

REGIONE LIGURIA

COSTRUZIONE, PIANIFICAZIONE ED ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI FORMAZIONE “IL DIABETE TIPO 2 NON COMPLICATO O COMPLICATO STABILIZZATO : RAZIONALE SCIENTIFICO, SISTEMI APPLICATIVI E TEORIA DI APPLICAZIONE DI UN NUOVO PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO”

| | |
|---|----|
| GRUPPO DI LAVORO | 1 |
| MACROAREA DI INTERVENTO | 1 |
| SPECIALISTI D'AREA | 1 |
| AREA DI SVILUPPO PROFESSIONALE INDIVIDUATA..... | 1 |
| OBIETTIVI PERSEGUITI..... | 2 |
| INDIVIDUAZIONE DEL TARGET | 3 |
| ATTUALE SCENARIO ASSISTENZIALE..... | 5 |
| ATTUALE MODELLO ASSISTENZIALE..... | 8 |
| MODELLO ASSISTENZIALE DI GESTIONE INTEGRATA | 9 |
| SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE DELL'EVIDENZA SECONDO LE CLINICAL PRACTICE | 9 |
| RECOMMENDATIONS DELL'ADA..... | 9 |
| PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI | 21 |
| CRITERI DI CONCESSIONE E MODALITÀ DI FORNITURA DEI PRESIDI SANITARI | 22 |
| FLOW CHART DEL P.A.I. | 27 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 28 |
| PERCORSO DI FORMAZIONE | 28 |
| REDATTORI DEL DOCUMENTO..... | 29 |

GRUPPO DI LAVORO

Gruppo A: area diabete e malattie del metabolismo (deliberazione aziendale n° 408 del 06 Aprile 2006)

MACROAREA DI INTERVENTO

Percorso assistenziale integrato del paziente affetto da diabete o malattie del metabolismo

SPECIALISTI D'AREA

L'individuazione degli specialisti d'area diabetologica è stata effettuata dal gruppo di lavoro su formale indicazione delle Direzioni Sanitarie delle AAOO a cui gli stessi specialisti afferiscono

Dott. Corsi Andrea

Direttore U.O. Diabetologia -- Dipartimento Medicina interna PO Ponente - ASL 3 Genovese ASL 3 Genovese

Prof. Cordera Renzo

Direttore Dipartimento di scienze endocrinologiche e metaboliche – Cattedra di malattie del metabolismo e diabetologia - AO San Martino e cliniche universitarie convenzionate

Dott.Trabacca Maria Stella

Dirigente Medico U.O.Medicina 1° -- Ente Ospedaliero Ospedali Galliera

Dott. Cattaneo Anna Maria

Dirigente Medico Responsabile NO Diabetologia endocrinologia e malattie del metabolismo - AO Villa Scassi

AREA DI SVILUPPO PROFESSIONALE INDIVIDUATA

L' area di sviluppo professionale dei MMG su cui far vertere il percorso di formazione è la seguente:

“Diabete tipo 2 non complicato o complicato stabilizzato: rationale scientifico, sistemi applicativi e teoria di applicazione per un percorso assistenziale integrato(primary - secondary care)

OBIETTIVI PERSEGUITI

PANIFICAZIONE DI UN PERCORSO DI FORMAZIONE COLLEGATO ALL'AREA DI SVILUPPO PROFESSIONALE DEI MMG INDIVIDUATA

Poste le criticità del percorso assistenziale del paziente diabetico o affetto da malattia del metabolismo esistenti nell'attuale scenario metropolitano, offrire un corso di formazione che:

- ⇒ indichi metodo e strumenti per avviare, nell' area metropolitana genovese, un nuovo modello di “disease management” integrato ospedale territorio dove, per ognuna delle fasi del percorso assistenziale della malattia diabetica (prevenzione - diagnosi – terapia), sia precisata la “prevalenza” del ruolo del MMG o dello specialista d'area diabetologica (livello di cura ambulatoriale ed ospedaliero);
- ⇒ consideri le esperienze aziendali ed extraaziendali maturate in progetti di integrazione assistenziale ospedale/territorio di tipo sperimentale
- ⇒ esprima continuità didattica in rapporto ai corsi già effettuati, a livello aziendale, sull'argomento “diabete”¹

DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI GESTIONE ASSISTENZIALE INTEGRATA DELL'ASSISTITO AFFETTO DA DIABETE TIPO 2 NON COMPLICATO O COMPLICATO STABILIZZATO (PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO / ACRONIMO P.A. I.)

Assunto che la scelta del “su quali argomenti far insistere la formazione”, “con che obiettivi” “quali le metodologie da applicare”, “con quali percorsi di apprendimento”, “quali indicatori utilizzare per monitorare gli esiti del percorso formativo” ha sottinteso per il gruppo di lavoro:

- ⇒ effettuare l' analisi del contesto assistenziale esistente
- ⇒ metterne in evidenza le criticità
- ⇒ individuarne, sulla base delle evidenze scientifiche, le azioni di miglioramento da intraprendere
- ⇒ definirne gli strumenti operativi da mettere in campo,

Il gruppo di lavoro², nel corso di otto riunioni tecniche³, ha redatto, quale logica premessa alla pianificazione del percorso di formazione, di cui in calce, un documento inerente la proposta di un nuovo modello assistenziale per la gestione integrata dell'assistito affetto da diabete tipo 2 non complicato o complicato stabilizzato

¹ Aggiornamento ex art 8 DPR 270/2000 per categoria MMG sul tema “ assistenza al diabete con particolare riguardo alle complicanze” (a.2001)

² Costituzione gruppo A : per componenti aziendali e MMG riferimento deliberazione aziendale n° 408 del 06 aprile 2006 ; per specialisti d'area riferimento indicazioni delle Direzioni Sanitarie ASL3 Genovese;AO San Martino e Cliniche Universitarie Convenzionate; Ente Ospedaliero Ospedali Galliera; AO Villa Scassi

³ 07-21 marzo, 04-19 aprile, 05 -16 - 30 maggio, 07 giugno 2006

INDIVIDUAZIONE DEL TARGET

DIABETE TIPO 2- RAZIONALE

L'individuazione dell' "assistito affetto da diabete di tipo 2 non complicato o complicato stabilizzato " quale target del modello di P.A.I. è scaturita da quanto enunciato nelle linee guida nazionali sull'assistenza al paziente diabetico validate dall' associazione medici diabetologi, dalla società italiana di diabetologia e dalla società italiana di medicina generale, che, in premessa, precisano come l'accresciuta prevalenza nel mondo del diabete tipo 2 soprattutto legata all'aumento del benessere ed allo stile di vita, ha portato l'OMS a parlare di vera e propria "epidemia".

Stime e proiezioni sul periodo 1994- 2010 indicano la triplicazione a livello mondiale dei casi di diabete mellito tipo 2. Per L' Europa Occidentale è stato previsto un aumento dei casi di diabete mellito tipo 2 del 27.5% dal 1994 al 2000 e del 54.9% dal 1994 al 2010. Il numero dei diabetici negli Stati Uniti (dove il diabete rappresenta la settima causa di morte) è salito da 1.6 milioni nel 1958 ad 8 milioni nel 1995, mentre in Italia la prevalenza è aumentata dal 2,5% (negli anni '70) all'attuale 4-4,5%.

Dai dati dello studio quadri⁴ relativi alla regione Liguria che hanno evidenziato come(sic)"nel 28% dei casi la diagnosi di diabete è stata effettuata prima dei 40 anni e nel 74% dei casi la malattia dura da 5 anni o più;per la maggioranza (57%) il principale erogatore di cure è il centro diabetologico, seguito dal medico di medicina generale (32%);la terapia più comune (61% dei casi) sono gli antidiabetici orali da soli; il 24% fa uso di insulina (da sola o associata ad antidiabetici orali);il 31% ha sofferto di almeno una complicanza; le più frequenti sono la retinopatia diabetica (22%) e la cardiopatia ischemica (11%). Meno rappresentate invece, nella nostra popolazione, sono le complicanze renali (3%), ictus (4%), e amputazioni (2%).

Il 14% riferisce di essere stato ricoverato nell'ultimo anno sono stati identificati diversi fattori di rischio che aumentano le complicanze e la mortalità fra i diabetici: il 57% del campione riferisce di avere ipertensione arteriosa; il 14% degli ipertesi non è in terapia. Il 54% dei diabetici riferisce di avere il colesterolo alto: il 53% di questi non è in terapia. Il 34% fumava al momento della diagnosi ed il 29% fuma ancora al momento dell'intervista.

Solo il 28% del campione ha un peso corporeo normale il 39% è in sovrappeso mentre gli obesi sono il 33%. Nonostante ciò il 22% del campione in studio non svolge alcuna attività fisica. L'aderenza delle pratiche assistenziali alle linee guida è essenziale per prevenire le complicazioni e migliorare la qualità della vita. In rapporto ad uno standard ideale (equivalente al 100% di aderenza): il 61% dei pazienti ha fatto almeno una visita approfondita dal medico di medicina generale o presso il centro diabetologico nell'ultimo semestre.

Nell'ultimo anno solo il 61% ha effettuato un esame del fondo oculare, il 46% un controllo accurato dei piedi 1 e la stessa percentuale ha ricevuto la vaccinazione anti influenzale. Negli ultimi quattro mesi l'emoglobina glicosilata (calcolata sul 75% del campione che conosce l'esame) è stata eseguita nel 76% dei diabetici. Il 79% dei diabetici in trattamento insulinico pratica l'autocontrollo glicemico.

In termini di informazione, educazione e comportamenti solo il 60% dei diabetici ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di controllare giornalmente i piedi, per prevenire le complicanze a carico del piede; il 65% esegue l'auto-ispezione giornaliera. Per il fumo di sigaretta, quasi tutti i pazienti fumatori attuali (90%) hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare,tuttavia il 29% dei diabetici (valore simile a quello riscontrato nella popolazione generale) continua a fumare.

Il 72% dei pazienti in studio è risultato in eccesso di peso in base al calcolo dell'IMC; molti (il 71% del campione) sanno di esserlo, tra questi quasi tutti hanno ricevuto consiglio di dimagrire, ma soltanto il 38% del campione totale sta facendo qualcosa per perdere peso. Nonostante che l'86% abbia ricevuto informazioni sull'importanza dell'attività fisica regolare (che ha benefici effetti sul controllo della glicemia e su altri fattori di rischio - ipertensione, dislipidemia, sovrappeso), solo il 56% svolge abitualmente un'attività fisica efficace (almeno 3-4 volte alla settimana per almeno 30 minuti).

⁴ studio QUADRI(qualità dell'assistenza alle persone diabetiche nelle regioni italiane)

DIABETE TIPO 2- DATI CLINICI

Il diabete tipo 2 è la forma più comune di diabete ed è caratterizzato da disordini dell'azione e della secrezione insulinica, ciascuno dei quali può essere la caratteristica predominante.

Entrambi i disordini sono di solito presenti nel momento in cui questa forma di diabete si manifesta clinicamente: le ragioni specifiche per lo sviluppo di queste anomalie non sono ancora note.

Il diabete tipo 2 mostra prevalente insulino resistenza con deficit insulinico relativo o prevalente difetto di secrezione insulinica con/senza insulino resistenza.

Il diabete mellito di questo tipo era precedentemente definito diabete mellito non insulino-dipendente o diabete ad insorgenza nell'adulto.

È un termine usato per soggetti che abbiano un deficit relativo (anziché assoluto) di insulina.

Le persone con questo tipo di diabete sono, spesso, resistenti all'azione insulinica .

Almeno all'inizio, e spesso lungo tutto il corso della vita, questi soggetti non hanno bisogno del trattamento insulinico per la sopravvivenza.

Questa forma di diabete resta frequentemente non diagnosticata per molti anni, poiché l'iperglicemia non è severa al punto da dare sintomi evidenti di diabete .

Vi sono, probabilmente, diversi meccanismi che conducono a questo tipo di diabete ed è verosimile che il numero dei pazienti classificati in questa categoria decrescerà in futuro, quando l'identificazione di specifici processi patogenetici e dei relativi difetti genetici permetterà una migliore differenziazione ed una più definitiva classificazione nella categoria "altri tipi specifici di diabete".

Sebbene le eziologie specifiche di questa forma di diabete non siano note, per definizione non vi è distruzione autoimmune del pancreas ed i pazienti non hanno alcuna delle cause note, specifiche di diabete.

La maggioranza dei pazienti con questa forma di diabete è obesa e l'obesità in sé causa o aggrava l'insulino resistenza .

Molti di coloro che non sono obesi, secondi i criteri tradizionali, possono avere un aumento della percentuale di grasso corporeo localizzato nella regione addominale .

La chetoacidosi non è frequente in questo tipo di diabete e di solito è in associazione con lo stress di un'altra patologia, come un'infezione .

Anche se i pazienti con questa forma di diabete possono avere livelli di insulina apparentemente nella norma o aumentati, gli elevati valori glicemici di questi soggetti, che hanno una funzione beta-cellulare conservata, dovrebbero comportare una secrezione di insulina ancora maggiore .

Pertanto la secrezione insulinica è deficitaria ed insufficiente a compensare l'insulino resistenza.

D'altra parte, alcuni soggetti hanno un'azione insulinica essenzialmente normale, ma una secrezione insulinica marcatamente ridotta.

La sensibilità all'insulina può essere migliorata dalla perdita di peso, dall'incremento dell'attività fisica e/o dal trattamento farmacologico dell'iperglicemia, ma non viene riportata alla normalità .

Il rischio di sviluppare il diabete di Tipo 2 aumenta con l'età, l'obesità, la mancanza di attività fisica .

Esso si verifica più frequentemente nelle donne con precedente GDM e nei soggetti con ipertensione o dislipidemia.

La sua frequenza varia nei diversi sottogruppi etnico/razziali .

È spesso associato con una forte predisposizione familiare, verosimilmente genetica, anche se le caratteristiche genetiche di questa forma di diabete sono complesse e non chiaramente definite.

Alcuni pazienti che presentano un quadro clinico di diabete Tipo 2 hanno auto anticorpi simili a quelli presenti nel diabete Tipo 1 e possono simulare un diabete Tipo 2, se tali auto anticorpi non vengono dosati.

I pazienti che non sono obesi o che hanno parenti con diabete Tipo 1 e che hanno origini nord-europee devono far sospettare un diabete Tipo 1 ad insorgenza tardiva.

DIABETE TIPO 2 NON COMPLICATO

Un paziente con diabete di Tipo 2 non complicato è un paziente con assenza di

COMPLICANZE MACROVASCOLARE

coronariche [malattia coronaria acuta (angina pectoris,ima,aritmia) , malattia coronarica cronica (insufficienza miocardica)]

cerebrali: (TIA, ictus trombotico emorragico)

periferiche: (claudicatio intermittens)

COMPLICANZE MICROVASCOLARI

nefropatia diabetica preclinica e conclamata

retinopatia diabetica proliferante e non

neuropatia sensitivo motoria e neuropatia autonoma (manifestazioni cardiovascolari, dell'apparato gastroenterico e urogenitale)

ATTUALE SCENARIO ASSISTENZIALE

OFFERTA ASSISTENZIALE DI 1° LIVELLO

Nella seguente tabella sono riportati, stratificati per singolo Distretto territoriale, il n° di MMG di assistenza primaria convenzionati con Asl 3 Genovese ed il n° di scelte in carico

| Data di riferimento 31 04 2006 | MMG di assistenza primaria | Scelte in carico |
|---|---|-------------------------|
| distretto 1 | 77 | 88.966 |
| distretto 2 | 115 | 116.477 |
| distretto 3 | 93 | 101.133 |
| distretto 4 | 167 | 145.506 |
| distretto 5 | 130 | 138.606 |
| distretto 6 | 68 | 75.748 |
| distretti tutti | 650 | 666.433 |

OFFERTA ASSISTENZIALE DI 2° LIVELLO

Nell'area metropolitana genovese l'assistenza specialistica diabetologica è erogata da:

| | |
|---|--|
| SC Diabetologia PO Ponente | ASL 3 Genovese |
| SS Diabetologia PO Nord | ASL 3 Genovese |
| SS Diabetologia PO Levante | ASL 3 Genovese |
| SS Diabetologia endocrinologia e malattie del metabolismo | AO Villa Scassi |
| Dipartimento di scienze endocrinologiche e metaboliche Cattedra di malattie del metabolismo e diabetologia | AO San Martino e cliniche universitarie convenzionate |
| SC Diabetologia e malattie del metabolismo | AO San Martino e cliniche universitarie convenzionate |
| Ambulatorio di diabetologia inserito in SC ospedaliera Medicina 1 | Ente Ospedaliero Ospedali Galliera |
| SS Diabetologia pediatrica - clinica medica pediatrica | Istituto G. Gaslini |

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Le prestazioni specialistiche⁵ 1° visita (codice 89.71J⁶) e visita successiva alla 1° (codici 89.01⁷; 89.03⁸;89.07⁹) complessivamente erogate dai Centri Diabetologici dell'area metropolitana ad assistiti adulti della ASL 3 Genovese , relative all'anno 2005, sono state 51.131¹⁰

| Prestazione | N° |
|---------------------------|--------|
| 1° visita | 12.775 |
| visita successiva alla 1° | 38.356 |

Così stratificate per Centro Diabetologico

| | n° 1° visita | n° visita successiva alla 1° |
|---|--------------|------------------------------|
| CD H La Colletta | 308 | 4.254 |
| CD distretto 1 / ambulatorio Buffa | 314 | 1723 |
| CD distretto 1 / ambulatorio Rossiglione | 23 | 119 |
| CD distretto 1 / ambulatorio Caldesi | 153 | 795 |
| CD distretto 2 / ambulatorio Siffredi | 118 | 819 |
| CD distretto 2 / ambulatorio Fiumara | 410 | 408 |
| CD AO Villa Scassi | 3.370 | 4.026 |
| CD distretto 3 / ambulatorio Bonghi | 70 | 196 |
| CD H Gallino | 495 | 563 |
| CD H Busalla | 101 | 114 |
| CD distretto 4 / ambulatorio Assarotti | 436 | 675 |
| CD EO Ospedali Galliera | 2.397 | 7.194 |
| CD distretto 5 / ambulatorio Struppa | 384 | 894 |
| CD AO San Martino ¹¹ (COMPLESSIVO) | 3.444 | 12.996 |
| CD distretto 6 / ambulatorio Nervi | 460 | 1.799 |
| CD distretto 6 / ambulatorio Camogli | 292 | 1.781 |

⁵ fonte:datasiel - elaborazione dati: UO Assistenza Distrettuale

⁶ visita generale

⁷ anamnesi e valutazione, definite brevi

⁸ anamnesi e valutazione, definite complessive

⁹ consulto, definito complessivo

¹⁰ prestazioni (tutti i codici registrati) erogate dai C.D.dell'area metropolitana genovese:120.626 (escluso EO G Gaslini)

prestazioni (tutti i codici registrati) erogate dai CD afferenti ad ASL 3 Genovese: 68.228

prestazioni (tutti i codici registrati) erogate dai CD afferenti ad altre AAOO: 52.398

¹¹ probabilità di sovrastima

ESENZIONI PER PATOLOGIA(CODICE 013.250 – DIABETE MELLITO)

Il report prodotto dall'UO Assistenza Distrettuale¹² relativo agli assistiti della ASL 3 Genovese (residenti e temporaneamente residenti) esenti per patologia ha evidenziato che, alla data del 13 marzo 2006, gli assistiti esenti sono¹³: 27.551¹⁴(trend anno 1999/2005 :300 X 100) di cui:

| sesso | fascia età | n° totale esenzioni |
|---------|------------|---------------------|
| maschio | 0 - 4 | 1 |
| femmina | 0 - 4 | 0 |
| maschio | 5 - 14 | 35 |
| femmina | 5 - 14 | 45 |
| maschio | 15 - 44 | 635 |
| femmina | 15 - 44 | 478 |
| maschio | 45 - 64 | 4.006 |
| femmina | 45 - 64 | 3.035 |
| maschio | 65 - 74 | 4.486 |
| femmina | 65 - 74 | 4.352 |
| maschio | >75 | 4.232 |
| femmina | >75 | 6.246 |
| maschio | totale | 13.395 |
| femmina | totale | 14.156 |

Si rileva

- una frequenza % dei pazienti esenti per patologia (codice 013.250 – diabete mellito) sul totale della popolazione assistibile = a 3,62%
- una frequenza % dei pazienti ultra sessantacinquenni esenti per patologia (codice 013.250 – diabete mellito) sul totale della popolazione assistibile = a 2,54 %
- una frequenza % dei pazienti ultra sessantacinquenni esenti per patologia (codice 013.250 – diabete mellito) sul totale dei pazienti esenti per stessa patologia = al 70%
- è da notare come la distribuzione della popolazione veda la popolazione maschile maggiormente rappresentata rispetto alla femminile nelle fasce di età fino ai 64 anni, una distribuzione pressoché sovrapponibile tra maschi e femmine nella fascia d'età compresa tra i 65 ed i 74 anni mentre nella fascia d'età sopra i 75 anni si evidenzia un'inversione della rappresentazione delle femmine rispetto ai maschi

¹² fonte: DATASIEL - anagrafe sanitaria

¹³ popolazione residente e temporaneamente residente assistita da ASL 3 Genovese: 760.588

¹⁴ rilevazione dato al 24 03 2006

ATTUALE MODELLO ASSISTENZIALE

L'attuale modello assistenziale del paziente diabetico, non prevede l'integrazione professionale tra 1° e 2° livello di cura ; MMG e specialisti si trovano spesso a lavorare in modo s coordinato e/o contrapposto

FARMACO EPIDEMIOLOGIA

Uno studio di farmacoepidemiologia effettuato dall'UO Assistenza Distrettuale in base ai dati, forniti dall'UO Farmaceutica Territoriale aziendale, relativi alla prescrizione (anno 2005) di farmaci appartenenti al sottogruppo terapeutico A10 (farmaci antidiabetici) secondo al classificazione ATC ha evidenziato una prevalenza dei soggetti trattati farmacologicamente¹⁵ con farmaci antidiabetici pari al 5.6% degli assistibili della ASL 3 Genovese, corrispondente ad un costo diretto relativo al trattamento farmacologico del diabete equivalente a € 5.093.040. La prevalenza di soggetti trattati con insulina è risultata del 1.02% e quella dei trattati con ipoglicemizzanti orali del 4.95%.

Il gap esistente tra la prevalenza dei soggetti diabetici trattati farmacologicamente¹⁶ (42.550) sul totale degli assistibili della ASL 3 Genovese (5,59%) e la prevalenza dei soggetti esenti per patologia (27.551 codice 013.250 – diabete mellito) sul totale della popolazione assistibile(3,62%) risulta essere del 1,97 %, pari a 14.983 assistibili (dato da convalidare dopo la rilevazione dei dati indice di prevalenza per singolo MMG).

L'analisi della distribuzione dei trattamenti con i diversi ipoglicemizzanti orali è illustrata nella seguente tabella, dalla quale si evince che quasi il 94% dei soggetti trattati riceve una biguanide o una sulfanilurea, o entrambe.

| Classe Farmacologica | Trattati | Prevalenza % su ass.ili | Distribuzione % |
|--------------------------------|----------|-------------------------|-----------------|
| Biguanidi | 15.367 | 2,02 | 32,3 |
| Sulfoniluree | 14.744 | 1,94 | 31,0 |
| Associazioni precostituite B+S | 14.553 | 1,91 | 30,6 |
| Tiazolidioni | 310 | 0,04 | 0,7 |
| Repaglinide | 2.656 | 0,35 | 5,6 |

Dall'analisi dei dati in nostro possesso non è possibile al momento quantificare il n° di soggetti diabetici sottoposti a sola terapia dietetica; il dato potrà essere valutato dopo la rilevazione dei dati indice di prevalenza per singolo MMG

CRITICITA' DELL'ATTUALE MODELLO ASSISTENZIALE

Eterogeneità e carenza di sistematicità nella gestione dei pazienti diabetici da parte dei MMG
Necessità di distinguere la competenza del 1° livello assistenziale (MMG) dal 2° livello assistenziale (Struttura Specialistica territoriale ed ospedaliera)
Comunicazione imperfetta tra emittente(MMG o Specialista) e ricevente(MMG o Specialista)
Carenza di programmi coordinati di educazione alla salute e automedicazione
Eterogeneità di gestione dei pazienti diabetici sia nel 1° sia nel 2° livello assistenziale
Ricorso non sempre appropriato alle strutture di 2° livello

SUPERAMENTO DELLE CRITICITA'

Integrare l'assistenza offerta dai due livelli di cura, precisarne le rispettive competenze e garantire la continuità assistenziale del paziente affetto da diabete di tipo 2, attraverso la condivisione di un modello di gestione integrata dell'assistito (P.A..I.)

¹⁵ trattato=assistibile che ha ricevuto almeno 1 prescrizione nell'anno

¹⁶ trattato=assistibile che ha ricevuto almeno 1 prescrizione nell'anno

MODELLO ASSISTENZIALE DI GESTIONE INTEGRATA

LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO

L'assistenza al paziente diabetico: raccomandazioni cliniche ed organizzative (AMD – SID - SIMG); versione 2001

Raccomandazioni nutrizionali basate sull'evidenza per la terapia e la prevenzione del diabete mellito diabetes nutrition study group (dnsg) of the european association for the study of diabetes (easd) 2004

Diabetes care/ clinical practice recommendations; versione 2006

Standards of medical care in diabetes. diabetes care 29 (s 1), 2006

Documento di consenso internazionale sul piede diabetico- a cura del gruppo di studio AMD - SID del piede diabetico – 2006

SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE DELL'EVIDENZA SECONDO LE CLINICAL PRACTICE RECOMMENDATIONS DELL'ADA¹⁷

| Livello di evidenza | Descrizione |
|---------------------|---|
| A | Evidenze chiare provenienti da studi clinici controllati randomizzati (RCT) ben condotti, generalizzabili e di alta qualità, di adeguata potenza, come: <ul style="list-style-type: none">● trial multicentrici● metanalisi che incorporano nell'analisi valutazioni di qualità● evidenze non sperimentali inconfutabili (ad esempio, la regola del "tutto o niente" sviluppata dal Center for Evidence Based Medicine di Oxford) Evidenze di sostegno provenienti da studi clinici controllati randomizzati (RCT) ben condotti, di adeguata potenza, come: <ul style="list-style-type: none">● trial ben condotti da una o più istituzioni sanitarie e/o di ricerca● metanalisi che incorporino nell'analisi valutazioni di qualità |
| B | Evidenze sostenute da studi di coorte ben condotti: <ul style="list-style-type: none">● studi di coorte prospettici o registri● metanalisi di studi di coorte Evidenze sostenute da studi caso-controllo ben condotti |
| C | Evidenze sostenute da studi non adeguatamente controllati o non controllati: <ul style="list-style-type: none">● Studi randomizzati controllati con uno o più difetti metodologici maggiori o tre o più difetti metodologici minori che potrebbero inficiare i risultati● studi osservazionali con alta probabilità di bias (come serie di casi confrontati con controlli storici)● serie di casi o rapporti di casi clinici Conflitti fra evidenze |
| E | Consensus di esperti o esperienza clinica |

¹⁷ La classificazione dell'evidenza assunto differisce negli aspetti formali da quella del Programma Nazionale delle Linee-Guida (www.pnlg.it).

OBIETTIVI

ottimizzare le fasi di diagnosi, cura e prevenzione delle complicanze nel diabetico tipo 2 mediante precisazione dei livelli di competenza:

| azioni | livello assistenziale competente |
|---|--|
| diagnosi precoce della malattia diabetica | 1° livello (MMG) |
| inquadramento laboratoristico e strumentale | 1° livello (MMG) + 2° livello (strutture specialistiche diabetologiche) |
| sensibilizzazione | 1° livello (MMG) |
| educazione terapeutica = promozione della partecipazione attiva del malato alla gestione della propria malattia | 2° livello (strutture specialistiche diabetologiche) + 1° livello (MMG) |
| programma terapeutico | 1° livello (MMG) + 2° livello (strutture specialistiche diabetologiche) |
| se diabete non complicato o complicato stabile | 1° livello (MMG) |
| se diabete complicato | 2° livello (strutture specialistiche diabetologiche) |
| follow up | 1° livello (MMG) + 2° livello (strutture specialistiche diabetologiche) |
| richiesta di accesso al 2° livello di cura | 1° livello (MMG) + 2° livello (strutture specialistiche diabetologiche) |
| se prestazione ambulatoriale | 1° livello (MMG) |
| se ricovero | 1° livello (MMG) + 2° livello (strutture specialistiche diabetologiche) |

ATTORI

Medici di Medicina Generale convenzionati con ASL 3 Genovese (MMG)

Strutture specialistiche diabetologiche di 2° livello territoriali ed ospedaliere insistenti sul territorio della ASL 3 Genovese

Direzione UO Assistenza Sanitaria Distrettuale – Dipartimento Cure Primarie - ASL 3 Genovese

Direzioni Distretti

COMPETENZE ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE

MEDICI DI MEDICINA GENERALE

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

Gestione del trattamento farmacologico

Prescrizione dei pazienti con diabete tipo 2 non complicato o complicato stabilizzato secondo il P.A.I. condiviso

Prescrizioni per pazienti diabetici presi in carico

Monitoraggio effetti collaterali delle terapie

Richieste di prestazioni di 2° livello secondo protocollo del P.A.I. condiviso

Invio dei dati di attività a UO Assistenza Distrettuale

STRUTTURE SPECIALISTICHE DIABETOLOGICHE AZIENDALI ED EXTRAZIENDALI

Inquadramento diagnostico, terapeutico, dietetico, educativo dei diabetici tipo 2 non complicati

Valutazione periodica secondo Follow-up

Consulenze ai MMG per visite non programmate (urgenti o urgenti differibili)

Prescrizione temporanea dei diabetici tipo 2 gestiti dai MMG in situazioni cliniche particolari o con controllo glicemico inadeguato

Educazione terapeutica del paziente

DIREZIONE U.O. ASSISTENZA DISTRETTUALE

Formazione dei MMG ed altre professioni sanitarie

Monitoraggio degli aspetti organizzativi connessi al P.A.I.

Produzione reports annuali

Predisposizione della scheda raccolta dati

Raccolta dati epidemiologici del MMG secondo gli indicatori elencati

DIREZIONI DEI DISTRETTI TERRITORIALI

Garantire a livello distrettuale la collaborazione tra MMG e Strutture specialistiche insistenti su territorio di riferimento attraverso almeno 2 incontri annuali di aggiornamento ed organizzazione

PROTOCOLLO ASSISTENZIALE

PREVENZIONE SECONDARIA DELLA MALATTIA DIABETICA

SOGGETTI DI ETÀ > 40 ANNI NON A RISCHIO PER DIABETE MELLITO

-Devono effettuare ogni tre anni glicemia a digiuno

SOGGETTI A RISCHIO PER DIABETE MELLITO

familiarità 1° grado, BMI > 27, pregresso diabete gestazionale, ipertensione arteriosa, dislipidemia con trigliceridi > 250 hdl < 35, macrosomia fetale =peso alla nascita> 4kg

-Devono effettuare ogni 12 mesi glicemia a digiuno

PRIMO RISCONTRO DI IPERGLICEMIA

SE VENGONO RISCOstrate

2 GLICEMIE A DIGIUNO ENTRAMBE SUPERIORI A 126 MG/DL

1 GLICEMIA "RANDOM" SUPERIORE A 200 MG/DL, ACCOMPAGNATA DA SINTOMI TIPICI¹⁸

1 GLICEMIA SUPERIORE A 200 MG/DL 2 ORE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DI 75 GR DI GLUCOSIO PER OS

IL MMG

effettua gli ulteriori accertamenti previsti dal protocollo (nei pazienti asintomatici i criteri diagnostici devono essere accompagnati da un secondo valore patologico es: 2 glicemie > 126 mg/dl oppure 1 glicemia > 126 mg/dl + glicemia random > 200 mg/dl)

SE VENGONO RISCOstrate N ° 2 GLICEMIE BASALI COMPRESSE TRA 110 E 125 MG/LITRO,

in presenza di fattori di rischio (familiarità, obesità, ipertensione, pregresso diabete gestazionale)

IL MMG

può prescrivere curva da carico di 75 gr. di glucosio

SE NON SI CONFERMA IL SOSPETTO DI DIABETE

IL MMG

programma un follow up a 1 anno

SE SI CONFIGURA UN QUADRO DI IGT O IFG

IL MMG

attiva il corrispondente follow-up

FOLLOW UP DELL'ASSISTITO CON IGT O IFG (LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON IGT O IFG È DI ESCLUSIVA COMPETENZA DEL MMG)

ASSISTITO AFFETTO DA IGT O IFG

OGNI 6 MESI DEVE ESEGUIRE

1. glicemia a digiuno e postprandiale
2. BMI e pressione arteriosa

OGNI 12 MESI DEVE ESEGUIRE, OLTRE AI PRECEDENTI,

1. visita del MMG
2. assetto lipidico (col. Hdl tri gl ldl)
3. ECG

¹⁸ questo criterio non richiede conferma

INSERIMENTO DELL'ASSISTITO DIABETICO TIPO 2 NEL PAI

I pazienti diabetici che seguono un regolare programma di follow-up hanno un migliore controllo metabolico.

La gestione integrata tra MMG e struttura specialistica diabetologica migliora il controllo metabolico

La definizione più completa di assistenza integrata è: " partecipazione congiunta dello specialista e del mmg in un programma stabilito di assistenza nei confronti di pazienti con patologie croniche in cui lo scambio di informazioni avviene da entrambe le parti e con il consenso informato del paziente "

Il modello ottimale di assistenza prevede la suddivisione ed il coordinamento dei compiti tra il MMG e Centro Diabetologico

PAZIENTE NEO DIAGNOSTICATO

IL MMG

1. informa il paziente sulla modalità del PAI
2. effettua e prescrive le indagini per il 1° inquadramento diagnostico secondo protocollo:
(rilevazione peso , bmi, circonferenza vita, misurazione pressione arteriosa + HbA1c, colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridi, Creatinemia, ECG, Fundus oculi)
3. imposta dieta e/o terapia
4. documenta la richiesta di visita specialistica diabetologica con tutti gli esami previsti dal protocollo
5. invia il paziente al Centro Diabetologico per visita e per rilascio certificazione di esenzione per patologia

LO SPECIALISTA DIABETOLOGO

1. effettua inquadramento diagnostico, stadiazione clinica e delle eventuali complicanze, indagine alimentare, programma dietetico individualizzato ed educazione alimentare, educazione comportamentale (per gruppi, in collaborazione con MMG)
2. rilascia referto
3. rilascia certificazione per esenzione per patologia con codice 013.250
4. modifica eventualmente la terapia in atto
5. inserisce il paziente nel PAI
6. invia il paziente al MMG per follow up

IL MMG

1. prende in cura il paziente
2. pianifica i successivi controlli secondo il protocollo condiviso con lo specialista

PAZIENTE DIABETICO NOTO, GIA' IN CURA PRESSO IL MMG O UN CENTRO DIABETOLOGICO (ANCHE QUESTO ASSISTITO DEVE ESSERE INSERITO NEL PAI)

IL MMG

1. informa il paziente sulla modalita' del PAI
 2. documenta la richiesta di visita specialistica diabetologica con tutti gli esami previsti dal protocollo
 3. invia il paziente a visita diabetologica per inserimento del paziente in PAI
- oppure

LO SPECIALISTA DIABETOLOGO CHE HA IN CURA IL PAZIENTE

1. informa il paziente sulla modalita' del PAI
2. inserisce il paziente nel PAI e invia il paziente al MMG

FOLLOW UP DELL'ASSISTITO DIABETICO TIPO 2 INSERITO NEL PAI

ASSISTITO INSERITO NEL PAI

OGNI 3-4 MESI DEVE ESEGUIRE

1. visita MMG(comprensiva di rilevazione peso , bmi, circonferenza vita, misurazione pressione arteriosa , valutazione dell'autocontrollo glicemico eseguito se prescritto al paziente)
2. glicemia a digiuno e post prandiale
3. hba1c
4. esame urine completo
5. assetto lipidico (col. Hdl trigl ldl) se alterato

OGNI 12 MESI OLTRE AI PRECEDENTI DEVE ESEGUIRE

1. creatinina
2. uricemia
3. assetto lipidico (col. Hdl tri gl ldl)
4. microalbuminuria(sulle prime urine del mattino¹⁹)
5. ECG
6. fundus (a cadenza annuale solo in assenza di retinopatia)
7. parametri epatici, elettroliti, fibrinogeno(se ritenuti necessari in base alla storia clinica dell'assistito)

OGNI 24 MESI DEVE ESEGUIRE VISITA DI CONTROLLO PRESSO IL CD

VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI NON PROGRAMMATE

L'assistito diabetico tipo 2 non complicato inserito nel PAI con adeguato controllo metabolico non deve essere inviato a visita di controllo programmata prima di 2 anni dalla precedente visita

LE VISITE DIABETOLOGICHE DI CONTROLLO POSSONO ESSERE ANTICIPATE CON CARATTERE DI URGENZA SE COMPAIONO (E' SEMPRE RACCOMANDATO UN PREVENTIVO CONTATTO TELEFONICO CON IL C.D.)

1. Sintomi suggestivi di scompenso metabolico
2. Episodi di ipoglicemia
3. Gravidanza in diabetica
4. Diabete gestazionale
5. Comparsa di ulcera del piede

LE VISITE DIABETOLOGICHE POSSONO ESSERE ANTICIPATE MA SONO COMUNQUE PROGRAMMABILI SE COMPAIONO

1. ripetute glicemie a digiuno >180mg/dl
2. mancato raggiungimento dell'obiettivo di Hb A_{1c} stabilito per il paziente in due determinazioni consecutive
3. comparsa di segni clinici riferibili a complicanze

¹⁹ rapporto albuminuria/ creatininuria

E' RACCOMANDATO EFFETTUARE LA PRESCRIZIONE DI VISITA COME DI NORMA PRECEDUTA O MENO DA UN PREVENTIVO CONTATTO TELEFONICO CON IL C.D. (TALVOLTA UNA TELEFONATA E' SUFFICIENTE A RISOLVERE UN PROBLEMA)

ASSISTITI PRESI TOTALMENTE IN CARICO DAI CENTRI DIABETOLOGICI

I CENTRI DIABETOLOGICI PRENDONO TOTALMENTE CARICO

1. diabetici tipo 1
2. diabetici con grave instabilita' metabolica
3. diabetici con complicanze croniche in fase acuta o evolutiva

RICOVERI OSPEDALIERI

NECESSITANO DI RICOVERO OSPEDALIERO GLI ASSISTITI CHE PRESENTANO:

1. coma iperglicemico
2. coma ipoglicemico (se dopo il trattamento non si riprende)
3. chetoacidosi senza coma
4. gravi e ripetute ipoglicemie

COMUNICAZIONE TRA 1° E 2° LIVELLO DI CURA

Lo scambio di informazioni tra MMG e Specialista Diabetologo è essenziale per l'efficace gestione della malattia diabetica

CARTELLA CLINICA DEL PAZIENTE DIABETICO

È lo strumento di comunicazione tra la struttura assistenziale di 1° e 2° livello

È gestita dalla struttura assistenziale di 1° e 2° livello

CARTELLA CLINICA DIABETOLOGICA CARTACEA PREDISPOSTA PER LA GESTIONE INTEGRATA

vi vanno inserite dal MMG e dallo specialista diabetologo tutte le notizie cliniche di interesse diabetologico , i valori degli esami di laboratorio e strumentali

CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA DEL MMG

Il MMG deve annotarvi i dati clinici pertinenti e gli accertamenti

In occasione della prima visita, lo specialista diabetologo indica se il paziente è avviato a gestione integrata. La precisazione e' indispensabile per evitare incertezze, duplicazioni di interventi e confusione nei ruoli.

Per la stessa ragione si consiglia al MMG di apporre sulla cartella clinica cartacea o informatizzata di proprio uso, accanto alla diagnosi "diabete tipo 2" l'espressione " gestione integrata"

Lo strumento utilizzato per la comunicazione con il diabetologo e per la successiva trasmissione dei dati indice non è vincolante

Anche il MMG che usa millewin o altro programma informatico può utilizzare la cartella diabetologica cartacea per la comunicazione con il diabetologo: in questo caso il MMG trasmetterà all'UO Assistenza Distrettuale un report contenente i dati di prevalenza richiesti e le fotocopie della cartellina (parte interna) usate per ciascun assistito nell'anno di applicazione del progetto

TEMPI DI REALIZZAZIONE

ENTRO GIUGNO 2006

Presentazione del P.A.I. e raccolta del consenso da parte di Direzioni Sanitarie ASL e AAOO area metropolitana e Comitato Aziendale dei MMG

DA GIUGNO A DICEMBRE 2006

Percorso di formazione sul P.A.I. x tutti MMG convenzionati x assistenza primaria e per continuità assistenziale²⁰

DA DATA DA DEFINIRE (QUI IPOTIZZATA PER MIGLIOR COMPrensIONE DEL PERCORSO AL 01 01 2007)

1° applicazione del P.A.I. / durata 24 mesi (da 01 01 2007 a 31 12 2008)

FASI DI APPLICAZIONE DEL P.A.I.

| fase | durata | periodo | azioni | attori |
|----------|------------------|----------------------------------|---|----------------------------|
| 1. A | 1°-2°-3° mese | 01 gennaio 31 marzo 2007 | rilevazione dati di prevalenza relativi a periodo 31 dicembre 2005 – 31 dicembre 2006 | MMG |
| 1. B | 4°-5°-6° mese | 01 aprile 30 giugno 2007 | analisi dei dati di prevalenza – produzione di report | UO Assistenza Distrettuale |
| 2. A | da 7° a 18° mese | 01 luglio 2007 30 giugno 2008 | applicazione del P.A.I. | MMG |
| 2. A. 1. | 9° mese | settembre 2007 | 1° aggiornamento e verifica organizzativa a livello distrettuale dall'avvio del P.A.I. | Direzioni Distretti |
| 2. A. 2. | 10° mese | ottobre 2007 | 1° produzione report su criticità evidenziate e miglioramenti attivati | Direzioni Distretti |
| 2. A. 3. | 15° mese | marzo 2008 | 2° aggiornamento e verifica organizzativa a livello distrettuale dall'avvio del P.A.I. | Direzioni Distretti |
| 2. A. 4. | 16° mese | aprile 2008 | 2° produzione report su criticità evidenziate e miglioramenti attivati | Direzioni Distretti |
| 3. A. | 19°-20° mese | 01 luglio 2008 31 agosto 2008 | rilevazione indicatori di processo e risultato relativi a periodo 01 luglio 2007 30 giugno 2008 | MMG |
| 3. B. | 21°-22° mese | 01 settembre 31 ottobre 2008 | analisi degli indicatori – curva di monitoraggio -produzione di report | UO Assistenza Distrettuale |
| 3. C. | 23°-24° mese | 01 novembre 31 dicembre 2008 | interventi di miglioramento del P.A.I. | Tutti gli attori |

²⁰ percorso formativo allegato (monografie + programma corso residenziale)

DATI DI PREVALENZA

In fase precedente all'avvio del modello di gestione integrata, ed a seguire x ciascun anno di applicazione del P.A.I., sono rilevati, x singolo MMG, i seguenti dati di prevalenza

Rilevatori: MMG + UO Assistenza Distrettuale

Fonti: cartelle cliniche assistiti; Datasiel (Anagrafe Sanitaria + flussi informativi prestazioni erogate); UO Assistenza Farmaceutica Territoriale(Cineca + Sfera)

Data di rilevazione: T0 (qui ipotizzata al 3112 2006 per quanto attiene la 1^a rilevazione ed, a seguire, da rilevarsi annualmente al tempo T0 +1 / T0 +2 / T0 +n)

Periodo considerato : anno solare precedente alla data di rilevazione T0 (dal 31 12 2005 al 3112 2006)

| Dati rilevati | Chi rileva | Chi elabora | Chi è informato |
|--|--|--|---|
| n° assistibili in carico al MMG | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti MMG |
| n° assistiti diabetici con esenzione per patologia codice 013.250 in carico al MMG | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti; MMG |
| n° prestazioni codice 8971J erogate dai C.D. per assistibili in carico al MMG | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti; MMG |
| n° prestazioni codice 8901, 8903, 8907 erogate dai C.D. per assistibili in carico al MMG | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti; MMG |
| n° assistiti in carico al MMG trattati con ipoglicemizzanti orali | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti; MMG |
| n° assistiti in carico al MMG trattati con metformina | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti; MMG |
| n° assistiti in carico al MMG trattati con associazioni precostituite | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti; MMG |
| n° assistiti diabetici in carico al MMG | MMG | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti; MMG |
| n° assistiti diabetici tipo 1 in carico al MMG | MMG | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti; MMG |
| n° assistiti affetti da IFG in carico al MMG | MMG | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti; MMG |
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG | MMG | Direzione U.O. Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti; MMG |
| indicatori | | | |
| 1.a. : n° assistiti diabetici in carico al MMG / n° assistibili in carico al MMG x 100 | | | |
| 1.b. : n° assistiti diabetici con esenzione per patologia codice 250 in carico al MMG / n° assistibili in carico al MMG x 100 | | | |
| 1.c. : n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG / n° assistibili in carico al MMG x 100 | | | |
| 1.d. : n° assistiti affetti da IFG in carico al MMG / n° assistibili in carico al MMG x 100 | | | |
| 1.e. : n° prestazioni codice 8971J erogate dai C.D. per pazienti in carico al MMG | | | |
| 1.f. : n° prestazioni codice 8901, 8903, 8907 erogate dai C.D. per pazienti in carico al MMG | | | |
| 1.g. : n° assistiti in carico al MMG trattati con metformina / n° assistiti in carico al MMG trattati con ipoglicemizzanti orali x 100 | | | |
| 1.h. : n° assistiti in carico al MMG trattati con associazioni precostituite / n° assistiti in carico al MMG trattati con ipoglicemizzanti orali x 100 | | | |

INDICATORI DI PROCESSO

Misurano il grado di adesione dei MMG al modello proposto

Rilevatore: MMG – Fonte: cartelle cliniche assistiti

1° data di rilevazione: T 1 (qui ipotizzata dal 01 luglio 2008 al 31 agosto 2008)

Rilevazioni successive a cadenza annuale al tempo T2.....Tn

1° periodo considerato : 1 anno (qui ipotizzato dal 01 07 2007 al 30 giugno 2008)

Periodi successivi: a cadenza annuale

| Dati rilevati | Chi rileva | Chi elabora | Chi è informato |
|---|------------|--------------------------------------|--|
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. | MMG | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti MMG |
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di almeno n° 2 rilevazioni valori di pressione arteriosa su cartella clinica | MMG | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti MMG |
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di almeno n° 2 valore di circonferenza vita su cartella clinica | MMG | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti MMG |
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di di almeno n° 2 valore del bmi (body mass index) su cartella clinica | MMG | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti MMG |
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con la registrazione di almeno n° 1 esame fundus effettuato su cartella clinica | MMG | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti MMG |
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di almeno n° 1 ecg effettuato su cartella clinica | MMG | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti MMG |
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di n° di almeno 1 valore di colesterolemia ldl su cartella clinica | MMG | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti MMG |
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di almeno n° 1 valore di creatininemia su cartella clinica | MMG | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti MMG |
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di di almeno n° 2 valori di hb glicata su cartella clinica | MMG | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti MMG |
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con n° 1 visita ambulatoriale diabetologica di followup registrata su cartella clinica | MMG | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti MMG |
| indicatori | | | |
| 2.a.1. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG X 100(standard 10% del n° di assistiti diabetici tipo 2 per ciascun periodo di rilevazione) | | | |
| 2.a.2. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di almeno n° 2 rilevazioni valori di pressione arteriosa su cartella clinica / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. X 100(standard 70% n° assistiti diabetici tipo 2 inseriti in P.A.I.) | | | |
| 2.a.3.n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di almeno n° 2 valore di circonferenza vita su cartella clinica / n° assistiti diabetici in carico al MMG tipo 2 inseriti in P.A.I. X 100 (standard 70% n° assistiti diabetici tipo 2 inseriti in P.A.I.) | | | |
| 2.a.4. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di di almeno n° 2 valore del bmi (body mass index) su cartella clinica / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. X 100 (standard 70% n° assistiti diabetici tipo 2 inseriti in P.A.I.) | | | |
| 2.a.5. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con la registrazione di almeno n° 1 esame fundus effettuato su cartella clinica / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. X 100 (standard 70% n° assistiti diabetici tipo 2 inseriti in P.A.I.) | | | |
| 2.a.6. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di almeno n° 1 ecg effettuato su cartella clinica / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. X 100 (standard 70% n° assistiti diabetici tipo 2 inseriti in P.A.I.) | | | |
| 2.a.7. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di n° di almeno 1 valore di colesterolemia ldl su cartella clinica / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. X 100 (standard 70% n° assistiti diabetici tipo 2 inseriti in P.A.I.) | | | |
| 2.a.8. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di almeno n° 1 valore di creatininemia su cartella clinica / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. X 100 (standard 70% n° assistiti diabetici tipo 2 inseriti in P.A.I.) | | | |
| 2.a.9. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con registrazione di di almeno n° 2 valori di hb glicata su cartella clinica / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. X 100 (standard 70% n° assistiti diabetici tipo 2 inseriti in P.A.I.) | | | |
| 2.a.10. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con n° 1 visita ambulatoriale diabetologica di followup registrata su cartella clinica nel periodo di rilevazione/ n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I.X 100 (standard 1 visita ambulatoriale diabetologica di followup ogni due anni) | | | |

INDICATORI DI RISULTATO INTERMEDIO

Misurano il grado di performance assistenziale raggiunto da ciascun MMG e dall'azienda nel suo complesso in merito alla prevenzione del rischio cardiovascolare del paziente diabetico tipo 2

Rilevatore MMG – Fonte cartelle cliniche assistiti

1° data di rilevazione: T 1 (qui ipotizzata dal 01 luglio 2008 al 31 agosto 2008)

rilevazioni successive a cadenza annuale al tempo T2.....Tn

1° periodo considerato : 1 anno (qui ipotizzato dal 01 07 2007 al 30 giugno 2008)

periodi successivi: a cadenza annuale

| Dati rilevati | Chi rileva | Chi elabora | Chi è informato |
|--|------------|--------------------------------------|--|
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con media dei valori di pressione arteriosa registrati su cartella clinica in periodo di rilevazione < 130/80 mmhg | MMG | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con media dei valori o valore di colesterolemia ldl registrati su cartella clinica in periodo di rilevazione < 100 mg | MMG | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con media dei valori di hb glicata registrati su cartella clinica in periodo di rilevazione < 7,0 % | MMG | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| indicatori | | | |
| 2.b.1. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con media dei valori di pressione arteriosa registrati su cartella clinica in periodo di rilevazione < 130/80 mmhg / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I.X 100 | | | |
| 2. b. 2. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con media dei valori o valore di colesterolemia ldl registrati su cartella clinica in periodo di rilevazione < 100 mg / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I.X100 | | | |
| 2. b. 3. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con media dei valori di hb glicata registrati su cartella clinica in periodo di rilevazione < 7,0 % / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I.X100 | | | |

INDICATORI DI MCQA

Misurano il grado di MCQA aziendale

| Indici | Chi produce | Chi è informato |
|--|----------------------------|---|
| Produzione di report | UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti; MMG |
| Produzione di report | Direzioni Distretti | Direzione Sanitaria; Direzioni Distretti; MMG |
| indicatori | | |
| 3.a. n° reports prodotti da direzione UO Assistenza Distrettuale(standard 1 report in fase 1 di applicazione del modello + 1 report in fase 2 di applicazione del modello) | | |
| 3.b.n° reports prodotti da direzioni distrettuali(standard: 2 reports in fase 2 di applicazione del modello) | | |

CURVA DI MONITORAGGIO

Viene misurato il grado di performance assistenziale raggiunto nel tempo dal singolo MMG e dall'azienda nel suo complesso

| indicatori utilizzati per curva di monitoraggio | Chi misura | Chi è informato |
|--|--------------------------------------|--|
| 1.a. : n° assistiti diabetici in carico al MMG / n° assistibili in carico al MMG x 100 | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| 1.b. : n° assistiti diabetici con esenzione per patologia codice 013.250 in carico al MMG / n° assistibili in carico al MMG x 100 | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| 1.c. : n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG / n° assistibili in carico al MMG x 100 | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| 1.d. : n° assistiti affetti da IFG in carico al MMG / n° assistibili in carico al MMG x 100 | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| 1.e. : [n° prestazioni codice 8971J erogate dai C.D. per pazienti in carico al MMG anno 1° (meno) prestazioni codice 8971J erogate dai C.D. per pazienti in carico al MMG erogate anno 0] / prestazioni codice 8971J erogate dai C.D. per pazienti in carico al MMG erogate anno 0 x 100 | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| 1.f. : [n° prestazioni codice 8901, 8903, 8907 erogate dai C.D. per pazienti in carico al MMG anno 1° (meno) prestazioni codice 8901, 8903, 8907 erogate dai C.D. per pazienti in carico al MMG erogate anno 0] / prestazioni codice 8901, 8903, 8907 erogate dai C.D. per pazienti in carico al MMG erogate anno 0 x 100 | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| 1.g. : n° assistiti in carico al MMG trattati con metformina / n° assistiti in carico al MMG trattati con ipoglicemizzanti orali x 100 | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| 1.h. : n° assistiti in carico al MMG trattati con associazioni precostituite / n° assistiti in carico al MMG trattati con ipoglicemizzanti orali x 100 | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| 2.a.1. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG X 100 (standard 10% del n° di assistiti diabetici tipo 2 per ciascun periodo di rilevazione) | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| 2.a.10. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con n° 1 visita ambulatoriale diabetologica di followup registrata su cartella clinica nel periodo di rilevazione/ n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I.X 100 (standard 1 visita ambulatoriale diabetologica di follow up ogni due anni) | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| 2.b.1. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con media dei valori di pressione arteriosa registrati su cartella clinica in periodo di rilevazione < 130/80 mmhg / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I X100. | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| 2.b.2. n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con media dei valori o valore di colesterolemia ldl registrati su cartella clinica in periodo di rilevazione < 100mg / n° assistiti diabetici tipo 2 inseriti in P.A.I.X100 | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |
| 2.b. 3.n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I. con media dei valori di hb glicata registrati su cartella clinica in periodo di rilevazione < 7,0 % / n° assistiti diabetici tipo 2 in carico al MMG inseriti in P.A.I X100. | Direzione UO Assistenza Distrettuale | Direzione Sanitaria; Direzioni Distrettuali; MMG |

PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI

Il gruppo di lavoro ha evidenziato la difficoltà di ottenere, per i pazienti diabetici, esami di diagnostica strumentale in tempi brevi.

In particolare ha ravvisato la necessità, per i pazienti diabetici, di individuare nell'organizzazione della ASL3 Genovese²¹ liste di attesa che prevedano percorsi ambulatoriali complessi (PAC) in grado di permettere all'assistito diabetico di usufruire di più prestazioni in un'unica soluzione o comunque entro breve periodo di tempo e con numero di accessi ridotto

le prestazioni che potrebbero diventare materia del PAC riservato al paziente diabetico sono:

PAC 1

Esami ematici
fundus oculi
ecg

PAC 2

esami ematici
fundus oculi
ecg + visita cardiologica
eccolor Doppler arterioso arti inferiori e t.s.a

²¹ ASL 3 Genovese è referente per prestazioni inserite nel circuito cup Liguria

CRITERI DI CONCESSIONE E MODALITÀ DI FORNITURA DEI PRESIDI SANITARI

L'autocontrollo rappresenta un supporto alla terapia, perché permette al paziente e al medico il raggiungimento e la verifica costante di molti obiettivi clinici (valutazione immediata del compenso, impostazione e correzione di una terapia personalizzata, migliore gestione del tempo dedicato al paziente) ed obiettivi educativi (riconoscimento delle alterazioni metaboliche, corretta valutazione dei dati di controllo, autogestione della terapia)

L'automonitoraggio della glicemia è considerato parte integrante della cura del paziente diabetico; i suoi risultati vengono utilizzati dal paziente e dal personale sanitario per valutare l'efficacia della terapia, per personalizzare la dieta, l'attività fisica e la somministrazione dei farmaci, in modo da ottenere e mantenere nel tempo un adeguato controllo metabolico.

I risultati di molti studi clinici (rct) ed in particolare del diabetes control and complications trial e dell'united kingdom prospective study hanno dimostrato che un buon controllo metabolico è in grado di evitare e, laddove già presenti, di rallentare l'evoluzione delle complicanze croniche della malattia.

Questo risultato permette di migliorare la qualità della vita del diabetico, di ridurre le gravi invalidità tipiche della malattia, di contenere i costi dovuti alle ospedalizzazioni e alla cura delle complicanze acute e croniche e può essere ottenuto solamente attraverso un assiduo controllo dello stato metabolico da parte del paziente.

L'esecuzione dell'autocontrollo è in funzione dell'obiettivo terapeutico condiviso tra medico e paziente; il fabbisogno di reattivi per glicemia è diverso per ogni paziente e può variare in riferimento all'equilibrio metabolico.

FORNITURA DEI PRESIDI

Previsto dall'art. 3 della legge 16 marzo 1987 – n.115 e conformemente alle disposizioni di seguito riportate

per presidi sanitari debbono intendersi gli strumenti e le apparecchiature utili all'automonitoraggio e alla terapia del diabete.

La fornitura dei presidi sanitari è subordinata al riconoscimento dell'essenzialità alla partecipazione alla spesa sanitaria per patologia diabetica, ai sensi del dm 28 maggio 1999 – n.329 e successive modifiche.

DISPOSITIVI SANITARI CONCEDIBILI

Aghi e siringhe da insulina

Lancette pungidito

Aghi per penna per insulina

Reattivi per glicosuria e corpi chetonici urine

Reattivi per glucosemia

Microinfusori²²

Set per microinfusori

Pile per microinfusori

Le penne per la somministrazione di insulina non sono concedibili, in quanto non sono uno strumento indispensabile per la somministrazione del farmaco.

PRESCRIZIONE

La prescrizione dei suddetti presidi, ad eccezione dei microinfusori, può essere rilasciata dal diabetologo di struttura accreditata oppure dal MMG e dal PLS, secondo il protocollo condiviso tra OO.SS. mediche, l'U.O. Diabetologia della ASL 3 Genovese e l'U.O. Assistenza Distrettuale, utilizzando l'apposito modulo allegato e nel rispetto delle raccomandazioni sull'autocontrollo condivise.

Tale prescrizione ha validità annuale, fatte salve diverse indicazioni del prescrittore.

In caso di fornitura di quantitativi superiori, rispetto a quanto raccomandato, il programma terapeutico non ha validità annuale ma validità limitata alla situazione clinica in atto e deve, comunque, essere motivata.

²² Vedi Concessione microinfusori

RITIRO MATERIALE

Il ritiro del materiale può essere effettuato presso le strutture farmaceutiche territoriali ed ospedaliere della A.S.L 3 Genovese di seguito elencate
struttura farmaceutica territoriale di Via degli Operai 80
struttura farmaceutica territoriale di Via Piacenza 266 R
struttura farmaceutica territoriale di Via Archimede 30 A
struttura farmaceutica territoriale di Via A. Martini 147 - Bargagli
struttura farmaceutica territoriale di Salita della Provvidenza 60 - Torriglia
Ospedale S. Carlo di Voltri - Piazzale Gianasso 4
Ospedale Celesia - Via P.N. Cambiaso 62
Presidio di Quarto - Via G. Maggio 6
oppure presso le farmacie pubbliche previa autorizzazione rilasciata in sede distrettuale dai medici dell'U.O. Assistenza Distrettuale

L'assistito, di norma, può ritirare una fornitura di materiale pari al fabbisogno di un mese o comunque mai superiore al fabbisogno di un trimestre.

I Centri diabetologici, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta sono tenuti ad utilizzare il modulo di prescrizione concordato e in caso di prescrizione di quantitativi superiori a fornire le relazioni cliniche necessarie alla loro autorizzazione

CONCESSIONE MICROINFUSORI

Possono essere concessi²³, soltanto a pazienti selezionati, adeguatamente istruiti, su prescrizione di uno specialista diabetologo che opera nei servizi di diabetologia delle strutture pubbliche.

Il Centro diabetologico che prescrive il microinfusore e segue il paziente posto in tale terapia deve garantire l'esistenza di percorsi dedicati all'istruzione, addestramento, monitoraggio degli utenti; la presenza di personale medico-infermieristico del team diabetologico formato all'impiego di tale terapia; un servizio di reperibilità; la disponibilità di microinfusori e di materiale d'uso necessario, da assegnare al paziente nel periodo di valutazione.

Il Centro diabetologico deve garantire una corretta gestione del paziente in terapia con microinfusore e, in particolare:

Fase 1

valutazione del paziente, scelta della pompa e definizione degli obiettivi terapeutici

Fase 2

applicazione dello strumento e inizio della terapia; questa fase può essere effettuata in regime di ricovero ordinario, day hospital o in ambulatorio

Fase 3

verifica dell'efficacia terapeutica e della capacità di gestione

Il Centro diabetologico, inoltre, deve garantire al paziente, attraverso incontri educazionali dedicati, una corretta istruzione ed educazione in particolare relativamente a:

Gestione quotidiana della pompa

Gestione delle situazioni a rischio

Gestione delle situazioni non abituali

Schema di ritorno alla terapia sottocutanea

Conoscenza delle situazioni in cui ricorrere al curante.

La scelta del tipo di microinfusore deve essere effettuata dal Medico specialista diabetologo, sulla base delle indicazioni cliniche, delle necessità del paziente e delle abilità del paziente.

²³ Nota Regione Liguria prot. n. 47160/810 del 8/05/04

PROTOCOLLO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PER AUTOCONTROLLO GLICEMICO

SOGGETTI IN TERAPIA INSULINICA INTENSIVA

Un numero di 4 controlli al giorno in condizioni routinarie

Un numero illimitato di controlli in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodi limitati alla risoluzione del fatto

SOGGETTI IN TERAPIA INSULINICA CONVENZIONALE O MISTA

Un numero di controlli quotidiani pari al numero di iniezioni + il 20% (su base mensile), in condizioni di routine

Un numero illimitato di controlli in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodi limitati alla risoluzione del fatto

SOGGETTI IN TERAPIA CON IPOGLICEMIZZANTI ORALI SECRETAGOGHI

Un numero ideale di controlli di 2 alla settimana, fino a un massimo di 4 alla settimana

Particolari casi di elevata frequenza di ipoglicemia con conseguenze potenzialmente gravi potranno eseguire fino a un massimo di 2 controlli al giorno purchè sia certificata la presenza di cornaropatia, vasculopatia cerebrale o retinopatia proliferante

Soggetti in terapia con farmaci insulinosensibilizzanti

Un controllo alla settimana solo se utilizzato a fini educativi

DIABETE GESTAZIONALE

Un numero i controlli individuato dal diabetologo in relazione alle singole situazioni cliniche si ritiene indispensabile che lo specialista o il generalista che prescrivono presidi di autocontrollo si rendano responsabili per:

istruire all'uso dell'automonitoraggio e alla tenuta di un diario relativo ai valori glicemici

educare sull'interpretazione dei valori dell'automonitoraggio e sulla condotta terapeutica conseguente

informare sulle cause di inattendibilità dei valori glicemici in automonitoraggio

verificare la tecnica del monitoraggio ad intervalli regolari, l'accuratezza dei risultati, la capacità di utilizzo dei risultati da parte del paziente, l'effettivo uso del materiale prescritto secondo modalità idonee a ottenere risultati attendibili

RACCOMANDAZIONE SULL'AUTOCONTROLLO DELLA GLICEMIA

L'autocontrollo glicemico è uno strumento utile e necessario per raggiungere gli obiettivi del singolo Paziente e per evitare pericolose ipoglicemie, soltanto se eseguito da Soggetti adeguatamente addestrati ed eventualmente in grado di applicare algoritmi terapeutici (in termini di medicazioni attuali di posologia insulinica, qualità di alimentazione e quantità di attività fisica) conseguenti alla glicemia riscontrata.

I medici prescrittori devono essere in grado di certificare la avvenuta istruzione, il controllo dell'apprendimento e le opportune verifiche nel tempo.

Si riporta di seguito il dettaglio del protocollo che sarà applicato dalle strutture diabetologiche e dai Medici di Medicina Generale, nel rispetto dei contenuti legislativi e dello spirito della Legge 115/87, nonché della convenzione che regola i rapporti con i Medici di Medicina Generale (AC N, art. 36, comma 6)

SOGGETTI IN TERAPIA INSULINICA INTENSIVA

un numero di 4 controlli al giorno in condizioni routinarie

un numero illimitato di controlli in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodi limitati alla risoluzione del fatto

SOGGETTI IN TERAPIA INSULINICA CONVENZIONALE O MISTA:

un numero di controlli quotidiani pari al numero di iniezioni + il 20% (su base mensile), in condizioni di routine

un numero illimitato di controlli in condizioni di squilibrio glicemico o malattie intercorrenti, per periodi limitati alla risoluzione del fatto

SOGGETTI IN TERAPIA CON IPOGLICEMIZZANTI ORALI SECRETAGOGHI

un numero ideale di controlli di 2 alla settimana, fino ad un massimo di 4 alla settimana

particolari casi di elevata frequenza di ipoglicemia con conseguenze potenzialmente gravi potranno eseguire fino ad un massimo di 2 controlli al giorno purché sia certificata la presenza di coronaropatia, vasculopatia cerebrale o retinopatia proliferante)

SOGGETTI IN TERAPIA CON FARMACI INSULINOSENSIBILIZZANTI

un controllo alla settimana solo se utilizzato a fini educativi

DIABETE GESTAZIONALE

un numero di controlli individuato dallo specialista diabetologo in relazione alle singole situazioni cliniche

PROGRAMMA TERAPEUTICO PER EROGAZIONE DI PRESIDI PER AUTOCONTROLLO GLICEMICO

Cognome e Nome Assistito.....

Nato a.....il.....

Codice fiscale.....A.S.L.....

Residente in.....Comune.....

Diagnosi e terapia

diabete insulinottrattato Terapia insulinica n° somministrazioni al giorno

diabete non insulinottrattato Ipoglicemizzanti secretagoghi

diabete in gravidanza Ipoglicemizzanti insulinosensibilizzanti

Controlli

n°controlli glicemici al giorno alla settimana

n°controlli glicosurici al giorno alla settimana

n°controlli chetonurici alla settimana

Materiale richiesto ²⁴

siringhe.....

aghi per penna per insulina (specificare dimensioni).....

strisce reattive per valutazione della glicemia

strisce reattive per la valutazione della glicosuria.....

strisce reattive per la valutazione della chetonuria.....

lancette pungidito.....

Durata del programma terapeutico ²⁵

annuale semestrale mesi.....

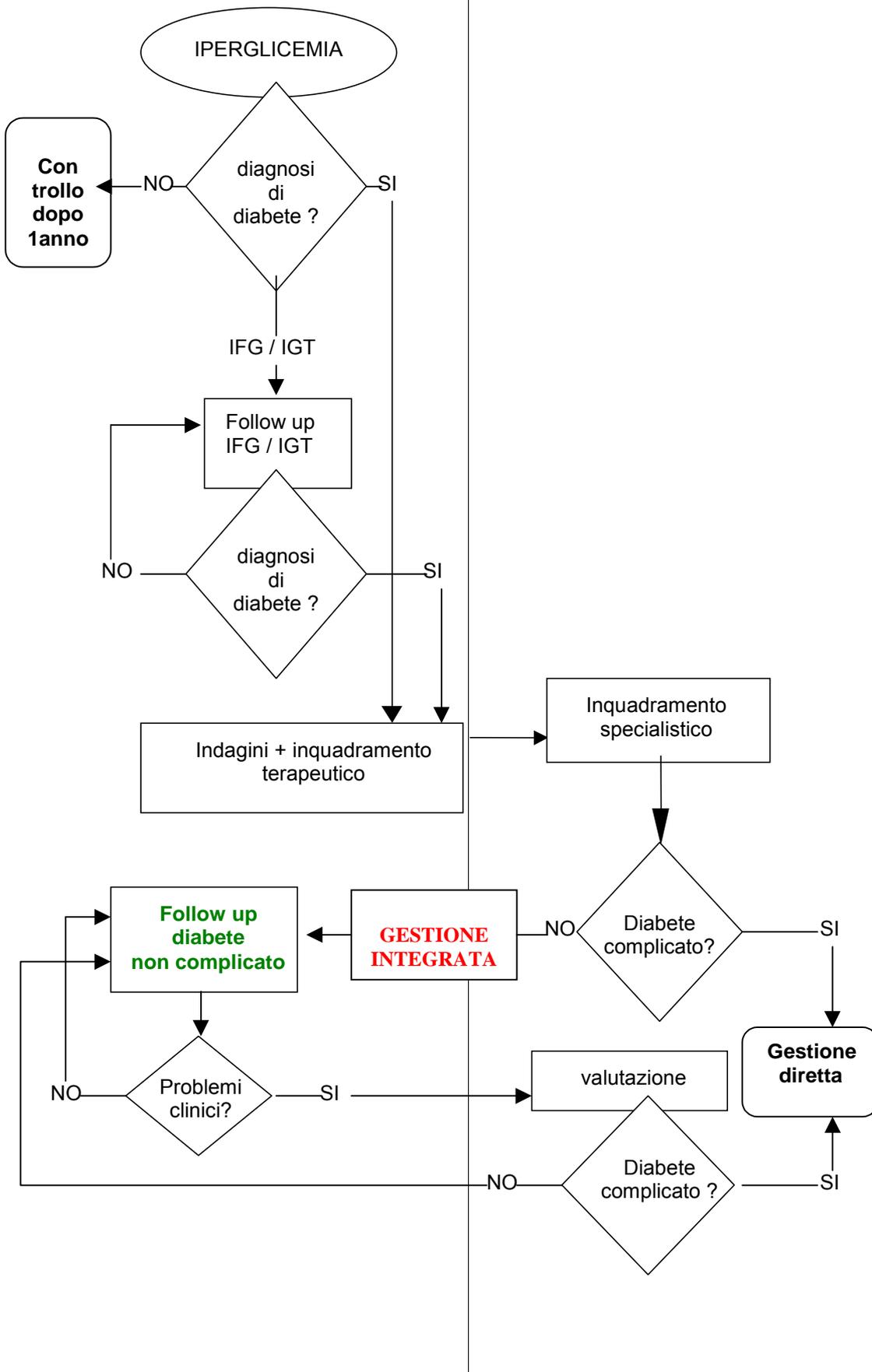
timbro e firma²⁶

Il medico prescrittore dichiara che l'assistita/o è stato informato sul significato dell'autocontrollo e sulle modalità di effettuazione.

²⁴ specificare denominazione del presidio

²⁵ validità massima del programma terapeutico un anno

²⁶ Medico di Medicina Generale o Specialista Diabetologo di struttura pubblica



FLOW CHART DEL P.A.I.

BIBLIOGRAFIA

1. L'assistenza al pz diabetico:raccomandazioni cliniche ed organizzative (amd – sid - simg); versione 2001
2. Raccomandazioni nutrizionali basate sull'evidenza per la terapia e la prevenzione del diabete mellito diabetes nutrition study group (dnsg) of the european association for the study of diabetes (easd) 2004
3. Global guideline for type 2 diabete. international diabetes federation 2005 <http://idf.org>
4. Standards of medical care in diabetes . diabetes care vol 28, suppl. 1, 2005
5. Diabetes care/ clinical practice raccomandations;versione 2006
6. Standards of medical care in diabetes. diabetes care 29 (s 1), 2006
7. Documento di consenso internazionale sul piede diabetico- a cura del gruppo di studio amd – sid del piede diabetico – 2006

PERCORSO DI FORMAZIONE

MODALITÀ

Mista: invio monografie + formazione di tipo residenziale + incontri distrettuali di MCQA

CRONOLOGIA

Anno 2006

| | | |
|-----------|--|--|
| Giugno | Invio ai MMG di assistenza primaria di lettera presentazione corso + 1° monografia | <u>Argomenti trattati</u> Prefazione La diagnosi La prevenzione del rischio cardio vascolare |
| Luglio | Invio ai MMG di assistenza primaria di 2° monografia + allegato | <u>Argomenti trattati</u> Lo screening, la diagnosi precoce e la terapi L'educazione sanitaria La diagnosi precoce delle complicanze croniche |
| Agosto | Invio ai MMG di assistenza primaria di 3° monografia + allegati | <u>Argomenti trattati</u> Il percorso assistenziale integrato dell'assistito affetto da diabete tipo 2 non complicato o complicato stabilizzato Criteri di concessione e modalità di fornitura dei presidi sanitari bibliografia |
| Settembre | Moduli formativi residenziali (livello distrettuale) + consegna CD ricapitolativo | |
| Ottobre | Moduli formativi residenziali (livello distrettuale) + consegna CD ricapitolativo | |
| Novembre | Moduli formativi residenziali (livello distrettuale) + consegna CD ricapitolativo | |

Anno 2007²⁷ (cronologia)

| | |
|--|--|
| Nel terzo mese da data inizio applicazione PAI | 1° incontro di MCQA (livello distrettuale) |
| Nel nono mese da data inizio applicazione PAI | 2° incontro di MCQA (livello distrettuale) |

Allegati

monografie + documenti riferiti

progetto formativo residenziale

costi di attivazione del percorso di formazione

²⁷ per gli incontri di MCQA è da valutare la possibilità di accreditamento ECM

REDATTORI DEL DOCUMENTO

Badaracco Bruno²⁸, Canepa Angelo²⁹, Cattaneo Anna³⁰, Cordera Renzo³¹, Corsi Andrea³², Fisci Mario³³, Scarrone Piero³⁴, Trabacca Maria Stella,³⁵ Valle Ivana³⁶

Si ringraziano per la collaborazione i Colleghi Cordano Clara³⁷, Ghia Marco³⁸

²⁸ MMG

²⁹ MMG

³⁰ NO diabetologia, endocrinologia e malattie del metabolismo - AO Villa Scassi

³¹ Dipartimento di scienze endocrinologiche e metaboliche – AO San Martino e cliniche universitarie convenzionate

³² UO Diabetologia – Dipartimento Medicina interna PO Ponente - ASL 3 Genovese

³³ Direzione Distretto 2 – ASL 3 Genovese

³⁴ MMG

³⁵ UO Medicina Interna 1 – Dipartimento delle Medicine Generali e di Pronto Soccorso-Ente Ospedaliero Ospedale Galliera

³⁶ NO percorsi di formazione del personale laureato dipendente e convenzionato – UO assistenza Distrettuale – Dipartimento cure primarie – ASL 3 Genovese; referente del gruppo per la Direzione Sanitaria ASL 3 Genovese

³⁷ UO assistenza Distrettuale – Dipartimento cure primarie – ASL 3 Genovese

³⁸ UO assistenza Distrettuale – Dipartimento cure primarie – ASL 3 Genovese