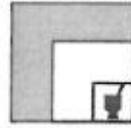




REGIONE CALABRIA



Federfarma
Reggio Calabria



SIMG



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA



GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria

PDTA MALATTIA DIABETICA

(Ospedale – Territorio – MMG)

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

STESURA DEL DOCUMENTO :

GRUPPO DI LAVORO – Ordine dei Medici RC-AMD-SIMG : P. Veneziano, D. Mannino, G. Perrone, G. Galletta, P. Vasapollo

LINEE GUIDA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Legge 115/87 e successive Leggi regionali attuative
- Piano sanitario nazionale (PSN)2003/05,
- Accordo Stato-Regioni del 24/07/2003 (Piano Nazionale di Prevenzione Attiva- “Sanità futura” - 2004) e del 23/03/2005 (Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007)
- PNP 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 29/04/2010)
- Piano Nazionale sulla malattia diabetica, 2013
- L'assistenza al paziente diabetico - Linee guida AMD - SIMG –SID (2003)
- Progetto I.GE.A – Gestione integrata del Diabete Mellito tipo 2 nell'adulto.
- Documento di indirizzo – AMD/SID/SIMG – 2010
- Standard italiani per la cura del Diabete Mellito 2014
- Documento Farm&Dia (AMD-Federfarma) 2006
- DCL n. 153 del 3 ottobre 2009,
- DCA, N.13 DEL 2 APRILE 2015 – Regione Calabria
- Piano nazionale della cronicità

Il documento è indirizzato a:

- Direttori Generali e Sanitari delle AO-ULSS e Responsabili di Distretto
- Medici di Medicina Generale (MMG) Afferenti alla “MEDICOOP S.Agata e medicine di gruppo della Asp 5
- Dirigenti medici operanti presso l'UOC di Endocrinologia/Diabetologia del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria (presidio Morelli).
- Specialisti Diabetologi operanti presso le strutture diabetologiche del territorio RC
- Infermieri delle forme associative della Medicina Generale , delle UU.OO. e delle strutture diabetologiche del territorio RC
- Dietisti delle forme associative della Medicina Generale, delle UU.OO. e delle strutture diabetologiche del territorio RC
- Farmacie del territorio

PREMESSA

Il Piano Nazionale del Diabete (PND) del 2013, in coerenza con le indicazioni e raccomandazioni degli organismi di tutela della salute europei ed internazionali, rafforzando gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale (PSN), riaffermando la necessità di un percorso diagnostico-terapeutico ben definito per l'assistenza alle persone con diabete.

Con il DCA, N.13 DEL 2 APRILE 2015 la Regione CALABRIA si è dotata dello strumento legislativo che disciplina gli interventi rivolti alla prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito, con l'obiettivo di migliorare processi ed esiti della cura dei cittadini diabetici attraverso la diagnosi precoce della malattia e la prevenzione delle sue complicanze; approvando e pubblicando i modelli di rete regionale ed il PDTA per l'assistenza diabetologica, ove, nell'ottica di una gestione integrata del paziente – si raccomanda l'implementazione di modelli organizzativi che favoriscano la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse.

Tra le strategie identificate è considerata fondamentale la: *“diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come la contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa (...). Si tratta di strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura. La concreta attuazione dei PDTA richiede la definizione di indicatori clinici ed organizzativi, di volumi di attività e di tetti di spesa previsti”*.

La cronicità impatta fortemente sulla qualità e durata della vita delle persone, sui costi sanitari e sociali diretti e indiretti, sui carichi di lavoro dei Servizi Sanitari e Sociali, sulle risorse ed energie necessarie ad assicurare qualità di cura e continuità dell'assistenza. L'approccio ai pazienti affetti da patologie croniche non può che

essere multidisciplinare integrando prestazioni sanitarie e sociali in reti locali di assistenza che coinvolgano Cure Primarie e specialistiche, ospedale e territorio .

Nella gestione integrata delle cronicità i primi referenti per i pazienti sono il medico di medicina generale (MMG) o il pediatra di libera scelta (PLS) che contribuiscono insieme agli specialisti a definire il programma di assistenza individuale e attraverso la relazione di fiducia ne facilitano l'adesione da parte del paziente.

Per organizzare e gestire l'assistenza territoriale delle persone con patologie croniche è necessario definire le prestazioni che devono essere eseguite, nelle diverse forme associative della Medicina Generale previste dalla riorganizzazione delle Cure Primarie, esplicitando:

- ❖ le modalità di accesso (dove e quando);
- ❖ gli standard di qualità (almeno uno per tipologia di prestazione);
- ❖ le risorse necessarie (assistenza medica e altre professioni sanitarie coinvolte nei PDTA).

L'elevata prevalenza del diabete determina la presenza di pazienti in tutti i livelli assistenziali con quadri clinici diversi (dalla prevenzione delle complicanze alla cura in terapia intensiva...); vi sono, quindi, molteplici punti di erogazione delle prestazioni (ospedale, medici di famiglia, ambulatori specialistici) e pazienti con diverso grado di complessità, per cui non è semplice coordinare ed integrare le diverse figure sanitarie (MMG, Pediatra di Famiglia, Diabetologo, Cardiologo, Oculista...).

E' certamente dimostrato come le complicanze del diabete (causa degli elevati costi diretti e indiretti) siano prevenibili, o quantomeno sia possibile ridurre la loro incidenza e soprattutto la loro gravità, attraverso uno stretto controllo del compenso metabolico e contemporaneamente dei parametri di rischio cardiovascolare associati.

La strategia terapeutica necessita di un approccio non sporadico e non affidabile ad una sola tipologia di operatore della Sanità; appare evidente che un'organizzazione sanitaria non integrata, e legata ad un sistema esclusivamente basato sull'erogazione di prestazioni da strutture diverse e scollegate, non può assolutamente essere in grado di realizzare una efficace ed efficiente cura del diabete.



E' quindi necessario implementare un modello di integrazione Plurispécialistico e Pluriprofessionale che possa realizzare la gestione globale del singolo paziente (case management) e, contemporaneamente, della popolazione affetta dalla patologia (care manager e disease management), attraverso la formulazione di piani di cura personalizzati, muniti di adeguati indicatori di processo e di esito, ricavabili solo da archivi comuni dei dati clinici.

Per tale motivo è, indispensabile, passare da un "Sistema basato sulla singola prestazione a richiesta" ad un "Sistema basato su un processo di cura predeterminato e condiviso tra i diversi operatori", e dai "compartimenti stagni" al "network per patologia", coinvolgendo in maniera attiva e fattiva il paziente stesso.

La persona con diabete, infatti, acquisito un adeguato livello di autonomia (empowerment) attraverso interventi di educazione terapeutica, potrà muoversi nel percorso assistenziale in funzione del proprio stato di malattia e soddisfare i bisogni di salute nei diversi livelli di cura in funzione della gravità della malattia.

Il "network" tra i diversi erogatori di prestazioni sanitarie è la modalità che meglio risponde allo scopo di centrare l'assistenza sui bisogni complessi di salute della persona con diabete ed ha lo scopo di :

- **promuovere** la continuità assistenziale
- **favorire** l'integrazione fra gli operatori
- **ridurre** la variabilità dell'approccio clinico-assistenziale
- **diffondere** la medicina basata sulle prove (EBM)
- **utilizzare** in modo congruo le risorse disponibili

L'assistenza alla persona con diabete richiede quindi una forte integrazione tra i diversi punti di erogazione dell'assistenza in una logica di rete, ponendo al centro la persona e i suoi bisogni sanitari e sociali.

METTERE IL PAZIENTE AL CENTRO DI UNA
RETE ASSISTENZIALE COMPLESSA



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large stylized signature on the left and several smaller ones on the right.

Ecco quindi che i diversi interventi del PDTA devono partire dai bisogni clinici e sociali e si basano su:

- Empowerment ed Engagement del personale sanitario non solo rivolto alla implementazione di processi meramente tecnici di approccio medico alla malattia ma anche attraverso la realizzazione di percorsi di benessere dell'operatore e di addestramento a meccanismi di relazione/comunicazione .
- Empowerment del paziente attraverso percorsi di educazione terapeutica (analisi delle fasi di accettazione della malattia, motivazione) per rendere autonoma la persona all'interno del processo di cura, in tutte le fasi della malattia e per tutti gli aspetti connessi alla sua gestione (terapia farmacologica, stili di vita e attenzioni nutrizionali, monitoraggio e autodeterminazione di parametri clinici, capacità di riconoscimento e gestione dei sintomi e dei segni clinici).
- Promuovere la partecipazione attiva del diabetico alla gestione della propria condizione patologica.
- Razionalizzare le modalità di effettuazione dell'autocontrollo da parte dell'assistito.

=====

SCOPO DEL DOCUMENTO

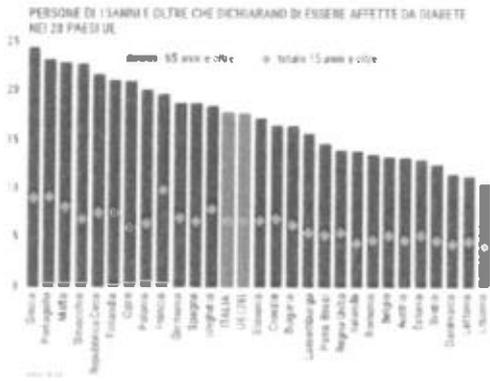
Scopo fondamentale di questo documento è quello di assicurare a tutte le persone adulte con diabete che vivono nel comprensorio dell'ASP 5 Reggio Cal. e più specificamente a quelle assistite dai MMG afferenti alla MEDICOOP S. Agata e medicine di gruppo , una diagnosi più tempestiva possibile ed una cura ottimale del diabete per prevenire e/o contenere il rischio di sviluppare complicanze acute e croniche, garantendo, in caso di complicanze acute, la possibilità di cure tempestive ed efficaci da parte di team competenti e in setting assistenziali appropriati.



L'assistenza offerta al diabetico sarà quindi omogenea grazie ad un PDTA condiviso e definito in base al fenotipo del paziente, applicato uniformemente da tutti i MMG aderenti e dagli specialisti diabetologi operanti presso le strutture referenti in cui si eroga assistenza specialistica diabetologica.

Per tali pazienti pertanto, andrà messo a punto un *Piano di Cura* Individuale monitorato con diversi indicatori, individuando il setting di assistenza più adatto per ciascun paziente (ambulatoriale, ospedaliero, domiciliare o residenziale), in quella fase della sua vita e della sua malattia.

The bottom right corner of the page contains several handwritten signatures in black ink. There are four distinct signatures: one large, stylized signature on the left; a smaller, more cursive signature in the middle; and two smaller, simpler signatures on the right.



3 milioni e 200mila
diabetici



il 64% non fa
attività
fisica

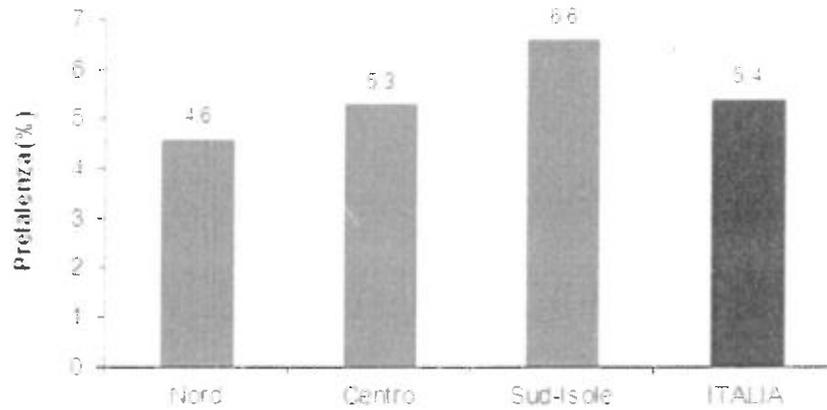


il 26%
è obeso

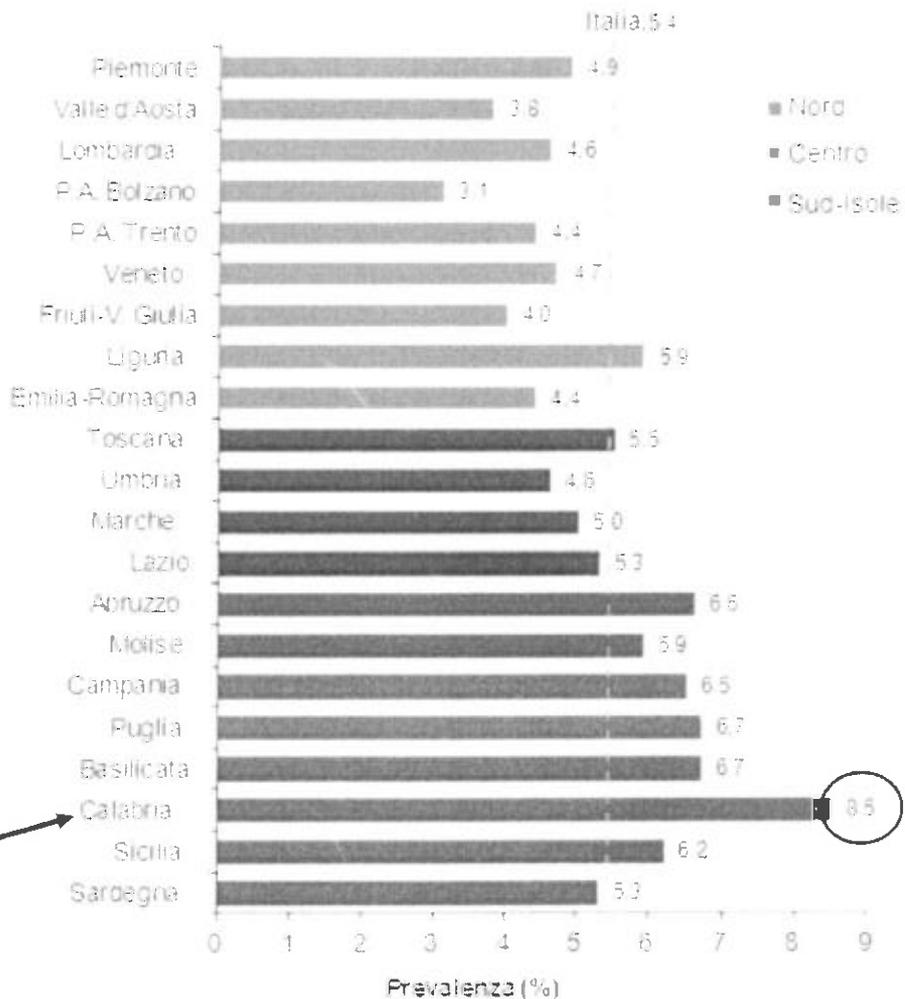
20.119
morti per diabete



PREVALENZA DI DIABETE PER AREA GEOGRAFICA



PREVALENZA DI DIABETE PER REGIONI



len

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

CRITERI DIAGNOSTICI (STANDARD DI CURA AMD-SID 2018)

In *presenza* di sintomi tipici della malattia (poliuria, polidipsia e calo ponderale) la diagnosi di diabete è posta con il riscontro,

anche in una sola occasione, di:

- glicemia casuale ≥ 200 mg/dl (indipendentemente dall'assunzione di cibo).

(Livello della prova III, Forza della raccomandazione A)

In *assenza* dei sintomi tipici della malattia la diagnosi di diabete deve essere posta con il riscontro, confermato in almeno due diverse occasioni, di:

- glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl (per digiuno si intende almeno 8 ore di astensione dal cibo) *oppure*
- glicemia ≥ 200 mg/dl 2 ore dopo carico orale di glucosio (eseguito con 75 g) *oppure*
- HbA1c ≥ 48 mmol/mol (6,5%) a condizione che il dosaggio dell'HbA1c sia standardizzato, allineato IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) e che si tenga conto dei fattori che possono interferire con il dosaggio.

(Livello della prova III, Forza della raccomandazione A)

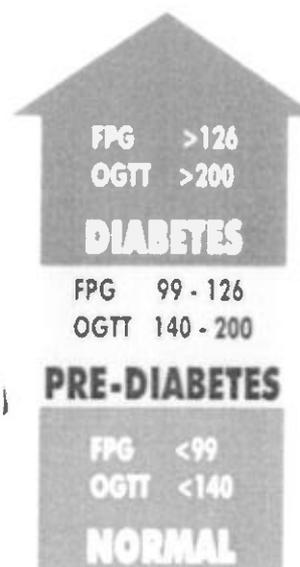
Ai fini diagnostici e di screening la misurazione della glicemia deve essere effettuata su plasma venoso in laboratorio e massima cura deve essere posta nell'appropriata manipolazione del campione (fase pre-analitica). L'uso del glucometro è sconsigliato, in quanto genera misurazioni non standardizzabili.

(Livello della prova III, Forza della raccomandazione A)

Per formulare la diagnosi di diabete **non sono utili** le misurazioni di:

- glicemia postprandiale o profilo glicemico;
- insulinemia basale o durante OGTT (Oral Glucose Tolerance Test, test da carico orale di glucosio);
- C-peptide;
- autoanticorpi.

(Livello della prova III, Forza della raccomandazione E)



[Firma]

Oltre al diabete sono conosciuti altri stati di disglicemia. I seguenti valori dei principali parametri glicemici sono considerati meritevoli di attenzione in quanto identificano soggetti a rischio di diabete e malattie cardiovascolari:

- glicemia a digiuno 100-125 mg/dl (alterata glicemia a digiuno o *impaired fasting glucose*, IFG);
- glicemia 2 ore dopo carico orale di glucosio 140-199 mg/dl (ridotta tolleranza al glucosio o *impaired glucose tolerance*, IGT);
- HbA1c 42-48 mmol/mol (6,00-6,49%) (solo con dosaggio allineato IFCC).

E' da notare che l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) indica per la diagnosi di IFG valori di glicemia 110-125 mg/dl e non ha ratificato l'uso dell'emoglobina glicata per la definizione degli stati di disglicemia non diagnostici per diabete.

(Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)

OBIETTIVI DA REALIZZARE:

Ottimizzare la cura della malattia diabetica e prevenirne le complicanze mediante:

- Diagnosi precoce della malattia diabetica
- Promozione della partecipazione attiva della persona con diabete alla gestione della propria condizione
- Monitoraggio/gestione metodica del paziente diabetico da parte del MMG (attività di 1°livello)
- Ottimizzazione e razionalizzazione dell'accesso alle Strutture di Diabetologia (attività di 2°livello)
- Cura e diagnosi delle complicanze con integrazione delle diverse competenze professionali
- Utilizzo appropriato delle risorse disponibili.

The bottom of the page contains several handwritten signatures and initials in black ink. There are approximately five distinct marks, including a large signature on the right and several smaller initials or signatures on the left and bottom center.

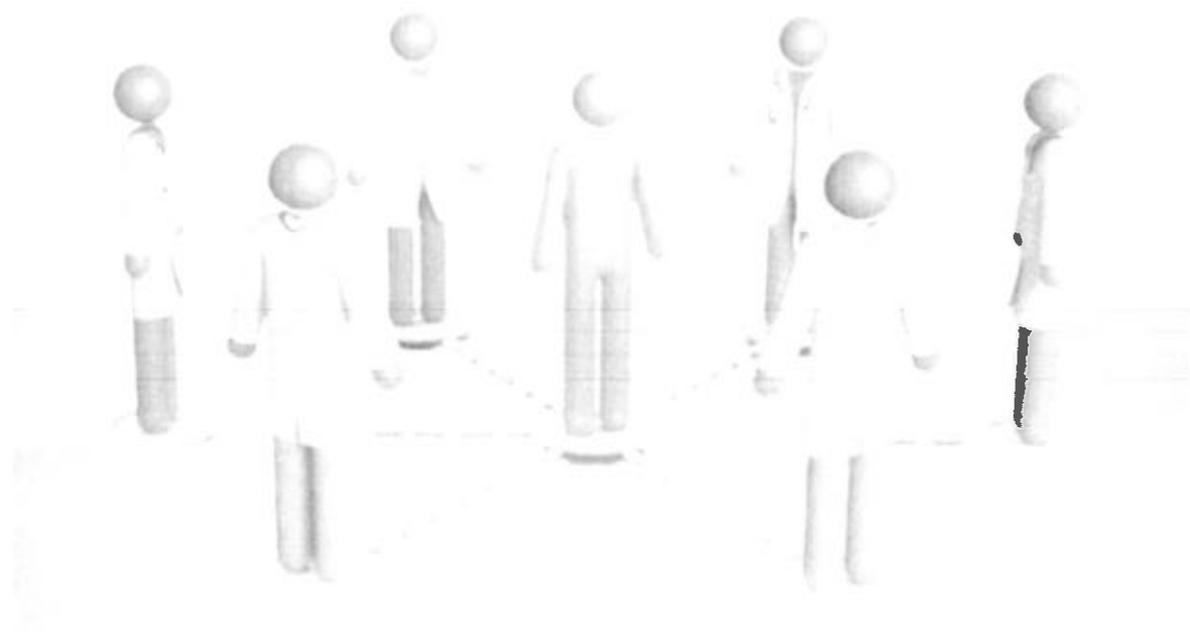
La costruzione di una rete intorno al paziente con diabete mellito è l'elemento essenziale su cui poggiare tutto il sistema di cura integrata, gli elementi essenziali di una rete sono:

- I nodi;
- le connessioni;
- l'organizzazione

Chi sono i nodi della rete?

DESTINATARI

- Medici di Medicina Generale (MMG) afferenti alla MEDICOOP S. Agata (AFT E UCCP, Medicine di gruppo di MMG)
- Strutture di Diabetologia pubbliche e private accreditate con le professionalità necessarie: infermieri, dietisti ecc.
- Distretto Sanitario
- Farmacie del territorio



[Handwritten signature]

I MMG-AFT UCCP

Il MMG è e deve essere, al di fuori di ogni retorica, la figura cardine della gestione integrata dei pazienti cronici, anche di quelli a maggiore grado di complessità, malgrado questi, per le loro caratteristiche, necessitano di follow-up specialistici più frequenti.

La funzione del MMG nel disegno di gestione integrata dei pazienti cronici non va vista soltanto per il suo contributo clinico-assistenziale, ma anche per il "rapporto di fiducia" con il paziente, che sta alla base del "patto di cura" che rappresenta lo strumento-cardine per la "costruzione" del percorso assistenziale e per la responsabilizzazione e l'empowerment del paziente.

Inoltre, egli è l'operatore che ha maggiore conoscenza del paziente, delle sue caratteristiche personali e socio-familiari.

COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

- Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti;
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti;
- Presa in carico, in collaborazione con le Strutture Diabetologiche (SD) per l'assistenza alle persone con diabete mellito, dei pazienti e condivisione del Piano di Cura personalizzato, monitorando eventuali difficoltà di gestione del paziente e dei familiari;
- Valutazione periodica dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze;
- Effettuazione, in collaborazione con la SD per l'assistenza alle persone con diabete mellito, di interventi di educazione sanitaria e counseling delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia;

[Handwritten signatures and initials]

- Monitoraggio dei comportamenti alimentari anche a domicilio;
- Favorire una raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea interagente con quelle delle Strutture per l'assistenza alle persone con diabete mellito di riferimento, mediante cartelle cliniche in formato elettronico;

COMPITI DELLA STRUTTURA DIABETOLOGICA :

- inquadrare le persone con diabete neodiagnosticato con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con i MMG;
- Rilascio della certificazione necessaria al riconoscimento di esenzione per patologia Diabetica
- presa in carico, in collaborazione con i MMG, delle persone con diabete;
- gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG e gli altri specialisti, delle persone con: grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina; diabete in gravidanza e diabete gestazionale;
- impostare la terapia nutrizionale;
- effettuare, in collaborazione con MMG, gli interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia;
- valutare periodicamente, secondo il Piano di Cura adottato, i pazienti diabetici tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico, alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle complicanze;
- raccogliere i dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con i MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche in formato elettronico;
- promuovere attività di aggiornamento rivolte ai MMG e ai farmacisti del territorio, in campo diabetologico.



Tutti gli operatori che partecipano alla rete collaborativa devono essere informati e "formati" alla gestione delle cure. La progettazione dei programmi di formazione prevede un'analisi dei bisogni formativi sia del servizio specialistico che del team territoriale e i contenuti dei programmi comprendono gli argomenti relativi alla gestione della malattia cronica e alla costruzione e funzionamento del team. L'obiettivo principale è tra l'altro far sì che tutti gli operatori del team territoriale acquisiscano nozioni, linguaggio e atteggiamenti comuni.

IL DISTRETTO SANITARIO

Se il nodo fondamentale è mettere in pratica una comunicazione efficace e un coordinamento tra MMG e specialisti diabetologi, occorrerà riferirsi a delle figure terze, appartenenti ad esempio a Direzioni Sanitarie di ASL o di Distretto, che svolgano una funzione di supervisione.

Il supervisore dovrebbe:

- favorire l'incontro e gli accordi tra rappresentanti di MMG e diabetologi;
- monitorare l'andamento della casistica di una zona;
- individuare gli interventi strutturali da mettere in atto sul sistema.

Le attività del supervisore per favorire il coordinamento potrebbero essere quelle di:

- facilitare l'adattamento locale e la diffusione dei protocolli diagnostico-terapeutici per la gestione del diabete;
- favorire processi di audit clinico.

Nell'attuale organizzazione delle aziende sanitarie, il luogo ottimale per la realizzazione di un sistema integrato di assistenza sembra essere il Distretto Sanitario. L'ambito territoriale del Distretto consentirebbe non solo di ospitare le funzioni di case-management e di supervisione del programma locale ma, soprattutto, di gestire direttamente i servizi di assistenza primaria (di medicina generale, farmaceutica,



specialistica ambulatoriale extraospedaliera, residenziale, domiciliare) garantendo la necessaria continuità assistenziale.

FARMACIE DEL TERRITORIO

Con lo spostamento, dell'assistenza alle patologie croniche sempre più sul territorio, la farmacia, con la sua presenza capillare su tutto il territorio nazionale, rappresenta in un disegno strategico di rete assistenziale, un vero front-office del S.S.N e punto di riferimento per i cittadini, ruolo ormai riconosciuto ufficialmente, con l'inserimento, della stessa nei nuovi LEA.

A tal riguardo, si sottolinea come, la Regione Calabria richiama l'importanza delle farmacie del territorio negli ambiti della farmacovigilanza, dell'educazione sanitaria e del monitoraggio della salute, proprio in virtù della loro diffusione omogenea su tutto il territorio.

Queste ed altre attività rientrano tra i nuovi Servizi della Farmacia introdotti dalla legge 69 del 2009 e dai successivi decreti applicativi e, di recente, richiamati nel nuovo Patto per la Salute. L'area del diabete per l'elevata prevalenza e l'elevata frequenza di accesso in farmacia dai soggetti affetti da questa patologia, rappresenta il setting ideale per sperimentare progetti aziendali su attività di screening, nonché azioni di rinforzo dell'aderenza alla terapia, finalizzati a misurare e monitorare i vantaggi assistenziali derivanti dalla applicazione di queste nuove funzioni.



La presa in carico delle persone con diabete da parte di uno degli attori coinvolti presume che sia stata effettuata la stratificazione delle persone con diabete in classi crescenti di intensità di cura (Documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza alle persone con diabete AMD/SIMMG/SID 2010)

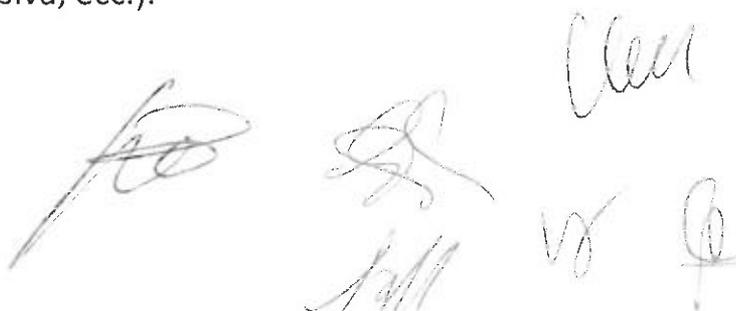
Le classi di intensità di cura identificate sono 7, per ognuna delle quali si possono indicare le caratteristiche cliniche, gli interventi prevedibili, la prevalenza, l'attore dell'assistenza maggiormente coinvolto (responsabile della presa in carico), le interazioni, gli indicatori e gli standard per il monitoraggio .

• Classe 1:

pazienti critici e/o fragili, con complicanza e/o una situazione clinica per cui vi è un serio e grave pericolo per la vita o l'autosufficienza (ad es. infarto acuto, coma, intervento di bypass, sepsi, amputazione; comunque ogni situazione che comporti un ricovero ospedaliero urgente.

• Classe 2:

pazienti che presentano una complicanza acuta in atto e che necessitano di un intervento specialistico urgente, anche in regime di ricovero, ma che non sono in immediato pericolo di vita e/o di disabilità (ad es. piede in gangrena, dialisi, angioplastica, grave scompenso metabolico senza coma, recente e grave episodio di ipoglicemia con perdita di coscienza ma successivo recupero, paziente diabetico ricoverato in reparto non di terapia intensiva, ecc.).

The bottom of the page contains several handwritten signatures and initials in black ink. On the left is a large, stylized signature. In the center and right are several smaller, more legible initials and signatures, including one that appears to be 'All' and another that looks like 'V' followed by a symbol.

• Classe 3:

pazienti che richiedono un intervento specialistico multidisciplinare non urgente, ma comunque indifferibile: diabetico di nuova diagnosi per il quale è necessaria la definizione diagnostica e/o l'inquadramento terapeutico e/o un intervento di educazione terapeutica strutturata;

diabete in gravidanza (diabete gestazionale e gravidanza in diabetica nota);

paziente con complicanza acuta in atto (ad es. ulcera piede senza infezione, retinopatia

proliferante (PDR), controllo metabolico molto instabile);

pazienti diabetici da sottoporre allo screening delle complicanze micro- e macrovascolari in base al percorso di cura individuale

• Classe 4:

pazienti diabetici con compenso metabolico instabile; non a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare (CV); ad alto rischio di evoluzione rapida verso una qualsiasi complicanza; pazienti che hanno avuto un evento CV recente; piede diabetico senza ulcera.

• Classe 5:

pazienti diabetici stabili, in buon compenso metabolico ($HbA1c < 7,0\%$) e a target per i vari fattori di rischio CV, senza complicanze evolutive in atto.

• Classe 6:

pazienti diabetici caratterizzati dalla coesistenza di cronicità multiple e riduzione dell'autosufficienza (in molti casi allettati in modo permanente o prevalente).



• Classe 7:

comprende tutta la popolazione generale sulla quale sono necessari interventi generali o specifici sullo stile di vita per ridurre il rischio di comparsa di un DMT2.

Comprende anche i soggetti a rischio per diabete, sui quali il MMG deve attuare interventi di screening opportunistico per la diagnosi precoce di DMT2. Le eventuali neodiagnosi rimandano alla Classe 3.

=====

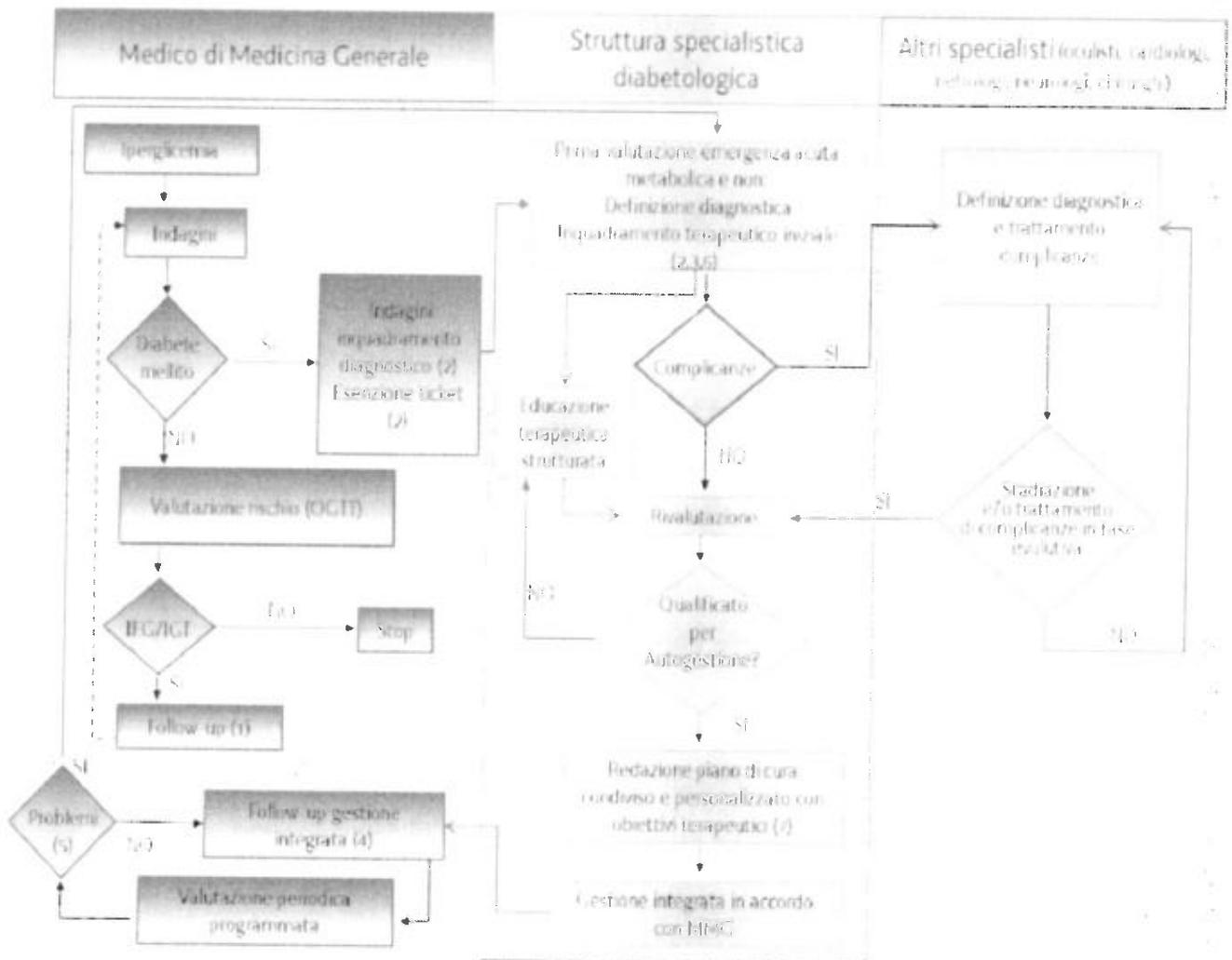
Adesione informata alla gestione integrata

La gestione integrata prevede un cambiamento forte delle modalità di cura e di gestione del paziente. È indispensabile, quindi, che tutte le persone con diabete coinvolte nel programma siano adeguatamente informate sul percorso di cura che viene loro proposto ed esprimano il loro consenso alla partecipazione.

Il sistema di gestione integrata prevede, inoltre, la realizzazione di un sistema informativo che si fonda sulla raccolta, l'elaborazione e, più in generale, sul trattamento dei dati sulla salute, dati che fanno parte del novero dei dati sensibili il cui trattamento è ammesso solo con il consenso dell'interessato manifestato in forma scritta (D.Lgs. 196/2003, art. 23 comma 4).

The image shows five handwritten signatures in black ink, arranged in two rows. The top row contains two signatures, and the bottom row contains three. The signatures are stylized and difficult to read, but they appear to be personal or official marks.

Flow-chart Gestione Integrata DMT2



[Handwritten signature]

TAPPE DEL PERCORSO SANITARIO

(per la gestione integrata del paziente diabetico)

<p>VALUTAZIONE DI BASE IN CASO DI RISCONTRO DI IPERGLICEMIA</p>	<p>In caso di primo riscontro di iperglicemia, il MMG: se la glicemia basale è compresa tra 101 e 125 mg/dl, prescrive la curva da carico di 75 gr di Glucosio (OGTT), verificando la presenza di altri fattori di rischio (sovrappeso/obesità, familiarità, ipertensione, bassi livelli di HDL, ipertrigliceridemia, sedentarietà, età >45 anni, s. ovaio policistico, evidenza clinica di m. cardiovascolare, gruppo etnico a rischio, donna con neonato macrosomico)</p> <p>successivamente: se non si conferma il sospetto di diabete (glicemia basale <126 mg/dl e/o glicemia dopo OGTT < 200 mg/dl), si effettua un follow up a 1 anno</p> <p>se si configura un quadro di ridotta tolleranza agli zuccheri (IGT), con glicemia = 140-199 mg/dl dopo 2 ore da OGTT, o alterata glicemia a digiuno (IFG), con glicemia basale = 101-125 mg/dl, attiva il follow-up corrispondente</p> <p>Se la glicemia basale è ≥ 126 mg/dl: può effettuare gli ulteriori accertamenti previsti per la prima valutazione di base per diabete o inviare il paziente alla struttura diabetologica. In ogni caso dopo l'effettuazione della valutazione di base il paziente deve essere inviato alla struttura diabetologica.</p>
---	--



	<p>In caso di pregresso diabete gestazionale prescrive controllo con OGTT dopo 8-12 settimane dal parto: se è normale prescrive controllo glicemia annuale, OGTT dopo 1 anno e dopo 3 anni ,e in previsione di gravidanza.</p>
<p>FOLLOW UP DEL SOGGETTO CON RIDOTTA TOLLERANZA AGLI ZUCCHERI (IGT) O ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO (IFG) (la frequenza dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)</p>	<p>Il MMG: imposta dieta, educazione sanitaria (prevenzione o correzione fattori di rischio)</p> <p>Ogni 6 mesi controlla: Glicemia a digiuno Peso corporeo Pressione arteriosa Adesione alla prescrizione dietetica e rinforzo del messaggio di educazione alimentare</p> <p>Ogni anno: Quadro lipidico completo (Colesterolo tot., LDL HDL, Trigliceridi) Funzionalità epatica, creatininemia, Es. Urine completo</p> <p>Ogni due anni: Curva da carico</p>
<p>PRIMA VALUTAZIONE DI BASE IN PRESENZA DI DIABETE</p>	<p>In caso di diabete, il MMG può prescrivere le analisi per il primo inquadramento diagnostico e/o inviare il paziente alle strutture di Diabetologia per primo inquadramento</p> <p>Indagini per il 1° inquadramento diagnostico: Colesterolo totale, HDL LDL Trigliceridi , HbA1c</p>

Creatininemia

ECG e visita cardiologica

Fundus oculi

Ecocolor TSA

TSH, funzionalità epatica, microalbuminuria,

Esame urine completo

Spetta allo Specialista della STRUTTURA di

Diabetologia la prescrizione delle indagini di 2° livello:

Inquadramento diagnostico, stadiazione clinica e strumentale delle eventuali complicanze

Indagine alimentare:

Programma dietetico individualizzato ed educazione alimentare

Educazione comportamentale (per grandi gruppi)

Rilascio certificazione per esenzione diabete

A seconda delle condizioni cliniche:

Avvio al MMG per Follow-up del diabete tipo 2 non complicato

Definizione e comunicazione al MMG del piano personalizzato per i diabetici tipo 1 e 2 in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato.

Esame complete delle urine

Microalbuminuria

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a signature in the middle, and initials on the right.

	<p>Creatininemia (con valutazione della VFG)</p> <p>Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi</p> <p>Fundus oculi</p> <p>ECG</p>
<p>ACCESSO PROGRAMMATO ALLA STRUTTURA DI DIABETOLOGIA</p>	<p>Secondo gli intervalli programmati per i diabetici tipo 1e 2 in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato.</p>
<p>ACCESSO ALLA STRUTTURA DI DIABETOLOGIA NON PROGRAMMATO</p>	<p>Il MMG invia il paziente alle strutture di Diabetologia in caso di:</p> <p>Persistente scompenso metabolico</p> <p>Severe e ripetute ipoglicemie</p> <p>Comparsa o peggioramento di complicanze neurologiche, renali, oculari e macrovascolari (vasculopatia cerebrale, coronarica, periferica)</p> <p>Piede diabetico (comparsa d'ulcerazioni o infezioni)</p> <p>Gravidanza in diabetica, diabete gestazionale Esempi:</p> <p>Glicemia > 400mg/dl (emergenza), glicemia tra 300 e 400 mg/dl con chetonuria (emergenza), o senza chetonuria (urgenza), severi o ripetuti episodi di ipoglicemia</p> <p>Il MMG invia il paziente alle strutture di Diabetologia anche in caso di:</p> <p>Ripetute glicemie a digiuno > 200mg/dl</p> <p>Ripetute glicemie postprandiali > 300mg/dl</p>

	<p>Ripetute glicosurie >15 nelle 24 ore</p> <p>Ricorrenti infezioni alle vie urinarie</p> <p>Alterazioni della funzionalità renale</p> <p>Dislipidemie severe</p> <p>Ipertensione severa</p> <p>Neuropatie periferiche e disfunzione erettile</p> <p>Piede diabetico ad alto rischio d'ulcerazione</p> <p>La Struttura di Diabetologia effettua la valutazione clinica di 2° livello e, in relazione alle esigenze cliniche può effettuare ulteriori accertamenti specialistici e attivare ulteriori trattamenti terapeutici</p> <p>Concorda con il MMG l'eventuale piano clinico-terapeutico-assistenziale personalizzato (nel caso di diabete tipo 1 o diabete tipo 2 complicato)</p> <p>In particolare la Struttura di Diabetologia gestisce le situazioni che presentano:</p> <p>Piede diabetico, Neuropatia e disfunzione erettile</p> <p>Arteriopatia periferica con o senza lesioni cutanee</p>
<p>RICOVERO IN OSPEDALE</p>	<p>Indicazioni al ricovero ospedaliero:</p> <p>Coma iperglicemico</p> <p>Coma ipoglicemico (se dopo il trattamento non si riprende)</p> <p>Chetoacidosi senza coma</p> <p>Gravi e ripetute ipoglicemie</p>

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

MODALITA' OPERATIVE

Accesso al Servizio specialistico ospedaliero o territoriale - Servizio di Diabetologia/ambulatorio specialistico - flow-chart.

Vengono distinte 3 classi di priorità per ognuna delle quali vengono individuati adeguati tempi di attesa:

A) URGENTE (da erogare entro 72 ore,):

- iperchetonemia o chetoacidosi diabetica;
- nuova diagnosi di diabete tipo 1;
- iperglicemia severa con iperosmolarità (glicemie persistentemente >300 mg/dl);
- gravi e ripetute ipoglicemie;
- infezioni dei tessuti molli (piede).

B) BREVE (tempi di attesa massimo 10 giorni)

- diabete prima diagnosi tipo 2 con caratteristiche di scompenso (importante calo ponderale, poliuria, polidipsia, glicosuria);
- diabete tipo 2 in scompenso nonostante il potenziamento della terapia (importante calo ponderale, poliuria, polidipsia, glicosuria);
- comparsa di complicanze micro/macrovascolari dovute al diabete che rendono necessaria prescrizione della terapia insulinica;
- dopo un ricovero ospedaliero con prescrizione di terapia insulinica o con modifica della terapia ipoglicemizzante nell'ambito del controllo alla dimissione in regime di post-ricovero;
- pazienti a cui è stata prescritta terapia con farmaci iperglicemizzanti e che abbiano presentato un incremento dei valori glicemici tale da rendere necessaria la prescrizione di terapia insulinica;
- diabete gestazionale (si veda PDTA regionale "Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale").

C) DIFFERITA (tempi di attesa massimo 30-45 giorni)

- diabete tipo 2 di nuova diagnosi (limitato alla fase transitoria di avvio del progetto);
- diabete tipo 2 che non ha raggiunto gli obiettivi di cura nonostante il potenziamento della terapia ma senza segni clinici di scompenso;
- comparsa di complicanze micro/macrovascolari dovute al diabete o complicanze croniche in fase evolutiva.

Il paziente può essere inviato direttamente al centro che può erogare la prestazione, negli orari di ambulatorio secondo le indicazioni degli specialisti diabetologi aderenti, con prescrizione di visita diabetologica su ricetta che riporti spuntata (“biffata”) la casella del codice di priorità (U/B/D) e riferimento a questo PDTA.

In tutti gli altri casi (visita Programmabile, priorità P, o non indicata) il paziente potrà prenotare la visita attraverso i normali canali di prenotazione.

Le visite successive alla prima visita verranno prenotate secondo il giudizio del diabetologo. In qualsiasi occasione e su richiesta DIRETTA del Medico Curante dell’assistito, la visita potrà essere anticipata previo contatto telefonico. Non saranno prese in considerazione richieste non conformi a questa procedura

=====

The image shows several handwritten signatures and initials in black ink. There are four distinct marks: one on the left, one in the center, one on the right, and a larger, more complex one at the bottom right.

COMUNICAZIONE MMG – STRUTTURA DIABETOLOGICA

La comunicazione tra MMG e Centro di Diabetologia costituisce momento qualificante ed indispensabile di una corretta gestione integrata.

In considerazione della eterogeneità delle strutture diabetologiche presenti sul territorio (centri ospedalieri e strutture territoriali varie) e della ugualmente eterogenea organizzazione dell'assistenza da parte dei MMG (UCCP, AFT, studi consociati, etc.) non è possibile prevedere una unica modalità di comunicazione.

In base alle diverse realtà, la comunicazione tra MMG e Centro di Diabetologia dovrà comunque avvenire attraverso una delle seguenti modalità:

1. Il Diabetologo si reca presso lo studio del MMG (es. Diabetologo territoriale che settimanalmente si reca presso una UCCP)
2. Scambio dati attraverso FSE (telemedicina)
3. Contatto telefonico (da riportare in Cartella Clinica)
4. Invio dal MMG al Centro di Diabetologia e viceversa dei dati riguardanti i pazienti via posta elettronica (considerare il problema della privacy e della sicurezza dell'invio dei dati)
5. Qualsiasi altra modalità che preveda la interazione diretta tra MMG e specialista del Centro di Diabetologia.

Per un più immediato contatto:

- Sia il MMG che il Centro di Diabetologia esplicitano i loro orari e recapito telefonico per facilitare contatti ed effettuare consulenze tra di loro.
- gli stessi MMG ed il Centro di Diabetologia possono altresì esplicitare l'indirizzo di posta elettronica da utilizzare per contatti/consulenze.

In situazioni particolari, quali le urgenze e comunque tutti gli accertamenti non programmati, è opportuno attivare la diretta comunicazione tra MMG e Centro di Diabetologia al fine di concordare le modalità ed i tempi di attesa per l'accesso alla struttura



INDICATORI

Servono a verificare l'efficienza della presa in carico e l'efficacia delle cure. Per la validazione del progetto di assistenza integrata verranno utilizzati i seguenti indicatori:

INDICATORI DI CONTESTO

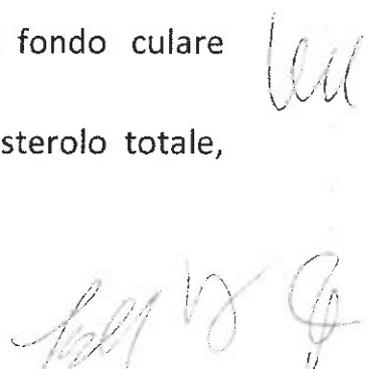
Riguardano informazioni generali sul territorio e sugli assistiti diabetici presenti nel territorio dell'ASL.

- ❖ Numero di assistiti esenti per Diabete e tasso per 1000 abitanti
- ❖ N° MMG che adottano il PDTA diabete
- ❖ N° strutture di Diabetologia presenti nell'ASP

INDICATORI DI PROCESSO *(a cura del MMG)*

Si riferiscono agli assistiti diabetici e individuano le prestazioni caratterizzanti il PDTA, al fine di monitorare, attraverso prestazioni traccianti, il livello di applicazione del PDTA stesso

- ❖ Numero di pazienti diabetici seguiti in PDTA
- ❖ Emoglobina glicata: n°rilevazioni/aa/pz
- ❖ Colesterolo totale, HDL e trigliceridi : n°rilevazioni/aa/pz
- ❖ Microalbuminuria: n°rilevazioni/aa/pz
- ❖ Creatininemia: n°rilevazioni/aa/pz
- ❖ ECG: n°rilevazioni/aa/pz
- ❖ Glicemia: n°rilevazioni/aa/pz
- ❖ Esame urine completo: n°rilevazioni/aa/pz
- ❖ % pazienti diabetici con almeno una valutazione del fondo culare nell'anno
- ❖ % pazienti diabetici con almeno una rilevazione di colesterolo totale, HDLe trigliceridi nell'anno



- ❖ % pazienti diabetici con almeno una microalbuminuria nell'anno
- ❖ % pazienti diabetici con almeno un ECG nell'anno

INDICATORI DI PROCESSO *(a cura delle Strutture di Diabetologia)*

(riferiti ai soli diabetici di tipo 2)

- ❖ N° Visite specialistiche diabetologiche/anno
- ❖ N° diabetici/anno seguiti dalle strutture di Diabetologia
- ❖ % diabetici con retinopatia
- ❖ % diabetici con nefropatia
- ❖ % diabetici con neuropatia
- ❖ % diabetici con pregresso infarto del miocardio
- ❖ % diabetici con angina
- ❖ % diabetici con rivascolarizzazione
- ❖ % diabetici con claudicatio
- ❖ % accessi alle strutture di Diabetologia secondo PDTA/totale accessi alle strutture di Diabetologia nell'anno

INDICATORI DI TERAPIA

- ❖ N° pazienti diabetici trattati con Insulina
- ❖ N° pazienti diabetici trattati con ipoglicemizzanti orali

Con il contributo di :

- ❖ Dott. Dott. Matteo Galletta Direttore Sanitario di Presidio G.O.M. BMM (RC) 
- ❖ Dott. Giuseppe Foti Diretto Sanitario Aziendale G.O.M. BMM (RC) 
- ❖ Dott. Pasquale Mesiti Direttore Sanitario ASP 5 (RC) x 
- ❖ Dott. Ettore Squillace Greco Presidente Federfarma (RC) 

