

Studio Quadri

Qualità
dell'Assistenza
alle persone Diabetiche
nelle Regioni
Italiane



REGIONE BASILICATA

RAPPORTO 2005

A cura di: Giuseppe Montagano
Massimiliano Gallo
Emilio Chiarolla
*Regione Basilicata - Direzione Generale del Dipartimento
Salute, Sicurezza, Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona
e alla Comunità*

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

A livello regionale:
Vincenzo Caruso
Dirigente Medico ASL 3
Giovanni Petrosillo
Regione Basilicata, Progetto SFERA

A livello nazionale:

Donato Greco

Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione

Nancy Binkin, Alberto Perra, Silvia Colitti, Yllka Kodra,

Marina Maggini, Bruno Caffari

Istituto Superiore di Sanità

Angelo D'argenzio, Oscar Mingozzi, Salvatore Lopresti,

Salvo Scondotto, Sandro Baldissera, Valerio Aprile

PROFEA

Antonio Pontiroli e Riccardo Vigneri

Presidenza SID (Società italiana di Diabetologia)

Giacomo Vespasiani e Umberto Di Mario

Presidenza AMD (Associazione Medici Diabetologi)

A livello internazionale:

David Williamson e Giuseppina Imperatore

Division of Diabetes Translation

Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA USA

Alle Aziende Sanitarie:***Referenti aziendali***

Ciriello Grazia, Frangione Maria, Rubino Caterina,

Pietrafesa Giuseppe, Verrastro Pietro, De Fino Massimo,

Petruzzelli Raffaella, Cilla Vito, Denisi Vincenzo,

Amendolaro Maria Giuseppa, Amoia Vincenzo,

Potenza Carmela, Caprio Angela

Intervistatori

Caramuta Clementina, Cozza Carmela, De Orsi Doristella,

Pugliese Carla, Fiore Franca, Polosa Felicetta, Bruno Antonia,

Digrisolo Rosa, Solimano Annalisa, Daraio Maria Giuseppa,

Francolino Maria Giuseppa, Iorio Silvana, Gaeta Pasqualina,

Falcone Rosa, Infantino Giovanna, Ammirati Antonietta,

Molfese Rita

Si ringraziano i Direttori Generali delle ASL, i Medici di Medicina Generale e gli specialisti Diabetologi della Regione per la preziosa collaborazione fornita.

Si ringraziano inoltre tutte le persone con diabete che ci hanno generosamente dedicato tempo e attenzione per la raccolta delle informazioni e dei dati necessari alla realizzazione di questo Studio.

La nostra speranza è che i risultati dello studio possano dare un contributo a migliorare la gestione delle cure e l'organizzazione dei servizi sanitari forniti alle persone con diabete.

Presentazione

È ormai convinzione comune che le potenzialità di successo delle politiche di promozione della salute, e la loro stessa sostenibilità finanziaria, sono legate in maniera determinante alla capacità di concepire e implementare politiche della prevenzione, dell'educazione, del governo della domanda. Ciò è tanto più vero quando l'attenzione si focalizza sui grandi fattori di rischio, quelli che producono la grande maggioranza delle cause di malattia e di morte: il rischio oncologico, quello cardiovascolare, quello diabetico.

Si comprende, dunque, perché la Regione Basilicata abbia cominciato a programmare sul medio periodo il suo impegno sul fronte delle politiche della prevenzione, uscendo dalla sporadicità delle azioni e avviando una strategia di intervento a livello di massa: si pensi alla rilevanza e risonanza dell'esperienza degli screenings oncologici.

L'attenzione al tema del diabete è venuta affermandosi un pò più lentamente; in compenso, grazie anche alla proficua collaborazione con l'Alad-Fand (Associazione Lucana Assistenza Diabetici), sono state intraprese iniziative molto positive di sostegno quali l'erogazione dei microinfusori per i pazienti diabetici e il progetto per la prevenzione delle complicanze del diabete nella gestione integrata del paziente.

Il presente studio, che è frutto di un lavoro di collaborazione tra la Regione e l'Istituto Superiore di Sanità, mira per l'appunto a promuovere una conoscenza più approfondita del diabete, di una malattia tanto diffusa che vede la sua incidenza ulteriormente in crescita soprattutto a seguito delle forti modificazioni degli stili di vita, indotte da un'alimentazione tendenzialmente eccedente il fabbisogno energetico delle persone.

Scopo specifico dell'indagine è stato quello di individuare le aree critiche regionali dell'assistenza ai diabetici e di favorire in tal modo un miglioramento degli interventi sanitari, garantendo nel contempo una migliore informazione ai soggetti coinvolti nelle strategie preventive e terapeutiche (Centri Diabetologici, medici di medicina generale).

Dei risultati dello studio va reso merito ai dirigenti e funzionari regionali, nonché ai tanti operatori del Servizio Sanitario Regionale, che dedicano alla tematica della prevenzione e della cura del diabete una attenzione non solo professionale. Il loro lavoro, il nostro lavoro, è solo un piccolo omaggio all'esemplare, straordinario impegno di iniziativa e di solidarietà di cui si rendono quotidianamente protagonisti gli stessi diabetici lucani e la loro alacre realtà associativa.

Rocco Colangelo

Assessore alla Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale
Regione Basilicata

RISULTATI NAZIONALI DELLO STUDIO QUADRI

QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ALLE PERSONE DIABETICHE NELLE REGIONI

Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

INTRODUZIONE

La qualità dell'assistenza e la gestione integrata sul territorio della malattia diabetica è ritenuta una condizione fondamentale per una 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 erano di 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 clinici realizzati dalle strutture preposte, l'aderenza alle linee guida in uso in Italia, le conoscenze sulla malattia e le misure comportamentali e terapeutiche intraprese dai pazienti stessi per controllare la malattia oltrechè la loro percezione sulla qualità dell'assistenza erogata ed il grado di informazione sui propri diritti.

METODI

E' stata condotta un'indagine campionaria, con disegno di tipo trasversale (di prevalenza) in 21 regioni italiane. La popolazione in studio è costituita da soggetti inclusi nelle liste di esenzione ticket per diabete di età compresa fra 18 e 64 anni. Il campionamento è stato effettuato con metodo casuale semplice, direttamente sulle liste di esenzione ticket, nelle regioni più piccole e secondo il "cluster survey design" dell'OMS, nelle più popolose, selezionando 30 distretti con il metodo della probabilità proporzionale alla popolazione. La rilevazione dei dati è stata effettuata attraverso un questionario standardizzato somministrato tramite intervista diretta.

Per l'elaborazione delle domande e l'analisi sono state prese come riferimento le Linee Guida AMD-SID-SIMG, integrandole con altre raccomandazioni basate su evidenze.

RISULTATI

Caratteristiche cliniche: Nel 28% dei casi la diagnosi di diabete era stata effettuata prima dei 40 anni; per il 72% la malattia durava da 5 anni o più.

Per la maggioranza (64%) il principale erogatore di cure era il centro diabetologico, seguito dal medico di medicina generale (29%). La terapia più comune (60% dei casi) era con antidiabetici orali da soli; il 26% faceva uso di insulina o insulina + antidiabetici orali.

Il 30% aveva sofferto di almeno 1 complicanza; le più frequenti erano la reti-

nopatia diabetica (19% della popolazione: dal 7% di Trento fino al 30% della Sardegna) e le complicanze cardiovascolari (13%: dal 7% della Basilicata al 30% del Lazio). Poco rappresentate invece, nella nostra popolazione, erano le complicanze renali (4%), ictus (3%), e amputazioni (1%). Quasi uno su sei era stato ricoverato nell'ultimo anno (19%: dal 14% Liguria al 27% Basilicata).

Fattori di rischio che aumentano le complicazioni e la mortalità fra i diabetici: il 54% del campione riferiva di avere ipertensione arteriosa, il 16% NON era in terapia. Il 44% riferiva di avere il colesterolo alto, il 47% NON era in terapia. Il 38% fumava al momento della diagnosi ed il 25% fumava ancora al momento dell'intervista.

Solo il 28% del campione aveva un indice di massa corporea normale; il 40% era sovrappeso mentre gli obesi erano il 32%. Il 27% del campione in studio non svolgeva alcuna attività fisica.

Stato di salute percepita: Il 32% riteneva appena sufficiente o cattivo il proprio stato di salute. L'insoddisfazione era 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 il "piede diabetico"; tra questi, solo la metà (54%) esegue l'auto-ispezione giornaliera.

Il 69% dei pazienti, in cura con farmaci, ha dichiarato di aver ricevuto consiglio su cosa fare in caso di un possibile crisi ipoglicemica.

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

Obesità: Il 72% dei pazienti in studio è risultato in eccesso di peso: quasi tutti (l'85%) sanno di esserlo, il 98% ha ricevuto consiglio di dimagrire ma soltanto 1 paziente su 2 (52%), sta facendo qualcosa per perdere peso (dieta, attività fisica, farmaci). Il 98% dei pazienti ha ricevuto informazione riguardo l'importanza dell'osservanza di adeguate abitudini alimentari.

Attività fisica: Nonostante l'86% abbia ricevuto delle informazioni sull'importanza dell'attività fisica regolare, che ha benefici effetti sul controllo della glicemia e di altri fattori correlati con il diabete (ipertensione, controllo lipidico, controllo del peso), solo il 52% svolge un'attività fisica abituale ed 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 e la vaccinazione antinfluenzale, e ogni 4 mesi la determinazione dell'emoglobina glicosilata. Per i soggetti trattati con insulina è previsto l'autocontrollo glicemico pluri-quotidiano. Inoltre le linee guida suggeriscono che tutti i pazienti, oltre i 40 anni o con almeno un fattore di rischio cardiovascolare, assu-

mano 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 dal centro diabetologico nell'ultimo semestre. Nell'ultimo anno solo il 58% ha effettuato un esame del fondo oculare ed il 42% ha ricevuto la vaccinazione anti-influenzale. Negli ultimi quattro mesi l'emoglobina glicosilata è stata eseguita nel 66% dei diabetici. Il 56% dei soggetti trattati con insulina 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 16% assume ASA come prevenzione primaria. Sulla base di un indicatore complesso, costruito su 8 indicatori di aderenza alle linee guida, è stato dato un punteggio alla realizzazione complessiva della serie di controlli e test previsti dalle linee guida per i pazienti. I risultati mostrano che solo il 5% del campione realizza tutti (8) i controlli nel tempo e frequenza previsti, il 50% ne realizza fra 5 e 7, il 42% dei pazienti fra 1 e 4, e il 3% non fa controlli di nessun tipo sugli 8 considerati essenziali dalle Linee Guida per il controllo della malattia e la prevenzione delle complicazioni.

QUALITÀ PERCEPITA DEI SERVIZI

La grande maggioranza dei cittadini (circa il 90%) ritiene che i servizi abbiano orari adeguati, i locali facilmente accessibili e puliti, non si apprezzano differenze significative fra i locali dei Medici di Medicina Generale e i 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 generali che 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 per ottenere una prestazione, nonostante oltre l'80% dei Centri lavori "su prenotazione".

CONCLUSIONI

Un efficace controllo della malattia diabetica non può avvenire senza il coinvolgimento attivo del paziente. L'educazione all'autogestione del diabete e l'osservanza di comportamenti sani rappresenta un aspetto centrale 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 necessario garantire l'informazione laddove le conoscenze sono apparse scarse: emoglobina glicata, controllo dei piedi, gestione dell'ipoglicemia, conoscenza del sovrappeso.

Invece è necessario rimodulare le forme della comunicazione rispetto ai corret-

ti stili di vita: nonostante l'informazione sia diffusa (più del 90% è informato su fumo, controllo del peso, corretta attività fisica ed alimentazione ponderata), i comportamenti reali dimostrano l'inefficacia degli attuali interventi educativi.

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

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 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 sia da diversi fattori genetici che da fattori ambientali. Esistono due forme principali di diabete:

Diabete di tipo 1 (insulino - dipendente): 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 (non insulino - dipendente): 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 della prevalenza anche negli adolescenti.

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 continuo 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 di 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 (retinopatia, nefropatia, ulcere del piede) e macrovascolari (cardiovascolari, cerebrovascolari, amputazioni) a cui i pazienti vanno incontro. Fra le complicanze microvascolari, la retinopatia diabetica rappresenta la maggiore causa di cecità fra gli adulti e la nefropatia diabetica è la principale causa di insufficienza renale cronica e dialisi. Le complicanze macrovascolari del diabete comprendono anche l'infarto del miocardio e l'ictus.

Il diabete è una patologia con un costo sociale molto elevato. In Italia si stima che il 6,7% (circa 5.500 milioni di euro nel 2004) dell'intera spesa sanitaria nazionale, pubblica e privata, sarà assorbita dalla popolazione diabetica. Ogni

anno, ci sono più di 70.000 ricoveri ospedalieri per diabete. In Italia, nel 2002, vi è stato un tasso totale di ricoveri di 129 per 100.000 abitanti, con un range che va dal 42 della Valle D'Aosta al 223 per 100.000 della Sicilia. Nello stesso anno ci sono state oltre 479.000 giornate di degenza per diabete (ricoveri per acuti - regime ordinario ACC-aggregati clinici di codici di diagnosi). 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, può ridurre il rischio delle complicanze microvascolari del 30% (nelle persone con diabete di tipo 2) e del 70% (in quelle con diabete di tipo 1). Inoltre, il contemporaneo controllo del diabete e di altri determinanti di salute come l'ipertensione, il 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 in modo da intraprendere appropriati interventi di prevenzione.

Tra le attività svolte per prevenire l'insorgenza di complicanze, è previsto un attento monitoraggio dell'emoglobina glicosilata, sostanza presente nel sangue che risente dei livelli di glicemia degli ultimi tre mesi e che rappresenta un indicatore di un corretto mantenimento dei livelli glicemici entro limiti accettabili. Tra gli altri indicatori troviamo la frequenza con cui sono misurati e trattati la pressione arteriosa e il colesterolo; la frequenza con cui viene effettuato l'esame del fondo oculare e dei piedi; la prescrizione di aspirina alle persone a rischio di complicanze cardiovascolari; la valutazione della presenza della nefropatia; le raccomandazioni ed il counselling sull'attività fisica, la diminuzione dell'eccesso di peso e la cessazione del fumo di sigarette. Frequenti controlli medici così come un esame annuale del fondo oculare e dei piedi, e la valutazione della presenza della nefropatia sono attività essenziali per scoprire precocemente l'insorgenza di possibili complicanze.

L'esecuzione di molte di queste visite e test diagnostici, insieme all'educazione e al counselling dei diabetici, rappresentano una sfida per il Servizio Sanitario Regionale. Per molte di queste attività diventa essenziale un efficiente coordinamento tra tutte le figure che si occupano del diabete (medici di medicina generale, operatori dei Centri diabetologici, specialisti diabetologi, dietologi, cardiologi, nefrologi ecc.). Tuttavia, anche senza un attento coordinamento, la prevenzione delle complicanze e le attività di screening possono essere canalizzate verso quelle figure professionali in grado di attuare una efficace gestione del caso (case management).

Per questa ragione, la qualità dell'assistenza e la gestione integrata e territoriale (disease management) della malattia è ritenuta 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. In particolare, la qualità organizzativa e l'efficienza dell'assistenza diabetologica sono state correlate con un miglior controllo della malattia, con una migliore prognosi delle complicanze e con una minore mortalità collegata al diabete.

A causa della dimensione del problema, insieme all'evidenza che un attento monitoraggio ed efficaci trattamenti precoci possono migliorare la salute delle persone con diabete, il Ministro 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).

Nonostante l'importanza del problema, 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 anti-diabetici, 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 hanno valutato i consigli che i pazienti riferiscono di aver ricevuto.

Il presente studio si propone di fornire un quadro nazionale della qualità e delle modalità dell'assistenza dal punto di vista del malato, in un campione di popolazione fra i 18 e i 65 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. E' 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 approssimativamente il 12% 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 alle complicanze e ai ricoveri che aumentano con l'aumentare dell'età.

Le informazioni relative ai test effettuati ed ai loro risultati provengono direttamente dalle dichiarazioni degli individui intervistati e non da dati provenienti da documenti sanitari, pertanto potrebbero esservi degli scostamenti tra la situazione reale e quella dichiarata. La ragione di ciò risiede essenzialmente nella natura dello stesso studio che rende impossibile verificare le informazio-

ni attraverso un'analisi a posteriori di documentazione sanitaria. Nonostante ciò, numerosi studi hanno confermato che i dati riferiti dai pazienti sono generalmente accurati, benché essi tendano a riportare che un test è stato effettuato in tempi più recenti di quanto lo sia in realtà. In alcuni casi i diabetici potrebbero essere stati sottoposti a test diagnostici di cui il paziente stesso non era a conoscenza o che non era in grado di riferire con esattezza. Questa eventualità non deporrebbe, comunque, per un servizio di qualità, poiché è fondamentale che i pazienti siano pienamente coscienti della propria condizione. È essenziale, quindi, che si realizzi il coinvolgimento pieno dei pazienti diabetici poiché essi giocano un ruolo attivo nella gestione delle cure, dunque la conoscenza dettagliata degli esami e delle visite a cui sono sottoposti ne rappresenta una condizione necessaria.

Malgrado questi limiti, questo studio 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 anti-diabetici, dei distretti, delle ASL e delle Regioni, informazioni utili per l'elaborazione di strategie più efficienti ed efficaci di "disease management" tenendo conto dell'evoluzione verso la "territorializzazione" dei servizi.

OBIETTIVI

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

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, 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
- » Tipo e frequenza delle attività di follow-up clinico
- » Tipo e frequenza dei comportamenti e delle terapie adottate per curare il diabete

METODI

Tipo di studio

Studio trasversale di prevalenza.

Popolazione in studio

Lo studio è stato condotto in tutte le Regioni italiane. Nelle Regioni che hanno partecipato all'indagine, la popolazione in studio è costituita dalle persone con diabete rilevate dalle liste distrettuali di esenzione alla partecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) in età compresa fra 18 e 64 anni (nati fra 1/1/1939 e 1/1/1986).

Strategie di campionamento

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. In queste Regioni sono stati selezionati 100 individui insieme ad altri 100 come eventuali sostituti.

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. Ai fini dello studio sono stati selezionati 30 distretti con il metodo della probabilità proporzionale alla loro popolazione con esenzione ticket per diabete. I distretti sono stati selezionati con metodo random tra tutti i distretti della Regione Calabria (in totale 33) dopo aver pesato ogni distretto per la popolazione residente.

In ogni distretto selezionato, il campione di persone da intervistare è stato estratto dagli elenchi dei diabetici con esenzione ticket presenti nei registri dei singoli ambulatori e/o Centri di diabetologia o dagli elenchi degli esenti ticket centralizzati a livello distrettuale.

Per le Regioni che hanno effettuato il campionamento random semplice, 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 che hanno usato il campionamento a cluster, invece, la dimensione del campione è stata aggiustata su un fattore di 2,2, dato che considerazioni statistiche prendono in conto l'"effetto disegno" causato dal fatto che le persone all'interno dello stesso cluster possono essere più omogenee per l'item studiato rispetto a quelle scelte a random nella popolazione generale. In queste Regioni la dimensione complessiva del campione è stata incrementata a 210 (7 individui per 30 cluster) con altrettanti eventuali sostituti in ogni cluster.

Interviste

La somministrazione del questionario è stata preceduta dalla formazione degli intervistatori e dei coordinatori di distretto. La formazione, della durata di un giorno, ha avuto per oggetto le modalità per il contatto e il rispetto della privacy delle persone, il metodo dell'intervista, la somministrazione del questionario con l'ausilio di linee guida appositamente elaborate.

Le interviste alla popolazione in studio sono state fatte, in quasi tutte le Regioni, da assistenti sanitari, infermieri o altri operatori sanitari del Sistema Sanitario Regionale. 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. E' stata data la possibilità, per chiunque lo desiderasse di concedere l'intervista presso i locali appositamente messi a disposizione dal distretto dell'ASL.

Analisi delle informazioni

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

L'analisi è stata condotta sia per Regione che 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.

La struttura per età e la durata del diabete nelle persone intervistate hanno mostrato una certa variabilità tra le varie Regioni. Tuttavia, per quanto riguarda i ricoveri e le complicanze, che sono fortemente dipendenti 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.

È stato valutato il tasso di rimpiazzo ed in particolare quello di rifiuto delle persone campionate, al fine di valutare eventuali possibili distorsioni.

Etica

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'inda-

gine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità. Gli intervistatori hanno contattato direttamente per telefono le persone selezionate (e non attraverso qualche familiare) per spiegare gli obiettivi e i metodi dello studio e garantire la privacy per ogni eventuale informazione raccolta.

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 spiegato ancora gli obiettivi dello studio, vantaggi e svantaggi per l'intervistato e le misure prese per garantire 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 standardizzato somministrato all'intervistato, che è stata separata dal questionario e conservata 7 giorni, in un cassetto o armadio, sotto il controllo del solo coordinatore distrettuale dell'inchiesta.

Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore regionale, le prime pagine con i dati nominativi sono state completamente distrutte. Nessun dato direttamente nominativo è più rintracciabile e pertanto non è stato inserito nel supporto informatico per la costituzione della base di dati.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE RILEVATO IN BASILICATA

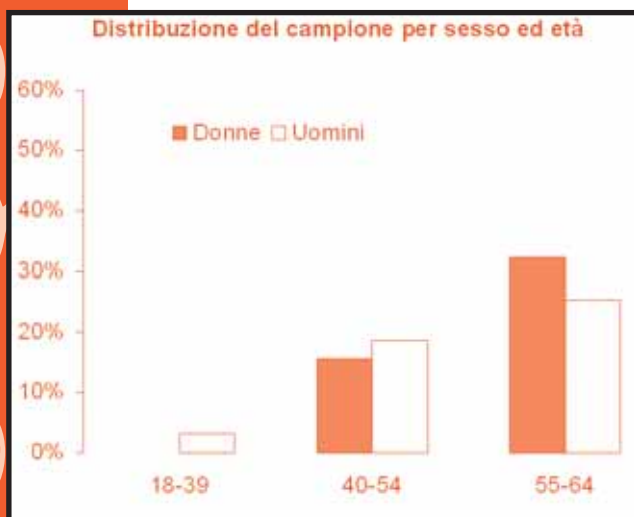
Gli operatori sanitari delle ASL della Regione hanno effettuato le 98 interviste previste dallo studio.

In Basilicata il tasso di partecipazione all'indagine è risultato accettabile. È stato intervistato il 73% dei titolari con una percentuale di sostituzioni del 27%. I valori nazionali sono rispettivamente del 78% e del 22%.

Il tasso medio di rifiuto in Basilicata risulta pari al 9% contro il valore nazionale dell'8%.

ASPETTI SOCIO-DEMOGRAFICI

Quali sono le caratteristiche di sesso ed età degli intervistati?



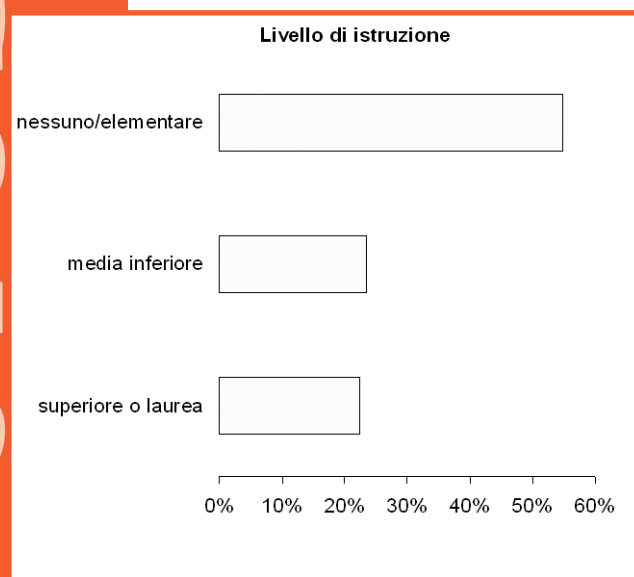
Nel campione regionale il 50% delle persone intervistate è rappresentato da uomini, il 50% da donne.

Nel campione nazionale il 59% degli intervistati sono uomini e il 41% sono donne.

Tra le persone in Basilicata il 4,08% appartiene alla fascia di età 18 – 39 anni, il 35,7% alla fascia 40 – 54 anni ed il 60,2% alla fascia di età compresa tra 55 – 64 anni.

A livello nazionale i valori corrispondenti sono dell'8% tra 18 e 39, del 31% tra 40 e 54 e del 61 % tra 55 e 64 anni.

Qual'è il livello di istruzione?



Il 54,8% del campione in Basilicata ha un grado di istruzione basso (nessuno/elementare), il 23,4 un grado di istruzione medio inferiore, mentre il 22,4 un grado di istruzione superiore o la laurea.

In Italia i dati corrispondenti sono 41%, 31% e 28%.

Quante persone del campione sono occupate?

Il 41,8% del campione della Basilicata risulta occupato contro il 43% del campione nazionale.

Tra le persone con meno di 55 anni il 43,7% delle donne ed il 73,9% degli uomini sono occupati, mentre tra le persone da 55 a 64 anni il 24,2% delle donne ed il 34,6% degli uomini dichiarano di essere occupati.

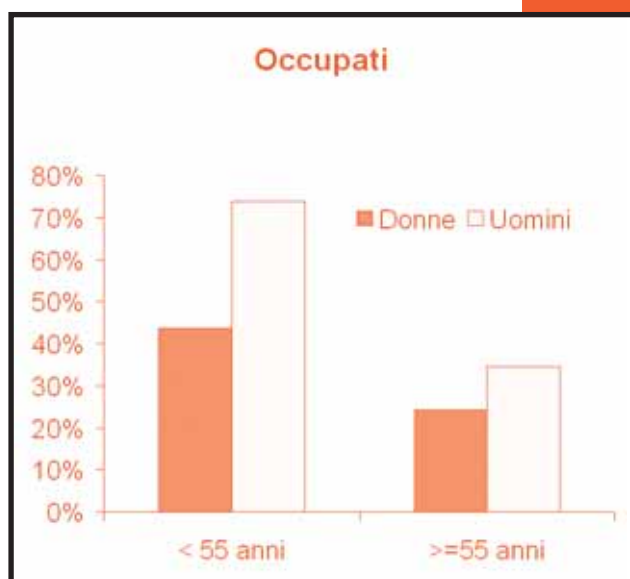
A livello nazionale i dati corrispondenti sono: il 43% delle donne e l'81% degli uomini con meno di 55 anni, ed il 14% delle donne e 38% degli uomini da 55 a 64 anni.

CONCLUSIONI

La distribuzione in classi di età del campione identificato per lo studio QUADRI, mostra una percentuale superiore nelle classi di età da 55 a 64 anni sia nel dato nazionale che in quello regionale. I sessi sono equamente rappresentati nel campione. La distribuzione per età è quella attesa considerando che l'età mediana dei diabetici in Italia stimata è alta; circa il 45% ha ³ 65anni.

Un altro risultato importante è il basso livello di istruzione dei pazienti intervistati. Quasi il 55% dei diabetici a livello regionale hanno un basso grado di istruzione e ciò rappresenta una sfida per lo sviluppo di appropriati materiali e programmi di educazione sanitaria.

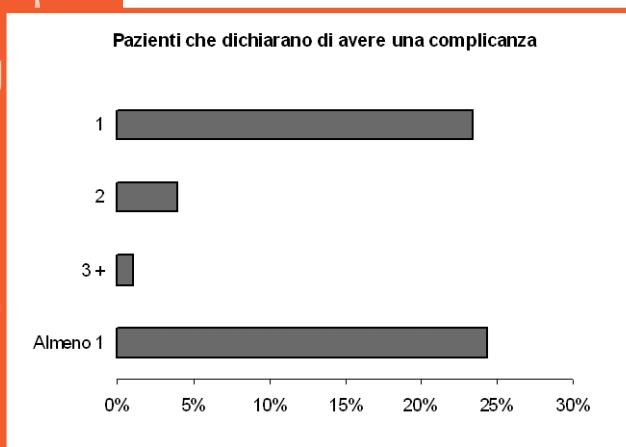
Esiste una differenza occupazionale particolarmente evidente nella fascia d'età inferiore a 55 anni, in cui il 74% della popolazione maschile ed il 44% di quella femminile risulta occupata, valori simili ai dati ISTAT per le donne, più bassi di 10 punti per gli uomini. Questo dato apre interrogativi importanti relativamente alla causa delle basse percentuali di occupazione riscontrate nel campione. Uno tra questi è quello di una possibile correlazione tra l'occupazione ed il diabete. Il miglioramento della qualità delle cure ed una migliore gestione della malattia può avere, quindi, importanti risvolti economici perché si potrebbero recuperare ad una vita attiva e produttiva un numero considerevole di persone con diabete.



DIABETE E COMPLICANZE

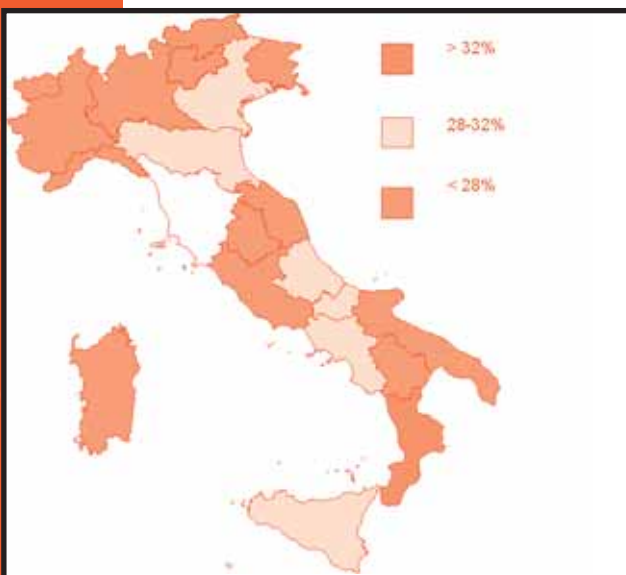
Il diabete mellito è una malattia cronica, evolutiva ad alto rischio di complicanze, che non solo incidono sulla progressiva inabilità del paziente, ma che sono anche causa di frequenti condizioni di tipo “acuto”. Alcune di queste complicanze possono essere prevenute attraverso un accurato controllo della glicemia e tramite un frequente monitoraggio volto a identificare i sintomi iniziali attraverso il periodico esame degli occhi, l’autocontrollo e il periodico controllo medico dei piedi o attraverso la riduzione di altri fattori di rischio come l’ipertensione, l’ipercolesterolemia, la mancanza di attività fisica e l’obesità, che possono ulteriormente incrementare il rischio di complicanze. 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?



In Basilicata, il 24,5% del campione esaminato presenta una delle 5 complicanze, il 4% ne riferisce 2 e l’1% è affetto da 3 o più complicanze. La percentuale di soggetti con almeno una complicanza è del 28,6% (Italia 30%, IC: 28% – 32%). 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 il 47 %.

Come questi numeri si confrontano con i valori nazionali?



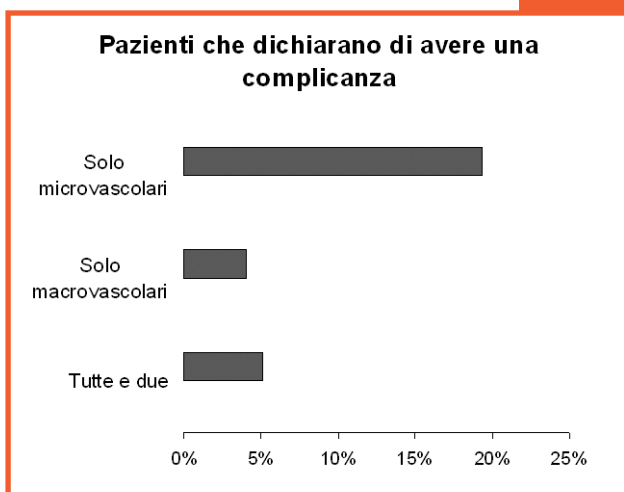
I tassi di complicanze differiscono per fattori quali l’età delle persone e la durata del diabete. Tali fattori incidono diversamente per le diverse Regioni. Per questa ragione sono stati confrontati i tassi di ciascuna Regione aggiustandoli a seconda delle differenze nella distribuzione dell’età e della durata del diabete. Le Regioni sono state quindi divise in tre gruppi uguali: quelle con la media più alta, simile o più bassa della media nazionale.

La Basilicata fa parte del gruppo di Regioni che hanno un livello di complicanze più basso della

media nazionale, tenuto conto delle differenze e delle caratteristiche dei diabetici nelle regioni.

Che tipo di complicanze presentano i nostri pazienti diabetici?

Le complicanze sono divise generalmente in due categorie: microvascolari e macrovascolari. Le complicanze microvascolari, come quelle oculari (retinopatia e cataratta), quelle dei reni (nefropatia), e quelle neuropatiche agli arti inferiori che portano all'amputazione, si verificano soprattutto nelle persone che non mantengono adeguati livelli glicemici. Le complicanze macrovascolari includono infarto e ictus e sono frequenti nelle persone che hanno livelli di glicemia anche poco più alti rispetto alla norma.



In Basilicata, le complicanze più frequenti sono quelle microvascolari. Complessivamente il campione esaminato presenta il 24,4% di complicanze (19,3 % solo microvascolari, il 5,1% in combinazione con le complicanze macrovascolari e il 4% solo macro).

Prendendo in considerazione le differenze tra la popolazione, la prevalenza di tutti e due i tipi di complicanze è simile a quella osservata a livello nazionale (14% solo microvascolari, 10% solo macrovascolari e 6% entrambe).

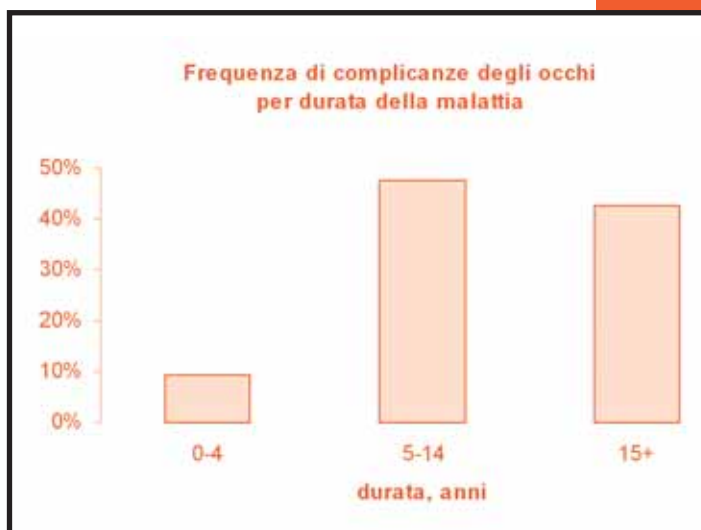
Quale è la complicanza singola più frequente?

Le complicanze più frequenti nel gruppo di età studiato (18-64 anni) sono quelle oculari (retinopatia diabetica) seguite dalle complicanze cardiovascolari.

Complicanze degli occhi

Nei paesi industrializzati, compresa l'Italia, il diabete costituisce la principale causa di cecità. Inoltre, poiché queste complicanze possono portare a cecità durante l'età lavorativa, sono associate a enormi costi economici.

La più comune e seria complicanza degli occhi è la retinopatia (malattia dei piccoli vasi sanguigni della retina) e la cataratta. I tassi di retinopatia nei soggetti diabetici sono circa 12 volte più alti rispetto alla popolazione generale.

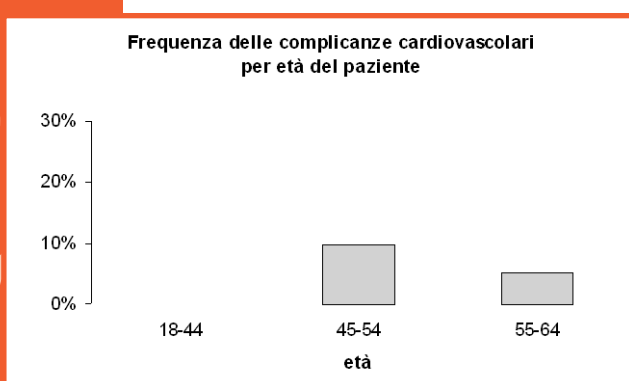


Queste complicanze sono prevenibili con un efficace controllo dei livelli glicemici e della pressione arteriosa, attraverso l'individuazione precoce e il trattamento dei pazienti con alto rischio di retinopatia diabetica.

In Basilicata la percentuale di soggetti che dichiara di avere complicanze oculari associate al diabete è del 21,4% (Italia 19%, IC 17% – 20%).

Benché la prevalenza aumenti con l'età, la durata della malattia gioca un ruolo più importante: la prevalenza cresce dal 9,5% nei pazienti con una durata del diabete inferiore a 5 anni fino al 42,8% nei pazienti affetti da diabete da più di 15 anni.

Complicanze cardiovascolari



Su tutto il campione preso in esame queste complicanze rappresentano la causa più importante di morbilità e mortalità associate al diabete. Le complicanze cardiovascolari sono da 2 a 4 volte più frequenti nelle persone con diabete di pari età e sesso rispetto alla popolazione generale e costituiscono anche la causa più frequente di ricovero in ospedale e quindi di consumo di risorse.

In Basilicata le complicanze cardiovascolari (infarto/angina), interessano il 6% del campione esaminato (Italia 13% IC: 12% – 15%).

La prevalenza aumenta con l'aumentare dell'età, dallo 0% nei soggetti di età inferiore a 45 anni al 5% nei soggetti di età compresa tra 55 e 64 anni.

Le complicanze cardiovascolari sono meno dipendenti dalla durata della malattia.

Altre complicanze

Le rimanenti tre complicanze (ictus, nefropatia, amputazione) sono meno frequentemente osservate nella nostra popolazione che è relativamente giovane. L'1% della popolazione ha dichiarato di aver avuto un ictus, al 4% è stato diagnosticato un problema renale dovuto al diabete, il 2% ha subito un'amputazione.

Pur tuttavia, nell'intera popolazione il diabete è attualmente la prima causa di insufficienza renale con necessità di dialisi o di trapianto in Europa e il 10% di coloro che si sottopongono a dialisi è affetto da diabete.

Anche l'ictus è una complicanza molto comune tra i pazienti con diabete. La popolazione diabetica è da 2 a 4 volte più esposta all'ictus rispetto alla popolazione generale.

Per quanto riguarda le complicanze agli arti inferiori, si calcola 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 con un grande impatto sulla aspettativa e sulla qualità della vita di chi ne è affetto. L'elevato numero dei casi previsti nei prossimi 25 anni avrà conseguenze enormi sulla salute pubblica e sulla spesa sanitaria.

Esistono oggi chiare evidenze provenienti da studi clinici controllati che dimostrano che il controllo ottimale della glicemia, della pressione arteriosa e dei lipidi, può ritardare o prevenire l'insorgenza delle complicanze devastanti del diabete come l'insufficienza renale, cecità, malattie cardiovascolari, amputazione degli arti inferiori abbattendo notevolmente i costi della patologia.

La Basilicata mostra una prevalenza di complicanze singole e associate nelle persone con diabete, ad esempio quelle oculari sono più elevate di 2,4 punti percentuali rispetto al dato nazionale mentre più basso di 7 punti percentuali risulta il dato su quelle cardiovascolari.

È quindi necessario

Migliorare l'aderenza del personale medico alle linee guida per l'esecuzione periodica dei controlli necessari ad identificare precocemente le complicazioni, soprattutto di tipo oculare.

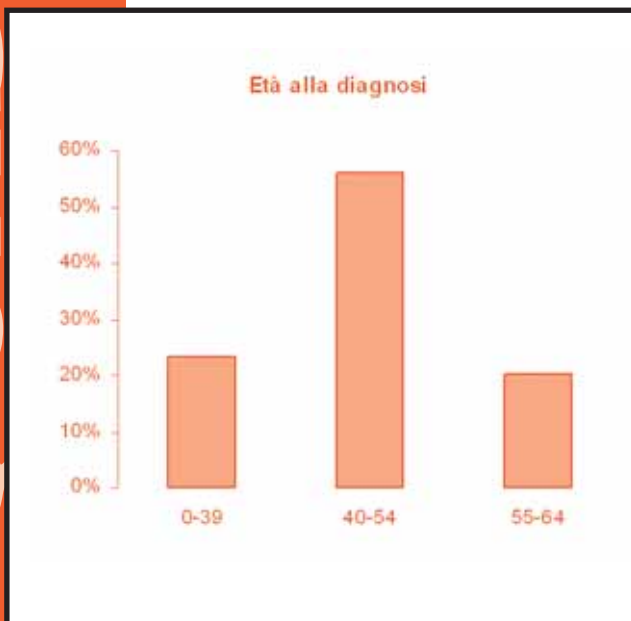
Implementare, con la partecipazione dei pazienti, la lotta contro i più importanti fattori di rischio come l'obesità e il sovrappeso, l'ipertensione, gli elevati livelli di colesterolo, il fumo, i quali possono favorire ulteriormente la comparsa di complicanze nelle persone con diabete.

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?



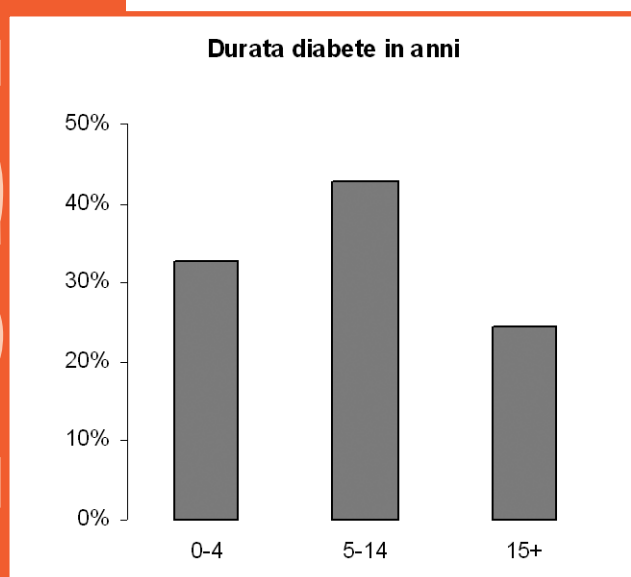
In Basilicata l'età media alla diagnosi è di 45,8 anni.

La classe di età alla diagnosi maggiormente rappresentata è quella intermedia che va da 40 a 54 anni (56,1%). Una diagnosi prima di 40 anni è stata posta nel 23,4% degli intervistati.

Anche in Italia l'età media alla diagnosi è di 44 anni; mentre una diagnosi prima dei 40 anni è stata posta nel 27% del campione.

Occorre tuttavia tenere presente che i dati non rappresentano la distribuzione per età 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, quasi la metà dei diabetici ha > 65 anni.

Durata del diabete



In Basilicata la durata media della malattia è di 9,7 anni.

Il 32,6% del campione ha il diabete da 0-4 anni, il 42,8% da 5-14 anni ed il 24,4% da più di 15 anni.

In Italia la durata media della malattia è risultata di 10,7 anni; il 27% degli intervistati ha la malattia da oltre 15 anni.

PATOLOGIE CONCOMITANTI

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.

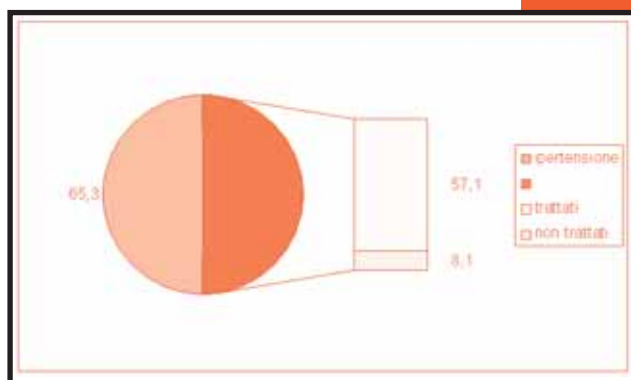
Quanto è frequente l'ipertensione e il suo trattamento?

L'ipertensione nel paziente diabetico incrementa il rischio di complicanze cardiovascolari tra cui ictus, cardiopatie ischemiche, vasculopatie periferiche, ma anche retinopatie e nefropatie. Negli ultimi anni diversi studi clinici sperimentali hanno dimostrato che trattando efficacemente l'ipertensione, si riducono le complicanze nel diabete.

In Basilicata il 65,3% degli intervistati ha dichiarato di essere iperteso;

Il 57,1% segue una terapia, mentre l'8,1% pur essendo consapevole di tale condizione, non è in terapia;

In Italia la prevalenza di diabetici ipertesi è del 54% e il 7% di tutto il campione non è in trattamento.



Quanto è frequente l'ipercolesterolemia e il suo trattamento?

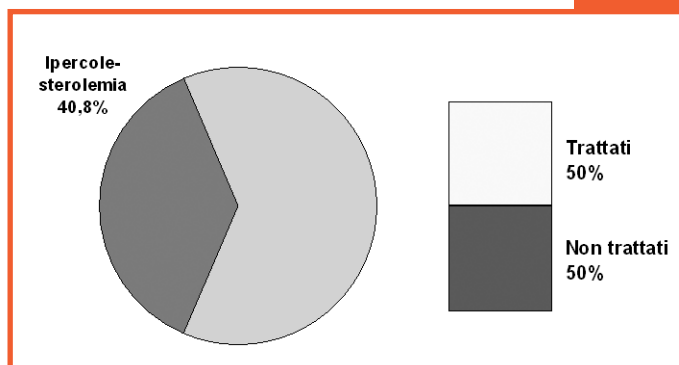
I soggetti con ipercolesterolemia e diabete sono ad alto rischio di complicanze cardiovascolari ed ictus. Il trattamento di tale condizione nei diabetici riduce il rischio di patologie cardiovascolari fino al 55% nonché la mortalità di circa il 40%.

In Basilicata il 40,8% degli intervistati ha dichiarato di avere il colesterolo elevato.

Di questi solo il 50% segue una terapia.

In Italia, il 44% riferisce di avere il colesterolo elevato e di questi l'86% è in terapia.

In Basilicata i motivi principali di mancata assunzione della terapia sono il fatto che il colesterolo si ridurrebbe senza farmaci nel 70% dei casi e la mancata prescrizione nel 15%.



Quanto sono frequenti sovrappeso e obesità?

L'obesità è associata con un aumento del rischio di sviluppare il diabete, pertanto costituisce uno dei principali fattori di rischio del diabete di tipo 2.

Inoltre, nei soggetti diabetici l'obesità incrementa la probabilità di ricorso alla terapia insulinica. Sebbene la riduzione di peso non sia sufficiente nella cura della malattia diabetica, può favorire il mantenimento di livelli di glicemia adeguati, nonché della malattia ipertensiva e dell'ipercolesterolemia, entrambe associate ad un incremento del rischio di complicanze.

In questo studio l'indice di massa corporea (IMC) è stato calcolato per ogni soggetto intervistato rapportando il peso in kg al quadrato dell'altezza in centimetri. Valori di IMC fino a 25 si considerano normali, fino a 30 come sovrappeso e, oltre 30, come obesità. Per esempio un uomo con un'altezza di 1,75 m potrebbe essere considerato sovrappeso se pesasse tra 76 e 90 kg e obeso se pesasse più di 90 Kg; una donna di 1,60 m potrebbe essere considerata in sovrappeso se pesasse tra 64 e 76 kg e obesa se superasse i 76 kg.

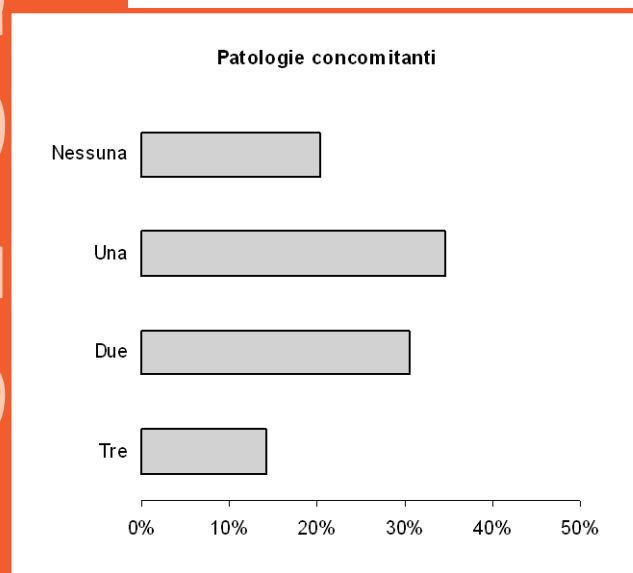


In Basilicata l'indice di massa corporea medio è di 23,8% (inferiore a quello nazionale del 26%) Complessivamente il 19,5% del campione è normopeso, il 41,4% sovrappeso ed il 39% obeso.

In Italia i corrispondenti valori sono rispettivamente il 28%, il 40% ed il 32%.

Il 12,2% del campione regionale riferisce di essere aumentato di almeno 5 kg rispetto alla diagnosi (In Italia tale valore è del 20%).

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 tra ipertensione, ipercolesterolemia e obesità.

In Basilicata il 20,4% degli intervistati non presenta alcuna condizione tra ipertensione, ipercolesterolemia e obesità mentre il 34,6% ne ha una, il 30,6% due, e il 14,2% tutte e tre.

In Italia tali valori risultano rispettivamente del 22% (nessun fattore di rischio), 32% (uno), del 30% (due), del 9% (tre).

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

Dal punto di vista della salute pubblica, la qualità dell'assistenza e la gestione integrata e territoriale della malattia diabetica, è ritenuta una condizione fondamentale per tradurre i progressi clinici e farmacologici in una reale prevenzione delle complicanze e in un miglioramento della qualità di vita dei malati di diabete. Naturalmente occorre tenere presente che la percentuale di soggetti seguiti dalle strutture specialistiche può risentire della diffusione delle stesse nell'ambito dei diversi contesti organizzativi e territoriali del paese, sulla base della specifica programmazione sanitaria locale.

In Basilicata la percentuale di intervistati che ha dichiarato di essere stato seguito nell'ultimo anno principalmente da un Centro Diabetologico è il 62,8% contro il 64% del resto del paese, mentre il 26,8% è la quota di soggetti che si sono rivolti al proprio Medico di Medicina Generale contro il 29% del resto del paese.

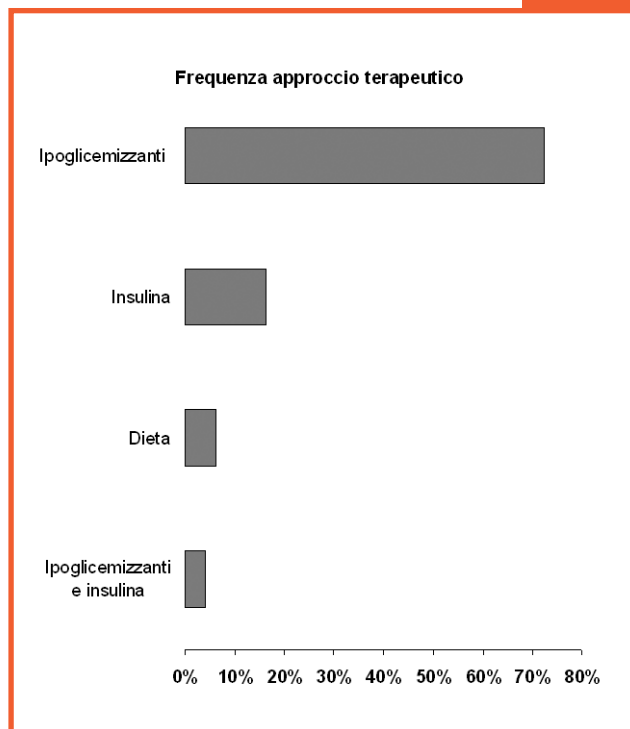


Qual è il trattamento del diabete?

In Basilicata, la terapia con ipoglicemizzanti orali è risultato il trattamento più frequente (72,4%), seguito dalla terapia insulinica (16,32%) e dalla terapia dietetica.

Complessivamente il 20,4% dei pazienti pratica insulina da sola o in associazione con antidiabetici orali.

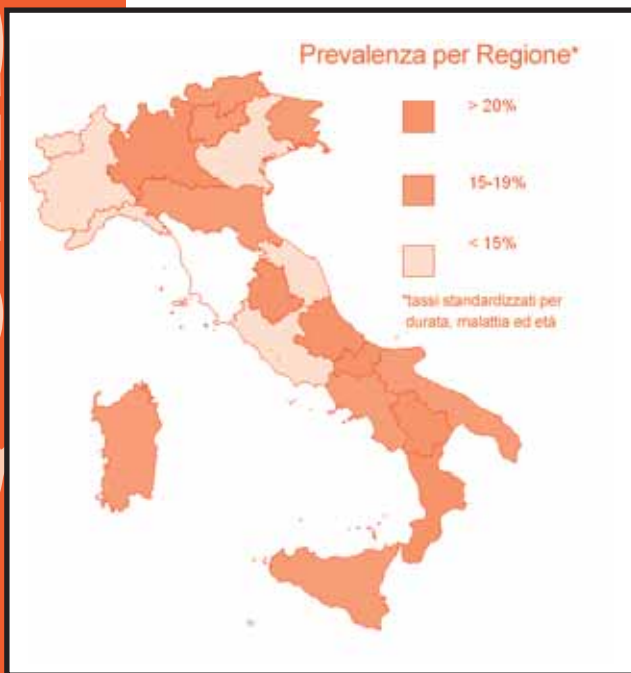
A livello nazionale il trattamento più frequente si conferma quello con ipoglicemizzanti orali (60%) mentre il 26% dei pazienti pratica insulina da sola o in associazione con terapia orale.



ESITI ASSISTENZIALI

Nello studio QUADRI vengono valutati due importanti esiti assistenziali: i ricoveri ospedalieri che possono considerarsi un indicatore del livello di controllo della malattia nei soggetti diabetici, e il giudizio sullo stato di salute percepita dal paziente stesso che è un buon indicatore in genere del senso di benessere del soggetto.

Quanti pazienti hanno subito ricoveri nell'ultimo anno?



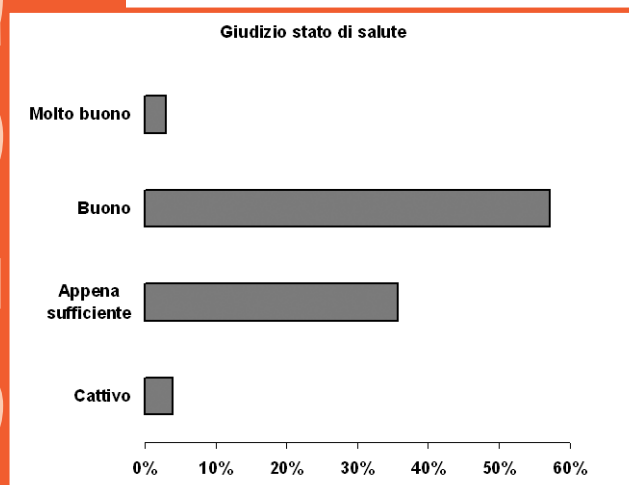
Alcuni fattori influenzano la probabilità di ospedalizzazione nell'ultimo anno dei diabetici, tra cui il basso livello d'istruzione, la disoccupazione, la durata del diabete o la presenza di complicanze, ma l'ospedalizzazione può essere anche un indicatore della qualità delle attività di prevenzione.

In Basilicata il 26,5% degli intervistati è stato ricoverato nell'ultimo anno (tasso nazionale 19%).

Tale tasso non si modifica in maniera evidente prendendo in considerazione l'età e la durata del diabete e rimane leggermente più basso di quello nazionale.

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

La percezione globale del proprio stato di salute è ritenuto un buon predittore di mortalità e morbosità rispetto a molte condizioni oggettive quali ad esempio la disabilità. Inoltre la percezione negativa dello stato di salute nel



nostro studio si è dimostrata una variabile importante associata non soltanto a fattori socio-demografici (sesso femminile, istruzione bassa e disoccupazione) ma anche a fattori legati alla malattia diabetica (quali ad esempio durata o terapia insulinica).

In Basilicata il 57,1% degli intervistati giudica il suo stato di salute buono ed il 3% molto buono; il 35,7% del campione esprime un giudizio non buono ed il 4% decisamente cattivo. In Italia il 62% ed il 5% esprime rispettivamente un giudizio buono o molto buono, mentre il

32% giudica in maniera non positiva la propria condizione (5,4% cattiva).

CONCLUSIONI

In Basilicata la malattia diabetica non sembra differire in maniera evidente dalla situazione italiana per quanto riguarda le principali caratteristiche cliniche, comprese età alla diagnosi e durata (anche se la proporzione di diabetici con durata della malattia superiore a 15 anni è leggermente più bassa che nel resto del Paese).

La prevalenza di ipertensione ed ipercolesterolemia tra diabetici è leggermente è più alta rispetto alla media nazionale quindi, al fine di ridurre l'incidenza di complicanze, è necessario promuovere idonei strumenti di informazione rivolta a ridurre al minimo la quota di soggetti cui sia stata diagnosticata una di queste condizioni.

Nonostante l'importanza di un adeguato controllo del peso corporeo ancora oggi in Basilicata il 12,2% della popolazione diabetica ha incrementato il proprio peso rispetto alla data della diagnosi. Questo fattore, nonostante sia inferiore al dato nazionale, impone l'adozione di adeguate misure di coinvolgimento del paziente nel controllo dei fattori di rischio della propria malattia.

La principale figura assistenziale per i problemi del diabetico in Basilicata è il centro diabetologico con una percentuale del 62,8%, leggermente più bassa del dato nazionale.

La prevalenza di intervistati che giudica non positivamente il proprio stato di salute è in linea col dato nazionale, tuttavia ciò impone la necessità di adeguati interventi sul versante della integrazione delle cure e del miglioramento della qualità dell'assistenza al diabete in Basilicata.

ADERENZA DELLE PRATICHE CLINICHE ALLE LINEE GUIDA IN USO IN ITALIA

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 degli specialisti 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.

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 ASA 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.

Vengono perciò riportate le percentuali dei soggetti visitati a diversi intervalli temporali (< 6 mesi, tra 6 e 11 mesi e > 12 mesi) dal MMG e dal CD, nonché la percentuale complessiva dei diabetici visitati almeno presso una delle due strutture assistenziali (o dal MMG o dal CD).

In Basilicata è stato visitato almeno una volta in maniera approfondita dal MMG negli ultimi 6 mesi il 36,7% dei diabetici. Il 5,1% riferisce di essere stato visitato l'ultima volta in maniera approfondita dal MMG tra 6 e 11 mesi fa, ed il 58,2% oltre 12 mesi fa.

Il 38,7% dei diabetici sono stati visitati almeno una volta in maniera approfondita dal CD negli ultimi 6 mesi. Il 13,2% riferisce di essere stato visitato l'ultima volta in maniera approfondita dal CD tra 6 e 11 mesi fa, ed il 47,9% oltre 12 mesi fa.

In Basilicata la percentuale complessiva di soggetti visitati almeno una volta in maniera approfondita dal MMG o dal CD negli ultimi 6 mesi è pari al 59,1%. L' 11,2% dei diabetici riferisce di essere stato visitato l'ultima volta in maniera approfondita tra 6 e 11 mesi fa, ed il 29,5% oltre 12 mesi fa.

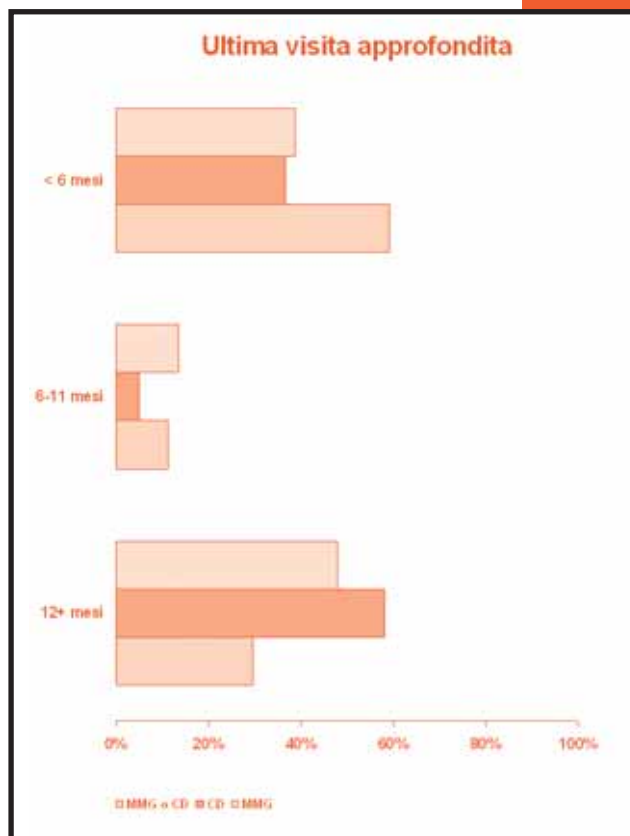
Per confronto, in Italia negli ultimi 6 mesi hanno ricevuto almeno una visita approfondita dal MMG il 31% dei diabetici, dal CD il 31%, dal MMG o dal CD complessivamente il 49%.

Sia il valore nazionale sia quello della nostra Regione sono ampiamente al di sotto dello standard suggerito, consistente in una visita approfondita ogni 6 mesi, al 100% dei pazienti.

CONTROLLI ANNUALI

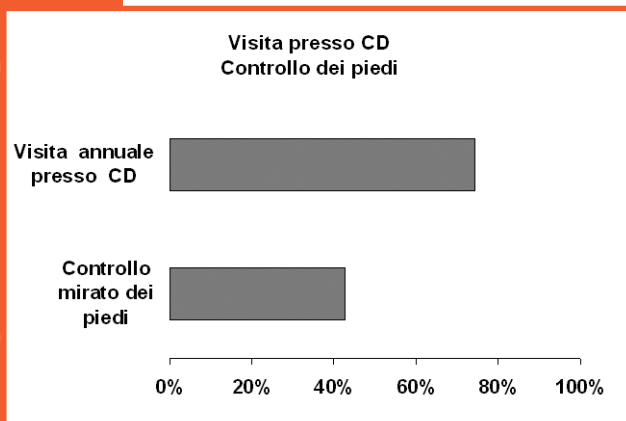
Nell'ultimo anno quanti diabetici sono stati visitati presso un servizio di diabetologia (CD) e quanti sono stati sottoposti (dal proprio MMG o dal CD) ad un controllo accurato dei piedi?

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, spesso misconosciute. Perciò molte LLGG internazionali raccomandano di eseguire tale controllo almeno una volta all'anno.



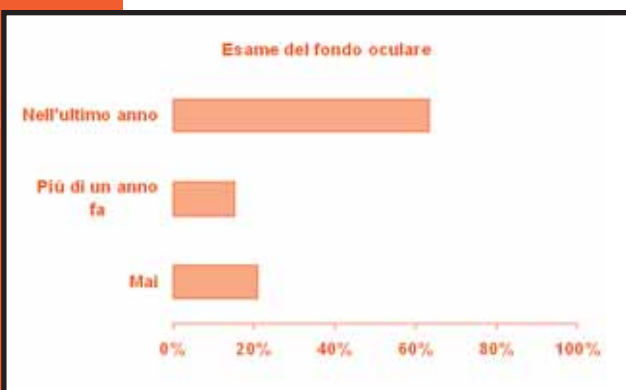
In Basilicata la percentuale di diabetici visitati almeno una volta negli ultimi 12 mesi presso un Centro Diabetologico è pari al 42,8% mentre in Italia è il 74,4%.

In Basilicata la percentuale di diabetici sottoposti ad un controllo mirato dei piedi negli ultimi 12 mesi è pari al 42,8%. Il valore nazionale è 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.



In Basilicata i diabetici che hanno fatto un controllo del fondo oculare negli ultimi 12 mesi sono il 63,2%, mentre il 15,3% lo ha fatto più di un anno fa. Il 21% riferisce di non aver mai eseguito l'esame del fondo degli occhi.

I corrispondenti valori nazionali sono 59%, 29% e 12%.

Sia il valore nazionale sia quello della nostra Regione 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?

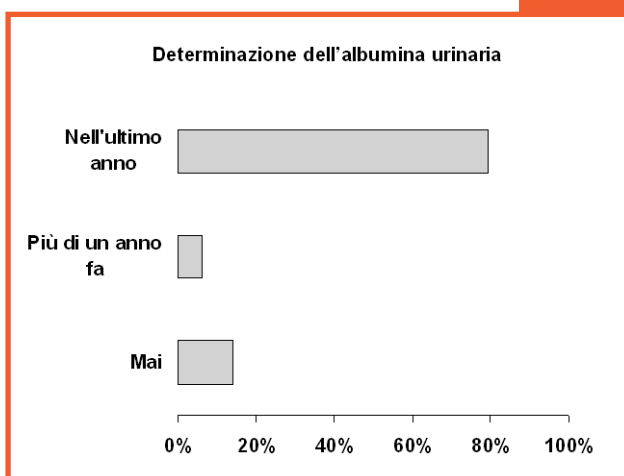
La ricerca dell'albumina urinaria consente di rilevare la presenza di un danno renale attribuibile al diabete, la cui progressione può essere rallentata da adeguate terapie. Nell'esame delle urine di routine viene effettuata anche la ricerca dell'albumina, ma è disponibile anche una metodica più sensibile (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 79,5% dei diabetici in Basilicata ha eseguito una misurazione dell'albumina urinaria negli ultimi 12 mesi, mentre il 6,1% più di un anno fa. Il 14,2% riferisce che non ha mai fatto questo controllo o non ricorda.

I valori nazionali sono pari rispettivamente a 68%, 11% e 21%.

Sia il valore nazionale sia quello della nostra Regione sono ampiamente al di sotto dello standard suggerito, che prevede una misurazione della microalbuminuria all'anno per il 100% dei 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 livello di colesterolo, sono indispensabili per poter attuare idonei trattamenti. Il controllo dell'assetto lipidico è consigliato nei diabetici con frequenza annuale.

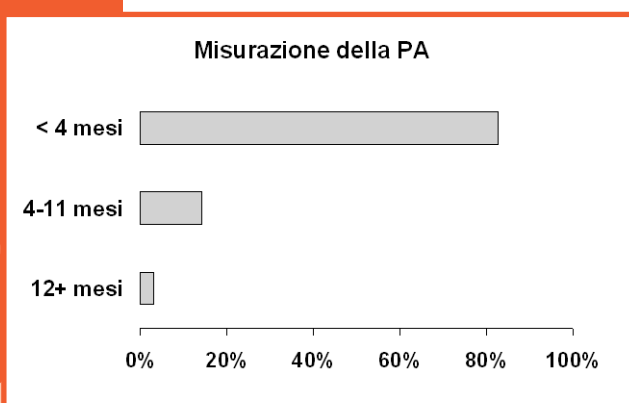
Il 77,5% dei diabetici in Basilicata ha eseguito una misurazione della colesterolemia negli ultimi 12 mesi mentre l'11,2% più di 1 anno fa. L'11,2% riferisce che non ha mai fatto questo controllo o non ricorda. I corrispondenti valori in Italia sono 83%, 11% e 6%. Sia il valore nazionale sia quello della nostra regione sono ampiamente al di sotto dello standard suggerito, consistente in una determinazione della colesterolemia ogni anno per il 100% dei pazienti.



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 macro-vascolari. 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.

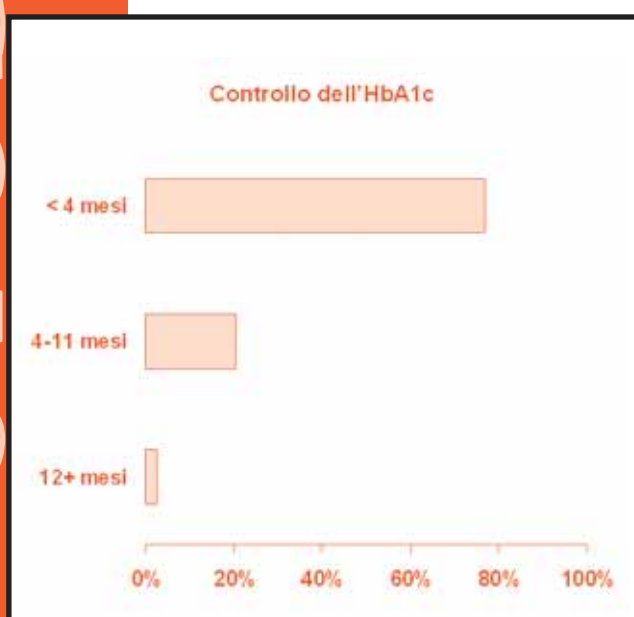


L' 82,6% dei diabetici in Basilicata ha eseguito un controllo della PA negli ultimi 4 mesi, il 14,2% più di 4 ma meno di 12 mesi fa. Il 3% riferisce di aver fatto questo controllo più di un anno fa o non ricorda.

I valori nazionali sono pari rispettivamente a 75%, 16% e 9%. Sia i valori regionali che nazionali sono al di sotto dello standard, che prevede una misurazione del valore della PA ogni 4 mesi per il 100% delle persone con diabete.

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 39,7% in Basilicata) 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 76,9% dei diabetici in Basilicata ha eseguito un controllo dell'emoglobina glicosilata negli ultimi 4 mesi, il 20,5% più di 4 ma meno di 12 mesi fa. Il 2,5% 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.

Lo standard ideale di questo importante esame è il 100%. Sia il risultato nazionale sia quello della nostra regione sono ampiamente al di sotto di tale valore. 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 (30,6% in Basilicata e 59% a livello nazionale).

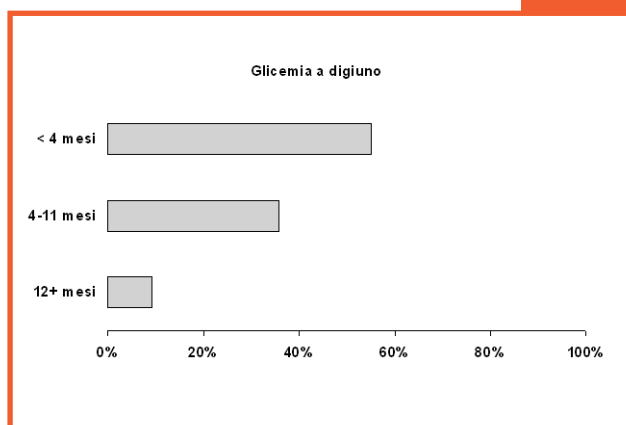
Quanti diabetici hanno effettuato una misurazione della glicemia a digiuno e quando?

Anche se l'emoglobina glicosilata è ormai considerata lo strumento più idoneo per monitorare il controllo metabolico, la misurazione della glicemia a digiuno è ritenuto 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 55,1% dei diabetici in Basilicata ha eseguito un controllo della glicemia a digiuno negli ultimi 4 mesi, il 35,7% più di 4 ma meno di 12 mesi fa. Il 9,1% riferisce di aver fatto questo controllo più di un anno fa o non ricorda.

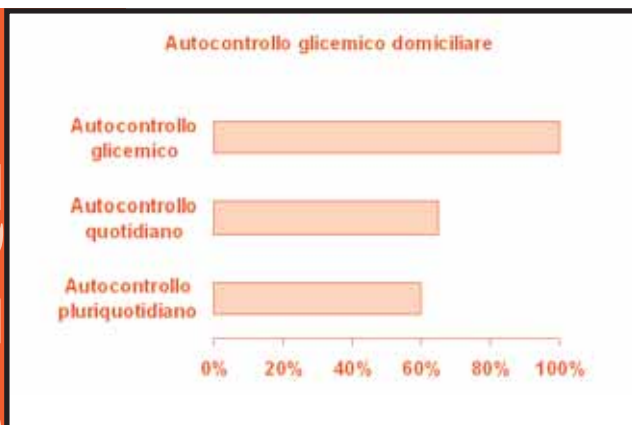
A livello nazionale il 54% riferisce di aver fatto un controllo della glicemia a digiuno negli ultimi 4 mesi.



ALTRI CONTROLLI ED INTERVENTI PREVENTIVI

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.



In Basilicata l'autocontrollo glicemico domiciliare viene praticato complessivamente dal 100% dei diabetici in trattamento insulinico, dal 65% almeno una volta al giorno e dal 60% più volte al giorno.

A livello nazionale il 62% dei diabetici in trattamento insulinico pratica l'autocontrollo glicemico domiciliare almeno una volta al giorno.

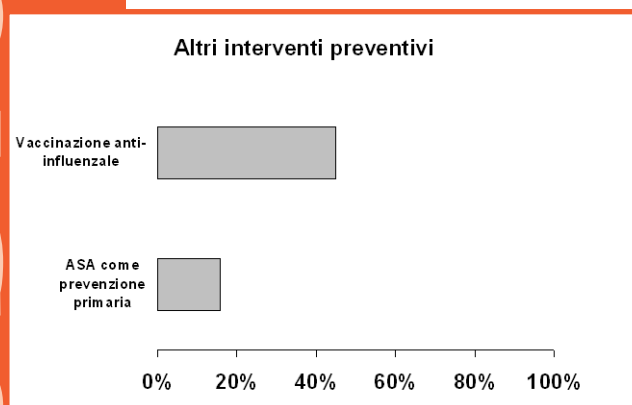
Quanti diabetici hanno effettuato la vaccinazione anti-influenzale negli ultimi 12 mesi?

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

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 parla di prevenzione secondaria).



In Basilicata il 44,8% dei diabetici ha ricevuto la vaccinazione anti-influenzale negli ultimi 12 mesi, mentre il 15,9% dei soggetti a rischio assume l'ASA per la prevenzione primaria.

I valori nazionali sono 42% e 23%.

INDICE DI ADERENZA ALLE LINEE GUIDA PER IL DIABETE

Quanti pazienti realizzano i controlli regolarmente per tipo e frequenza?

Per valutare globalmente l'aderenza dei pazienti alle LLGG, è stato adottato un indicatore sulla base della realizzazione di 8 fra i più importanti controlli (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) necessari per ottenere un controllo efficace del diabete e la migliore prevenzione delle complicazioni. I controlli presi in considerazione sono i seguenti:

- Almeno una visita medica approfondita negli ultimi 6 mesi
- Almeno un esame accurato dei piedi almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi
- Esame del fondo oculare almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi
- Albuminuria almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi
- Colesterolemia almeno 1 volta negli ultimi ogni 12 mesi
- Dosaggio emoglobina glicata almeno 1 volta negli ultimi 4 mesi
- Misurazione della pressione arteriosa almeno 1 volta negli ultimi 4 mesi
- Vaccinazione anti-influenzale negli ultimi 12 mesi

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

In Basilicata il 4% dei pazienti realizza tutti i controlli (8) con la frequenza desiderata, il 53% è controllato più assiduamente (fra 5 e 7 controlli sugli 8 previsti), il 38,7% è controllato meno assiduamente (fra 1 e 4 controlli sugli 8 previsti) e il 3% non effettua nessun controllo.



CONCLUSIONI

L'aderenza alle raccomandazioni delle LLGG in Basilicata, 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 decine di migliaia di persone con diabete. Lo studio ha evidenziato un'aderenza globale del 4,1%, valore distante dal 100% che rappresenta il livello ottimale da raggiungere.

La scarsa aderenza alle LLGG si può spiegare in diverse maniere, tra le quali l'insufficiente organizzazione per l'assistenza alle malattie croniche (disease management) o al singolo malato (case management), la scarsa cultura del counselling e di promozione sanitaria, necessari per ottenere una partecipazio-

ne attiva al management della malattia da parte del paziente stesso, la mancanza di valutazioni locali della qualità dell'assistenza.

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

- » implementazione delle LLGG con metodi di provata efficacia (audit e feedback, reminder, ecc.);
- » approcci innovativi per la gestione integrata della malattia (disease-management, case-management);
- » monitoraggio sistematico dei più rilevanti indicatori di aderenza alle LLGG.

INFORMAZIONE, EDUCAZIONE E COMPORAMENTI

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

Lo studio QUADRI mira ad esplorare, tra l'altro, l'informazione ricevuta dai pazienti su come gestire la propria malattia e riconoscere potenziali complicanze sui comportamenti ed i corretti stili di vita da adottare e sui diritti acquisiti.

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

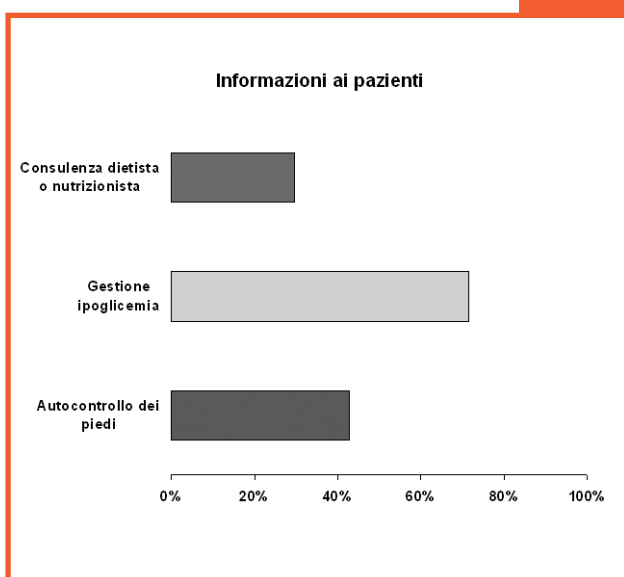
Alcune informazioni di base sono essenziali per la qualità della gestione dell'assistenza al diabete. Fra le più importanti vi sono le informazioni riguardanti la dieta. Una dieta bilanciata contribuisce a garantire un migliore controllo dei valori glicemici e l'acquisizione del peso ideale, contribuendo in tal modo a ridurre il rischio cardio-vascolare. Per i malati di diabete si rendono spesso necessarie modificazioni importanti nella dieta, per cui è auspicabile l'appoggio 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 complicanze potenzialmente gravi del trattamento, ma anche controllare regolarmente i propri piedi per riconoscere tempestivamente le alterazioni clinicamente significative che possono portare a infezioni, ulcere e amputazioni.

Quasi tutti i pazienti 96,9% dichiarano di aver ricevuto informazioni sull'importanza di una dieta mirata al controllo del diabete, solo il 63,1% ha ricevuto una dieta scritta, e il 5,2% hanno fatto ricorso a un dietologo o a un nutrizionista.

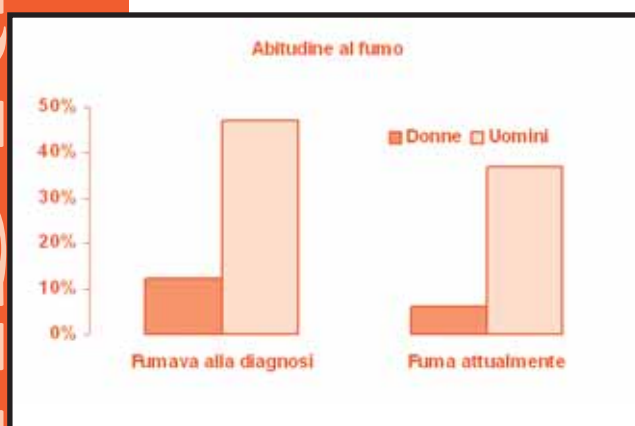
Le fonti d'informazione sull'importanza di rispettare una dieta corretta sono il centro anti-diabetico (74,7%), seguito dai MMG (54,7%).

Il 71,4% dei diabetici trattati con farmaci in Basilicata dichiara di aver ricevuto informazioni su come gestire l'ipoglicemia.



Quanti diabetici fumano?

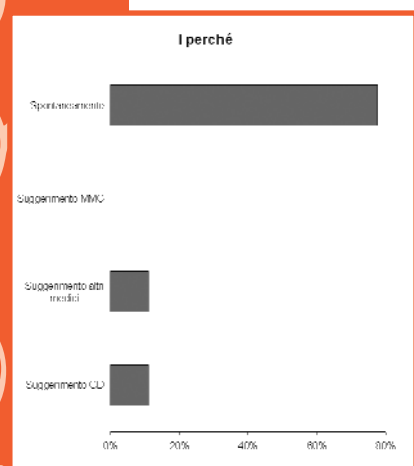
L'abitudine al fumo è un riconosciuto fattore di rischio per le malattie cardiovascolari. I pazienti con diabete hanno un rischio di morte per patologie cardiovascolari 3-4 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Il fumo, nei pazienti affetti da diabete, è concausa di morbilità e mortalità che incide sulle complicanze micro e macrovascolari.



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

In Basilicata il 77,7% dei pazienti diabetici ex-fumatori hanno indicato di averlo fatto spontaneamente. L'11,1% ha ricevuto sostegno in tal senso da parte del centro diabetologico.

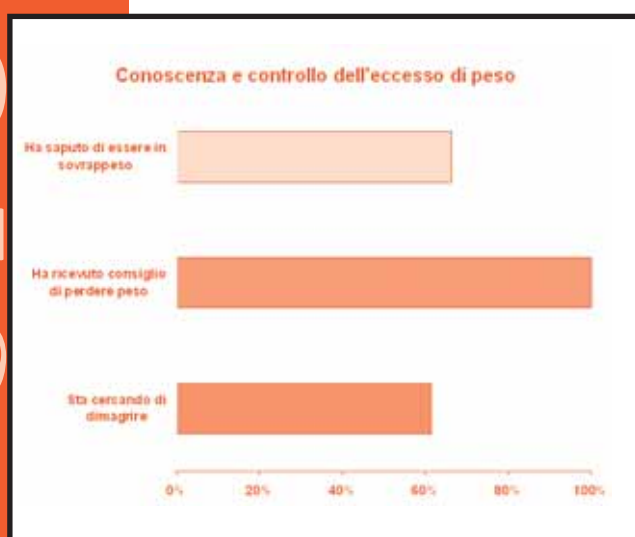
I valori nazionali corrispondenti sono il 64% ed il 14%.



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.

Il sovrappeso è stato diagnosticato al 66,3% dei pazienti diabetici in Basilicata. Tutti hanno ricevuto il consiglio di dimagrire ma, fra questi, il 61,5% sta facendo qualcosa per ridurre l'eccesso di peso. In Italia il 63% dei pazienti sa di essere in sovrappeso: fra questi il 67% è impegnato a dimagrire.



Cosa fanno i pazienti diabetici in eccesso di peso per dimagrire?

In Basilicata la maggior parte dei diabetici impegnati a ridurre l'eccesso di peso lo fanno adottando esclusivamente un regime dietetico ipocalorico (63,3%).

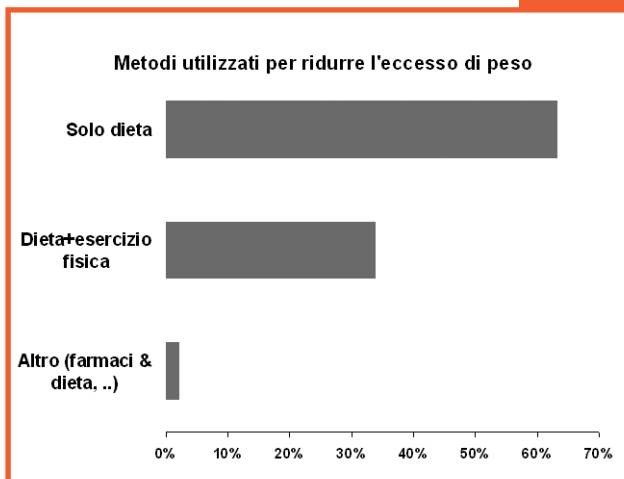
Il 34% associa alla dieta l'esercizio fisico.

In Italia i pazienti che ricorrono esclusivamente al regime dietetico sono una quota minore (46%) mentre è maggiore la prevalenza di chi associa anche l'esercizio fisico (44%).

ESERCIZIO FISICO

L'esercizio fisico aumenta 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, controllo lipidico, controllo del 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 3-4 volte alla settimana.



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

Il 74,4% delle persone intervistate in Basilicata ha dichiarato di aver ricevuto informazioni relative ad una corretta attività fisica; il 69,3%, tuttavia, dichiara di svolgere attività fisica "abituamente" e soltanto il 51% lo fa come indicato dalle linee guida (almeno 3-4 volte alla settimana per mezz'ora al dì).

A livello nazionale, i valori corrispondenti sono l'86%, il 73% e il 52%.

In Basilicata, il Centro diabetologico è stato indicato dal 54,7% dei pazienti quale fonte d'informazione sulla corretta pratica di attività fisica e il MMG dal 60,2%.

DIRITTI

Alle persone con diabete il servizio sanitario nazionale garantisce varie agevolazioni: esenzione o riduzione del 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 informazione sulle agevolazioni garantite dal servizio sanitario e da chi l'hanno ricevuta?

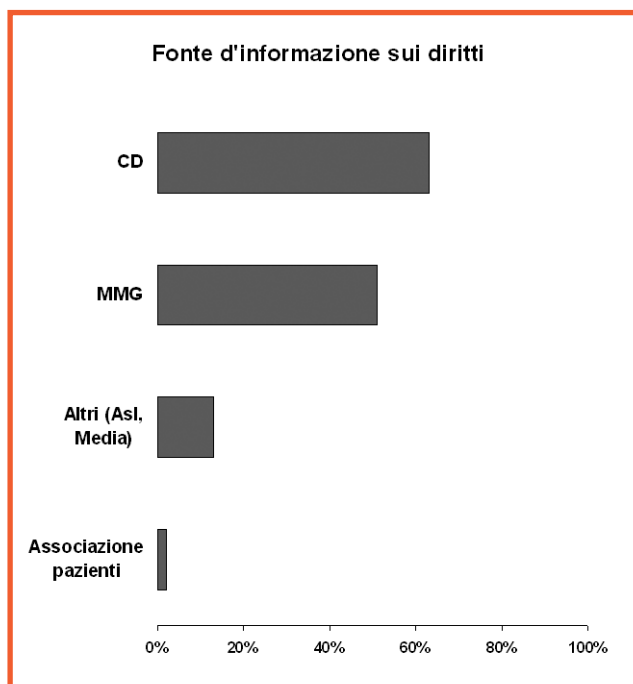
L'informazione ricevuta sui diritti riconosciuti ai pazienti diabetici è riferita dal 93,8% dei pazienti in Basilicata.

I valori nazionali sono pari a quelli regionali.



In Basilicata il medico di medicina generale è indicato quale fonte d'informazioni sui diritti dal 51% del campione, preceduto dal centro antidiabético (63%).

A livello nazionale i pazienti diabetici riconoscono il Centro Antidiabetico quale fonte d'informazioni preferenziale (62%) mentre il Medico di Medicina Generale è indicato dal 53% dei pazienti.



CONCLUSIONI

La riuscita delle strategie assistenziali del diabete è condizionata dalla partecipazione dei pazienti stessi. Questi prendono attivamente parte nella realizzazione del piano terapeutico e hanno un ruolo essenziale nella realizzazione di 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 portare a termine le attività richieste. Lo studio QUADRI ha messo tuttavia in evidenza che solo i 2/3 degli intervistati hanno ricevuto informazioni su come gestire una crisi ipoglicemica e solo la metà ha ricevuto istruzioni appropriate sulle cure da prestare ai piedi.

A un buon livello di consapevolezza dei pazienti sui corretti stili di vita da adottare si evidenzia, di contro, una difficoltà nel modificare alcuni comportamenti. Ad esempio, meno di 1 paziente su 2, in Basilicata, è consapevole

dell'importanza dell'autocontrollo dei piedi; inoltre, benché tutti i pazienti in soprappeso sanno di esserlo, soltanto il 61,5% si impegna a perdere peso.

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 90,4% è informato sull'abolizione del fumo, sul controllo del peso, sulla corretta attività fisica e sull'alimentazione equilibrata), i comportamenti attuati dimostrano l'inefficacia degli attuali interventi educativi. Il counselling e la promozione della salute individuale devono essere sistematizzati nei programmi di incontro con i pazienti.

È necessario, infine, sorvegliare la regolarità e la correttezza dei comportamenti nei pazienti che collaborano attivamente alla realizzazione del piano assistenziale, valutandone periodicamente l'efficacia con la collaborazione degli stessi pazienti.

QUALITÀ PERCEPITA: IL PUNTO DI VISTA DEI PAZIENTI SUI SERVIZI

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.

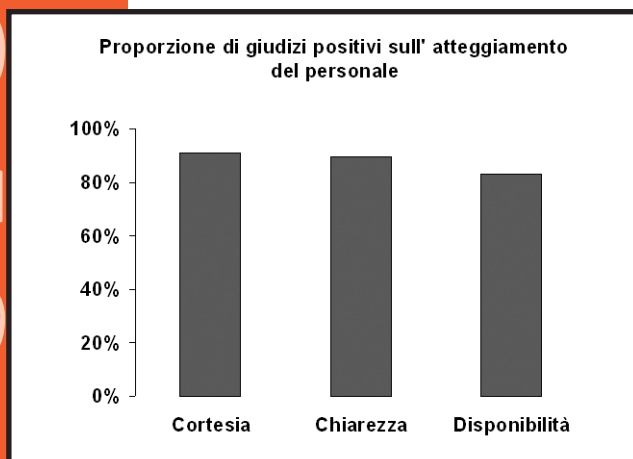
In particolare, la partecipazione della persona con diabete è essenziale per il management della malattia. La sua percezione positiva sui servizi migliora questa partecipazione e, in definitiva, la sua qualità di vita.

Nella valutazione della qualità relazionale sono stati presi in considerazione alcuni aspetti: la cortesia e la disponibilità del personale, la capacità all'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 nella malattia diabetica dove è importante educare il paziente alla autogestione della malattia stimolandolo ad un alto livello di collaborazione.



Nella Regione, il 90,8% delle persone intervistate ritiene che la cortesia del personale siano ottime o buone. Il 89,6% ha dichiarato che le cose sono state spiegate, sempre o spesso, in maniera comprensibile.

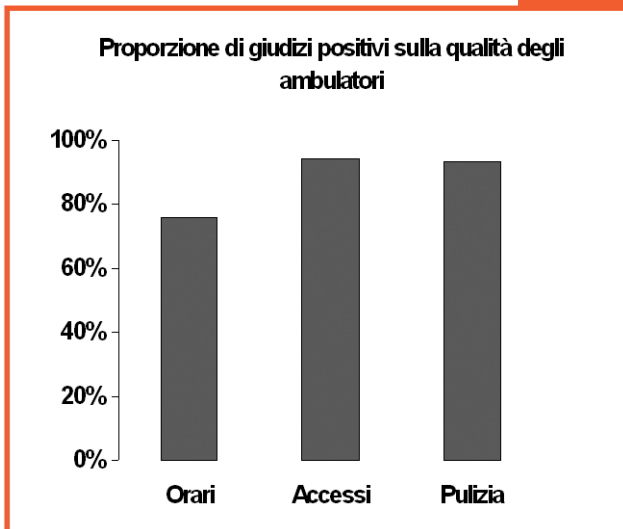
L'83% ha avuto l'impressione, durante le ultime visite, di essere ascoltato sempre o spesso con attenzione.

I valori sono leggermente inferiori a quelli nazionali (rispettivamente 92%, 92% e 91%).

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

Come suggerito anche in alcuni rapporti del Ministero della Salute, la qualità del servizio erogato dipende anche da fattori come la pulizia dei locali, l'assenza di barriere architettoniche e orari adeguati alla richiesta di cure.

La maggioranza delle persone intervistate (circa il 75,8%) ritiene che gli orari siano ottimi o adeguati. Il 94,2% ritiene che abbiano una buona accessibilità. Infine, il 93,1% ha dichiarato che il livello di pulizia e gradevolezza sono ottimi o buoni.



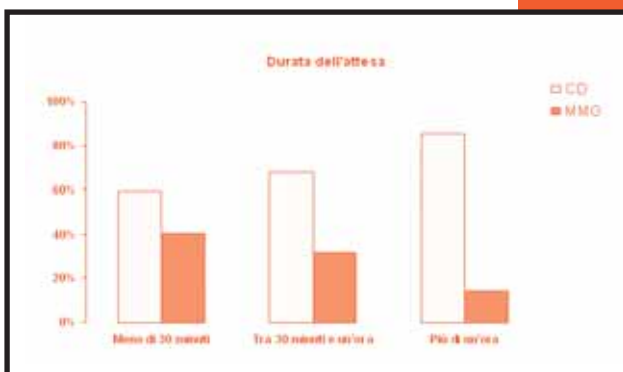
Quanto tempo ha atteso prima che si siano occupati di lei?

Tempi di attesa adeguati rappresentano un obiettivo permanente per il Servizio Sanitario Nazionale e sono storicamente fra i principali indicatori quantitativi utilizzati dai Servizi per monitorare la propria qualità organizzativa.

In Basilicata, i pazienti che attendono meno di 30 minuti sono il 59,4% presso il Centro Diabetologico e il 40,5% presso i Medici di Medicina Generale.

Comunque, l'85,7% 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 14,2%.

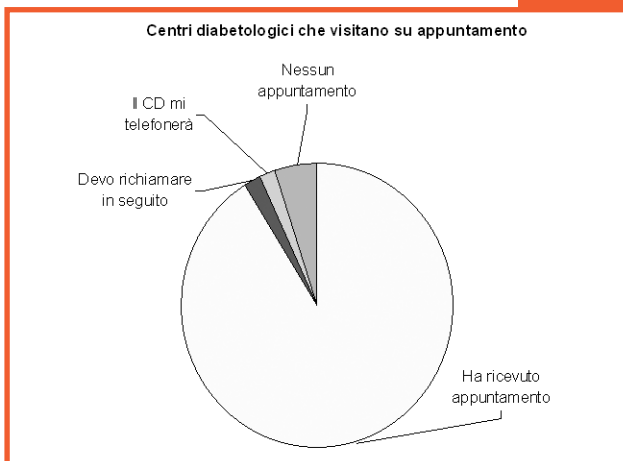
I valori nazionali per un'attesa superiore ad un'ora presso i centri diabetologici e i medici di medicina generale sono rispettivamente il 17% e il 16%.



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.

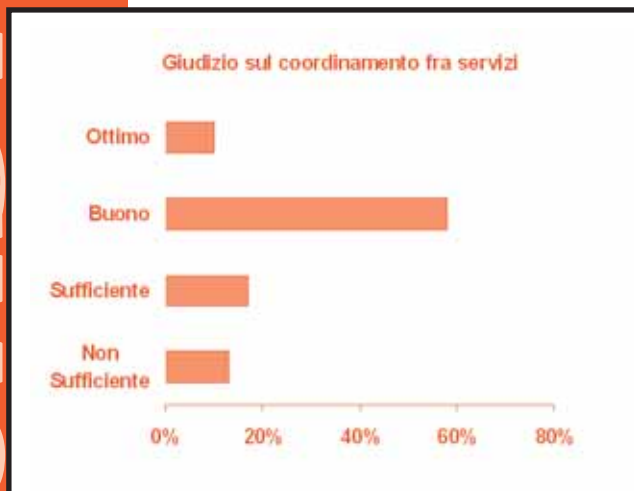
Il 91,8% dei pazienti della Basilicata ha ricevuto un appuntamento per la visita successiva o è



stato richiamato dal Centro Diabetologico.

Il valore nazionale è 84%.

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

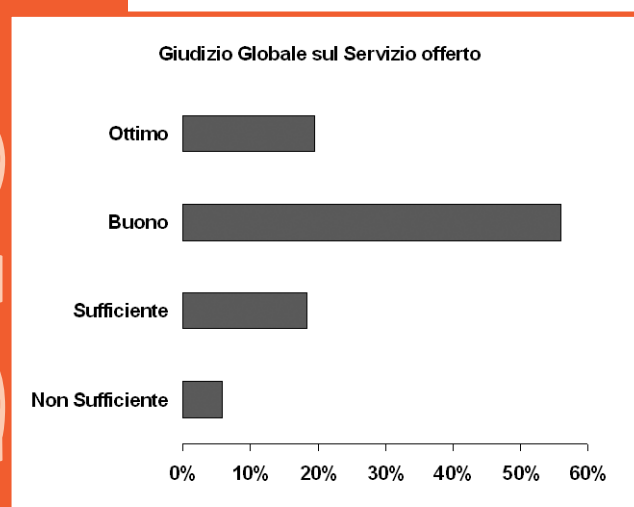


Il diabete è una malattia complessa che richiede per la gestione e la cura, l'integrazione di molte competenze tecnico-professionali diverse. Diventa quindi importante al fine di fornire una risposta adeguata ai bisogni dei pazienti che gli operatori lavorino in modo coordinato fra di loro.

Il 69% della popolazione regionale giudica ottimo o buono il livello di coordinamento tra tutti i servizi e i diversi professionisti.

I valori nazionali sono pari al 66%.

Globalmente come giudica il servizio che le viene offerto?



Il 76% degli intervistati della Basilicata, giudica ottimo o buono il servizio complessivo che gli viene offerto, questo dato è sovrapponibile a quello nazionale.

CONCLUSIONI

Pur non essendo possibile definire a priori standard minimi di riferimento, si può affermare che i pazienti sono soddisfatti dei rapporti interpersonali con giudizi almeno buoni nel 90% dei casi, sia per quanto riguarda la disponibilità del personale ad ascoltare i pazienti, sia per la cortesia e la chiarezza delle informazioni date.

Anche il gruppo di domande inerenti la qualità degli ambulatori (pulizia,

accessibilità, adeguatezza degli orari) raggiunge giudizi molto positivi, con percentuali che si attestano intorno al 90% simili a quelli nazionali.

Per quanto riguarda i tempi di attesa, i centri diabetologici della Basilicata hanno tempi simili alla media nazionale (attese inferiori a 30 minuti nel 59,4% dei casi, 60% è il dato nazionale), i centri diabetologici della Basilicata lavorano prevalentemente su appuntamento (91,8% delle persone visitate contro l'84% del dato nazionale).

I pazienti ritengono che i Servizi abbiano una capacità di coordinarsi fra loro buona o ottima nel 69% dei casi, rispetto ad una media nazionale del 66%; rimane comunque una percentuale non trascurabile del 31% di malati che hanno una percezione del livello di coordinamento “non sufficiente” o “sufficiente”.

In conclusione, si può affermare che la percezione che i pazienti hanno sulla qualità dei servizi nella Regione è buona, si ritiene comunque che vi siano margini per un miglioramento, soprattutto per quanto riguarda il coordinamento tra i servizi.

Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane



PARTNERS

Programma di Formazione in
Epidemiologia Applicata,
Centro Nazionale di Epidemiologia,
Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma