



# ISTISAN CONGRESSI 14|C1

ISSN: 0393-5620 (cartaceo) • 2384-857X (online)

Il Convegno

## **IGEA: dal progetto al sistema. L'integrazione delle cure per le persone con malattie croniche**

Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 25 marzo 2014

### **RIASSUNTI**

A cura di  
F. Lombardo e P. Ruggeri





**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

**Il Convegno**

**IGEA: dal progetto al sistema.  
L'integrazione delle cure per le persone  
con malattie croniche**

Istituto Superiore di Sanità  
Roma, 25 marzo 2014

**RIASSUNTI**

A cura di  
Flavia Lombardo e Paola Ruggeri

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*

ISSN 0393-5620 (cartaceo) • 2384-857X (online)  
**ISTISAN Congressi**  
**14/C1**

Istituto Superiore di Sanità

**II Convegno. IGEA: dal progetto al sistema. L'integrazione delle cure per le persone con malattie croniche. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 25 marzo 2014. Riassunti.**

A cura di Flavia Lombardo e Paola Ruggeri

2014, vii, 55 p. ISTISAN Congressi 14/C1

Nel presente volume sono riportati i riassunti dei lavori che saranno presentati, come relazioni orali o poster, durante il II convegno dedicato al Sistema IGEA. Il convegno è dedicato alla presentazione e discussione dei modelli organizzativi orientati al miglioramento della qualità dell'assistenza per le persone con malattie croniche. Verranno presentate alcune esperienze in corso nelle Regioni italiane e si discuterà di modalità organizzative, operative e di governance, di strumenti tecnologici adottati e della possibile riproposizione delle esperienze di successo.

*Parole chiave:* IGEA, Malattie croniche, Modelli organizzativi, Chronic care model.

Istituto Superiore di Sanità

**2<sup>nd</sup> Congress. IGEA: integrated model of care for people with chronic diseases. Istituto Superiore di Sanità. Rome, March 25, 2014. Abstract book.**

Edited by Flavia Lombardo and Paola Ruggeri

2014, vii, 55 p. ISTISAN Congressi 14/C1 (in Italian)

This book includes the abstracts that will be presented, as oral presentations or posters, during the 2nd IGEA System congress. The congress is focused on the organizational model to improve the quality of care for people with chronic diseases. Strategies in the Italian Regions will be presented and possible replication and exchange of identified good practices will be discussed. A specific session is dedicated to the discussion of information system to support chronic disease management.

*Key words:* IGEA, Chronic diseases, Organizational model, Chronic care model.

Per informazioni su questo documento scrivere a: [paola.ruggeri@iss.it](mailto:paola.ruggeri@iss.it)

Il rapporto è disponibile online sul sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://www.iss.it)

Citare questo documento come segue:

Lombardo F, Ruggeri P (Ed.). *II Convegno. IGEA: dal progetto al sistema. L'integrazione delle cure per le persone con malattie croniche. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 25 marzo 2014. Riassunti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014 (ISTISAN Congressi 14/C1).

---

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Fabrizio Oleari*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma: n. 119 del 16/5/2014 (cartaceo); n. 120 del 16/5/2014 (online)

Redazione: *Paola De Castro, Egiziana Colletta e Patrizia Mochi*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© Istituto Superiore di Sanità 2014  
Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma



## **INDICE**

<b>Programma .....</b>	<b>iii</b>
<b>Note per la consultazione .....</b>	<b>vi</b>
<b>Comunicazioni e poster .....</b>	<b>1</b>
<b>Indice degli autori .....</b>	<b>53</b>



## PROGRAMMA

### Martedì 25 marzo

- 9.30 Registrazione dei partecipanti
- 10.00 Saluto di benvenuto  
**Fabrizio Oleari**, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità
- 10.15 Presentazione del Convegno  
**M. Maggini, F. Pricci**

### Prima sessione

#### PIANI E REALIZZAZIONI IN ITALIA

*Coordinatori: M. Maggini, R. D'Elia*

- 10.50 *Analisi sistematica della normativa e delle esperienze in Italia*  
**E. Coffano, U. Falcone**
- 11.10 *... in Sicilia*  
**G. Noto**
- 11.30 *... in Liguria*  
**M. Comaschi**
- 11.50 *... in Campania*  
**T. Spinosa**
- 12.10 *... in Piemonte*  
**A. Pizzini**
- 12.30 *... in Puglia*  
**V. Piazzolla**
- 12.50 *Scenari di formazione per gli operatori sanitari*  
**A. Giusti**
- 13.10 Discussione
- 13.30 Pranzo e visione poster

## **Seconda sessione**

### **ACCESSO ALLE CURE**

*Coordinatori: G. Traversa, F. Pricci*

15.00 *Equità nell'accesso alle cure*  
**T. Aceti**

15.20 *Politiche farmaceutiche, nazionali e regionali, e accesso ai farmaci*  
**N. Magrini**

15.40 *Percorsi di cura per il diabete: differenze di genere*  
**V. Manicardi**

## **Terza sessione**

### **REGISTRI E SISTEMA INFORMATIVO**

*Coordinatori: R. Raschetti, F. Lombardo*

16.20 *Il ruolo dei registri nel contesto dei sistemi informativi: il registro diabete*  
**G. Costa**

16.50 *Il sistema informativo per l'integrazione delle cure*  
**A. Rossi Mori, G. Mercurio**

17.10 *La condivisione delle informazioni per il miglioramento della qualità delle cure*  
**C. Giorda**

17.30 *Telemedicina e Gestione integrata in aree decentrate*  
**E. Boglio**

17.45 *Discussione generale*

18.00 *Chiusura del Convegno*



## **NOTE PER LA CONSULTAZIONE**

Il presente lavoro raccoglie tutti gli abstract corrispondenti ai poster che verranno esposti e alle presentazioni orali del II Convegno “IGEA: dal progetto al sistema. L’integrazione delle cure per le persone con malattie croniche”.

Alcuni di questi, che riguardano argomenti di particolare interesse, sono stati scelti per la presentazione orale. Per comodità di consultazione gli abstract sono presentati in ordine alfabetico del primo autore. Alla fine del lavoro è comunque incluso un indice di tutti gli autori di ogni singolo contributo.



**Comunicazioni e poster**



## ESPOSIZIONE A FARMACI INCRETINO-MIMETICI NELL'ASL CN2: UNA POPOLAZIONE A RISCHIO?

Avataneo Maria Margherita  
Azienda Sanitaria Locale CN2, Alba, Cuneo

**Introduzione.** Dalla loro immissione in commercio, i farmaci incretino-mimetici sono stati sottoposti a diverse valutazioni riguardanti la loro sicurezza per pancreatiti, tumori pancreatici, aumento dei casi di angioedema se associati ai farmaci del sistema renina-angiotensina (PRAC *reccommendation on signals* 10 dicembre 2013). Obiettivo del presente lavoro è stata l'analisi dei pazienti in terapia con questa classe di farmaci nell'ASL CN2 e pertanto potenzialmente esposti a tali eventi avversi.

**Metodi.** I dati sono stati estratti dal database delle prescrizioni farmaceutiche in distribuzione convenzionata e distribuzione per conto relativamente ai primi 10 mesi del 2013.

**Risultati.** Nel periodo in studio sono risultati esposti ad antidiabetici non insulinici complessivamente 9.738 pazienti (4.735M, 5.003F, età minore di 40 aa 316, DDD medie per assistito 282,97): di essi 321 a sitagliptin (174F, 147M, età media 66,9 aa), 16 a vildagliptin (8F, 8M, età media 65,2), 44 a saxagliptin (20F, 24M, età media 62,4), 12 ad exenatide (7F, 5M, età media 60,4), 128 a liraglutide (68F, 60M, età media 57,4), 1.883 a repaglinide (839F, 1.023M, età media 74,4), 243 a metformina+sitagliptin (121F, 122M, età media 61,5), 68 a metformina+vildagliptin (32F, 36M, età media 61,1), 6 a metformina+linagliptin (2F, 4M, età media 60,2 aa). I pazienti esposti di età inferiore a 40 aa sono risultati 6 (3M, 3F, min. 26) per sitagliptin, nessuno per vildagliptin, 1 per saxagliptin (F40), 2 (1M, 1F, 39) per exenatide, 7 (4F, 3M, min. 27) per liraglutide, 10 (3F, 7M, min. 33) per repaglinide, 7 (4F, 3M, min. 36) per metformina+sitagliptin, 1 (1F, 38) per metformina+vildagliptin, nessuno per metformina+linagliptin. Le DDD medie per assistito sono risultate: 217,13 per sitagliptin, 152,44 per vildagliptin, 223,17 per saxagliptin 323,64 per exenatide, 287,34 per liraglutide, 258,92 per repaglinide, 216,86 per metformina+sitagliptin, 188,96 per metformina+vildagliptin, 58,60 per metformina+linagliptin.

**Conclusioni.** La prescrizione di farmaci ad alto costo il cui rapporto rischio/beneficio è ancora incerto va attentamente valutata, soprattutto quando questi sono rivolti preferibilmente a popolazioni giovani e con comorbidità. I pazienti con meno di 40 anni, il talora ridotto numero di DDD per paziente (escludendo i nuovi pazienti) ci inducono ad approfondirne le modalità di prescrizione, al fine di garantire il rispetto delle indicazioni approvate, migliorandone l'appropriatezza prescrittiva senza esporre i pazienti ad inutili rischi.

## **BUDGET IMPACT MODEL NELLA SCLEROSI MULTIPLA: ESPERIENZA IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Baldi Eleonora (a), Pesci Ilaria (b), Di Matteo Sergio (c), Bruno Giacomo M. (c), Colombo Giorgio L. (c,d), Caniatti Luisa M. (a), Montanari Enrico (b), Tola Maria Rosaria (a)

(a) *Dipartimento di Neurologia, Ospedale S. Anna, Ferrara*

(b) *Dipartimento di Neurologia, Ospedale Civile di Fidenza, Parma*

(c) *SAVE, Studi Analisi Valutazioni Economiche, Milano*

(d) *Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi, Pavia*

**Introduzione.** La Sclerosi Multipla (SM) è un importante ed invalidante malattia neurologica, che colpisce i giovani adulti con costi molto elevati per il Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Nella Regione Emilia-Romagna è stato eseguito un Percorso regionale di Diagnosi e Terapia (PDT) per la gestione complessiva dei pazienti con SM. Obiettivo di questo studio è stato sviluppare un nuovo software basato sul PDT regionale, al fine di valutare l'impatto dei costi totali relativi al trattamento di pazienti affetti da SM.

**Metodi.** È stato creato un software su piattaforma Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corporation, Redmond, WA), implementato sulla base della PDT della Regione Emilia-Romagna, per calcolare in dettaglio i costi diretti (farmaci, esami di laboratorio, imaging e del personale impiegato), relative alla trattamento dei pazienti affetti da SM. È stato creato un foglio di calcolo per ciascuna terapia disponibile. Il software è in grado di calcolare il costo del trattamento per i paziente inseriti nell'apposito foglio di input in funzione della durata della terapia e in linea con le indicazioni del PDT. L'impatto del modello di budget impact (BIM) è stato convalidato da due centri SM della Regione Emilia-Romagna (Ferrara e Fidenza) attraverso una simulazione di bilancio annuale per il trattamento di pazienti affetti da SM.

**Risultati.** Il costo totale di ogni trattamento comprende i costi dei farmaci, l'occupazione del personale e relative procedure di monitoraggio compresi gli esami di controllo. I risultati dimostrano una sottovalutazione dei costi diretti reali nella gestione del trattamento della SM con una significativa differenza tra i "costi standard" per paziente rispetto ai "costi reali" stimati sulla base di BIM e, sostenuti dalla struttura con differenze che vanno da 970 a 1.981 €.

**Conclusioni.** Il BIM si è rivelato uno strumento utile per i neurologi dei centri SM che hanno l'onere dei costi di monitoraggio e delle decisioni di bilancio. Il BIM utilizzato sul campo, ha mostrato diversi vantaggi: calcola l'impatto dei costi totali in tempo reale, prende in considerazione possibile variabilità del ciclo di trattamento del singolo paziente (pazienti nuovi o persistenti, shift di terapia, interruzioni), assegna il valore corretto per le risorse umane e materiali, è adattabile alle diverse normative regionali (ogni centro/regione può modificare le variabili incluse in accordo con il proprio percorso di cura) infine dà al neurologo informazioni passo-passo relative a tasso di prescrizione per il trattamento dei pazienti afferenti al centro SM.

## DIFFERENZE NELLA PREVALENZA DEL DIABETE, NELL'ADESIONE ALLE CURE E NEL CONTROLLO GLICEMICO TRA ITALIANI ED IMMIGRATI NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

Ballotari Paola (a), Caroli Stefania (a), Chiatamone Ranieri Sofia (b), Greci Marina (a), Manicardi Valeria (a), Giorgi Rossi Paolo (a)

(a) Azienda Sanitaria Locale, Reggio Emilia

(b) Arcispedale S. Maria Nuova, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Reggio Emilia

**Introduzione.** In alcuni Paesi industrializzati si è riscontrata una prevalenza di diabete maggiore negli immigrati rispetto alla popolazione autoctona. Gli obiettivi di questo studio sono: stimare la prevalenza del diabete in base alla cittadinanza e verificare se esistono differenze nell'adesione al percorso di cura e nel controllo glicemico nella Provincia di Reggio Emilia.

**Metodi.** Lo studio utilizza i dati desunti dal registro diabete di Reggio Emilia per il calcolo della prevalenza standardizzata per età al 31/12/2009, considerando la popolazione di età maggiore o uguale a 20 anni. La prevalenza è riportata per gli italiani (autoctoni e cittadini di Paesi a Sviluppo Avanzato - PSA), per i cittadini di Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) nel loro complesso, per i Nord-africani e per i cittadini dei Paesi dell'Asia del Sud nello specifico. Sono stati calcolati gli *Odds Ratio* (OR) aggiustati per età e genere e i relativi intervalli di confidenza al 95% (95% IC) per valutare il rischio degli immigrati rispetto agli italiani di: non essere in carico alla struttura diabetologica (o in modo esaustivo o in gestione integrata); non effettuare almeno un test di emoglobina glicata (HbA1c) nel 2010 e avere un valore di HbA1c  $\geq 9\%$ .

**Risultati.** La prevalenza standardizzata (20+ anni) per gli italiani è 5,98% (N=24.235), per i PFPM 6,53% (N=1.350), per i Nord-africani 8,65% (N=425) e per i cittadini dell'Asia del Sud 8,72% (N=381). I PFPM hanno un maggior rischio di non essere in carico ad una struttura diabetologica (OR=1,20; 95% IC=1,04-1,38). Inoltre hanno un rischio maggiore di non eseguire almeno un test di HbA1c nell'anno (OR=1,72; 95% IC=1,53-1,93), più evidente nei Nord-africani (OR=2,21; 95% IC=1,82-2,70). Tra i diabetici con almeno una misurazione di HbA1c, i PFPM hanno un rischio maggiore di avere un valore  $\geq 9\%$  (OR=2,20; 95% IC=1,84-2,63), più evidente nei cittadini dei Paesi dell'Asia del Sud (OR=2,88; 95% IC=2,18-3,80).

**Conclusioni.** Gli immigrati hanno una prevalenza di diabete maggiore degli italiani, con un'occorrenza più elevata nei cittadini del Nord-Africa e dell'Asia del Sud, come riportato in altri studi. Inoltre la loro adesione al percorso di cura è peggiore così come il controllo glicemico. Tali risultati sottolineano la necessità di porre in essere iniziative *migrant-sensitive* di prevenzione e di gestione della patologia diabetica.

## **OSPEDALE DI COMUNITÀ: UNA ALTERNATIVA AL RICOVERO DEGLI ANZIANI NELL'OSPEDALE PER ACUTI?**

Bocchi Bruno (a), Celendo Maria Teresa (a), Rodelli Paolo Maria (a), Cavalli Paola (a),  
Brambilla Antonio (a)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale, Parma

(b) Servizio Assistenza Distrettuale, Regione Emilia-Romagna, Bologna

**Introduzione.** Il SSN deve affrontare sfide senza precedenti: il progressivo incremento della domanda di servizi conseguente all'aumento del numero di anziani fragili e di persone con malattie croniche e problemi di salute complessi. Fare fronte alla complessità dei bisogni, richiede forte integrazione fra le risorse dei servizi sanitari e fra queste e i servizi sociali: spesso il Medico di Medicina Generale (MMG) si trova ad affrontare episodi di malattia potenzialmente trattabili al domicilio, senonchè, problematiche socio-ambientali costringono a richiedere un ricovero ospedaliero, da considerarsi inappropriato. Analogamente, problematiche sociali spesso impediscono il rientro al domicilio dell'anziano dopo ricovero in acuzie. Da anni la Regione Emilia-Romagna ha avviato una riorganizzazione dei servizi finalizzata all'erogazione di cure sempre più proattive e all'integrazione tra i *setting* di cura. In questo contesto viene istituita (2012) la Casa della Salute (CdS) di San Secondo Parmense, che accoglie i servizi delle Cure Primarie e una sezione di degenza territoriale denominata Ospedale di Comunità (OdC).

**Metodi.** L'OdC, attivato il 21 marzo 2013, comprende 10 posti letto a gestione infermieristica, mentre il MMG ha la responsabilità clinica del paziente che può accedere dal domicilio o dall'Ospedale per acuti. Dieci Comuni con 40.000 persone costituiscono bacino d'utenza dell'OdC.

**Risultati.** Dopo i primi otto mesi il tasso di occupazione è al 90%. Sono stati ricoverati 78 pazienti, in gran parte per scompenso/riacutizzazione di malattia cronica o per recupero funzionale, provenienti dal domicilio nel 87%; il 12% dei casi ha richiesto il trasferimento in acuzie per aggravamento clinico; tra i 53 pazienti ricoverati, che in un precedente studio erano già stati stratificati per il rischio di ospedalizzazione, il 56,6% apparteneva ai gruppi di rischio alto/molto alto; nella popolazione adulta generale, gli stessi gruppi di rischio rappresentano il 10,5% del totale.

**Conclusioni.** Il modello OdC inserito nella CdS può contribuire al passaggio da una medicina reattiva e di attesa, ad una medicina proattiva, alla migliore integrazione tra i *setting* di cura e alla riduzione delle ospedalizzazioni nell'ospedale per acuti.



## TELEMEDICINA E GI DEL PAZIENTE DIABETICO RESIDENTE IN AREE DECENTRATE DELL'ASL CN1

Boglio Elide, Gabellieri Enrico, Bertello Stefania, Menardi Graziella, Pellegrino Angelo, Sbriglia Maria Stella, Oleandri Salvatore Endrio

*Azienda Sanitaria Locale Cuneo 1, Struttura Semplice Dipartimentale di Endocrinologia e Diabetologia, Cuneo*

**Introduzione.** Nell'Azienda Sanitaria Locale Cuneo 1, il Distretto di Dronero (DD) comprende 23 comuni estesi su 872,43 Km<sup>2</sup> di territorio prevalentemente montano a bassa densità abitativa (47 abitanti/km<sup>2</sup>), a ridotta copertura di ambulatori specialistici. Dei 40.802 residenti il 21% ha più di 65 anni e di questi 4.260 (50%) più di 75. L'andamento demografico vede l'incremento della categoria dei grandi anziani. La distribuzione per età rappresenta il maggior predittore del bisogno di salute; pur controllando i dati per l'effetto età, l'arco montano rimane area a rischio elevato di mortalità. La mortalità evitabile colpisce maggiormente i comuni montani e i piccoli centri (12% di tutti i decessi) e le maggiori difficoltà d'accesso ai servizi sono sicuramente da tenere in considerazione. I diabetici stimabili nel DD sono circa 2.000, all'interno delle 11 strutture residenziali su 572 ospiti, 108 presentano diabete (19%). Per essi spesso la gestione del diabete è affidata al medico di medicina generale (MMG), non specificatamente al Diabetologo. Eventuali visite ambulatoriali comportano costi in personale e trasporto. La telemedicina permette di fornire servizi sanitari a distanza.

**Metodi.** Formazione degli operatori coinvolti, condivisione dei dati attraverso il telemonitoraggio, utilizzo della rete dei servizi integrati a livello di Distretto (utilizzo cartella clinica elettronica mediante piattaforma web). Con il telemonitoraggio, il paziente effettua le misurazioni glicemiche a domicilio/struttura; esse vengono trasmesse dal glucometro, via bluetooth, ad un router collegato mediante linea telefonica/adsl ad un cloud che invia i dati al centro diabetologico. Il diabetologo restituisce al paziente o al MMG modifiche terapeutiche, approfondimenti diagnostici o richiesta di consulto ambulatoriale. Per uniformare e integrare il progetto è previsto un dietista (formazione presso le strutture sui corretti stili di vita, riferimento nelle eventuali difficoltà di gestione sul territorio).

**Risultati.** Rendere uniforme ed omogeneo il servizio di diabetologia su tutto il territorio, creare una rete (indicatori: incremento del numero di contatti fra diabetologia e MMG, estensione della cartella clinica elettronica al 100% dei MMG), migliorare la continuità assistenziale (indicatori: riduzione HbA1c, riduzione numero accessi in Pronto Soccorso per ipoglicemie o coma iperosmolare), contenere i costi (riduzione numero di spostamenti/anno per visite specialistiche).

**Conclusioni.** Il servizio di telemedicina permette, nel contesto di una patologia cronica quale il diabete, l'integrazione tra Ospedale e Territorio portando la competenza specialistica al domicilio dell'assistito e mantenendo quest'ultimo al centro del sistema attraverso la figura del MMG e di coprire le necessità di competenze specialistiche e continuità assistenziale in aree carenti.

## VALUTAZIONE DELLA CUSTOMER SATISFACTION IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Brambilla Antonio (a), Stara Rita (b)

(a) Servizio Assistenza Distrettuale, Regione Emilia-Romagna, Bologna

(b) FeDER- Federazione Diabete Emilia-Romagna, Bologna

La Regione Emilia-Romagna ha aderito all'iniziativa della FeDER-Federazione Diabete Emilia-Romagna, in collaborazione con LUMOS, che ha promosso un'indagine conoscitiva tra i cittadini con diabete sui percorsi di cura della malattia, con particolare attenzione all'educazione per l'utilizzo dei dispositivi medici e alla gestione degli stessi. L'orientamento alla centralità e all'autodeterminazione dell'assistito presuppone un approccio assistenziale e un'organizzazione che consideri l'assistito e la sua famiglia protagonisti attivi dei processi assistenziali, dalla programmazione sanitaria alla gestione della malattia. L'obiettivo dell'indagine è stato di rilevare il punto di vista degli utenti sull'uso e la gestione dei dispositivi medici (per esempio, i glucometri per il monitoraggio della glicemia o i microinfusori di insulina), raccogliendo elementi utili per pianificare gli interventi futuri tesi al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dei servizi forniti. La rilevazione è stata effettuata mediante questionario anonimo distribuito presso i Centri Diabetologici territoriali ed ospedalieri delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, con la collaborazione delle associazioni e compilato on line sul sito web della FeDER. Hanno aderito all'indagine 733 persone con diabete e 129 genitori di bambini con diabete. Il 53,6% è portatore di Diabete mellito di tipo 1 e il 45,7% ha un DM tipo 2. Riferisce un buon compenso della malattia l'80,8% dei rispondenti, circa il 30% effettua 4-5 glicemie al giorno, nel 56% dei casi decide la dose di insulina e nel 41% corregge l'iperglicemia in base al valore glicemico, il 13% dei casi, invece, non interviene. Sull'acquisizione dei presidi i soggetti intervistati ritengono, al 73%, che la loro fornitura sia adeguata alle proprie esigenze, la quasi totalità (90,5%) afferma di avere ricevuto educazione e formazione per l'utilizzo dei presidi e di essere stati informati in modo esaustivo (85,3%). Il 17% del campione utilizza microinfusori.

**Conclusioni.** I dati evidenziano una buona soddisfazione dei pazienti relativamente alle informazioni ed all'educazione ricevuta per l'utilizzo e la gestione dei presidi ed altre tecnologie, riferiscono, inoltre un buon compenso della malattia. Solo poco più della metà degli intervistati, però, utilizza l'autocontrollo glicemico per correggere la dose di insulina in base al valore glicemico per cui emerge la necessità di trovare strategie più efficaci per motivare maggiormente i pazienti all'autocontrollo.

## **DAY SERVICE AMBULATORIALE: UNA MODALITÀ INNOVATIVA E TECNOLOGICAMENTE INTEGRATA PER LA GESTIONE DI PAZIENTI DIABETICI COMPLICATI**

Cantù Anna Paola (a), Bossi Antonio Carlo (b), Disoteco Olga (c), Musacchio Nicoletta (d), Orsi Emanuela (e), Rampini Pietro (f), Ruggeri Patrizia (g), Sciangula Luigi (h), Trevisan Roberto (i), Borghi Gabriella (j), Auxilia Francesco (a), Pozza Guido (k)

*(a) Dipartimento Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi, Milano*

*(b) Azienda Ospedaliera Treviglio, Bergamo*

*(c) Azienda Ospedaliera Niguarda, Milano*

*(d) Azienda Ospedaliera ICP, Poliambulatorio Cusano Milanino, Milano*

*(e) IRCCS Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, Milano*

*(f) Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli, Milano*

*(g) Azienda Ospedaliera, Cremona*

*(h) Azienda Ospedaliera Sant'Anna, Como*

*(i) Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti, Bergamo*

*(j) CEFRIEL, Milano*

*(k) IRCCS San Raffaele, Milano*

Il progetto, finanziato dal Ministero della Salute, coinvolge 8 Centri Diabetologici Ospedalieri (CDO) lombardi con l'obiettivo di valutare, attraverso uno studio di fattibilità, come un modello di cura alternativo - il Day Service Ambulatoriale (DSA) - possa contribuire a migliorare la gestione del paziente diabetico, facilitandone l'aderenza terapeutica, e a realizzare percorsi clinici per la gestione a lungo termine delle complicanze. Si intende, inoltre, verificarne l'impatto sulla qualità dell'assistenza sanitaria e sociale, sui costi sanitari e sul miglioramento della qualità della vita del paziente. Il DSA è una modalità di assistenza sanitaria innovativa che prevede l'esecuzione di indagini diagnostiche e visite all'interno di uno specifico percorso diagnostico e terapeutico di cui lo specialista si fa carico direttamente sulla base di un protocollo condiviso. Obiettivi specifici sono valutare: a) l'efficacia del modello di cura proposto, in particolare relativamente alla *compliance*, rispetto al modello di cura ordinario, b) il rapporto costo/efficacia sulla base di criteri standardizzati, c) il livello di soddisfazione percepito dai pazienti e dai professionisti. Questo progetto consente di inserire un "percorso clinico" per i pazienti diabetici nell'ambito del Sistema Informativo regionale (SISS), come un servizio di Electronic Health Record. In questo ambito è prevista la creazione di una "cartella virtuale", il cui contenuto confluisce con dati strutturati sul Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente condiviso tra i diversi attori che collaborano alla gestione del percorso. Lo studio prevede l'arruolamento, in base a criteri di convenienza, di 1.320 pazienti residenti in Lombardia, di età superiore ai 18 anni, affetti da diabete mellito di tipo 2 con complicanze croniche e/o con controllo glicometabolico insufficiente o da diabete mellito di tipo 1. Per i pazienti inseriti nel ramo DSA è prevista annualmente l'effettuazione di visite di controllo almeno quadrimestrali di cui una in modalità DSA. In quest'ultimo caso

è prevista l'erogazione di "pacchetti di prestazioni", con la possibilità per lo specialista diabetologo di scegliere tra un pacchetto base e pacchetti dedicati alle singole complicanze. Tra gli altri pazienti dello stesso ambulatorio, seguiti con modalità di cura tradizionale, verrà selezionato ex-post il gruppo di controllo, con meccanismo casuale. Alla data odierna sono stati predisposti il protocollo, gli strumenti di indagine clinica e gli indicatori di progetto, è in corso di completamento la parte tecnologica e sono stati arruolati 1.102 pazienti di cui 607 con dati già completamente inseriti in rete. Sono iniziate le prime estrazioni di dati per verificarne la qualità.

## **DIMISSIONI DIFFICILI IN PAZIENTI CON COMPLESSITÀ ASSISTENZIALI: NOSTRA ESPERIENZA**

Castagna Alberto (a), Gareri Pietro (a), Lacava Roberto (a), Russo Gaetano (b), Conditto Anna Maria (b), Ruotolo Giovanni (b)

*(a) Azienda Sanitaria Provinciale, Catanzaro*

*(b) Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio, Catanzaro*

Il periodo dopo la dimissione ospedaliera è critico, specialmente in pazienti che richiedono cure complesse come gli anziani. Una risposta è creare programmi di transizione per garantire il coordinamento tra le figure sanitarie e continuità di cure nei trasferimenti tra di diversi luoghi e livelli di cure. Diverse aziende sanitarie hanno elaborato percorsi che facilitano le Dimissioni Protette (DP), tra queste dal 2009 l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro e l'Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio" di Catanzaro. Il percorso della Dimissione Protetta ha l'obiettivo generale di garantire la continuità assistenziale nel percorso domicilio - ospedale - domicilio o servizio territoriale. Il nostro team multiaziendale e multiprofessionale ha effettuato dal gennaio 2009 al 30 settembre 2012 un totale di 621 valutazioni. I dati analizzati evidenziano un progressivo aumento del numero di DP; si osserva infatti un aumento della media di DP/mese, da 10,18 del 2009 al 18,44 del 2012 e il dato risulta statisticamente significativo. L'età dei pazienti valutati è stata di 78,19±12 anni, con un 42% di pazienti di sesso maschile. In totale 18 Reparti hanno inviato una richiesta di DP. Il maggior numero di richieste proveniva dal Reparto di Ortopedia (27,23%), quindi da quello di Geriatria (22,04%), di Medicina Interna (19,45%), di Neurologia (12,48%) e di Neurochirurgia (6,32%). Per quanto riguarda i percorsi assistenziali individuati nel 50,87% si è proposto ricovero in RSA, nel 20,89% l'attivazione dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), nel 20,12% ricovero per Riabilitazione, a seguire altri percorsi. L'analisi dei dati dimostra che è possibile attuare realmente un percorso di DP, che sia garante della continuità assistenziale e che attivi una rete integrata di cure intermedie fra Ospedale e Territorio, promotrice di dialogo e di una possibile cultura della collaborazione, a sostegno di una visione non parcellizzata dell'assistenza. La collaborazione tra l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda Sanitaria Provinciale ha fatto sì che anche in quei casi in cui non vi erano condizioni di accettabilità al domicilio, è stato possibile trovare soluzioni alternative mirate e soddisfacenti per tutte le parti coinvolte.

## **AMBULATORIO INFERMIERISTICO PER LA CRONICITÀ NELLA CASA DELLA SALUTE DI SAN SECONDO**

Cavalli Paola (a), Bocchi Bruno (a), Rodelli Paolo Maria (a), Brambilla Antonio (b)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale, Parma

(b) Servizio Assistenza Distrettuale, Regione Emilia-Romagna, Bologna

**Introduzione.** L'ambulatorio infermieristico, dedicato alle patologie croniche, si trova all'interno della Casa della Salute di San Secondo, di tipologia grande, ed è attivo dal 2011. L'ambulatorio, dal punto di vista logistico, è attiguo e fortemente integrato con la Medicina di Gruppo, la PLS, gli specialisti e gli altri professionisti che si trovano all'interno della CdS. Il modello di riferimento utilizzato nella presa in carico è il *Chronic Care Model*.

**Metodi.** Come previsto dal CCM, adottiamo la presa in carico globale dei bisogni della persona cercando di superare l'ottica prestazionale. La persona entra nell'ambulatorio non da sola, ma vi giunge sempre con la sua storia e il suo vissuto. Altro paradigma del CCM che si utilizza nell'ambulatorio per la cronicità è il modello del *disease management*, con un nuovo approccio ai problemi di salute attraverso "la medicina d'iniziativa" anziché di "medicina d'attesa", attraverso la chiamata proattiva del paziente, questo per evitare le complicanze e una rapida evoluzione della malattia. La persona, una volta segnalata dal MMG, viene "arruolata" in un percorso a gestione integrata. Altro passaggio obbligato del percorso è il *follow-up*, attraverso il coinvolgimento attivo del soggetto nel percorso di cura con l'intervento educativo finalizzato ad aumentare le capacità di autocura del paziente e/o del *caregiver*. Non poteva mancare nella gestione della cronicità anche la partecipazione consapevole del paziente (*empowerment*), finalizzato a riconoscere i segni e i sintomi della riacutizzazione della malattia cronica e di conseguenza ridurre gli accessi impropri al P.S. e le ospedalizzazioni. L'ambulatorio della cronicità è inoltre fortemente integrato con l'Ospedale di Comunità, presente nella CdS, e rappresenta, con questo e l'assistenza domiciliare integrata, il completamento della rete dei servizi territoriali.

**Risultati.** La principale attività svolta all'interno dell'Ambulatorio Infermieristico riguarda, oltre attività di informazione e di educazione, anche la presa in carico delle persone in TAO, affette da ulcere trofiche e percorsi di gestione integrata del diabete tipo 2 e della BPCO. Entrambi i percorsi prevedono il coinvolgimento del MMG, dell'infermiera, dello specialista, del fisioterapista, dell'assistente sociale e di altri professionisti a seconda delle problematiche che vengono rilevate. Questa gestione della cronicità ha permesso l'arruolamento di numerosi pazienti affetti anche da patologie annoverate nelle ACSC; questo ha fatto sì che si siano evitati ricoveri inappropriati e/o re-ospedalizzazioni; inoltre si qualifica e si ottimizza la gestione dei bisogni della persona nella sua globalità, tenendo presente anche la multi morbosità, emergente nella popolazione anziana con conseguente aumento della fragilità.

**Conclusioni.** I nuovi percorsi di gestione integrata promuovono non solo l'integrazione, la formazione e la valorizzazione delle professioni sanitarie, ma attivano e migliorano quello che normalmente viene definito il *self management*, attraverso l'educazione sanitaria e l'informazione.

## DIABETICI DI TIPO 2 E ADESIONE AI PERCORSI DI CURA NEI DIVERSI *SETTING* ASSISTENZIALI NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

Chiatamone Ranieri Sofia (a), Ballotari Paola (b), Caroli Stefania (b), Greci Marina (b), Giorgi Rossi Paolo (b) Manicardi Valeria (b), Riccò Daniela (b)

(a) *Arcispedale S. Maria Nuova, IRCCS, Reggio Emilia*

(b) *Azienda Sanitaria Locale, Reggio Emilia*

**Introduzione.** Le linee guida per la cura del Diabete Mellito tipo 2 (DM2) prevedono che all'esordio della patologia il paziente sia inviato al Centro Diabetologico per valutare se sia eleggibile per la Gestione Integrata (GI) o se le condizioni cliniche siano tali da consigliare una gestione diretta da parte del Servizio di Diabetologia (SD). Gli obiettivi di questo studio sono stimare la distribuzione dei DM2 rispetto ai *setting* assistenziali e verificare se ci siano delle differenze nell'adesione al percorso di cura e negli indicatori di esito intermedio.

**Metodi.** Stima della distribuzione dei DM2 per *setting* assistenziale al 31.12.2010, utilizzando i dati contenuti nel Registro Provinciale Diabete. Calcolo per *setting* assistenziale della percentuale di DM2 senza rilevazione dell'emoglobina glicata (HbA1c) nel 2010, e - per coloro che hanno effettuato il test - stima della prevalenza di pazienti con  $HbA1c \leq 7\%$  e  $HbA1c \geq 9\%$ .

**Risultati.** I casi di DM2 nella provincia di Reggio Emilia al 31.12.2010 sono 25.200 (il 91,1% del totale dei diabetici). Il 45,9% (12.471) - selezionato per complessità del caso, presenza di complicanze e grado di compenso metabolico - risulta in carico alle SD, il 24,8% (6.240) è in GI - selezionato in base al buon compenso ed alla assenza di complicanze - e il 25,8% (6.489) non è inserito in un percorso strutturato, per cui di default è stato assegnato al Medico di Medicina Generale (MMG). Le percentuali di DM2 senza monitoraggio della HbA1c sono il 17,2% per la GI e 49,7% per MMG. Tra i pazienti in gestione al SD la% di pazienti senza HbA1c è il 26,4%, ma 2 servizi su 6 eseguono l'HbA1c con Point of care (dosaggi non inseriti in questa analisi). Tra coloro che hanno eseguito il test, la percentuale con  $HbA1c \leq 7\%$  è il 58,8% per GI e 55,7% per MMG. La prevalenza di pazienti con  $HbA1c \geq 9\%$  è 3,9% per la GI e 8,8% per MMG.

**Conclusioni.** Oltre due terzi dei DM2 è inserito in un percorso di cura strutturato (SD+GI). Tali pazienti risultano monitorati più attentamente, mentre quasi la metà del gruppo MMG non ha effettuato nemmeno un controllo della HbA1c nell'anno. Anche la proporzione di DM2 a target è minore nei pazienti in carico al MMG, rispetto a quelli inseriti nel percorso della GI. È evidente che inserire i DT2 in un percorso strutturato garantisce la migliore performance: un più attento monitoraggio della malattia, migliori risultati in termini di target raggiunti ed una minore inertia terapeutica.

## **PROGRAMMI DI PREVENZIONE E DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLE CASE DELLA SALUTE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

Curcetti Clara, Tassinari Maria Chiara, Matacchione Pasquale, Parisini Luisa, Brambilla Antonio

*Servizio Assistenza Distrettuale, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

**Introduzione.** In Emilia-Romagna la scelta di realizzare le Case della Salute nasce dalla necessità di individuare nel territorio una sede di riferimento “certa” per l’accesso e l’erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari, ed inoltre come sede di sviluppo di programmi partecipati di intervento, anche di promozione della salute in quanto in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme più appropriate, valorizzando la comunità locale, il coinvolgimento attivo degli operatori e delle organizzazioni dei cittadini. Il Piano regionale della prevenzione per il 2013 evidenzia la necessità di sviluppare l’integrazione delle attività di prevenzione nelle cure primarie, utilizzando il modello organizzativo delle case per la salute come occasione per realizzare interventi proattivi di prevenzione su gruppi di popolazione omogenei per fattori di rischio legati all’età, a stili di vita o a condizioni patologiche.

**Metodi.** Per delineare nel quadro regionale lo sviluppo di sinergie e modalità di approccio ai problemi di salute con un forte coordinamento tra cure primarie, sanità pubblica e salute mentale e dipendenze patologiche, è stato attivato uno specifico Gruppo regionale composto da professionalità e competenze di diversa natura e provenienza, con l’obiettivo di predisporre e definire un documento condiviso sui programmi di prevenzione e di promozione della salute da realizzare nella Casa della Salute.

**Risultati.** Al mese di gennaio 2014 sono 55 le Case della Salute attive e funzionanti; dall’analisi dei dati risulta che, nell’ambito dei requisiti dell’area clinica/prevenzione, sono presenti nelle sedi di tipologia grande e media Ambulatori Vaccinali, Pap-test e *Screening* del Colon Retto; lo *Screening* mammografico è presente nel 36% dei casi, necessitando di tecnologie dedicate. Esistono, inoltre, esperienze significative di integrazione professionale per interventi di educazione sanitaria e di *counselling*, rivolti a target specifici di popolazione a rischio, nonché per la promozione di stili di vita sani. Nel complesso esistono forme diverse di integrazione con la sanità pubblica in 24 delle strutture esaminate pari al 57% del totale.

**Conclusioni.** In questa prospettiva, per sviluppare programmi di promozione e prevenzione nelle case della salute, può essere utile il riferimento al *chronic care model* e gli elementi che la caratterizzano: risorse della comunità, organizzazioni sanitarie, sostegno all’autocura, organizzazione del team, sostegno alle decisioni, al fine di orientare le energie della comunità verso il cambiamento ed attuare le iniziative previste nei progetti di comunità.



## PROGETTARE APPROPRIATEZZA: OTTIMIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA IN DIABETOLOGIA

Dell'Amico Maria Chiara (a), Baccetti Fabio (b), Bianchi Bruno (a), Gregori Giovanna (b), Mori Mary (b), Dolci Maria (b)

(a) *Staff Unificato della Direzione Generale, Azienda USL 1, Massa e Carrara*

(b) *Struttura Semplice Dipartimentale di Diabetologia, Azienda USL 1, Massa e Carrara*

**Introduzione.** La spesa dei presidi per la misurazione della glicemia capillare è una voce sottovalutata nei costi diretti della malattia diabetica. In Italia, il costo della singola striscia per la misurazione della glicemia capillare, oscilla fra 0,39 e 1,41 euro. Le Linee Guida nazionali ed internazionali indicano quali pazienti hanno vantaggi nell'effettuazione dell'automonitoraggio glicemico. La Delibera Regione Toscana n. 400 del 13/04/2001, indica, con precisione, le tipologie di pazienti (in terapia insulinica o con solfaniluree o con Diabete Gestazionale), che hanno diritto all'erogazione delle strisce, indicandone anche le quantità. È esperienza comune che vi sono, però, numerosi pazienti diabetici in terapia con Metformina o altri farmaci non segretagoghi, che praticano l'automonitoraggio glicemico, su prescrizione dello specialista diabetologo o del MMG, in maniera quindi ridondante a parte casi selezionati. Scopo del presente studio è valutare il numero di tali pazienti nella Azienda USL1 di Massa e Carrara, e stimare il costo di tale inapproprietezza.

**Metodi** Dal database della Farmacia Territoriale che riporta i pazienti a cui sono state erogate strisce per la Glicemia nel 2013 nella Zona Apuana (Carrara e Massa), sono stati estratti solo quelli non in terapia insulinica. Questi sono stati confrontati con i pazienti, non in terapia insulinica o con ipoglicemizzanti orali segretagoghi, che si sono presentati almeno 1 volta nel 2013 alla Struttura Semplice Dipartimentale di Diabetologia aziendale. I costi sono stati stimati calcolando il costo medio paziente, dividendo il totale dei costi per le sole strisce, diviso il numero totale di pazienti che hanno ricevuto strisce nella Zona Apuana.

**Risultati** La Farmacia Territoriale ha erogato strisce a 5.667 pazienti nel 2013, residenti nella Zona Apuana. Il costo totale annuo è stato 882.064,92 euro, con un costo medio paziente 155,64 euro. Alla SSD Diabetologia sono afferiti, nello stesso periodo, 727 pazienti in terapia dietetica e/o ipoglicemizzante orale con Metformina e/o Acarbose e/o Pioglitazone e/o Incretine. Di questi 727 pazienti, 417 (57,35%), hanno ricevuto strisce per la determinazione della Glicemia dalla Farmacia Territoriale per un costo totale di 64.905,78 euro.

**Conclusioni** Pur necessitando di ulteriori analisi, questi dati indicano come solo nei pazienti diabetici che afferiscono alla Diabetologia, l'inapproprietezza nell'uso dell'automonitoraggio glicemico sia elevata generando una spesa annua di circa 65.000 euro.

## ANALISI DELLE COMORBILITÀ PRESENTI NELLA PATOLOGIA DIABETICA IN UN POOL DI PAZIENTI DELLA ASL TO2

De Magistris Paolo (a), Verlengo Maria Cristina (a), Osella Sara (a), Logrippo Mauro (b),  
Leggieri Anna (a)

(a) *Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera 2, ASL TO2, Torino*

(b) *Medico Medicina Generale, Torino*

**Introduzione.** La ASL TO2 ha realizzato un'indagine osservazionale sulle comorbilità in un gruppo di pazienti diabetici che usufruiscono della fornitura domiciliare di presidi per la misurazione della glicemia.

**Metodi.** L'analisi è stata condotta confrontando il database delle ricette e del Registro Regionale dei Diabetici con quello del Progetto. Le comorbilità sono state identificate tramite l'esposizione dei farmaci nel periodo gennaio-ottobre 2013, espressa in *Defined Daily Dose* (DDD) per 1.000 abitanti *die* stratificate per tipologia di diabete (tipo 1 diabete insulino-dipendente, 2 diabete non insulino-dipendente e secondario dovuto a rare forme genetiche o da interventi chirurgici) e classe AMD-SID (classe 1 terapia insulinica intensiva, 2 terapia insulinica mista e 3 terapia ipoglicemizzanti con farmaci secretagoghi).

**Risultati.** 858 sono i pazienti che attualmente usufruiscono del servizio a domicilio dell'ASLTO2 così suddivisi: tipo1 20 pazienti, tipo 2 828 e secondario 10. Incrociando i dati con il database delle ricette 12 pazienti risultano non avere una prescrizione nel periodo considerato e sono stati esclusi dall'analisi. I farmaci maggiormente prescritti hanno ATC A (Apparato gastro-intestinale) con 1.772 DDD/1.000 abitanti *die*, B (Sangue ed organi emopoietici) con 599 e C (Sistema Cardiovascolare) con 2.783. Valutando l'esposizione per tipologia di diabete emergono significative prescrizioni di farmaci antiglaucoma (Simpaticomimetici e Betabloccanti rispettivamente con 254 e 205 DDD/1.000 abitanti *die*) nel tipo 1 e per il disturbo ostruttivo delle vie respiratorie (Anticolinergici e Adrenergici associati a corticosteroidi con 328 e 211 DDD/1.000 abitanti *die*) nel secondario. La suddivisione per classe AMD-SID ha evidenziato nel tipo 1 classe 1 gli ormoni tiroidei con 194 DDD/1.000 abitanti *die* e nel tipo secondario in classe 1 gli inibitori della serotonina ricaptazione con 215. Nel tipo 2 la classe 3 risulta avere una maggiore esposizione rispetto alla classe 2 ai farmaci come Ace Inibitori non associati (classe 3 166 e classe 2 107 DDD/1.000 abitanti *die*), Inibitori del HMG-CoA redattasi (146 vs 47 DDD/1.000 abitanti *die*), Antiaggreganti piastrinici (137 vs 93 DDD/1.000 abitanti *die*) e Inibitori della pompa acida (105 vs 58 DDD/1.000 abitanti *die*).

**Conclusioni.** Le comorbilità più frequenti sono l'ipertensione, la dislipidemia e patologie cardiovascolari. La suddivisione per tipologie ha evidenziato che il tipo 1 presenta varie comorbilità predominanti come il glaucoma e l'ipotiroidismo, il secondario la BPCO/asma e la depressione, mentre nel tipo 2 non si identificano comorbilità particolari. Anomala è la mancanza di prescrizioni per i 12 pazienti che verrà sicuramente approfondita con il coinvolgimento dei Medici di Medicina di Generale al fine di chiarire se è dovuto a spedizioni in altre ASL o ad una scarsa *compliance*.

## **UNADIAB: UNIFORMITÀ ASSISTENZIALE IN DIABETOLOGIA**

Di Pietro Sergio, Lauro Davide, Leotta Sergio, Ragonese Mauro  
*ACISMOM, ASL RM B, Università degli Studi Tor Vergata, Roma*

Presentazione del progetto di collaborazione gestionale nell'assistenza alle malattie non trasmissibili tra Ospedale, Università e Poliambulatori territoriali. Nell'ambito delle ASL RM B convivono 3 realtà assistenziali al diabete (malattia esemplificativa di tutte le NCD) molto diverse tra loro: Unità Operativa Complessa di Malattie Metaboliche e Diabetologia dell'Ospedale Sandro Pertini, la Diabetologia dell'Università degli Studi di Tor Vergata, il Poliambulatorio dell'Associazione Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta. Le tre strutture forniscono assistenza a circa 80.000 diabetici con modalità operative diverse ma tutte caratterizzate dall'eccellenza gestionale. Si è ipotizzato un percorso di miglioramento assistenziale, attraverso una maggiore collaborazione tra le strutture e la formazione del personale multiprofessionale, che nell'arco di altri 2 anni (2014-2015) porterà ad una proposta di Percorso Assistenziale unificato attraverso la progressiva valutazione di indicatori economici e di salute. Dopo una prima fase conoscitiva attraverso eventi di Team Building si passerà, inizio 2014, a scambi culturali diretti con frequenza incrociata del personale fra le strutture. Dopo 6 mesi di valutazione ci saranno i cambiamenti suggeriti dagli indicatori e si passerà alla fase 2 del progetto con nuova valutazione dopo un anno di studio. Gli indicatori saranno scelti, tra quelli degli Annali AMD 2012, durante un incontro formativo con tutto il personale delle strutture addetto all'assistenza alla Malattia Diabetica.

## PROPOSTA DI UN INDICATORE COMPOSITO DI QUALITÀ DELL'ASSISTENZA NEL PAZIENTE CON DISTURBI COGNITIVI (QUADISC) IN GESTIONE INTEGRATA TERRITORIALE

Fabbo Andrea (a,b), Rovesta Lara (a,b), Riccomi Silvia (b,c), Lorenzini Monica (b,c), De Vreese Luc Peter (a,b), De Luca Maria Luisa (b), Capelli Oreste (c), Solfrini Valentina (c)  
(a) Progetto Aziendale Demenze, Azienda Sanitaria Locale, Modena  
(b) Dipartimento Aziendale Cure Primarie, Azienda Sanitaria Locale, Modena  
(c) Programma Aziendale Governo Clinico, Azienda Sanitaria Locale, Modena

**Introduzione.** Nell'ASL di Modena (706.417 abitanti) è attivo dal 2002 un percorso assistenziale territoriale tra medici di medicina generale (MMG) e Centri specialistici per la Gestione Integrata (GI) delle persone con disturbi cognitivi e delle loro famiglie; il percorso è articolato in 2 fasi: inquadramento e presa in carico del singolo paziente da parte del MMG, dopo valutazione specialistica, e *follow-up* con valutazioni periodiche. Al 2013 ha aderito al progetto il 62% dei MMG, con 4.154 soggetti in carico (circa 1/3 dei pazienti noti ai centri). Obiettivo: per restituire ai MMG un *feedback* sull'efficacia della GI è stato definito un indicatore composito di Qualità dell'Assistenza alle persone con Disturbi Cognitivi (QuADisC), basato sull'appropriatezza delle cure.

**Metodi.** L'indicatore composito QuADisC si basa sulla valutazione delle 5 raccomandazioni del *Choosing Wisely* dell'*American Geriatrics Society* (1-5) più altri 5 criteri proposti come traccianti di appropriatezza assistenziale (6-10): 1) Non intraprendere nutrizione enterale in pazienti con demenza terminale; 2) non usare antipsicotici come prima scelta per trattare sintomi comportamentali e psicologici della demenza; 3) evitare di raggiungere nel paziente con diabete valori di HbA1c < 7,5%; 4) non usare benzodiazepine o sedativo-ipnotici per insonnia, agitazione o delirio; 5) evitare di usare fluorochinoloni, se non indispensabile; 6) eseguire almeno un ECG/anno ai pazienti trattati con antipsicotici; 7) 90 dosare almeno una creatininemia/anno; 8) misurare almeno una pressione arteriosa/anno; 9) somministrare almeno una volta all'anno il questionario UCLA-NPI; 10) somministrare almeno una volta l'anno la scala PAINAD per il dolore. Ad ogni *item* viene assegnato un punteggio discreto 0, 5 o 10 (per obiettivo non, parzialmente o totalmente raggiunto). La somma produce uno score complessivo (valore massimo 100) direttamente proporzionale all'appropriatezza delle cure del paziente. Per calcolare il punteggio di ogni paziente in carico al progetto sarà costruito un database clinico che integra flussi informativi aziendali e dati clinici forniti dai MMG. Ad ogni medico verrà restituita una reportistica con i valori ottenuti dai propri pazienti.

**Risultati attesi.** Il QuADisC sarà validato correlandolo con un indicatore di efficacia delle cure composto dal numero di accessi in PS, ricoveri in struttura o ospedalieri per causa specifica e morte.

**Conclusioni.** L'introduzione di un indicatore misurabile dell'appropriatezza delle cure al paziente con disturbi cognitivi in GI può diventare uno strumento di valutazione oggettiva della qualità assistenziale a pazienti complessi nell'ambito delle Cure Primarie.

## ALGORITMI DI STIMA DI PREVALENZA DI DIABETE DA FONTI INFORMATIVE CORRENTI: VALIDAZIONE CON I DATI DI UNA COORTE DI MEDICI CURANTI

Fano Valeria, Timelli Laura, Mastromattei Antonio, Blasi Alessandra, Foniciello Monica  
ASL RMD, Roma

**Introduzione.** In assenza di registri di patologia, le fonti informative correnti vengono utilizzate per stimare la prevalenza di patologie croniche. Non esistono tuttavia molti studi di validazione degli algoritmi di stima utilizzati. Obiettivo dello studio è validare le stime di prevalenza di diabete, ottenute da sistemi informativi, con la diagnosi posta da un campione di Medici di Medicina Generale (MMG).

**Metodi.** Nella coorte dei residenti e assistiti nella Asl Roma D (RMD) al 31/12/2012 (n=503.092) è stata stimata la prevalenza di diabete utilizzando 3 diversi algoritmi. L'Algoritmo 1 classifica come diabetici i pazienti presenti in almeno una fonte informativa tra: Sistema Informativo Ospedaliero (ricovero con diagnosi di diabete), Esenzioni per patologia, Prescrizioni Farmaceutiche (almeno due prescrizioni di antidiabetici). L'Algoritmo 2 aggiunge al precedente la presenza nella fonte Prestazioni Ambulatoriali di almeno una prestazione con esenzione per diabete. L'Algoritmo 3 aggiunge al precedente la presenza nella fonte Farmaci di almeno una prescrizione con codice di esenzione per diabete. Nel corso del 2013 sono stati arruolati circa 21.000 pazienti residenti nella RMD e in carico presso un campione di 16 MMG, ai quali è stato chiesto di classificare i propri pazienti come diabetici o non diabetici. Le stime ottenute sono state confrontate tra di loro come segue: 1) confronto tra i tre algoritmi; 2) confronto tra le stime ottenute con i 3 algoritmi e le diagnosi dichiarate dai MMG.

**Risultati.** La prevalenza di diabete nei residenti nella RMD stimata con i 3 algoritmi è pari a 7,0%, 7,1% e 7,2% rispettivamente. Nel campione dei pazienti la prevalenza secondo la diagnosi dei MMG è 7,5%, mentre utilizzando i 3 algoritmi è più elevata (8,9%, 9,0% e 9,1%, rispettivamente). Per quanto riguarda il confronto tra le stime ottenute con gli algoritmi e la diagnosi dei MMG, tra le diagnosi discordanti prevale il gruppo di pazienti individuati come diabetici solo dai sistemi informativi (in media n=530 pazienti; 80% del totale dei discordanti); di questi ultimi, la maggior parte risulta presente solo nella fonte dei farmaci (in media 55%).

**Conclusioni.** Nella RMD gli algoritmi basati sulle fonti correnti sovrastimano la prevalenza di diabete nota ai MMG, includendo pazienti utilizzatori di farmaci ma non presenti nelle altre fonti informative. I sistemi informativi rappresentano una fonte economica e affidabile per le stime della prevalenza, tuttavia resta da approfondire se i pazienti non noti ai MMG siano seguiti da altri specialisti oppure siano utilizzatori occasionali di ipoglicemizzanti orali (falsi positivi).

## CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: ESPERIENZA DI UNA UNITÀ OPERATIVA ALZHEIMER

Fiandra Alessia, Arcangeli Francesca, Ginobbi Patrizia, Penco Italo  
Centro di Cure Palliative Fondazione Roma Hospice, SLA Alzheimer, Roma

**Introduzione.** L'aumento dell'aspettativa di vita e delle malattie croniche rende necessario un approccio mirato a ritardare la progressione della malattia, a promuovere l'empowerment del paziente/*caregiver* e a qualificare l'équipe. Il presente lavoro descrive il modello assistenziale adottato dal nostro servizio per le persone affette da demenza, basato sui principi del *Chronic Care Model*.

**Metodi.** L'Unità Operativa Alzheimer (Centro Diurno e Assistenza Domiciliare) si prende cura dei pazienti per tutta la durata di malattia, rispondendo ai bisogni socio-sanitari del malato e del *caregiver*. Le équipe multidisciplinari dei due servizi propongono: attività di riattivazione cognitiva e funzionale, incontri educazionali rivolti ai *caregiver* formali e informali; interventi per la prevenzione delle complicanze cliniche dovute all'aggravamento della patologia. Nel 2013 per costruire un percorso di continuità di cura, nell'ambito dei nostri servizi, abbiamo condotto una analisi di processo che ha individuato le criticità che influivano sull'efficienza dell'assistenza.

**Risultati.** L'Unità Operativa Alzheimer dal 2008 ad oggi ha assistito 390 persone (55% semiresidenziale, 45% domiciliare). Dalla analisi condotta è emersa la necessità di definire: le modalità di passaggio del paziente tra i servizi; il profilo clinico della persona con demenza eleggibile per le cure palliative specialistiche, le attività educazionali per i *caregiver*; le modalità assistenziali rivolte alle persone in fase severa di malattia; le strategie per motivare gli operatori delle équipe. Le azioni conseguenti hanno permesso:

- la riduzione dell'80% (2012 vs 2013) del tempo di attesa tra la dimissione dal centro Diurno e la presa in carico al servizio domiciliare;
- la maggiore appropriatezza nel passaggio alle cure palliative specialistiche con una diminuzione del tempo di sopravvivenza del 72% (2012 vs 2013);
- la sperimentazione di attività dedicate alla fase severa di malattia di cui si stanno valutando i risultati e delle Linee Guida per l'accompagnamento nel fine vita;
- il consolidamento delle équipe (*turn over*=0), la partecipazione attiva alle riunioni periodiche (95%) e alle attività di formazione e aggregazione (100%);
- la prevenzione dell'istituzionalizzazione. Nel 2013 dei 114 pazienti seguiti nessuno è stato ricoverato in fase acuta dei disturbi del comportamento e di quelli in fase severa solo il 2%.

**Conclusioni.** Il modello adottato è stato raggiunto grazie alla sinergia tra le Unità Operative (Alzheimer e Cure Palliative), alla condivisione degli obiettivi e delle strategie di cura. Individuare modalità organizzative che assicurino l'integrazione tra i servizi evita "buchi" assistenziali garantendo l'appropriatezza e l'efficacia delle cure e ottimizzando le risorse.

## MODELLO ASSISTENZIALE DI GESTIONE INTEGRATA NEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2: PERCORSO DI REALIZZAZIONE NELL'ASL CN1

Gabellieri Enrico, Boglio Elide, Bertello Stefania, Menardi Graziella, Sansone Daniela, Oleandri Salvatore Endrio  
*Struttura Semplice Dipartimentale di Endocrinologia e Diabetologia, Azienda Sanitaria Locale Cuneo1, Cuneo*

**Introduzione.** Il Diabete Mellito (DM) rappresenta il paradigma delle patologie croniche. Il progetto IGEA del 2008, attraverso un approccio multidisciplinare integrato, è stato elaborato al fine di affrontare i bisogni assistenziali legati al DM secondo un modello di *disease management*. A partire dal 2009 il servizio di Diabetologia dell'ASL CN1 in collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) ha avviato il progetto di Gestione Integrata (GI) adottando il documento di indirizzo IGEA. L'elemento critico per lo sviluppo di tale modello assistenziale, in un contesto geografico caratterizzato da una vasta estensione territoriale (superficie di 5.790 Km<sup>2</sup>) con una significativa presenza di aree montane (57,14%), è stato quello di capillarizzare l'attività assistenziale diabetologica rendendola allo stesso tempo uniforme e condivisa.

**Metodi.** Al fine di ottenere l'omogeneità e la condivisione dei servizi erogati, l'elemento cardine iniziale è stato quello di adottare l'impiego di una cartella clinica in formato elettronico. Questo primo passo ha permesso di superare le barriere fisiche del formato cartaceo producendo documenti facilmente accessibili a tutti gli operatori coinvolti nel percorso di GI. Il passo successivo è stato quello di utilizzare una piattaforma web condivisa, tale acquisizione ha consentito l'immediata fruibilità e scambio dati in tempo reale da qualunque postazione fisica presente sul territorio. La successiva integrazione della cartella elettronica con il CUP e con il laboratorio analisi aziendali ha poi permesso di ridurre i possibili errori legati all'import manuale dei dati. Al fine di realizzare un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso, è stato necessario realizzare lo scambio di informazioni con i MMG. Tale passaggio attraverso l'integrazione della cartella diabetologica con il portale delle Regione Piemonte per la gestione integrata (GID) ha permesso la comunicazione diretta tra i dati del MMG e quelli dello specialista diabetologo, consentendo di superare ogni barriera legata alle peculiarità territoriali dell'ASL CN1.

**Risultati.** Dal 2009 al 2013 sono stati inseriti nella cartella clinica informatizzata i dati di circa 12 mila assistiti afferenti all'ASL CN1, il numero di assistiti seguiti in GI è cresciuto negli anni ed attualmente ha raggiunto il 20% circa degli assistiti totali.

**Conclusioni.** L'adozione di una cartella clinica in formato elettronico condivisa su piattaforma web e le opportune integrazioni ad altri sistemi e portali ha permesso la realizzazione di un modello assistenziale di *disease management* in cui l'accesso e l'usufruttibilità dei dati da parte dei diversi soggetti coinvolti nel progetto di GI rappresenta l'elemento cardine per la realizzazione di un percorso di cura realmente condiviso.

## **SMART CARE PROJECT: INTEGRAZIONE TRA SPECIALISTI, MMG E DISTRETTO NELLA CRONICITÀ**

Giagulli Vito Angelo (a), D'Auria Giuseppe (b), Ramunni Angelo (c), Ramunni Maria Isabella (a), Gigantelli Vincenzo (d)

(a) *Struttura Territoriale di Endocrinologia e Malattie Metaboliche del Presidio Territoriale di Conversano, Bari*

(b) *Ospedale Territoriale F. Jaia, Conversano, Bari*

(c) *Ufficio Distrettuale Medicina Generale, Conversano, Bari*

(d) *Distretto Socio Sanitario n. 12 Conversano, ASL, Bari*

**Introduzione.** L'esplosione delle cronicità a causa dell'invecchiamento delle popolazione mina la sostenibilità dell'assistenza sanitaria, imponendo il trasferimento della stessa in *setting* extra-ospedalieri (Distretto) e il governo di percorsi assistenziali (PDTA) condivisi. Il progetto, nato dalla riconversione dell'Ospedale di Conversano in Presidio Territoriale con Ambulatori di III Livello (bacino d'utenza di 450mila persone), si propone di armonizzare procedure e linguaggi tra i Medici di Medicina Generale (MMG), specialisti (exospedalieri) (S) e professioni del Distretto al fine di ridurre i ricoveri inappropriati e di allungare i tempi di reospedalizzazione. Tale scelta avrebbe l'effetto di assicurare l'assistenza delle cronicità in *setting* territoriali senza ridurre l'accuratezza dell'assistenza e senza incrementare le liste d'attesa. È evidente che così i costi sarebbero ridotti migliorando l'efficienza del sistema. La realizzazione del progetto dovrà rispettare i vincoli imposti dalle normative nazionali (es. rilascio delle esenzioni ticket), garantire la continuità assistenziale e l'integrazione tra il lavoro delle differenti figure professionali. Quale primo step per la realizzazione del progetto si considera la malattia diabetica sulla base delle seguenti caratteristiche: 1) elevata frequenza /accesso agli ambulatori del MMG e/o dello S; 2) necessità frequente di monitorare ed eventualmente rivedere il trattamento; 3) alto carico delle liste d'attesa; 4) necessità di assicurare una diagnosi precoce e di una appropriata terapia altrettanto rapida; 5) instabilità della malattia a seguito delle ipoglicemie.

**Metodi e Risultati.** Sono stati implementati il metodo della "Lean Six Sigma" e le linee guida nazionali ed internazionali. Si sono rilevate le seguenti criticità: 1) stabilire con chiarezza il professionista che ha in carico il paziente; 2) individuare e condividere gli strumenti di comunicazione tra i professionisti; 3) stabilire i criteri condivisi per la diagnosi del paziente con "pre-diabete" e quello con diabete conclamato; 4) stabilire con chiarezza quali sono i criteri per considerare un paziente con "instabilità metabolica"; 5) stabilizzare le priorità per modulare le liste d'attesa creando liste apposite (percorsi preferenziali, agende specifiche, criptate, ecc.) per pazienti non differibili (es: gestanti con diabete, diabetici con numerosi episodi ipoglicemici, proseguo piano terapeutico, ecc.) o per pazienti che richiedono una assistenza ospedaliera (es. ipoglicemia severa). Il protocollo prevede un *follow-up* a 5 mesi per la valutazione (audit interno) ed eventuale miglioramento.

**Conclusioni.** Il metodo "Lean Six Sigma" con l'implementazione delle linee guida risulta essere efficace per la definizione del PDTA per il diabetico nel *setting* assistenziale territoriale della ASL Bari.



## EFFETTI SULLA MORBILITÀ, MORTALITÀ E SUI COSTI DI MEDIO E LUNGO PERIODO DI UNA INIZIATIVA DI *BENCHMARKING* NEL DIABETE TIPO 2. IL CASO ANNALI AMD

Giorda Carlo Bruno (a), Nicolucci Antonio (b), Pellegrini Fabio (b), Caroline K. Kristiansen (c), Barnaby Hunt (d), William J. Valentine (d), Vespasiani Giacomo (e)

a) Azienda Sanitaria Locale TO 5, Chieri, Torino

b) Fondazione Mario Negri Sud, Santa Maria Imbaro, Chieti

c) Novo Nordisk A/S, Bagsværd, Danimarca

d) Ossian Health Economics and Communications, Basilea, Svizzera

e) Ospedale Madonna del Soccorso, San Benedetto del Tronto, Ascoli Piceno

**Introduzione.** L'Associazione Medici Diabetologi (AMD) ha promosso dal 2004 gli Annali AMD, un programma di miglioramento della qualità delle cure basato sulla sistematica valutazione dei dati routinari delle strutture specialistiche. L'iniziativa ha prodotto negli anni miglioramenti nei livelli di HbA1c, pressione arteriosa, profilo lipidico e BMI (*body mass index*). Scopo di questa analisi è stato valutare il rapporto costo-efficacia a lungo termine dell'iniziativa, rispetto alla normale pratica clinica, nei soggetti con DM2.

**Metodi.** Le proiezioni a lungo termine degli esiti clinici e dei costi diretti (in euro 2010) sono state effettuate utilizzando il *CORE Diabetes Model*, già ampiamente validato ed applicato in letteratura. Gli effetti del trattamento sono stati basati sulle variazioni medie riscontrate in una coorte di pazienti inclusi nell'iniziativa Annali AMD e seguiti per un minimo di cinque anni consecutivi (N=195.851). Costi e risultati clinici sono stati attualizzati al 3% annuo.

**Risultati.** Rispetto all'assistenza convenzionale, la partecipazione all'iniziativa degli Annali AMD è risultata associata a un miglioramento medio dell'aspettativa di vita di 0,55 anni (IC 95% 0,54-0,57) e dell'aspettativa di vita aggiustata per qualità di 0,48 anni (IC 95% 0,46-0,49). Nel braccio degli Annali AMD, oltre a un'inferiore incidenza cumulativa delle complicanze, si è osservato un tempo medio più lungo, rispetto alla gestione convenzionale, prima dell'insorgenza della maggior parte delle complicanze. I più elevati costi di trattamento nel braccio Annali AMD sono stati compensati dal risparmio derivante dalla riduzione dell'incidenza e del trattamento delle complicanze legate al diabete. Lungo tutta la vita dei pazienti, l'iniziativa Annali AMD ha determinato un contenimento dei costi rispetto alla gestione convenzionale (37.289 euro vs 41.075 euro).

**Conclusioni.** La presente analisi ha evidenziato che gli Annali AMD possono portare a miglioramenti nell'aspettativa di vita e a ridotti costi sanitari diretti. L'aumento del numero di centri e pazienti aderenti al programma rappresenta un metodo altamente efficace per migliorare l'assistenza diabetologica e ridurre in futuro la spesa sanitaria associata al diabete in Italia.

## EDUCAZIONE STRUTTURATA DI GRUPPO MIGLIORA IL COMPENSO METABOLICO DEL DIABETE

Iemmi Marika, Capuano Elena, Galliani Simonetta, Michelini Massimo, Manicardi Elisa, Trianni Rosa, Manicardi Valeria

*Servizio di Diabetologia, Ospedale di Montecchio, AUSL, Reggio Emilia*

**Introduzione.** L'educazione di gruppo per le persone con diabete è essenziale per aumentare la conoscenza della malattia e la capacità di autogestione dei pazienti (*empowerment*) e fa parte integrante del percorso di cura. Obiettivo dello studio è valutare se un percorso di educazione di gruppo, costituito da 3 incontri interattivi con lo strumento delle *conversation maps*, condotti da un tutor esperto (infermiere/dietista) migliora il compenso metabolico del diabete, durante la storia di malattia.

**Metodi.** Come strumenti educativi sono state utilizzate le *conversation maps* che, attraverso un percorso illustrato, di facile comprensione ed intuitivo, conduce il paziente, guidato da un tutor esperto (infermiere + dietista) ad approfondire alcuni temi chiave: cosa è il diabete e convivere con il diabete e stile di vita, alimentazione ed attività fisica nel diabete. Sono stati costituiti gruppi di 8 persone, e sono stati tenuti incontri della durata di 1 ora e 30 circa. Gli incontri di gruppo erano completati con una camminata della salute. Sono stati inseriti nei gruppi di educazione 82 diabetici T2 (48F, 34M) in parte di nuova diagnosi, ma anche con lunga durata di malattia (*range* 1 mese-27 anni), di età X di  $62,8 \pm 8,5$  anni, di peso medio di  $90,3 \pm 18,8$  kg, che hanno completato il percorso di 3 incontri di gruppo, iniziati e conclusi con la visita medica; sono stati valutati il peso corporeo, il BMI (*body mass index*), la PAS/PAD e l'HbA1c prima e sei mesi dopo il percorso educativo.

**Risultati.** Il peso medio è sceso da 90,7 a 89,5 kg ( $p=0,001$ ), il BMI (*body mass index*) medio è sceso da 33,1 a 32,7 ( $p=0,0025$ ) e l'HbA1c è scesa da 7,8 a 7,3% ( $p=0,00004$ ). Il 79,2% dei pazienti ha migliorato il compenso metabolico o lo ha mantenuto stabile, ma nel 20,8% dei casi il compenso è peggiorato. I pazienti che hanno peggiorato il compenso metabolico avevano una durata di malattia più elevata di quelli che lo hanno migliorato (8,25 vs 6,02 anni) ed erano in ter insulinica nel 25% dei casi rispetto al 10% dei pazienti che lo hanno migliorato.

**Conclusioni.** La educazione di gruppo per le persone con diabete migliora la conoscenza della malattia e l'*empowerment*, ma anche il compenso metabolico del diabete. I risultati migliori si sono ottenuti nei pazienti con minore durata di malattia e senza trattamento con insulina (pazienti meno complessi).

## DIFFERENZE DI GENERE NELLA PATOLOGIA DIABETICA, NELL'ADESIONE AL PERCORSO DI CURA E NEGLI *OUTCOMES* INTERMEDI NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

Manicardi Valeria (a), Ballotari Paola (a), Caroli Stefania (a), Chiatamone Ranieri Sofia (b), Greci Marina (a), Giorgi Rossi Paolo (a)

(a) Azienda Sanitaria Locale, Reggio Emilia

(b) Arcispedale S. Maria Nuova-IRCCS, Reggio Emilia

**Introduzione.** Le differenze biologiche, sociologiche e culturali tra i sessi influiscono profondamente sul modo in cui una patologia si sviluppa, viene diagnosticata, curata e affrontata dal paziente. L'obiettivo di questo studio è verificare se esistono delle differenze di genere nella patologia diabetica, nell'adesione al percorso di cura e negli *outcomes* intermedi.

**Metodi.** Stima della prevalenza puntuale per genere nella provincia di Reggio Emilia al 31.12.2010, sulla base dei dati contenuti nel Registro Diabete provinciale. Stima per genere della proporzione di diabetici di Tipo 2 senza rilevazione dell'emoglobina glicata nel 2010. Calcolo per genere della prevalenza di diabetici di Tipo 2 con emoglobina glicata  $\leq 7\%$  e con emoglobina glicata  $> 9\%$ .

**Risultati.** Il totale dei diabetici residenti in provincia di Reggio Emilia al 31/12/2010 è 27.654, 14.744 maschi e 12.910 femmine. La prevalenza nei maschi è 5,7% (IC95%: 5,6%-5,8%), mentre per le femmine è 4,8% (IC95%: 4,7%-4,9%). La proporzione di diabetici di Tipo 2 che non eseguono il test dell'emoglobina glicata nel 2010 non differisce tra i generi (M=30,3%; F=30,0%; p *value*=0,60). Non si rilevano differenze significative negli *outcomes* intermedi: proporzione di diabetici di Tipo 2 con valore di emoglobina glicata  $\leq 7\%$ : M=46,4%; F=45,9%; p *value*=0,43; proporzione di diabetici di Tipo 2 con valore di emoglobina glicata  $> 9\%$ : M=10,9%; F=11,5%; p *value*=0,21.

**Conclusioni.** L'analisi per genere dei dati dimostra una maggiore prevalenza del Diabete nel sesso maschile, ma non evidenzia diversità della qualità della cura offerta, né degli esiti intermedi almeno per quanto concerne il compenso metabolico.

## SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE: ESPERIENZA DELLA AUSL DI PESCARA

Marisi Valeria (a), Granchelli Carla (a), Consoli Agostino (b), La Penna Giuliana (a), Di Biagio Rosamaria (b), Cucco Lia (a), Di Bernardino Paolo (a), Pomante Paolo (a), Antonacci Elena (a), Seller Renato (a), Volpone Damiano (a), Ruotolo Luigi (c)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale, Pescara

(b) Università degli Studi G. D'Annunzio, Chieti

(c) opeNETica s.r.l., Pescara

**Introduzione.** La AUSL di Pescara ha avviato la gestione integrata del diabete di tipo 2 nell'anno 2012, seguendo le indicazioni fornite dal PRP e sulla base del progetto IGEA. Le ulteriori azioni intraprese nel 2013 hanno consentito il passaggio dal progetto al "sistema" di gestione integrata.

**Metodi.** Nell'anno 2012 si è costituito il Comitato Aziendale; è stato stipulato un accordo con i MMG, prevedendo modalità incentivanti al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PRP e si è avviata la formazione, sulla base del percorso IGEA. Nel 2013 è stato acquistato il software in grado di interfacciare, in tempo reale, i software dei MMG e quelli in dotazione ai Servizi di Diabetologia della AUSL di Pescara. La gestione integrata del diabete tipo 2 nell'adulto è stata inserita tra gli argomenti trattati nel PFA per i MMG: otto incontri, a gruppi di circa 30 MMG, nel periodo compreso tra settembre 2013 e dicembre 2013; sono stati gestiti in maniera interattiva da un MMG, tutor; da un diabetologo; da un medico del Servizio di Sanità Pubblica della AUSL di Pescara e con il supporto fondamentale di un tecnico informatico che ha illustrato, in maniera pratica, la modalità di scambio delle informazioni tra MMG e Servizi di Diabetologia.

**Risultati.** Il numero di MMG che ha aderito alla gestione integrata e che sta realmente avviando il percorso condiviso è molto alto ed in continua crescita. Tutti i Servizi di Diabetologia della AUSL di Pescara sono coinvolti nel sistema; il Servizio Diabetologia di Pescara è attualmente "pilota" ma sono in fase di avvio anche i Servizi di Penne e Scafa-Popoli, riferimenti per i MMG che esercitano la loro attività fuori dall'area urbana di Pescara. Ad oggi 596 pazienti del Servizio di Diabetologia di Pescara hanno dato il loro consenso all'inserimento in gestione integrata ed i loro dati sono stati condivisi con i software gestionali dei loro MMG.

**Conclusioni.** Il "sistema" di gestione integrata del diabete e, quindi, delle malattie croniche è avviato. Sono stati raggiunti, inoltre, in soli due anni di attività, gli obiettivi fissati dal Piano Regionale della Prevenzione con evidente soddisfazione di tutti gli attori coinvolti. Ma, quel che più conta, è l'avvio di un reale percorso di collaborazione tra i MMG ed i Servizi di Diabetologia con evidenti vantaggi per le persone affette da diabete. Vi è la convinzione di essere solo all'inizio del percorso assistenziale che vede al centro la persona con patologie croniche ma i buoni risultati raggiunti in breve tempo rappresentano uno stimolo al miglioramento continuo del sistema. L'anno in corso dovrà confermare l'andamento positivo avviato con l'anno 2013.

## ASSISTENZA DELLE PERSONE CON DIABETE IN ITALIA: DATI DI SORVEGLIANZA PASSI

Minardi Valentina, Lombardo Flavia, Quarchioni Elisa, Ferrante Gianluigi, Possenti Valentina  
*Centro Nazionale di Epidemiologia e Prevenzione della Salute, Istituto Superiore di Sanità,  
Roma*

**Introduzione.** Il sistema di sorveglianza PASSI, per rispondere alle esigenze informative sulla qualità della assistenza alle persone con diabete, ha inserito nel 2011 ed esteso a tutte le ASL partecipanti, un modulo aggiuntivo di approfondimento dedicato a questa patologia. Nel modulo sono raccolte informazioni sulle figure che seguono principalmente la persona con diabete, la frequenza delle visite, la conoscenza da parte dell'intervistato dell'emoglobina glicata (HbA1C) e il suo monitoraggio, il trattamento farmacologico del diabete.

**Metodi.** Un campione di residenti di età 18-69 anni viene estratto con metodo casuale stratificato dagli elenchi delle anagrafi sanitarie delle ASL delle 21 Regioni/Province Autonome. Personale delle ASL, specificamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario standardizzato. Per maggiori informazioni: [www.epicentro.iss.it/passi](http://www.epicentro.iss.it/passi). È stato analizzato il campione del biennio 2011-2012.

**Risultati.** Nel biennio 2011-2012, 2.929 dei 74.864 intervistati di età 18-69 anni riferiscono di avere il diabete. La prevalenza stimata nel periodo è del 3,9% (IC95%: 3,8-4,1). Mediamente l'età alla diagnosi è stata di 49 anni ( $\pm 13$  Dev. Std.), mentre la durata mediana del diabete è di 6 anni. Il 33,8% (IC95%: 31,5-36,2) riferisce di essere seguito prevalentemente dal medico di medicina generale (MMG) e il 36,3% (IC95%: 34,1-38,5) dal Centro Diabetologico (CD) mentre il 24,1% (IC95%: 22,2-26,1) da entrambi. Il 46,2% ha effettuato almeno 2 visite per il controllo del diabete nell'ultimo anno presso il MMG e il 62,7% almeno una visita presso il CD. Il 32,8% (IC95%: 30,5-35,1) riferisce di non sapere cosa sia l'emoglobina glicata, e il 56,4% (IC95%: 54,0-58,9) ha fatto un controllo di questa negli ultimi 12 mesi (il 35,8% negli ultimi 4 mesi e il 20,6% oltre 4 mesi ma entro l'anno), mentre il 5,0% (IC95%: 4,1-6,1) ha effettuato l'ultimo controllo oltre un anno prima dell'intervista e il 4,5% (IC95%: 3,5-5,6) conosce questo esame ma non ha mai fatto controlli. Il 20,2% (IC95%: 18,4-22,3) non assume farmaci per il diabete (durata mediana della patologia: 3 anni) mentre, fra chi assume farmaci, l'83,7% (IC95%: 81,9-85,4) fa uso di ipoglicemizzanti orali (durata mediana della patologia: 6 anni), il 21,5% (IC95%: 19,6-23,6) di insulina (durata mediana della patologia: 12 anni).

**Conclusioni.** Il 33% delle persone con diabete non conosce cosa sia l'emoglobina glicosilata e il 10% non ha mai effettuato alcuna visita presso un MMG o un Centro diabetologico nell'anno precedente l'intervista. Questi risultati evidenziano alcune criticità sul ruolo proattivo che il sistema dovrebbe assumere nei confronti della gestione della patologia diabetica.”

## DISPENSAZIONE DI CHEMIOTERAPICI ORALI NELL'ISTITUTO TUMORI GIOVANNI PAOLO II DI BARI

Muciaccia Valentina Lucia (a), Stigliano Emilia (a), Angelini Francesca (a), Gadaleta Arianna (a), Garzone Maria Laura (b)

(a) *Scuola di Specializzazione Farmacia Ospedaliera, Università degli Studi, Bari*

(b) *Unità di Farmacia, Presidio Ospedaliero San Paolo, ASL, Bari*

**Introduzione.** Frequentemente la mancata aderenza alle terapie domiciliari oncologiche è dovuta ad informazioni imprecise del prescrittore, alla difficoltà a comprendere il suo linguaggio e al breve lasso di tempo che il paziente trascorre con lui. In tali situazioni la fase di dispensazione del farmaco rappresenta un'occasione per veicolare consigli e suggerimenti. Scopo del presente lavoro è analizzare i risultati dell'attività di *counselling* da parte del farmacista dispensatore.

**Metodi.** Nei mesi settembre/ottobre 2013 un farmacista, dedicato alla dispensazione di farmaci oncologici domiciliari di fascia H presso l'Unità Operativa Complessa Farmacia dell'Istituto Tumori di Bari, ha svolto un'intensa attività di *counselling*, rivolta a 456 pazienti. L'attività ha riguardato la corretta assunzione dei chemioterapici orali e relative terapie di supporto, eventuali effetti collaterali e rimedi per contenerli e possibili interazioni tra farmaci. Successivamente i pazienti sono stati intervistati sull'utilità di tale attività esplicitando i miglioramenti ottenuti nell'assunzione delle terapie.

**Risultati.** L'81% dei pazienti intervistati ritiene utile l'attività svolta; il 59% afferma di aver ricevuto consigli che hanno reso più tollerabili le terapie, il 22% ha modificato abitudini errate. Nel 23% dei pazienti trattati con temozolomide si sono ridotte frequenza ed intensità dell'emesi assumendo il farmaco a digiuno e l'antiemetico mezz'ora prima del chemioterapico, piuttosto che subito dopo; inoltre, l'utilizzo contestuale di lassativi nei cinque giorni di terapia di ogni ciclo ha risolto la stipsi nel 12% di essi. Nel 16% dei pazienti trattati con imatinib si sono ridotti i disturbi GI assumendo il farmaco ai pasti e suddividendo la dose giornaliera in due somministrazioni. Nel 13% dei pazienti in trattamento con capecitabina si sono ridotti gli episodi di infezioni ai piedi operando detersioni quotidiane alle lesioni indotte dal farmaco e proteggendo le parti con garze. Nel 47% dei pazienti che assumono l'antiemetico aprepitant, la nausea si è ulteriormente ridotta assumendo la prima delle tre compresse previste un'ora prima dell'infusione. Nel 27%, 32%, 9% e 36% dei pazienti trattati rispettivamente con erlotinib, sunitinib, sorafenib e lapatinib sono migliorati gli eventi avversi dermatologici usando creme contenenti fosfolipidi naturali. Infine, il 22% dei pazienti trattati con acido ibandronico ha modificato l'assunzione evitando la somministrazione durante i pasti.

**Conclusioni.** Dall'analisi condotta sono state individuate nuove aree d'intervento e nuove competenze professionali per migliorare le prestazioni sanitarie rese al paziente oncologico. Tuttavia, la possibilità d'interfacciarsi su un'unica piattaforma elettronica regionale garantirebbe una migliore comunicazione tra i diversi operatori sanitari deputati all'assistenza di tali pazienti.

## **PRESA IN CARICO DELLE MALATTIE RARE NELLA ASL BT: SISTEMA INFORMATIVO SIMARRP PER LA GESTIONE INTEGRATA DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI**

Nenna Saverio, Masella Annamaria, Carbone Lara, Bevilacqua Maria Michele  
*Unità Operativa Complessa di Medicina Interna, Ospedale L. Bonomo, Azienda Sanitaria  
Locale BT, Andria, Barletta-Andria-Trani*

Nell'ambito dell'integrazione delle cure per le persone con malattie croniche l'utilizzo di sistemi informativi può favorire la presa in carico e gestione dei pazienti affetti da Malattie Rare (MR). Nella ASL BT è stata implementata una infrastruttura logica ed organizzativa finalizzata all'integrazione dei Presidi Ospedalieri e dei Distretti SocioSanitari, mediante aggancio ad una piattaforma informatica, il Sistema Informativo Malattie Rare Puglia (SIMaRRP), che ha permesso: a) la messa a punto di collegamenti funzionali tra i nodi locali dell'Azienda Sanitaria: i Presidi ospedalieri accreditati, i Distretti Socio Sanitari, i Servizi Farmaceutici Territoriali. In questo modo vengono seguiti e coordinati i processi di diagnosi e certificazione dell'esenzione, di assistenza ed erogazione dei farmaci e di monitoraggio epidemiologico, che convergono in un unico flusso di dati; b) la valutazione dei bisogni e della distribuzione delle patologie sul territorio provinciale mediante la validazione dei dati epidemiologici reali; c) l'implementazione del Registro Regionale delle Malattie Rare attraverso il corrente flusso informativo nei confronti della Regione Puglia e dell'Istituto Superiore di Sanità. Il SIMaRRP ha consentito la connessione tra i nodi della rete della ASL BT con il Coordinamento Regionale (COREMAR) istituito presso l'Agenzia Regionale per la Sanità (ARES) e l'interconnessione con altre 7 Regioni dell'Area Vasta, capofila il Veneto. Sono stati così connessi 7 Sistemi Informativi regionali autonomi che condividono un'unica base informativa. Circa 23.000.000 di cittadini vengono monitorati da 550 nodi tra CIR e Presidi. Nella ASL BT il SIMaRRP nel corso del 2013 è stato messo in uso dai singoli Presidi/Centri abilitati alla diagnosi e al trattamento dei pazienti affetti da MR, dal responsabile del coordinamento aziendale MR, dai 5 Distretti SocioSanitari e dalle Farmacie Territoriali. Il software sviluppato su piattaforma web è stato realizzato rispettando gli standard di sicurezza e di riservatezza per il trattamento dei dati sensibili. I dati rilevati con SIMaRRP dai singoli Centri provinciali nei prossimi anni confluiranno nella piattaforma informativa della Regione Puglia EDOTTO, con integrazione dei medici di cure primarie e degli specialisti territoriali. I dati forniti nel corso del primo anno di utilizzo (2012-2013) del sistema informativo evidenziano un elenco degli esenti per MR di circa 26.500 pazienti in Puglia (oltre 2.500 esenti residenti nella provincia BAT). I dati del sistema informativo sono fruibili in piattaforma WEB sul Portale della Salute della Regione Puglia.

## **APERTURA DI UNO SPORTELLLO AZIENDALE PER L'ACCESSO UNICO E L'IMPLEMENTAZIONE DI MODELLI DI ASSISTENZA SECONDO *DISEASE AND CARE MANAGEMENT* FAVORISCONO LA PRESA IN CARICO GLOBALE DELLE MALATTIE RARE**

Nenna Saverio (a), Masella Annamaria (a), Carbone Lara (a), Bevilacqua Maria Michele (b)  
(a) *Unità Operativa Complessa di Medicina Interna, Ospedale L. Bonomo, Azienda Sanitaria Locale BT, Andria, Barletta-Andria-Trani*  
(b) *Associazione Italiana Malattie Neurologiche Rare, Minervino Murge, Barletta-Andria-Trani*

Un nostro lavoro di ricognizione dei bisogni inespressi aveva già evidenziato che i nodi critici relativi alla gestione dei Malati Rari (MR) nella ASL BT si concentrano in particolare sulle difficoltà di accesso, inteso come accesso alle informazioni, alla formazione di malati e famiglie (mancato *empowerment*), ad una diagnosi tempestiva, ai farmaci e parafarmaci, a programmi di cure non adeguate alle reali condizioni del paziente ed alla mancata partecipazione a trials su cure sperimentali ed innovative. Nell'ottica di favorire la presa in carico dei malati rari e sostenere le famiglie con disabilità proponiamo un progetto di apertura di uno Sportello Aziendale dedicato alla rilevazione e presa in carico dei bisogni globali della persona con MR. Uno sportello orientato a fornire informazioni, a fornire adeguato supporto psicologico, aiuto per le attività scolastiche, supporto assistenziale nel passaggio dall'età pediatrica a quella adulta. Sarà uno spazio di ascolto e di cura destinato a diventare un punto di riferimento provinciale per pazienti e medici, con apertura diurna di una struttura che funzionerà come una sorta di centro di prima accoglienza e di smistamento per i "potenziali malati rari", indirizzandoli verso i Centri di riferimento Aziendali e Regionali. L'attività si svilupperà a più livelli con la finalità di contribuire a realizzare un percorso integrato di aiuto e di sostegno attraverso la personalizzazione del processo di diagnosi e di cura. Con esso si punta a migliorare la qualità di cura ed il percorso per la certificazione per i pazienti stessi, ad incrementare la segnalazione e la relativa certificazione delle MR nei cittadini della ASL BT. Il progetto presentato prevede inoltre che in questa fase di riorganizzazione e reingegnerizzazione del sistema dell'assistenza territoriale distrettuale si possano governare i percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione mirando ad una forte integrazione socio-sanitaria e alla riorganizzazione delle cure primarie. Nel contesto della continuità delle cure proponiamo la presa in carico delle MR secondo un modello di *Disease & Care Management*. Elemento fondamentale di questo approccio multidisciplinare, a forte integrazione delle diverse professionalità coinvolte, sarà l'*empowerment* del paziente e della sua famiglia con il supporto innovativo della figura del *Care Manager*, dei volontari a domicilio e dei modelli di applicazione della telemedicina. Il care manager prenderà in carico il paziente raro e lo accompagnerà nel percorso delle cure specialistiche e della programmazione di ogni intervento assistenziale, indirizzando il paziente verso accessi programmati nell'ambito di un preciso e personale "programma di cura".



## IMPATTO PSICOSOCIALE DEL DIABETE IN ITALIA E IN EUROPA: LO STUDIO DAWN2

Nicolucci Antonio (a), Comaschi Marco (b), Pisanti Paola (c), Vaccaro Ketty (d), Massi Benedetti Massimo (e)

(a) *Fondazione Mario Negri Sud, Santa Maria Imbaro, Chieti*

(b) *ICLAS - GVM Care & Research, Rapallo, Genova*

(c) *Ministero della Salute, Roma*

(d) *Fondazione CENSIS, Roma*

(e) *Università degli Studi, Perugia*

**Introduzione.** Il secondo studio Attitudes, Wishes and Needs (DAWN2) ha valutato l'impatto psicosociale del diabete in 17 Paesi da 4 continenti. I dati italiani sono stati confrontati con quelli degli altri Paesi europei (Francia, Germania, Regno Unito, Danimarca, Olanda, Spagna, Polonia).

**Metodi.** In ogni Paese, un campione di 500 persone, stratificato per tipo di diabete e trattamento, ha completato un questionario validato ed adattato linguisticamente. L'indagine comprendeva fra l'altro il *Diabetes Impact on Life Dimensions*, il *WHO-5 Well-being Index*, e il *Problem Areas in Diabetes* (PAID-5). Risultati. Allo studio hanno preso parte 1.368 adulti con DM1 e 7.228 con DM2. L'Italia (18%) si attesta al secondo posto per prevalenza di probabile depressione (punteggio WHO-5  $\leq 28$ ), dietro solo alla Polonia (19%), mentre la prevalenza più bassa si registra in Danimarca (12%). Elevati livelli di distress (PAID-5  $\geq 40$ ) sono stati riscontrati in una percentuale superiore in Italia (51%) rispetto a tutti gli altri paesi europei salvo la Polonia (57%), mentre nei paesi del nord Europa le percentuali erano inferiori al 30%. In Italia, il 65% dei partecipanti ha riferito un impatto negativo del diabete sul benessere fisico, il 48% sul benessere psicologico e il 42% sulle finanze. Tutti questi valori erano superiori alla media europea. I partecipanti italiani hanno riferito i più alti livelli di supporto da parte della famiglia e della comunità, ma il 19% ha dichiarato di essere stato discriminato a causa del diabete, in linea con la media europea. In Italia solo il 53% dei partecipanti ha riferito di essere stato coinvolto in attività educative, ponendo il nostro paese al penultimo posto davanti soltanto alla Francia (47%), con una media europea di oltre il 70%. L'Italia occupa il penultimo posto per quanto riguarda la percentuale di partecipanti (54%) che considera il sistema sanitario ben organizzato per l'erogazione dell'assistenza alle patologie croniche (*range* 21% Polonia - 65% Olanda).

**Conclusioni.** Le attività di *benchmarking* dello studio DAWN2 possono aiutare ad identificare i bisogni inevasi e le pratiche che possono indurre un miglioramento nei risultati di un'assistenza diabetologica centrata sulla persona.

## IMPATTO DI RACCOMANDAZIONI EVIDENCE-BASED SULLA PRESCRIZIONE DI INCRETINE IN EMILIA-ROMAGNA: DATI PRELIMINARI 2013

Nonino Francesco (a), Voci Claudio (a), Puccini Aurora (b), Mazzetti Ilaria (b), Marata Anna Maria (a), Magrini Nicola (a)

(a) *Area Valutazione del Farmaco, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

(b) *Servizio Politiche del Farmaco, Regione Emilia-Romagna, Bologna*

**Introduzione.** La Commissione Terapeutica della Regione Emilia-Romagna (RER), con il supporto dell’Agenzia Sociale e Sanitaria (ASSR) e del Servizio Politiche del Farmaco, si avvale di gruppi di lavoro multidisciplinari di area specialistica per la produzione di raccomandazioni *evidence-based* e dei relativi indicatori sulla prescrizione di farmaci innovativi.

**Metodi.** Utilizzando il metodo GRADE, nel 2013 un gruppo di lavoro multidisciplinare ha formulato 5 raccomandazioni sui farmaci ipoglicemizzanti e incretino-mimetici nelle persone con Diabete Mellito (DM), qualora la mono-terapia con metformina non consenta più un adeguato controllo glicemico. Per ciascuna raccomandazione sono stati formalizzati “livello di prova” e “forza” e sono stati prodotti indicatori che definiscono i tassi prescrittivi attesi dei farmaci oggetto delle raccomandazioni. Il calcolo della “incidenza prescrittiva” di un secondo farmaco è stato effettuato identificando una coorte di pazienti in monoterapia con metformina nel Periodo Storico (PStor) gennaio 2012-marzo 2013. L’Area Valutazione Farmaco dell’ASSR e il Servizio Politiche del Farmaco della RER hanno ideato un sistema di raccolta di dati prescrittivi aggregati che, utilizzando flussi dati già disponibili, consente il monitoraggio periodico delle prescrizioni in relazione ai tassi attesi definiti dagli indicatori, e quindi del grado di adesione alle raccomandazioni da parte dei prescrittori. I tassi prescrittivi osservati e il loro rapporto con i relativi indicatori saranno periodicamente presentati ai prescrittori in un processo di *audit & feedback*.

**Risultati.** Sono stati calcolati i tassi prescrittivi regionali e per singole province del periodo aprile-settembre 2013. Delle 73.352 persone con DM in monoterapia con metformina durante il PStor, 2.519 hanno assunto un secondo farmaco: sulfanilurea in 1.865 casi (74%), o un farmaco incretino-simile (INCR) in 498 (20%) (tassi prescrittivi attesi, rispettivamente >60%, <30%). A 156 persone (6%) sono stati prescritti altri farmaci (prevalentemente acarbiosio). Delle 498 persone con DM in trattamento con INCR, 347 (70%) avevano un’età <65 anni e 151 (30%) >65 anni (tassi prescrittivi attesi, rispettivamente >60%, <40%). Delle persone con DM che nel PStor erano già in terapia con metformina e sulfanilurea (N=30.451), 649 (2%) hanno associato o sostituito alla sulfanilurea una INCR (tasso prescrittivo atteso <5%).

**Conclusioni.** Un metodo esplicito ed *evidence-based* ha consentito di produrre raccomandazioni valide e i relativi indicatori per l’uso terapeutico di INCR. La raccolta dei dati prescrittivi preliminari del periodo aprile-settembre 2013 suggerisce un buon grado di adesione alle raccomandazioni e di impatto sulla prescrizione di INCR.

## **AUTOMONITORAGGIO QUOTIDIANO: PROMOZIONE DI SALUTE IN DIABETICI IN GESTIONE INTEGRATA**

Pedroni Dante (a), Gaiti Dario (a), Turci Giuliana (a), Brambilla Antonio (b)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio Emilia

(b) Servizio Assistenza Distrettuale, Regione Emilia-Romagna, Bologna

**Introduzione.** Molti pazienti affetti da diabete mellito, grazie a informazioni ricevute sia in ambiente sanitario che in ambito divulgativo più generale, conoscono quale sarebbe uno stile di vita salutare per loro, ma ciò spesso non coincide con la capacità di realizzare ciò che, ben si sa, si dovrebbe fare per la propria salute. Anche il colloquio motivazionale ed il *counseling* possono rappresentare utili strumenti di promozione della salute; ma, se si limitano a prospettare solo un progetto al paziente, spesso producono cambiamenti effimeri e transitori. Questa esperienza ha avuto come obiettivo l'acquisizione concreta da parte del paziente di nuove abilità operative. I pazienti diabetici in gestione integrata, che vengono controllati quattro volte nell'anno dal MMG, sono stati invitati ad effettuare un monitoraggio scritto a domicilio della loro Pressione Arteriosa e del loro peso due volte alla settimana e, quotidianamente, della loro attività fisica strutturata. Questi “compiti a casa” sono stati condivisi con i pazienti e ritenuti realistici e realizzabili nella quasi totalità dei casi. I pazienti sono diventati operatori responsabili della loro salute con un ruolo primario.

**Metodi.** La strategia messa in pratica si è ispirata alla Terapia Cognitivo Comportamentale di Christopher Fairburn (Oxford UK) per i DCA, già applicata anche in Italia a BED ed alla Obesità complicata. È stata realizzata una semplice tabella per l'automonitoraggio di PA e peso ed una per l'attività fisica quotidiana; le tabelle sono predisposte per una lettura “a colpo d'occhio”. Il piccolo manuale informativo corredato dalle tabelle di automonitoraggio ha la capienza di un anno di registrazioni. Viene esaminato congiuntamente al paziente ad ogni visita di controllo.

**Risultati.** Il 91% dei pazienti diabetici in gestione integrata, a cui è stato affidato l'automonitoraggio, ha compilato le tabelle e le ha riportate ai controlli a tre, sei, nove e dodici mesi. I valori di laboratorio relativi al 2012 per i 1.976 pazienti diabetici in gestione integrata nel distretto di Correggio, che rappresentano il 57,2% di tutti i pazienti affetti da Diabete di tipo II, hanno evidenziato valori di HbA1c media di 7,1 nell'anno.

**Conclusioni.** L'automonitoraggio scritto di peso, PA ed attività fisica quotidiana nel paziente diabetico in gestione integrata favorisce il “prendere la salute nelle proprie mani” con una buona ricaduta di consapevolezza del proprio stile di vita e con buoni risultati laboratoristici di HbA1c.

## **ANALISI DELLE PRESCRIZIONI DI STRISCE PER L'AUTOMONITORAGGIO DELLA GLICEMIA NEI PAZIENTI DIABETICI DELL'AZIENDA ULSS 17 DEL VENETO IN RELAZIONE ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA EROGATA O AL TRATTAMENTO CON LA SOLA DIETA**

Pinato Samuela, Tasso Linda, Draghi Eva, Berti Elena, Zogno Maria Gabriella  
*Azienda ULSS 17 Monselice, Padova*

**Introduzione.** La gestione del paziente diabetico rientra in un complesso ambito di pertinenze di cui l'autocontrollo glicemico (SMBG) risulta essere una componente importante per ridurre il rischio di ipoglicemie, per il controllo dell'iperglicemia post-prandiale e per ottenere un buon controllo metabolico. In questo ambito la Regione Veneto ha emesso varie disposizioni per verificare l'appropriatezza del SMBG.

**Metodi.** Analisi delle prescrizioni di farmaci A10 e delle strisce per il SMBG per gli assistiti dell'ULSS 17 erogate dalle farmacie e dalla struttura pubblica nel 2012. Partecipazione all'attività di educazione al paziente negli ambulatori dell'ULSS 17.

**Risultati.** Il diabete è un problema sanitario che nell'ULSS 17 riguarda il 5,6% della popolazione pari a 10.426 assistiti che risultano avere prescrizioni di farmaci e/o dispositivi per l'autocontrollo della glicemia (SMBG) nell'anno 2012. Più della metà della popolazione diabetica risulta avere sia prescrizioni di farmaci che di strisce, un terzo ha prescrizione di farmaci senza avere contestuale prescrizione di strisce (più tra chi riceve ipoglicemizzanti vs insuline) mentre il rimanente 9% ha prescrizione di sole strisce. Circa il 97% dei trattati con ipoglicemizzanti riceve un n. di strisce coerenti con le disposizioni regionali. Gli insulino-trattati sono stati suddivisi in gruppi a seconda del tipo di trattamento che secondo le linee guida prevedono diverse determinazioni: tra chi assume insulina ad azione protratta/intermedia anche in associazione con ipoglicemizzanti il 32% riceve 306 strisce e il 30% 730 strisce l'anno. Chi ha prescrizioni di insulina prandiale riceve in circa l'80% dei casi in media 1.000 strisce l'anno. Tra chi ha prescrizioni di terapie di associazione il 70% riceve più di 900 strisce/anno. La popolazione che pur non ricevendo farmaci riceve strisce è soprattutto giovane: 1/3 dei trattati con 19-34 anni non ha farmaci ma ha strisce.

**Conclusioni.** L'analisi delle prescrizioni ha permesso di osservare la popolazione diabetica dell'ULSS 17 e di evidenziare la coerenza dell'uso delle strisce per l'automonitoraggio della glicemia nella maggior parte dei trattati e la presenza di alcuni pazienti che ricevono un numero non coerente di dispositivi che devono essere valutati singolarmente caso per caso per evidenziare casi di squilibrio, glicemico, casi a rischio di ipoglicemia o presenza di patologie concomitanti. Tutto questo si inserisce nelle attività previste dalla Regione Veneto che con DGR 1067/2013 ha previsto un nuovo Piano di Cura per la Fornitura di Dispositivi ai Pazienti Diabeti della Regione Veneto.

## WEB 2.0 NELLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE

Piroli Remo, Rodelli Paolo Maria  
*Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma*

**Introduzione.** Dopo la disamina della normativa sull'Assistenza Domiciliare e le Cure Palliative (Legge trentotto, Lea, ecc.) viene elaborata una griglia che evidenzia nei Nuclei Cure Primarie (NCP) lo stato degli Indicatori di Verifica dell'erogazione e degli Standard Qualificanti le cure domiciliari che, postata sul blog, ha la funzione di aprire un confronto nelle riunioni di Nucleo per una maggiore attinenza nella gestione dei percorsi soprattutto in presenza di elementi di forte difformità personale. I marcatori pongono l'attenzione su appropriatezza nell'apertura ADI, chiusura e utilizzo delle risorse.

**Metodi.** Al momento formativo concernente Percorsi cure domiciliari, Percorsi cure palliative/Hospice, Temi palliazione e Terapia del dolore, segue un lavoro sul web dove i tutor dei gruppi coordinano sulle piattaforme (portale *E-Learning Foraven* e Blog delle Cure Primarie) il confronto. Su *E-Learning* i MMG possono aprire forum, creare pagine Wiki e portare quesiti complessi a un livello cui accedono gli esperti. Il Blog delle Cure Primarie ospita le griglie di *benchmarking intra/Inter* Gruppi di Miglioramento concernenti i marcatori di Erogazione e degli Standard qualificanti collegati ai temi della formazione. I dati vengono desunti dai M100 (report riguardanti le ADI).

**Risultati.** L'analisi degli accessi conferma come questo strumento, garantendo la pubblicazione del contenuto e la sua indicizzazione, è efficace nella formazione in sanità. Esso condiziona il confronto in un percorso dove si è produttori dell'informazione, nello spirito del *peer to peer*. L'integrazione Ospedale territorio trova espressione (Unità Complesse di Cure Palliative e di Neurologia coinvolte su temi Oncologici e Neurologici degenerativi) con la partecipazione di infermieri territoriali, assistenti sociali, personale delle unità complesse interessate. Tra i risultati: la flessione del numero delle ADP e un aumento delle ADI oncologiche.

**Conclusioni.** Il Blog ospita iniziative che trovano spazio editoriale e di governo (Percorsi per la Cronicità, Profili di Nucleo, ecc.). Questi lavori hanno qui un comune denominatore: il confronto alla pari con gli operatori del proprio Nucleo (o della Propria Casa della Salute) e con quelli degli altri Nuclei (o Case della Salute) riguardo le prestazioni. Il confronto in *benchmarking* può far emergere difformità e indurre più attenzione ai protocolli, grazie al confronto *peer to peer*. Il tema è quello dell'appropriatezza per la quale ogni paziente deve avere nulla di meno e nulla di più di quanto è necessario per il suo bisogno con salvaguardia delle risorse. La variabilità nella gestione di un percorso deve dipendere dai bisogni e non da una gestione inadeguata.

## IPOGLICEMIA IN CORSO DI TERAPIA ANTIDIABETICA: UNO STUDIO NELLA REALE PRATICA CLINICA

Pirola Roberta (a,b), Bolcato Jenny (a), Franchin Giulia (a), Terrazzani Gianni (a), Paccagnella Agostino (c), Giusti Pietro (d), Caparrotta Laura (d), Chinellato Alessandro (a)

(a) Servizio Farmaceutico Territoriale, Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 9, Treviso

(b) Dottorato in Scienze Farmacologiche, Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi, Padova

(c) Centro Antidiabetico, Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 9, Treviso

(d) Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi, Padova

**Introduzione.** La terapia antidiabetica, che ha lo scopo evitare i danni derivati dall'iperglicemia, può determinare ipoglicemia. In particolare, quest'ultimo evento rappresenta un reale problema per il controllo glicemico del paziente e le insuline, sulfaniluree e meglitinidi sono i farmaci maggiormente implicati nello sviluppo di questa situazione clinica. Scopo dello studio è quello di analizzare la gestione della terapia diabetica focalizzando l'attenzione sull'ipoglicemia iatrogena e relative ospedalizzazione.

**Materiali.** Lo studio osservazionale retrospettivo, condotto presso l'Azienda ULSS 9 di Treviso, ha previsto la consultazione, per gli anni 2008-2012, dei seguenti database: prescrizioni farmaceutiche, esami di laboratorio, automonitoraggio della glicemia, accessi al pronto soccorso, schede di dimissione ospedaliera. Sono stati inclusi pazienti in terapia antidiabetica suddivisa nelle seguenti classi: I) insuline, sulfaniluree e meglitinidi; II) Incretino-Mimetici (IM); III) inibitori della dipeptil-peptidasi 4 (iDPP-4); IV) altri ipoglicemizzanti orali (metformina, pioglitazone ecc.). Sono stati esclusi i pazienti in trattamento concomitante (*add-on*) con almeno due farmaci appartenenti alle precedenti classi. Sono state considerate le ipoglicemia (glicemia  $\leq 70$  mg/dl) e le conseguenti ospedalizzazione per eventi correlati (diagnosi per fratture, accessi al pronto soccorso per coma e incidente stradale e ricovero per ipoglicemia).

**Risultati.** Nei cinque anni esaminati, nella popolazione dell'AULSS 9 di Treviso (397.149 nel 2008 e 412.250 nel 2012) i pazienti diabetici analizzati sono stati 17.452; di questi 14.110 esposti a farmaci ad elevato rischio di ipoglicemia, cioè appartenenti alla classe I, mentre i restanti 3.342 hanno ricevuto antidiabetici appartenenti alle altre 3 classi. Tra i pazienti trattati con insuline, sulfaniluree e meglitinidi 1.542 (8,83% sul totale di tutti i pazienti) hanno manifestato almeno una crisi ipoglicemica e 545 (3,12%) hanno avuto almeno un'ospedalizzazione. Tra quelli in terapia con iDPP-4 e IM rispettivamente 7 (0,04% sul totale di tutti i pazienti) e 4 (0,02%) pazienti hanno manifestato almeno una crisi ipoglicemica senza tuttavia evidenziare ospedalizzazioni. Tra i diabetici che hanno ricevuto farmaci della classe III, 251 (1,43% sul totale dei pazienti analizzati) hanno avuto almeno una crisi ipoglicemica e 229 di essi (1,31%) sono stati ospedalizzati almeno una volta.

**Conclusione.** Nell'ULSS di Treviso il 4,23% della popolazione è in trattamento con farmaci antidiabetici. L'8,83% dei pazienti in terapia con insulina, sulfaniluree e meglitinidi ha manifestato almeno una crisi ipoglicemica e per il 3,12% di essi è stata necessaria l'ospedalizzazione.

## ANTIDIABETICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO ADDIZIONALE

Renda Francesca, Baldelli Ilaria  
*Agenzia Italiana del Farmaco, Roma*

**Introduzione.** In base alla nuova legislazione di farmacovigilanza, l'Unione Europea ha introdotto una nuova procedura per contrassegnare i medicinali che sono oggetto di uno stretto e specifico monitoraggio da parte delle agenzie regolatorie definendoli "medicinali sottoposti a monitoraggio addizionale". Sono contrassegnati da un triangolo nero riportato nelle informazioni del prodotto (RCP e FI) e devono rispondere a determinate condizioni. L'obiettivo di tale monitoraggio è di incoraggiare operatori sanitari e pazienti a segnalare ogni sospetta reazione avversa osservata con medicinali contenenti principi attivi con nuovi meccanismi d'azione o con disponibilità limitata di dati sulla sicurezza al momento dell'autorizzazione.

**Metodi.** Consultazione dell'elenco di tali medicinali, pubblicato sul sito EMA e soggetto a revisione con cadenza mensile, dei rapporti pubblici di valutazione europea (EPARs) degli antidiabetici identificando i rischi che necessitano di approfondimento, analisi dei casi segnalati che riportano ADRs riconducibili ai rischi potenziali.

**Risultati.** Nell'elenco EMA sono stati identificati i seguenti antidiabetici che rispondono ad uno dei criteri stabiliti per rientrare nel monitoraggio addizionale (autorizzazione nell'UE dopo l'1 gennaio 2011): dapaglifozin, canaglifozin, alogliptin, linagliptin, insulina degludec (come monocomponenti o in associazione), e lixisenatide. I rischi potenziali che risultano dall'analisi degli EPARs rientrano principalmente nelle SOCs "Tumori benigni, maligni e non specificati" e "Patologie cardiache". Si evince la necessità di ulteriori dati per differenti neoplasie: cancro della vescica per dapaglifozin, pancreatico per alogliptin e cancro del colon per insulina degludec. Anche per lixisenatide, rientrando tra gli agonisti del recettore GLP-1, si può ipotizzare un effetto sulla tiroide con possibile insorgenza di neoplasia e di pancreatite. Per dapaglifozin e canaglifozin è stato messo in evidenza il rischio potenziale di fratture ossee: nel primo caso in pazienti con funzionalità renale compromessa; nel secondo, probabilmente correlato a grave ipotensione causata dal farmaco. Ulteriori dati sul rischio cardiovascolare sono attesi dall'esperienza post marketing per canaglifozin, insulina degludec e linagliptin. L'utilizzo dei nuovi antidiabetici necessita di approfondimenti anche in speciali popolazioni, in particolare in pazienti con insufficienza renale (alogliptin e linagliptin), epatica (alogliptin) e negli anziani (insulina degludec). Il rischio di infezioni e l'errore medico restano rischi potenziali limitati rispettivamente a linagliptin e insulina degludec. Nel database nazionale ancora non risultano segnalazioni per i p.a. in studio, tranne che quattro segnalazioni non gravi per linagliptin di cui una relativa a patologie cardiache.

**Conclusioni.** Un incremento della segnalazione, obiettivo del monitoraggio addizionale, permetterà pertanto di approfondire le conoscenze scientifiche di questi nuovi principi attivi confermando o meno i rischi per i quali, al momento, i dati disponibili sono ancora pochi. Avendo individuato tali rischi non ancora conosciuti, ad esempio per mancanza di studi, sarà possibile, in futuro, stabilire l'efficacia del monitoraggio addizionale e se i nuovi dati disponibili confermano o meno i rischi potenziali ottenuti dall'analisi.

## **PROGETTO GIADA (GESTIONE INTEGRATA DELL'ASSISTENZA AL DIABETICO ADULTO): IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE PER L'APPROPRIATEZZA DELLA CURA DEL DIABETE MELLITO NELL'AUSL DI MODENA**

Riccomi Silvia (a,b), Lorenzini Monica (a,b), Rovesta Lara (a,b), Bellelli Francesco (a), De Luca Maria Luisa (a), Padula Maria Stella (c), Bonora Karin (d), De Girolamo Gianfranco (d), Goldoni Carlo (d), Capelli Oreste (b), Solfrini Valentina (b)

*(a) Dipartimento Aziendale Cure Primarie, Azienda USL, Modena*

*(b) Programma Aziendale Governo Clinico, Azienda USL, Modena*

*(c) Medico di Medicina Generale, Società Italiana di Medicina Generale, Modena*

*(d) Servizio Epidemiologia, Dipartimento Sanità Pubblica, Azienda USL, Modena*

**Introduzione.** In Emilia-Romagna il “Progetto Diabete” promuove da oltre 10 anni la gestione integrata dei pazienti diabetici di tipo 2 non insulino-dipendenti da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG). Nell’AUSL di Modena, composta da 7 distretti molto diversi per caratteristiche geografiche e organizzative, è in atto da 2 anni uno studio osservazionale (Q-home) che applica ai pazienti diabetici arruolati nel Progetto (oltre 17.000 nel 2013) lo *score Q*, strumento sintetico validato che correla compenso metabolico con qualità di cura e rischio cardiovascolare. L’obiettivo è valutare le eventuali differenze interdistrettuali per ottimizzare ed omogeneizzare l’appropriatezza della cura del Diabete Mellito sull’intero territorio.

**Metodi.** Nel 2013 è stata implementata la raccolta informatizzata dei dati dei pazienti diabetici in gestione integrata (oltre 17.000), che vanno ad alimentare la costruzione del Registro Provinciale di Patologia. Sono stati raccolti dati anagrafici, clinici, laboratoristico-strumentali e sui trattamenti farmacologici. Sui parametri di appropriatezza di cura (HbA1c, pressione, LDL, nefroprotezione), utilizzati per il calcolo dello *score Q*, sono state elaborate apposite reportistiche collettive (Nucleo, Distretto e AUSL) ed individuali (per ogni paziente in carico al MMG), presentate e discusse con i clinici negli incontri di NCP. Nel 2013 è stato anche reso un report individuale di farmacovigilanza sulla prescrizione di biguanidi in pazienti con insufficienza renale cronica.

**Risultati.** Nel 2013, 425 MMG (83% sul totale) hanno fornito informazioni su 17.366 pazienti seguiti in gestione integrata. Il tasso distrettuale di adesione dei MMG al progetto oscilla tra il 63% e il 94%. L’età media dei pazienti non si discosta significativamente nei diversi distretti (da 70 a 72 anni). Lo *score Q* medio della popolazione assistita è  $29,5 \pm 8,4$ , con un’oscillazione interdistrettuale del 10% circa (27,7÷30,3). 2/3 della popolazione è nella fascia di punteggio più elevata (30-40) e solo il 3% (da 2% a 6%) è nella fascia 0-10, che corrisponde al maggior rischio relativo cardiovascolare. La percentuale di pazienti a target per HbA1c oscilla tra il 76% e l’84%, per la pressione arteriosa dal 54% al 60%, per l’LDL dal 54% al 65% e per la nefroprotezione dal 69% all’85%. Questi dati sono stati presentati in circa 2.000 report, collettivi e individuali, discussi con i clinici in oltre 70 incontri di gruppo accreditati ECM. Sono in corso di valutazione i dati relativi a ricoveri e mortalità per causa specifica.



**Conclusioni.** I dati raccolti indicano che l'appropriatezza della cura del Diabete Mellito da parte della MG nell'AUSL di Modena è piuttosto elevata. Si osservano tuttavia differenze non trascurabili (dal 10 al 30%) tra i diversi Distretti, che devono essere attentamente valutate e possibilmente recuperate per assicurare una qualità assistenziale ottimale e omogeneamente garantita sull'intero territorio provinciale.

## **ESPERIENZA DI *EMPOWERMENT* PRESSO LA CASA DELLA SALUTE DI SAN SECONDO NELLA GESTIONE INTEGRATA DELLE PATOLOGIE CRONICHE: IL TÈ DEL GIOVEDÌ**

Rodelli Paolo Maria (a), Bocchi Bruno (a), Cavalli Paola (a), Brambilla Antonio (b)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale, Parma

(b) Servizio Assistenza Distrettuale, Regione Emilia-Romagna, Bologna

**Introduzione.** L'*empowerment* del Paziente e della Comunità sono elementi fondanti del *Chronic Care Model*, per sostenere l'efficacia di un approccio proattivo e integrato alla malattia cronica e, in generale, per miglioramenti nello stato di salute della intera popolazione. Il cittadino informato e responsabilizzato può infatti assumere sia un ruolo attivo nella gestione della propria salute, sia partecipare alla definizione dei percorsi assistenziali e di cura della comunità. Lo sviluppo della gestione integrata dell'assistenza tra i diversi attori della cura, comprese le iniziative di *empowerment*, trova nel modello organizzativo e assistenziale delle Case della Salute un luogo elettivo per realizzarsi.

**Metodi.** Presso la Casa della Salute di S. Secondo Parmense, si realizza da quasi tre anni un percorso di *empowerment* comunitario, denominato "Tè del Giovedì", sotto forma di incontri periodici mensili aperti a tutta la popolazione su tematiche socio-assistenziali (percorsi di cura, servizi alla persona, conoscenza dei servizi, ecc.) al fine di migliorare la competenza degli utenti e ottenere una migliore qualità dell'assistenza. L'obiettivo è di rendere il paziente informato e competente, responsabilizzandolo sugli obiettivi di salute (es. corretti stili di vita) e condividendo obiettivi raggiungibili.

**Risultati.** La conduzione dei gruppi del Tè del Giovedì, sono di promozione alla salute, nel 2011, che ha dato inizio al progetto, sono stati realizzati 10 incontri, nel 2012 gli incontri sono stati 11 di cui 2 in lingua araba. Hanno partecipato circa 50 cittadini per incontro, di cui circa 5% stranieri. Nel 2013 si sono avuti 11 incontri di cui diversi dedicati ai progetti di gestione integrata delle patologie croniche e nello specifico soprattutto per la BPCO e Diabete Tipo II.

**Conclusioni.** Dare utili informazioni, educare alla prevenzione e alla tutela della salute, implementare il clima di fiducia tra professionisti sanitari e cittadini sono le finalità di ogni organizzazione sanitaria che ponga al centro dell'attenzione il cittadino. L'*empowerment* del cittadino, ovvero lo sviluppo ed il potenziamento del ruolo di partecipazione, valutazione e decisione del cittadino e della comunità nella gestione della sanità, è riconosciuto come un requisito determinante per il raggiungimento degli obiettivi di salute che tutti i sistemi sanitari dei paesi occidentali si prefiggono nei prossimi decenni. In una piccola realtà quale il NCP di San Secondo all'interno della Casa della Salute, si è pensato pertanto di avviare questa modesta iniziativa pensando all'ambizioso e grande obiettivo qual'è l'integrazione totale con il territorio. Si ritiene inoltre che l'integrazione tra professionisti medici e professionisti dell'area sanitaria tecnica (infermieri, fisioterapisti, ecc.) possa costituire un valore aggiunto dell'iniziativa.

# **CHRONIC CARE MODEL BPCO: DALLA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE ALL'ANALISI DEGLI INDICATORI DI PROCESSO SULLA TERAPIA FARMACOLOGICA. NUOVA MODALITÀ DI MONITORAGGIO E DI *FEED-BACK* AL CLINICO IN UN SISTEMA INTEGRATO E DI QUALITÀ**

Roghi Alessandra (a), Dragoni Antonella (b), D'Avella Rosella (a)

(a) *Unità Operativa Complessa Farmaceutica Territoriale, Azienda USL 8, Arezzo*

(b) *Unità Funzionale Attività Sanitarie di Comunità, Azienda USL 8, Arezzo*

**Introduzione.** La BPCO rappresenta la quarta causa di morte a livello mondiale. In Italia colpisce circa il 3% della popolazione generale, con tassi di prevalenza che aumentano con l'età e nel sesso maschile; raggiunge il 20% nei maschi  $\geq 60$  anni. Il *Chronic Care Model* (CCM), così come attivato nella Aus 18 Arezzo, prevede la presa in carico di pazienti affetti da: insufficienza respiratoria cronica ( $\text{PaO}_2 < 60$  mmHg e/o  $\text{PaCO}_2 > 45$  mmHg); affetti da BPCO. La gestione clinica del paziente avviene attraverso il team multi-professionale costituito da: MMG, infermiere/OSS e specialista, che seguono un PDTA definito, con *follow-up* diversificati sulla base della stadiazione clinica. L'obiettivo è di ridurre l'insorgenza di insufficienza respiratoria nei pazienti a rischio o già affetti da BPCO e di rallentare l'evoluzione verso le fasi più gravi.

**Metodi.** Arruolamento da parte dei MMG di 7 Moduli CCM di pazienti con diagnosi di BPCO e insufficienza respiratoria, per un totale di 32 medici e una popolazione di 41.542 assistiti. Sono stati valutate le terapie o l'assenza di terapia nel 2013 per i pazienti, ciascuno individuato in base a parametri clinici spirometrici e al test di broncodilatazione. È stata monitorata la *compliance* (aderenza alla terapia).

**Risultati.** I pazienti arruolati sono risultati 909, di questi 828 *over 60* e con % di pazienti maschi al 57,6%. Il 45% della popolazione (408 pazienti) non hanno ricevuto alcun trattamento farmacologico, in quanto a basso rischio con sintomi lievi, per i quali è stato intrapreso un percorso di *counseling* e verifica degli stili di vita. Gli altri 501 sono stati trattati con farmaci respiratori: il 25,7% con LABA e SABA; il 37,4% con associazioni LABA-ICSS; il 19,29% con anticolinergici LAAC; il 19,57% con corticosteroidi ICSS. Di questi, 295 pazienti sono in terapia con associazioni di più farmaci, in particolare 137 con più di 2 categorie di farmaci. Il 35% dei pazienti sono risultati aderenti alla terapia ( $\text{DDD/utente} > 290/\text{anno}$ ). Si sono riscontrate differenze tra i moduli CCM (% diverse di utilizzo delle categorie di farmaci, e aderenza al trattamento).

**Conclusioni.** Il CCM permette una gestione ottimale del paziente con BPCO e il PDTA garantisce la corretta diagnosi e terapia farmacologica. Il monitoraggio degli indicatori di processo farmaceutici, fornisce un'informazione di ritorno al clinico sull'efficacia dell'intervento e permette di confrontare le diverse prassi terapeutiche tra i moduli e verso i medici non-CCM in un'ottica di *benchmark* e *accountability*.

## EDUCAZIONE TERAPEUTICA STRUTTURATA IN PAZIENTI DIABETICI O CON SINDROME METABOLICA

Spinosa Tiziana (a), Azzaro Gianluca (a), Cammarota Simona (a), Citarella Anna (a), De Caro Roberto (a), Laneri Floriana (a), Scariati Nunzia (a), Savastano Silvia (b), Rossi Annalisa (b), Liguori Giorgio (c), Colao Annamaria (b)

(a) Agenzia Regionale Sanitaria della Campania ARSAN, Napoli

(b) Università degli Studi Federico II, Napoli

(c) Università degli Studi Parthenope, Napoli

**Introduzione.** L'obesità, oltre ad essere determinata da fattori genetici, è fortemente influenzata da fattori endocrini, socio-economici e culturali. Secondo i dati ottenuti dal progetto PASSI, la Regione Campania, è tra le Regioni con maggiore diffusione di sovrappeso e obesità, con una prevalenza che si attesta tra il 45-54% nella popolazione generale, fino a raggiungere l'81,3% nella popolazione diabetica di tipo 2. L'obiettivo del presente studio è stato la sperimentazione di un programma di educazione mirato a conoscere ed evitare i comportamenti a rischio attraverso un processo di *empowerment* del soggetto diabetico e/o con sindrome metabolica.

**Metodi.** Lo studio ha previsto il reclutamento da parte dei centri diabetologici territoriali (CAD), afferenti alle AA.SS.LL già arruolate nel Progetto IGEA Campania, di gruppi di circa 10 pazienti con Diabete Mellito tipo 2 e/o con Sindrome Metabolica di età compresa tra i 25 e 65 anni. Presso ciascun CAD sono stati organizzati due interventi educazionali realizzati da parte di team multidisciplinari di professionisti (MMG, Infermieri Professionali, Specialisti, esperti di fitness metabolico) adeguatamente formati. In queste sedi sono stati affrontati i temi inerenti l'importanza di una corretta alimentazione e dell'attività fisica avvalendosi anche di materiale educativo finalizzato a sensibilizzare il paziente sulla necessità di un intervento terapeutico utile per acquisire la consapevolezza del problema e l'abilità necessaria all'autogestione della malattia. Attraverso la compilazione di appositi questionari è stata effettuata un'indagine sulle abitudini alimentari, l'attività motoria e propensione al cambiamento nonché l'efficacia del percorso eseguito in termini di accrescimento di conoscenze e gradimento da parte del partecipante.

**Risultati.** Lo studio ha coinvolto 25 CAD distribuiti su tutto il territorio campano (il 57% dei centri diabetologici operanti sul territorio). Al percorso formativo hanno aderito 269 soggetti di età media pari a 60 anni, di cui 52% donne. Il 67% del campione aveva conoscenza dell'importanza di una corretta alimentazione e il 90% riteneva importante l'attività fisica, sebbene solo il 35% ha risposto di praticarla almeno 3 volte alla settimana. L'86% dei soggetti ha risposto di essere disposto al cambiamento, e di questi il 15% ha espresso una richiesta di una guida nell'operare tale cambiamento. Su un totale di 197 soggetti che hanno risposto al questionario di verifica del gradimento al percorso formativo seguito, l'80% dei soggetti ha riferito un giudizio complessivo positivo.

**Conclusioni.** L'analisi degli indicatori di processo ha evidenziato che tale modalità organizzativa sembra utile alla promozione di un cambiamento, da parte dell'utente, relativamente agli stili di vita. Inoltre i dati relativi ai risultati ottenuti, anche se limitati, sembrano incoraggiare a proseguire questa modalità di intervento educativo.

## **ARTRITE IN RETE - PROGETTO RHEUMALINK**

Triassi Maria, Delfino Roberto

*Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi Federico II, Napoli*

Il termine dell'appropriatezza prescrittiva secondo i moderni criteri dell'HTA passa attraverso l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali di qualsiasi problematica e nello specifico dell'Artrite Reumatoide, una malattia infiammatoria che colpisce le piccole e grandi articolazioni, che se non intercettata tempestivamente e curata in modo ottimale, produce un sensibile deterioramento articolare che nel tempo determina disabilità. In Campania circa 30.000 pazienti sono affetti da questa malattia che se non trattata adeguatamente, può condurre a seri problemi di difficoltà nella quotidianità, nonché in alcuni casi nell'autosufficienza del paziente. Di conseguenza, più la diagnosi è precoce e la terapia adeguata, più si previene la determinazione di danni permanenti ed invalidanti. Pertanto, l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, nonché una migliore distribuzione territoriale dei Centri Prescrittori, risultano essere essenziali per assicurare il completo rispetto dell'appropriatezza prescrittiva. Attraverso la formazione manageriale ai Reumatologi e a tutte le figure professionali, indispensabili per la costruzione di un percorso diagnostico-terapeutico, quali: farmacisti, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari, sono stati realizzati e condivisi in aula degli elaborati tecnici. Il risultato di tale progettualità è stato quello di elaborare un percorso diagnostico terapeutico-assistenziale dettagliato, in età adulta e in età pediatrica, di sensibilizzare le figure professionali coinvolte e di proporre una messa in rete dei Centri Prescrittori per il monitoraggio dei dati e degli indicatori attraverso una piattaforma digitale.

## OSPEDALE E CRONICITÀ - PROGETTO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SPEDALI CIVILI DI BRESCIA

Valentini Umberto, Mentasti Silvia, Terraroli Carmen, Alessandrini Luisa, Castellano Maurizio, Danesi Rossella, Fornari Dario, Sandrini Massimo, Comberti Enrico, Fenotti Adriano, Ferretti Giovanna, Piccoli Mauro, Rosati Cristina, Tortelli Dionigi, Vicari Sabrina, Derelli Ermanna, Belleri Ezio  
*Azienda Ospedaliera, Spedali Civili, Brescia*

**Introduzione.** Il progetto “Ospedale e Cronicità”, iniziato nel 2009 e tutt’ora in corso, esprime la visione strategica dell’Alta Direzione degli Spedali Civili di Brescia sulla gestione della cronicità, che diventerà un problema di sostenibilità anche per l’ospedale. Il progetto si propone la presa in carico e l’accompagnamento dei malati cronici attraverso un cambiamento culturale degli operatori sanitari e vede nell’Educazione Terapeutica e nella costruzione di PDT gli strumenti di evoluzione dell’ospedale.

**Metodi.** Analisi del contesto: valutazione dei DRG nell’anno 2009 e dell’attività delle singole UUOO attraverso un questionario Formazione all’Educazione Terapeutica realizzata attraverso un percorso formativo interattivo (lavori di gruppo, *role playing*, ...) di 30 ore per équipe (max 30 partecipanti) con la produzione finale di un progetto di educazione terapeutica. Diffusione del progetto attraverso convegno, articoli sul giornale aziendale e sulla stampa locale, comunicazione interna (intranet). Coinvolgimento degli uffici in staff alla Direzione Strategica Aziendale per concretizzare le decisioni prese.

**Risultati.** Il 75% dei ricoverati (97.000 ricoveri) aveva una o più patologie croniche. Il 68% delle UUOO aveva strutturato una attività ambulatoriale dedicata alla cronicità e in particolare all’educazione del paziente all’autogestione della malattia, ma disomogenea e spesso male organizzata. Alla fine del percorso formativo 51 UUOO hanno presentato progetti di educazione terapeutica strutturata. Al convegno tenutosi il 6 dicembre 2013, oltre alla partecipazione di un pubblico qualificato, si è avuta la presenza di: Assessore Sanità Regione Lombardia, Direttori Azienda Ospedaliera Provincia di Brescia, Asl di Brescia, i Direttori UUOO Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia. Numero monografico giornale aziendale dedicato alla cronicità. Costituzione gruppi di lavoro.

**Conclusioni.** L’analisi del contesto conferma che la cronicità è un problema importante anche in strutture ospedaliere altamente specializzate e nate per l’acuto; le U.U.O.O. specialistiche si sono organizzate in modo disomogeneo per rispondere alla cronicità; la formazione degli operatori all’ET e l’educazione della persona con malattia cronica sono interventi principali di cambiamento. La continuazione del progetto permetterà di:

- garantire al paziente acuto ricoverato le risorse necessarie, “liberando” i reparti di degenza dalle persone con malattie croniche che possono essere gestite a livello ambulatoriale anche se ad alta intensità di cura (PDT intraospedaliero);
- proporre un modello organizzativo centrato sulla persona che risponde all’evoluzione dell’ospedale permettendo di ridurre le degenze e di gestire i pazienti cronici ad alta intensità di cura in regime ambulatoriale, accompagnandoli nel percorso assistenziale;
- migliorare l’integrazione tra Ospedale e Territorio attraverso il ruolo attivo della persona con malattia cronica (PDT extraospedaliero).

## TERAPIA MEDICA NUTRIZIONALE NEL RISPETTO DELLE ESIGENZE E DISPONIBILITÀ AL CAMBIAMENTO DEL PAZIENTE DIABETICO

Visalli Natalia, Migneco Giuseppina, Rossini Mauro, Salomone Enrica, Facchini Bruna, Righini Claudia, Antonacci Monia, Cignetti Alessandra, Giordano Renato, Chiaramonte Francesco  
*Unità Operativa Complessa Diabetologia e Dietologia, Polo Ospedaliero S. Spirito, Roma*

**Introduzione.** "Le persone affette da alterazioni glicemiche o diabete devono ricevere ... Terapia Medica Nutrizionale che tenga in considerazione le esigenze personali e la disponibilità al cambiamento". Standard italiani per la cura del diabete 2009-2010.

**Metodi.** 112 pazienti, dopo anamnesi nutrizionale e condivisione degli obiettivi di riduzione ponderale e dei tempi per raggiungerli, in base alla loro disponibilità al cambiamento e alle esigenze personali, sono stati suddivisi in 3 gruppi omogenei per caratteristiche d'ingresso.

- 1) Percorso prescrittivo: (6 incontri di 30' ciascuno, ogni 30 giorni). 25 pazienti di età media  $54,3 \pm 14,3$  SD, 18F/7M. 12 con T2DM, 13 obesi e/o con familiarità per diabete.
- 2) Percorso di Educazione Terapeutica Strutturata (ETS) individuale (6 incontri di 30' ciascuno, ogni 15 giorni. Strumento: piramide alimentare, *counting* dei CHO e dei grassi. Tecnica: colloquio, classificatore di immagini) 28 pazienti di età media  $54,9 \pm 13,4$  SD, 22F/6M. 13 con T2DM, 15 obesi e/o con familiarità per diabete.
- 3) Percorso di ETS di gruppo (6 incontri di 2 ore ciascuno, ogni 15 giorni. Strumento: piramide alimentare, *counting* dei CHO e dei grassi. Tecnica: lezione interattiva, giochi, laboratorio di cucina) 59 pazienti di età media  $64,6 \pm 9,9$  SD, 40F/19M. 29 con T2DM, 4 con alterata glicemia a digiuno (IFG), 26 obesi e/o con familiarità per diabete. Tutti sono stati sottoposti a valutazione antropometrica e metabolica e alla verifica del raggiungimento degli obiettivi all'inizio e alla fine dello studio.

**Risultati.** Tutti i gruppi presentano una riduzione significativa ( $p < 0,01$ ) del BMI dall'inizio alla fine dello studio.

**Conclusioni.** Solo nei gruppi di Educazione Terapeutica Strutturata sia di gruppo che individuale, il paziente acquisisce abilità che permettono il raggiungimento dell'autonomia di gestione della malattia attraverso comportamenti corretti e scelte consapevoli.

## PASSO DOPO PASSO VERSO COMPORTAMENTI CONSAPEVOLI E CORRETTI PER LA CURA DEL PIEDE DIABETICO

Visalli Natalia (a), Ciarmatori Anna (a), Macini Lorena (b), Salomone Enrica (a), Pannozzo Orietta (a), Baldassarra Silvana (a), Roma Samanta (a), Ralli Romina (a), Danna Daniela (a), Chiaramonte Francesco (a)

(a) *Unità Operativa Complessa di Diabetologia e Dietologia, Polo Ospedaliero S. Spirito, Roma*

(b) *Casa di Cura Villa Benedetta, Roma*

**Introduzione.** Tra le complicanze del diabete, la patologia legata al piede è tra le più frequenti e costose: è stato dimostrato che programmi di cura del piede che comprendano l'educazione, possono ridurre la comparsa delle lesioni in oltre il 50% dei pazienti.

**Metodi.** Sono stati reclutati 45 pazienti con rischio medio-elevato (11D/34M; età media: 72,6±7DS anni; 43 affetti da T2DM e 2 da T1DM; durata media della malattia: 17,4±11,7 DS anni). Il 55,5% in terapia con ipoglicemizzanti orali, il 22,2% in terapia insulinica, l'8,8% in dietoterapia, la restante in terapia associata. Il percorso educativo è stato strutturato in 3 incontri, di due ore ciascuno, ogni 15 giorni con l'utilizzo di diverse metodologie: discussione guidata (Conversation Map™) nel primo; lezione interattiva con utilizzo della valigetta piede GISED nel secondo; laboratorio esperienziale "mercato delle scarpe" nel terzo. All'inizio ed al termine del percorso educativo e a 3 e 6 mesi dallo stesso è stato somministrato a tutti i pazienti il questionario GISED. Al termine è stata fatta una verifica delle abilità rispetto alla frequenza di ispezione e lavaggio dei piedi e compilata una checklist delle azioni apprese per la corretta esecuzione dell'ispezione, lavaggio e rispetto dei criteri di sicurezza per la scelta delle calzature. Tale verifica sarà nuovamente eseguita a 6 mesi dal termine del percorso.

**Risultati.** All'inizio del percorso il numero medio di risposte corrette al questionario GISED è stato pari a 6,8±2,1DS su 10, con un incremento significativo al termine (8,7±0,9DS; p<0,001). Tale significatività si è mantenuta anche a 3 mesi dal termine del percorso (8,9±1DS). Rispetto alla verifica delle abilità, solo il 64% dei pazienti eseguiva correttamente e con la giusta frequenza ispezione, lavaggio e scelta delle calzature al termine del percorso educativo e dopo 3 mesi.

**Conclusioni.** Al fine di migliorare le abilità acquisite nella cura del piede è necessario uno stretto *follow-up* educativo in tutti i pazienti, indipendentemente dal livello teorico di conoscenze acquisite al termine del percorso educativo stesso.



## VIDEOGAME PER LA PROMOZIONE DI STILI DI VITA SALUTARI

Vitacolonna Ester (a,b,c), Fraticelli Federica (b), Pintaudi Basilio (d), Polcini Francesco (b), Marchetti Daniela (b), Di Vieste Giacomina (c), D'Elia Roberto (d)

(a) *Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi G. d'Annunzio, Chieti-Pescara*

(b) *E-learning, Development and Delivery Università degli Studi G. d'Annunzio, Chieti-Pescara*

(c) *Università degli Studi G. d'Annunzio, Chieti-Pescara*

(d) *Fondazione Mario Negri Sud, S. Maria Imbaro, Chieti*

(e) *Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute, Roma*

**Introduzione.** L'obesità ed il diabete di tipo 2 sono patologie di grande rilievo sociale e, nonostante il grande impegno per fermarne la diffusione, il fenomeno vede una preoccupante tendenza all'aumento soprattutto nei giovani. I *Serious Games for Health* sono dispositivi innovativi che possono permettere di acquisire conoscenze ed abilità su temi di salute. Con l'obiettivo di produrre uno strumento innovativo atto a promuovere uno stile di vita salutare fra i giovani è stato sviluppato un Web Game chiamato "Gustavo nel pianeta Gnam". Il Game è stato realizzato nell'ambito del Progetto "Attività Fisica e alimentazione nella prevenzione e cura del diabete" con il supporto del CCM - Ministero della Salute e della Regione Abruzzo. Hanno partecipato al Progetto quattro Unità operative che hanno operato con consolidate sinergie valorizzate grazie alla formazione avvenuta in seno al Progetto IGEA. Scopo dello studio è stato quello di valutare l'efficacia del video game.

**Metodi.** Un team multidisciplinare ha progettato il Game sulla base delle teorie di cambiamento del comportamento. Hanno partecipato allo studio 62 soggetti (età media 15,9 anni; 41,9% maschi). Di essi 47 hanno utilizzato il video game "Gustavo" e 15 hanno fruito di un secondo video game privo di informazioni sulla corretta alimentazione. A tutti i partecipanti sono stati somministrati due questionari: uno sulle conoscenze alimentari (punteggio da 0 a 88, con punteggi più alti indicanti maggiori conoscenze) ed uno sulla frequenza di introduzione di alimenti. I questionari sono stati somministrati ad entrambi i gruppi prima di utilizzare i Games e dopo una settimana di gioco.

**Risultati.** I giovani che hanno fruito del Game "Gustavo" hanno mostrato un miglioramento delle conoscenze sulla corretta alimentazione (rispettivamente pre-test  $70,0 \pm 1,3$  vs post-test  $71,3 \pm 1,5$   $p < 0,05$ ) ed un miglioramento qualitativo nell'assunzione di alimenti. Nei soggetti che avevano fruito del Game privo di informazioni sullo stile di vita salutare non vi sono state differenze significative ( $p = 0,62$ ).

**Conclusioni.** I nostri dati, pur preliminari, dimostrano che il game "Gustavo" è uno strumento efficace per migliorare le conoscenze sulla corretta alimentazione e promuovere uno stile di vita salutare, all'interno di programmi di prevenzione strutturati su più livelli e che prevedano coinvolgimento di tutti gli attori.

## IL PROGETTO IGEA NELLA ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI

Vitacolonna Ester (a,b), D'Ugo Ercole (b), Bonatti Meri Luisa (b), Spadaccini Tiziana (b), Sebastianelli Raffaele (b)

(a) *Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi G. d'Annunzio, Chieti-Pescara*

(b) *ASL 02, Lanciano-Vasto-Chieti*

**Introduzione.** La Gestione Integrata (GI) è un sistema organizzato per rispondere ai bisogni delle persone con malattie croniche (IGEA 2011). Il modello della GI rappresenta il più diffuso ed efficace modello per la gestione delle patologie croniche e costituisce ormai il riferimento organizzativo-operativo di tutte le esperienze più significative in Italia e all'estero nell'ambito dell'assistenza alla cronicità. Il Diabete Mellito (DM), grazie al progetto IGEA, è divenuto un modello paradigmatico per tutte le altre patologie croniche. In Abruzzo molto si è fatto per la formazione, l'informatizzazione e la attuazione pratica delle linee di indirizzo del progetto. In particolare la ASL Lanciano-Vasto-Chieti ha sempre visto una grande attenzione alla GI del DM da parte dei medici di medicina generale (MMG) e degli specialisti. Relativamente ad IGEA gli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione prevedevano: 1) la realizzazione in ogni realtà locale di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale in diabetologia; 2) la implementazione della comunicazione interna tra gli operatori coinvolti; 3) la formazione di *Care manager*; 4) la presa in carico della persona; 5) il miglioramento del sistema informativo; 6) la formazione specifica dei MMG.

**Metodi.** Tra gli obiettivi individuati nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti sono stati progettati e realizzati, in assoluta consonanza con la Unità Operativa di Formazione Aziendale, nell'ultimo trimestre del 2013, eventi di formazione ECM per i MMG, capillarizzati in 5 edizioni, su sedi diverse.

**Risultati.** Questi eventi, che hanno visto come docenti due diabetologi (dei quali uno Formatore Nazionale), un MMG-Formatore e un Dirigente della Unità Operativa di Formazione Aziendale, hanno registrato la partecipazione di 170 MMG. Di essi 132 (77,6%) hanno personalmente e formalmente aderito alla GI, accettando anche la condivisione con le Unità Operative di Diabetologia aziendali di riferimento, dei dati clinici dei pazienti dopo avere acquisito il consenso informato degli stessi. Gli eventi realizzati sono stati occasione per condividere ed implementare i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e le soluzioni per il sistema informativo. I questionari di gradimento hanno mostrato valutazione molto positiva della qualità complessiva degli eventi e dei docenti (90% di consensi).

**Conclusioni.** I nostri risultati confermano una grande attenzione per la GI del DM da parte di tutti gli attori. È necessario che tutte le azioni intraprese e gli impegni assunti vengano portati a positiva conclusione. Il confermato clima collaborativo instaurato nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti è substrato indispensabile per il successo.

## SISTEMA IGEA: ESPERIENZE PRELIMINARI

Vitacolonna Ester (a,b), Ianiro Gabriella (b)

(a) *Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi G. d'Annunzio, Chieti-Pescara*

(b) *ASL 02, Lanciano-Vasto-Chieti*

**Introduzione.** La Gestione Integrata delle Malattie Croniche presuppone “l'adozione di programmi gestionali particolari ed ha in sé peculiarità relazionali, cliniche, comunicative, economiche, in cui ogni componente della relazione assistenziale deve svolgere un'azione definita, valutabile e quantificabile ed in cui fondamentale è la centralità del paziente”. Il Diabete Mellito, grazie al progetto IGEA dell'Istituto Superiore di Sanità, è la patologia cronica per la quale questo modello di assistenza è talmente progredito ed affinato che è divenuto un modello paradigmatico per tutte le altre patologie croniche.

**Metodi.** Nella Regione Abruzzo molto si è fatto per la attuazione pratica delle linee di indirizzo fornite da IGEA e nel 2007 nella ASL Chieti-Ortona grazie anche alla sinergia tra specialisti e Medici di Medicina Generale, fu intrapresa la gestione integrata per due patologie croniche: il Diabete Mellito (DM) e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). Dopo una fase di programmazione ed organizzazione, la Delibera D.G. ASL Chieti-Ortona n. 1028 del 24-12-2007 indicava la fase di attuazione e di operatività per il 2008-09. Gli obiettivi erano: 1) la diagnosi precoce di malattia, 2) il monitoraggio secondo un modello predefinito, 3) la ottimizzazione e la razionalizzazione dell'accesso del paziente BPCO e con DM alla struttura specialistica, 4) l'identificazione secondo i livelli di gravità delle riacutizzazioni; 5) la promozione della partecipazione attiva del paziente alla gestione della propria patologia. Entrambi i Progetti di Gestione Integrata (DM e BPCO) prevedevano la formazione obbligatoria dei MMG, la definizione dei compiti dei MMG e degli specialisti, la definizione di indicatori e di PDTA, la validazione di un sistema informativo efficace, il monitoraggio/ valutazione dei risultati/ esiti.

**Risultati.** I MMG e gli specialisti hanno mostrato gradimento dell'iniziativa ben consapevoli dell'importanza della metodologia. Alcune criticità erano state riscontrate per la rilevazione dei parametri relativi alla BPCO.

**Conclusioni.** Tale esperienza, pur preliminare, appare estremamente significativa: i partecipanti testarono che il Progetto "Diabete" può costituire un laboratorio per la ricerca di soluzioni condivise a vari aspetti critici dell'assistenza e può rappresentare un modello per lo sviluppo di programmi per tutte le patologie croniche.

# **RICORSO ALLE STRUTTURE OSPEDALIERE IN CASO DI IPOGLICEMIA: STUDIO DESCRITTIVO SULLA POPOLAZIONE DIABETICA DELL'EMILIA-ROMAGNA**

Voci Claudio, Nonino Francesco, Marata Anna Maria, Magrini Nicola  
*Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna, Bologna*

**Premessa.** L'ipoglicemia è il più frequente tra gli eventi avversi degli ipoglicemizzanti; quelle gravi, che cioè richiedono un intervento medico, sono però molto rare. Tuttavia è stato ipotizzato che anche le ipoglicemie clinicamente lievi, che non richiedono assistenza, potrebbero essere prognosticamente importanti per i diabetici e causa di Eventi Cardiovascolari (ECV). La riduzione della frequenza di ECV e di mortalità cardiovascolare figurano tra i principali obiettivi della terapia del diabete.

**Obiettivo.** Stimare la frequenza di episodi ipoglicemici (con *follow-up* retrospettivo di un anno) che richiedono un ricovero ospedaliero e la mortalità a breve termine (180 giorni) tra i diabetici ricoverati in ospedale nel periodo 2009-2013 nella Regione Emilia-Romagna. Lo studio è propedeutico ad un successivo studio longitudinale caso-controllo finalizzato a misurare l'associazione tra episodi ipoglicemici gravi, ECV e mortalità in relazione a variabili demografiche e assistenziali.

**Metodi.** Dagli archivi amministrativi sanitari della Regione Emilia-Romagna, sono stati selezionati i ricoveri e gli accessi al pronto soccorso per ipoglicemia (ICD9-9-CM: 250.3, 250.8, 251.0, 251.1, 251.2, 270.3, 962.3) effettuati dall'anno 2009 ai primi mesi dell'anno 2013 dai residenti in Emilia-Romagna con età maggiore o uguale a 50 anni (fascia di età con maggiore proporzione di pazienti con diabete tipo 2). Il codice paziente è stato incrociato con le prescrizioni farmaceutiche, SDO e schede di mortalità per identificare: la terapia con farmaci per il diabete (ATC A10) prescritta nel periodo precedente (1 anno) e successivo (1 anno) alla data di ammissione/ricovero, pregressi ricoveri per diabete (qualsiasi patologia di dimissione con ICD9 250.x), ospedalizzazione e decesso nei 180 giorni successivi alla ammissione/ricovero.

**Risultati.** Su oltre 1 milione di ricoveri registrati nel periodo di studio (2009-2013) in Emilia-Romagna (1,8 milioni di residenti, anno 2013), si sono riscontrati 1.768 pazienti con diabete ricoverati per ipoglicemia (episodi: 2009: 444; 2010: 474; 2011: 430; 2012: 420; 2013: 409). Tra questi il tasso di mortalità medio complessivo per qualsiasi causa nel periodo 2009-2012, a 180 giorni dal ricovero, è stato del 14% (50-80 anni: 10%, >80 anni: 18%), mentre tra i diabetici con almeno un ricovero non dovuto a ipoglicemia la mortalità è stata del 15% (50-80 anni: 10%, >80 anni: 20%).

**Conclusioni.** In Emilia-Romagna la frequenza delle ipoglicemie che richiedono un ricovero è relativamente bassa, e riguarda soprattutto persone ultraottantenni. Il tasso di mortalità complessivo nei diabetici ricoverati per ipoglicemia sembra essere inferiore a quello nei diabetici ricoverati per altre cause.

## **“FARMACIA CARDIOMETABOLICA”: ALLEANZA TRA MEDICI E FARMACISTI PUÒ MIGLIORARE I RISULTATI E IL RAPPORTO COSTO/BENEFICIO DELLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE**

Volpe Roberto (a), Sotis Gianluca (a), Schiavetto Emanuela (a), Adrower Roberto (b), Grassi Maria Caterina (c), Urbano Massimo (d), Valle Sabrina (e)

(a) *Servizio Prevenzione e Protezione, Consiglio Nazionale delle Ricerche, SPP-CNR, Roma*

(b) *Bee-BIP&Co, Roma*

(c) *Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia, Università di Roma Sapienza, Roma*

(d) *Evo Soluzioni, Roma*

(e) *Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio, Roma*

**Introduzione.** Nonostante le campagne preventive e farmaci sempre più adeguati e innovativi, le Malattie Cardiovascolari (MCV) continuano a rappresentare la prima causa di morte nel mondo occidentale. Tra le cause vi è un non soddisfacente controllo dei fattori di rischio dovuto in parte a una non completa aderenza alle terapie mediche. Nel progetto “Farmacia Cardiometabolica”, il SPP-CNR, al fine di migliorare le strategie di prevenzione CV, ha coinvolto il farmacista, professionista con un elevato rapporto di fiducia con i pazienti e con diffusa distribuzione sul territorio.

**Metodi.** I farmacisti delle 40 farmacie italiane partecipanti allo studio, riportavano i valori dei principali fattori di rischio CV e la terapia in atto dei pazienti arruolati su una cartella clinica “web-based” e inviavano i dati per via telematica ai medici del SPP-CNR che, entro 48-72 ore, fornivano alla farmacia la risposta con il calcolo computerizzato del rischio CV a 10 anni (secondo l’algoritmo di Framingham) e un indirizzo dietetico-nutrizionale. Il farmacista consegnava, con opportuna spiegazione, il referto al paziente, invitandolo a informare il proprio medico. I soggetti venivano poi suddivisi in 2 gruppi randomizzati: uno di “Intervento” (GI), n=150, nel quale i soggetti venivano valutati ulteriori 3 volte nell’arco di 6 mesi (valutazione dei fattori di rischio e raccolta informazioni sulla terapia in atto che veniva incentivata), e uno di “controllo” (GC), n=150, sottoposto solo alla valutazione finale.

**Risultati.** Alla valutazione conclusiva di 6 mesi, nel GI è stato riscontrato un abbandono della terapia nutraceutico-farmacologica per diabete, ipercolesterolemia e ipertensione nel 5,8% dei soggetti versus 31,3% nel GC. Ciò ha prodotto un minor rischio CV che nel GI è diminuito da 12,6% a 10,8% (-14,3%), mentre nel GC è aumentato, passando da 12,5% a 13,5% (+8,0%).

**Conclusioni.** Questi risultati sottolineano come la collaborazione tra medici e farmacisti possa migliorare l’aderenza terapeutica dei pazienti e, con essa, una riduzione del rischio cardiovascolare e un miglior rapporto costo/beneficio della prevenzione cardiovascolare.

## INTERVENTO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE SU PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA

Zito Michele (a), Dian Ilaria (b), Ianieri Giacomino (b), Sensi Stefano (c)

(a) *Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi G. D'Annunzio, Chieti*

(b) *Facoltà di Terapia Occupazionale, Università degli Studi G. D'Annunzio, Chieti*

(c) *CeSI, Centro Scienze dell' Invecchiamento, Università degli Studi G. D'Annunzio, Chieti*

**Introduzione.** Il progetto “ATTIVA-MENTE” si configura come luogo terapeutico multidimensionale ed è inserito nel laboratorio della facoltà di terapia occupazionale, all’interno del quale agli utenti e alle loro famiglie, è offerto un ampio ventaglio di attività: cognitive, occupazionali, comportamentali, di promozione della socializzazione, ricreative e di supporto psicologico. Tale progetto è stato condotto su pazienti affetti da MCI e demenza. I pazienti sono stati seguiti da un gruppo composto da quattro terapisti occupazionali, un geriatra, e una neuropsicologa. Le attività sono accuratamente selezionate in funzione dei bisogni e delle abilità residue dei pazienti attraverso un piano terapeutico riabilitativo individualizzato. I pazienti frequentano il laboratorio dai tre ai sei giorni a settimana, seguiti dai terapisti occupazionali, al fine di favorire il miglioramento o il mantenimento dello stato funzionale di indipendenza e di controllare i disturbi del comportamento. L’intervento di Ri-motivazione si sviluppa in tre fasi distinte:

**Metodi.** L’esplorazione: collocazione del paziente in un ambiente idoneo ed in grado di suscitare il suo interesse, raccolta di informazioni biografiche, attuazione di un intervento ecologico. Competenza: raggiungimento degli obiettivi, stimolazione delle abilità residue, al fine di garantire il massimo livello di autonomia e indipendenza. Autonomia: in questa fase si presuppone che il paziente sia in grado di interessarsi spontaneamente allo svolgimento di un’attività, ma ciò non significa necessariamente che sia in grado di svolgerla in modo autonomo. Le attività proposte sono: terapia di Orientamento alla Realtà (ROT); terapia della Reminiscenza; terapia della Ri-motivazione; Ergoterapia; Mnemotecniche; *Memory training*; *Validation therapy*.

**Risultati e conclusioni.** In tutte le 3 fasi del processo ri-motivazionale il terapeuta occupazionale non deve mai perdere di vista le caratteristiche evolutive della patologia, deve essere perfettamente consapevole del fatto che l’intervento riabilitativo non è volto al ripristino delle funzioni perdute, ma allo svolgimento delle attività e partecipazione del paziente nella vita quotidiana (OMS, 2002). Lo scopo di questi interventi è di diminuire la cronicità della malattia, causa di disagio, perdita della funzionalità del proprio corpo e di un’ ingente spesa sanitaria. Si calcola infatti che nei prossimi anni ci sarà un aumento delle malattie croniche e i servizi per fronteggiarle, dovranno essere efficaci ed efficienti. Fondamentale sarà il rafforzamento di un supporto occupazionale e psicologico per questi pazienti. L’intervento sperimentale consiste in un programma basato sull’evidenza della T.O. e della stimolazione cognitiva, che include dieci sessioni di terapia occupazionale in laboratorio e a casa. Il processo di valutazione è ottenuto tramite test strumentali e diagnostici: MMSE, GDS, NPI, CDR, ADL, IADL, check list OTPC.

## INDICE DEGLI AUTORI

Adrower Roberto.....	51	Cavalli Paola.....	6; 12; 40
Alessandrini Luisa.....	44	Celendo Maria Teresa.....	6
Angelini Francesca.....	28	Chiaromonte Francesco.....	45; 46
Antonacci Elena.....	26	Chiatamone Ranieri Sofia.....	5; 13; 25
Antonacci Monia.....	45	Chinellato Alessandro.....	36
Arcangeli Francesca.....	20	Ciarmatori Anna.....	46
Auxilia Francesco.....	9	Cignetti Alessandra.....	45
Avataneo Maria Margherita.....	3	Citarella Anna.....	42
Azzaro Gianluca.....	42	Colao Annamaria.....	42
Baccetti Fabio.....	15	Colombo Giorgio L.....	4
Baldassarra Silvana.....	46	Comaschi Marco.....	31
Baldelli Ilaria.....	37	Comberti Enrico.....	44
Baldi Eleonora.....	4	Condito Anna Maria.....	11
Ballotari Paola.....	5; 13; 25	Consoli Agostino.....	26
Barnaby Hunt.....	23	Cucco Lia.....	26
Bellelli Francesco.....	38	Curcetti Clara.....	14
Belleri Ezio.....	44	D'Auria Giuseppe.....	22
Bertello Stefania.....	7; 21	Danesi Rossella.....	44
Berti Elena.....	34	Danna Daniela.....	46
Bevilacqua Maria Michele.....	29; 30	D'Avella Rosella.....	41
Bianchi Bruno.....	15	De Caro Roberto.....	42
Blasi Alessandra.....	19	De Girolamo Gianfranco.....	38
Bocchi Bruno.....	6; 12; 40	De Luca Maria Luisa.....	18; 38
Boglio Elide.....	7; 21	De Magistris Paolo.....	16
Bolcato Jenny.....	36	De Vreese Luc Peter.....	18
Bonatti Meri Luisa.....	48	Delfino Roberto.....	43
Bonora Karin.....	38	D'Elia Roberto.....	47
Borghi Gabriella.....	9	Dell'Amico Maria Chiara.....	15
Bossi Antonio Carlo.....	9	Derelli Ermanna.....	44
Brambilla Antonio.....	6; 8; 12; 14; 33; 40	Di Berardino Paolo.....	26
Bruno Giacomo M.....	4	Di Biagio Rosamaria.....	26
Cammarota Simona.....	42	Di Matteo Sergio.....	4
Caniatti Luisa M.....	4	Di Vieste Giacomina.....	47
Cantù Anna Paola.....	9	Dian Ilaria.....	52
Caparrotta Laura.....	36	Disoteo Olga.....	9
Capelli Oreste.....	18; 38	Dolci Maria.....	15
Capuano Elena.....	24	Draghi Eva.....	34
Carbone Lara.....	29; 30	Dragoni Antonella.....	41
Caroli Stefania.....	5; 13; 25	D'Ugo Ercole.....	48
Caroline K. Kristiansen.....	23	Fabbo Andrea.....	18
Castagna Alberto.....	11	Facchini Bruna.....	45
Castellano Maurizio.....	44	Fano Valeria.....	19

Fenotti Adriano .....	44	Mastromattei Antonio .....	19
Ferrante Gianluigi .....	27	Matacchione Pasquale .....	14
Ferretti Giovanna .....	44	Mazzetti Ilaria .....	32
Fiandra Alessia .....	20	Menardi Graziella .....	7; 21
Foniciello Monica .....	19	Mentasti Silvia .....	44
Fornari Dario .....	44	Michelini Massimo .....	24
Franchin Giulia .....	36	Migneco Giuseppina .....	45
Fraticegli Federica .....	47	Minardi Valentina .....	27
Gabellieri Enrico .....	7; 21	Montanari Enrico .....	4
Gadaleta Arianna .....	28	Mori Mary .....	15
Gaiti Dario .....	33	Muciaccia Valentina Lucia .....	28
Galliani Simonetta .....	24	Musacchio Nicoletta .....	9
Gareri Pietro .....	11	Nenna Saverio .....	29; 30
Garzone Maria Laura .....	28	Nicolucci Antonio .....	23; 31
Giagulli Vito Angelo .....	22	Nonino Francesco .....	32; 50
Gigantelli Vincenzo .....	22	Oleandri Salvatore Endrio .....	7; 21
Ginobbi Patrizia .....	20	Orsi Emanuela .....	9
Giorda Carlo Bruno .....	23	Osella Sara .....	16
Giordano Renato .....	45	Paccagnella Agostino .....	36
Giorgi Rossi Paolo .....	5; 13; 25	Padula Maria Stella .....	38
Giusti Pietro .....	36	Pannozzo Orietta .....	46
Goldoni Carlo .....	38	Parisini Luisa .....	14
Granchelli Carla .....	26	Pedroni Dante .....	33
Grassi Maria Caterina .....	51	Pellegrini Fabio .....	23
Greci Marina .....	5; 13; 25	Pellegrino Angelo .....	7
Gregori Giovanna .....	15	Penco Italo .....	20
Ianieri Giacomino .....	52	Pesci Ilaria .....	4
Ianiri Gabriella .....	49	Piccoli Mauro .....	44
Iemmi Marika .....	24	Pinato Samuela .....	34
La Penna Giuliana .....	26	Pintaudi Basilio .....	47
Lacava Roberto .....	11	Pirola Remo .....	35
Laneri Floriana .....	42	Pirola Roberta .....	36
Leggieri Anna .....	16	Pisanti Paola .....	31
Liguori Giorgio .....	42	Polcini Francesco .....	47
Logrippo Mauro .....	16	Pomante Paolo .....	26
Lombardo Flavia .....	27	Possenti Valentina .....	27
Lorenzini Monica .....	18; 38	Pozza Guido .....	9
Macini Lorena .....	46	Puccini Aurora .....	32
Magrini Nicola .....	32; 50	Quarchioni Elisa .....	27
Manicardi Elisa .....	24	Ralli Romina .....	46
Manicardi Valeria .....	5; 13; 24; 25	Rampini Pietro .....	9
Marata Anna Maria .....	32; 50	Ramunni Angelo .....	22
Marchetti Daniela .....	47	Ramunni Maria Isabella .....	22
Marisi Valeria .....	26	Renda Francesca .....	37
Masella Annamaria .....	29; 30	Riccò Daniela .....	13
Massi Benedetti Massimo .....	31	Riccomi Silvia .....	18; 38



Righini Claudia .....	45	Stigliano Emilia .....	28
Rodelli Paolo Maria .....	6; 12; 35; 40	Tassinari Maria Chiara .....	14
Roghi Alessandra .....	41	Tasso Linda .....	34
Roma Samanta .....	46	Terraroli Carmen .....	44
Rosati Cristina .....	44	Terrazzani Gianni .....	36
Rossi Annalisa .....	42	Timelli Laura .....	19
Rossini Mauro .....	45	Tola Maria Rosaria .....	4
Rovesta Lara .....	18; 38	Tortelli Dionigi .....	44
Ruggeri Patrizia .....	9	Trevisan Roberto .....	9
Ruotolo Giovanni .....	11	Trianni Rosa .....	24
Ruotolo Luigi .....	26	Triassi Maria .....	43
Russo Gaetano .....	11	Turci Giuliana .....	33
Salomone Enrica .....	45; 46	Urbano Massimo .....	51
Sandrini Massimo .....	44	Vaccaro Ketty .....	31
Sansone Daniela .....	21	Valentini Umberto .....	44
Savastano Silvia .....	42	Valle Sabrina .....	51
Sbriglia Maria Stella .....	7	Verlengo Maria Cristina .....	16
Scariati Nunzia .....	42	Vespasiani Giacomo .....	23
Schiavetto Emanuela .....	51	Vicari Sabrina .....	44
Sciangula Luigi .....	9	Visalli Natalia .....	45; 46
Sebastianelli Raffaele .....	48	Vitacolonna Ester .....	47; 48; 49
Seller Renato .....	26	Voci Claudio .....	32; 50
Sensi Stefano .....	52	Volpe Roberto .....	51
Solfrini Valentina .....	18; 38	Volpone Damiano .....	26
Sotis Gianluca .....	51	William J. Valentine .....	23
Spadaccini Tiziana .....	48	Zito Michele .....	52
Spinosa Tiziana .....	42	Zogno Maria Gabriella .....	34
Stara Rita .....	8		

*Stampato in proprio  
Settore Attività Editoriali  
Istituto Superiore di Sanità  
Viale Regina Elena 299, 00161 Roma*

*Roma, aprile-giugno 2014 (n.2)*