

La gestione del soggetto lavoratore diabetico: difficoltà attuali e opportunità future alla luce dei nuovi progetti riservati ai pazienti cronici

GABRIELE BANCHINI, ALFONSO SANTELIA

GPs affiliated with ATS City of Milan, Cooperativa Milano Persona for cure of chronic patients, SNAMID (Società Nazionale Medica Interdisciplinare Cure Primarie- Interdisciplinary National Medical Society Primary Care); AMMD (Associazione Medici Milano Duomo)

KEY WORDS: Diabetes

PAROLE CHIAVE: Diabete

SUMMARY

«Managing people with diabetes in the workplace: current difficulties and future opportunities in the light of new projects for chronic patients». Diabetes is growing rapidly in Italy as well as in much of the world. In addition to representing a health emergency, it involves a great deal of difficulty for patients who require close diagnostic and therapeutic control. Greater difficulties still are observed in workers with diabetes: the pathology itself sometimes becomes the object of discrimination when employed, and often work commitments are an important obstacle to the correct carrying out of regular diagnostic procedures and checks for monitoring the disease. Starting from 2020, as part of a project for the management of chronic patients by the Lombardy Region, a better organization of the diagnostic and therapeutic path of the diabetic subject is expected, managed in a more interactive way by the General Practitioner and the specialists, leading to a rationalization of costs, more accurate diagnostics and time savings for patients.

RIASSUNTO

La patologia diabetica è in grande crescita in Italia così come in buona parte del mondo. Oltre a rappresentare un'emergenza sanitaria, comporta una grande quantità di difficoltà ai pazienti che necessitano di stretto controllo diagnostico e terapeutico. Maggiori difficoltà ancora si osservano nei pazienti diabetici attivi dal punto di vista lavorativo: la patologia stessa a volte diventa oggetto di discriminazione all'atto dell'assunzione al lavoro e spesso gli impegni lavorativi sono un importante ostacolo alla corretta effettuazione di procedure diagnostiche e di visite atte a monitorare la patologia. A partire dal 2020, nell'ambito di un progetto di gestione dei pazienti cronici da parte della Regione Lombardia, si prevede una migliore organizzazione del percorso diagnostico e terapeutico del soggetto diabetico, gestito in maniera maggiormente interattiva dal Medico di Medicina Generale e dagli specialisti potendo portare a una razionalizzazione delle spese, una diagnostica più accurata e un notevole risparmio di tempo per i pazienti.

Secondo i dati ARNO del 2019 le persone con diabete in Italia hanno superato i 4 milioni, il 6,2% dell'intera popolazione, mentre nel 1980 tali patologie coinvolgeva appena il 2,9% della popolazione. In prevalenza si tratta di soggetti con diabete mellito di tipo 2 (90%), che insorge soprattutto in età matura e tale percentuale è perciò destinata ad aumentare, anche solo per effetto dell'aumento della vita media della popolazione.

Per ogni diabetico lo Stato stanZIA mediamente 4.000 euro all'anno, per un totale di circa 16 miliardi di euro, ovvero il 15% del Fondo Sanitario Nazionale.

Non a torto la lotta al diabete è considerata una delle tre emergenze sanitarie mondiali: in Europa circa 60 milioni di persone sono colpite da questa patologia con un tasso in continua crescita, superando già il 10-12% in alcune Nazioni. L'Italia si attesta lungo la media europea, sia nella popolazione in toto (dai 15 anni in su) che nella sola popolazione over 65, nonostante la nostra nazione sia quella con il maggior numero di anziani.

Il diabete è una patologia che interessa tutte le aree geografiche e le persone di tutte le età, ma ad essere più svantaggiati sono il centro-sud e la componente femminile, considerata la elevata percentuale di anziani: la maggiore diffusione si evidenzia in Calabria, Basilicata, Sicilia, Campania, Puglia, Abruzzo, Umbria e Lazio; mentre i tassi più bassi si hanno nel Trentino-Alto Adige, in Liguria e Valle d'Aosta.

Ad essere più colpite sono le classi economicamente e socialmente più svantaggiate.

Il diabete riduce l'aspettativa di vita di 5-10 anni e ne pregiudica anche la qualità; il danno vascolare provocato dal diabete rappresenta la principale causa di cecità.

Ogni medico di famiglia ha mediamente in cura più di un centinaio di diabetici (fra 80 e 150 persone), che vanno da lui a farsi visitare con una frequenza di 8-15 volte l'anno.

Il diabetico si trova ad affrontare nel mondo del lavoro diversi problemi:

1) **Stress**: attualmente le condizioni di lavoro sono nettamente migliorate sia in termini di entità della fatica sia in termini di grado di rischio fisico e/o chimico, ma sono aumentate le occasioni di stress

legate ai lavori a turni e/o notturni; lo stress psichico è legato alla personalità del soggetto, al suo adattamento al lavoro o all'ambiente: c'è chi per evitare lo stress legato al lavoro può tardare l'ingresso in ufficio in modo da evitare il traffico mattutino soprattutto nelle grandi città. Ad aumentare lo stress contribuiscono altri fattori come l'apprensione continua per la rincorsa al successo e al lavoro dirigenziale, fattori che possono determinare un certo livello di ansia che può riflettersi sulla glicemia senza considerare come ad un aumento dell'attività lavorativa possa correlarsi una diminuzione dell'attività fisica. Infine, anche lavori che richiedono una concentrazione continua e prolungata possono essere fattori di stress lavorativo che influiscono sulla glicemia.

2) **Attività e sforzi fisici**: questo fattore può causare ipoglicemie nel caso di lavori ove è richiesto uno sforzo fisico notevole (lavaggi a mano delle auto, movimentazione carichi, etc.), oppure iperglicemie nel caso di lavori sedentari (impiegati, rappresentanti di commercio, ecc.).

3) **Alimentazione**: per questo fattore sussistono problemi legati alla mensa aziendale dove quasi mai sono previste pietanze dedicate al diabetico.

4) **Rispetto degli orari del pasto**: il problema è marcato nel caso di alcune categorie lavorative, ad esempio gli insegnanti, i cuochi, i baristi e i camerieri.

5) **Trasferta**: questo fattore riguarda i rappresentanti di commercio o i funzionari pubblici o privati che per ragioni di lavoro siano costretti a spostarsi sul territorio nazionale e straniero per le ragioni già sopra dette.

Inoltre, non bisogna dimenticare alcune condizioni di ridotta attitudine al lavoro che differenziano i soggetti diabetici dalla restante popolazione e riguardano:

1) *Guida professionale*.

2) *Lavori ad altezza dal suolo*: il problema riguarda principalmente le crisi ipoglicemiche che potrebbero far precipitare il lavoratore al suolo.

3) *Rotazione su turni*: risulta pregiudicato l'equilibrio glicemico non venendo mai rispettati gli orari dei pasti.

4) *Lavoro notturno*: uno studio (pubblicato dall'Harvard School of Public Health) ha dimostrato che chi fa il turno di notte ha una possibilità di

ammalarsi doppia rispetto agli occupati di giorno. Lavorare di notte, quindi, è un importante fattore di rischio per la salute e può provocare o peggiorare diabete e obesità. L'indagine prende in esame due gruppi di donne, rivelando che quelle di loro impiegate durante le ore notturne (almeno tre volte al mese) hanno una possibilità di ammalarsi di diabete due volte maggiore rispetto agli occupati di giorno.

Basterebbero già questi primi numeri a far comprendere quanto sia centrale il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) nella cura e nella gestione del diabete. Un'interessante indagine condotta nel 2006 dalla Società Italiana di Medicina Generale e dall'istituto di ricerca Health Search, ha cercato allora di capire come e con quali risultati i MMG seguano i loro assistiti diabetici. Lo studio, basato su dati del 2005 e realizzato su un campione di oltre 602.000 pazienti sopra i 14 anni seguiti da 400 medici, ha individuato una percentuale di 5,59% diabetici (pari a oltre 33.600 persone), un quarto dei quali concentrati nelle regioni nord-occidentali (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e Lombardia). L'analisi ha messo in evidenza le caratteristiche tipiche dei pazienti seguiti dal medico di famiglia, per lo più quelli le cui condizioni generali presentano minori difficoltà di gestione e pertanto comportano una minore necessità di fare ricorso allo specialista. Infatti, tra chi è in carico al medico di Medicina Generale, il 42% segue soltanto una terapia dietetica, una percentuale molto più alta di quella riferita all'insieme della popolazione diabetica; specularmente, molto più bassa del dato medio, sotto il 10%, è la quota degli insulino-trattati (il 6% circa con il solo ormone, il 4% con insulina in associazione con farmaci), il 48% è invece in cura con ipoglicemizzanti orali e altri medicinali specifici. Quasi tutti sono diabetici di tipo 2 e prevale decisamente la categoria dei sovrappeso: il 43,59% sono obesi e il 39,6% ha chili in eccesso. Soltanto il 17% rimane nella normalità. Un 18% fuma: è un valore inferiore alle percentuali relative alla popolazione generale (23% circa), ma bisogna ricordare che per un diabetico le sigarette costituiscono un fattore di rischio in più.

Nonostante i numerosi interventi legislativi e l'impegno civico profuso dallo Stato, non si è però ancora giunti ad una reale presa in carico della per-

sona diabetica in tutte le regioni, con differenze nette tra di loro.

L'Associazione Cittadinanzattiva tra l'ottobre 2016 ed il marzo 2017, utilizzando una piattaforma online, ha svolto in Italia un'indagine sul diabete, riuscendo a coinvolgere 4-927 diabetici e 245 sanitari e le istituzioni sanitarie regionali di 15 regioni (Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Veneto); la Regione maggiormente rappresentata è stata la Lombardia (19,3%), seguita dal Veneto (9,5%), dal Lazio (9,4%) e dalla Toscana (8,2%).

I circa cinquemila diabetici partecipanti all'indagine erano in maggioranza uomini (58,4%), mentre l'età variava:

00 - 19 anni	17,5%
20 - 39 anni	20,8%
40 - 64 anni	41,8%
65 - 74 anni	13,4%
75 - 85 anni	06,5%

La situazione si capovolge, invece, per ciò che concerne i 245 professionisti sanitari, che sono in maggioranza donne (65%) con un'età compresa tra i 45 ed i 65 anni; per quanto attiene, invece, la professione esercitata si tratta soprattutto di diabetologi/endocrinologi (39,3%) ed infermieri (36,8%), mentre i MMG sono al terzo posto (7,6%).

La prima domanda a cui hanno risposto gli intervistati è quale sia la figura di riferimento nella gestione del diabete e la stragrande maggioranza degli intervistati l'ha individuata nel proprio diabetologo (81,7%) e nel diabetologo pediatrico (14,1%).

L'unico problema sollevato riguardava la carenza nei servizi, soprattutto per quanto riguarda l'impossibilità di avere sia un unico specialista di riferimento che un accesso senza appuntamento, ma soprattutto una tempistica spropositata per ottenere un appuntamento.

Altra figura di riferimento, ma con una ben differente percentuale di scelta (14,2%), è il MMG. Vi è infine una percentuale, seppur minima, di diabetici che si cura da solo (1%), rivolgendosi a stampa e siti web (0,2%).

Per quanto concerne la frequenza di visite del diabetologo, la maggioranza dei diabetici si fa visitare

da tre a cinque volte in un anno (27,8%) e il 13,8% anche oltre cinque.

Per quanto riguarda il MMG o il Pediatra di Libera Scelta (PLS), la maggioranza dei diabetici non fa riferimento a lui per la cura del diabete (29,8%), mentre chi lo fa si fa visitare sempre da tre a cinque volte l'anno (15,1%).

In realtà, a nostro parere, la percentuale di visite reali è quella indicata dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), per un semplice motivo: tutti i MMG segnano sul pc le visite effettuate ed hanno software costantemente (ed obbligatoriamente) aggiornati, mentre gli specialisti no; inoltre, i diabetici non considerano che quando si recano dal proprio MMG per un problema non diabetologico finiscono sempre per discutere con lui anche del diabete!

Sin dal Piano Nazionale Diabete, approvato nel 2012, si sottolineava l'importanza dell'integrazione fra le cure primarie e la medicina specialistica, ma si segnalava in un passaggio del piano stesso che "solo il 29% dei centri diabetologici dichiara di aver adottato dei modelli di integrazione/comunicazione con i MMG".

Secondo i diabetici l'integrazione fra la medicina di famiglia e quella specialistica non esiste. Infatti, il 62,8% degli intervistati ha affermato di "dover fare da tramite tra MMG e Specialista" e solo nel 5,7% dei casi esisteva una procedura codificata di comunicazione tra di loro. Leggermente più ottimista è invece la visione degli specialisti, secondo i quali esisterebbe un sistema di comunicazione codificato nel 19% dei casi, ma verrebbe attivato solo in base alle necessità (55%).

In base alla nostra esperienza di MMG al momento attuale non esiste ancora una procedura codificata di comunicazione ed integrazione tra MMG e Specialista, per il resto si comunica solo per particolari situazioni cliniche e quasi sempre a far da tramite è il diabetico od i suoi familiari.

Un punto dolente è quindi allo stato attuale la mancata necessaria integrazione tra ospedale e territorio (Lombardia esclusa, come si vedrà dopo), con l'adozione di un sistema assistenziale multidisciplinare con la definizione dei rispettivi compiti e delle modalità di integrazione; basta pensare che attualmente tali equipe sono solo "ospedaliere": in esse la

figura maggiormente presente è ovviamente il diabetologo (81,7%), l'infermiere è presente nel 43,2% dei casi e quello specializzato nel 35,8 ma non vi è un solo MMG. Una figura importante come il dietista, invece, è presente solo in un nel 30% e l'oculista nel 15%!

In tutto questo l'organizzazione dei servizi sanitari regionali non aiuta, a cominciare da chi sta cercando di ottenere una diagnosi. C'è chi ha atteso oltre un anno per la prima visita diabetologica ed un anno e mezzo per quella endocrinologica, c'è chi rinuncia ad effettuare i controlli attraverso il servizio pubblico per le attese troppo lunghe e preferisce farsi seguire privatamente.

Un altro dato di cui si deve tenere conto è quello relativo ai PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale); se solamente il 12% dei pazienti dichiara di essere inserito in un percorso, tale percentuale sale notevolmente quando la stessa domanda viene posta ai professionisti sanitari che dichiarano che il 43,2% dei propri pazienti è inserito in un PDTA. C'è da dire che dove il Percorso esiste davvero (solo Regione Lombardia) e non è solo un atto formale, gli effetti sono estremamente positivi, come il maggiore controllo della malattia, a cominciare dai livelli di glicemia, continuando con un migliore controllo del peso corporeo (16,4%), fino ad una maggiore continuità delle cure e migliore organizzazione: controlli effettuati tutti in un solo giorno, possibilità di parlare sempre con lo stesso diabetologo, una migliore qualità di vita.

Il diabete interessa non solo come concezione biologica di malattia, ma soprattutto sotto l'aspetto economico-sociale, perché spesso crea problemi sulla prognosi lavorativa.

Diverse ricerche hanno dimostrato che agenti occupazionali sono direttamente coinvolti nella patogenesi del diabete mellito. Alcune caratteristiche lavorative rivestono un ruolo importante nell'insorgenza e/o nelle complicanze del diabete mellito: per tali motivi il diabete si può considerare una patologia lavoro-correlata. I diabetici sono nelle condizioni fisiche e psichiche di praticare qualsiasi lavoro. Il lavoro, in particolare nel diabete di tipo 2, può essere un fattore causale o aggravante della patologia in seguito a fattori di rischio psicosociali (stress), per sforzi fisici eccessivi, per lavori notturni, per sedentarietà

ma anche per essere a contatto con agenti fisici quali esposizione ad agenti chimici, sbalzi termici, rumore intenso, disbarismi (a tal proposito è interessante notare come in una città come Milano, in cui vi sono svariati cantieri per la costruzione di più linee metropolitane sotterranee, siano in funzione numerosi "cassoni iperbarici" ed impianti iperbarici di soccorso, il problema è che non è affatto certo che gli operai che lavorano in tali cassoni siano stati ritenuti o meno idonei all'ambiente iperbarico, ambiente che, alla pari di quello subacqueo con cui condivide le stesse identiche leggi sia fisiche che antinfortunistiche, vieta tale attività a chi sia diabetico...).

Secondo un'indagine statistica, il 35% dei giovani diabetici ha avuto difficoltà al momento dell'assunzione in un posto di lavoro, mentre il 34% dei datori di lavoro non ha neppure preso in considerazione l'assunzione di chi è affetto da diabete. Si tratta di difficoltà e discriminazioni ingiustificate. In teoria non esisterebbe ostruzionismo da parte dei datori di lavoro ad assumere un lavoratore diabetico, tuttavia di fondo sussistono dei timori che il soggetto diabetico si ammali più facilmente con la conseguenza che in molti casi viene preferito il non diabetico proprio nella convinzione che costui non possa accampare giustificazioni di salute per chiedere un giorno di riposo o l'interruzione del lavoro per praticarsi l'iniezione di insulina o fare lo spuntino e così via.

Comunque, il problema che più complica la vita ai diabetici lavoratori è il dover impegnare un buona dose di tempo (e quindi chiedere e soprattutto ottenere ore di permesso) per sottoporsi ad esami e visite specialistiche.

Da questo punto di vista la scelta della Regione Lombardia sulla presa in carico dei pazienti cronici da parte dei MMG (riuniti in cooperative all'uopo costituite) è senza dubbio un importante passo avanti.

Basti pensare che i diabetici lavoratori hanno adesso a disposizione (come tutti gli altri pazienti cronici) dei centri di prenotazione telefonici (che fanno capo alle succitate cooperative di MMG) dedicati che provvederanno a prenotare esami e visite per loro; sia le ASST che le strutture sanitarie private convenzionate si sono accordate con l'Assessorato alla Salute per concedere alcuni slot riser-

vati per i pazienti cronici con precedenza su tutti gli altri assistiti! Inoltre, proprio in questi giorni, la Regione Lombardia sta redigendo il protocollo che consentirà a sanitari esperti, di eseguire nei confronti degli assistiti cronici (diabetici lavoratori inclusi) tutta una serie di esami sia in erogazione diretta, sia utilizzando la telemedicina, direttamente negli studi dei propri MMG ovviamente senza alcun aggravio di costi.

L'elenco di tali prestazioni è estremamente interessante: un panel di esami ematochimici tarato per i diabetici, fundus oculi, monitoraggio pressorio 24h, elettrocardiogramma, spirometria, ecografia addome completa, ecocolordoppler tronchi sovra-aortici, ecocolordoppler arterioso e venoso arti inferiori. Questo significa che i lavoratori diabetici in una sola mattinata o pomeriggio potranno d'ora in poi fare tutti gli esami necessari al monitoraggio della propria patologia.

Per quanto concerne la condivisione tra specialisti e MMG della gestione dei diabetici lavoratori, quest'ultima è pesantemente spinta dalla Regione Lombardia: i MMG hanno infatti avuto il compito di redigere i PAI (Piani Assistenziali Individuali per assistiti cronici); gli specialisti non possono più modificarli senza prima interfacciarsi con i MMG. Ciò porterà all'eliminazione di doppioni di esami con conseguente risparmio sia economico che di tempo, cosa che invece attualmente accade specie se un diabetico (lavoratore e non) soffre di un'altra patologia cardiovascolare o respiratoria (entrambi gli specialisti prescrivono esami quasi sempre uguali ma in diversi periodi dell'anno).

Per chiudere il circolo bisogna citare i PRESST (Presidi Socio Sanitari Territoriali) che sempre in questi giorni sono in fase di partenza in Lombardia, si tratta di Poliambulatori di Specialisti e MMG operanti in strutture ospedaliere o poliambulatori polispecialistici; l'accesso a questi PRESST sarà riservato solo ai pazienti cronici (quindi anche diabetici lavoratori), in essi oltre agli esami sopradescritti si potranno effettuare anche le visite specialistiche, con ulteriore risparmio di tempo per gli utenti.

GLI AUTORI NON HANNO DICHIARATO ALCUN POTENZIALE CONFLITTO DI INTERESSE IN RELAZIONE ALLE MATERIE TRATTATE NELL'ARTICOLO

BIBLIOGRAFIA

1. AA. VV. (Redazione): Diabete e il lavoro / diabetescore.it / 2019
2. AA. VV.: Il Diabete in Italia - Anni 2000-2016 / 01-22 / ISTAT - Statistiche Report / 2017
3. Bonora Enzo, Sesti Giorgio et al: Il Diabete in Italia / S.I.D. / 2016
4. Coggiola Maurizio: Le problematiche connesse all'attività lavorativa del soggetto diabetico / Coggiola / Atti del Convegno di Parma 2012.06.15 / 01-39 / 2012
5. Giunta Regionale della Regione Lombardia: 8 D.G.R. X / 1863 / 2019
6. Giunta Regionale della Regione Lombardia: 6 D.G.R. X / 412 / 2018
7. Giunta Regionale della Regione Lombardia: D.G.R. X / 4702 / 2015
8. Giunta Regionale della Regione Lombardia: 2 D.G.R. X / 6164 / 2015
9. Giunta Regionale della Regione Lombardia: 3 D.G.R. X / 6551 / 2015
10. Giunta Regionale della Regione Lombardia: 4 D.G.R. X / 7038 / 2015
11. Giunta Regionale della Regione Lombardia: 7 D.G.R. X / 754 / 2018
12. Giunta Regionale della Regione Lombardia: 5 D.G.R. X / 7655 / 2015
13. Giusti Angela, & Maggini Marina, & Raschetti Roberto: - Guida Metodologica per i Formatori "La gestione integrata del diabete: obiettivi e organizzazione". Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie - Progetto IGEA - Istituto Superiore di Sanità / Il Pensiero Scientifico Editore / 2009
14. Giusti Angela, Maggini Marina, Raschetti Roberto: 11 IGEA: dal Progetto al Sistema - L'integrazione delle cure per le persone con malattie croniche / Atti del Convegno di Roma 2014.03.25 / I.S.S. / 2014
15. Giusti Angela, Maggini Marina, Raschetti Roberto: 14 Il Sistema IGEA / EPICENTRO I.S.S. - Il Portale dell'Epidemiologia per la Sanità Pubblica / 2019
16. Pan AN, Schernhammer Eva S., Sun QI, Hu Frank B: Rotating night shift work and risk of type 2 diabetes: two prospective cohort studies in women. Plos Medicine 6/12/2011. <https://doi.org/10.1371/journal/Pmed.1001141>
17. AA.VV: Osservatorio ARNO Diabete. Rapporto 2019, Volume XXXI - Collana Rapporti ARNO