

Attività Diabetologica e Metabolica in Italia

La gestione del diabete di tipo 2: l'esperienza cuneese

RIASSUNTO

Per attuare la gestione globale di una malattia (il cosiddetto *disease management*) sono necessari alcuni fondamenti: la volontà in tal senso delle Istituzioni (Assessorato regionale e Direzione Generale dell'ASL), la collaborazione di tutte le categorie professionali, la presenza di strumenti facilitanti sia l'organizzazione del lavoro sia la gestione clinica, l'attivazione di un piano di monitoraggio mediante la misura di indicatori di processo e di risultato. La storia cuneese del *disease management* del diabete di tipo 2 si è sviluppata a partire dalla riflessione di alcuni diabetologi sulla poca credibilità dei dati epidemiologici ufficiali (Registro Regionale Diabetici). Si è poi realizzato uno strumento di gestione clinica (percorso diagnostico terapeutico, PDT) e, nell'arco di 5-6 anni, si è giunti a un inquadramento più preciso e completo della situazione reso possibile anche dall'avvio del *Progetto regionale per la prevenzione delle complicanze del diabete di tipo 2*, nel più grande ambito del *Piano nazionale prevenzione*.

SUMMARY

Type 2 diabetes management: the Cuneo experience
Certain basic principles are necessary in order to implement disease management: the will of the State Institutions (Regional Council and Directorate-General of the Local Health Unit) in this regard, the cooperation of all the professional associations, the presence of tools to help both work organization and clinical management, and the starting up of a monitoring scheme through the measurement of process and result indicators.
The history of the disease management of type 2 diabetes in Cuneo developed from the consideration of certain diabetologists regarding the lack of credibility of official epidemiological data (Regional Diabetics Register). A tool for clinical management was then set up (PDT, Percorso Diagnostico Terapeutico - Therapeutic Diagnostic Path) and over 5 to 6 years a more precise and complete organization of the situation was achieved, made possible also by the launch of the Regional scheme for the prevention of the complications of type 2 diabetes in the larger framework of the National prevention scheme.

**G. Magro¹, L. Barbero², R. Risso²,
L. Dardanelli²**

¹ASO S. Croce e Carle, Cuneo; ²ASL CN1

Corrispondenza: dott. Giampaolo Magro,
p/o Divisione di Endocrinologia ASO S. Croce e Carle,
via Coppini 26, 12100 Cuneo

G It Diabetol Metab 2010;30:82-88

*Pervenuto in Redazione il 01-02-2010
Accettato per la pubblicazione il 24-02-2010*

Parole chiave: gestione globale di una malattia,
percorso diagnostico terapeutico

Key words: disease management, therapeutic
diagnostic path

Introduzione

Che il diabete mellito di tipo 2 (DM2) sia una malattia silente nell'inizio, ma potenzialmente grave, fonte di pesanti complicanze, invalidità, morte, nessun medico di medicina generale (MMG) oggi lo ignora. Né esistono direttori sanitari di ASL o assessori regionali alla salute che non sappiano della crescente prevalenza del DM2 e delle sue pesanti implicazioni sui costi sociali ed economici.

Dal canto loro, gli specialisti diabetologi vedono costantemente aumentare il numero dei pazienti seguiti dai propri servizi, le complicanze e gli esiti infausti della malattia.

Infine, sono reperibili in letteratura eccellenti linee guida (LLG) sull'assistenza al paziente diabetico, prodotte da numerose società scientifiche, e studi di popolazione con stime di prevalenza e di incidenza della malattia effettuate da autorevoli centri epidemiologici¹.

Tutte queste conoscenze e consapevolezza, se permettono di configurare una buona assistenza al singolo paziente, non sono però sufficienti, se lasciate alla loro frammentarietà, per governare il problema di salute "diabete di tipo 2" nella popolazione di un determinato territorio. Infatti, raramente il singolo medico conosce la situazione dell'insieme dei pazienti che richiedono le sue cure (per esempio, la percentuale di diabetici da lui seguiti che effettuano regolarmente i controlli), e ancora più raramente un direttore di ASL o un assessore regionale riescono a calarsi nelle problematiche ambulatoriali quotidiane del MMG o dello specialista. I diabetologi poi, a fronte dell'aumento del numero di pazienti e quindi anche delle complicanze della malattia, reagiscono aumentando i controlli e, inevitabilmente, il proprio carico di lavoro e i tempi di attesa delle prestazioni: così, proprio per questo, non sono in grado di assicurare una valutazione periodica a tutta la popolazione, "limitandosi" a rispondere alla domanda di salute dei pazienti che si presentano nel loro ambulatorio.

Comporre le competenze e i punti di vista di tutti i citati attori dell'assistenza ai diabetici, ragionando in un'ottica di popolazione e non di singolo paziente o di singolo operatore sanitario, è impresa non facile. Tuttavia, da alcuni anni si susseguono, a livello nazionale e nella nostra Regione, progetti di gestione della malattia che propongono modelli di assistenza basati sui principi del *disease management*²⁻⁵: conoscenza esatta delle dimensioni del problema, scelta di priorità degli interventi e conseguente allocazione di risorse, riorganizzazione dei servizi, coordinamento organizzativo, orientamento dei comportamenti professionali tramite diffusione e applicazione di LLG basate su prove di efficacia, messa in atto di un piano di valutazione mediante la misura di indicatori di processo e di risultato.

Su questo sfondo culturale si è mossa la nostra esperienza di gestione del diabete di tipo 2, in un primo tempo, dal 2004 al 2007, nel territorio più ristretto dell'ex ASL 15 di Cuneo (circa 150.000 abitanti), poi nel grande ambito dell'ASL Cuneo 1 (più di 400.000 abitanti).

Materiale e metodi

Il sistema informativo direzionale (SID) dell'ASL e gli archivi informatici

Ottenere tutti i dati necessari alla conoscenza di un problema di salute mediante la loro raccolta corretta e completa richiede competenza ed è lavoro lungo e impegnativo. Basti accennare ad alcuni dei principali flussi di dati che devono venire acquisiti, organizzati, standardizzati e archiviati: sche-

de dimissione ospedaliera, attività medicina di base, specialistica ambulatoriale, laboratorio analisi, esami strumentali, prestazioni in DEA, attività farmaceutica, anagrafica aziendale, esenzioni totali o per patologia, consumo di farmaci. A questi si aggiunge, nel caso specifico del diabete, il Registro Diabetici della Regione Piemonte da confrontare con tutti gli altri elenchi generati in ASL.

Il SID dell'ASL Cuneo 1 è stato ed è il supporto competente e indispensabile di tutto il nostro progetto sul DM2. L'elevata mole di dati proveniente dai flussi sopra descritti ha richiesto al SID la costituzione di un *datawarehouse* (DWH) aziendale che permettesse l'inserimento delle singole fonti in modo organizzato, strutturato e omogeneo mediante specifiche logiche di caricamento dati. A partire dalla fase di inserimento dati all'interno del DWH, le prestazioni vengono abbinate al paziente presente nell'anagrafica aziendale determinandone un'identificazione univoca. L'abbinamento prestazioni-paziente permette l'identificazione dei dati anagrafici completi, dei dati di residenza aggiornati, delle esenzioni e del medico curante che aveva in carico il paziente alla data della prestazione. Tale operazione permette quindi di fornire i dati in modo strutturato e aggregato per area geografica, distretto, equipe, medico. Se necessario si può arrivare al dettaglio massimo della storia clinica del paziente in termini di consumo di prestazioni sanitarie disaggregando i dati dell'elenco pazienti.

Il DWH viene rivisto con cadenza mensile al fine di mantenere sempre disponibile il massimo grado di aggiornamento dei dati.

Tuttavia, come ogni gestore di flussi informatici sa, non è facile ottenere la precisione assoluta delle informazioni, a partire, per esempio, dalla codifica delle varie prestazioni, spesso non univoca o non corrispondente all'informazione richiesta; di tali imprecisioni è necessario essere consapevoli per stabilire se inficiano oppure no le valutazioni utili al *disease management*.

Registri di patologia: il registro regionale diabetici e il registro di ASL

In Piemonte esiste da molti anni un registro regionale diabetici (RRD) costruito in base alle segnalazioni dei centri di diabetologia connessi mediante rete informatica.

Constatata, fin dal 2003, la grave disomogeneità di prevalenza del diabete di tipo 2 fra le ASL della Regione (i valori attribuiti al territorio cuneese risultavano poco più della metà di quelli di altre zone del territorio regionale), l'ASL di Cuneo decide di costruire un registro diabetici di ASL.

La presenza sul territorio cuneese di una grande azienda ospedaliera (S. Croce e Carle) che svolge anche funzioni di primo livello assistenziale, rende necessario un collegamento interaziendale. Viene pertanto istituita, con delibere dei direttori generali di entrambe le aziende, la Commissione diabete, con la rappresentanza di tutte le figure professionali coinvolte nella gestione della malattia e dell'ufficio qualità dell'ASO, con il compito di *coordinare e collegare le competenze ospedaliere e territoriali (specialisti e MMG) per un approccio integrato alla malattia*.

Le modalità utilizzate per la costruzione del registro di ASL sono le seguenti.

Vengono scelti come “indicatori” di probabile diabete, il consumo di due o più confezioni di ipoglicemizzanti e/o di insulina, la titolarità di una scheda di dimissione ospedaliera (SDO) con codice ICD IX 250.* in qualsiasi livello di diagnosi, il godimento dell'esenzione ticket per diabete.

I dati vengono raccolti e organizzati dal SID con le modalità descritte sopra e la loro interpretazione è affidata alla Commissione diabete. Sono ovviamente rispettate le vigenti normative in fatto di trattamento dei dati personali e sensibili. Il registro viene aggiornato ogni anno, con lo scopo di eliminare via via alcuni possibili errori (assegnazioni improprie di ricette, trasferimenti ad altra ASL ecc.).

Stato di salute della popolazione

Sulla popolazione così definita vengono misurati alcuni indicatori dello stato di salute. Sono quelli proposti dalla Commissione regionale diabete (provenienti a loro volta da un progetto nordamericano sul diabete)⁶. In questa prima fase ci si limita agli indicatori di processo: percentuale di diabetici che abbiano effettuato almeno una volta nell'anno emoglobina glicata (HbA_{1c}), colesterolemia totale, microalbuminuria, visita oculistica e/o fundus oculi.

Promozione della corresponsabilità

La Commissione effettua un incontro con ciascuna delle otto equipe territoriali dei MMG. In tale occasione, comunica i dati del registro di ASL e quelli di misurazione degli indicatori riferiti sia all'ASL nel suo complesso sia alla singola equipe, analizza le cause di scostamento dagli standard e ipotizza i possibili interventi di miglioramento. I dati relativi ai pazienti di ogni singolo MMG sono messi a disposizione dei direttori di distretto perché li comunichino al MMG che ne faccia richiesta.

L'orientamento dei comportamenti professionali a linee guida basate su prove di efficacia: il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale come strumento di gestione clinica

Il trasferimento nella pratica clinica delle raccomandazioni della ricerca è una grave difficoltà di ogni organizzazione sanitaria. Uno dei modi per superarla è la scelta, condivisa da parte dei professionisti, di una cascata logico-cronologica di prestazioni sanitarie volte a risolvere un dato problema di salute, scelte con metodologia EBM, da espletare con tempi il più possibile aderenti alle attese dei pazienti. Il percorso, approvato e autorizzato dalla direzione di ASL, diventa una sorta di direttiva aziendale che, se pure non vincolante in modo assoluto, è fortemente raccomandata a tutti i professionisti e può essere facilmente monitorata nella sua applicazione sorvegliando l'effettuazione delle prestazioni “critiche” per il raggiungimento dei risultati di salute previsti.

Elaborato dalla Commissione diabete e ulteriormente discus-

so da una rappresentanza di tutti i MMG dell'ASL, il percorso “diagnosi precoce e sorveglianza diabete di tipo 2” viene consegnato in formato cartaceo a tutti i MMG e diventa oggetto di monitoraggio tramite gli stessi indicatori di processo descritti sopra per lo stato di salute della popolazione.

Il nuovo scenario e gli strumenti di origine istituzionale: il progetto regionale e l'accordo Regione-MMG-Diabetologi

Nel 2007 la Regione Piemonte procede all'accorpamento delle ASL: Cuneo entra a far parte di una grande ASL, equivalente a circa tre quarti del territorio provinciale, con 410.000 abitanti. Dal Piano Nazionale Prevenzione 2005-2008, prende corpo il progetto regionale “Prevenzione complicanze diabete di tipo 2”, che comporta una serie di novità operative.

Viene istituito il Comitato diabete dell'ASL Cuneo 1, che riasorza la Commissione diabete interaziendale dell'ASL 15 e dell'ASO S. Croce e Carle. Il Comitato ha il compito di redigere un piano della qualità (PdQ) dell'assistenza diabetologica che impegni la direzione aziendale e le varie categorie professionali ad applicare un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) condiviso, mediante anche la riorganizzazione dei servizi e la redistribuzione delle risorse. Il PDTA è redatto sulla falsariga di quello dell'ex ASL 15 di Cuneo, con l'integrazione delle competenze ed esperienze dei servizi di diabetologia delle altre due ex ASL accorpate (16 Mondovì, 17 Savigliano).

Il PdQ viene approvato dalla Regione e diventa strumento operativo di gestione clinica⁷. Ovviamente, si rende necessario costruire un nuovo registro di ASL, riferito alla nuova e molto più grande popolazione residente. I criteri di ingresso nel registro sono ampliati: oltre a consumo di farmaci, SDO codificata per diabete, iscrizione nell'elenco esenzione per patologia, viene presa in considerazione anche l'iscrizione al RRD. Su questa popolazione vengono misurati gli stessi indicatori dello stato di salute già applicati alla popolazione della sola ex ASL 15 di Cuneo.

Le informazioni sui dati raccolti vengono comunicate ai coordinatori delle equipe e ai direttori di distretto. Si privilegia anche questa volta la comunicazione a piccoli gruppi, per facilitare la comprensione dei dati e la discussione sulle cause che ne stanno all'origine.

I rappresentanti del Comitato partecipano, in ogni singolo distretto, alle riunioni dell'Ufficio Coordinamento delle Attività Distrettuali allargate a tutti i coordinatori di equipe del distretto stesso.

Contemporaneamente al progetto “Prevenzione complicanze diabete di tipo 2”, la Regione Piemonte stila un accordo con i MMG per la “gestione integrata del DM2”⁸ (successivamente completato dal “Protocollo operativo” proposto dai diabetologi): si tratta di un prezioso strumento di incentivazione e di legittimazione della responsabilità del MMG verso i pazienti diabetici, soprattutto di quelli più sfuggenti ai controlli e quindi alle visite specialistiche del diabetologo. Anche questo documento delinea, mediante la raccomandazione di alcuni con-

trolli cadenzati dello stato di salute del diabetico, una sorta di percorso diagnostico-terapeutico che corrisponde in parte a quanto già descritto nel PdQ dell'ASL. Tale naturale sovrapposizione facilita anche la sorveglianza simultanea dell'avanzamento del PdQ e dell'applicazione dell'accordo.

Piano della qualità: le prestazioni chiave della gestione integrata

Come detto sopra, la "gestione integrata" del paziente diabetico rivaluta il ruolo del MMG nell'assistenza al diabetico non complicato. A suo carico sono quindi i controlli a cadenza minima semestrale, clinici e di laboratorio, che consentono di seguire il paziente con l'assiduità che la malattia richiede. Tuttavia, prestazione insostituibile della prevenzione delle complicanze del DM2 è la *valutazione diabetologica complessiva* (VDC) affidata alla competenza e alla responsabilità del diabetologo. Definita nel dettaglio sanitario e organizzativo nel PdQ, consiste in un "pacchetto" di esami di laboratorio e strumentali, e in una successiva visita clinica approfondita del diabetologo che esamina i referti e ricerca i primi segni delle complicanze. Nel suo insieme, la VDC fornisce uno screening per la diagnosi precoce delle complicanze cardiache, renali, retiniche, neurologiche e vascolari periferiche. Le procedure organizzative sono semplificate sia per il MMG (riconoscimento, da parte degli sportelli di accesso, della sigla VDC sull'impegnativa) sia per il paziente (garanzia di espletamento di tutte le prestazioni in non più di due accessi, prenotazioni e raccolta referti a carico dell'infermiera di ambulatorio diabetologico) sia anche per il diabetologo (sedute dedicate, 30' per ogni visita).

Dal novembre 2009 è stata attivata su tutto il territorio dell'ASL, in almeno un punto di ognuno dei sei distretti. Trattandosi di prestazione con cadenza annuale, non esiste al momento il problema dei tempi di attesa.

Un nuovo criterio di individuazione dei "diabetici"

Nei mesi scorsi ha preso piede una nuova raccomandazione che prevede l'HbA_{1c} come esame diagnostico del diabete⁹. Il Comitato diabete ha così richiesto al SID di ricercare quanti assistiti, non individuati come diabetici dai criteri utilizzati per la costruzione del registro di ASL, abbiano effettuato almeno una HbA_{1c} in un anno solare. Selezionando nell'elenco dei nominativi così ottenuti gli assi-

stiti titolari di un valore di HbA_{1c} ≥ 6, è stato possibile individuare una popolazione da sorvegliare con attenzione per verificarne la completezza del percorso diagnostico.

Risultati e discussione

Come accennato nel paragrafo precedente, le difficoltà di gestione degli archivi informatici non consentono di ritenere i dati ottenuti esatti al 100%. Tuttavia, lo scopo del *disease management* di una qualsiasi patologia non è quello dell'accuratezza assoluta dei dati, ma la conoscenza della situazione sanitaria di una popolazione, sufficiente a orientare decisioni di tipo organizzativo, clinico-assistenziale, formativo.

In quest'ottica vanno letti i risultati di seguito riportati, nei quali vanno colti più che altro l'affidabilità degli strumenti e dei metodi di lavoro usati per ottenerli e lo spunto per interventi di miglioramento da verificare nel tempo.

I dati riportati sono riferiti alla data del 30.06.2009 e riguardano l'ASL CN1, quella risultante dall'accorpamento delle tre ASL di Cuneo, Savigliano, Mondovì.

Registro diabetici di ASL

Le tabelle 1 e 2 riassumono i dati del registro di ASL, costruito secondo i criteri descritti sopra, e limitatamente ai diabetici di tipo 2. Questo risultato è stato raggiunto escludendo i nominativi registrati nel RRD come tipo *diverso da 2*.

La prevalenza del diabete di tipo 2, su una popolazione di 408.445 assistiti nell'ASL CN1, è 4,5% con variazioni limitate fra i vari distretti, tranne in due: quello di Ceva (il 6,1 è facilmente spiegabile con l'alta percentuale di ultrasessantacinquenni) e quello di Borgo S. Dalmazzo-Dronero (il basso valore di 3,8 non trova, per il momento, ragioni precise).

È evidente l'allineamento alla prevalenza regionale e ai risultati di altre recenti ed estese indagini^{10,11}, diversamente da quanto rilevabile dal RRD, che si ferma a poco più della metà del totale. Questo fatto non è una novità per nessuno che si occupi di diabete in Piemonte, ma offre il primo spunto di riflessione per individuare le cause (e i possibili rimedi) di una incompletezza tale da far ritenere impreciso il RRD sia come strumento epidemiologico sia come punto di riferimento per il *disease management* del diabete di tipo 2.

Tabella 1 Registro diabetici di ASL dati generali.

Residenti in ASL CN1 secondo fasce di età					Diabetici di tipo 2 secondo fasce di età e rispettiva prevalenza	
	F	M	Totale	%	Totale	%
0-45	104.140	107.524	211.664	52	725	0,34%
46-65	53.350	54.717	108.067	26	5455	5,05%
> 65	50.836	37.878	88.714	22	12.307	13,87%
Totale	208.326	200.119	408.445	100	18.487	4,53%

Tabella 2 Totale nominativi risultanti in almeno uno degli elenchi di: RRD (esclusi quelli individuati come tipo 1), esenti per malattia (codice 013), titolari di SDO con codice ICD IX 250.* in qualsiasi livello di diagnosi, consumo di farmaci ipoglicemizzanti e/o insulina. Con esclusione dei nominativi risultanti nel RRD come diversi da tipo 2.

Registro di ASL diabetici tipo 2	Totale	Prevalenza su totale popolazione di ASL CN1, ex ASL accorpate, singolo distretto	Iscritti al RRD	% su RRD totale registro di ASL
ASL CN1	18.487	4,5	10.163	55
Ex 15	6219	4,0	3447	55
Cuneo	2943	4,1	1701	58
Borgo S. Dalmazzo Dronero	3276	3,8	1746	53
Ex 16	4312	4,9	1995	46
Mondovì	2942	4,7	1329	45
Ceva	1370	6,1	666	49
Ex 17	7956	4,8	4716	59
Fossano-Savigliano	4013	4,6	2539	63
Saluzzo	3943	5,0	2177	55

Indicatori di applicazione del piano della qualità

I più facilmente misurabili tramite gli archivi informatici sono l'effettuazione dei principali controlli laboratoristici e clinici, con cadenza non superiore all'anno, come già dimostrato da altri importanti studi di popolazione effettuati nella nostra Regione¹². La tabella 3 riporta i dati del 2008 di HbA_{1c}, microalbuminuria, colesterolo LDL. È evidente la distanza dagli standard teorici del 100%, ma anche da obiettivi più realistici e probabilmente raggiungibili. Altrettanto evidente la differenza di sorveglianza dello stato di salute fra i diabetici iscritti nel RRD (probabilmen-

te più collaborativi e consapevoli) e i non iscritti. Ovvio il compito, non facile ma assolutamente necessario, del MMG e/o del diabetologo per convincere il paziente della necessità di sorvegliare la malattia: è possibile che, una volta iscritto, il diabetico acconsenta più facilmente a entrare in una routine di controlli. Non sono riportati i dati di effettuazione di altre prestazioni fondamentali per la sorveglianza di comparsa di complicanze del diabete, soprattutto esame del fondo dell'occhio ed ECG. L'elevata frequenza con cui questi esami sono effettuati presso strutture private, e quindi non registrati negli archivi informatici, impedisce di ottenere un dato attendibile.

Tabella 3 Numero e relativa percentuale di nominativi di diabetici di tipo 2 del registro di ASL che hanno effettuato, nel 2008, almeno una determinazione dei parametri indicati. Nelle colonne evidenziate: i soli iscritti al RRD e relative percentuali.

Registro di ASL diabetici di tipo 2	Totale	RRD	HbA _{1c}	%	HbA _{1c}	%	Microalbuminuria	%	Microalbuminuria	%	Colesterolo LDL	%	Colesterolo LDL	%
ASL CN1	18487	10163	12232	66	7752	76	6372	34	4834	47	8473	46	5516	54
Ex 15	6219	3447	4524	68	2743	79	2933	47	2204	64	2818	45	1881	55
Cuneo	2943	1701	2093	71	1391	82	1471	50	1102	65	1387	47	940	55
Borgo S. Dalmazzo Dronero	1740	932	1136	65	718	77	810	46	581	62	739	42	481	52
Ex 16	4312	1995	2775	64	1518	76	774	18	511	26	1780	41	996	50
Mondovì	2942	1329	1892	67	1018	77	596	20	389	29	1199	41	641	48
Ceva	1370	666	883	64	500	75	178	13	122	18	581	42	355	53
Ex 17	7956	4716	5203	66	3488	74	2665	33	2118	45	3875	49	2639	56
Fossano Savigliano	4013	2539	2648	66	1876	74	1412	35	1128	44	1874	47	1353	53
Saluzzo	3943	2177	2555	65	1612	74	1253	32	990	45	2001	51	1566	72

Un discorso a parte merita la percentuale di visite diabetologiche effettuate (Tab. 4): con sorpresa, si è constatato che sono pochi i diabetici che vi si sottopongono almeno una volta all'anno (su tutta l'ASL meno della metà, ma perfino soltanto un terzo in determinati distretti). Questo dato, in apparente contrasto con il sempre maggior carico di lavoro dei diabetologi, evidenzia ancora una volta la grande popolazione "sommersa" di diabetici, che è seguita, per quanto possibile, dai MMG, ma che certamente non è inquadrata in un percorso completo di prevenzione delle complicanze.

Un indicatore indiretto di applicazione del PdQ è l'andamento della "gestione integrata", in particolare l'adesione dei MMG all'accordo regionale: questo è diventato operativo verso la fine del 2008 e da tale data un numero crescente di pazienti è stato inserito nella gestione integrata (GI) da parte dei propri MMG, che si sono così impegnati a effettuare i controlli del loro stato di salute alle cadenze previste (Tab. 5). Malgrado si sia ancora molto lontani dallo standard teorico del 100%, la progressione costante dimostra che la "cultura" della GI si sta diffondendo, anche se è ancora presto per poterne misurare gli

effetti su tutta la popolazione diabetica. Resta tuttavia da valutare con attenzione il numero di pazienti inseriti nella GI: circa 3600 su 18.000 diabetici di tipo 2 del registro di ASL. Il dato percentuale dell'ASL CN1 ricalca quello regionale.

L'effettuazione della VDC sarà senza dubbio un indicatore molto affidabile della GI e della effettiva prevenzione: chi si sottopone alla VDC automaticamente effettua tutti i controlli previsti e si inserisce in un percorso assistenziale controllato ed efficace. Al momento non abbiamo ancora dati sull'effettuazione della VDC perché, come detto sopra, questa è stata attivata dal novembre 2009.

HbA_{1c} come criterio di individuazione del diabete

I risultati di questa nuova ricerca sono abbastanza sorprendenti. Più di 7000 assistiti risultano avere effettuato una determinazione di HbA_{1c}, senza peraltro risultare in nessuno degli altri criteri di individuazione della malattia diabetica. Un primo ragionamento porterebbe a pensare che l'HbA_{1c} venga richiesta in modo inappropriato, ma l'analisi dei risul-

Tabella 4 Numero di nominativi del Registro di ASL (e relative percentuali) che hanno effettuato, nel 2008, almeno una visita diabetologica.

Nelle colonne evidenziate: i soli iscritti al RRD e relative percentuali

Registro di ASL diabetici di tipo 2	Totale	RRD	Visita diabetologica	%	Visita diabetologica	%
ASL CN1	18487	10163	5646	31	4716	46
Ex 15	6219	3447	2574	41	2137	62
Cuneo	2943	1701	1161	39	986	58
Borgo S. Dalmazzo	1740	932	736	42	599	64
Dronero	1536	814	674	44	552	68
Ex 16	4312	1995	1409	33	1150	58
Mondovì	2942	1329	969	33	776	58
Ceva	1370	666	440	32	374	56
Ex 17	7956	4716	1664	21	1429	30
Fossano Savigliano	4013	2539	929	23	808	32
Saluzzo	3943	2177	734	19	620	28

Tabella 5 Numero progressivo diabetici di tipo 2 inseriti in gestione integrata e totale MMG che hanno aderito all'accordo regionale al 31.12.09.

Distretti	N. pazienti assistiti in GI						N. MMG che hanno inserito almeno 1 paziente in GI su totale MMG
	Sett. 08	Dic. 08	Mar. 09	Giu. 09	Sett. 09	Dic. 09	
Cuneo	62	280	472	650	729	800	32/54
Borgo/Dronero	23	287	379	457	533	632	33/66
Mondovì/Ceva	20	305	394	527	621	680	35/65
Fossano/Savigliano	6	495	722	864	913	1021	36/60
Saluzzo	5	266	377	431	435	455	19/58
Totale ASL CN1	116	1633	2344	2929	3231	3588	155/303

tati dell'esame dimostra che almeno il 60% delle determinazioni ha valori maggiori di 6 e il 20% maggiori di 7, quindi oltre la norma o francamente patologici. Tuttavia, poche centinaia di queste persone hanno effettuato una visita diabetologica e a questa non pare essere seguito nessun completamento diagnostico, né tanto meno un inserimento nel RRD. Dal punto di vista di un corretto *disease management*, se aggiungiamo i circa 4000 soggetti con valori di $HbA_{1c} > 6$ al Registro di ASL, otteniamo una prevalenza di diabetici del 5,6%, e questo è già un campanello di allarme, soprattutto dal punto di vista delle risorse da dedicare. Ma lo è tanto più perché questa folta popolazione di assistiti probabilmente, per le più varie ragioni, non segue un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale corretto e completo.

Conclusioni

Il frutto della nostra esperienza si può riassumere nei seguenti punti.

- Requisito indispensabile di ogni progetto di questo tipo è la volontà di attivare il *disease management* da parte della direzione aziendale o, meglio ancora, delle Istituzioni regionali. Senza questa, le iniziative si limitano a esperienze di collaborazione fra centri specialistici e poche unità di MMG: validi esempi "pilota", utili tuttavia soltanto a una piccolissima parte di popolazione.
 - Per una buona conoscenza delle dimensioni del problema, è necessario riconoscere l'insufficienza del RRD (difficilmente risolvibile date le varie cause che sostengono l'anonimato dei diabetici) e individuare la popolazione diabetica mediante "indicatori" univoci di malattia, compreso quello dell'effettuazione della sola HbA_{1c} . Gli errori insiti in questa metodologia sono riducibili nel tempo e sono sempre molto inferiori a quelli del RRD.
 - È possibile ottenere, anche se gradualmente, la collaborazione di tutte le figure professionali coinvolte nella gestione della malattia. Questo difficile traguardo si raggiunge sia coinvolgendole in incontri a piccoli gruppi con i responsabili del progetto (nel nostro caso rappresentanti del Comitato diabetico di ASL), sia con l'utilizzo della "forza" dei dati quantitativi e delle evidenze scientifiche. I dati forniscono ai clinici la conoscenza, per loro difficile da raggiungere singolarmente, di quanta parte della loro popolazione di assistiti sfugga alle loro migliori intenzioni professionali. Nella nostra esperienza, la "neutrale" oggettività dei dati (per esempio, la percentuale di diabetici che effettuano annualmente i controlli minimi di laboratorio) è stata più convincente di qualsiasi lezione teorica sulla malattia e ha ottenuto, nell'arco di quattro anni nell'ASL 15 di Cuneo, il passaggio dal 61% al 79% dei diabetici che effettuano almeno una volta all'anno la determinazione dell' HbA_{1c} . Le evidenze scientifiche diventano una realtà applicabile quotidianamente, mediante il loro trasferimento nel "percorso diagnostico terapeutico" condiviso da tutte le figure professionali e non più ritenuto una raccomandazione astratta e lontana dalla pratica clinica.
- Sono ancora tutti da stabilire gli standard ai quali puntare. Non potendoci basare su quelli dei centri di diabetologia, in un certo senso "teorici" perché riferiti a popolazioni selezionate, sarà necessario un progressivo tentativo di miglioramento e di omogeneizzazione delle varie realtà territoriali, per individuare traguardi realistici su tutta l'ASL. Sicuramente dovranno essere sottoposti a misura alcuni indicatori di risultato, primi fra tutti le complicanze vascolari maggiori. Soltanto se il tasso di ospedalizzazione per tali complicanze (nei diabetici dell'ex ASL 15 di Cuneo è 4-5 volte quello della popolazione generale) tenderà a scendere negli anni, potremo dire di avere effettivamente lavorato per la salute della popolazione.

Fonte di finanziamento

ASL Cuneo 1.

Conflitto di interessi

Nessuno.

Bibliografia

1. AMD-SID-Diabete Italia. *Standard Italiani per la cura del diabete mellito*. Torino: Infomedica srl 2007.
2. Valentini U, Cimino A, Girelli A. *Manuale del disease management applicato alla diabetologia*. AMD maggio 1999.
3. Di Stanislao F, Panella M, Noto G, Deales A, Gardini A, Casati G. *I percorsi clinico assistenziali*. XVII Congresso SIQaAS, Reggio Emilia novembre 2007.
4. AReSS Piemonte. *Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali*. Torino 2007.
5. Valentini U. *Percorso assistenziale disease management*. G It Diabetol Metab 2007;27:65-8.
6. NCQA National Committee for Quality Assurance. *DQIP Diabetes Quality Improvement Project*. Washington (USA) 2002.
7. Piano della Qualità dell'assistenza diabetologica dell'ASL Cuneo 1. Revisione 1 del 12.06.08.
8. DGR Regione Piemonte 27.10.2008 n. 40-9920. *Approvazione Accordo regionale dei MMG per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2*.
9. ADA. *Revisions for the 2010 clinical practice recommendations*. Diabetes Care 2010;33(suppl. 1).
10. Bruno G, Barger G, Pisu E, Vuolo A, Pagano G. *A population-based prevalence survey of known diabetes based upon multiple independent data sources of ascertainment*. Diabetologia 1992;35:851-6.
11. De Palma R, Nobilio L, Mall S, Trombetti S, Vizioli M, Melotti RM et al. *Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia Romagna: analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005-2007)*. Dossier 179/2009 ASSR Regione Emilia Romagna.
12. Gnani R, Picariello R, la Karaghiosoff L, Costa G, Giorda C. *Determinants of quality in diabetes care process: the population-based Torino Study*. Diabetes Care 2009;32:1986-92.