

Coralli Alessia¹(alessia.coralli@as2.sanita.fvg.it), Compassi Susanna, Furlan Tiziana, Pellizzari Mara, Revelant Elena

¹Ambulatorio AFT di Gorizia, Distretto Alto Isontino, AAS2 Bassa Friulana-Isontina

Introduzione e Background

La gestione dell'incremento della prevalenza della cronicità rappresenta uno dei problemi sanitari e sociali più rilevanti che la società odierna deve affrontare; con l'incremento della aspettativa di vita della popolazione, la diffusione e la presenza delle malattie croniche sono in continuo aumento. Oltre ai costi diretti, vanno considerati i costi sociali che la cronicità induce, sia in relazione alle modifiche della struttura familiare che alla disabilità totale quale risultante dell'evoluzione delle patologie croniche.

La **sanità di iniziativa**, intesa come modello assistenziale per la presa in carico, costituisce, nell'ambito delle malattie croniche, un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici. Il modello operativo prescelto, il Chronic Care Model, è basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il team composto da infermiere e medico di medicina generale. Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato ed un supporto al self-management ed al follow-up, migliorano e ricorrono meno alle cure ospedaliere.

È stato avviato, pertanto, presso il **Distretto Alto Isontino (sede di Gorizia)** della AAS2 Bassa-Friulana Isontina, un Ambulatorio di Disease Management al fine di garantire una assistenza integrata ai pazienti cronici (diabete; scompenso cardiaco).

L'**Infermiere Disease Manager** (AFT) assicura la presa in carico e la continuità assistenziale attraverso l'adozione di corretti stili di vita come strumento di prevenzione, ma anche come indispensabile sussidio nella gestione della patologia.

Obiettivi

Al fine di conoscere l'**efficacia dell'azione di educazione terapeutica attuata** dall'Ambulatorio AFT sui pazienti affetti da diabete mellito tipo 2 e non insulino-trattati, sono stati valutati gli effetti che tale intervento ha prodotto sul controllo glicometabolico (HbA1c) e sui parametri antropometrici (body mass index e circonferenza vita) dei pazienti afferiti all'ambulatorio a distanza di 6 mesi dal primo accesso.

Materiali e metodi

Sono stati reclutati **tutti i pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2 in trattamento non insulinico, che hanno avuto accesso all'ambulatorio Infermieristico dal 1 marzo 2018 al 31 marzo 2019**.

Al **momento del reclutamento** è stato registrato il valore di HbA1c ed ognuno dei pazienti: ha ricevuto dettagliate informazioni sulla sua patologia e sulle possibili complicanze; è stato sottoposto a rilevamento dei parametri antropometrici (misurazione altezza e peso, calcolo body mass index, rilevamento circonferenza vita) dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione O₂), test di sensibilità dei piedi, rilevamento glicemia random; ha ricevuto una educazione terapeutica sul corretto e adeguato stile di vita (dieta, attività fisica, cura del piede, igiene del cavo orale) mediante una valutazione infermieristica e counseling sanitario della durata media di 2 ore.

Per ognuno dei pazienti reclutati, è stata eseguita una rivalutazione a 6 mesi, durante la quale sono stati registrati i valori di HbA1c (eseguito prima del nuovo accesso) rilevati i parametri antropometrici (body mass index e circonferenza vita) e vitali, è stato ripetuto il test di sensibilità ai piedi.

Sono stati esclusi dallo studio i pazienti affetti da anemia e/o altre condizioni in grado di interferire sul dosaggio della HbA1c e i pazienti che, durante il periodo di follow-up, hanno subito modifiche della terapia farmacologica.

I valori di HbA1c sono espressi in % e la loro determinazione è stata eseguita nello stesso laboratorio al tempo 0 e dopo 6 mesi. Il body mass index è stato calcolato secondo la formula: peso (Kg)/altezza (m)² ed espresso in Kg/m². La circonferenza vita è espressa in centimetri (cm) ed è stata misurata, al termine di alcuni consecutivi respiri naturali, ad un livello parallelo al pavimento, al punto medio fra l'apice della cresta iliaca e il margine inferiore dell'ultima costa palpabile lungo la linea ascellare media.

Successivamente, in base ai valori di HbA1c al momento del reclutamento, i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: gruppo A (pazienti con valori di HbA1c al momento del reclutamento < 7,5 %) e gruppo B (pazienti con valori di HbA1c al momento del reclutamento ≥ 7,5 %)

Sono state valutate le variazioni dei valori medi di HbA1c, di body mass index e circonferenza vita tra il momento del reclutamento (tempo 0) e il controllo a 6 mesi nel totale dei pazienti, nel gruppo A e nel gruppo B.

Il **test statistico utilizzato sulle differenze medie è il test t per dati appaiati** ed i risultati sono stati considerati statisticamente significativi in presenza di un p value < 0.005 (SPSS, ANOVA).

Risultati

Sono stati reclutati 121 pazienti: 2 sono stati esclusi (1 maschio e 1 femmina) e 119 (55 maschi, 64 femmine; età media: 67,49 + 11,09 anni) sono stati considerati idonei allo studio.

I 119 pazienti idonei sono stati, successivamente suddivisi in due gruppi: **gruppo A** (80 pazienti) e **gruppo B** (39 pazienti).

Le caratteristiche antropometriche ed i valori di HbA1c del totale dei pazienti e dei due gruppi al tempo 0 e dopo 6 mesi, sono riportate in **Tabella 1**.

L'analisi statistica delle differenze fra valori medi ha evidenziato una significativa riduzione di HbA1c nel totale dei pazienti e nel gruppo B, mentre non sono state osservate variazioni significative nel gruppo A (figura 1).

Riduzioni significative del body mass index (figura 2) e della circonferenza vita (figura 3) sono state osservate nel totale dei pazienti ed in entrambi i gruppi.

	Totale pazienti (n.119)	Gruppo A (HbA1c < 7,5 a tempo 0) (n.80)	Gruppo B (HbA1c > 7,5 a tempo 0) (n.39)
HbA1c (%) a tempo 0 (media ± DS)	7,33 + 1,30	6,62 + 0,49	8,74 + 1,29
HbA1c (%) a 6 mesi (media ± DS)	6,88 + 0,95	6,61 + 0,66	7,41 + 1,19
Δ HbA1c (%) (media ± DS)	0,45 + 1,22	0,01 + 0,63	1,32 + 1,66
P value	0,0001	0,887	0,000001
BMI (Kg/m ²) a tempo 0 (media ± DS)	30,46 + 4,51	30,54 + 4,57	30,85 + 4,66
BMI (Kg/m ²) a 6 mesi (media ± DS)	29,82 + 4,50	29,94 + 4,61	29,56 + 4,28
Δ BMI (kg/m ²) (media ± DS)	0,82 + 1,75	0,59 + 1,44	1,29 + 2,21
P value	0,00000012	0,0004	0,00081
Circonferenza vita (cm) a tempo 0 (media ± DS)	108,20 + 11,64	107,70 + 11,79	109,23 + 11,40
Circonferenza vita (cm) a 6 mesi (media ± DS)	105,74 + 12,10	105,82 + 12,26	105,56 + 11,94
Δ circonferenza vita (cm) (media ± DS)	2,46 + 4,99	1,88 + 4,57	3,67 + 5,65
P value	0,000000039	0,0004	0,00024

Figura 1
Variazioni dell' HbA1c dopo 6 mesi dalla educazione terapeutica

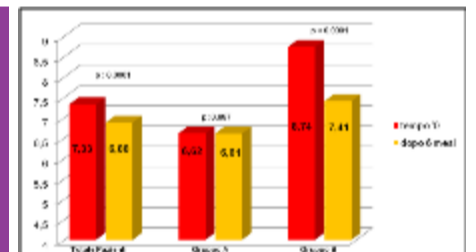


Figura 2
Variazioni del B.M.I. dopo 6 mesi dalla educazione terapeutica

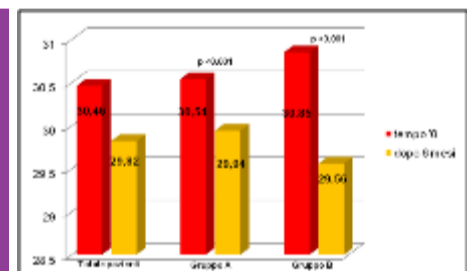
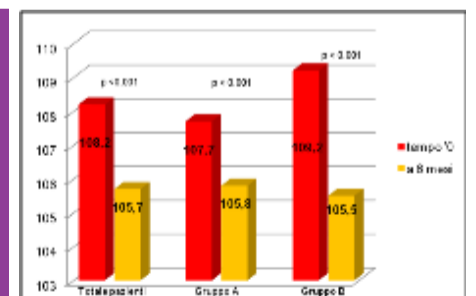


Figura 3
Variazioni della circonferenza vita (cm) dopo 6 mesi dalla educazione terapeutica



Conclusioni e discussione

I **risultati ottenuti confermano l'utilità e l'efficacia della azione di educazione terapeutica svolta dall'Ambulatorio Infermieristico**. I dati ottenuti testimoniano una buona aderenza dei pazienti ai consigli relativi ad un adeguato stile di vita. L'azione dell'Ambulatorio Infermieristico è stata incisiva ed efficace, così da tradursi in effetti positivi sul controllo glicometabolico dei pazienti diabetici con compenso non adeguato (HbA1c > 7,5) e sul body mass index e sulla circonferenza vita, che in tutti i pazienti reclutati, indipendentemente dal loro compenso glicometabolico iniziale. I **risultati ottenuti andranno confermati su un campione più ampio e, soprattutto, con un follow-up maggiore** (ad 1 anno ed a 3 anni) per valutare se l'efficacia dell'azione effettuata dall'Ambulatorio Infermieristico è duratura nel tempo.

Bibliografia

1. AMD, SID. Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito. 2018. available on: <https://aemmedi.it/wp-content/uploads/2009/06/AMD-Standard-unico1.pdf>
2. Buja A, Fusinato R, Claus M, Gini R, Braga M, Cosentino M, Boccuzzo G, Francesconi P, Baldo V, Tozzi VD, Morando V, Bellentani M, Damiani G. Effectiveness of pro-active organizational models in primary care for diabetes patients. Health Policy. 2019 Aug;123(8):797-802. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.05.014.
3. Role of the Diabetes Educator in Inpatient Diabetes Management. AADE Position Statements 2016. Available on: <https://www.diabetesed-ucator.org/docs/default-source/default-document-library/role-of-the-diabetes-educator-in-inpatient-diabetes-management.pdf?sfvrsn=0>
4. Position statement OSDI 2013/2014. Raccomandazioni di trattamento assistenziale in campo diabetologico. Available on: https://osdi.it/uploads/easycms/OSDI%20volume%207%20-%202013%20OKK_48427.pdf
5. Report of a WHO expert consultation. Waist circumference and waist-hip ratio. Geneva, 8-11 December 2008. Available on: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en