

Il contributo AMD: QUASAR e BENCH-D



I. Meloncelli

illidio.meloncelli@alice.it

Centro di Diabetologia Ospedale Civile di San Benedetto del Tronto

Parole chiave: Qualità dell'assistenza, Indicatori di qualità, Costi del diabete, Rischio CV, Empowerment
Key words: Quality of care, Quality indicators, Costs of diabetes, CV risk, Empowerment

Il Giornale di AMD, 2013;16:178-181

Riassunto

I dati epidemiologici attualmente disponibili mostrano un continuo aumento della prevalenza del diabete mellito, anche alla luce dell'aumento tendenziale della percentuale di obesi e di anziani nella popolazione italiana.

Dopo aver presentato i dati sul costo dell'assistenza alle persone con diabete, si rileva che l'unica strada per impedire il collasso del sistema è quella di un miglioramento della qualità dell'assistenza: la conseguente diminuzione delle complicanze croniche e dei ricoveri ad esse correlate dovrebbe garantire la compatibilità economica della cura del diabete.

I risultati degli studi AMD-QUASAR e BENCH-D, entrambi promossi dall'Associazione Medici Diabetologi (AMD) forniscono un contributo in questa direzione: misurare la qualità dell'assistenza è il presupposto fondamentale per procedere nella giusta direzione: migliore qualità delle cure, ridotta incidenza di complicanze croniche, riduzione delle spese (in particolare quelle per ospedalizzazione)

Summary

The epidemiological data currently available show a continuing increase in the prevalence of diabetes mellitus, even in the light of a rising trend in the percentage of the obese people and an aging Italian population.

After presenting the data on the costs of care for people with diabetes, it is noted that the only way to prevent the collapse of the system is to improve the quality of care: the consequent reduction of the related chronic complications and hospitalizations should ensure the economic compatibility of diabetes care.

The results of the QUASAR and BENCH-D studies, both promoted by the Associazione Medici Diabetologi (AMD) provide a contribution in this direction: to measure the quality of care is a prerequisite for proceeding in the right direction: better quality of care, reduced incidence of chronic complications, reduction of costs (especially those for hospitalization)

Fotografia della popolazione italiana: oggi e domani

Nel mondo la prevalenza del diabete mellito cresce a grande velocità, assumendo le caratteristiche di una vera e propria "pandemia".

Sebbene la percezione corrente dell'opinione pub-

blica sia quella di una patologia cronica benigna, in realtà l'impatto del diabete sullo stato di salute della popolazione è devastante: basti pensare che ogni anno nel mondo almeno 3 milioni di persone muoiono per le complicanze cardiovascolari legate al diabete.

La prevalenza del diabete mellito in Italia ha un andamento in continua crescita: i dati riportati nell'annuario statistico ISTAT 2011⁽¹⁾ indicano che è diabetico il 4,9% degli italiani (5,0% delle donne e 4,7 % degli uomini): in termini assoluti si è passati dai 2 milioni di pazienti nel 2001 ai 3 milioni nel 2010.

Analogo aumento emerge anche dai dati standardizzati, che tengono cioè conto del cambiamento nella composizione per età e sesso della popolazione italiana nel corso degli anni. La prevalenza standardizzata è aumentata dal 3,9% nel 2001 al 4,5% nel 2011.

La previsione per il 2020 è di 4 milioni di individui affetti da diabete mellito in Italia.

Anche il numero di pazienti in sovrappeso e francamente obesi è in continuo aumento: l'ISTAT stimava nel 2009 in Italia circa 21 milioni di persone in sovrappeso e circa 6 milioni di individui obesi⁽²⁾.

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno costante e destinato ad accentuarsi: gli ultra 65enni, oggi pari al 20,3% del totale, nello scenario centrale aumentano fino al 2043, anno in cui superano il 32%⁽³⁾.

La prevalenza del diabete mellito in Italia nel 2010 nella popolazione al di sopra dei 65 anni supera il 30%; oltre i 75 anni almeno una persona su cinque ne è affetta.

Anche il peggioramento dello stato socio-economico si associa ad un aumento della prevalenza di diabete: analisi effettuate sulle persone di età compresa tra 35 e 69 anni relativamente al periodo 2007-2009, hanno mostrato una maggiore prevalenza del diabete fra gli uomini, nella fascia di età 50-69 anni, tra le persone con un basso livello d'istruzione e con molte difficoltà economiche⁽⁴⁾.

I dati italiani degli ultimi anni mostrano un aumento degli individui in stato di povertà relativa (circa otto milioni nel 2009) e assoluta (circa 3 milioni nel 2009), con un ulteriore aumento successivo secondo il recente rapporto della Caritas⁽⁵⁾.

Basato su una relazione tenuta in occasione del VI Congresso Nazionale del Centro Studi e Ricerche di AMD, svoltosi a Napoli dal 18 al 20 ottobre 2012.

Inoltre la distribuzione del reddito non è uniforme: secondo i dati LIS-OCSE riferiti alla metà del primo decennio del 2000, il coefficiente di Gini relativo all'uniformità della distribuzione della ricchezza è in Italia di 0.352, uno dei peggiori tra i paesi occidentali.

La combinazione di questi elementi: invecchiamento della popolazione, peggioramento dello stato socio-economico, aumento del sovrappeso e dell'obesità, produrrà nei prossimi anni un forte aumento del numero dei pazienti diabetici e quindi della spesa sanitaria.

I costi del diabete e la sostenibilità del sistema

I costi del diabete per il budget della sanità italiana ammontano al 9% delle risorse. Questo vuol dire più di 9,22 miliardi di euro all'anno o 1,05 milioni di euro ogni ora.

Questa cifra potrà entro 10 anni raggiungere i 12 miliardi se non si riuscirà ad intervenire in maniera efficace per invertire il trend di crescita della patologia.

Se poi sommiamo i costi indiretti (ridotta produttività e pensionamento precoce) la spesa annuale ammonta già oggi a quasi 20 miliardi di euro.

La London School of Economics, nel porre a confronto vari paesi europei, ha rilevato che il costo diretto della sanità per un cittadino italiano con diabete è in media di quasi 2.800 euro all'anno (Figura 1) più del doppio rispetto a cittadini di pari età e sesso, ma senza diabete⁽⁶⁾.

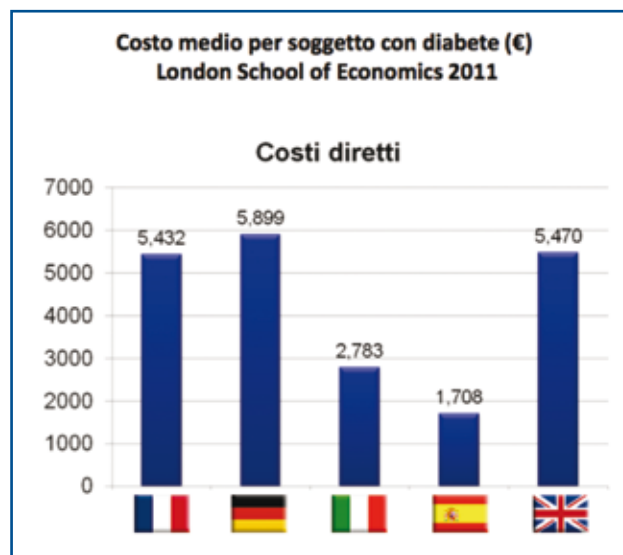


Figura 1. Costo medio per soggetto con diabete (valori espressi in euro). London School of Economics 2011.

Secondo i dati dell'Osservatorio ARNO diabete relativi all'anno 2010⁽⁷⁾, solo il 6 % della spesa riguarda i farmaci anti diabete, il 23,5 % è legato alle terapie per le complicanze e le patologie concomitanti, mentre il 70% è relativo al ricovero ospedaliero e alle cure ambulatoriali (Tabella 1).

Tabella 1. I costi diretti del diabete per singolo paziente (anno 2010): i dati dell'Osservatorio ARNO diabete.

	Euro	Percentuale
Farmaci per il diabete	171	6,20%
Altri farmaci	643	23,30
Prestazioni ambulatoriali	373	13,50%
Ricoveri ospedalieri	1569	57%
Totale	2756	100%

Se la patologia continuerà a crescere ai ritmi attuali, presto le risorse disponibili non saranno più sufficienti a garantire equità di accesso a cure di qualità adeguata. È quindi ormai indispensabile intervenire per invertire la tendenza attuale, con una azione efficace e tempestiva.

Gli indicatori di qualità dell'assistenza come strumento di azione e pianificazione (studio QUASAR e Annali AMD)

Per migliorare la qualità dell'assistenza è necessario erogare cure coordinate e di alta qualità, adeguate ai bisogni delle persone affette da patologie croniche; promuovere un'assistenza basata sulla centralità della persona e sull'empowerment; utilizzare diffusamente sistemi informativi.

Da molti anni l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) promuove programmi di valutazione della qualità dell'assistenza diabetologica.

Il progetto File Dati-Annali AMD, iniziato nel 2002, ha contribuito a diffondere nella comunità diabetologica italiana la cultura della raccolta dati e della produzione di indicatori per ottenere misurazioni oggettive della qualità della cura erogata.

La misurazione non è ovviamente fine a se stessa, ma è lo strumento indispensabile per avviare continue attività di revisione e miglioramento della qualità, identificare le priorità e guidare le scelte.

Lo studio AMD-QUASAR (Quality Assessment Score and Cardiovascular Outcomes in Italian Diabetic Patients⁽⁸⁾) è uno studio longitudinale avviato nel 2006 e terminato nel 2012, che si proponeva di dimostrare come la qualità dell'assistenza diabetologica fosse correlata agli eventi cardiovascolari (Figura 2).

È stato utilizzato un sistema validato di misura della qualità dell'assistenza denominato Score Q (Tabella 2), già utilizzato in studi precedenti come il QUED.

Il risultato più importante è stata la dimostrazione che con i punteggi più bassi dello Score Q il rischio di eventi cardiovascolari aumenta nei primi 3 anni dell'84% rispetto ai soggetti con Score Q più elevato (Figura 3).

In conclusione lo studio QUASAR documenta una stretta correlazione fra qualità della cura e rischio di eventi cardiovascolari.

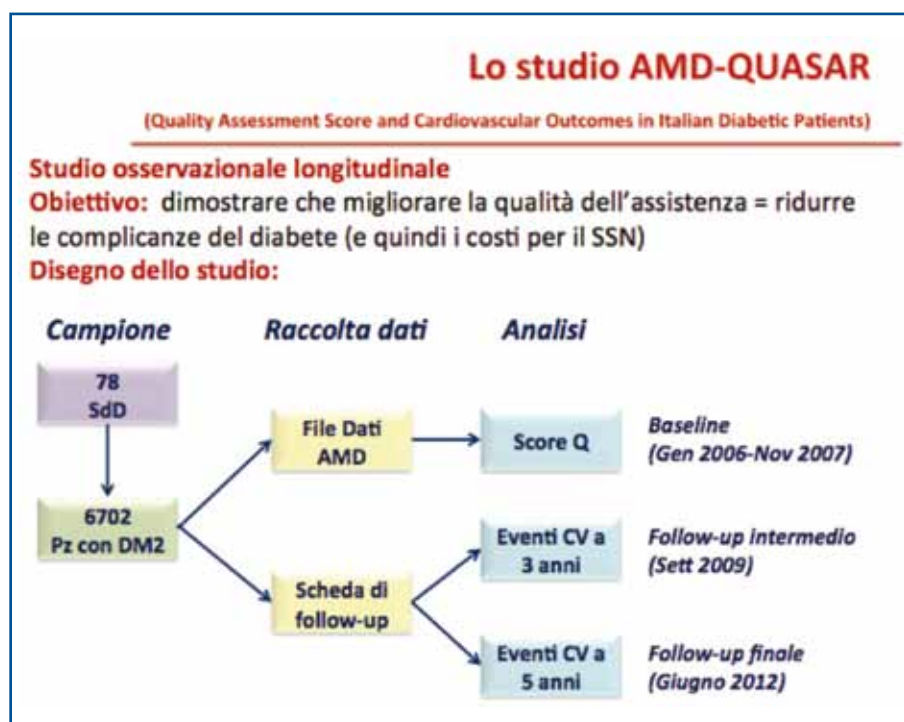


Figura 2. Il disegno dello studio QUASAR.

Tabella 2. Componenti dello Score Q.

Indicatori di qualità della cura	Punteggio
Valutazione dell'HbA1c < 1 volta/anno	5
HbA1c = o > 8%	0
HbA1c < 8%	10
Valutazione PA < 1 volta/anno	5
PA = o > 140/90 mmHg a prescindere dal trattamento	0
PA < 140/90 mmHg	10
Valutazione del PL < 1 volta/anno	5
Colesterolo LDL = o > 130 mg/dl a prescindere dal trattamento	0
Colesterolo LDL < 130 mg/dl	10
Valutazione MA < 1 volta/anno	5
Non trattamento con ACE-I e/o sartani in presenza di MA	0
Trattamento con ACE-I e/o sartani in presenza di MA oppure MA assente	10
Score range	0-40
PA = pressione arteriosa; PL = profilo lipidico; MA = microalbuminuria	

L'utilizzo degli indicatori di qualità dell'assistenza è uno strumento importante di valutazione dei livelli assistenziali garantiti dal sistema sanitario alle popolazioni di pazienti con diabete.

L'impatto del miglioramento della qualità della cura

sulla riduzione del rischio totale di eventi è maggiore sul breve periodo che sul periodo più lungo: è fondamentale agire "SUBITO!"

Lo studio BENCH-D (Benchmarking Network for Clinical and Humanistic Outcomes in Diabetes) è un programma di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza diabetologica e valutazione del suo impatto su indicatori clinici ed umanistici⁽⁹⁾.

È uno studio osservazionale, longitudinale prospettico che ha coinvolto 4 regioni italiane (Piemonte, Marche, Lazio, Sicilia), per un totale di 28 Centri di Diabetologia e 2434 pazienti affetti da diabete mellito.

Ad un campione casuale di 928 pazienti con DM2 è stato chiesto di compilare un *questionario su qualità di vita e soddisfazione della cura*.

Gli obiettivi dello studio erano:

- 1) Descrivere i livelli di benessere e soddisfazione dei pazienti con DM2 seguiti presso i servizi di diabetologia
- 2) Attivare specifiche attività di benchmarking sugli indicatori psico-sociali risultati più problematici

Il livello di empowerment è stato valutato con una scala denominata Diabetes Empowerment Scale

- I pazienti con maggiori livelli di autonomizzazione:
- Tendono a presentare valori più bassi di HbA1c (a parità di tutte le altre caratteristiche)
 - Riferiscono una maggiore compliance alla self-care
 - Percepiscono un minor impatto del diabete
 - Presentano maggiore soddisfazione per il trattamento e per il rapporto medico-paziente
 - Percepiscono una maggiore accessibilità alla chronic care.

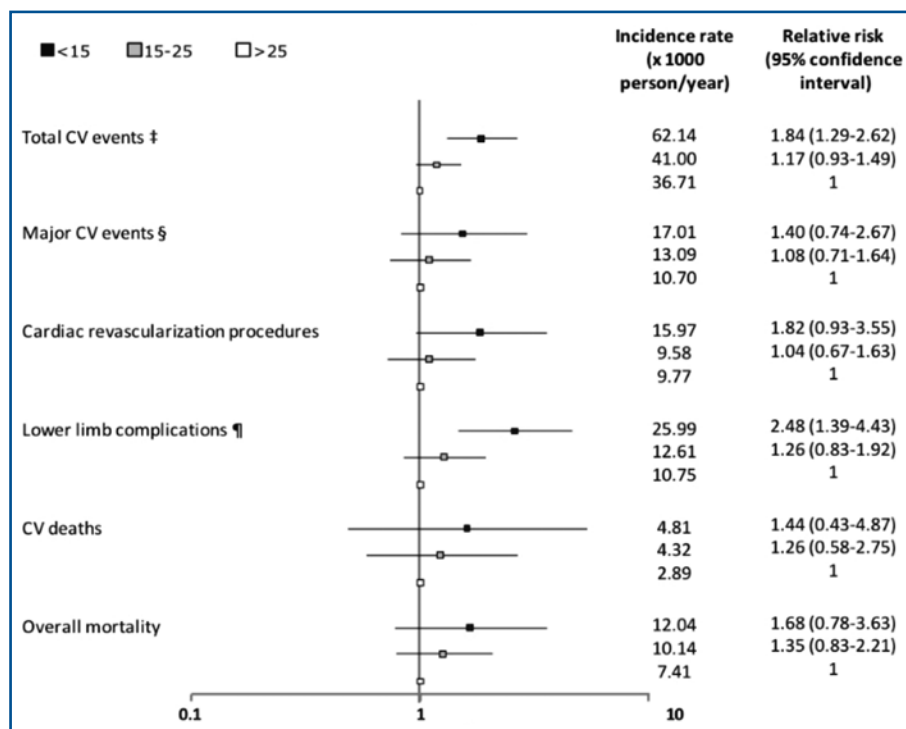


Figura 3. I risultati a 3 anni dello studio QUASAR.

Lo studio, che è ancora in corso, prevede che i risultati delle analisi siano discussi con gli operatori sanitari nell'ambito di specifiche riunioni regionali e che venga poi definito un "mandato" per migliorare nei successivi 18 mesi gli aspetti emersi come più problematici.

Conclusioni

È necessario agire sulla consapevolezza sociale dell'importanza della prevenzione del diabete

Il sistema di monitoraggio continuo e miglioramento della qualità delle cure di cui si è dotata l'Italia negli ultimi anni con gli Annali AMD rappresenta un'opportunità per riorganizzare l'assistenza partendo dalle evidenze.

La cura centrata sulla persona rappresenta la chiave del cambiamento e pertanto richiede maggiore attenzione e investimenti.

Conflitto di interessi: nessuno.

BIBLIOGRAFIA

1. Annuario Statistico Italiano 2011, ISTAT, 16 dicembre 2011.
2. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie, La vita quotidiana nell'anno 2009, ISTAT 2010.
3. Il futuro demografico del Paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065, ISTAT 28 dicembre 2011.
4. Rapporto PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) su Diseguaglianze sociali e salute 2007-2009, capitolo Diabete, pag. 59-62.
5. Rapporto Caritas 2012 su povertà ed esclusione sociale in Italia, Caritas Italiana.
6. Burden of disease, cost and management of diabetes in Eu5 Countries, London School of Economics, 2011.
7. Osservatorio ARNO diabete. Il profilo assistenziale della popolazione con diabete, CINECA editore, 2011.
8. Rossi MC, Lucisano G, Comaschi M, Coscelli C, Cucinotta D, Di Blasi P, Bader G, Pellegrini F, Valentini U, Vespasiani G, Nicolucci A; AMD-QUASAR Study Group, Quality of diabetes care predicts the development of cardiovascular events: results of the AMD-QUASAR study, *Diabetes Care*; 34(2):347-52, 2011 Feb.
9. <http://www.negrisud.it/bench-d/presentazione.php>.