

PROGETTO LINEE-GUIDA 2007

Standard italiani per la cura del diabete mellito

Il progetto di AMD e SID

Graziella Bruno



Società Italiana
di Diabetologia

ASSOCIAZIONE
MEDICI **AMD**
DIABETOLOGI

Diabete Italia

Standard italiani per la cura del diabete mellito

Standard italiani: perché?

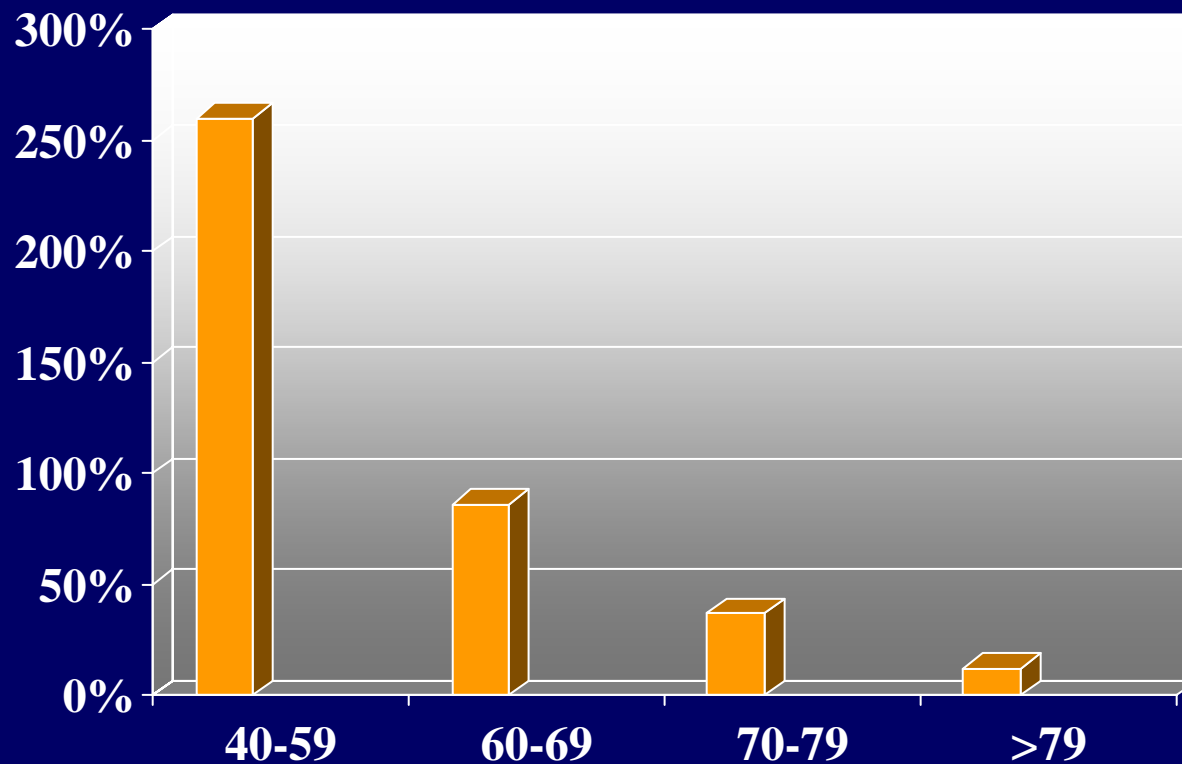
La peculiarità della popolazione diabetica italiana

- Diffusione capillare dei servizi di diabetologia
- migliore sopravvivenza
- compenso glicemico medio
- età media senile

ECCESSO DI MORTALITA' DEI DIABETICI vs NON-DIABETICI



+ 35%



Bruno G et al. Diabetologia 1999

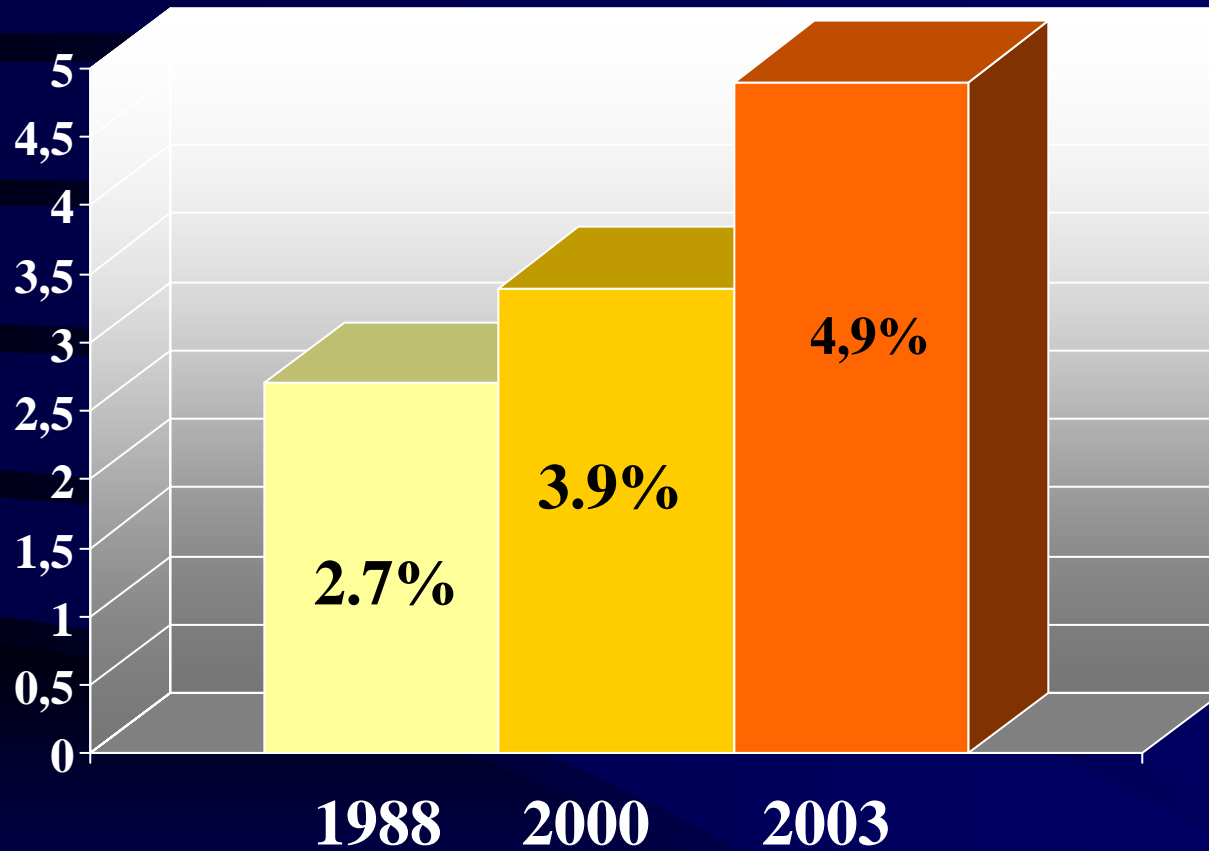


Changes over time in the prevalence and quality of care of type 2 diabetes in Italy: The Casale Monferrato Surveys, 1988 and 2000

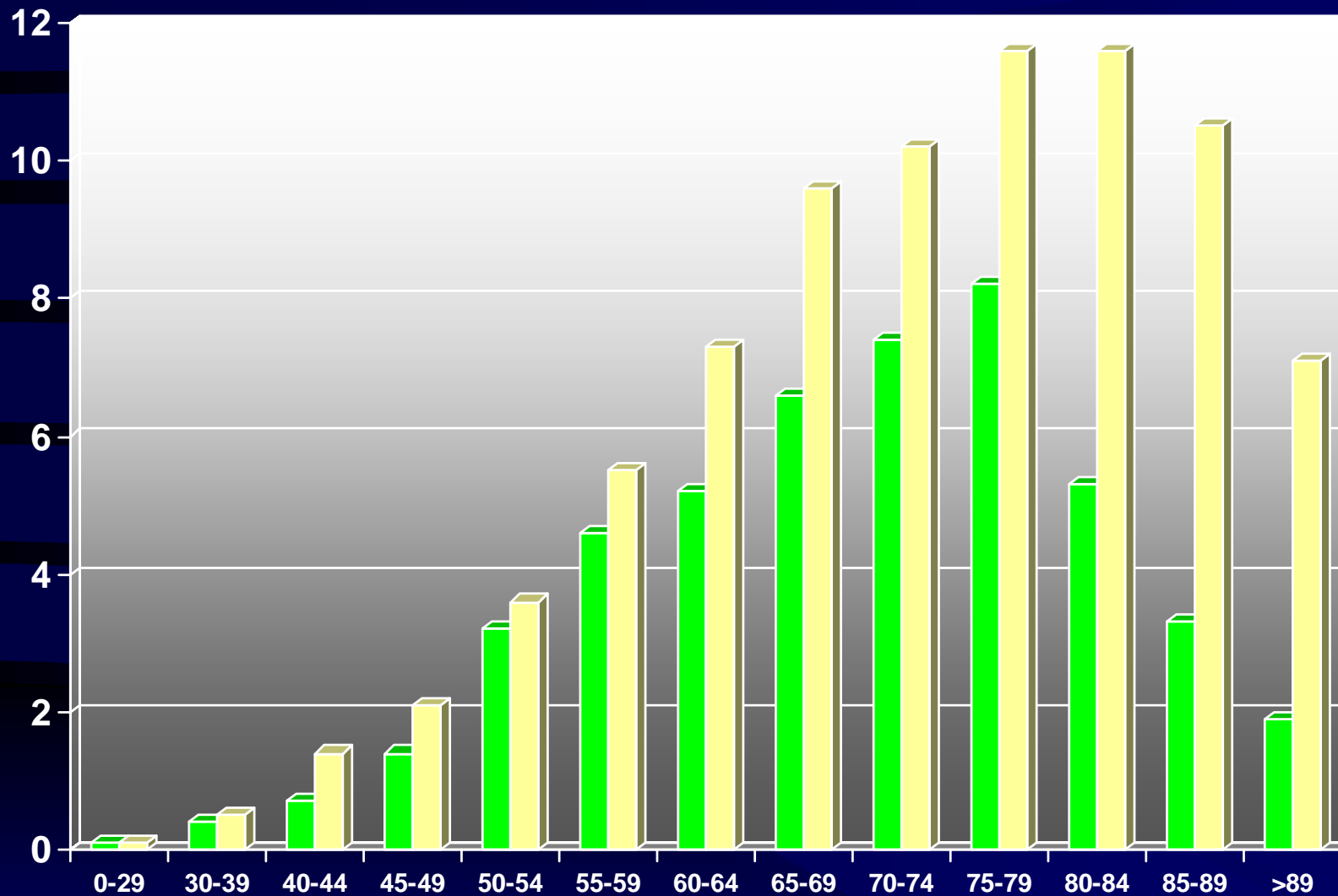
	1988	2000	OR	<i>p</i>
HbA1c (%) < 7.0	563 (36.8%)	1346 (54.6%)	1.00	<0
7.0-8.0	289 (18.9 %)	479 (19.4%)	0.71 (0.56-0.89)	
8.1-9.0	214 (14.0%)	293 (11.9%)	0.58 (0.44-0.75)	
9.1-10.0	183 (12.0%)	181 (7.3%)	0.43 (0.32-0.59)	
> 10.0	281 (18.3%)	168 (6.8)	0.26 (0.19-0.35)	

PREVALENZA DI DIABETE NOTO

CASALE MONFERRATO STUDY -----TORINO STUDY



Casale Monferrato Study, prevalenza nel 1988 e nel 2000



Carenza di dati basati sull'evidenza nell'anziano

2/3 dei diabetici italiani ha età >65 anni

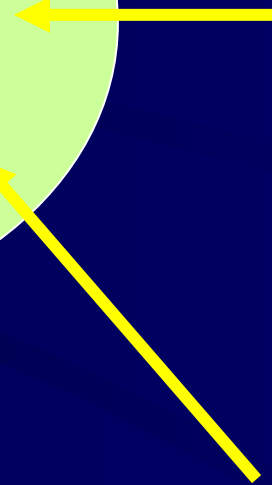


> sopravvivenza

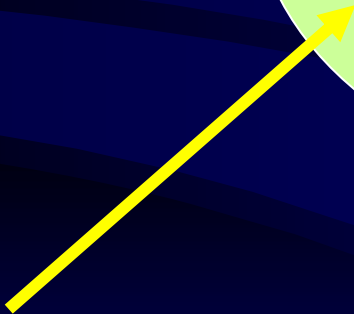


**Pool dei casi
prevalenti**

**invecchiamento
della popolazione**

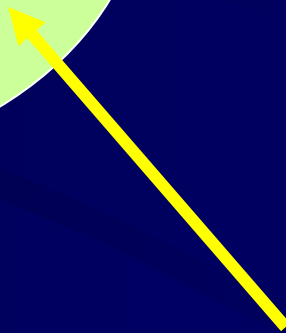


> incidenza



**età più giovane di
esordio**

**riduzione del rapporto
tra casi noti e non noti**



Incremento numerico di linee guida nel corso di questo ultimo decennio



Impiego notevole di risorse umane

Scarsa attenzione alla valutazione dell'implementazione delle linee guida !!

- produrre informazioni utili a indirizzare le decisioni degli operatori, clinici e non, verso una maggiore efficacia e appropriatezza, oltre che verso una maggiore efficienza nell'uso delle risorse;
- renderle facilmente accessibili;
- seguirne l'adozione esaminando le condizioni ottimali per la loro introduzione nella pratica;
- valutarne l'impatto, organizzativo e di risultato.



Programma nazionale
per le linee guida

maggio 2002



MANUALE METODOLOGICO

Come produrre, diffondere
e aggiornare raccomandazioni
per la pratica clinica

Il Piano Prevenzione Attiva 2004-2006 del **Ministero della Salute** ha individuato come obiettivi prioritari

“l’attivazione di un sistema di monitoraggio della malattia su base informatizzata” e “identificazione dei pazienti diabetici attraverso l’iscrizione in appositi registri”

→ ***carezza di dati in molte Regioni***

Ruolo di Diabete Italia:

- sollecitare Regioni perchè si dotino di sistemi informatizzati in grado di monitorare l'andamento della malattia e la qualità della cura
- Attivare o potenziare gli Osservatori Epidemiologici Regionali
- Attivare campagne di prevenzione dell'obesità
- Richiedere il potenziamento delle strutture diabetologiche (ambulatori per il diabete tipo 1 ; programmi educativi per i diabetici)

I risultati attesi riguardano:

- l'utenza, che ha la possibilità di essere maggiormente informata e consapevole dei ragionamenti scientifici a sostegno dei trattamenti ricevuti;
- le aziende sanitarie, che possono definire e ottimizzare i processi di cura e pianificare, conseguentemente, i propri investimenti;
- i diversi livelli istituzionali (Stato, Regione, Azienda), che possono ridurre le disuguaglianze nella allocazione dei servizi, anche attraverso i processi di programmazione, e facilitare il monitoraggio e la valutazione della qualità delle prestazioni erogate;
- i professionisti, che hanno nelle linee guida uno strumento di educazione medica continua, ma anche di miglioramento del rapporto con i cittadini-pazienti e di tutela rispetto ai rischi medico-legali.



- la multidisciplinarietà del gruppo responsabile della produzione della linea guida;
- la valutazione sistematica delle prove scientifiche disponibili quale base per le raccomandazioni formulate;
- la classificazione delle raccomandazioni in base alla qualità delle prove scientifiche che le sostengono.

La classificazione, la diagnosi, lo screening e la prevenzione del diabete

Olga Vaccaro, coordinatrice

Francesco Giorgino

Danilo Orlandini,

Domenico Mannino

I. CLASSIFICAZIONE E DIAGNOSI

A. Classificazione

B. Diagnosi

II. SCREENING DEL DIABETE

III. DIAGNOSI DEL DIABETE GESTAZIONALE

IV. PREVENZIONE/ DIFFERIMENTO DELL'INSORGENZA DEL DIABETE DI TIPO 2

La cura del diabete

Giorgio Grassi coordinatore

Agostino Consoli

Paolo Di Bartolo

Andrea Giaccari

- A. Valutazione iniziale
- B. Gestione
- C. Controllo glicemico
 - 1. Valutazione del controllo glicemico
 - a. Autocontrollo glicemico
 - b. HbA1c
 - 2. Obiettivi glicemici
- D. Terapia medica nutrizionale
- E. Terapia farmacologica
- F. Educazione all'autogestione del diabete
- G. Attività fisica
- H. Valutazione psicosociale e cura
- I. Consulenza per il trattamento del diabete
- J. Malattie intercorrenti
- K. Ipoglicemia
- L. Vaccinazioni

La cura delle complicanze

Salvatore De Ce

Antonino Di Ben

Gabriella Gruder

Maria Chantal P

A. Malattia cardiovascolare

1. Ipertensione e suo controllo

2. Dislipidemia e suo trattamento

3. Farmaci antiaggreganti piastrinici

4. Cessazione del fumo

5. Screening e trattamento della cardiopatia coronarica

B. Screening e trattamento della nefropatia diabetica

C. Screening e trattamento della retinopatia diabetica

D. Screening e trattamento della neuropatia

E. Cura del piede

La cura del diabete in popolazioni e situazioni specifiche. Problematiche sociali.

Matteo Bonomo coordinatore

Grazia

Francesca

Ester

VII. CURA DEL DIABETE IN POPOLAZIONI SPECIFICHE

- A. Bambini e adolescenti**
- B. Cura preconcezionale**
- C. Diabete e gravidanza**
- D. Persone anziane**

VIII. CURA DEL DIABETE IN CONTESTI SPECIFICI

- A. La cura del diabete in ospedale**
- B. La cura del diabete a scuola**
- C. La cura del diabete nei campi educativi per diabetici**
- D. La cura del diabete negli istituti di correzione**

IX. IPOGLICEMIA E AUTORIZZAZIONE AL LAVORO

X. IL RIMBORSO DA TERZI PER LA CURA DEL DIABETE, L'AUTOGESTIONE DELLA MALATTIA, L'EDUCAZIONE E I PRESIDII PER LA CURA

XI. STRATEGIE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA CURA DEL DIABETE

Metodo e EBM:

Antonio Nicolucci

Qualità/

Nino Cir

Illidio Me

- Correttezza metodologica della consensus**
- Qualità delle fonti**
- Qualità dell'assistenza e suoi indicatori possibili**
- Competenza specifica "trasversale"**

Diabetologia Pediatrica

Franco Meschi

UN MODELLO PER I SINGOLI CAPITOLI

TITOLO
RACCOMANDAZIONI ... (A) ... (B) ecc.
COMMENTO A SUPPORTO delle Raccomandazioni Flow-chart e algoritmi come Allegati
SITUAZIONE ITALIANA (dati e commento): dati epidemiologici, studi di outcome, LG e raccomandazioni
STANDARD di riferimento INDICATORI proposti
Eventuale DOMANDA da rivolgere alla Giuria

.....la prima esperienza ci ha insegnato che:

- ❑ È mancato un momento formativo iniziale per dare una impostazione omogenea per la stesura del documento
- ❑ Il lavoro di confronto, comparazione e integrazione fra LG preparate con metodologie diverse è stato difficile
- ❑ Su alcuni temi (ad esempio la gestione della gravidanza, terapia) la trattazione dell'ADA è riduttiva o carente e l'argomento è stato trattato ex novo
- ❑ E' stato necessario un aggiornamento bibliografico con attenzione agli anni 2006, 2005 e, in parte, 2004
- ❑ L'individuazione degli indicatori non è stata agevole

Indicatori

- ❑ La scelta degli indicatori è difficile: il file dati AMD può costituire comunque un punto di partenza
- ❑ Per gli indicatori del lavoro intraospedaliero o della gravidanza non abbiamo riferimenti simili
- ❑ La definizione e la comprensione del significato dei gold standards è difficile e va esplicitata

Classificazione delle evidenze e delle raccomandazioni

- ❑ Occorre omogeneizzarle al PNLG
- ❑ Le classificazioni sono diverse nelle diverse LG
- ❑ E' stato necessario creare una sorta di "tabella di conversione" al PNLG

- I CDN di AMD e SID hanno convocato una Consensus Conference (Incontro residenziale) la cui Giuria è composta da rappresentanti di AMD e SID e da componenti laici invitati come competenti di specifiche aree tematiche o rappresentanti di categoria.
- I CDN AMD e SID partecipano all'incontro come osservatori.
- La giuria ascolta le presentazioni della bozza di documento e può ricevere la richiesta di risposta ad alcune specifiche domande su aspetti controversi del documento elaborato dai gruppi di lavoro.
- Al termine delle relazioni la giuria si riunisce e, a porte chiuse, valuta il documento e definisce le risposte alle domande sulle controversie; le conclusioni della Giuria vengono presentate in plenaria ai relatori e agli osservatori.
- Sulla base delle conclusioni di questa discussione i coordinatori di progetto presentano una bozza preliminare del documento ai CDN AMD e SID. Nasce così il Consensus Statement congiunto AMD/SID che sarà la base per il documento definitivo.

La consensus conference

- Presentazioni dei 4 gruppi con breve discussione
- Riunione della Giuria
- Verdetto e discussione
- La stesura definitiva



La diffusione e la valutazione dell'implementazione

La diffusione e la valutazione dell'implementazione

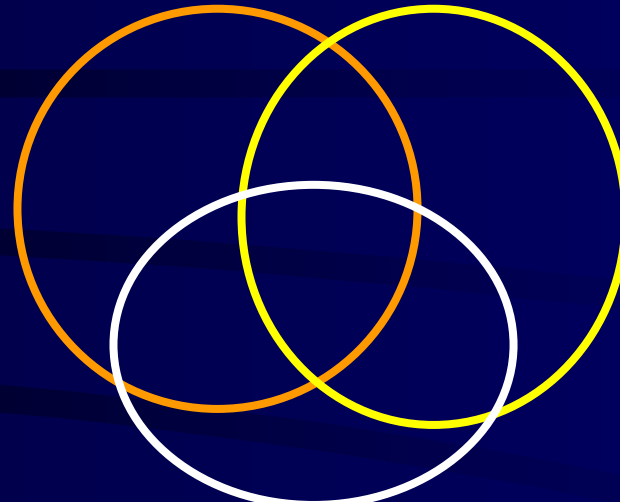
1. La ricerca epidemiologica è fondamentale per il monitoraggio della malattia e della qualità della cura erogata
2. Gli Osservatori Epidemiologici Regionali dovranno dotarsi in futuro di personale, strumenti e competenze necessari per fornire dati attendibili sull'epidemiologia de diabete, già previste dal Piano Prevenzione Attiva 2004-2006.

→ programmazione sanitaria del diabete

Studio di Torino

Ricoveri ospedalieri

Archivio esenzioni



Prescrizioni farmaceutiche

20,000 diabetici prevalenti al 2003

→ Prevalenza diabete 4.8%

→ **Rischio 3 volte maggiore in donne di classe sociale più bassa**

→ consumo di farmaci **2 volte superiore** alla popolazione non diabetica