sovrappeso od obesi in questo campione è pari al 73% (vedi anche la sezione "Caratteristiche Cliniche")
- Quasi tutti i soggetti cui è stato detto di avere un eccesso di peso hanno ricevuto il consiglio di dimagrire, ma solo il 60% sta facendo qualcosa per ridurre il peso.
- *In Italia il 68% dei pazienti sa di essere in sovrappeso: fra questi il 57% è impegnato a dimagrire.*

Che cosa fanno i pazienti diabetici in eccesso di peso per dimagrire?



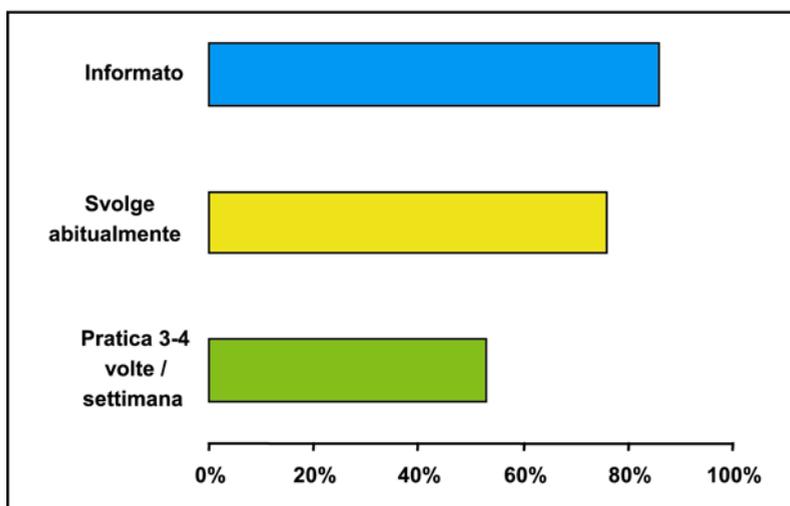
- Nel Lazio la maggior parte dei diabetici impegnati a ridurre l'eccesso di peso associa alla dieta l'esercizio fisico (47%).
- Il 42% adotta esclusivamente un regime dietetico ipocalorico.
- *I corrispondenti valori nel resto d'Italia non sono significativamente differenti: 46% solo regime dietetico, 44% dieta associata a esercizio fisico.*

Esercizio fisico

L'esercizio fisico facilita la captazione di glucosio nel tessuto muscolare favorendo la diminuzione della glicemia. L'attività fisica regolare ha benefici effetti anche sul controllo di altri fattori correlati con il diabete (ipertensione, assetto lipidico, eccesso di peso) e riduce il rischio di malattie cardiovascolari. Le correnti linee guida evidenziano l'importanza, per il paziente diabetico, di praticare un'attività fisica di almeno mezz'ora per almeno 3 volte alla settimana.

Quante persone con diabete svolgono un'attività fisica valida e regolare ?

Conoscenza e pratica dell'attività fisica

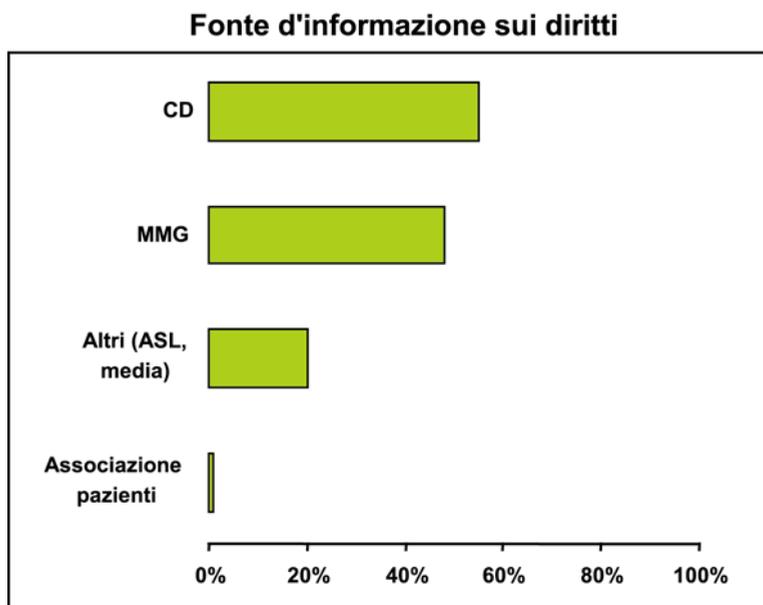


- L'86% delle persone intervistate nel Lazio ha dichiarato di aver ricevuto informazioni relative ad una corretta attività fisica; il 76%, dichiara di svolgere attività fisica "abitualmente", ma soltanto il 53% lo fa come suggerito dalle linee guida (almeno 3 volte alla settimana per almeno mezz'ora al giorno).
- A livello nazionale, i valori corrispondenti sono 86%, 73% e 52%.
- Nel Lazio, il Centro diabetologico è stato indicato dal 60% dei pazienti quale fonte d'informazione sulla corretta pratica di attività fisica e il MMG dal 45% (era possibile indicare anche più fonti).

Diritti

Alle persone con diabete il Servizio sanitario nazionale garantisce varie agevolazioni: esenzione dal pagamento del ticket per farmaci specifici, per presidi e per alcuni esami strumentali e di laboratorio; garantisce, inoltre, le prestazioni fornite dai centri per la diagnosi e cura del diabete.

Quante persone con diabete hanno ricevuto informazioni sulle agevolazioni garantite dal Servizio sanitario e da chi l'hanno ricevuta?



- Il 94% dei pazienti diabetici nel Lazio riferisce di aver ricevuto informazioni sui diritti/agevolazioni loro riconosciuti, *valore identico a quello nazionale (94%)*.
- Nel Lazio il centro diabetologico è più frequentemente indicato quale fonte d'informazioni sui diritti (55% - *a livello nazionale 62%*), seguito dal Medico di medicina generale (48% - *a livello nazionale 53%*).

Conclusioni:

La riuscita delle strategie assistenziali del diabete è condizionata dalla partecipazione attiva dei pazienti, che hanno un ruolo essenziale nella realizzazione delle attività volte a prevenire le gravi complicanze che si accompagnano alla malattia diabetica.

In questo processo di coinvolgimento, è necessario che il paziente riceva le informazioni necessarie per svolgere le attività richieste.

- Lo studio QuADRI ha messo in evidenza che nel Lazio il 68% dei diabetici trattati con farmaci antidiabetici o insulina dichiara di aver ricevuto informazioni su come gestire una crisi ipoglicemica (in Italia il 69%).
- Per la consulenza dietologica, sia nel Lazio (47%) che in Italia (52%) si registrano valori che indicano una carenza di attenzione a questo importante aspetto della gestione della malattia. Va sottolineato che in questo campione non si osserva una correlazione tra eccesso di peso ed esecuzione della consulenza dietologica, come ci si potrebbe attendere dato il maggior bisogno in questi soggetti di specifici consigli e sostegno.
- Per quanto riguarda le istruzioni sull'autocontrollo dei piedi, la percentuale rilevata nel Lazio (40%) è significativamente più bassa di quella nazionale (50%), ed evidenzia comunque che quasi due terzi dei pazienti non hanno ricevuto queste informazioni.
- Un esame importante come l'emoglobina glicata è conosciuto solo dal 69% dei diabetici nel Lazio (v. anche la sezione sull'Aderenza alle Linee Guida).

Il livello di consapevolezza dei pazienti sui corretti stili di vita è complessivamente buono, mentre si evidenzia una difficoltà nel modificare alcuni comportamenti.

- Benché nel Lazio praticamente tutti i pazienti in sovrappeso sappiano di esserlo, soltanto poco più della metà si impegna a perdere peso. Inoltre, mentre l'86% è informato sulla necessità di svolgere attività fisica regolare, poco più della metà la svolge effettivamente.

Appare quindi necessario garantire l'informazione, laddove sono apparse scarse le conoscenze, in particolare sull'emoglobina glicata, sul controllo dei piedi, sulla gestione dell'ipoglicemia.

Inoltre, risulta necessaria una rimodulazione della comunicazione rispetto ai corretti stili di vita: nonostante la percezione diffusa (più del 90% è informato sull'abolizione del fumo, sul controllo del peso, sulla corretta attività fisica), i comportamenti attuati dimostrano la scarsa efficacia degli attuali interventi educativi.

Il *counselling* e la promozione della salute individuale devono essere inseriti sistematicamente nei programmi di incontro con i pazienti. È necessario sorvegliare la regolarità e la correttezza dei comportamenti nei pazienti, valutandone periodicamente l'implementazione con la collaborazione dei pazienti stessi.

Qualità percepita

Il punto di vista dei pazienti ha assunto negli ultimi anni un'importanza sempre maggiore ed è uno dei criteri guida nella valutazione della qualità dell'assistenza fornita dal Servizio sanitario nazionale.

Una percezione positiva del malato sul livello organizzativo dei servizi, sul rapporto interpersonale fra operatori e paziente e sul confort degli ambienti, migliora infatti la relazione medico-paziente e in ultima analisi la qualità della cura fornita in termini di una maggiore adesione dei pazienti alle raccomandazioni mediche.

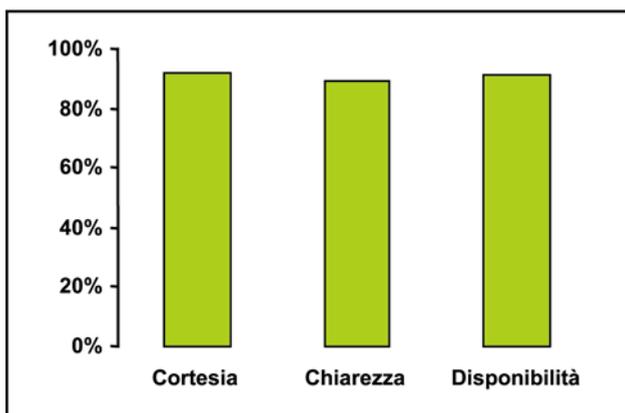
La partecipazione della persona con diabete è essenziale per il *management* della malattia. La sua percezione positiva sui servizi migliora questa partecipazione e, in definitiva, la sua qualità di vita.

Nella valutazione della qualità relazionale sono stati presi in considerazione alcuni aspetti: la cortesia e la disponibilità del personale, la capacità di ascolto e la comprensibilità delle spiegazioni, mentre la qualità organizzativa è stata valutata analizzando l'adeguatezza dei locali, i tempi di attesa, la programmazione delle attività e il livello di coordinamento fra i servizi impegnati nell'assistenza. Le domande sono riferite alla "struttura" che secondo il paziente l'ha seguito più da vicino.

Come le sono sembrate la cortesia, la chiarezza delle informazioni e la disponibilità all'ascolto degli operatori che l'hanno assistita ?

Le dinamiche interpersonali fra operatore sanitario e paziente assumono un ruolo fondamentale nel diabete perché favoriscono la collaborazione del paziente per la gestione della malattia ed agevolano il processo educativo per renderlo capace di autogestirsi.

**Proporzione di giudizi positivi
sull'atteggiamento del personale**

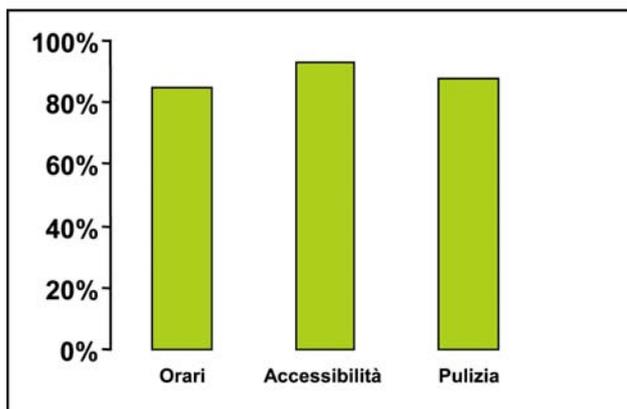


- Nel Lazio, il 92% delle persone intervistate ritiene che la cortesia e la disponibilità del personale siano ottime o buone.
- L'89% ha dichiarato che le cose sono state spiegate, sempre o spesso, in maniera comprensibile.
- Il 91% ha avuto l'impressione, durante le ultime visite, di essere ascoltato sempre o spesso con attenzione.
- *I valori sono risultati sostanzialmente simili a quelli nazionali (rispettivamente 92%, 92% e 91%), con un leggero svantaggio nella chiarezza delle informazioni.*

Come giudica gli orari, l'accessibilità e la pulizia delle strutture che la seguono più da vicino ?

La qualità del servizio erogato dipende anche da fattori strutturali come la gradevolezza dei locali, l'assenza di barriere architettoniche e orari adeguati alle esigenze degli utenti.

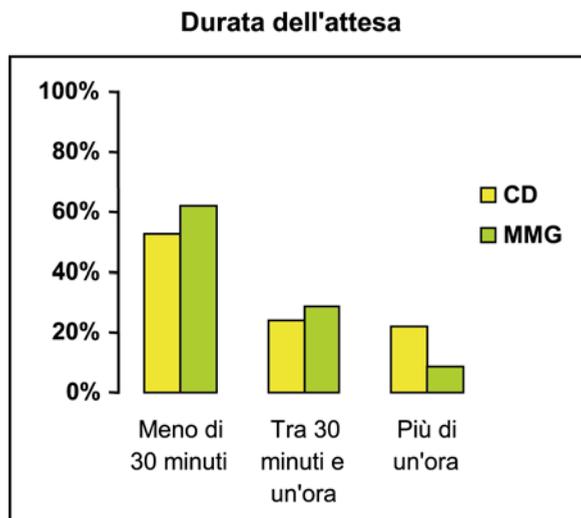
Proporzioni di giudizi positivi sulla qualità degli ambulatori



- La maggioranza delle persone intervistate (circa l'85%) ritiene che gli orari siano ottimi o adeguati
- Il 93% ritiene che abbiano una buona accessibilità.
- Infine, l'88% ha dichiarato che i livelli di pulizia e gradevolezza sono ottimi o buoni.
- *Per tutti questi aspetti il giudizio espresso dagli intervistati nel Lazio non è significativamente diverso rispetto ai valori nazionali.*

Quanto tempo ha atteso prima che si siano occupati di lei ?

Tempi di attesa adeguati rappresentano un obiettivo permanente del Servizio sanitario e sono importanti indicatori per monitorare la qualità organizzativa dei Servizi.

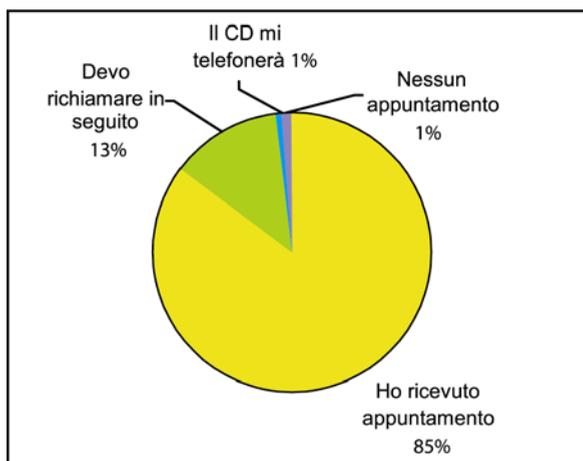


- Nel Lazio, i pazienti che attendono meno di 30 minuti sono il 53% presso il Centro Diabetologico e il 62% presso i Medici di Medicina Generale.
- Il 22% dei pazienti attende oltre un'ora per la visita o il prelievo presso i Centri Diabetologici mentre presso i Medici di Medicina Generale la quota scende al 9%: *quest'ultimo valore, pur essendo inferiore a quello nazionale (16%), non è statisticamente significativo.*

Le è stato dato un nuovo appuntamento ad una data precisa ?

Gestire l'attività su appuntamento permette di programmare il proprio lavoro riducendo i tempi di attesa ed erogando nel complesso un servizio più efficiente ed efficace.

Centri diabetologici che visitano su appuntamento

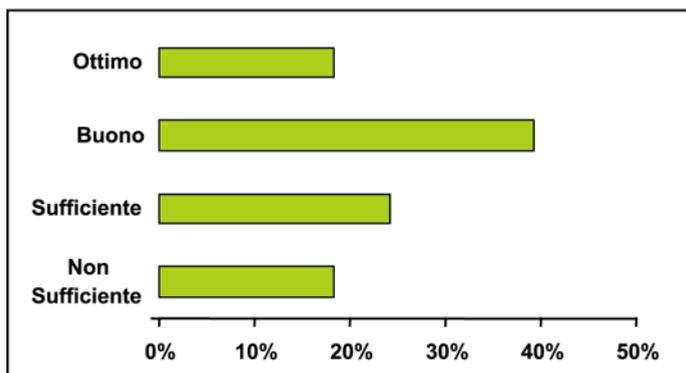


- L'85% dei pazienti nel Lazio ha ricevuto un appuntamento per la visita successiva o è stato richiamato dal Centro Diabetologico.
- *Il valore non è sostanzialmente diverso da quello nazionale (84%).*

Come giudica il livello di coordinamento fra i diversi servizi e professionisti?

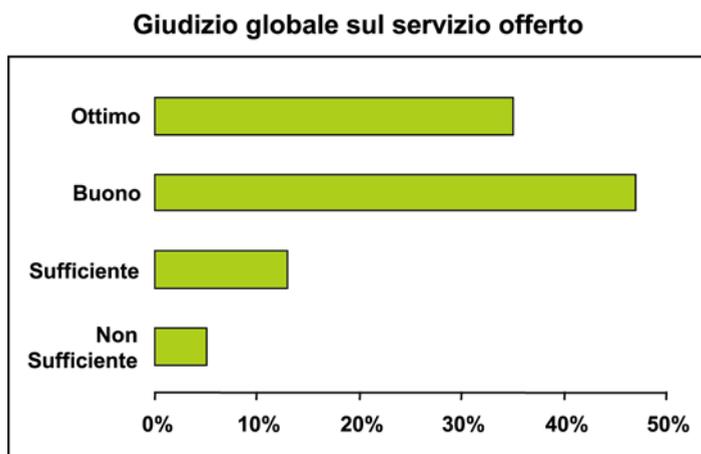
Il diabete è una malattia complessa per la cui gestione è richiesta l'integrazione di molte competenze tecnico-professionali diverse. Al fine di fornire una risposta adeguata ai bisogni dei pazienti è perciò importante che gli operatori lavorino in modo coordinato fra di loro, ed è altrettanto importante che i pazienti percepiscano che le attività che li coinvolgono siano effettivamente ben coordinate.

Giudizio sul coordinamento fra servizi



- Il 57% della popolazione regionale giudica ottimo o buono il livello di coordinamento tra tutti i servizi e i diversi professionisti (*valore inferiore a quello nazionale pari al 66%, ma non in misura statisticamente significativa*).

Globalmente come giudica il servizio che le viene offerto?



- L'82% degli intervistati del Lazio, giudica ottimo o buono il servizio complessivo che gli viene offerto.
- *Questo valore è praticamente eguale a quello nazionale (83%).*

Conclusioni:

- Pur essendo difficile definire a priori standard minimi di riferimento, si può affermare che i pazienti sono complessivamente soddisfatti dei rapporti interpersonali con gli operatori dell'assistenza, sia per quanto riguarda la loro disponibilità all'ascolto che per la cortesia dimostrata, e per la chiarezza delle informazioni date, considerato che su tali aspetti sono stati formulati giudizi almeno buoni in circa il 90% dei casi.
- Anche gli aspetti relativi alla qualità degli ambulatori raggiungono giudizi molto positivi (analogamente a quelli nazionali), con percentuali intorno al 90% per l'accessibilità e l'adeguatezza degli orari. Il valore relativo alla pulizia e gradevolezza degli ambulatori nel Lazio è risultato dell'88%, non significativamente diverso dai valori nazionali.
- Per quanto riguarda i tempi di attesa, i Centri diabetologici del Lazio sembrano avere tempi superiori a quelli del resto d'Italia (attese inferiori a 30 minuti nel 53% dei casi, contro il 60% nazionale), mentre presso i MMG le attese superiori a un'ora sono meno frequenti rispetto al resto d'Italia (9% contro 16%).
- La percentuale di diabetici nel Lazio che giudica complessivamente ottimo o buono il servizio che gli viene offerto (82%) non è significativamente diversa dal resto d'Italia (83%). Tuttavia, quasi la metà dei pazienti del Lazio ritiene che i diversi professionisti e servizi che seguono la loro malattia non abbiano una buona capacità di coordinarsi fra loro.

In conclusione, si può affermare che la percezione che i pazienti hanno sulla qualità dei servizi dedicati al diabete nel Lazio è complessivamente buona. Il buon rapporto tra cittadino e operatori sanitari ed il gradimento per il servizio sanitario costituiscono una solida base su cui costruire iniziative di miglioramento della qualità dei servizi, finalizzate ad esiti di salute e di empowerment (controlli, terapie adeguate, educazione, etc.).

COMMENTI E PROSPETTIVE

L'indagine contribuisce a colmare un'area di ricerca sulla patologia diabetica che, sia nel Lazio che nel resto del Paese, è stata finora trascurata.

La sua conduzione nella regione Lazio ha in effetti incontrato alcune difficoltà operative, legate in particolare alla utilizzabilità e alla qualità degli archivi aziendali di esenzione per patologia. Nella nostra Regione non è stato possibile infatti valutare esattamente il numero di diabetici tra i 18 e i 64 anni iscritti nelle liste di esenzione ticket alla fine del 2003, a causa di criticità relative alle modalità di registrazione di tali dati, affidate, a seconda dell'Asl o del distretto, talora a registri informatizzati, talora a registri cartacei. Un'impostazione omogenea, tale da permettere in modo sistematico la disaggregazione per tipo di patologia e per fasce di età, è stata introdotta a livello regionale solo successivamente.

Pur considerando i limiti di un'indagine condotta attraverso intervista, in cui molte variabili, anche di natura clinico-assistenziale, vengono indagate sulla base di quanto riferito dalle persone diabetiche e non su parametri oggettivabili e verificabili, i risultati preliminari dell'indagine sembrano sostenere l'opportunità di adottare interventi mirati alla qualificazione assistenziale per questa categoria di pazienti.

In particolare, i dati di prevalenza relativi alla presenza di complicanze e di fattori di rischio concomitanti alla patologia diabetica, nonché alla gestione e al controllo della stessa rispetto alle raccomandazioni di buona pratica clinica, mostrano aree di criticità non trascurabili.

Sembra quindi necessario pianificare e mettere in atto interventi migliorativi della qualità dei servizi, in un'ottica di gestione integrata della malattia (*disease management*⁹ e *case management*¹⁰), che tenga in debito conto anche la sensibilizzazione e l'educazione terapeutica dei pazienti.

⁹ Il *disease management* (concetto che sostanzialmente si sovrappone a quello italiano in uso di *profilo assistenziale*) è un approccio innovativo che si realizza attraverso la progettazione del percorso ottimale che il cittadino portatore di un bisogno (normalmente collegato ad una specifica malattia) può svolgere nel sistema sanitario.

Esso è quindi teso a coordinare il complesso delle risorse sanitarie disponibili attraverso l'intero sistema di assistenza utilizzando Linee guida e standard assistenziali - da implementare tra i diversi professionisti coinvolti - e a sostenere l'*empowerment* (accrescimento delle conoscenze e dell'autonomia decisionale) dei pazienti.

Il significato ultimo di tale approccio è quello di spostare il punto di vista dal "trattare i pazienti durante singoli e separati episodi di malattia" al "provvedere un'assistenza di alta qualità in un continuum" che è la malattia.

¹⁰ Per *case management* si intende un processo integrato volto a ottimizzare la gestione dei singoli casi assistenziali attraverso l'elaborazione di un Piano di cure individualizzato da

Disponiamo però oggi di strumenti scientifici e di un quadro legislativo che possono realmente sostenere il perseguimento di una migliore “quantità” e qualità di vita delle persone con diabete.

Le principali istituzioni di rilevanza sanitaria (Ministero della Salute e Regioni), con l’Accordo di Cernobbio del 6 aprile 2004 intitolato “Il disegno strategico della sanità futura” - che, tra i quattro obiettivi del Piano di lungo termine adottato, ne ha previsto uno relativo alla prevenzione delle complicanze del diabete - hanno dimostrato di voler fortemente sostenere l’attuazione di un efficace sistema assistenziale integrato per la gestione di questa malattia, che rappresenta oggi una sfida concreta per il Servizio sanitario nazionale.

Come le altre regioni, anche il Lazio intende garantire sempre di più l’equità del trattamento, l’efficacia assistenziale e l’efficienza nell’utilizzo delle risorse disponibili. Tali obiettivi si possono raggiungere attraverso una strategia che si avvalga di un complesso di impegni, iniziative e interventi che convergano verso la realizzazione di modelli integrati di assistenza. In tale prospettiva vanno viste alcune iniziative che, all’interno della Regione Lazio, sono state intraprese.

L’aderenza alle migliori pratiche assistenziali suggerite dalle Linee guida ha mostrato di ridurre l’incidenza delle complicazioni e di migliorare la qualità della vita delle persone diabetiche; l’ampia disponibilità di Linee guida che si registra attualmente non è però garanzia di effettivi cambiamenti nei comportamenti clinici ed organizzativi, laddove inadeguati. Su queste premesse è stato, tra gli altri, attivato nella nostra Regione uno studio (Progetto ImpleMeg) volto a verificare i più efficaci interventi di implementazione delle raccomandazioni assistenziali tra i professionisti, nel caso specifico i Medici di medicina generale, che rappresentano uno degli attori cruciali nell’ottica del *disease management* prima evocato.

Un’altra rilevante prospettiva è quella di consolidare i sistemi di monitoraggio delle caratteristiche dell’assistenza ai pazienti diabetici, ottica in cui possono essere di grande ausilio i sistemi informativi sanitari attualmente in uso, laddove adeguatamente utilizzati; ad esempio, è in atto nel Lazio, nell’ambito di un Progetto di ricerca finalizzata finanziata dal Ministero della Salute, uno studio volto a verificare l’utilizzo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (visite ed esami diagnostici) rivolti a persone con diabete, per stimarne l’appropriatezza assistenziale.

parte di un gruppo multidisciplinare di operatori dell’assistenza. La corretta e tempestiva articolazione degli interventi previsti dal Piano è affidata ad una regia centrale che, attraverso la responsabilizzazione di un singolo professionista, ha il compito di coordinare gli interventi e monitorarne i risultati. Il *case management* è spesso inserito nel contesto più ampio della gestione integrata della malattia (*disease management*).

Un'altra iniziativa, originatasi dalla constatazione di una importante quota di inappropriata d'uso del Day Hospital medico nella regione Lazio, è quella di sperimentare modelli assistenziali innovativi e, in particolare, è in corso di definizione uno studio sulla possibile attivazione del "Day Service" ¹¹.

Tra le altre possibili iniziative future, è da valutare anche l'opportunità, in linea con le indicazioni programmatiche nazionali, di istituire un vero e proprio Registro regionale dei soggetti diabetici che, nel pieno rispetto delle norme relative alla tutela della privacy, possa rappresentare un utile supporto per l'adozione di politiche assistenziali mirate alla tutela e alla qualità di vita di tali pazienti.

Poiché la partecipazione attiva del paziente all'autogestione del diabete è un indubbio punto di forza per la riuscita di qualsiasi strategia assistenziale, è parimenti opportuno intraprendere iniziative di sensibilizzazione e sostegno alle pratiche e ai comportamenti funzionali alla tutela della propria salute, sia per quanto riguarda gli interventi di controllo e prevenzione che possono essere autogestiti, sia per quanto attiene la compliance terapeutica. Sia tali indirizzi, che i suggerimenti funzionali al miglioramento dei servizi, dovrebbero vedere sempre più il coinvolgimento attivo delle Associazioni dei pazienti.

¹¹ Il *Day Service* è una modalità assistenziale ambulatoriale rivolta al trattamento - in alternativa al ricovero ordinario e in day hospital - di pazienti che presentano problemi sanitari complessi e di norma non necessitano di sorveglianza medico-infermieristica prolungata. A tali pazienti viene erogato, in un arco temporale ristretto, un insieme predefinito di prestazioni multidisciplinari di tipo diagnostico e/o terapeutico, comprese tra quelle riportate nel Nomenclatore tariffario regionale della specialistica ambulatoriale, e definite all'interno di specifici Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC). Il Day Service può prevedere la compartecipazione alla spesa da parte del paziente.

**RIASSUNTO
DEI RISULTATI NAZIONALI**

Introduzione

La qualità dell'assistenza e la gestione integrata sul territorio della malattia diabetica sono ritenute condizioni fondamentali per un'efficace prevenzione delle complicanze ed il miglioramento della qualità di vita dei pazienti. Gran parte degli studi realizzati in Italia in materia sono limitati a soggetti che frequentano i centri diabetologici o i medici di famiglia ed hanno coperto aree geografiche limitate. Lo studio QuADRI si propone di analizzare il problema utilizzando il punto di vista del paziente.

Obiettivi dello studio sono: descrivere le caratteristiche socio-demografiche del campione, la frequenza delle complicanze e i relativi fattori di rischio, i modelli di assistenza e di follow-up clinico realizzati dalle strutture preposte, l'aderenza alle linee guida in uso in Italia, le conoscenze sulla malattia, le misure comportamentali e terapeutiche intraprese dai pazienti stessi per controllare la malattia oltrechè la loro percezione sulla qualità dell'assistenza erogata.

Metodi

È stata condotta un'indagine campionaria, con disegno di tipo trasversale (di prevalenza) nelle 21 Regioni e Province Autonome italiane. La popolazione in studio è costituita dai soggetti inclusi nelle liste di esenzione ticket per diabete di età compresa fra 18 e 64 anni.

Per le Regioni più piccole e le Province Autonome (Basilicata, Liguria, Marche, Molise, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta, PA di Bolzano, PA di Trento) il metodo scelto è stato il campionamento casuale semplice, direttamente effettuato sulle liste di esenzione ticket centralizzate.

Per queste Regioni la dimensione del campione richiesta per avere una stima precisa $\pm 10\%$, con un intervallo di confidenza al 95%, per un parametro la cui prevalenza stimata sia del 50%, è di 96 individui, che per convenienza è stata arrotondata a 100.

Per le Regioni più grandi (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto) si è optato per il *cluster survey design*, sviluppato e utilizzato dall'OMS negli ultimi 3 decenni, che costituisce il metodo di scelta per la realizzazione di indagini trasversali efficienti e a basso costo. Sono stati selezionati 30 cluster (grappoli) equivalenti ai distretti con il metodo della probabilità proporzionale alla popolazione. In ogni distretto selezionato (comprendente in genere un solo cluster), il campione di persone (7 per ogni cluster) da intervistare è stato estratto in modo randomizzato dagli elenchi distrettuali dei diabetici con esenzione ticket. Per ogni cluster sono stati estratti 7 titolari e 7 ulteriori nominativi per le eventuali sostituzioni.

Per queste Regioni, la dimensione del campione è stata aggiustata per tenere conto del cosiddetto "*design effect*". Con questo metodo di campionamento infatti le persone all'interno dello stesso cluster tendono ad

essere più omogenee tra di loro - per le variabili studiate - rispetto a quelle scelte in modo casuale nella popolazione generale. Per ottenere una stima con lo stesso grado di approssimazione è quindi necessario incrementare la numerosità del campione; in base alle caratteristiche della popolazione e a precedenti esperienze, è stato deciso di adottare un fattore moltiplicativo pari a 2,2 per un totale di 210 soggetti (7 per ciascuno dei 30 cluster).

La rilevazione dei dati è stata effettuata attraverso un questionario standardizzato, somministrato tramite intervista diretta da operatori appositamente formati. Per l'elaborazione delle domande e l'analisi sono state prese come riferimento le Linee Guida nazionali AMD-SID-SIMG (2001), integrandole con altre raccomandazioni basate su evidenze.

L'analisi dei dati è stata condotta sia per Regione sia aggregando i dati a livello nazionale. I dati nazionali sono stati pesati tenendo conto delle dimensioni della popolazione con diabete in ogni Regione. I pesi sono stati creati utilizzando la popolazione regionale e la prevalenza dei diabetici così come rilevata dall'ultima indagine multiscopo dell'ISTAT.

Risultati

Il campione: A settembre 2004, l'indagine è stata completata in 20 delle 21 regioni e province autonome, con un campione costituito da 3.239 persone. È stato intervistato il 79% dei titolari, con una percentuale di sostituzioni pari al 21% (il 7% dovute a rifiuto). Tra gli intervistati, il 57% sono maschi, l'età mediana è 54 anni, il 41% ha un basso livello di istruzione (nessun titolo di studio o licenza elementare).

Caratteristiche cliniche: Nel 28% la diagnosi di diabete è stata effettuata prima dei 40 anni; nel 72% dei casi la malattia dura da 5 anni o più. Per la maggioranza (64%) il principale erogatore di cure è il centro diabetologico, seguito dal medico di medicina generale (29%). La terapia più comune (60% dei casi) sono gli antidiabetici orali da soli; il 26% fa uso di insulina (da sola o associata ad antidiabetici orali). Il 30% ha sofferto di almeno una complicanza; le più frequenti sono la retinopatia diabetica (19%) e la cardiopatia ischemica (13%). Meno rappresentate invece, nella nostra popolazione, sono le complicanze renali (4%), ictus (3%), e amputazioni (1%). Quasi uno su cinque riferisce di essere stato ricoverato nell'ultimo anno (19%).

Fattori di rischio che aumentano le complicanze e la mortalità fra i diabetici: il 54% del campione riferisce di avere ipertensione arteriosa; il 16% degli ipertesi non è in terapia. Il 44% dei diabetici riferisce di avere il colesterolo alto: il 28% di questi non è in terapia (il 19% perché non gli è stata prescritta, il 9% per altri motivi). Il 38% fumava al momento della diagnosi ed il 25% fuma ancora al momento dell'intervista.

Solo il 28% del campione ha un indice di massa corporea normale; il 40% è in sovrappeso mentre gli obesi sono il 32%. Il 27% del campione in studio non svolge alcuna attività fisica.

Stato di salute percepita: Il 32% ritiene appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute. L'insoddisfazione è più alta nelle regioni del sud e nelle persone con più bassi livelli di scolarizzazione.

Informazione, educazione e comportamenti delle persone con diabete:

Controlli: Solo 50 diabetici su 100 hanno dichiarato di conoscere l'importanza del controllo giornaliero dei piedi, essenziale per prevenire le complicanze a carico del piede; tra questi, solo la metà (54%) esegue l'auto-ispezione giornaliera. Il 69% dei pazienti in cura con farmaci o insulina ha dichiarato di aver ricevuto consiglio su cosa fare in caso di una possibile crisi ipoglicemica.

Fumo: Quasi tutti i pazienti fumatori attuali (90%) hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare, tuttavia il 26% dei diabetici (valore simile a quello riscontrato nella popolazione generale) continua a fumare.

Obesità: Il 72% dei pazienti in studio è risultato in eccesso di peso: molti (l'85%) sanno di esserlo, il 98% di questi ha ricevuto consiglio di dimagrire, ma soltanto 1 paziente su 2 (52%), sta facendo qualcosa per perdere peso. Il 98% dei pazienti ha ricevuto informazione riguardo all'importanza di osservare una dieta adeguata.

Attività fisica: Nonostante che l'86% abbia ricevuto informazioni sull'importanza dell'attività fisica regolare (che ha benefici effetti sul controllo della glicemia e su altri fattori di rischio - ipertensione, dislipidemia, sovrappeso), solo il 52% svolge abitualmente un'attività fisica efficace (almeno 3-4 volte alla settimana per almeno 30 minuti).

L'aderenza alle linee guida sull'assistenza: Si ritiene appropriato, sulla base di Linee Guida Nazionali e Internazionali, che ogni paziente effettui almeno ogni 6 mesi una visita medica con esame dell'apparato cardiovascolare e degli arti inferiori, faccia ogni anno un esame del fondo oculare, un esame accurato dei piedi e la vaccinazione antinfluenzale, e ogni 4 mesi la determinazione dell'emoglobina glicosilata. Per i soggetti trattati con insulina è previsto l'autocontrollo glicemico quotidiano. Inoltre le linee guida suggeriscono che tutti i pazienti, oltre i 40 anni o con almeno un fattore di rischio cardiovascolare, assumano regolarmente l'acido acetilsalicilico (ASA). I risultati dello Studio QuADRI dimostrano che meno della metà (49%) dei pazienti ha fatto almeno una visita approfondita dal medico di medicina generale o presso il centro diabetologico nell'ultimo semestre. Nell'ultimo anno solo il 59% ha effettuato un esame del fondo oculare, il 37% un controllo accurato dei piedi ed il 42% ha ricevuto la vaccinazione anti-influenzale. Negli ultimi quattro mesi l'emoglobina glicosilata (calcolata sul 67% della sottopopolazione che conosce l'esame) è stata eseguita nel 66% dei diabetici. Il 62% dei diabetici in trattamento insulinico pratica l'autocontrollo glicemico domiciliare almeno una volta al

giorno. Tra i soggetti a rischio cardiovascolare, solo il 23% assume ASA come prevenzione primaria.

È stato costruito un indice composito sulla base degli 8 principali indicatori di aderenza alle linee guida, dando un punteggio alla realizzazione complessiva della serie di controlli e test previsti per i pazienti. Solo il 5% del campione realizza tutti e 8 i controlli con la frequenza prevista, il 50% ne realizza fra 5 e 7, il 42% dei pazienti fra 1 e 4, e il 3% non fa nessuno degli 8 controlli considerati importanti per la prevenzione delle complicanze.

Qualità percepita dei servizi

La grande maggioranza dei cittadini (circa il 90%) ritiene che i servizi abbiano orari adeguati e che i locali siano facilmente accessibili e puliti, senza differenze significative fra gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Centri Diabetologici. Circa il 90% della popolazione diabetica è soddisfatta dell'atteggiamento degli operatori sanitari che sono cortesi e disponibili, pronti all'ascolto e chiari nelle spiegazioni. Anche in questo caso il giudizio è sovrapponibile sia per i Medici di famiglia sia per i Centri Diabetologici. Per quanto riguarda l'organizzazione complessiva dei Servizi, oltre l'80% dei pazienti con diabete ne è soddisfatto. Si evidenzia comunque che nei Centri Diabetologici di alcune Regioni un terzo dei diabetici deve aspettare più di un'ora prima di ottenere una prestazione, nonostante che oltre l'80% dei Centri lavori su appuntamento.

Conclusioni

Un efficace controllo del diabete non può avvenire senza il coinvolgimento attivo del paziente. L'educazione all'autogestione del diabete e l'adottare comportamenti e stili di vita sani rappresentano aspetti centrali di qualsiasi strategia terapeutica. L'analisi dei dati dello studio QuADRI ha indicato aree dove è necessario migliorare, rispettivamente, l'informazione o l'educazione dei pazienti, per indurre opportuni cambiamenti nei comportamenti. È opportuno garantire l'informazione laddove le conoscenze sono apparse insufficienti: emoglobina glicata, controllo dei piedi, gestione dell'ipoglicemia, conoscenza del sovrappeso. È necessario inoltre rimodulare le forme della comunicazione rispetto ai corretti stili di vita: nonostante l'informazione sia diffusa (più del 90% è informato su fumo, controllo del peso, attività fisica), i comportamenti reali dimostrano l'inefficacia degli attuali interventi educativi.

Un altro risultato importante dello studio è la dimostrazione di un'incompleta aderenza alle raccomandazioni di buona pratica clinica: per ovviare a questa situazione bisognerebbe introdurre interventi quali l'implementazione delle linee guida con metodi di provata efficacia (*audit* e *feedback*, *reminder*, etc.), approcci innovativi per la gestione integrata della malattia (*disease-management*, *case-management*) ed il monitoraggio dei più rilevanti indicatori di qualità delle cure.

ALLEGATO
Questionario Studio QuADRI

FOGLIO CHE RESTA AL
DISTRETTO DOPO
VALIDAZIONE DEI DATI DEL
QUESTIONARIO

**Studio QUADRI: indagine nazionale
sulla qualita' dell'assistenza alle persone con diabete, 2004**

Data dell'intervista __/__/__

Intervistatore _____

Regione _____

Distretto _____ Cluster n. ____ N. intervista _____

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita __/__/__ Sesso M F

Indirizzo _____ Telefono _____

Nome del medico di famiglia _____

Buongiorno, sono _____ del Servizio
_____ del distretto/ASL.

Ci siamo sentiti per fissare questa data per l'intervista. Come le ho spiegato al telefono, la Regione sta eseguendo uno studio con le persone con diabete allo scopo di conoscere i loro problemi di salute e le loro esigenze per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e sociale.

Vorrei porle una serie di domande su questi argomenti.

Le informazioni che ci darà saranno unite a quelle fornite dagli altri intervistati, per preparare un rapporto per l'Assessorato alla Sanità della Regione in cui saranno descritti i bisogni di assistenza e in quale maniera i servizi possano essere migliorati.

La sua partecipazione contribuirà a migliorare i servizi offerti nella sua regione, anche se lei non ne ricaverà nessun beneficio immediato.

Lo studio è anonimo: quindi dal rapporto non sarà possibile, in alcun modo, identificare le singole persone intervistate, e le risposte che mi darà saranno assolutamente riservate, serviranno solo per questo studio. In particolare, le informazioni che lei mi darà non saranno messe a disposizione né del suo medico, né di nessun altro che incaricato della sua assistenza.

Posso procedere con le domande? Sì

No

Se no, sarebbe d'accordo a spiegarmi le ragioni del rifiuto?

QUESTIONARIO STUDIO QUADRI

PARTE DA TRASMETTERE AL
COORDINATORE
DELL'INDAGINE



Data dell'intervista __/__/__ Intervistatore_____

Regione_____ Distretto_____

Cluster n.____N. intervista_____

Data di nascita __/__/__ Sesso M F

Vorrei cominciare con qualche domanda che riguarda la diagnosi che le è stata fatta:

1. Le è mai stato detto da un medico che aveva il diabete o una quantità elevata di zucchero nel sangue?
 Sì
 No, mai (*Si conclude qui l'intervista, ringraziando per la partecipazione*)
 Sì, in passato, ma adesso non ho più questa malattia (*Si conclude qui l'intervista, ringraziando per la partecipazione*)
 Non so (*Si conclude qui l'intervista, ringraziando per la partecipazione*)

2. Quando è che per la prima volta ha saputo di avere il diabete?
Anno _____ • Et  _____ anni

3. E' mai stato visitato da un centro diabetologico, cio  da qualsiasi ambulatorio specifico per i malati di diabete?
 S 
 No (*saltare alla domanda 4*)
 Non ricordo/non so (*saltare alla domanda 4*)

- 3.a. Negli ultimi 12 mesi, quante volte   stato visitato presso questo centro?
N  di volte / __/__/__
(*mettere 00 se mai, 99 se la persona non ricorda o non sa; se 00 o 99, saltare alla domanda 4*)

- 3.b. In una di queste visite, è stato visitato in maniera approfondita sentendo il suo cuore e esaminando lo stato dei suoi arti inferiori?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 4*)
 - Non ricordo/non so (*saltare alla domanda 4*)
- 3.c. Quando è stata l'ultima volta che è stato visitato in tale maniera?
- Negli ultimi 6 mesi
 - Più di 6 mesi fa
 - Non ricordo
4. Negli ultimi 12 mesi quante volte ha visto il suo medico di famiglia per qualsiasi motivo?
N° di volte /__/__/
- (mettere 00 se mai, 99 se la persona non ricorda o non sa; se 00 o 99, saltare alla domanda 5)
- 4.a. In una di queste visite, il suo medico di famiglia l'ha visitata in maniera approfondita sentendo il suo cuore e esaminando lo stato dei suoi arti inferiori?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 5*)
 - Non ricordo/non so (*saltare alla domanda 5*)
- 4.b. Quando è stata l'ultima volta che è stato visitato in tale maniera?
- Negli ultimi 6 mesi
 - Più di 6 mesi fa
 - Non ricordo
5. Negli ultimi 12 mesi è stato visitato da qualche specialista?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 6*)
 - Non ricordo (*saltare alla domanda 6*)

- 5.a. Quale?
(leggere tutte le risposte e barrare una o più risposte)
- Cardiologo
 - Oculista
 - Podologo (professionista che cura i piedi)
 - Neurologo
 - Nefrologo
 - Endocrinologo
 - Angiologo
 - Non ricordo
- 5.b. Chi l'ha inviato dallo specialista?
(leggere tutte le risposte e barrare una o più risposte)
- Centro diabetologico
 - Medico di famiglia
 - Ha preso lei l'iniziativa

6. Negli ultimi 12 mesi è stato ricoverato in ospedale, escluso il day-hospital?
- Sì
 - No
 - Non ricordo

Vorrei farle ora qualche domanda sugli esami e farmaci che le sono stati prescritti o consigliati dal suo medico o dal centro diabetologico

7. Negli ultimi 12 mesi le hanno esaminato almeno una volta i piedi per verificare la presenza di ferite o irritazioni, presso il centro diabetologico o l'ambulatorio del suo medico?
- Sì
 - No *(saltare alla domanda 8)*
 - Non ricordo *(saltare alla domanda 8)*
- 7.a. Quando è stata l'ultima volta?
- Negli ultimi 6 mesi
 - Più di 6 mesi fa
 - Non ricordo
- 7.b. Chi ha effettuato questa visita?
(leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta)
- Centro diabetologico
 - Medico di famiglia
 - Altri

8. Un oculista le ha mai fatto un esame del fondo degli occhi? Questo esame si fa guardando dentro gli occhi con una luce. Il più delle volte un po' prima si applicano delle gocce che fanno dilatare le pupille e rendono sensibili alla luce per qualche tempo.
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 9*)
 - Non so (*saltare alla domanda 9*)
- 8.a. Quando è stata l'ultima volta?
- negli ultimi 12 mesi
 - più di un anno fa
 - non ricordo
9. Negli ultimi 12 mesi, il centro diabetologico o il medico di famiglia le ha controllato la pressione arteriosa?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 10*)
 - Non ricordo (*saltare alla domanda 10*)
- 9.a. Quando è stata l'ultima volta?
- Negli ultimi 4 mesi
 - Più di 4 mesi fa
 - Non ricordo
- 9.b. Chi ha effettuato questo esame?
(*leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta*)
- Centro diabetologico
 - Medico di famiglia
 - Altri
10. Le è stato mai detto da un medico di avere la pressione alta?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 11*)
 - Non so (*saltare alla domanda 11*)
- 10.a. Prende regolarmente medicine per abbassare la pressione?
- Sì
 - No
11. Negli ultimi 12 mesi, il centro diabetologico o il medico di famiglia le ha controllato la glicemia a digiuno?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 12*)
 - Non so (*saltare alla domanda 12*)

- 11.a. Quando è stata l'ultima volta?
- Negli ultimi 4 mesi
 - Più di 4 mesi fa
 - Non ricordo
- 11.b. Chi le ha richiesto questo controllo?
(leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta)
- Centro diabetologico
 - Medico di famiglia
 - Altri
12. Il colesterolo è un grasso nel sangue. Le è mai stato controllato?
- Sì
 - No (saltare alla domanda 13)
 - Non ricordo/non so (saltare alla domanda 13)
- 12.a. Quando è stata l'ultima volta?
- Nell'ultimo anno
 - Più di un anno fa
 - Non ricordo
- 12.b. Chi le ha richiesto questo controllo?
(leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta)
- Centro diabetologico
 - Medico di famiglia
 - Altri
13. Le è mai stato detto da un medico di avere il colesterolo alto?
- Sì
 - No (saltare alla domanda 14)
 - Non ricordo/non so (saltare alla domanda 14)
- 13.a. Prende regolarmente medicine per abbassare il colesterolo?
- Sì (saltare alla domanda 14)
 - No (andare alla domanda 13.b.)
 - Non so (saltare alla domanda 14)
- 13.b. Perché no?
(leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta)
- Perché il colesterolo si è abbassato senza farmaci
 - A causa degli effetti collaterali
 - Non mi sono state prescritte
 - Altro

14. C'è un esame del sangue che si chiama “emoglobina glicosilata (o glicata oppure H-B-A-uno-C)”. Questo esame misura il livello medio di glicemia negli ultimi tre mesi. Ne ha mai sentito parlare?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 15*)
- 14.a Negli ultimi 12 mesi, ha fatto questo esame di laboratorio?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 15*)
 - Non ricordo/non so (*saltare alla domanda 15*)
- 14.b. Quando è stata l'ultima volta?
- Negli ultimi 4 mesi
 - Più di 4 mesi fa
 - Non ricordo
- 14.c. Chi le ha richiesto questo controllo?
(*leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta*)
- Centro diabetologico
 - Medico di famiglia
 - Altri
15. Talvolta, le persone con diabete fanno un esame delle urine per misurare una proteina, l'albumina. Ha mai fatto un esame di tal genere?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 16*)
 - Non ricordo/non so (*saltare alla domanda 16*)
- 15.a. Quando è stata l'ultima volta?
- Negli ultimi 12 mesi
 - Più di un anno fa
 - Non ricordo
16. Prende regolarmente una pastiglia di aspirina per ridurre il rischio di malattie circolatorie come l'infarto o l'ictus?
- Sì
 - No
17. Ha fatto la vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 12 mesi?
- Sì
 - No
 - Non ricordo

Vorrei ora chiederle che tipo di controlli fa per il suo diabete.

18. A casa, misura la glicemia con un apparecchio portatile (con il quale ci si punge un dito e si appoggia una goccia di sangue su una striscetta)?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 19*)
- 18.a. Quanto spesso?
- Più volte al giorno
 - Una volta al giorno
 - Una o più volte alla settimana (*da 1-6 volte alla settimana*)
 - Meno di una volta alla settimana
19. Se la glicemia si abbassa troppo possono comparire dei disturbi come tremore, sudorazione, confusione. Le hanno mai consigliato cosa fare in questo caso?
- Sì
 - No
 - Non ricordo
20. Le hanno mai consigliato di controllare regolarmente i piedi per la presenza di arrossamenti, irritazioni o piccole ferite?
- Sì
 - No
 - Non ricordo
21. A casa, controlla o si fa controllare i piedi per la presenza di ferite o irritazioni ?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 22*)
- 21.a. Ogni quanto tempo?
- Una volta al giorno
 - Una o più volte alla settimana (*da 1-6 volte alla settimana*)
 - Meno di una volta alla settimana
22. Ha mai consultato un dietista, un dietologo o un nutrizionista da quando le hanno fatto diagnosi di diabete?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 23*)
 - Non ricordo (*saltare alla domanda 23*)

- 22.a. Quando è stata l'ultima volta?
- negli ultimi 12 mesi
 - più di un anno fa
 - non ricordo
23. Attualmente, cosa fa per curare la sua malattia ?
(leggere tutte le risposte e barrare una o più risposte)
- Dieta
 - Farmaci per bocca
 - Insulina
 - Non so

Le propongo adesso qualche domanda sul fumo

24. Ha mai fumato?
- Sì
 - No (saltare alla domanda 29)
25. Fumava quando le è stato diagnosticato il diabete?
- Sì
 - No
 - Non ricordo
26. Fuma attualmente?
- Sì
 - No (saltare alla domanda 28)
- 26.a In genere, quante sigarette al giorno fuma? /_/_/_/
(mettere 00 se fuma meno di una sigaretta al giorno)
27. Il suo medico di famiglia o qualche operatore del centro diabetologico le ha consigliato di smettere di fumare?
- Sì
 - No
 - Non ricordo
- } (saltare alla domanda 29)
28. Perché ha smesso?
- (leggere tutte le risposte e barrare una o più risposte)
- L'ho fatto spontaneamente
 - Perché me lo ha consigliato il medico di famiglia
 - Perché me lo ha consigliato il centro diabetologico
 - Perché me lo hanno consigliato altri medici
 - Perché me lo hanno consigliato altre persone
 - Altro

Adesso le faccio qualche domanda su esercizio fisico e dieta

29. Svolge abitualmente una o più attività fisiche, tipo passeggiate a piedi di almeno un chilometro, passeggiate in bicicletta, giardinaggio, orticoltura, lavori di casa, occupazione lavorativa che la impegna fisicamente, palestra, corsa, nuoto o altri?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 30*)
- 29.a. Quante volte alla settimana?
- 1 o 2 volte
 - 3 o 4 volte
 - 5 o più volte
- 29.b. I giorni che fa attività fisica, per quanto tempo la fa?
- meno di ½ ora
 - tra ½ ora e 1 ora
 - più di 1 ora.
30. E' stato mai informato dell'importanza per le persone con diabete di svolgere attività fisica (non meno di mezz'ora al giorno per almeno 5 giorni la settimana)?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 31*)
 - Non ricordo (*saltare alla domanda 31*)
- 30.a. Chi le ha dato il consiglio?
(*leggere tutte le risposte e barrare una o più risposte*)
- Il medico di famiglia
 - Il centro diabetologico
 - Altre fonti
31. Le è mai stato spiegato che una dieta corretta permette di tenere meglio sotto controllo il diabete?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 32*)
 - Non ricordo (*saltare alla domanda 32*)
- 31.a. Da chi ha ricevuto l'informazione?
(*leggere tutte le risposte e barrare una o più risposte*)
- Dal medico di famiglia
 - Dal centro diabetologico
 - Dal dietista o nutrizionista
 - Da altre fonti come radio, televisione, internet, giornali, ecc
 - Da altri

- 31.b. Che tipo di informazione ha ricevuto?
(leggere tutte le risposte e barrare una o più risposte)
- Consigli a voce
 - Dieta scritta
 - Materiale informativo cartaceo (opuscoli, foglietti informativi, depliant, ecc.)
32. Dal momento della diagnosi di diabete fino ad oggi, le è mai stato detto di essere in sovrappeso?
- Sì
 - No (saltare alla domanda 34)
 - Non ricordo/non so (saltare alla domanda 34)
33. In seguito a ciò ha mai ricevuto il consiglio di perdere peso ?
- Sì
 - No (saltare alla domanda 34)
 - Non ricordo (saltare alla domanda 34)
- 33.a. Da chi?
- (leggere tutte le risposte e barrare una o più risposte)
- Dal medico di famiglia
 - Dal centro diabetologico
 - Da altri
34. (solo per coloro che hanno una diagnosi da oltre 1 anno, verificare alla domanda n.2, altrimenti saltare alla domanda 35) Rispetto al peso che aveva nel momento in cui le è stata fatta la diagnosi di diabete, il suo peso attuale è :
- Almeno 5 chili di più
 - Più o meno lo stesso
 - Almeno 5 chili di meno
 - Non ricordo come fosse il mio peso a quell'epoca
35. Attualmente sta facendo qualcosa per perdere peso?
- Sì
 - No (saltare alla domanda 36)
- 35.a. Che cosa?
- (leggere tutte le risposte e barrare una o più risposte)
- Dieta
 - Attività fisica
 - Farmaci

Vorrei chiedere se ha ricevuto informazioni sui suoi diritti come malato di diabete

36. E' stato informato sulle agevolazioni cui ha diritto un paziente affetto da diabete (esenzioni per farmaci, presidi, esami laboratoristici, visite)?
- Sì
 - No (*saltare alla domanda 37*)
 - Non ricordo (*saltare alla domanda 37*)
- 36.a. Da chi ha ricevuto l'informazione?
(*leggere tutte le risposte e barrare una o più risposte*)
- Dal medico di famiglia
 - Dal centro diabetologico
 - Dall'associazione delle persone con diabete
 - Da familiari, amici
 - Da altre fonti (addetti del distretto o ASL, farmacisti, giornali, radio, televisione, pubblicità ecc.)
 - Non ricordo

Qualche domanda su alcuni problemi particolari che potrebbe aver vissuto.

37. Le è mai stato diagnosticato da un medico un infarto o un'angina o la malattia delle coronarie?
- Sì
 - No
 - Non ricordo/non so
38. Le è mai stato diagnosticato da un medico un ictus o una trombosi cerebrale?
- Sì
 - No
 - Non ricordo/non so
39. Ha mai subito l'amputazione di un dito, un piede o una gamba causata dal diabete?
- Sì
 - No
40. Le è mai stata diagnosticata da un medico una malattia renale causata dal diabete?
- Sì
 - No
 - Non ricordo/non so

41. Le è mai stata diagnosticata da un medico una malattia degli occhi causata dal diabete?
- Sì
 - No
 - Non ricordo/non so
42. Negli ultimi 12 mesi, quale struttura ha seguito più da vicino la sua malattia? (*barrare una sola risposta*)
- Centro diabetologico
 - Ambulatorio del medico di famiglia
 - Altro, specificare _____

Le domande che seguono si riferiscono alla struttura che l'ha seguita più da vicino.

43. Come ritiene che siano gli orari dell'ambulatorio?
(*leggere tutte le risposte e barrare sola risposta*)
- Ottimi
 - Adeguati
 - Appena adeguati
 - Non adeguati
44. Quanto sono accessibili i locali dove viene visitato, per esempio barriere architettoniche, mancanza di un ascensore, scalini, molto da camminare, ecc?
(*leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta*)
- Molto accessibili
 - Abbastanza accessibili
 - Accessibili con una certa difficoltà
 - Poco accessibili
45. Come giudica il livello di pulizia e gradevolezza?
(*leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta*)
- Ottimo
 - Buono
 - Sufficiente
 - Non sufficiente

46. Durante le sue ultime visite, come le sono sembrate la cortesia e la disponibilità di chi l'ha assistita?
(leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta)
- Ottime
 - Buone
 - Sufficienti
 - Non sufficienti
47. Durante le sue ultime visite quante volte le sono state spiegate le cose in maniera a lei comprensibile?
(leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta)
- Sempre
 - Spesso
 - Qualche volta
 - Mai
48. E ancora, durante le sue ultime visite in ambulatorio quante volte ha avuto l'impressione di essere ascoltato con attenzione?
(leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta)
- Sempre
 - Spesso
 - Qualche volta
 - Mai

Vorrei farle ora qualche domanda in particolare sull'ULTIMA visita nella struttura che l'ha seguita più da vicino

49. L'ultima volta che è stato visitato quanto tempo ha impiegato per raggiungerlo?
- meno di 15 minuti
 - fra 15 e 30 minuti
 - fra 30 minuti e un'ora
 - più di un'ora
50. E quanto tempo ha dovuto attendere prima che si siano occupati di lei (per un prelievo o una visita)?
- meno di 15 minuti
 - fra 15 e 30 minuti
 - fra 30 minuti e un'ora
 - più di un'ora
51. Quanto tempo è durato complessivamente il suo ultimo controllo dall'arrivo fino all'uscita dalla struttura ambulatoriale?
ore /__ / minuti /__ /__ /

52. Durante l'ultima visita, le è stato dato un appuntamento ad una data precisa per la visita successiva?
(leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta)
- Sì
 - No, mi è stato detto di chiamare in seguito per fissare un appuntamento
 - No, mi è stato detto che mi telefoneranno per fissarmi la data
 - No, non mi è stato fissato un appuntamento
 - Non ricordo
53. Globalmente come giudica il servizio che le viene offerto?
(leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta)
- Ottimo
 - Buono
 - Sufficiente
 - Non sufficiente
54. Come giudica il livello di coordinamento tra tutti i servizi e i diversi professionisti che si occupano della sua malattia?
(leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta)
- Ottimo
 - Buono
 - Sufficiente
 - Non sufficiente
55. Qual è la fonte di informazioni che considera più utile per seguire e capire la sua malattia?
(leggere tutte le risposte e barrare una sola risposta)
- Il centro diabetologico
 - Il medico di famiglia
 - L'associazione dei malati
 - Interpreto da me stesso tutti i documenti
 - Non dispongo di una fonte di informazione veramente efficace

Abbiamo quasi finito—Ora chiederò qualcosa su di lei

56. Qual è il suo titolo di studio?
- nessuno
 - elementari
 - medie
 - diploma superiore
 - laurea
57. Attualmente ha un'occupazione lavorativa?
- Sì, a tempo parziale
 - Sì, a tempo pieno
 - Casalingo/a
 - Studente
 - In attesa di occupazione
 - Pensionato
 - Non risponde
58. Conosce la sua altezza (senza scarpe)?
- — — cm
- Non lo so
 - Non risponde
59. Conosce il suo peso (senza abiti)?
- — — kg
- Non lo so
 - Non risponde
60. Infine, come definirebbe attualmente il suo stato di salute complessivamente?
- Molto buono
 - Buono
 - Appena sufficiente
 - Cattivo

61. In rapporto a tutti gli argomenti di cui abbiamo discusso, che cosa proporrebbe per migliorare l'assistenza dei malati di diabete della sua regione?

La ringraziamo per la collaborazione

Agencia di Sanità Pubblica