

Gestione della Persona con Diabete tipo II

CHRONIC CARE MODEL

Prima revisione Maggio 2010

Elaborato a cura di: M.Bonini[°]; D.Cerullo^{°°}; R.Salvadori^{°°°}; R.Torselli^{°°°°}

[°] Direttore UFC Assistenza Sanitaria di Comunità SdS Valdinievole

^{°°} Direttore UFC Assistenza Sanitaria di Comunità Zona Distretto Pistoia

^{°°°} Medico di Comunità UFC Assistenza Sanitaria di Comunità Zona Distretto Pistoia

^{°°°°} Direttore Zona-Distretto Pistoia

Hanno collaborato: F.Amorini[^]; R. Anichini^{*}; Galeone^{*}; N. Cesario[^]; F.Santini^{^^}; R.Vannucci^{^^}

[^] Medici di Medicina Generale Coordinatori Moduli zona Valdinievole

^{^^} Medici di Medicina Generale Coordinatori Moduli zona Pistoiese

^{*}Dirigente medico Sez. Diabetologia P.O. Pistoia

- 1.Premessa
- 2.Riferimenti
- 3.Definizione
- 4.Obiettivi
5. Caratteristiche delle persone arruolate (destinatari) e livello di gestione/intervento
6. Modalità di arruolamento
7. Ruoli professionali e integrazione dei professionisti
8. Schema di Follow up
- 9.Indicatori
- 10.Allegati

1. PREMESSA

La prevalenza del diabete mellito tipo II è in rapido aumento in tutto il mondo; nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità parlava di "global epidemic", la nuova epidemia mondiale, tanto da essere considerata uno dei maggiori problemi di salute pubblica dei nostri tempi.

L'interesse per tale patologia è legato inoltre alla riconosciuta correlazione tra diabete di tipo 2 e alcuni importanti fattori di rischio per le patologie malattie cardiovascolari (quali dislipidemie, iperinsulinemia, ipertensione arteriosa, obesità) che sono le principali cause di morte e di disabilità nel nostro Paese.

Per quanto riguarda gli interventi sanitari sulle malattie croniche, si concorda sul ruolo primario della prevenzione da un lato e della educazione terapeutica dall'altro. Questo si sostanzia attraverso il miglioramento delle abitudini alimentari e dello stile di vita delle famiglie, l'identificazione precoce delle forme a rischio e il rallentamento dell'evoluzione clinica: la medicina di iniziativa tende a migliorare l'autocontrollo della malattia della persona.

Tutto questo giustifica l'impegno nel realizzare sin dalla prima fase di progettazione linee guida per la persona, la famiglia, la comunità e i professionisti della salute.

2. RIFERIMENTI

Piano Sanitario Regionale 2008/2010

Parere Consiglio Sanitario Regionale n. 37/2008 n.45/2008 n.01/2009

Proposta protocollo di Gestione dei pazienti diabetici CSR 2009

Deliberazione Regione Toscana n. 662/2000 e succ. integrazioni

Delibere GRT n. 467/2009 n.894/2009 n.716/2009 n.355/2010

Standard Italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010

3. DEFINIZIONI

Indice di massa corporea (abbreviato IMC o BMI, dall'inglese body mass index) è un dato biometrico, espresso come rapporto tra massa e altezza al quadrato di un individuo, dove la massa è espressa in chilogrammi e l'altezza in metri.

- **Sindrome metabolica:** situazione clinica ad alto rischio cardiovascolare che comprende una serie di fattori di rischio e di sintomi che si manifestano contemporaneamente nell'individuo. Questi sono spesso correlati allo stile di vita della persona (peso eccessivo, vita sedentaria) o a situazioni patologiche preesistenti (obesità, ipercolesterolemia - *presenza di un elevato tasso di colesterolo nel sangue* - ecc.). In particolare, viene definita “a rischio” la condizione di pazienti che presentino obesità centrale (indice di massa corporea superiore a 30; circonferenza vita superiore a 102 cm per gli uomini e a 88 cm per le donne) con associati due o più dei seguenti sintomi:
- ipertensione arteriosa superiore a 130 (massima) e 85 (minima);
- glicemia a digiuno superiore a 100 mg/dl;
- colesterolo HDL < 40mg/dl per i maschi e 50< per le femmine;
- trigliceridi superiori o uguali a 150 mg/dl.

Emoglobina Glicata (HbA1C): test che permette di valutare la media dei valori di glucosio presente nel sangue negli ultimi due - tre mesi.

Piede diabetico: si parla di piede diabetico come una complicanza specifica del DM nella quale la neuropatia diabetica e/o l'arteriopatia degli arti inferiori e/o modificazioni morfostrutturali compromettono la funzione o la struttura del piede stesso.

4.OBIETTIVI

- Individuazione ed educazione terapeutica delle persone affette da Ridotta Tolleranza Glucidica (IGT o impaired glucose tolerance) e Alterata glicemia a Digiuno (IFG o impaired fasting glucose).
- Individuazione, diagnosi e terapia delle persone affette da Diabete Mellito.
- Prevenzione delle complicanze del diabete e dell'ospedalizzazione per Diabete.
- Utilizzo di protocolli diagnostici e terapeutici condivisi con la medicina generale e la specialistica ospedaliera.
- Monitoraggio, verifica e valutazione dei risultati attraverso la valutazione di indicatori di processo e di esito del progetto e l'analisi dei dati di attività contenuti nella documentazione del modulo eCCM e nel data base aziendale condiviso.

5. CARATTERISTICHE DELLE PERSONE ARRUOLATE (DESTINATARI) E LIVELLO DI GESTIONE/INTERVENTO

TIPOLOGIA PAZIENTE		LIVELLO DI GESTIONE/ INTERVENTO
Pazienti a rischio	Persones con Riconcontro occasionale di	LIVELLO BASE (++ INFERMIERI) sono presi in carico in GESTIONE INTEGRATA dal team Chronic Care Model (CCM), previa espressione del consenso
	Livelli alti di glicemia (110-125) e/o persone con familiarità per diabete o con presenza di altri fattori di rischio (vedi linee guida)	
Pazienti diabetici già inquadrati e stabili	Pazienti affetti da Diabete Mellito tipo 2 ambulatoriali in compenso glicometabolico stabile ($HbA1c \leq 7\%$ *) e senza complicanze croniche in aggravamento	LIVELLO INTERMEDIO (INFERMIERE/MMG) sono presi in carico in GESTIONE INTEGRATA dal team CCM, previa espressione del consenso
	Pazienti con diabete tipo II con scompenso glicometabolico e/o presenza di complicanze	LIVELLO AVANZATO (++ MMG) sono presi in carico dal team CCM; i Centri specialistici svolgono il ruolo di consulenti
	Pazienti affetti da Diabete Mellito tipo 2 non ambulatoriali in ADI/ADP	sono presi in carico dal team CCM; i Centri specialistici svolgono il ruolo di consulenti

La diagnosi di diabete tipo II per la definizione dell'assistito target deve essere stata accertata dal Medico di Medicina Generale sulla base dei seguenti criteri, evidenziati in una prima misurazione e verificati in una seconda misurazione di conferma, in un assistito adulto, non in stato di gravidanza:

- Glicemia a digiuno >126 mg/dl (dopo almeno 8 ore di digiuno) oppure
- Glicemia >200 mg/dl 2 ore dopo carico orale di 75 g di glucosio oppure
- Glicemia >200 mg/dl casuale.

Devono essere inclusi nell'elenco di patologia anche assistiti per i quali sia stata accertata la diagnosi di diabete secondo i criteri sopradescritti e che al momento dell'arruolamento siano in condizioni di compenso glicemico anche in assenza di terapia farmacologica.

6. MODALITA' DI ARRUOLAMENTO

La individuazione dei pazienti può avvenire con quattro modalità:

1. il MMG individua tra i propri assistiti quelli con le caratteristiche per la gestione del team nei diversi livelli erogabili, propone il percorso ed acquisisce il consenso.
2. lo specialista diabetologo individua, tra i pazienti che accedono al Centro Diabetologico (CD), i pazienti diabetici di tipo 2 stabilizzati e, in occasione dell'accesso del paziente, propone il percorso e lo invita a recarsi dal MMG (modulo CCM) per la presa in carico.
3. Ogni specialista che rilevi la presenza di diabete, di soggetti con livelli glicemici border line o di soggetti con sindrome metabolica, in base alle caratteristiche delle persone arruolate (punto 5), segnala direttamente il paziente al MMG (modulo CCM) e/o allo specialista del CD.
4. Lo specialista medico di comunità del Servizio Territoriale per le dimissioni ospedaliere (ST-DOP) attivato dalle U.O. ospedaliere alla dimissione dei soggetti con Diabete segnala direttamente il paziente al MMG (modulo CCM).

7. RUOLI PROFESSIONALI E INTEGRAZIONE DEI PROFESSIONISTI

Compiti dei Medici di Medicina Generale	Prevenire la malattia diabetica, individuando i soggetti a rischio (IGT, IFG e con fattori di rischio). Allegato 1 (referto primo accesso –raccolta dati)
	Eseguire la diagnosi precoce di diabete secondo i criteri validati (allegato criteri diagnostici)*
	Individuare i soggetti a rischio per le complicanze (es piede diabetico) e inviare al CD con richiesta specifica
	Inviare al CD per la valutazione complessiva iniziale e l'esenzione per patologia
	Valutare periodicamente i diabetici di tipo 2 già inquadrati in compenso glicometabolico stabile (SCHEMA DI FOLLOW UP)
	Contribuire alla rilevazione dei dati epidemiologici
	Gestire (è responsabile) la cartella clinica informatizzata, l'elenco di patologia e il patient summary
	Redigere richieste mediche per la fornitura dei dispositivi medici per l'autocontrollo
	Organizzare il modulo (MMG coordinatore) dove svolge attività il team CCM
	Somministrare e raccogliere il consenso informato

*sono escluse sia le donne diabetiche in gravidanza sia le donne con diabete gestazionale poiché in base ai dati epidemiologici risultano prese in carico dagli specialisti ginecologi e/o diabetologi; rimane compito del team CCM l'indagine per l'eventuale arruolamento post partum di quest'ultima categoria.

Compiti dei Centri Diabetologici	Inquadrare i nuovi casi e redigere certificazione della malattia cronica ai fini esenzione.
	Fornire consulenza specialistica ai MMG
	Individuare, tra i pazienti che accedono al CD, i diabetici stabilizzati di tipo 2 che possono essere avviati al team CCM e, in occasione dell'accesso del paziente, proporre il percorso.

	Gestire direttamente i pazienti con grave instabilità metabolica, complicanze croniche in fase evolutiva, trattamento mediante infusori continui di insulina, diabete gestazionale e diabetiche in gravidanza
	Ricevere le urgenze e le priorità inviate dal MMG debitamente motivate nei tempi condivisi nel percorso.
	Contribuire alla rilevazione dei dati epidemiologici
	Collaborare alle attività di formazione del personale coinvolto ed alle iniziative di educazione sanitaria , terapeutica e comportamentale dei pazienti

Il CD comprende i profili professionali del podologo e della dietista per le consulenze specifiche

Compiti della Farmaceutica Territoriale	Erogare i dispositivi medici ai pazienti (richiesti dal MMG o diabetologo)
	Collaborare alla gestione del sistema informativo per la rilevazione dei dati

Compiti dell'infermiere	Espletare la funzione proattiva di richiamo dei pazienti
	Compilare la scheda raccolta dati e predisporre la cartella integrata. Collabora alla somministrazione e raccolta del documento di consenso
	Esegue l'anamnesi infermieristica e individua la figura del care giver
	Gestisce i dati raccolti in cartella e verifica la aderenza del paziente al percorso, anche utilizzando le possibili scale di valutazione (Scala Morisky)
	Esegue la rilevazione dei parametri di follow up (scheda controlli)
	Favorisce il "patient empowerment" ad ogni incontro programmato per l'autogestione della malattia
	Effettua educazione alla salute sugli stili di vita corretti con eventuale applicazione della tecnica del counselling

	Effettua il monitoraggio dei comportamenti alimentari e richiede la valutazione del dietista nel caso di uno scostamento dagli obiettivi previsti*
--	--

* nel caso non ci sia la figura del dietista all'interno del modulo

Compiti del Medico di Comunità (ASC)	Identifica i dati epidemiologici di interesse nella zona di riferimento
	Collabora all'identificazione della popolazione arruolabili
	Effettua la ricerca presso le banche dati non convenzionali al fine di identificare, per la comunità locale, la fascia di popolazione suscettibile alla diagnosi precoce
	Favorisce e gestisce il miglioramento della qualità utilizzando gli audit
	Gestisce il miglioramento della qualità di sistema attraverso l'analisi del fabbisogno formativo dei professionisti e l'implementazione di processi di formazione
	Valuta il processo e l'esito di sistema utilizzando appositi indicatori (data set regionale)
	Valuta il raggiungimento degli obiettivi del team ed effettua il monitoraggio dei percorsi attivati.
	Effettuare la stesura e la revisione sistematica delle linee guida organizzative e degli strumenti (procedure e istruzioni) operativi alla luce delle evidenze scientifiche
	Promuove la costruzione di reti di servizi e alleanze per la gestione integrata del problema di salute
	Valutazione grado autosufficienza (UVM)

Compiti dell'OSS con formazione adeguata	Provvede all'igiene della persona in ADI o ADP
	Esegue la mobilizzazione dei pazienti non autosufficienti per la prevenzione di decubiti e alterazioni cutanee
	Somministra, per via naturale, la terapia prescritta, conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica o sotto la sua supervisione
	Provvede alla pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature sanitarie e dei dispositivi medici
	Effettua la raccolta e lo stoccaggio dei rifiuti differenziati e speciali
	Esegue la somministrazione dei pasti e delle diete impostate nel programma terapeutico a domicilio
Compiti della segreteria	Inserimento dei pazienti in agenda infermiere e medico
	Richiamo attivo dei pazienti in prossimità della visita programmata
	Stampa delle richieste previste dal protocollo e loro prenotazione
	Inserimento dei dati in cartella prima della visita infermieristica e/o medica (se non sono attivi meccanismi automatici di inserimento referti in cartella)
	Estrazione dei dati per la reportistica trimestrale di attività
Compiti della dietista	Educazione alimentare e terapia dietetica personalizzata
	Responsabile della valutazione dello status nutrizionale del paziente (must)
	Collabora con le altre figure del team

Compiti del Servizio Sociale (AS)	Valutazione dell'assetto sociale e verificare la sussistenza di eventuale disagio.
	Stesura del progetto di sostegno sociale appropriato (diretto – indiretto)
	Attivare in collaborazione con il team CCM professionalità specifiche o servizi di volontariato a supporto dei pazienti in regime di ADP o ADI
Compiti della Associazione Diabetici	Garantisce la tutela dei diritti riconosciuti dalle Leggi e dalla Leggi Regionali
	Collabora all'informazione e alla educazione del paziente
	Collabora alla progettazione e realizzazione di attività che facilitino la conoscenza del diabete e l'autocontrollo della malattia
	Collabora con il Medico di Comunità per la verifica e la valutazione della attuazione del percorso, nonché alla valutazione dei risultati e degli obiettivi raggiunti

Il Ruolo del Paziente

La persona con diabete è l'elemento centrale di un sistema di gestione integrata ed ha la responsabilità di una gestione consapevole della propria malattia. Nel caso del diabete è più del 95% delle cure necessarie per il controllo della patologia è gestito direttamente dal paziente.

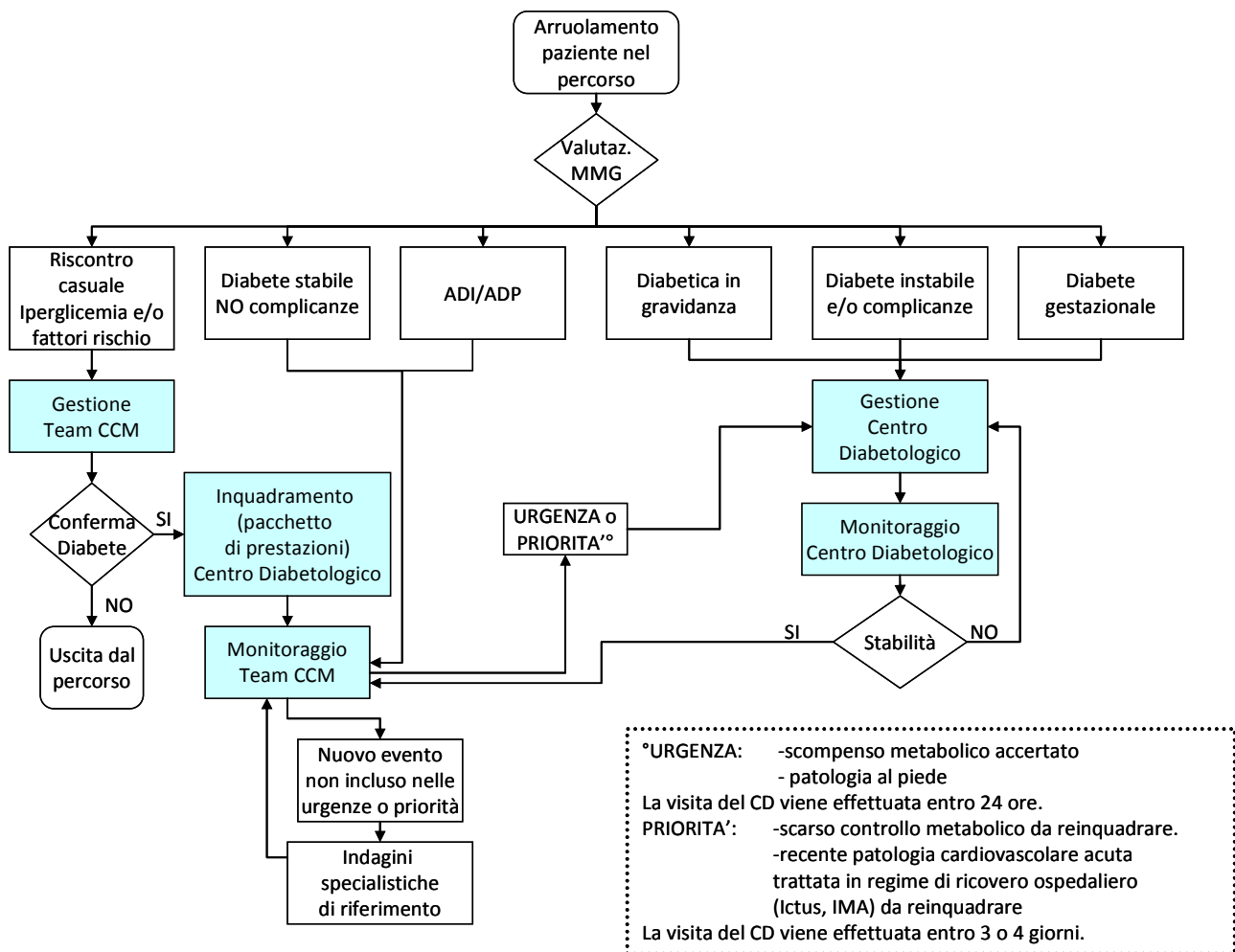
8. SCHEMA DI FOLLOW UP - RIEPILOGO INDAGINI DA ESEGUIRE

INDAGINE DA ESEGUIRE:		3 VOLTE ANNO (OGNI 3- 4 MESI)	2 VOLTE ANNO (OGNI 6 MESI)	1 VOLTA L'ANNO
Glicemia a digiuno e/o Monitoraggio mediante HGT		*		
Glicemia post prandiale e/o Monitoraggio mediante stick		*		
HbA1C		*		
Esame urine		*		
Peso corporeo BMI (3)		*		
Circonferenza vita		*		
Pressione Arteriosa		*		
Valutazione neurologica e Cardio Vascolare			*(pregresso evento si)	*(pregresso evento no)
Visita piede (4)			*	*
Esami ematici (Creatininemia, Uricemia, Colesterolo totale, Colesterolo HDL, Trigliceridi, Na, K, Cl, Emocromo con formula, Fibrinogeno)				*
Valutazione-Educazione counselling Abitudini/Stili Di Vita	*			
Microalbuminuria o Rapporto A/C (2)			*	
ECG a riposo				*
Fundus oculi (1)				biennale

GLOSSARIO:

1. fundus oculi: biennale solo in assenza di retinopatia. Se è presente retinopatia, secondo indicazione dell'oculista. Per i pazienti in ADI/ADP/Struttura Protetta una volta/anno se possibile.
2. rapporto albuminuria/creatininuria sullo spot urine del mattino: non serve raccolta urine 24h; servono due campioni urine del mattino. Normale se < 20 .
3. BMI: rapporto tra peso (in Kg)/altezza (in cm) al quadrato.
4. visita piede: ispezione dei piedi del paziente per verifica zone di ipercheratosi, micosi, deformità, escoriazioni o ferite, valutazione polsi periferici in base alle classi di rischio (presenza di complicanze neurologiche e/o vascolari, pregressa ulcera, condizioni predisponenti allo sviluppo di piede diabetico)).
5. visita diabetologica annuale: da eseguirsi con prenotazione CUP (con richiesta ed invio da parte del MMG – Team del CCM)

SINTESI DEL SISTEMA DI GESTIONE ALLA PERSONA



L'invio al Centro Diabetologico (CD) è finalizzato all'inquadramento dei pazienti con prima diagnosi di diabete mellito attraverso un "pacchetto di prestazioni" concordato che prevede:

- Esami ematochimici (parametri controllo metabolico glicemia Hba1c , controllo della secrezione pancreatica Cpeptide, assetto lipidico, funzionalità renale, indici di funzionalità epatica e citolisi, coagulazione, funzionalità tiroidea, emocromo con formula.)
- Esame del fondo oculare
- Ecg e valutazione vascolare periferica
- Inquadramento neurologico (Biotesiometria, monofilamento eventuale EMG)
- Educazione terapeutica coordinata con il team CCM (educazione dietetica, autocontrollo glicemico, esecuzione terapia, educazione attività motoria giornaliera)
- Valutazione rischio piede diabetico
- Certificazioni di ingresso alla gestione della patologia

L'accesso al pacchetto di inquadramento iniziale presso servizio di diabetologia sarà eseguito con una tempistica condivisa secondo lo schema sottoindicato.

VALORE HbA1c	TIPOLOGIA INTERVENTO/RICHIESTA	TEMPO PREVISTO
>10 %.	Valutazione urgente	entro 24-48 h
>8,5%	Valutazione prioritaria	entro 72-96h
<8,5%	Valutazione routine	entro 30 gg

Il medico di medicina generale si avvale di tale modalità di inquadramento iniziale fermo restando che può procedere alla valutazione iniziale del paziente anche con richiesta diretta degli accertamenti necessari laddove, per casi selezionati, ne ravveda l'opportunità.

L'invio del paziente al servizio di diabetologia per l'inquadramento iniziale avviene in orario 7-13, è eseguito dal medico di medicina generale con richiesta su ricettario regionale e indicazione della tipologia di intervento di cui intende avvalersi (urgente, prioritaria, routine). Nel caso di richieste urgenti o prioritarie l'accesso al servizio di diabetologia avviene in maniera diretta ed eventualmente può essere preceduto da contatto telefonico fra medico di medicina generale e diabetologo.

RACCOMANDAZIONI

La prima valutazione di un paziente diabetico deve comprendere una visita medica completa, estesa anche alla ricerca di complicanze croniche della malattia già in atto ed esami laboratoristici, volti a definire le condizioni cliniche generali del paziente. Se la diagnosi di diabete è stata posta in precedenza, è opportuno riesaminare il trattamento instaurato e il grado di compenso glicemico ottenuto ed, eventualmente, riformulare il piano di gestione della malattia, avendone individuati i punti critici. **(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B) Allegato 1**

REFERTO DI VALUTAZIONE			
PRESA IN CARICO			
Data		Medico	
Cognome		Nome	
Data nascita		Residente a	
Via		n.	Tel.
Grado di istruzione			
Data di avvio Gestione team CCM			
Zona Distretto sanitario: __ Valdinievole __ Pistoia		Modulo	
Modalità di accesso		Data	
☐ Prima visita ☐ Controllo urgente ☐ Controllo programmato ☐ Altro			
DIAGNOSI (con particolare riferimento al diabete e ad altri aspetti metabolici)			
SCREENING E/O STADIAZIONE DELLE COMPLICANZE			
OCCHIO			
Visus		Fundus in dilatazione ☐	Retinografia ☐
Sintesi			
RENE			
Rapporto A/C		Microalbuminuria	Proteinuria
Sintesi			
CUORE			
ECG			
Sintesi			
CIRCOLO PERIFERICO (tratto sovraortico e arti inferiori)			
Sintesi			
NEUROPATIA (sensitivo motoria e autonoma)			
Monofilamento ☐	Diapason ☐	Test autonomici cardiaci ☐	Biotesiometro ☐
Sintesi			
PIEDE			
Ispezione (fattori di rischio per ulcerazione)			

PESO	ALTEZZA	BMI	PA
CIRCONFERENZA VITA			
VISITA			
TERAPIA IN ATTO			
FIRMA MEDICO			
FIRMA INFERMIERE			

OBIETTIVI TERAPEUTICI PERSONALIZZATI			
Target glicemico da raggiungere			
		il	
Target pressorio			
Target lipidici			
Altri target			
TERAPIA			
Terapia consigliata			
PRINCIPIO ATTIVO	POSOLOGIA	NOTE AIFA	PIANO TERAPEUTICO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

ANNOTAZIONI E COMUNICAZIONI		
PROGRAMMAZIONE DEI CONTROLLI SUCCESSIVI		
[] VDC a	mesi	[] Controllo a breve prenotato in data
<i>Timbro e Firma del Medico</i>		

SCHEDA CONTROLLI FOLLOW UP						
	1°	2°	3°	4°	5°	6°
DATA						
PA						
Peso						
BMI						
Circonferenza torace						
Circonferenza addome (vita)						
Hb1Ac						
Valutazione qualità di vita (SF36)						
Valutazione stato di salute (ASGO)						
Educazione alla Salute (alimentazione)						
Educazione alla salute (stili di vita)						
Verifica aderenza terapia (Scala Morisky)						
PROSSIMO CONTROLLO						

**INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI A RISCHIO
LINEE GUIDA**

1. Ricerca della malattia diabetica nella popolazione a rischio, soggetti affetti da:

- o obesità (specie addominale);
- o ipertensione;
- o dislipidemie (specie ipertrigliceridemia e forma mista);
- o familiarità di primo e secondo grado positiva per DM tipo 2 in particolare oltre i 40 anni;
- o donne che hanno partorito feti macrosomici (oltre i 4 Kg);
- o donne con anamnesi di aborti spontanei ripetuti.

2. Ricerca della malattia diabetica in presenza di altre patologie o sintomi, possibili segni di esordio della stessa:

- o cardiopatia ischemica;
- o perdita di coscienza;
- o arteriopatia periferica sintomatica o asintomatica;
- o infezioni, specie se recidivanti (le più comuni cutanee ed urogenitali);
- o retinopatia e/o cataratta;
- o neuropatia da causa ignota (inclusa la paresi facciale);
- o poliuria e polidipsia;
- o glicosuria;
- o dimagrimento ed affaticabilità;
- o prurito o secchezza cutanea;
- o parestesie.

3. Soggetti ad alta probabilità di sviluppare diabete conclamato:

- a. donne con pregresso diabete gestazionale;
- b. IGT (ridotta tolleranza ai carboidrati);
- c. IFG (alterata glicemia a digiuno).

Allegato 3

DIAGNOSI di DIABETE MELLITO

CRITERI DIAGNOSTICI

La DIAGNOSI di DIABETE mellito si basa su:

- o la misurazione del GLUCOSIO plasmatico (ADA)
- o il risultato del test OGTT (Oral Glucose Tolerance Test) alla 2^a ora (WHO)

La glicemia è il parametro laboratoristico principale per:

Diagnosi di diabete

Screening dei soggetti ad alto rischio di diabete

Monitoraggio del controllo diabetico.

L'Associazione Americana del diabete (ADA) ha pubblicato i criteri diagnostici per il diabete mellito nel 1997, criteri che sono stati aggiornati nel 2003. La diagnosi di diabete mellito è basata su una delle tre seguenti anomalie:

1. aumento della glicemia a digiuno
2. aumento della glicemia casuale con sintomi
3. test di tolleranza di glucosio orale anomalo (OGTT).

In assenza dei sintomi tipici della malattia (poliuria, polidipsia e calo ponderale), la diagnosi di diabete è definita dalla presenza dei seguenti valori, confermati in due diverse misurazioni:

1. glicemia a digiuno >126 mg/dl (dopo almeno 8 ore di digiuno) oppure:
2. glicemia casuale >200 mg/dl (indipendentemente dall'assunzione di cibo) oppure:
3. glicemia >200 mg/dl 2 ore dopo carico orale di 75 g di glucosio.

(Livello di Evidenza VI, Forza della Raccomandazione B)

La misurazione della glicemia a fini diagnostici e di screening deve essere eseguita su plasma venoso; l'uso dei glucometri è invece sconsigliato, perché le misurazioni sono difficilmente standardizzabili.

(Livello di Evidenza VI, Forza della Raccomandazione B)

Per formulare la diagnosi di diabete non sono necessarie le misurazioni di:

1. HbA1c;
2. Insulinemia basale o durante OGTT (curva da carico di glucosio);
3. Glicemia post-prandiale o profilo glicemico.

(Livello di Evidenza VI, Forza della Raccomandazione E)

Le alterazioni della glicemia non diagnostiche per diabete devono essere classificate come:

1. Alterata glicemia a digiuno (Impaired Fasting Glucose, IFG) (glicemia a digiuno 100-125 mg/dl);
2. Ridotta tolleranza al glucosio (Impaired Glucose Tolerance, IGT) (glicemia due ore dopo carico orale di glucosio >140 e <200 mg/dl).

(Livello di Evidenza VI, Forza della Raccomandazione B)

Nei soggetti con IFG e IGT, che ora sono considerati come "pre-diabete per indicare il loro rischio relativamente elevato di sviluppo futuro di diabete, deve essere ricercata la presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare, al fine di avviare gli opportuni provvedimenti terapeutici.

(Livello di Evidenza VI, Forza della Raccomandazione B)

DIAGNOSI	Concentrazione del glucosio nel sangue
DIABETE MELLITO	
<i>A digiuno, confermato 2 volte, oppure</i>	≥ 126
<i>OGTT a 2 h</i>	≥ 200
IGT (Impaired glucose Tolerance)	
<i>a digiuno e</i>	< 126
<i>OGTT a 2 h</i>	≥ 140 e < 200 mg/dl
IFG (Impaired Fasting Glucose)	
<i>a digiuno,</i>	≥ 110 e < 126
<i>OGTT a 2 h</i>	< 140