

# **Il contributo AMD: QUASAR e BENCH-D**

Ilidio Meloncelli

Centro di Diabetologia di San Benedetto del Tronto

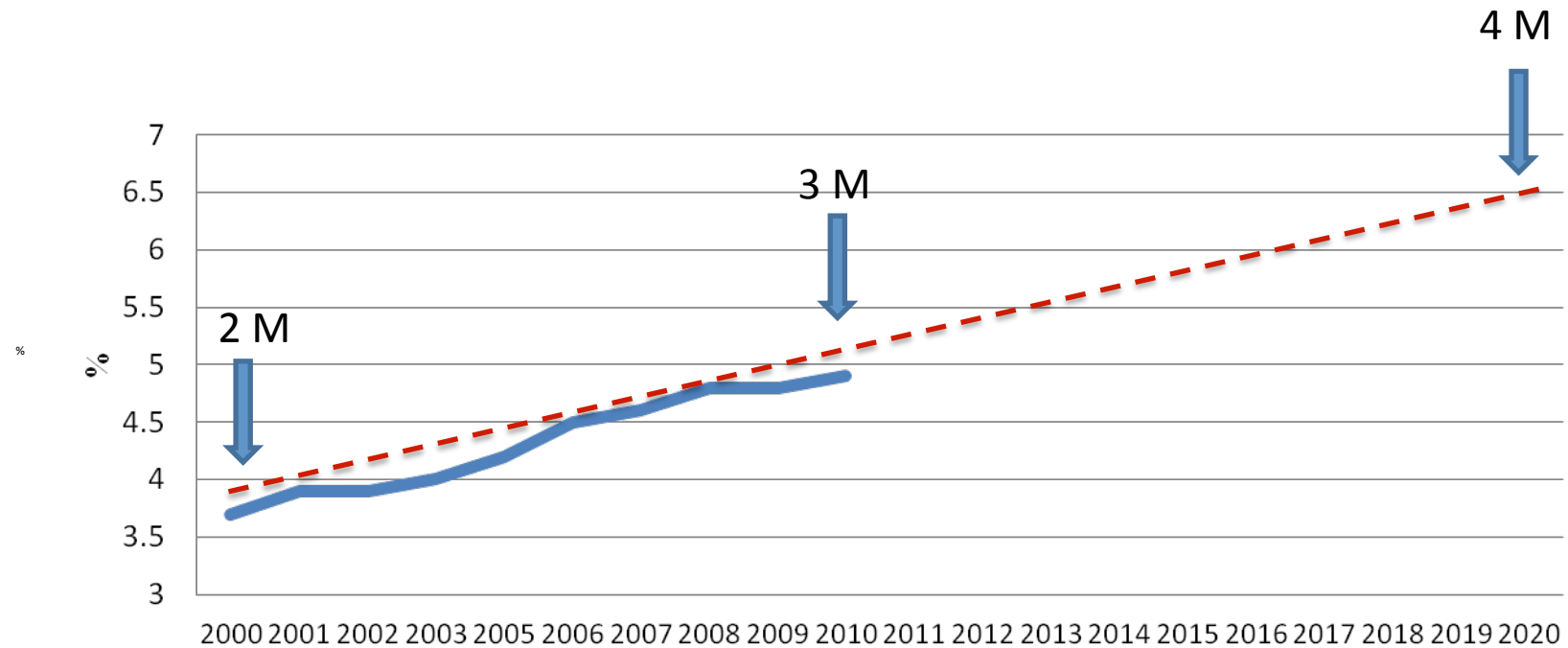
ASUR Marche – Area Vasta n. 5

- 
1. Fotografia della popolazione: oggi e domani
  2. I costi del diabete e la sostenibilità del sistema
  3. Gli indicatori di qualità dell'assistenza come strumento di azione e pianificazione (studio QUASAR e Annali AMD)
  4. L'educazione terapeutica (studio BENCH-D)

- 
1. **Fotografia della popolazione: oggi e domani**
  2. I costi del diabete e la sostenibilità del sistema
  3. Gli indicatori di qualità dell'assistenza come strumento di azione e pianificazione (studio QUASAR e Annali AMD)
  4. L'educazione terapeutica (studio BENCH-D)

# Il diabete: una pandemia

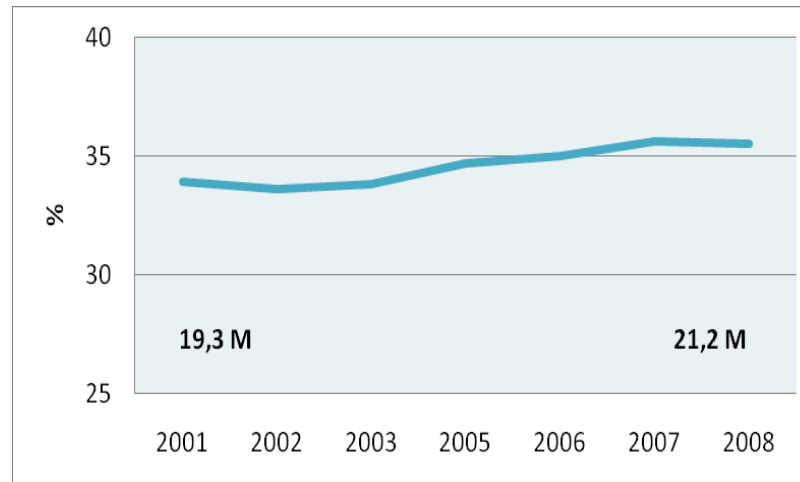
Andamento della prevalenza del diabete in Italia: 2001-2010 (ISTAT)



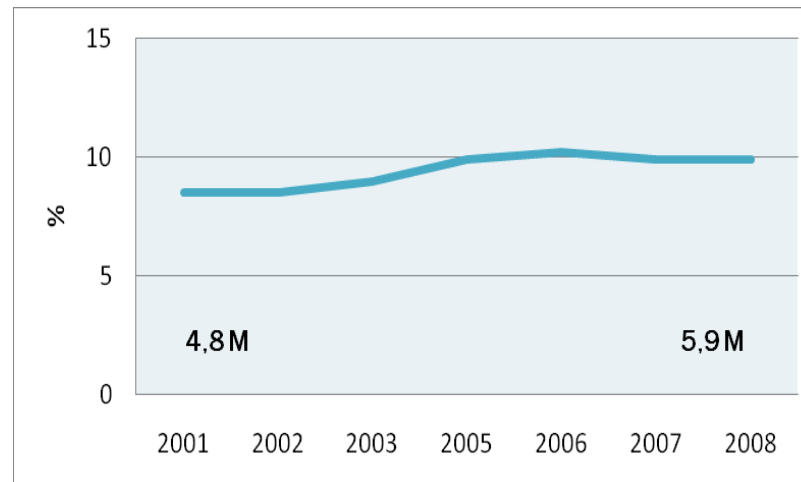
# Obesità in aumento

---

sovrappeso



obesità

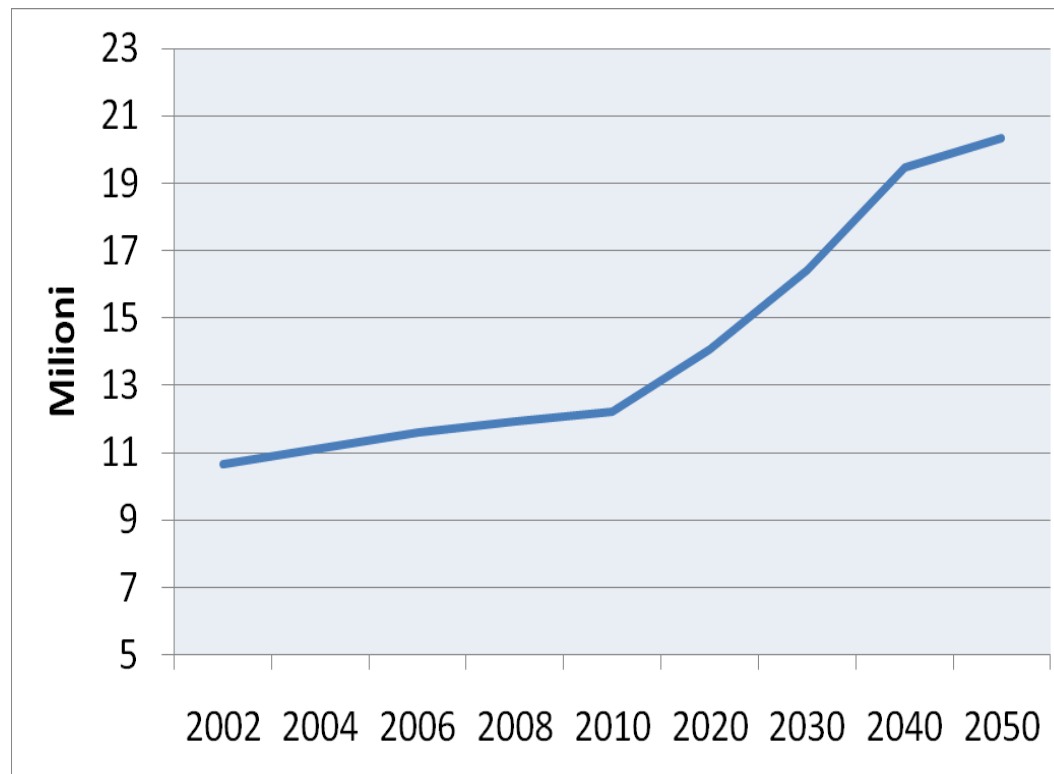


ISTAT 2009

# Popolazione anziana in aumento

---

Popolazione con età  $\geq 65$  anni

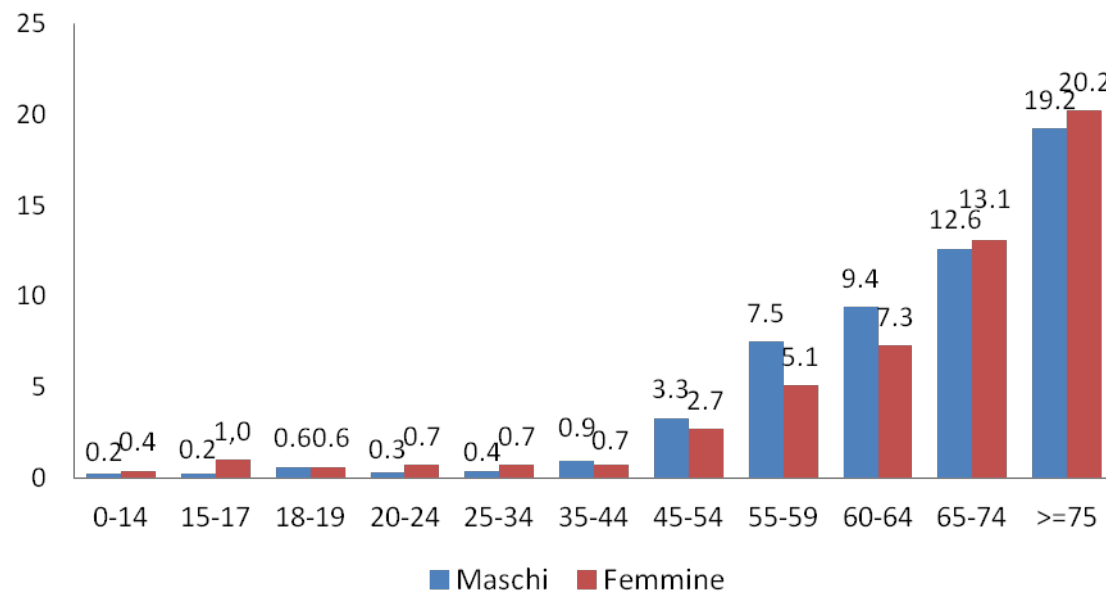


ISTAT

# Età e diabete

---

Prevalenza di diabete in relazione alle fasce di età (dati ISTAT 2010)



# Stato socio-economico

## Andamento del tasso di disoccupazione in Italia (ISTAT)



## Trend delle disuguaglianze (LIS-OCSE)

	Variazione della disuguaglianza da metà anni '70 a metà anni '80	Variazione della disuguaglianza da metà anni '80 a metà anni '90	Variazione della disuguaglianza da metà anni '90 a metà primo decennio del 2000	Indice di Gini alla metà del primo decennio del 2000
Svezia	-	+	++	0,234
Finlandia	-	+	++	0,269
Francia	-	+	0	0,270
Olanda	0	++	-	0,271
Belgio	0	+	-	0,271
Germania	-	+	++	0,298
Australia	0	+	-	0,301
Canada	-	+	++	0,317
Irlanda	-	++	+	0,328
Regno Unito	++	++	-	0,335
<b>Italia</b>	<b>--</b>	<b>++</b>	<b>+</b>	<b>0,352</b>
Stati Uniti	++	++	+	0,381

## Diffusione della povertà relativa e assoluta di consumo in Italia (2009)

	Povertà relativa	Povertà assoluta
% famiglie povere	10,8	4,7
% individui poveri	13,1	5,2
Numero famiglie povere	2.657.000	1.162.000
Numero persone povere	7.810.000	3.074.000



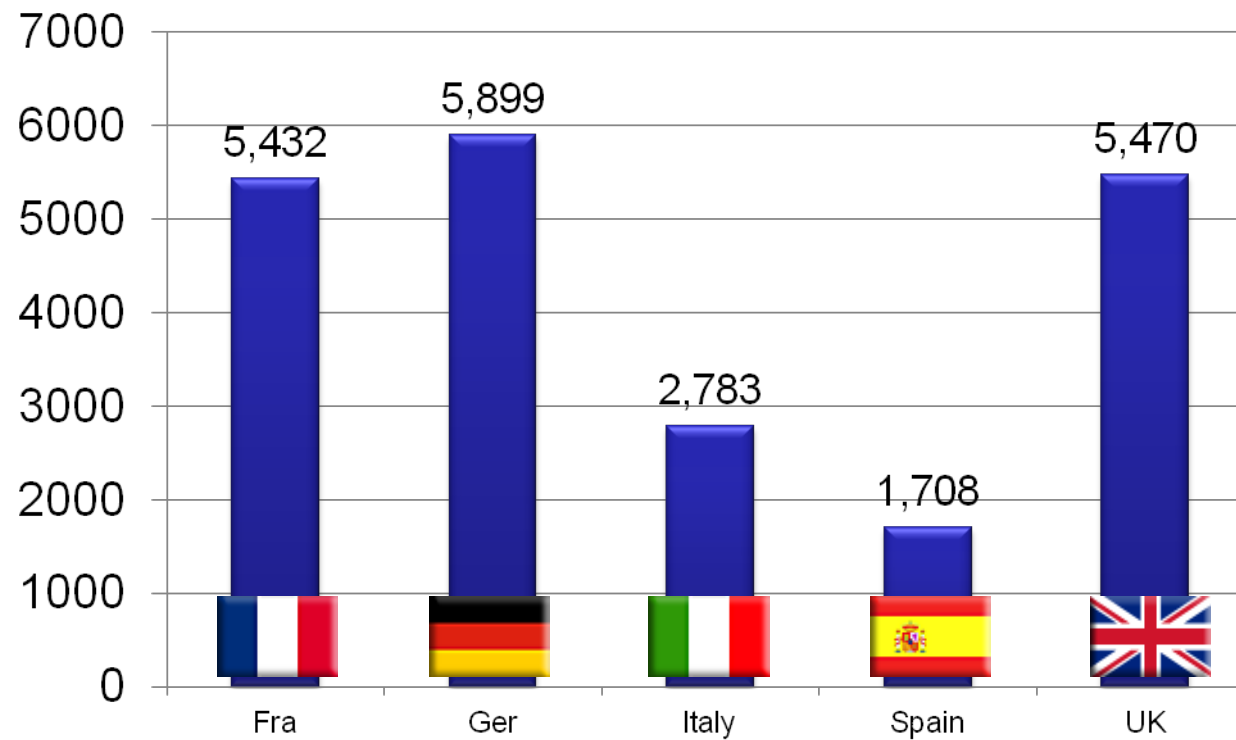
- 
1. Fotografia della popolazione: oggi e domani
  2. **I costi del diabete e la sostenibilità del sistema**
  3. Gli indicatori di qualità dell'assistenza come strumento di azione e pianificazione (studio QUASAR e Annali AMD)
  4. L'educazione terapeutica (studio BENCH-D)

# I costi del diabete

Costo medio per soggetto con diabete (€)

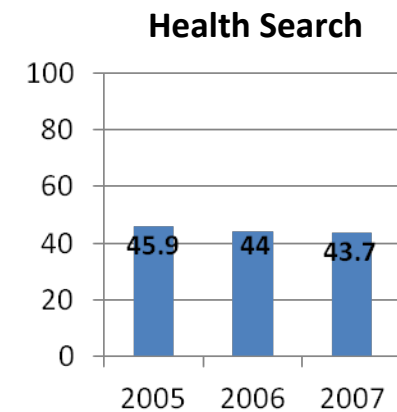
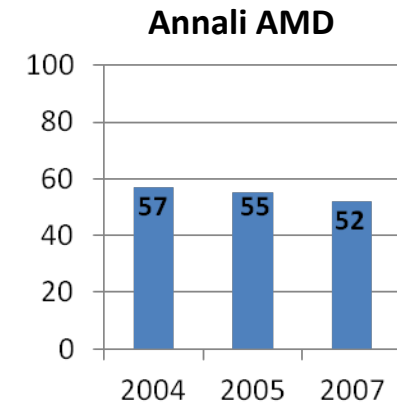
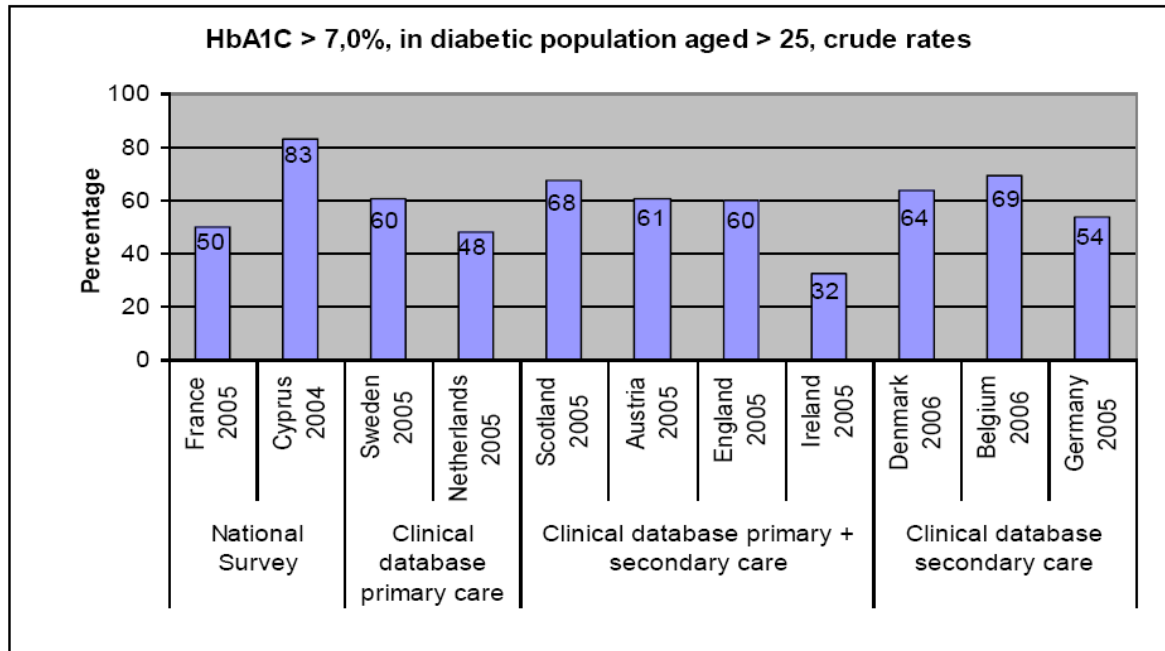
Fonte: London School of Economics 2011

## Costi diretti

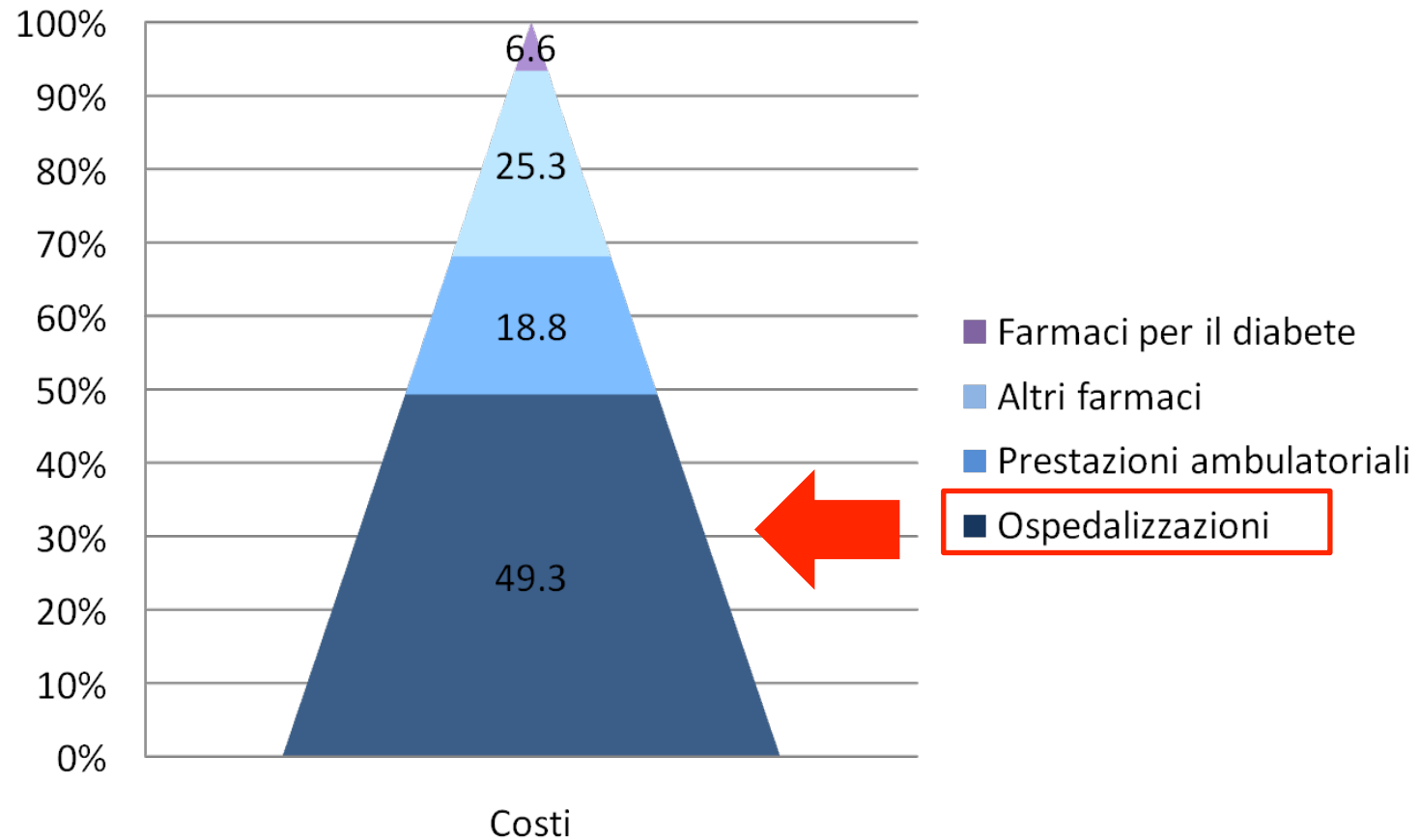


N.B. per la Spagna, utilizzando altre fonti, il costo potrebbe raggiungere i 3,015 €

# I costi del diabete



# I costi del diabete



Fonte: ARNO Diabete

# I costi del diabete

---

- I costi del diabete per il budget della sanità italiana ammontano al 9% delle risorse. Questo vuol dire più di **9,22 miliardi di € all'anno** o 1,05 milioni di € ogni ora.
- Il costo della sanità **per un cittadino italiano con diabete** è in media di **2.800 € all'anno**, circa il doppio rispetto a cittadini di pari età e sesso, ma senza diabete.
- Solo il 7% della spesa riguarda i farmaci anti diabete, il 25% è legato alle terapie per le complicanze e le patologie concomitanti, **mentre il 68% è relativo al ricovero ospedaliero e alle cure ambulatoriali.**
- 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.

- 
1. Fotografia della popolazione: oggi e domani
  2. I costi del diabete e la sostenibilità del sistema
  3. Gli indicatori di qualità dell'assistenza come strumento di azione e pianificazione (studio QUASAR e Annali AMD)
  4. L'educazione terapeutica (studio BENCH-D)

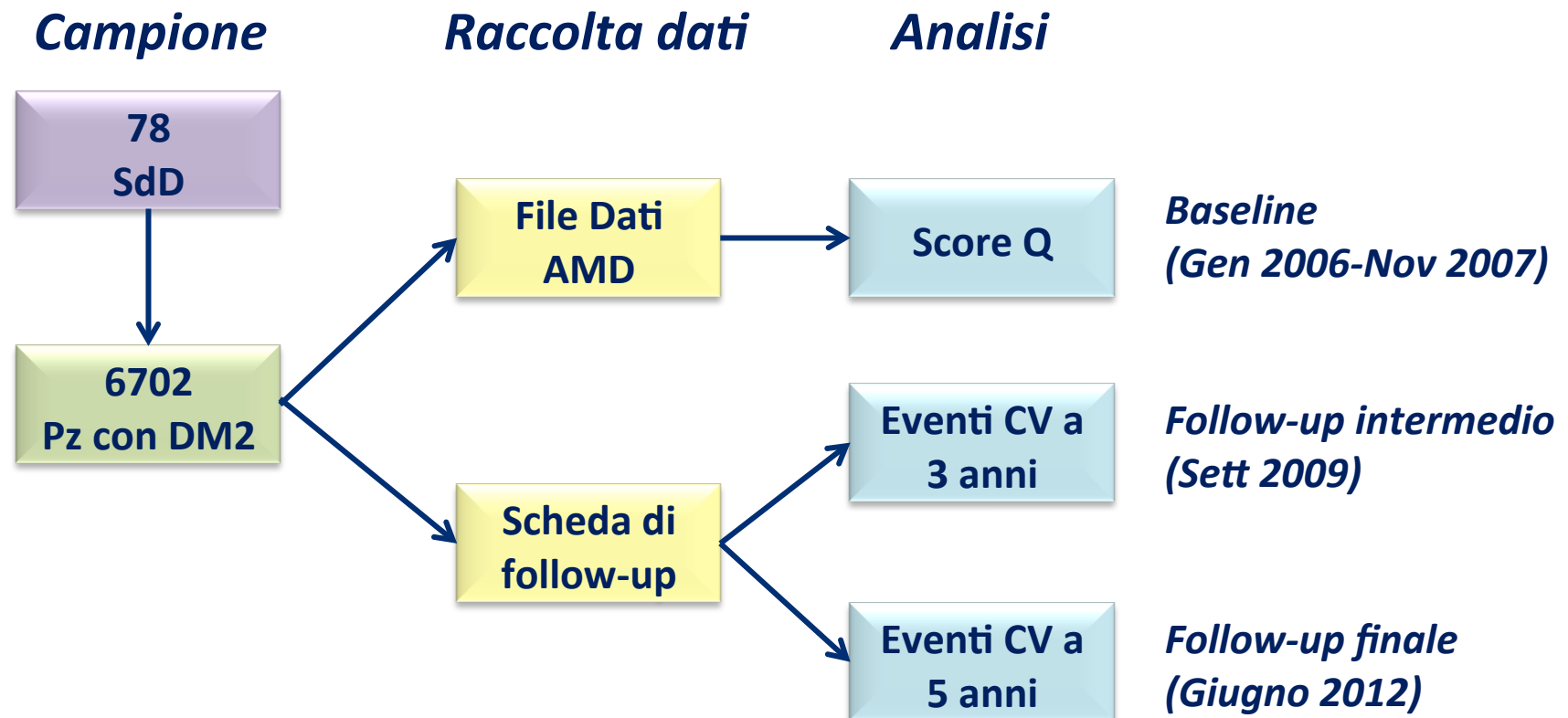
# Lo studio AMD-QUASAR

(Quality Assessment Score and Cardiovascular Outcomes in Italian Diabetic Patients)

## Studio osservazionale longitudinale

**Obiettivo:** dimostrare che migliorare la qualità dell'assistenza = ridurre le complicanze del diabete (e quindi i costi per il SSN)

## Disegno dello studio:



# Lo studio AMD-QUASAR

---

## Score Q: misura complessiva di qualità di cura

Indicatori di qualità della cura	Punteggio
Valutazione dell'HbA1c < 1 volta/anno	5
HbA1c $\geq$ 8.0%	0
HbA1c < 8.0%	10
Valutazione della PA < 1 volta/anno	5
PA $\geq$ 140/90 mmHg a prescindere dal trattamento	0
PA < 140/90 mmHg	10
Valutazione del PL < 1 volta/anno	5
LDL-C $\leq$ 130 mg/dl a prescindere dal trattamento	0
LDL-C > 130 mg/dl	10
Valutazione della microalbuminuria* < 1 volta/anno	5
Non trattamento con ACE-I e/o ARBs in presenza di MA	0
Trattamento con ACE-I e/o ARBs in presenza di MA oppure assenza di MA	10
Score range	0-40

Maggiore è il punteggio, tanto più elevata è la qualità di cura complessiva erogata dal centro

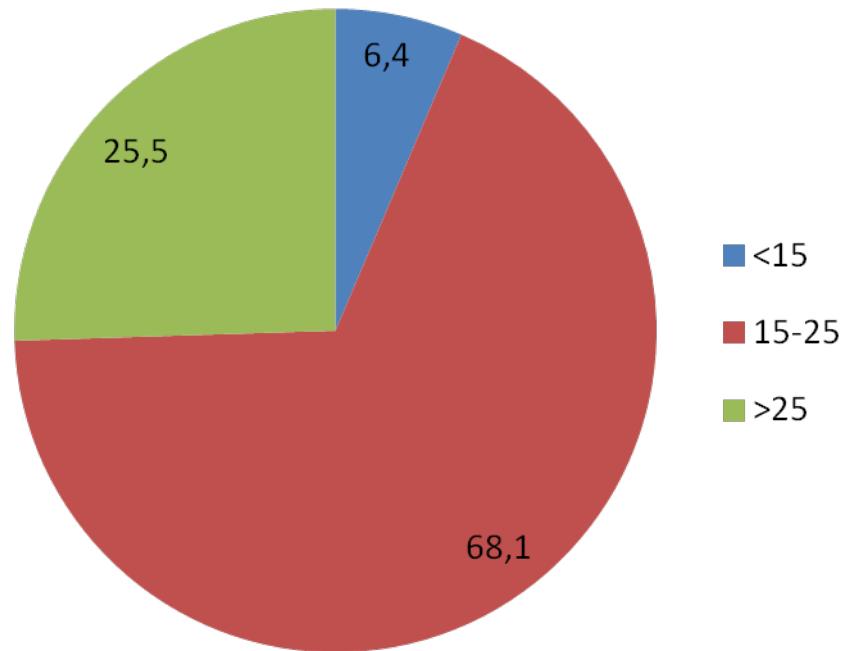


# Lo studio AMD-QUASAR

---

## Risultati:

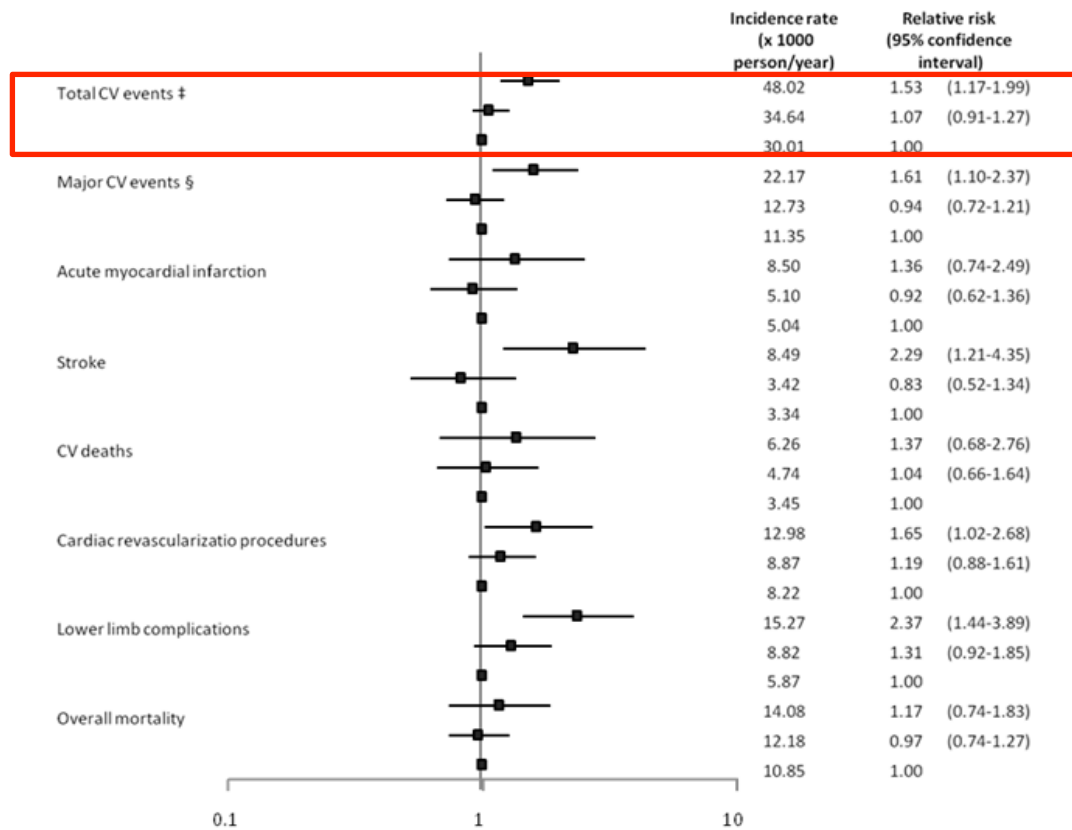
distribuzione della popolazione per classi di score Q al baseline





# Lo studio AMD-QUASAR

## Risultati: rischio di eventi CV a 5 anni



Il rischio di eventi totali associato ad un punteggio <15 scende dall'84% a tre anni al 53% a cinque anni.

- Associazione significativa anche tra score Q <15 e evento maggiore, ictus, intervento di rivascularizzazione e complicanze arti inferiori.

# Lo studio AMD-QUASAR

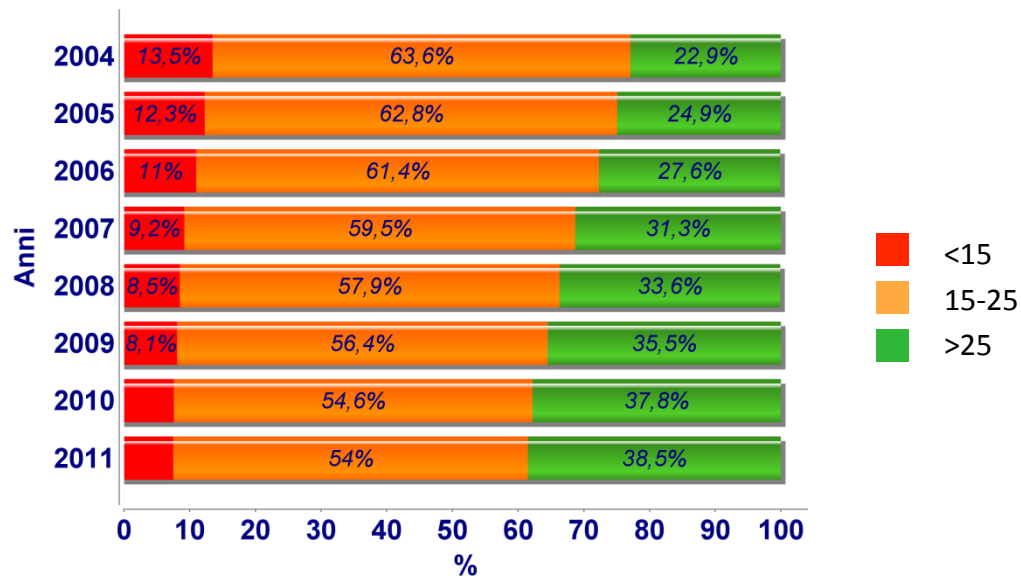
---

## Conclusioni:

- Lo studio QUASAR documenta una stretta correlazione fra qualità della cura e rischio di eventi cardiovascolari.
- 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!".

# Gli Annali AMD 2012

## Dalla teoria alla pratica clinica



Dal 2004 al 2011 è aumentata in modo sostanziale la percentuale di soggetti con score >25 (dal 22.9% al 38.5%), mentre è scesa al di sotto dell'8% la percentuale di soggetti con score <15.

- 
1. Fotografia della popolazione: oggi e domani
  2. I costi del diabete e la sostenibilità del sistema
  3. Gli indicatori di qualità dell'assistenza come strumento di azione e pianificazione (studio QUASAR e Annali AMD)
  4. L'educazione terapeutica (studio BENCH-D)

# Lo studio BENCH-D

(Benchmarking Network for Clinical and Humanistic Outcomes in Diabetes)

---

## Obiettivi

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

# Lo studio BENCH-D

---



## Metodi

- ✓ Studio osservazionale, longitudinale prospettico
- ✓ 4 regioni coinvolte (Piemonte, Marche, Lazio, Sicilia)
- ✓ campione casuale di pazienti con DM2 cui è stato chiesto di compilare un *questionario su qualità di vita e soddisfazione*



## Lo studio BENCH-D

---

\*\*

### Metodi

- ✓ risultati delle analisi discussi con gli operatori sanitari nell'ambito di specifiche riunioni regionali
- ✓ definizione di un “mandato” per migliorare nei successivi 18 mesi gli aspetti emersi come più problematici
- ✓ Il livello di empowerment è stato valutato con una scala denominata Diabetes Empowerment Scale

# Lo studio BENCH-D

---

## Risultati della fase trasversale

- Complessivamente, 28 centri hanno identificato 2434 pazienti.

Età media: 65.0 anni ( $\pm 10.2$ )

Durata del diabete: 13.8 anni ( $\pm 15.2$ )

59.9% maschi

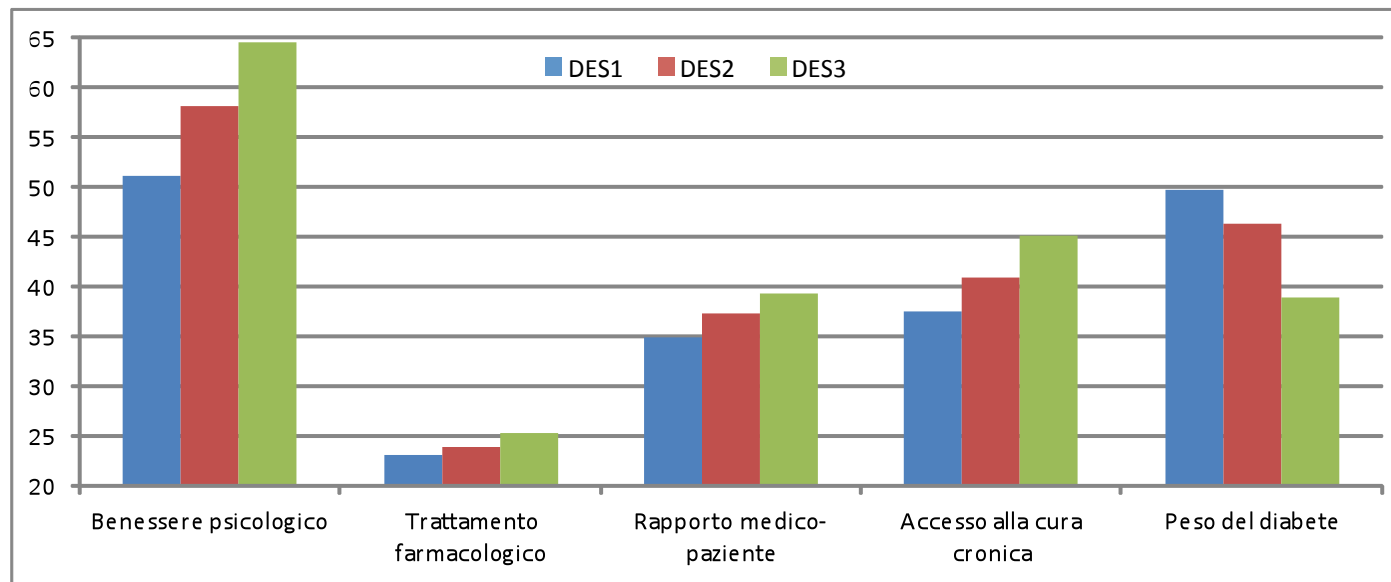
48.6% trattato con iporali, 25.3% con insulina+iporali e 24.3% con insulina.

- Livelli più elevati di empowerment sono presenti nei soggetti più giovani e con più elevato livello di scolarità.

# Lo studio BENCH-D

---

Empowerment = chiave del cambiamento



Al crescere dell'empowerment crescono il benessere e la soddisfazione per la cura e si riduce il peso percepito del diabete

## Lo studio BENCH-D

---

### 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

## Lo studio BENCH-D

---

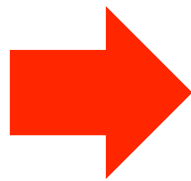
	<b>Barriere emerse negli incontri regionali</b>
<b>Piemonte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Difficoltà nella comunicazione con il paziente</li><li>b. Scarsa conoscenza della malattia da parte del paziente</li><li>c. Basso livello di empowerment</li></ul>
<b>Lazio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Team come modalità di assistenza per migliorare la percezione del paziente</li><li>b. Basso livello di autonomizzazione del pz</li><li>c. Rapporto medico-paziente non sempre ottimale</li></ul>
<b>Marche</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Mancanza di strumenti per l'identificazione dei pazienti "fragili" dal punto di vista psicologico</li><li>b. Mancanza di un modello assistenziale strutturato per il supporto psicologico</li><li>c. Insufficiente autonomizzazione del paziente</li></ul>
<b>Sicilia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Carenze nei percorsi di educazione terapeutica</li><li>b. Organizzazione della cura distante dal chronic care model</li><li>c. Mancanza di supporto psico-sociale alla persona con DM</li></ul>

## Lo studio BENCH-D

---

### Soluzioni proposte (benchmarking)

- ✓ Riorganizzazione del team e valorizzazione delle diverse figure professionali operanti nel SdD.
- ✓ Adozione di materiale standardizzato e definizione degli obiettivi dei percorsi educativi.
- ✓ Discussione delle modalità più corrette di comunicazione con il paziente, in base ai diversi profili socio-demografici e clinici.
- ✓ Integrazione dei questionari BENCH-D nella pratica clinica come strumento di screening e/o di verifica.



Necessità di investire di più e meglio sull'educazione terapeutica per migliorare i risultati dell'assistenza

## Conclusioni (1)

---

- ✓ La prevalenza di diabete è fortemente aumentata negli ultimi anni
- ✓ Stili di vita scorretti, il peggioramento della condizione socio-economica e l'aumento dell'età media stanno determinando un continuo acuirsi del problema
- ✓ L'aumento dei casi da trattare e la riduzione delle risorse sanitarie minano la sostenibilità del sistema

## Conclusioni (2)

---

- ✓ E' 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



# CONCLUSIONE

C'è un solo modo per affrontare in futuro la “pandemia diabete” senza portare al collasso i conti della sanità:

**MIGLIORARE LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA**

Grazie per l'attenzione

Ilidio Meloncelli