

<b>Direzione Sanitaria Aziendale</b>	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO DIABETE</b>	<b>CODICE</b>	
		<b>694DD005</b>	
		<b>REV 00 del</b>	<b>Pagina 1 di 7</b>

## INDICE

1. PREMESSA
2. SCOPO
3. CAMPO DI APPLICAZIONE
4. RIFERIMENTI (norme, Leggi, delibere, ecc.)
5. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI
  - 5.1 Definizioni
  - 5.2 Abbreviazioni utilizzate
6. RESPONSABILITA'
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'
8. ACCESSIBILITA'/RISERVATEZZA
9. ARCHIVIAZIONE

<b>FASI</b>	<b>FUNZIONI</b> Nome/cognome	<b>FIRMA</b>	<b>DATA</b>
<b>Redazione</b>	Dott.ssa Maria Dolci Resp. S.S. Dip. Diabetologia		
	Dott. Domenico Aloisi MMG Zona Apuane		
	Dott. Giuseppe Galli MMG Zona Lunigiana		
<b>Verifica</b>	Dott. Pier Carlo Rossi Direttore Dipartimento Area Medica		
	Dott. Fabio Rizzo Segretario FIMMG		
<b>Verifica conf.</b>	Dr. Enrico Raggi Resp. Accreditamento e Miglioramento Organizzativo		
<b>Approvazione</b>	Dr. Andrea Macuzzi Direttore Sanitario Aziendale		

<b>Direzione Sanitaria Aziendale</b>	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO DIABETE</b>	<b>CODICE</b>	
		<b>694DD005</b>	
		<b>REV 00 del</b>	<b>Pagina 2 di 7</b>

## 1. PREMESSA

Il diabete mellito è una sorta di modello paradigmatico delle malattie croniche che oggi rappresentano una sfida per i Servizi Sanitari dei Paesi Occidentali.

L'incidenza delle malattie croniche sta aumentando in modo epidemico, per il progressivo aumento dei fattori di rischio come l'obesità e l'invecchiamento.

L'implemento delle tecnologie biomediche sta trasformando malattie, un tempo letali, in malattie a lunga sopravvivenza che necessitano tuttavia di regolari controlli.

Il sempre maggiore assorbimento di risorse metterà a rischio l'esistenza stessa del nostro servizio sanitario, come oggi lo conosciamo, se esso non sarà in grado di fronteggiare la trasformazione del quadro epidemiologico che, cominciato alcune decadi fa, sta assumendo i connotati di un evento epocale.

La nostra società dovrà quindi adattarsi ai nuovi bisogni, mirando a rallentare l'incidenza di malattie croniche e disabilità, a ridurre l'impatto degli stili di vita nocivi per la salute e ad affrontare queste patologie con modelli assistenziali adatti a malattie che non guariscono.

La finalità del "patient empowered" è quella di fornire al paziente gli strumenti per poter assumere un ruolo più attivo nella gestione del proprio stato di salute. Il diabetico è l'elemento centrale del sistema di gestione integrata ed ha la responsabilità di una gestione consapevole della propria malattia.

Più del 95% delle cure necessarie per il controllo della patologia è gestito direttamente dal paziente. Ne consegue che devono essere messi in condizione di prendere decisioni in autonomia. Sono quindi necessarie iniziative periodiche di assistenza ad personam. Gli argomenti di maggiore importanza sono la gestione dei supporti tecnologici domestici (glucometri, penne-siringhe, ecc), suggerimenti alimentari, elementi di cultura generale sulla malattia diabetica e le complicanze.

## 2. SCOPO

L'obiettivo generale del presente documento è quello di migliorare la comunicazione tra il medico di medicina generale (MMG) e il Centro Diabetologico (CAD), allo scopo di ottimizzare l'assistenza al paziente diabetico utilizzando al meglio le potenzialità delle diverse figure professionali ed evitando dispersioni di risorse.

In particolare il MMG, che garantisce l'assistenza primaria della persona intesa nella sua globalità, pur rappresentando il principale riferimento del paziente con diabete, deve mantenere un rapporto continuativo di collaborazione con le strutture specialistiche ai diversi livelli di assistenza. Il Centro Diabetologico rappresenta il punto di riferimento specialistico (assistenza secondaria) per il paziente con diabete.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente percorso si applica da parte degli operatori coinvolti, sia territoriali che ospedalieri, agli assistiti della nostra provincia che presentano Diabete di tipo 2 senza complicanze; pertanto sono esclusi:

- i soggetti con diabete mellito tipo 1 insulino-dipendente,
- i soggetti con gravi complicanze evolutive,
- il diabete gestazionale.

## 4. RIFERIMENTI

- Piano Sanitario Regionale 2008-2010

<b>Direzione Sanitaria Aziendale</b>	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO DIABETE</b>	<b>CODICE</b>	
		<b>694DD005</b>	
		<b>REV 00 del</b>	<b>Pagina 3 di 7</b>

- Progetto IGEA, coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità e dal Centro Nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie.

## 5. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

### 5.1 Abbreviazioni utilizzate (Tabella 1)

<b>MMG</b>	MEDICI DI MEDICINA GENERALE
<b>CAD</b>	CENTRO ANTI-DIABETICO
<b>ECG</b>	ELETTROCARDIOGRAMMA
<b>IGT</b>	RIDOTTA TOLLERANZA GLICIDICA
<b>IFG</b>	ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO
<b>PS</b>	PRONTO SOCCORSO
<b>CV</b>	CARDIOVASCOLARE
<b>HbA1c</b>	EMOGLOBINA GLICATA
<b>CUP</b>	CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE
<b>HDL</b>	LIPOPROTEINE AD ALTA DENSITÀ (HIGH DENSITY LIPOPROTEINS)
<b>LDL</b>	LIPOPROTEINE A BASSA DENSITÀ (LOW DENSITY LIPOPROTEINS)
<b>GAMMA GT</b>	GAMMA-GLUTAMILTRANSPEPTIDASI
<b>VD</b>	VALORE DESIDERABILE
<b>VMD</b>	VALORE MASSIMO DESIDERABILE

## 6. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità sono chiaramente individuate nel seguente paragrafo 7.

## 7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

### 7.1 Compiti del MMG:

- Identificazione dei soggetti a rischio tra i propri assistiti,
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti,
- Presa in carico dei pazienti , condividendo il piano di cura col CAD, per i pazienti inviati al CAD
- Valutazione periodica dei propri pazienti, con l’attuazione della medicina di iniziativa secondo il piano di cura adottato,
- Effettuazione di interventi di educazione terapeutica, anche con il coinvolgimento

<b>Direzione Sanitaria Aziendale</b>	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO DIABETE</b>	<b>CODICE</b>	
		<b>694DD005</b>	
		<b>REV 00 del</b>	<b>Pagina 4 di 7</b>

del CAD,

- Monitoraggio dei comportamenti alimentari,
- Raccolta dei dati clinici dei diabetici preferibilmente in forma di cartella elettronica.

## 7.2 Compiti del CAD:

- valutazione del diabete neodiagnosticato e inquadramento terapeutico con formulazione del piano di cura personalizzato, per i pazienti che il MMG ha inviato al CAD
- gestione diretta dei pazienti con: grave instabilità metabolica, complicanze croniche in fase evolutiva, diabete in gravidanza,
- impostazione della terapia medica nutrizionale,
- effettuazione della educazione terapeutica,
- valutazione periodica, secondo il piano di cura adottato, dei diabetici in gestione integrata,
- raccolta dati clinici con cartella elettronica,
- attività di aggiornamento, in collaborazione con gli Animatori di Formazione dei MMG, per le tematiche in cui gli stessi ritengano utile la presenza degli specialisti.

**7.3 Fase 1:** il MMG individua, attraverso ricerca attiva in base ai fattori di rischio, i soggetti con ridotta tolleranza glicidica (IGT) o alterata glicemia a digiuno (IFG). Il MMG applicherà a tali pazienti lo schema operativo di seguito riportato.

- ogni sei mesi controllo di:
  - Glicemia a digiuno ed esame urine
  - Peso corporeo e circonferenza vita
  - Pressione arteriosa
  - Aderenza alla dieta
- ogni 12 mesi controllo di:
  - colesterolo totale,
  - HDL,
  - LDL calcolato,
  - trigliceridi
- ogni 2 anni controllo di:
  - Curva da carico di glucosio

**7.4 Fase 2:** il MMG individua, attraverso ricerca attiva in base ai fattori di rischio, il paziente con diabete e può inviarlo con richiesta medica per **prima visita diabetologica** al CAD, previo appuntamento CUP (**848800920**). Il paziente dovrà avere con sé:

- una relazione che permetta di inquadrare il paziente, meglio se con cartella clinica

<b>Direzione Sanitaria Aziendale</b>	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO DIABETE</b>	<b>CODICE</b>	
		<b>694DD005</b>	
		<b>REV 00 del</b>	<b>Pagina 5 di 7</b>

informatizzata

- Esami clinici, non antecedenti i 4 mesi, comprendenti:
  - glicemia,
  - creatinina,
  - transaminasi,
  - emocromo,
  - peptide C,
  - emoglobina glicata,
  - microalbuminuria,
  - transaminasi,
  - gamma GT,
  - colesterolo totale e HDL,
  - trigliceridi,
  - uricemia.

## 7.5 Fase 3: lo specialista del CAD procede a:

- visitare il paziente,
- fare l'esenzione per diabete,
- stabilire la terapia medica,
- dare adeguate istruzioni alimentari anche scritte,
- istruire alla attività fisica,
- istruire all'uso del refllettometro con tempistica del controllo domiciliare con stix adeguato all'entità della malattia,
- valutare lo stato dei piedi,
- richiedere tutti i controlli generali del caso,
- fare firmare al paziente il consenso informato.

A questo punto si sviluppano due possibilità, che il paziente sia STABILE o SCOMPENSATO.

Nel primo caso il paziente viene inviato al MMG per il controllo attivo ogni 4,8,12 mesi secondo il piano di cura personalizzato e ogni 24 mesi, se non si presentano criticità, invia il paziente, con la documentazione pertinente, al CAD per visita di controllo, previo appuntamento tramite CUP.

Nel secondo caso il paziente viene gestito dal CAD fino a che non si raggiunga la stabilità, pertanto gli appuntamenti sono diretti e ravvicinati secondo necessità e i controlli delle complicanze vengono gestiti dal CAD. Quando il paziente è stabilizzato in modo accettabile (HbA1c desiderabile 7,0%), viene inviato al medico curante per il percorso integrato.

## 7.6 Follow up per pazienti diabetici di tipo 2

<b>Direzione Sanitaria Aziendale</b>	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO DIABETE</b>	<b>CODICE</b>	
		<b>694DD005</b>	
		<b>REV 00 del</b>	Pagina 6 di 7

Di seguito si riporta la tabella 2 relativa ai controlli che il MMG deve prescrivere ed accertare, tenendo presente che le data più ravvicinate sono indicate per i pazienti ad alto rischio (fumo, dislipidemia, ipertensione):

<i>CONTROLLO</i>	<i>PAZIENTE NORMALE</i>	<i>PAZIENTE AD ALTO RISCHIO</i>
glicemia a digiuno	ogni 4 mesi	ogni 4 mesi
emoglobina glicata*	ogni 6 mesi	ogni 4 mesi
pressione arteriosa e peso*	ogni 3 mesi	ogni 3 mesi
microalbuminuria	ogni 12 mesi	ogni 12 mesi
creatinina	ogni 12 mesi	ogni 12 mesi
assetto lipidico	ogni 12 mesi	ogni 12 mesi
calcolo del rischio CV	ogni 12 mesi	ogni 12 mesi
fundus oculi*	ogni 24 mesi	ogni 12 mesi
ECG	ogni 12 mesi	ogni 12 mesi
ECG da sforzo	ogni 36 mesi	ogni 12 mesi
ecocolordoppler TSA	ogni 36 mesi	ogni 12 mesi
visita medica generale	ogni 12 mesi	ogni 12 mesi
<b>N.B:</b>	VMD per la pressione arteriosa è: <b>130/80</b>	
	VMD di colesterolo totale è: <b>200 mg %</b>	
	VMD di colesterolo LDL senza complicanze CV è: <b>100 mg%</b>	
	VMD di colesterolo LDL con complicanze CV è: <b>70 mg%</b>	
*parametri misurati dagli indicatori		

## 7.7 Casi particolari

Qualora il MMG non ritenga necessaria o possibile la valutazione da parte del CAD, per l'esenzione invia il paziente o un congiunto con la richiesta di esenzione e con il tipo di terapia per la dichiarazione di malattia. Analogamente se le necessità sono esclusivamente per le istruzioni in merito alla dieta o all'uso del riflettometro, invierà il paziente al CAD con la richiesta specifica che sarà gestita per appuntamento assegnato dal CAD previo contatto telefonico ai numeri dedicati (Massa 0585 493266- Carrara 0585 657953 – Lunigiana 0585 940215)

## 7.8 Gestione delle urgenze

Presso il CAD è attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 16.00 una linea telefonica (Carrara 0585/657990 – Massa 0585/493476) riservata al MMG e al PS, da utilizzare in caso di:

<b>Direzione Sanitaria Aziendale</b>	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO DIABETE</b>	<b>CODICE</b>	
		<b>694DD005</b>	
		<b>REV 00 del</b>	<b>Pagina 7 di 7</b>

- severe ipoglicemie ripetute,
- iperglicemia sintomatica,
- lesioni da piede diabetico,
- interventi di chirurgia maggiore

## 8. INDICATORI

Per la verifica del percorso sono stati individuati indicatori per i MMG e indicatori per il CAD. Per i primi si valuta la percentuale di adesione ai parametri inseriti in tabella 2 e quella di pazienti inviati al CAD accompagnati dalle informazioni, che li riguardano, in formato elettronico. Per il CAD si valuta la percentuale di pazienti restituiti al MMG con piano di cura personalizzato. Per valutare l'efficacia del percorso si considera la percentuale di pazienti con valori di HbA1c < 7,5%.

## 9. ACCESSIBILITÀ/RISERVATEZZA

Il presente documento è accessibile a tutto il personale sanitario e non sanitario coinvolto.

## 10. ARCHIVIAZIONE

Il presente documento è archiviato in originale nel Manuale della Qualità Aziendale.