

P91

## ASSISTENZA AL PAZIENTE CON DIABETE MELLITO: PROTOCOLLO PER LA GESTIONE INTEGRATA TRA STRUTTURA SPECIALISTICA E MMG IN VALLE D'AOSTA. REGVALLD'AOSTA.

Ciccarelli A., Lillaz E., Giardina S., Doveri G.

Endocrinologia e Diabetologia SC Medicina Interna Ospedale U Parini Aosta

**Progetto di studio:** implementare un percorso di cura di gestione integrata tra il Medico di Assistenza Primaria (MAP) e lo Specialista Diabetologo (SP) del cittadino affetto da Diabete al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale, la semplificazione delle modalità di accesso al percorso di cura e una maggior efficienza nell'utilizzo delle prestazioni specialistiche. La necessità di un protocollo univoco è nata in seguito ad un'analisi del Profilo di Cura del paziente con Diabete Mellito (DM) nella regione Valle d'Aosta dove si evidenziavano le seguenti criticità: 1-mancanza di criteri univoci per la presa in carico del paziente diabetico non complicato/stabile, da parte del Medici di Assistenza Primaria (MAP) e di percorsi facilitati per l'invio allo Specialista diabetologo (eccetto che nel caso dell'urgenza differibile); 2-tempi di attesa prolungati per le visite diabetologiche successive; 3-percorso inefficiente per l'effettuazione di una "visita successiva".

**Inizio del progetto: 2011. Data valutazione: fine 2014. Protocollo:** A) Criteri per la presa in carico del paziente diabetico da parte del MAP: -paziente affetto da T2DM (Diabete mellito tipo2) con HbA1c  $\leq 8\%$  se  $\leq 75$  anni e  $< 8,5\%$  se  $> 75$  anni; - assenza di variabilità glicemiche importanti; -assenza di complicanze croniche o con complicanze stabili (es. RD laser trattata non in evoluzione, IRC stabile ecc.); -trattamento dietetico e/o terapia ipoglicemizzante orale. B) Criteri per l'invio allo specialista diabetologo: -esordio clinico di diabete mellito; -paziente affetto da DM tipo 2 con HbA1c  $> 8\%$  se  $\leq 75$  anni e  $> 8,5\%$  se  $> 75$  anni; -variabilità glicemiche importanti (es. frequenti ipoglicemie); -DM tipo 1/LADA; -insorgenza di complicanze micro-vascolari (retinopatia, micro-macroalbuminuria, neuropatia periferica); -peggioramento delle complicanze in atto; -terapia insulinica; -intolleranza ai farmaci tradizionali e farmaci soggetti a Piano Terapeutico. I criteri per definire una condizione di urgenza in diabetologia sono: -Piede diabetico (es. Tiloma complicato, ulcera, Charcot acuto ecc.) -Diabete in gravidanza- Scompenso glicometabolico (HbA1c  $\geq 11\%$ ). La visita urgente è effettuata entro 72 ore.

**Risultati:** il controllo metabolico permane (2011=2014: HbA1c 7.3%), il numero di visite compiute nel 2011 e nel 2014 sono pressoché sovrapponibili (5269 vs 5241) benché siano aumentati i pazienti con DM (4701 vs 5208).

**Conclusioni:** maggiore qualità delle visite specialistiche con possibile maggiore attenzione ai casi critici; riduzione dei tempi di attesa; possibilità di effettuare la visita di urgenza entro 24 ore.

