

Paziente diabetico con complicanze oculari: il Progetto Domino

Premessa

La sicurezza delle cure, come recentemente affermato dalla Legge 24/2017, è parte costitutiva del diritto alla salute ed è ricercata nell'interesse dell'individuo e della collettività. Il raggiungimento di tale obiettivo, nella prospettiva del Legislatore, non può dunque prescindere da una corretta gestione del rischio clinico, anche attraverso l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

Nell'ambito del complesso e articolato percorso di cura del paziente diabetico, la retinopatia e le sue complicanze, quali l'edema maculare, possono colpire soggetti appartenenti a qualsiasi fascia d'età, causando cecità o gravi deficit del visus, con importanti conseguenze sul piano economico e dell'appropriatezza delle cure.

Il Progetto Domino '*Ottimizzazione ed efficientamento del percorso di cura del paziente diabetico con complicanze oculari*' nasce proprio con la finalità di realizzare una mappatura nazionale delle prassi organizzative e dei percorsi finalizzati alla gestione di questi pazienti, proponendo al contempo delle linee guida organizzativo-gestionali aventi il fine di razionalizzare l'accesso a percorsi strutturati di screening, diagnosi e terapia, in modo tempestivo, appropriato ed equo.

Diabete mellito: emergenza di sanità pubblica

Con 382 milioni di persone colpite in tutto il mondo (secondo le proiezioni dell'OMS tale numero è destinato a raddoppiare entro il 2035), il diabete mellito è considerato una delle pandemie del XXI secolo¹. Nel nostro Paese i diabetici sono circa 3,5 milioni, pari al 5,5% della popolazione. Tra le gravi complicanze di tale patologia, la retinopatia rappresenta la principale causa di cecità negli adulti in età lavorativa, con una prevalenza tra i diabetici del 30% e un'incidenza annuale compresa tra il 2% e il 6%.

I pazienti con retinopatia non sviluppano sintomi fino al raggiungimento di uno stadio avanzato, quando l'edema maculare o il danno proliferativo si sono già affermati, determinando in tal modo rilevanti cali del visus². In presenza di uno screening precoce e sistematico è invece possibile ricorrere precocemente alla fotocoagulazione laser, alle iniezioni intravitreali di glucocorticoidi o ai farmaci antiangiogenetici, tutti trattamenti che si sono dimostrati efficaci nel prevenire la progressione del danno retinico³. Anche per tali motivi la prevenzione della cecità secondaria a diabete rappresenta a pieno diritto una priorità di sanità pubblica.

Sulla base di quanto detto, si può intuire come nella gestione plurispecialistica del paziente diabetico, in assenza di un coordinamento, i singoli professionisti intervengano sul paziente in modo frammentario, focalizzando la loro azione più sul trattamento di singoli aspetti della patologia che sulla gestione del malato nella sua globalità. In assenza di progettualità e coordinamento, il rischio concreto è che si propongano soluzioni contrastanti, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche, condizionanti un aumento della spesa sanitaria e una difficile partecipazione del paziente al processo di cura. Ad esempio, l'elevato costo dei farmaci sopracitati richiede indubbiamente un impegno in termini di programmazione della loro gestione⁴.

Il 'caso' della patologia diabetica è allora più che mai esemplare per la definizione di un percorso strutturato, che consenta una presa in carico protetta del paziente, governata da professionisti che, in caso di necessità, potrebbero effettuare con rapidità diagnosi di aggravamento delle condizioni e attivare l'inizio del trattamento.

Il progetto

Nel corso del biennio 2015/2016 ANMDO, in collaborazione con SIFACT (Società Italiana di Farmacia Clinica e Terapia), nello specifico contesto della Regione Veneto aveva avviato una indagine preliminare attraverso un questionario somministrato a diabetologi, oculisti, medici di direzione sanitaria e farmacisti ospedalieri, evidenziando come in circa un terzo delle ULSS/

Aziende Ospedaliere non fosse possibile ricostruire la presenza di un percorso strutturato per la gestione del paziente diabetico con complicanze oculari, né esistesse un ambulatorio specificamente dedicato alla problematica.

Partendo dall'evidenza che lo screening per la retinopatia diabetica ha precise caratteristiche di costo-efficacia, era apparso subito chiaro come l'implementazione di un percorso coordinato avrebbe potuto generare importanti risparmi.

Sulla base di questa consapevolezza nel 2017 ha preso dunque vita il Progetto DOMINO, attraverso il quale ANMDO ha deciso di approfondire e consolidare l'esperienza condotta in Veneto, estendendola a tutto il contesto nazionale.

Il Progetto, sviluppato in collaborazione con il CREMS (Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale dell'Università Carlo Cattaneo-LIUC di Castellanza), ha previsto una preliminare mappatura della situazione organizzativa dei contesti ospedalieri nelle Regioni italiane, alla quale ha fatto seguito la valutazione economica dei risultati e l'elaborazione delle indicazioni di buone prassi organizzative.

A tal fine uno specifico Gruppo di lavoro (costituito, tra gli altri, da medici di direzione ospedaliera, esperti in farmaco-economia, in metodologie della stesura di linee guida e in farmacovigilanza) ha valutato le migliori evidenze scientifiche di letteratura, pareri di esperti, linee guida nazionali ed internazionali e raccomandazioni del Ministero della Salute, e ha predisposto e somministrato alle Direzioni Sanitarie un questionario volto a valutare lo stato delle risorse attualmente utilizzate in campo organizzativo per il percorso dei pazienti a rischio.

Caratteristiche peculiari del documento sono anche:

- contenere indicazioni sia di tipo clinico che organizzativo-gestionale;
- fornire sia elementi di contesto attuale, attraverso il questionario alle Direzioni sanitarie, sia indicazioni relative alla traduzione delle raccomandazioni in percorsi concretamente realizzabili;
- essere di supporto nell'identificare priorità di tipo clinico-organizzativo nel progettare eventuali PDTA;
- essere di supporto alla valutazione di efficien-

za e alla corretta allocazione delle risorse per le Direzioni sanitarie ed amministrative.

Venendo alle raccomandazioni gestionali e organizzative elaborate dal Gruppo di lavoro, va sottolineato innanzitutto come la regia del percorso multidisciplinare venga riconosciuta alla Direzione aziendale, capace di garantire le risorse necessarie alla presa in carico degli utenti e, insieme, organizzare i percorsi, monitorandoli attraverso specifici indicatori di processo e di esito. Per quanto riguarda lo screening, senza scendere nello specifico di modi e tempi, è necessario definire accuratamente le attività in capo ai singoli professionisti coinvolti (specialista diabetologo, oculista, MMG, servizio di prevenzione e pediatra di libera scelta). Il programma di screening deve raggiungere tutta la popolazione diabetica che ancora non ha manifestato alcuna complicanza oculare, nella fase più precoce possibile della patologia. Devono essere inoltre definiti con chiarezza la periodicità e i responsabili dell'esecuzione dei test. Di particolare importanza il tema della presa in carico, possibile solo con il presupposto di una collaborazione attiva tra specialisti e tra ospedale e territorio, tra le strutture che si occupano di screening e quelle deputate alla terapia delle complicanze oculari, all'interno di un percorso formalizzato.

A cura della Segreteria Scientifica ANMDO

Ida Mura e Benedetto Arru, Alberto Appicciafuoco, Michele Chittaro, Karl Kob, Gianfranco Finzi, Ottavio Nicastro, Gabriele Pelissero, Franco Ripa, Roberta Siliquini

BIBLIOGRAFIA

1. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H: Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047-1053.
2. Yau JWY, Rogers SL, Kawasaki R et al: Global prevalence and major risk factors of diabetic retinopathy. *Diabetes Care* 2012; 35: 556-564.
3. Foglia E, Ferrario L, Bandello F et al: Diabetic macular edema, innovative technologies and economic impact: new opportunities for the Lombardy Region healthcare system? *Acta Ophthalmologica* 2017; doi: 10.1111/aos.13620
4. Disotero O, Grimaldi F, Papini E et al: State-of-the-art review on diabetes care in Italy. *Ann Glob Health* 2015; 81: 803-813.