

Diabete in ospedale. Dall'analisi del sistema organizzativo britannico alla valorizzazione di quello italiano



¹ C.B. Giorda, ² M.F. Mulas

giordaca@tin.it, mariafranca.mulas@tiscali.it

¹ Presidente Nazionale AMD, S.C. Malattie Metaboliche e Diabetologia - ASL Torino 5

² U.C. Diabetologia e Malattie Metaboliche, Ospedale "San Martino", ASL 5 Oristano

Parole chiave: Audit, Costi, Qualità dell'assistenza

Key words: Audit, Spending review, Quality of health care

Il Giornale di AMD, 2012;15:230-233

Riassunto

L'audit 2011 del SSN inglese sull'assistenza ospedaliera ai pazienti diabetici inglesi con dati provenienti da 230 ospedali, evidenzia che troppi ospedali (50%) non hanno un "diabetes team" per una consulenza diabetologica durante il ricovero e che ancora meno è la percentuale di ricorso a una valutazione diabetologica pre-ricovero (30%). Insieme a molti altri indicatori di un'assistenza non eccelsa, viene riportato che al 22% dei ricoverati l'insulina viene prescritta in modo fisso, senza titolazione. I dati dello studio inglese sono per tutti noi un utile strumento di riflessione in un momento come questo dove la "spending review" ci obbliga a riflettere sui costi, ma soprattutto su quali potrebbero essere le azioni di miglioramento della qualità dell'assistenza compatibili con un risparmio che ci viene costantemente richiesto dai nostri amministratori. I dati di letteratura, non solo inglesi, ci dimostrano che la presenza del "diabetes team" potrebbe veramente fare "la differenza".

Summary

The 2011 audit of the English SSN on hospital care of English diabetic patients with data from 230 hospitals shows that too many hospitals (50%) don't have a diabetes team for a diabetes consultation during the stay and that even lower is the percentage of pre-stay diabetes assessment (30%). Together with many other indicators of non excellent care, 22% of hospital patients are reported to have insulin prescribed permanently, without adjustment for blood sugar level. The data from the English study paper are for all of us useful for reflection at a time like this when the spending review forces us to reflect on costs, but above all on what could be ways to improve the quality of health care compatible with the savings which are constantly requested by our administrators. The literature data not only the English ones show us that the presence of a diabetes team could really make the difference.

Lo spunto per questo editoriale ci è offerto dalla pubblicazione dei risultati del National Diabetes Inpatient Audit (NaDIA) 2011 sull'assistenza ospedaliera ai pazienti diabetici inglesi (<http://www.ic.nhs.uk/nda>) e dalla news di commento a NaDIA apparsa sul BMJ⁽¹⁾. Il messaggio chiave di queste pubblicazioni è riassumibile nel "grido di dolore" che accompagna l'articolo di commento: **Warning: lack of specialist diabetes teams in**

hospitals is "absolutely disgraceful" says NHS clinical lead.

Dati a oggi disponibili sul diabete in ospedale

Il diabete aumenta il rischio di ospedalizzazione di 2-4 volte⁽²⁾ per la presenza concomitante di patologie cardiovascolari, renali e di vasculopatie periferiche. I tempi di ospedalizzazione sono più lunghi per l'impatto che l'iperglicemia ha sugli interventi chirurgici e sulle patologie non correlate al diabete⁽³⁾. Ci sono numerose evidenze che dimostrano che il trattamento efficace dell'iperglicemia in ospedale, svolto in stretta collaborazione con un medico e/o un infermiere di diabetologia, è in grado di ridurre significativamente la durata del ricovero sia nei reparti medici (da 11 a 8 gg) sia nei reparti chirurgici (da 8 a 5 gg)^(4,5,6). La presenza di un team diabetologico in ospedale consente di diminuire la durata dei ricoveri di 700 giornate ogni 1000 diabetici/anno di età inferiore a 75 anni⁽⁷⁾. Non solo la presenza di un team diabetologico in ospedale ma anche la presenza di un'assistenza specialistica diabetologica sul territorio si sono dimostrate in grado di influire positivamente sul numero e sulla tipologia dei ricoveri della popolazione diabetica⁽⁸⁾.

Costi

L'assistenza al diabete è diventata una componente essenziale nel controllo degli alti costi sanitari della malattia, che in Italia rappresentano il 9-11%⁽⁹⁾ della spesa sanitaria globale, percentuale che espressa in cifre significa 9,22 miliardi di euro all'anno. L'impatto del diabete sulla spesa sanitaria è determinato dai ricoveri ospedalieri, dalle complicanze croniche, dall'assistenza specialistica e dai farmaci, e tale impatto posiziona il diabete al secondo posto tra le patologie per i più alti costi diretti. Gli oneri sanitari per un cittadino affetto da diabete ammontano in media a 2756 euro, più del doppio rispetto ai cittadini non diabetici di pari età e sesso⁽³⁾. Solo il 29% è legato al

consumo dei farmaci per il diabete e le patologie concomitanti, mentre il 57% è relativo al ricovero ospedaliero e il 14% alle prestazioni specialistiche^(3,9).

National Diabetes Inpatient Audit (Nadia)

Queste osservazioni sono comuni a molti paesi europei, in particolare, il fatto che i costi complessivi siano principalmente ascrivibili ai ricoveri ospedalieri, ha comportato che questo specifico aspetto di assistenza al diabete sia stato oggetto di valutazione da parte del National Health System (NHS), che nel 2009 ha avviato con la collaborazione del National Institute of Clinical Excellence (NICE) un primo audit (vedi, al riguardo, il box che segue) pilota.

Cos'è un audit?

L'audit clinico è "un'attività tramite cui medici, infermieri e altri professionisti sanitari effettuano una revisione regolare e sistematica della loro pratica clinica e, dove necessario, la modificano" (*Primary Health Care Clinical Audit Working Group, 1995*).

Le caratteristiche fondamentali di un audit clinico (Pillole di Governo Clinico, GIMBE; 2009) che emergono dalla definizione sono le seguenti:

- coinvolge tutti i professionisti clinici della sanità;
- è un'attività continua, sistematica che non può essere limitata a singoli e occasionali casi;
- ha come oggetto l'appropriatezza(*) dei processi (sequenza delle attività sanitarie), ma anche gli esiti dell'assistenza sanitaria;
- permette di misurare il grado di inappropriately e di identificare le aree della pratica professionale che devono essere oggetto di progetti di miglioramento.

Il clinical audit è un approccio di verifica e miglioramento di importanti problemi assistenziali che comporta approccio "professionale", competenza clinica dei partecipanti, confidenzialità dei risultati, oggetti fortemente connessi alla qualità tecnico-professionale.

(*) *Appropriatezza*: intervento sanitario erogato al paziente giusto, nel momento giusto, per la giusta durata (professionalità), nel setting adeguato e dal professionista giusto (organizzazione). Il miglioramento dell'appropriatezza dovrebbe migliorare gli effetti favorevoli (efficacia) e ridurre quelli sfavorevoli (sicurezza), oltre a ottimizzare l'uso delle risorse.

Le motivazioni che hanno indotto l'NHS a ripetere l'audit nel 2011 scaturiscono da alcune osservazioni emerse dopo il NaDIA 2010 (<http://www.ic.nhs.uk/nda>):

- il 15% delle persone che accedono a un ospedale è affetto da diabete. È confermata l'osservazione che questa popolazione è più anziana, ha patologie più complesse e presenta una durata di ricovero maggiore;
- le persone con diabete sono vittime frequentemente di errori terapeutici che aggravano la loro condizione di fragilità;

- l'erogazione di cure meno efficaci per i diabetici ricoverati comporta per l'NHS un onere economico significativamente più elevato (con una quota che supera i 600 milioni di £ rispetto ai non diabetici);
- un miglioramento nel trattamento dei diabetici ricoverati è stato registrato a seguito dei risultati di NaDIA 2010.

Risultati Del "National Diabetes Inpatient Audit 2011"

Il National Diabetes Inpatient Audit (NaDIA) 2011 nasce su iniziativa dell'Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP) ed è stato sviluppato dall'Health and Social Care Information Centre (HSCIC) insieme a Diabetes UK per valutare la qualità delle cure erogate durante i ricoveri ospedalieri. L'audit è stato finanziato e gestito dal NHS (National Health System) Diabetes. È da sottolineare come sia l'istituzione sanitaria del Regno Unito il promotore del progetto e il referente per la sua attuazione, elemento non sostituibile per il successo dell'iniziativa.

Lo scopo di NaDIA è quello di identificare le criticità e indurre le singole unità ospedaliere a confrontarsi tra loro e, con un'azione di benchmarking, favorire la gestione del miglioramento.

I quesiti a cui la seconda edizione di NaDIA ha dato risposte sono:

1. Può una corretta gestione del diabete in ospedale ridurre il rischio di complicanze evitabili?
2. Il trattamento durante il ricovero può aver determinato risultati negativi?
3. Il grado di soddisfazione dei pazienti per il trattamento ricevuto durante il ricovero è stato positivo?
4. La qualità delle cure erogate e la qualità percepita dai pazienti sono cambiate rispetto a quanto emerso dal NaDIA 2010?

L'audit ha coinvolto un campione di 11.866 pazienti con diabete i cui ricoveri e le cui opinioni sono stati esaminati nel corso degli audit che si sono svolti in 230 ospedali inglesi e gallesi.

Dalla lettura dei risultati ottenuti prendiamo atto che i pazienti diabetici occupano 1 su 5-6 letti degli ospedali britannici e che sono ricoverati nell'85% dei casi in emergenza per cause sia mediche sia chirurgiche; solo 1 caso su 10 viene accettato per cause direttamente correlate per diabete, in primis per lesioni del piede e ipoglicemia.

Quello che colpisce della news firmata da Ingrid Torjesen è l'indignazione con cui si rileva che troppi ospedali (50%) non hanno un "diabetes team" per fornire una consulenza specialistica durante il ricovero e che ancora minore è la percentuale di ricorso a una valutazione diabetologica pre-ricovero (30%).

Insieme a molti altri indicatori di un'assistenza non eccelsa, viene riportato che al 22% dei ricoverati l'insulina viene prescritta in modo fisso, senza titolazione.

Tabella 1. NaDIA 2012: key findings.

Descrizione della popolazione diabetica ricoverata	Il 41,1% è insulino trattato (6,7% per DT1, 34,4% per DT2). L'età media delle persone ricoverate con diabete è di 75 anni, paragonata con i 65 anni di età media delle persone non diabetiche.
Causa del ricovero	La maggior parte dei pazienti inclusi nell'audit (66,6%) è stata ricoverata per ragioni mediche diverse dal diabete, mentre solo il 9% è stato ricoverato per ragioni strettamente legate al diabete. Di questo 9%, quasi la metà dei pazienti (47%) è stata ricoverata per piede acuto. Le persone con diabete hanno una maggior probabilità di essere ricoverate in emergenza rispetto ai non diabetici (84,5% contro 80,8%).
Durata del ricovero	La durata media di un ricovero al momento dell'audit era di 8 giorni per una persona diabetica contro i 5 giorni dei ricoverati per cause diverse ed era di 8 giorni per un diabetico ricoverato in urgenza contro i 6 giorni se ricoverato in elezione.
Errori terapeutici	Il 32,4% dei pazienti inclusi nell'audit ha avuto esperienza di un errore prescrittivo durante il ricovero. I pazienti per i quali il numero di errori subiti è stato maggiore di due hanno sperimentato un'ipoglicemia severa nel 17,4% dei casi paragonato al 7,5% di coloro che hanno dichiarato di non aver avuto errori nella cura.
Insulina infusa	Un'infusione insulinica intravenosa è stata prescritta a 1306 pazienti ricoverati per un tempo di almeno 7 giorni, all'8% di loro l'infusione è stata prolungata oltre gli 8 giorni. Nell'8,3% dei casi il prolungamento dell'infusione insulinica è stato giudicato inappropriato. Tra i pazienti in infusione insulinica per oltre 24 ore, nel 2,4% dei soggetti la glicemia è stata controllata tra 1-3 volte nella giornata precedente (meno di 1 ogni 8 ore) e nell'1,7% la glicemia non è stata monitorata.
Cheto acidosi durante il ricovero	Lo 0,6% (65 pazienti) ha sviluppato una chetoacidosi diabetica dopo l'accettazione ospedaliera.
Consulenze per il team diabetologico	Il 40,3% del tempo lavorativo speso dal diabetologo è rivolto all'assistenza ambulatoriale delle persone con diabete e solo l'11,6% alla cura dei pazienti ricoverati. Il 69,1% degli ospedali non è in grado di fornire una consulenza dietetica ai diabetici ricoverati. Il 30,9% degli ospedali non è in grado di offrire un servizio podologico ai diabetici ricoverati.
Cura, valutazione del piede	Il 9,5% dei pazienti è stato ricoverato per malattia acuta del piede. Solo il 26,8% dei pazienti che hanno partecipato all'audit ha ricevuto un esame documentato del piede durante il ricovero.
Partecipazione dei pazienti	L'indice di restituzione dei questionari di soddisfazione dei pazienti ricoverati è stato del 50,6%. L'indice di partecipazione attiva dei pazienti alla loro cura è stato dell'11%.

I risultati principali emersi dall'audit sono illustrati nella Tabella 1.

Sono questi risultati che hanno fatto scrivere al dott. Gerry Rayman, coordinatore dell'audit clinico, che la performance degli ospedali è "veramente insufficiente"⁽¹⁾.

Tuttavia, lo scopo di NaDIA è proprio quello di identificare le criticità, suggerire alle singole unità ospedaliere il confronto delle loro pratiche cliniche e stimolare l'attività di benchmarking per favorire la gestione del miglioramento. Gli estensori del progetto si prefiggono di disseminare questi risultati e rivalutare gli auspicabili miglioramenti nell'autunno 2012.

Discussione

Organizzazione britannica e italiana a confronto. Spunti per un miglioramento

Da sempre nei paesi latini, in Italia in particolare, siamo affascinati, forse eccessivamente, dal rigore metodologico anglosassone, soprattutto in campo medico. Le posizioni delle istituzioni pubbliche o no-profit anglosassoni sono additate come il parere più rigoroso, evidence-based e super partes, che esista. L'audit NaDIA, però, dimostra come la contestualizzazione e applicazione delle linee guida costituisca un problema irrisolto anche in un paese

che rappresenta un modello di riferimento per l'organizzazione sanitaria. Tuttavia, al loro NHS riconosciamo il merito di affrontare i problemi sanitari in modo strutturato e di aver diffuso i risultati che hanno indotto i team diabetologici intraospedalieri a confrontarsi e a proporre nuove metodiche di lavoro per migliorare l'assistenza ai ricoverati con diabete. Infatti, negli anni precedenti al 2011, a seguito di audit simili condotti in 123 ospedali, si sono osservati un miglioramento nel numero di errori terapeutici e un uso più efficace e appropriato dell'infusione insulinica (<http://www.ic.nhs.uk/nda>).

In Italia, dall'analisi di un campione rappresentativo di 21 amministrazioni sanitarie che ha coinvolto circa 500.000 pazienti ricoverati in ospedali di differenti regioni italiane⁽²⁾ è emerso che gli individui con diabete presentano un grado di ospedalizzazione per cause specifiche nettamente superiore a una popolazione non diabetica della stessa età e genere. Un tentativo per comprendere la gestione dell'iperglicemia negli ospedali italiani è stato fatto con lo studio CONSIGLIO (AMD, 2007) che ha coinvolto gli specialisti diabetologi di 17 regioni, con 7200 pazienti ricoverati. Non tutto funziona perfettamente. Infatti, lo studio mette in evidenza come la consulenza diabetologica sia richiesta solo nel 25% dei diabetici ricoverati e come essa sia eseguita nel 75% delle volte dal solo diabetologo, molto ridotta è la percentuale di intervento

delle altre figure del team diabetologico. Questi risultati sono simili a quanto osservato dall'audit inglese NaDIA.

Un audit nazionale come quello britannico sarebbe fondamentale per fotografare lo stato della gestione dell'iperglicemia in ospedale ed eventualmente per mettere in discussione gli spunti di ricerca offerti dallo studio CONSIGLIO. È degno di segnalazione, però, il differente impatto dei ricoveri ospedalieri sulla spesa sanitaria nazionale legata alla malattia diabetica, che corrisponde al 67,84% per il Regno Unito e al 57% per l'Italia.

I dati del censimento delle strutture diabetologiche presenti in Italia⁽¹⁰⁾ evidenziano la presenza di una capillare rete di assistenza specialistica intraospedaliera e territoriale, pur con delle differenze nella distribuzione regionale. È probabilmente questo il motivo della differente spesa che i due sistemi sanitari affrontano per le prestazioni ambulatoriali che risulta essere del 9,52% per il Regno Unito e del 14% per l'Italia.

Alcuni studi evidenziano che, laddove esistano un'assistenza specialistica territoriale e una condivisione di percorsi assistenziali e di pratiche cliniche conformi a linee guida, si registrano meno ricoveri ospedalieri e costi minori^(11,12). Nonostante le complicanze cardiovascolari rappresentino^(2,3,9) la causa più importante e costosa di ricovero, è probabile che l'assistenza specialistica ambulatoriale così distribuita sul territorio italiano possa spiegare le differenze di costo tra un ricovero ospedaliero di un paziente diabetico in Gran Bretagna e in Italia.

Conclusioni

Possiamo tentare un confronto tra la condizione italiana e quella del Regno Unito.

Per entrambi i servizi sanitari il costo dei ricoveri ospedalieri rappresenta la quota prevalente di spesa capitolare per l'assistenza al diabete, ma nel Regno Unito essa è più gravosa (UK 67% vs Italia 57,2%). La presenza di una rete capillare di centri di diabetologia sull'intero territorio nazionale italiano può spiegare la differenza, perché l'attività di controllo metabolico e dei fattori di rischio cardiovascolare, di presa in carico rapida all'ingresso in DEA o dopo la dimissione ospedaliera, potrebbe essere alla base di condizioni di ricovero diverse.

NaDIA rappresenta un modo sistematico per affrontare il tema dell'iperglicemia in ospedale, con risultati non confrontabili con i dati italiani, tuttavia, lo studio CONSIGLIO conferma che anche nel nostro paese l'iperglicemia in ospedale non è affrontata da un team diabetologico.

Il peso della quota di spesa per ricovero ospedaliero rimane comunque, anche per l'Italia, la parte maggiore dell'impegno economico per i diabetici.

Per questo motivo le Istituzioni con il supporto di AMD, dovrebbero promuovere in Italia un audit analogo in grado di produrre informazioni che possano facilitare l'applicazione di progetti di miglioramento e di contestualizzazione di linee guida^(11,12), sia per l'organizzazione dell'assistenza al diabete sia per la gestione del diabete in ospedale.

A parità di risorse disponibili, i team diabetologici italiani, a prevalente collocazione ospedaliera potrebbero occuparsi maggiormente dei pazienti diabetici ricoverati solamente sgravandosi in parte dell'impegno assistenziale del diabete di tipo 2, integrandosi con la specialistica del territorio attraverso percorsi assistenziali condivisi⁽¹³⁾. Questa condivisione permetterebbe la liberazione di risorse per tutto il team diabetologico a favore delle persone con iperglicemia ricoverate in ospedale.

In Italia, dove il 60-70% dei servizi diabetologici è a collocazione intra ospedaliera e, quindi, agevolata per il controllo dell'iperglicemia nei ricoverati, in una logica opposta al messaggio di NaDIA, si parla di deospedalizzazione delle diabetologie come se la sede fosse all'origine di inappropriatezze. Purtroppo, presso i decisori, ancora oggi continua a prevalere la confusione tra diabete in ospedale e ricoveri impropri per diabete.

BIBLIOGRAFIA

1. Torjesen I. Lack of specialist diabetes teams in hospitals is "absolutely disgraceful," says NHS clinical lead. *BMJ* 2012;344:e3449 (Published 16 May 2012).
2. De Berardis G, et al. The burden of hospitalization related to diabetes mellitus: a population-based study. *NMCD* 2012;22 (7):605-612.
3. Osservatorio ARNO Diabetologia. Il profilo assistenziale della popolazione con diabete. Rapporto 2011. Volume XVII. Collana "Rapporti ARNO". Cineca, SID. <http://osservatorioarno.cineca.org/journal/rapporti/DOC960.pdf>.
4. Cavan DA, Hamilton P, Everett J, Kerr D. Reducing hospital inpatient length of stay for patients with diabetes. *Diabet Med* 2011;18:162-164.
5. Groeneveld Y, Petri H, Hermans J, Springer M. An assessment of structured care assistance in the management of patients with type 2 diabetes in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2001;19(1):25-30.
6. Cavan DA, Hamilton P, Everett J, Kerr D. Reducing hospital inpatient length of stay for patients with diabetes. *Diabetic Medicine* 2001;18(2):162-4.
7. Sampson MJ, Crowle T, Dhatriya K, Dozio N, Greenwood RH, Heyburn PJ, Jones C, Temple RC, Walden E. Trends in bed occupancy for inpatients with diabetes before and after the introduction of a diabetes inpatient specialist nurse service. *Diabet Med* 2006;23(9):1008-15.
8. Giorda C, Petrelli A, Gnani R, Regional Board for Diabetes Care of Piemonte. The impact of second-level specialized care on hospitalization in persons with diabetes: a multilevel population-based study. *Diabet Med* 2006;23:377-383.
9. Bruno G et al. direct costs in diabetic and non diabetic people: The population-based Turin study Italy. *NMCD* 2012;22:684-690.
10. Arcangeli A et al. Gruppo Modelli Assistenziali, XIV congresso nazionale AMD 2003.
11. Giorda C, Petrelli A, Gnani R, Regional Board for Diabetes Care of Piemonte. The impact of second-level specialized care on hospitalization in persons with diabetes: a multilevel population-based study. *Diabet Med* 2006;23:377-383.
12. Giorda CB, Picariello R, Nada E, Tartaglino B, Marafetti L, Costa G, Gnani R. The impact of adherence to screening guidelines and of specialist referral on morbidity and mortality in diabetes. The population-based TorinoStudy. *PLoS ONE* in press.
13. Consensus AMD SIS SIEDP OSDI. Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio. Il giornale di AMD 2012;15:9-24.