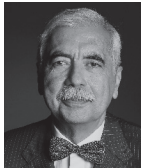


GRUPPO PODOPATIA DIABETICA

Distribuzione sul territorio nazionale delle strutture che si occupano di "piede diabetico"



a cura di **A. Bruno**
per il Gruppo AMD-SID
Podopatia diabetica*

Scopo del lavoro

L'iniziativa coordinata dal Comitato di Coordinamento del gruppo interassociativo AMD-SID di "Podopatia Diabetica" aveva lo scopo di valutare la distribuzione territoriale delle strutture che si occupano di piede diabetico e di identificare per ognuna di esse la complessità di cure fornite. Il progetto, condiviso con le due società SID e AMD, è stato condotto nel secondo semestre del 2015. Non rientrava nelle finalità del lavoro la classificazione delle strutture e si ribadisce che l'assegnazione delle strutture a diversi gradi di complessità è avvenuta esclusivamente in base alle risposte autonomamente fornite al questionario e sono da intendersi come gradi di "intensità di cura fornite", dall'analisi dei dati non è possibile ricavare informazione sulla "qualità" o "appropriatezza" delle stesse.

Metodi

Il Comitato di Coordinamento del gruppo di "Podopatia diabetica" ha elaborato un questionario composto da 42 domande divise in 6 gruppi. La prima sezione "organizzazione struttura" comprende domande relative al numero di giorni di apertura, alle ore dedicate ed al personale utilizzato, alla presenza di posti letto autonomi o in appoggio; la seconda sezione "organizzazione diagnosi" indaga soprattutto la possibilità di eseguire procedure complesse all'interno della macrostruttura in cui risiede il centro; nella terza sezione "cura" sono richiesti i dati relativi ad alcuni aspetti caratterizzanti le strutture che si occupano di piede; nella quarta sezione "volumi" sono richiesti, se noti, i dati sulle amputazioni e sulle rivascolarizzazioni; nella quinta sezione "educazione" si fa riferimento alle azioni educative messe in atto per ridurre il rischio di lesione ed infine nella sesta sezione sono richiesti i dati identificativi del

* A. Bruno (Coordinatore nazionale), R. Anichini (Coordinatore eletto), P. Galenda, L. Giurato, G. Meloni, L. Monge, L. Rizzo, V. Stoico.

centro al fine della pubblicazione. In questa sezione è specificatamente richiesta l'autorizzazione alla pubblicazione degli stessi. Alle singole domande si poteva dare una unica risposta SI o NO ad eccezione di quando si richiedeva una valutazione numerica nella sesta sezione. L'algoritmo utilizzato (Figura 1) è stato elaborato per definire i livelli di "complessità di cura" in base alle autodefinizioni fornite e definisce l'intensità come: screening, trattamento e trattamento complesso. L'algoritmo prevedeva anche una verifica del livello assegnato con le domande 22, 23, 24, 25 e 28 riguardanti il livello di assistenza che la macrostruttura, in cui è inserito il centro, può fornire. In particolare si dava importanza alla possibilità di diagnosi e trattamento delle lesioni vascolari e la possibilità di intervento in urgenza. Le risposte a queste domande non modificavano il livello precedentemente assegnato ma ne rinforzano il significato quando presenti. Il questionario è stato distribuito a tutti i rappresentanti regionali del gruppo di Podopatia Diabetica e contemporaneamente sono stati informati i presidenti regionali delle due società scientifiche affinché svolgessero un ruolo di garanzia sulla distribuzione capillare degli stessi. La raccolta dei questionari è terminata il 31 dicembre 2015.

Risultati

Al 31 dicembre 2015 sono pervenuti 199 questionari, di questi ne sono stati esclusi 22 (5 perché non hanno dato il consenso alla pubblicazione e 17 perché hanno dichiarato di non avere un ambulatorio dedicato al piede). Le rimanenti 177 strutture sono state classificate dall'algoritmo in: 46 Screening, 95 Trattamento e 36 Trattamento complesso. La distribuzione territoriale è riportata nella figura 2.

Nella tabella 1 sono riportati i rapporti in relazione alla densità della popolazione residente (dati ISTAT al 1 gennaio 2015). Le domande di "verifica" hanno confermato al 100% i dati del livello trattamento e al 77% i dati del livello trattamento complesso.

Discussione

La valutazione dei questionari presenta numerosi limiti dovuti alla selezione delle domande ed alla modalità di raccolta (autorefente), tuttavia il coinvolgimento delle strutture regionali e il lungo periodo concesso alla raccolta dei questionari con ripetute verifiche degli stessi e feedback con i rappresentanti regionali dovrebbe in parte aver sopperito ai limiti intrinseci di questi studi. Le domande di verifica hanno permesso di definire un buon grado di attendibilità dei dati per le strutture dedicate al trattamento delle lesioni del piede, mentre hanno mostrato un

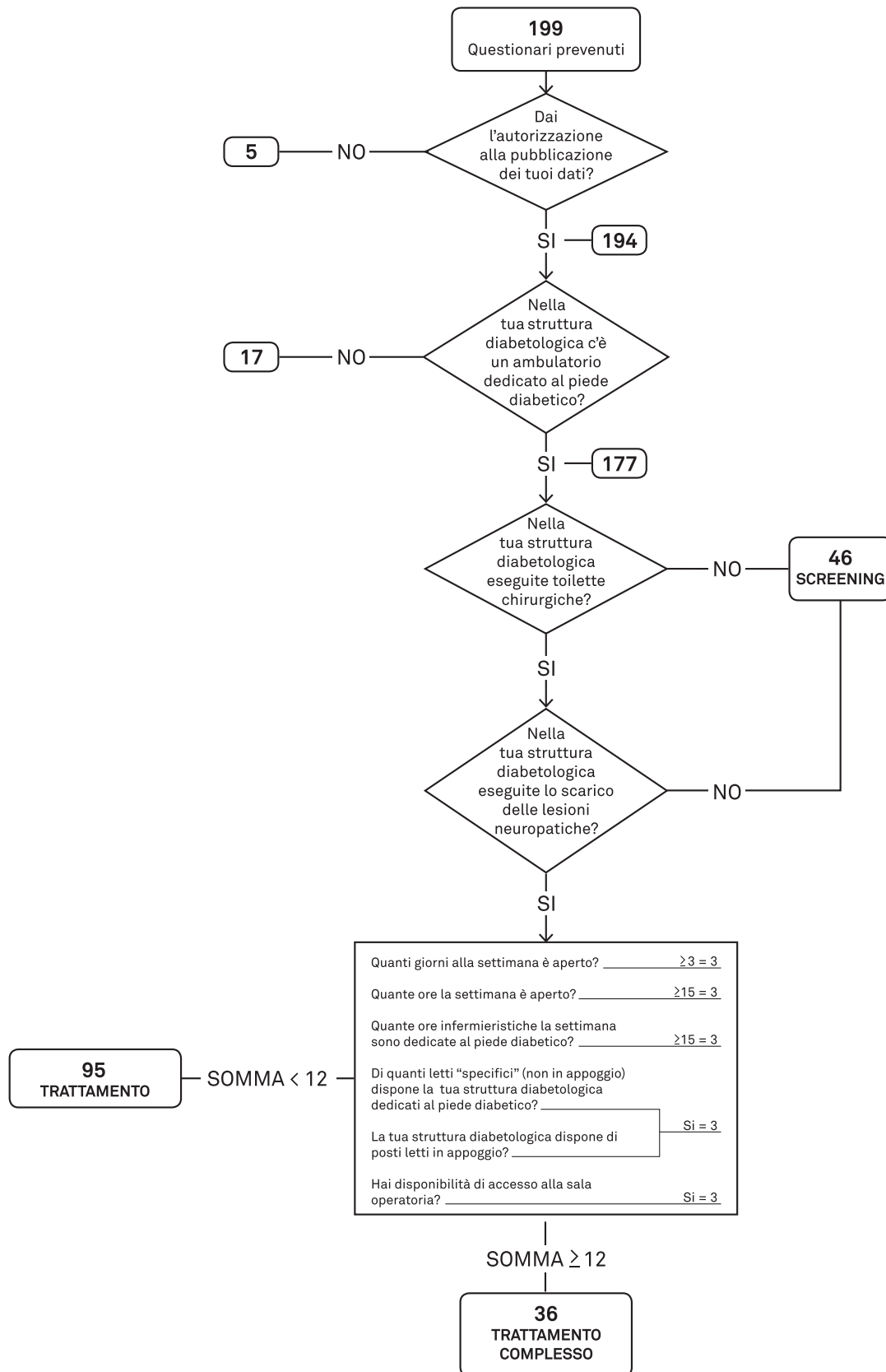


Figura 1 Flow chart dell'algoritmo utilizzato.



Figura 2 Distribuzione territoriale delle strutture che si occupano di "Piede diabetico". Cerchio vuoto: attività di screening; cerchio crociato: attività di trattamento; cerchio nero: attività complessa.

certo grado di sovrastima per le strutture di maggior complessità organizzativa (l'algoritmo di valutazione non era stato reso noto al momento della compilazione del questionario). I dati dimostrano come la distribuzione territoriale dei centri dedicati al piede diabetico sia carente soprattutto al sud d'Italia anche se il gradiente nord-sud presenta alcune eccezioni se si valutano i centri in rapporto alla densità della popolazione residente.

Conclusioni

La raccolta delle schede delle strutture diabetologiche che si occupano di piede diabetico ha raggiunto un accettabile grado di affidabilità. Pur essendo possibile una percentuale di dati mancanti, la distribuzione è coerente con le precedenti iniziative e con l'osservazione quotidiana che pone la diabetologia italiana ad un buon livello nel panorama internazionale anche per quanto riguarda il trattamento e la prevenzione delle lesioni ai piedi. Si ribadisce che l'attribuzione dei livelli non è una attribuzione di merito ma deriva unicamente dalle informazioni fornite dai singoli centri e rappresenta il livello di intensità di cure offerto dalla struttura stessa. È inten-

Tabella 1 Concentrazione delle strutture che si occupano di piede diabetico in rapporto alla densità abitativa (abitanti/km²). Fonte: Istat 2015.

REGIONE	RAPPORTO
LIGURIA	0,010
MOLISE	0,014
CALABRIA	0,023
CAMPANIA	0,023
TRENTINO ALTO ADIGE	0,026
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,026
VALLE D'AOSTA	0,026
ABRUZZO	0,033
PUGLIA	0,038
SICILIA	0,041
LOMBARDIA	0,048
BASILICATA	0,053
MARCHE	0,055
LAZIO	0,058
VENETO	0,063
UMBRIA	0,066
PIEMONTE	0,075
TOSCANA	0,086
EMILIA ROMAGNA	0,096
SARDEGNA	0,159

zione delle società scientifiche AMD e SID mantenere un costante l'aggiornamento di questi dati fornendo la possibilità di revisione continua dei questionari stessi al fine di fornire a tutti i nostri pazienti le informazioni più aggiornate e coerenti possibili. Con tutti i limiti già individuati questo censimento può rappresentare un importante punto di partenza per la futura programmazione sanitaria ed è auspicabile che un'azione congiunta delle Società Scientifiche a livello delle sanità regionali possa contribuire a modificare il rapporto tra il numero totale dei centri e la densità della popolazione in quelle realtà in cui risulta palesemente inadeguato.