

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA DIABETOLOGICA ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE DI INDICATORI CLINICI E UMANISTICI

AUTORI

Antonio Nicolucci¹, Maria Chiara Rossi¹, Basilio Pintaudi¹, Giuseppe Lucisano¹, Marco Scardapane¹, Sandro Gentile², Angela Bulotta³, Soren E. Skovlund⁴, Giacomo Vespasiani⁵, a nome del Gruppo di Studio BENCH-D

¹Dipartimento di Farmacologia Clinica e Epidemiologia, Fondazione Mario Negri Sud, S. Maria Imbaro (CH);

²Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Seconda Università di Napoli, Napoli; ³Novo Nordisk SpA, Roma; ⁴Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Danimarca;

⁵U.O. Diabetologia, Ospedale Madonna del Soccorso, San Benedetto del Tronto (AP).

INTRODUZIONE

Le stime attuali parlano di una prevalenza di diabete di tipo 2 che oscilla dal 4% al 10% nei diversi continenti e di un totale di oltre 370 milioni di persone nel mondo affette dalla patologia. Si stima che nel 2030 il numero di persone di età 20-79 anni con diabete sarà superiore ai 550 milioni [1]. In Italia, la prevalenza supera il 6% con 3,6 milioni di persone con diagnosi di malattia; a questi numeri vanno aggiunti almeno un altro milione di cittadini che hanno il diabete senza saperlo e gli oltre 3 milioni ad alto rischio di svilupparlo nei prossimi anni [2]. Il diabete di tipo 2 si presenta sovente in associazione ad altre comorbidità, specie se il paziente è anziano. Inoltre, se non adeguatamente controllato fin dagli stadi più precoci, il diabete aumenta il rischio di complicanze cardiovascolari e di mortalità per tutte le cause [3]. Garantire equità di accesso a cure di qualità ad un numero sempre maggiore di persone con elevato grado di complessità clinica diventa quindi una sfida per qualsiasi sistema sanitario, soprattutto in un periodo

di contrazione di risorse. Le stime economiche più recenti mostrano come il diabete, da solo, in Europa e in Italia rappresenti il 10% della spesa sanitaria totale. Intervenire da un lato sulla prevenzione e dall'altro sul miglioramento della qualità della cura è prioritario per invertire questo trend ed evitare il collasso dei sistemi sanitari nazionali.

Una delle strategie proposte da enti governativi e società scientifiche per rispondere adeguatamente alla crescita esponenziale della domanda di assistenza legata al diabete è lo sviluppo di iniziative di monitoraggio e miglioramento continuo della qualità delle cure diabetologiche. Queste iniziative si basano sulla valutazione di specifici "indicatori" sui quali costruire attività mirate di miglioramento.

Gli indicatori identificati includono sia misure di processo (le misure preventive e terapeutiche messe in atto) che di risultato o outcome (i risultati ottenuti su parametri clinici a breve e lungo termine).

In Italia è attiva dal 2006 l'iniziativa Annali AMD, che ha visto il coinvolgimento progressivo di 300 servizi di diabetologia che annualmente revisionano la propria performance e la confrontano con quella dei centri che per i diversi indicatori hanno ottenuto i risultati migliori (approccio dei best performers) [4,5].

Gli Annali AMD si sono dimostrati efficaci nel migliorare la qualità dell'assistenza erogata, con ripercussioni positive sul rischio di sviluppo delle complicanze, sull'aspettativa e la qualità di vita delle persone con diabete e sul costo della malattia, con evidenti benefici clinici ed economici già a cinque anni dall'avvio del progetto [5]. Tuttavia, il modello Annali ha anche fatto emergere i limiti dell'assistenza erogata, evidenziando la presenza di un importante margine di miglioramento. Circa il

30% delle persone con diabete di tipo 2 presenta valori di emoglobina glicata superiore a 8,0% ed esiste una notevole variabilità di esiti clinici tra diversi centri e diverse regioni. Ciò è plausibilmente il risultato non solo delle diverse attitudini alla cura dei diversi operatori sanitari, ma anche il frutto di disomogeneità strutturali, organizzative, politiche ed economiche largamente presenti sul territorio nazionale. Al fine di erogare livelli di assistenza più omogenei, di elevata qualità, e attenti ai bisogni reali dei cittadini, il recente Piano Nazionale Diabete [6], promulgato nel 2013, detta i principi e gli obiettivi dei percorsi di cura, riconoscendo nei “Chronic Care Models” (CCM) il miglior modello applicabile per una corretta gestione delle patologie croniche [7].

I CCM si basano sul principio che, per essere efficace, efficiente e attenta ai bisogni globali dei pazienti, l'assistenza deve agire su due elementi fondamentali:

- l'organizzazione del processo di cura: con la perfetta integrazione dei diversi profili professionali che operano in un unico percorso diagnostico-terapeutico;
 - l'educazione della persona con diabete: con il forte coinvolgimento/attivazione dei pazienti (empowerment) ed un approccio bio-psico-sociale alla patologia cronica;
- Questa visione pone le strutture diabetologiche in una posizione centrale, grazie alla molteplicità delle figure professionali che in esse operano e alla conseguente possibilità di operare sia sul versante clinico che su quello psicologico/educativo.

Nonostante l'ampio consenso riguardo la centralità della persona con diabete e il ruolo fondamentale del suo coinvolgimento nella gestione della malattia al fine del raggiungimento degli obiettivi terapeutici stabiliti, il programma internazionale Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) ha

evidenziato una sostanziale carenza del processo assistenziale nell'affrontare questi aspetti [8]. In particolare, anche in Italia, sono emerse barriere di comunicazione tra operatori sanitari e fra operatori e persone con il diabete, mancanza di continuità assistenziale, scarsa adesione alle terapie, con risvolti sullo stato psicologico e sulla vita personale e familiare delle persone con diabete [9].

A distanza di dieci anni, lo studio DAWN2 ha evidenziato come l'Italia sia ancora uno dei Paesi in cui si registrano livelli più elevati di distress, scarso benessere psicologico e gap di comunicazione tra medico e paziente. Il 20% delle persone con diabete nel nostro Paese ha dichiarato di sentirsi discriminato a causa del diabete.

RAZIONALE DELLO STUDIO BENCH-D

Lo studio BENCH-D nasce per rispondere a due principali quesiti che nascono dal panorama sopra descritto:

- L'iniziativa Annali AMD insegna che l'integrazione della valutazione periodica di specifici indicatori di qualità dell'assistenza produce un miglioramento dei risultati clinici con un positivo rapporto costo-efficacia.
- Visto che da una parte si teorizza il Chronic Care Model centrato sulla persona e dall'altra parte si evidenziano forti carenze psicosociali che si contrappongono nettamente al concetto di centralità, è possibile mettere in piedi una iniziativa di monitoraggio sistematico e miglioramento di nuovi indicatori umanistici?

STUDIO BENCH-D: OBIETTIVI

Lo studio BENCH-D nasce con lo scopo di:

- Ottenere una fotografia della condizione psico-sociale delle persone con diabete di tipo 2 seguite dai servizi di diabetologia, utilizzando un'ampia gamma di questionari validati per la valutazione della qualità della vita e la soddisfazione (misure centrate sulla persona).

- Utilizzare sia i dati dei questionari che i dati clinici per comprendere quale relazione intercorra tra gli indicatori clinici di qualità dell'assistenza e le nuove misure centrate sulla persona con diabete.
- Sviluppare un nuovo modello regionale di discussione strutturata sia degli indicatori clinici sia delle nuove misure centrate sulla persona finalizzata al miglioramento degli stessi.
- Verificare se, in linea con la filosofia degli Annali AMD, sia possibile innescare un processo di monitoraggio e miglioramento continuo non solo degli indicatori di performance clinica, ma anche delle misure centrate sulla persona.
- Promuovere l'integrazione nella pratica clinica delle misure centrate sulla persona.

METODI DELLA RICERCA

Setting: Lo studio coinvolge 32 centri di diabetologia in quattro regioni italiane (Piemonte, Marche, Lazio e Sicilia). Le regioni sono state selezionate in modo da riflettere diversi livelli di prestazioni in termini di processo e di misure di esito intermedio, sulla base delle informazioni raccolte nelle precedenti analisi degli Annali AMD [10].

Raccolta dati: Dati riguardanti tutti i pazienti con diabete di tipo 2 visti nel corso dell'anno dai centri partecipanti vengono estratti dai database elettronici utilizzando un software specifico e vengono calcolati gli indicatori di processo, di risultato intermedio, di intensità/appropriatezza del trattamento, e un punteggio di qualità globale (score Q). La lista degli indicatori clinici utilizzati è riportata in tabella 1.

Le informazioni sulla qualità della vita e la soddisfazione delle persone con diabete sono raccolte con questionari ad hoc, somministrati ad un campione random di casi, stratificati per tipo di terapia (ipoglicemizzanti orali, insulina + iporali, insulina da sola). Il questionario comprende dieci strumenti (tabella 2). Tutti i

INDICATORI CLINICI ANNALI AMD

INDICATORI DI PROCESSO

% soggetti con almeno una valutazione negli ultimi 12 mesi di:

HbA1c
 Profilo lipidico
 Pressione arteriosa
 Nefropatia
 Esame piede
 Retinopatia

INDICATORI DI ESITO INTERMEDIO

% di soggetti con:

HbA1c \leq 7,0%
 Colesterolo LDL $<$ 100 mg/dl
 Pressione Arteriosa \leq 130/80 mmHg
 HbA1c \geq 8,0%
 Colesterolo LDL \geq 130 mg/dl
 Pressione Arteriosa \geq 140/90 mmHg
 GFR \leq 60 ml/min
 Micro/macroalbuminuria

INDICATORI DI INTENSITÀ/APPROPRIATEZZA

% di soggetti:

Non trattati con Colesterolo LDL \geq 130 mg/dl
 Non trattati con Pressione Arteriosa \geq 140/90 mmHg
 Non trattati con ACE-inibitori e/o Sartani con Micro/macroalbuminuria
 Trattati con Colesterolo LDL \geq 130 mg/dl
 Trattati con Pressione Arteriosa \geq 140/90 mmHg

Tabella 1. Gli indicatori clinici utilizzati nello studio BENCH-D

	Abbreviazione	Area indagata	N° Item	Score
SF-12 Health Survey Physical Component	SF-12 PCS	Benessere fisico	6	0-100
SF-12 Health Survey Mental Component	SF-12 MCS	Benessere psicologico	6	0-100
WHO-5 well-being index	WHO-5	Benessere psicologico	5	0-100
Problem Areas in Diabetes	PAID-5	Diabetes distress	5	0-100
Health Care Climate Short-Form	HCC-SF	Soddisfazione per il rapporto medico-paziente	6	0-100
Diabetes Empowerment Scale Short-Form	DES-SF	Empowerment	8	0-100
Patients Assessment of Chronic Illness Care Short-Form	PACIC-SF	Soddisfazione per l'accesso percepito alla chronic care incentrata sul paziente	11	0-100
Global Satisfaction for Diabetes Treatment	GSDT	Soddisfazione per il trattamento farmacologico	7	0-100
Summary of Diabetes Self-care Activities	SDSCA-6	Self-care	6	Singoli item
Barriers to Medications	BM	Barriere all'uso dei farmaci	10	0-100
Perceived Social Support	PSS	Supporto sociale percepito	5	0-100
Impatto dei sintomi - iperglicemia	IS Iper	Impatto dei sintomi di iperglicemia	1	1-5
Impatto dei sintomi - ipoglicemia	IS Ipo	Impatto dei sintomi di ipoglicemia	1	1-5
Impatto dei sintomi - variabilità glicemica	IS VG	Impatto dei sintomi di variabilità glicemica	1	1-5

Tabella 2. Gli indicatori centrati sulla persona utilizzati nello studio BENCH-D

questionari, con l'eccezione dell'SF-12 Health Survey e del WHO-5 well-being index già precedentemente validati, sono stati sottoposti a un rigoroso processo di adattamento linguistico e di validazione psicometrica appositamente per lo studio BENCH-D [11].

Incontri regionali: In ogni regione, sono in programma cinque incontri che coinvolgono tutti gli operatori sanitari che partecipano all'iniziativa (diabetologi, infermieri, dietisti), ovvero tutte le figure chiave del team diabetologico coinvolte sia nelle scelte terapeutiche, sia nelle attività educative, sia nelle attività organizzative del centro. Gli incontri sono incentrati sulla discussione dei risultati relativi agli indicatori clinici e umanistici rilevati a livello regionale. L'approccio dei best performer è utilizzato per confrontare i risultati complessivi regionali con quelli ottenuti in quei centri che hanno raggiunto le migliori performance sui diversi indicatori. Le sessioni sono organizzate secondo una struttura standardizzata, che porta all'identificazione dei problemi più rilevanti, degli ostacoli e delle possibili soluzioni. Il processo ha portato alla definizione di un mandato regionale, da attuare nei successivi 12-18 mesi. Il mandato non ha richiesto un cambiamento radicale nella pratica clinica usuale, ma piuttosto un'ottimizzazione del lavoro già in atto e un uso più appropriato delle risorse disponibili. 18 mesi dopo, lo studio ha previsto una nuova estrazione dei dati clinici per una prima valutazione dell'impatto dell'iniziativa sugli indicatori clinici e una seconda indagine condotta con gli stessi pazienti che hanno partecipato alla prima per la valutazione dell'impatto dell'iniziativa sugli indicatori centrati sul paziente. I risultati sono stati discussi in occasione della quarta riunione. Gli elementi che hanno facilitato o rappresentato un ostacolo al miglioramento sono stati analizzati in dettaglio per individuare le azioni per migliorare la qualità delle cure.

Una raccolta di dati finale sugli indicatori clinici sarà effettuata 12 mesi dopo la seconda estrazione di dati clinici e i risultati saranno discussi nel quinto incontro, che rappresenterà l'occasione per la valutazione dei risultati complessivi dell'iniziativa.

I risultati di questa valutazione finale saranno utili per identificare i punti di forza e i limiti del metodo adottato, e aiuteranno a meglio affinare l'approccio generale prima della sua estensione ad altre regioni.

ANDAMENTO DELLO STUDIO

I numeri dello studio BENCH-D: Nel complesso, 32 centri hanno estratto dalla cartella clinica elettronica le informazioni riguardanti 78.854 soggetti con diabete di tipo 2 per le attività di benchmarking sugli indicatori clinici, mentre 26 centri hanno

somministrato il questionario a 2.390 soggetti per la validazione e la valutazione degli indicatori centrati sulla persona.

Gli incontri regionali: Gli incontri per la prima discussione strutturata degli indicatori clinici e umanistici si sono tenuti tra settembre e ottobre 2011. In ogni regione partecipante sono stati presentati gli indicatori AMD di processo, esito intermedio ed intensità/appropriatezza del trattamento nella prima sessione e gli indicatori centrati sulla persona nella seconda sessione. Ogni regione, nell'ambito dell'incontro, ha discusso i risultati ottenuti e identificato con l'approccio strutturato le principali aree di intervento e le possibili cause/barriere/soluzioni per migliorare gli indicatori identificati nel corso dei mesi successivi.

La discussione si è tradotta in un mandato regionale con strumenti ed obiettivi del miglioramento. La tabella 3 schematizza i contenuti dei mandati all'interno di ciascuna regione. Il secondo ciclo di incontri per la valutazione dell'impatto dell'iniziativa a 18 mesi si è tenuto tra gennaio e febbraio 2014.

Per quanto riguarda gli indicatori clinici, sono stati discussi i motivi del raggiungimento/non raggiungimento degli obiettivi. Sugli indicatori sui quali la variabilità di risultato tra i centri è stata particolarmente marcata, i best performer hanno fornito indicazioni sui cambiamenti adottati che hanno determinato i risultati più positivi e si sono resi disponibili per consigli su come trasferire la propria esperienza negli altri centri e la raccolta dei dati sugli indicatori centrati sul paziente

AREE DI INTERVENTO	STRUMENTI SVILUPPATI PER FAVORIRE IL MIGLIORAMENTO	INDICATORI SU CUI MISURARE L'IMPATTO DEL BENCHMARKING	REGIONE*
Identificazione dei pazienti a rischio per il piede	Griglia di valutazione del rischio	% soggetti monitorati per il piede	S
Maggiore attenzione ai pazienti con microalbuminuria non trattati con ACE-inibitori e/o Sartani	Funzione della cartella clinica informatizzata per l'identificazione di tali pazienti e programmazione di un accurato follow-up	% soggetti con micro/macroalbuminuria trattati con ACE-inibitori e/o Sartani	M
Maggiore attenzione ai pazienti con colesterolo-LDL non a target non trattati con farmaci ipolipemizzanti	Funzione della cartella clinica informatizzata per l'identificazione di tali pazienti e programmazione di un accurato follow-up	% soggetti con colesterolo-LDL non a target trattati con farmaci ipolipemizzanti	ML
Percorso di educazione terapeutica mirato alla cura del piede	Identificazione dei pazienti con punteggio di DES più basso sui quali intraprendere un percorso di educazione terapeutica mirato	% soggetti monitorati per il piede Valori medi di DES e SDSCA-Piede	P
Standardizzazione delle modalità di rilevazione della pressione arteriosa	Raccomandazioni pratiche, tratte da linee guida, per ottenere misurazioni accurate della pressione arteriosa	% soggetti con PA<=130/80 mmHg % soggetti con PA>=140/90 mmHg	P
Valutazione del rischio cardiovascolare globale e approccio multifattoriale	Utilizzo di una specifica funzione della cartella clinica informatizzata per il calcolo dello score di rischio CUORE.	% pazienti in cui è possibile calcolare il rischio globale (indice di completezza dei dati)	L
Maggiore coinvolgimento del paziente	Modello di contratto terapeutico	% soggetti a target di HbA1c, PA, profilo lipidico % soggetti monitorati per nefropatia, retinopatia, piede diabetico	P M L S
Maggiore attenzione ai pazienti con basso benessere psicologico	Nuova modalità di colloquio finalizzata all'empowerment (identificazione di barriere e soluzioni condivise)	Valori medi di WHO-5, PAID-5 e DES	P M L S

*P=Piemonte; M=Marche; L=Lazio; S=Siracusa

Tabella 3. Mandati regionali con attività e obiettivi 2011-2015

si è conclusa con questo incontro.

L'ultima riunione per la valutazione finale dell'impatto dell'iniziativa e il raggiungimento degli obiettivi del secondo mandato è prevista nei primi mesi del 2015.

LE EVIDENZE AD OGGI

Nonostante lo studio BENCH-D sia ancora nel pieno del suo svolgimento, la raccolta dati finora condotta ha già determinato un rilevante progresso nelle conoscenze relative agli aspetti psicosociali del diabete. In questa sezione vengono riassunti i primi importanti messaggi che derivano dallo studio:

1. Gli strumenti utilizzati nello studio BENCH-D per la valutazione della qualità della vita e soddisfazione delle persone con diabete sono stati sottoposti ad un rigoroso processo statistico di validazione. Tutti gli strumenti hanno dimostrato delle ottime proprietà psicometriche [11]. Questi risultati implicano che è possibile grazie a questi strumenti misurare in maniera chiara e riproducibile numerose dimensioni di qualità di vita. Il passo culturale che viene così indotto è quello di comprendere che misure quali ad esempio il benessere psicologico, il distress legato al diabete e l'empowerment possono e devono essere valutate regolarmente nei pazienti con una patologia cronica come il diabete, esattamente come si fa oggi con gli esami strumentali e i parametri di laboratorio. Sia i classici esami sia i questionari utilizzati nel BENCH-D producono infatti dei valori standardizzati che permettono di monitorare nel tempo la condizione del paziente.

2. Il diabete ha un forte impatto sullo stato psicosociale delle persone affette dalla malattia. Il distress legato al diabete, sta ad indicare la misura in cui il diabete rappresenta per la persona una fonte di preoccupazione, un peso e una interferenza nella possibilità di vivere una vita normale; in

altre parole, fornisce una indicazione del grado di accettazione/adattamento alla malattia. Lo studio BENCH-D ha evidenziato come elevati livelli di distress, presenti in circa il 60% delle persone, si associno a ridotta self-care (minore aderenza alla dieta, all'attività fisica, all'assunzione dei farmaci e al controllo del piede), a ridotta soddisfazione per il trattamento farmacologico e alla percezione di maggiori barriere, a ridotta soddisfazione per la comunicazione con il team diabetologico, e a minore soddisfazione per l'organizzazione dell'assistenza. Le persone con alto distress mostrano inoltre minore benessere fisico e minore benessere psicologico. Tutti questi aspetti possono concorrere a determinare una minore adesione alle raccomandazioni mediche e alle terapie, con conseguenti maggiori difficoltà ad ottenere un adeguato controllo metabolico. Identificare le persone con alto distress è pertanto essenziale per poterle indirizzare ad adeguati percorsi educativi e per una migliore comprensione dei bisogni assistenziali [12].

3. Il distress si associa a probabile depressione in circa 1 paziente su 10. La concomitante presenza di depressione e distress peggiora ulteriormente sia il controllo metabolico sia tutte le misure centrate sul paziente. Identificare questo sottogruppo di pazienti è molto importante perché accanto all'educazione potrebbe essere utile uno screening di conferma della depressione e, ove necessario, un indirizzamento alla terapia psicologica [13].

4. Maggiori livelli di empowerment (autonomizzazione e capacità di operare scelte informate e consapevoli) si associano ad una riduzione del distress, ad un aumento dell'attitudine alla self-care, ad una maggiore soddisfazione per il trattamento farmacologico, per la qualità dell'organizzazione del percorso di cura cronica e per la comunicazione con gli operatori sanitari. In altre parole, aumentando i

livelli di empowerment si possono migliorare gli esiti clinici e psicosociali. L'empowerment può essere quindi un indicatore molto importante del livello di implementazione del chronic care model centrato sulla persona [14].

5. Il supporto sociale, accanto al processo di cura, gioca un ruolo importante sul distress e sull'empowerment. Infatti, i dati mostrano che i pazienti che riferiscono un più elevato livello di supporto sociale presentano maggiori livelli di empowerment e minori livelli di distress. Bisogna pertanto agire sulla comunicazione di massa per aumentare l'attenzione al diabete, dando le giuste informazioni sulle implicazioni della malattia diabetica per ridurre la possibilità di discriminazione. Inoltre, in linea con quanto emerso dallo studio DAWN-2, è importante aumentare il coinvolgimento dei familiari nei percorsi educativi per ridurre il distress, le paure e le barriere [15].

6. Migliorare la qualità di vita nelle persone con malattie croniche è di per sé un target del percorso di cura, per favorire l'accettazione della malattia e per ridurre l'impatto negativo sulla vita quotidiana e sulle relazioni interpersonali. Ma non bisogna dimenticare che perseguire un miglioramento della qualità della vita vuol dire migliorare l'aderenza al trattamento e l'attitudine alle attività di self-care con evidenti benefici clinici [16-18].

LE IMPLICAZIONI

Solo attraverso percorsi educativi mirati a ridurre il peso percepito della malattia, a superare le paure e le barriere, a sentirsi più sicuri ed autonomi sulla gestione della cura e ad avere una comunicazione più efficace con il team diabetologico è possibile raggiungere il duplice obiettivo del miglioramento clinico e psicosociale.

Tuttavia oggi l'educazione terapeutica non viene erogata in modo ottimale, per vari motivi tra i quali è plausibilmente possibile annoverare:

- il rimborso delle prestazioni educative che non è proporzionale al vero valore da riconoscere a questo tipo di attività;
- una dispensazione disomogenea sul territorio italiano dei presidi per l'automonitoraggio nelle diverse categorie di trattamento che non riconosce, erroneamente, l'importanza dell'automisurazione della glicemia come caposaldo educativo per l'auto-gestione del diabete;
- la scarsa disponibilità di risorse umane in molti servizi di diabetologia da dedicare alle attività educative che sottintende un inadeguato riconoscimento del ruolo del team diabetologico in contrasto con le evidenze scientifiche;
- l'impossibilità pratica, conseguente alla carenza di risorse umane ed economiche, di erogare una educazione continua ai pazienti, nelle diverse fasi della malattia, e non limitarla a pochi brevi colloqui sullo stile di vita o sulla gestione della terapia insulinica;
- la mancanza di formazione continua degli operatori sanitari ad una comunicazione efficace con la persona, alla identificazione e alla gestione routinaria degli aspetti psicosociali del diabete;
- lo scarso coinvolgimento dei familiari e delle associazioni dei pazienti nei percorsi educativi.

IL FUTURO

- Aumentare la conoscenza del diabete e delle sue implicazioni fisiche e psichiche a livello sociale potrà essere importante per la prevenzione e la cura del diabete di tipo 2.
- Un aumento della conoscenza del diabete a livello globale può anche favorire un maggiore supporto sociale alle persone con diabete, migliorando di fatto l'approccio complessivo alle cure.
- È auspicabile che in futuro la valutazione degli aspetti psicosociali del diabete diventino parte integrante del percorso di cura erogato, grazie alla

disponibilità di strumenti adeguati.

- Se la validità del modello regionale di discussione strutturata dei dati verrà confermata, tale modello potrà essere esteso alle altre regioni come parte integrante dell'iniziativa Annali AMD.
- Sarà auspicabile nei prossimi anni disegnare e testare nell'ambito di studi sperimentali randomizzati nuovi modelli di cura cronica centrati sulla persona con diabete di tipo 2 per valutarne l'impatto clinico, sociale ed economico.

Gruppo di Studio BENCH-D

COMITATI SCIENTIFICO:

A. Nicolucci, *Fondazione Mario Negri Sud, Chieti*; **G. Vespasiani**, *Osp. Madonna del Soccorso, S. Benedetto del Tronto (AP)*; **M.C. Rossi**, *Fondazione Mario Negri Sud, Chieti*; **S. Gentile**, *Università "Federico II", Napoli*, **A. Bulotta**, *Novo-Nordisk SpA, Roma*; **S. E. Skovlund**, *Novo-Nordisk A/S, Copenhagen, Denmark*.

CENTRI PARTECIPANTI

(PER REGIONE):

• LAZIO: E. Forte, F. Tuccinardi, A. Griffo, *Fondi (LT)*; S. Leotta, L. Fontana, M. Altomare, L. Pellegrini, *Roma*; F. Malci, C. Moscatelli, *Subiaco (RM)*; P. Tatti, M. Neri, *Marino (RM)*; G. Santantonio, *Civitavecchia (RM)*; F. Chiaramonte, *Roma*.

• MARCHE: R.A. Rabini, S. Rosati, F. D'Angelo, *Ancona*; G. Maolo, B. Polenta, S. Lardelli, A.M. Tesi, *Macerata*; L. Cotti, G. Garrapa, R. Viola, M. Manuela, F. Lizzadro, *Fano (PU)*; M.G. Cartechini, N. Busciantella Ricci, G. Agostinelli, *Camerino (MC)*; G. Vespasiani, I. Meloncelli, M. Galetta, V. Marconi, L. Carini, I. Crema, L. Clementi, *San Benedetto del Tronto (AP)*; S. Manfredini, L. Olivi, *Senigallia (AN)*; P. Fogliani, R. Maricotti, P. Pantanetti, Fermo; A. Spalluto, *Pesaro*; M. Andreani, G. Martinelli, *Urbino (PU)*.

• PIEMONTE: A. Chiambretti, R. Fornengo, L. Di Vito, M. Albertone, V. Magliano, D. Cortale, *Chivasso (TO)*; A.R. Bogazzi, M. Rivelli, S.B. Del Rosso, F. Picataggi, P. Bonfani, E. Baccaro, *Venaria Reale (TO)*; M. Comoglio, R. Manti, O. Boscolo, C. Laiolo, *Moncalieri (TO)*; A. Clerico, L. Richiardi, K. Sinato, Torino; G.P. Carlesi, S. Garrone, *Novi Ligure (AL)*; G. Magro, C. Paverin, D. Gaviglio, Cuneo; G. Saggiotti, *Omegna (VB)*; L. Monge, Torino; G. Grassi, *Torino*.

• SICILIA: A. Di Benedetto, M. Russo, B. Pintaudi, G. Di Vieste, *Messina*; A. Garofalo, F. Vitale, L. Bernardo, *Vittoria (RG)*; G. Saitta, *Messina*; A. Lo Presti, *Marsala (TP)*; M.A. Fulantelli, *Palermo*; G. Mattina, M. Cortese, A. Parrinello, *Palermo*; V. Provenzano, L. Ferrara, R. Ferranti, *Partinico (PA)*; D. Gioia, M. Conti, *Palermo*.

CENTRO DI COORDINAMENTO:

A. Nicolucci, M.C. Rossi, B. Pintaudi, G. Lucisano, M. Scardapane, M. Valentini, D. D'Alonzo, C. Pirozzoli, R. Memmo, B. Di Nardo, *Lab. di Farmacologia Clinica ed Epidemiologia del Diabete e delle Malattie Croniche, Fondazione Mario Negri Sud, S. Maria Imbaro (CH)*.

DATA MANAGER E COORDINATORI REGIONALI AMD:

L. Fontana, F. Chiaramonte (*Lazio*); R. Viola, L. Cotti (*Marche*); R. Chiodo, L. Monge (*Piemonte*); B. Pintaudi, C. De Francesco (*Sicilia*).

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia il Comitato Scientifico DAWN2 Italia: Massimo Massi Benedetti (HIRS, Perugia), Marco Comaschi (Ospedale Univesitario San Martino, Genova), Antonio Nicolucci (Fondazione Mario Negri Sud, S. Maria Imbaro, Chieti), Paola Pisanti (Ministero della Salute, Roma), Ketty Vaccaro (CENSIS, Roma).

BIBLIOGRAFIA

- [1] International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>.
- [2] Facts and figures about Diabetes in Italy Report. Nicolucci A, Rossi C, Lucisano G. Fondazione Mario Negri Sud.
- [3] Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;359:1577-89
- [4] Rossi MCE, Nicolucci A, Arcangeli A, Cimino A, De Bigontina G, Giorda C, Meloncelli I, Pellegrini F, Pomili B, Valentini U, Vespasiani G. Four-Year Impact Of A Continuous Quality Improvement Effort Implemented By A Network Of Diabetes Outpatient Clinics. 1st Annual Meeting Of The Diabetes & Cardiovascular Disease EASD Study Group (D&CVD) 2008: 370.
- [5] Giorda CB, Nicolucci A, Pellegrini F, Kristiansen CK, Hunt B, Valentine WJ, Vespasiani G. Improving quality of care in people with Type 2 diabetes through the Associazione Medici Diabetologi-Annals initiative: a long-term cost-effectiveness analysis. *Diabet Med* 2014;31(5):615-23.
- [6] http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf
- [7] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the Chronic Care Model, Part 2. *JAMA* 2002; 288:1909-1914.
- [8] Rapporto dati del progetto DAWN Italia (Diabetes Attitudes, Wishes & Needs). Segno e Forma Edizioni, 2007
- [9] Nicolucci A, Kovacs Burns K, Holt RI, Comaschi M, Hermanns N, Ishii H, Kokoszka A, Pouwer F, Skovlund SE, Stuckey H, Tar-kun I, Vallis M, Wens J, Peyrot M; DAWN2 Study Group Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Med* 2013; 30: 767-777.
- [10] Cimino A, de Bigontina G, Fava D, Giorda C, Meloncelli I, Nicolucci A, Pellegrini F, Rossi MC, Vespasiani G. AMD Annali 2008 - Indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica in Italia. Kino - Torino, Italy 2008.
- [11] Nicolucci A, Rossi MC, Pellegrini F, Lucisano G, Pintaudi B, Gentile S, Marra G, Skovlund SE, Vespasiani G, on behalf of the BENCH-D Study Group Benchmarking Network for Clinical and Humanistic Outcomes in Diabetes (BENCH-D) study: protocol, tools, and population. SpringerPlus 2014; 3: 83.
- [12] Vespasiani G, Rossi MC, Gentile S, Pellegrini F, Marra G, Pintaudi B, Nicolucci A, BENCH-D Study Group. Correlates of Diabetes Related Stress in Individuals with Type 2 Diabetes. 72th Scientific Session, American Diabetes Association, June 8-12, Philadelphia, PA 2012: A207; (817-P).
- [13] Rossi MC, Pintaudi B, Pellegrini F, Lucisano G, Gentile S, Vespasiani G, Marra G, Skovlund SE, Nicolucci A, on behalf of BENCH-D AMD Study Group. The interplay between diabetes related distress and depression and their association with clinical and person-centered outcomes in type 2 diabetes. 74th Scientific Session, American Diabetes Association, June 13-17, San Francisco, CA 2014: A197 (770-P).
- [14] Rossi MC, Gentile S, Vespasiani G, Lucisano G, Fonata L, Marra G, Nicolucci A, BENCH-D Study Group. Patient Empowerment is Associated with Better Quality of Life, Higher Satisfaction with Care and Better Metabolic Control in Individuals with Type 2 Diabetes. 72th Scientific Session, American Diabetes Association, June 8-12, Philadelphia, PA 2012: A205-206 (810-P).
- [15] Rossi M, Pintaudi B, Lucisano G, Gentile S, Marra G, Pellegrini F, Skovlund S, Vespasiani G, Nicolucci A, on behalf of the BENCH-D Study Group. Correlates of patient perception of access to support. 22nd World Diabetes Congress IDF, 2-6 December, Melbourne, Australia 2013: PD-0844.
- [16] Pintaudi B, Rossi M, Lucisano G, Gentile S, Marra G, Pellegrini F, Skovlund S, Vespasiani G, Nicolucci A, on behalf of the BENCH-D Study Group. Correlates of patient's attitude to follow a healthful eating plan. 22nd World Diabetes Congress IDF, 2-6 December, Melbourne, Australia 2013: PD-0822.
- [17] Pintaudi B, Lucisano G, Gentile S, Marra G, Pellegrini F, Rossi M, Skovlund S, Vespasiani G, Nicolucci, BENCH-D Study Group. Correlates of patients' attitudes to check their feet as a diabetes self-care activity: the BENCH-D study. 49th Annual Meeting of EASD, Barcelona, 23-27 September 2013: 1070, S430.
- [18] Pintaudi B, Rossi MC, Pellegrini F, Lucisano G, Gentile S, Vespasiani G, Marra G, Skovlund SE, Nicolucci A, on behalf of BENCH-D AMD Study Group. Association between HbA1c levels and patient-centered outcomes. 74th Scientific Session, American Diabetes Association, June 13-17, San Francisco, CA 2014: A202 (794-P).

Italian Health Policy Brief

Anno IV
Speciale 2014

Direttore Responsabile
Stefano Del Missier

Direttore Editoriale
Marcello Portesi

Editore

ALTIS

Altis S.r.l.
Via della Colonna Antonina, 52
00186 Roma
Tel. +39 06 95585200
Fax +39 06 95585299

Contatti redazione
Tel. +39 02 49538300
info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Comitato degli esperti:

Pier Luigi Canonico
Achille Caputi
Claudio Cricelli
Carlo Favaretti
Renato Lauro
Nello Martini
Antonio Nicolucci
Patrizio Piacentini
Annarosa Racca
Walter Ricciardi
Francesco Rossi
Mario Sorrentino
Federico Spandonaro
Ketty Vaccaro
Stefano Vella

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.
