

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO

Il documento è finalizzato ad individuare modalità operative che consentano una più agevole integrazione tra assistenza primaria e strutture specialistiche, al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente diabetico.

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.

LINEE GUIDA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Legge 115/87 e dalle 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

- Progetto I.GE.A – Gestione integrata del Diabete Mellito tipo 2 nell’adulto.
Documento di indirizzo - Gennaio 2008
- Standard italiani per la cura del Diabete Mellito 2014

DESTINATARI

- Medici di Medicina Generale (MMG)
- Strutture di Diabetologia pubbliche e private accreditate

RACCOMANDAZIONI

- ✓ Il disease-management della malattia diabetica permette di migliorare il compenso glicemico

(Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)

- ✓ Il raggiungimento degli obiettivi di cura della malattia diabetica richiede la partecipazione attiva, con il consenso informato, del paziente all’offerta di programmi di diagnosi e cura, realizzati sulla base di attività di dimostrata efficacia nell’ambito di percorsi assistenziali, in una rete integrata, pluridisciplinare e pluriprofessionale, organizzata e con l’adesione congiunta e responsabile del team diabetologico, del medico di medicina generale e più in generale della medicina territoriale.

(Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)

- ✓ È auspicabile un’adeguata informatizzazione delle strutture direttamente coinvolte nell’assistenza al paziente diabetico con modalità di archiviazione dei dati essenziali comune per formato e tracciato al fine di consentire una maggior condivisione dei dati e la formulazione e l’utilizzo di indicatori clinici.

(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

- ✓ Dovrebbe essere consultato un team o uno specialista diabetologo in presenza di diabete:
 - neodiagnosticato;
 - insulino-trattato;
 - non in buon controllo;
 - gestazionale o in gravidanza o in previsione di una gravidanza;
 - con complicanze acute o croniche in evoluzione.

(Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)

L'assistenza integrata alle persone con diabete prevede l'apporto di un ampio numero di figure assistenziali e, a questo scopo, è strategico il lavoro interdisciplinare in team. La componente più importante del team è la persona con diabete, che dovrebbe assumere un atteggiamento responsabile nei riguardi della propria malattia. Gli elementi essenziali dell'assistenza per le persone con diabete secondo un modello di gestione integrata sono:

- Adozione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso da tutti i soggetti interessati, ricavato dalle linee-guida internazionali e/o nazionali ed integrato dalla conoscenza delle risorse utilizzabili.
- Formazione degli operatori sulla malattia diabetica e le sue complicanze secondo un approccio multidisciplinare integrato.
- Identificazione delle persone con diabete da avviare a un percorso di gestione integrata.
- Adesione informata alla gestione integrata.
- Coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura.
- La presenza di un sistema informativo idoneo valutato attraverso indicatori clinici diprocesso, di esito intermedio e di esito finale.

Lo stesso Piano Nazionale sulla malattia diabetica, proposto nel 2013 dal Ministero della Salute, all'interno della Commissione Nazionale Diabete, pone come primo obiettivo di "Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate" e all'interno di questo i seguenti obiettivi strategici:

- coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari e non, formando team locali idonei a gestire i vari gradi di complessità della malattia;
- condivisione dei PDTA e definizione dei ruoli e delle attività;
- utilizzazione e analisi periodica di indicatori;
- percorsi di formazione e verifica per il personale medico e non;
- definizione di un processo di gestione integrata che riguardi ogni singola persona con diabete dal momento della diagnosi.

Nell'ambito del progetto IGEA, sono state infine elaborate linee-guida organizzative, basate su evidenze solide di efficacia:

- Il paziente è inviato al Centro diabetologico per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita.
- Il paziente viene seguito in modo attivo, secondo una medicina di iniziativa, da parte del proprio MMG, al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti.
- Il paziente effettua una visita generale almeno ogni 6 mesi presso l'MMG.
- Il paziente effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze.
- Il paziente accede, inoltre, al Centro diabetologico per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.

È pertanto indispensabile assicurare che, in ogni contesto locale, nella formulazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per la gestione integrata del diabete tipo 2, tra i Servizi di Diabetologia e la medicina territoriale, siano tenuti in conto i determinanti previsti dai documenti regolatori istituzionali nazionali e regionali e dai documenti scientifici e professionali di riferimento a oggi disponibili.

COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

- ✓ Screening della popolazione a rischio
- ✓ Follow up dei soggetti a rischio con ridotta tolleranza glucidica (IGT) e glicemia alterata a digiuno (IFG)
- ✓ Educazione sanitaria e counseling
- ✓ Presa in carico dei pazienti con diabete tipo 2 non complicato secondo il percorso individuato
- ✓ Attivare lo studio medico con attrezzature e, se possibile, personale per seguire i pazienti diabetici
- ✓ Monitorare effetti collaterali delle terapie
- ✓ Invio del paziente alle strutture di Diabetologia nelle situazioni indicate nel percorso
- ✓ Valutare i reports inviati dalla ASL, con la revisione periodica delle liste di pazienti inseriti nel PDTA (pazienti mancanti, non in carico, ecc...)

COMPITI DELLA STRUTTURA DIABETOLOGICA

- ✓ Inquadramento diagnostico, terapeutico, dietetico, educativo dei pazienti inviati dal MMG
- ✓ Rilascio della certificazione necessaria al riconoscimento di esenzione per patologia diabetica
- ✓ Valutazione periodica secondo il follow-up programmato
- ✓ Consulenze ai MMG per visite non programmate (urgenti o non urgenti)
- ✓ Presa in carico temporanea dei diabetici gestiti dai MMG in situazioni cliniche particolari
- ✓ Gestione dei diabetici tipo 1 e 2 in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato secondo il piano personalizzato concordato con il MMG
- ✓ Epidemiologia (raccolta dati sui pazienti gestiti)
- ✓ Educazione terapeutica del paziente
- ✓ Formazione/informazione dei medici ed altri sanitari coinvolti
- ✓ Aggiornamento continuo sui problemi clinici - farmacologici - organizzativi

- ✓ Definizione di pacchetti di prestazioni (visita, esami ematici, fundus, ECG, ecc...) da effettuarsi in unica giornata per pazienti complessi che lo richiedano (lavoratori, grandi anziani) anche in relazione all'indirizzo regionale di regolamentazione del day-service
- ✓ Valutare i reports inviati dalla ASL, e fornire alla stessa le informazioni richieste periodicamente (set di indicatori di processo per i pazienti assistiti)

COMPITI DELL'ASP

- ✓ Individuare un Referente per la gestione integrata del Paziente Diabetico
– [Responsabile del USC Assistenza Specialistica]
- ✓ Raccogliere i dati secondo gli indicatori elencati ed inviarli regolarmente ai MMG e alle strutture di Diabetologia
- ✓ Garantire la collaborazione tra MMG e specialisti diabetologi attraverso incontri aziendali / distrettuali di aggiornamento ed organizzazione
- ✓ Trasmettere annualmente alla Struttura deputata dell'Assessorato alla salute regionale i dati richiesti secondo specifici Set di indicatori, tramite raccolta dei dati dalle banche dati, della ASL e delle strutture di Diabetologia.

TAPPE DEL PERCORSO SANITARIO

(per la gestione integrata del paziente diabetico)

VALUTAZIONE DI BASE IN CASO DI RISCONTRO DI IPERGLICEMIA	<p>In caso di primo riscontro di iperglicemia, il MMG:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ 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>successivamente:</p> <ol style="list-style-type: none">a. 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 annob. 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 corrispondentec. Se la glicemia basale è \geq 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>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Glicemia a digiuno b. Peso corporeo c. Pressione arteriosa d. Adesione alla prescrizione dietetica e rinforzo del messaggio di educazione alimentare <p>Ogni anno:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Quadro lipidico completo (Colesterolo tot., HDL, Trigliceridi) b. Funzionalità epatica, creatininemia c. Es. urine completo <p>Ogni due anni:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Curva da carico
<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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi ➤ HbA1c ➤ Creatininemia

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ECG e visita cardiologica ➤ Fundus oculi ➤ Ecocolor TSA ➤ TSH, funzionalità epatica, microalbuminuria, ➤ Esame urine completo <p>Spetta allo Specialista della STRUTTURA di Diabetologia la prescrizione delle indagini di 2° livello:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 <p>A seconda delle condizioni cliniche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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.
<p>FOLLOW UP DEL MALATO CON DIABETE TIPO 2 NON COMPLICATO (la frequenza e/o l'intensità dei</p>	<p>Il MMG effettua ogni anno almeno due visite mediche generali con ascoltazione polsi, cuore, riflessi e circonferenza vita, pressione arteriosa e peso corporeo.</p> <p>Ogni anno prescrive:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Glicemia ➤ HBA1c (2 volte/anno)

<p>controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esame completo delle urine ➤ Microalbuminuria ➤ Creatininemia (con valutazione della VFG) ➤ Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi ➤ Fundus oculi ➤ ECG
<p>ACCESSO PROGRAMMATO ALLA STRUTTURA DI DIABETOLOGIA</p>	<p>Secondo gli intervalli programmati per i diabetici tipo 1 e 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> <ol style="list-style-type: none"> a. Persistente scompenso metabolico b. Severe e ripetute ipoglicemie c. Comparsa o peggioramento di complicanze neurologiche, renali, oculari e macrovascolari (vasculopatia cerebrale, coronarica, periferica) d. Piede diabetico (comparsa d'ulcerazioni o infezioni) e. Gravidanza in diabetica, diabete gestazionale <p>Esempi: 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> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ripetute glicemie a digiuno > 200 mg/dl ○ Ripetute glicemie postprandiali > 300 mg/dl

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ripetute glicosurie >15 nelle 24 ore ○ Ricorrenti infezioni alle vie urinarie ○ Alterazioni della funzionalità renale ○ Dislipidemie severe ○ Ipertensione severa ○ Neuropatie periferiche e disfunzione erettile ○ Piede diabetico ad alto rischio d'ulcerazione <p>La Struttura di Diabetologia effettua la valutazione clinica di 2° livello e, in relazione alle esigenze cliniche</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Può effettuare ulteriori accertamenti specialistici e attivare ulteriori trattamenti terapeutici b. Concorda con il MMG l'eventuale piano clinico-terapeutico-assistenziale personalizzato (nel caso di diabete tipo 1 o diabete tipo 2 complicato) c. In particolare la Struttura di Diabetologia gestisce le situazioni che presentano: <ol style="list-style-type: none"> a. Piede diabetico b. Neuropatia e disfunzione erettile c. Arteriopatia periferica con o senza lesioni cutanee
<p>RICOVERO IN OSPEDALE</p>	<p>Indicazioni al ricovero ospedaliero:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Coma iperglicemico ➤ Coma ipoglicemico (se dopo il trattamento non si riprende) ➤ Chetoacidosi senza coma ➤ Gravi e ripetute ipoglicemie

COMUNICAZIONE MMG – CENTRO DI DIABETOLOGIA

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, universitari, territoriali) 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 oculare nell'anno
- ❖ % pazienti diabetici con almeno una rilevazione di colesterolo totale, HDL e trigliceridi nell'anno
- ❖ % pazienti diabetici con almeno una microalbuminuria nell'anno
- ❖ % pazienti diabetici con almeno un ECG nell'anno

(*) il dato si riferisce alla contemporanea presenza delle tre rilevazioni

- ❖ indicate per ciascun paziente

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