

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 ($27,7 \pm 30,3$). 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.