

una scelta di equità e di appropriata allocazione di risorse

Romani G*, Manicardi V^o, Greci M*, Pignatti F*, Storani S*, Ballotari P[^], Giorgi Rossi P[^], Pellati M*, Pinotti M*, Marchesi C⁺

^o Coordinamento Diabetologia AUSL Reggio E. ^{*}Dipartimento Cure Primarie, AUSL Reggio E.

[^] Servizio di Epidemiologia, AUSL Reggio E. ⁺ Direttore Sanitario AUSL Reggio E.

Introduzione

La patologia diabetica è una delle malattie croniche a maggior impatto socio-assistenziale: è in continua crescita in Italia e a Reggio Emilia ha una prevalenza salita dal 4,9 al 6,2% in 5 anni (32633 pazienti nel 2015). Il diabete ha un alto carico assistenziale con alti costi sanitari (7-10% dei fondi dei sistemi sanitari in Europa) ed ha una maggiore prevalenza tra i migranti (nel 2014: 5,9 Italiani vs 7,2 % Migranti).

Dal 2000 presso l'Azienda AUSL di Reggio Emilia è attiva la gestione integrata (GI) tra Medico di Medicina Generale (MMG), medico diabetologo (SD), e personale infermieristico e sanitario. Dall'anno in corso è inoltre attivo un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) sul diabete come strumento per identificare precocemente i pazienti a rischio, migliorare l'efficacia delle cure per ridurre le complicanze croniche della malattia, le ospedalizzazioni e di conseguenza la qualità di vita dei pazienti

Metodi

Il PDTA attuale prevede una stratificazione del rischio dei pazienti con diabete in base ai seguenti fattori: grado di compenso metabolico, sua stabilità, presenza o meno di complicanze croniche e complessità socio-assistenziale. In base a tale analisi del rischio, il paziente è assegnato al setting assistenziale più idoneo (GI o SD). In seguito si procede ad un monitoraggio più o meno intensivo secondo steps temporali definiti dalle LG nazionali (*Standard di Cura Italiani per il Diabete, AMD-SID, 2016*) e regionali sulla GI del DT2, che garantiscono un uso appropriato delle risorse, evitando sia over che under treatment.

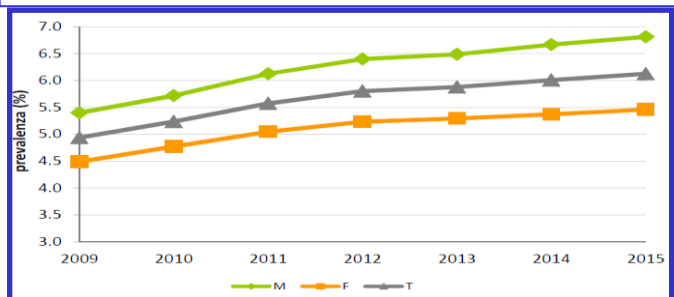
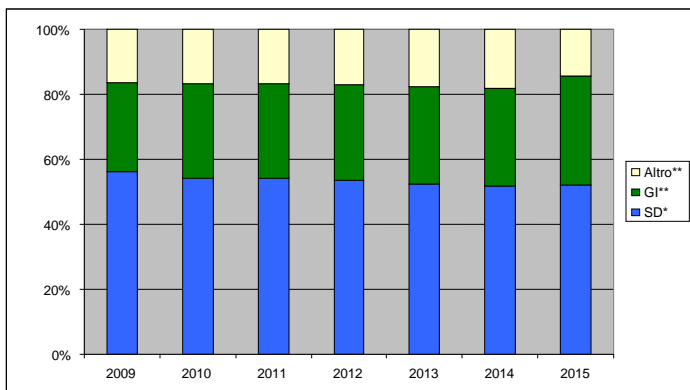
Una delle innovazioni del PDTA consiste nell'organizzare per tutti i pazienti di nuova diagnosi un percorso di almeno 2 incontri di educazione terapeutica strutturata di gruppo, presso il SD, a cura di infermieri e dietisti, per accrescere l'empowerment del paziente, con l'utilizzo di materiale educativo validato e condiviso (Conversation maps) da parte dell'IDF (*Intern Diabetes Federation*). Il PDTA si attie alla campagna choosing wisely Italia-slow medicine-AMD (associazione medici diabetologi) sulle 5 pratiche a rischio inappropriatezza. Il PDTA è stato discusso e condiviso con tutti gli operatori sanitari coinvolti (MMG, infermieri della Case della salute che gestiscono le cronicità, infermieri e specialisti Diabetologi dei SD) e con le associazioni dei pazienti. Il PDTA prevede una formazione continua per il personale sanitario coinvolto e la raccolta annuale di indicatori di processo e di esito intermedio che permetteranno di valutare il livello di adesione al percorso stesso.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SD*	56,1	54	54	53,4	52,5	51,8	52
GI**	27,5	29,2	29,2	29,5	29,9	29,9	33,5
Altro*	16,4	16,8	16,8	17,1	17,6	18,3	14,5

*Follow Up Esclusivo del SD

** Gestione Integrata (SD-MMG)

***non inseriti in un percorso strutturato



Risultati : Le persone con diabete tipo 2 in carico ai Servizi di Diabetologia e a cui si applica il PDTA, al 31/12/2016 sono 25202 , 54,6% M e 45,4% F, di età media di 64 a.: 11758 (pari al 29,9%) sono inserite nel percorso di Gestione integrata con il MMG, in base ai criteri di stabilità del compenso metabolico (HbA1c <= 7% 53 mmol/L, se l'età è < 75 a., o <=8 % se l'età è =>75 anni) e all'assenza di complicanze croniche instabili e non assunzione di insulina rapida, mentre 4.231 DT2 (pari al 14,3%) non sono inseriti in un percorso strutturato.

I pazienti in GI presentano una HbA1c media di 6,9 +/-0,9 % , mentre quelli in carico al Servizio di Diabetologia hanno una HbA1c media di 7,1 +/- 1,1%. I dati del registro diabete di Reggio Emilia (attivo dal 2009) dimostrano che gli assistiti inseriti in un percorso strutturato (GI o SD) sono più monitorati (almeno una emoglobina glicata/anno nel 73,7% vs 48% dei casi, almeno un ECG/ogni 2 anni: 84,0% vs 46,2%), hanno meno ricoveri (tasso standardizzato di ricovero: 215 vs 397 (x1.000)), e hanno mortalità inferiore (tasso standardizzato di mortalità: 37 vs 57 (x1.000)).

Conclusioni : La Gestione Integrata del Diabete Tipo 2 tra MMG e SD costituisce un modello assistenziale per questa malattia cronica, che consente diagnosi precoce, appropriato monitoraggio delle persone con Diabete, e di riallocare le risorse in modo efficace, stratificando i pazienti in base alla complessità clinica e assistenziale.

