



GESTIONE INTEGRATA del diabete mellito tipo 2 nell'adulto ULSS 14 Chioggia

Linee guida e documenti di riferimento

Patto aziendale ULSS 14
Documento IGEA
Documento congiunto intersocietario
DGRV 3485

Requisiti

PDTA condiviso (derivato dalle linee guida internazionali e/o nazionali, rapportato alla realtà locale); condiviso da MMG, diabetologo, IP, dietista, Associazioni di pazienti

Consenso informato del paziente alla Gestione Integrata (d'ora innanzi **GI**)
Vedi schema base di "patto di cura / consenso informato per la buona gestione del paziente con diabete" (MeDia 2009; 9: 146).

Cartella clinica informatizzata per l'estrazione di indicatori di qualità (processo; esito)
I MMG del Distretto 1 utilizzano il software di gestione Millewin

Formazione degli operatori sulla gestione integrata

Identificazione delle persone con diabete da avviare alla GI

Supervisione (case management) da parte del Distretto Sanitario delle attività erogate

Compiti del Medico di Medicina Generale (MMG)

Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti

Prevenzione della malattia diabetica e diagnosi precoce con primo inquadramento clinico

Identificazione delle donne con diabete gestazionale

Presenza in carico in collaborazione con i CD delle persone con diabete mellito tipo 2 non insulinotratato e condivisione di un piano di cura personalizzato.
Valutazione periodica del paziente diabetico secondo il Piano di Cura adottato
Redazione del Programma di cura per la fornitura dei presidi nei soggetti con diabete mellito tipo 2 non insulinotratato

Educazione sanitaria ed alimentare (corretta alimentazione, attività fisica e abolizione del fumo e autogestione della malattia)

Raccolta dei dati clinici dei pazienti in cartelle informatizzate

Interazione/comunicazione con il CD

Compiti del Centro Antidiabetico (CD)

Inquadramento delle persone con diabete tipo 2 neo-diagnosticato con formulazione del Piano di Cura personalizzato

Presenza in carico in collaborazione con il MMG delle persone con diabete tipo 2 non insulino trattata (Gestione Integrata)

Gestione clinica diretta, in collaborazione con MMG e altri specialisti, in caso di:

Grave instabilità metabolica

Complicanze croniche in fase evolutiva:

Neurologiche, renali, oculari

Piede diabetico (ulcerazioni o infezioni)

Trattamento con Insulina (compreso CSII - microinfusore) o Incretine

Diabete pregravidico e gestazionale

Impostazione terapia nutrizionale con consulenza della dietista in casi selezionati

In collaborazione con il MMG attività di counselling

Valutazione periodica, secondo il Piano di Cura adottato nei pazienti diabetici tipo 2 seguiti con GI finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze

Raccolta dati clinici in cartelle informatizzate omogenee con MMG mediante l'utilizzo del **software Millewin**

Attività di aggiornamento in campo diabetologico rivolta a tutti gli operatori coinvolti nella GI, concordata con i MMG

Educazione terapeutica strutturata di pazienti selezionati

Compiti del Distretto Sanitario (DS)

Individuare un referente per la Gestione Integrata dei pazienti diabetici

Raccogliere i dati dei MMG e CD secondo gli indicatori di processo e di esito in collaborazione con il servizio farmaceutico territoriale e con il controllo di gestione aziendale

Garantire la comunicazione e collaborazione dei MMG e dei CD attraverso incontri distrettuali di aggiornamento ed organizzazione (**vedi specifico paragrafo comunicazione MMG –CD**)

Modalità organizzative della GI

Paziente inviato al CD per valutazione complessiva, stesura del piano di cura e del Piano di Gestione Integrata con il MMG, garantendo tempi d'attesa previsti dalla DGRV 600/2007 per le prime visite

Paziente seguito dal MMG in modo attivo per raggiungimento e/o mantenimento dei target

Il MMG effettua una visita generale annualmente e i controlli periodici secondo i tempi previsti al punto 5 del PDTA.

Valutazione complessiva al CD secondo quanto indicato nel Piano di Cura se stabile e con target raggiunti

Paziente al CD ogni qualvolta, a giudizio del MMG, se ne presenti la motivata necessità, garantendo tempi d'attesa congrui:

Circostanze per la visita a carattere di urgenza (entro 10 giorni – priorità B)

ipoglicemie gravi e ripetute
glicemie costantemente > 300 mg/dl
complicanze renali, oculari in rapida evoluzione
complicanze macrovascolari (vasculopatia cerebrale, coronarica, periferica)
piede diabetico (ulcerazioni o infezioni), GDM, diabete pregravidico

Circostanze per la visita senza carattere di urgenza (entro 30 giorni – priorità D)

ripetute glicemie a digiuno > 200 mg/dl
ripetute glicemie p.p. > 300 mg/dl
HbA1c > 8%
Ricorrenti infezioni urinarie
Alterazioni della funzionalità renale
Dislipidemie gravi
Ipertensione arteriosa grave non controllata
Neuropatie periferiche e disfunzione erettile
Piede diabetico ad alto rischio ulcerativo
Prima di richiedere esami invasivi
Dopo ricovero ospedaliero con variazione terapia antidiabetica orale

Raccomandazioni per la riduzione dell'incidenza delle complicanze

Problema clinico	Azione da attuare	Tempistica	Obiettivi secondo SID AMD
Trattamento intensivo per ridurre HbA1c	Misurazione HbA1c	Dosaggio ogni 3-4 mesi o 6 mesi in presenza di buon compenso	< 7 % tra 7% e 8% nei soggetti fragili
Riduzione della colesterolemia	Misurazione di CT , HDL, LDL calcolato, Trigliceridi	2 volte all'anno	LDL < 100 mg/100 ml Trigliceridi < 150 mg/100 ml
Nefropatia	Misurazione della microalbuminuria e creatinina	2 volte all'anno	
Riduzione della PAO	Misurazione della PAO	Ogni 3-4 mesi	<130/80
Valutazione del piede con educazione	EO del piede e stratificazione del rischio ulcerativo	Annuale	
Esame del fondo oculare		Alla diagnosi e ogni anno (più frequente se presenza di retinopatia diabetica)	
ECG		Alla diagnosi e ogni 1 – 2 anni	
Modifica dello stile di vita	- Misurazione della circonferenza vita e del peso corporeo. - Counselling per la cessazione dell'abitudine al fumo regolare attività fisica e aderenza alla dieta.	almeno semestrale	

Indicatori di obiettivo e standard qualitativi

1) PER IL MMG (reportistica annuale)

INDICATORE CRITERIO	GOLD STANDARD
N° Diabetici in GI / Totale Diabetici eleggibili del MMG	30 % nel 1° anno 60 % dal 2° anno
N° Diabetici con BMI (IMC) registrato in cartella / Totale Diabetici in GI	80%
N° Diabetici con almeno 2 HbA1c registrate in cartella / Totale Diabetici in GI	80%
N° Diabetici con HbA1c <7% / Totale diabetici in GI	50%
N° Diabetici con registrazione fumo / Totale diabetici in GI	80%
% Diabetici fumatori che hanno avuto almeno un intervento di counselling breve e/o l'invio a percorsi di cessazione dal tabagismo	80%
N° Diabetici con Fundus Oculi richiesto / Totale diabetici in GI *	80%
N° Diabetici con Microalbuminuria registrata in cartella/ Totale diabetici in GI	80%
N° Diabetici con ECG registrato in cartella / Totale diabetici in GI	80%

* esame richiesto in attesa di percorso preferenziale per l'effettuazione del Fundus Oculi

PER IL CD (reportistica annuale)

INDICATORE CRITERIO	GOLD STANDARD
N° Diabetici in GI / Totale diabetici dei MMG coinvolti nel progetto	30% nel 1° anno 60% dal 2°
N° Diabetici cui è stata consegnata Dieta individualizzata / Totale dei Diabetici in GI	80%
N° Diabetici visitati entro 10 gg/ Totale richieste visita con priorità B	90%
N° Diabetici visitati entro 30 gg / Totale richieste visita non urgente	90%
N° Diabetici con BMI (IMC) registrato in cartella / Totale Diabetici in accesso programmato al CD	80%
N° Diabetici con almeno 2 HbA1c registrate in cartella / Totale Diabetici in accesso programmato al CD	80%
N° Diabetici con HbA1c <7%/ Totale diabetici in accesso programmato al CD	50%
N° Diabetici con registrazione fumo / Totale diabetici in accesso programmato al CD	80%
% Diabetici fumatori in accesso programmato al CD che hanno avuto almeno un intervento di counselling breve e/o l'invio a percorsi di cessazione dal tabagismo	80%
N° Diabetici con Fundus Oculi richiesto / Totale diabetici in accesso programmato al CD	80%
N° Diabetici con Microalbuminuria registrata in cartella/ Totale diabetici in accesso programmato al CD	80%
N° Diabetici con ECG registrato in cartella / Totale diabetici in accesso programmato al CD	80%

2) PER IL Distretto Sanitario

INDICATORI CRITERIO	GOLD STANDARD
N° MMG coinvolti nel progetto GI / Totale dei MMG del DS	80%
Produzione del registro di patologia	Consegna al singolo MMG

PDTA

<p>Valutazione in caso di riscontro di iperglicemia (1)</p>	<p>In caso di primo riscontro di iperglicemia da parte del MMG:</p> <p>se compresa tra 100 e 125 mg/dl in presenza di fattori di rischio prescrive OGTT:</p> <ul style="list-style-type: none"> -se no diabete, follow-up dopo 1 anno -se IFG o IGT follow up (2) -se ≥ 126 mg/dl inizia accertamenti per la valutazione basale del diabete (3)
<p>Follow-up del paziente con IFG/IGT (2)</p>	<p>MMG</p> <p>prevenzione fattori di rischio in particolare educazione alimentare e counselling per la abolizione del fumo e regolare attività fisica</p> <p>2 volte l'anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - glicemia a digiuno e post prandiale - BMI (IMC) - PAO - Accertamento e rinforzo educativo <p>Ogni anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assetto lipidico - ECG - Visita generale <p>Ogni 2 anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - OGTT - eventuale valutazione CD
<p>Prima valutazione di base per Diabete tipo 2 (3) e (4)</p>	<p>In caso di diabete tipo 2 il MMG esegue visita medica generale, educazione sanitaria e counselling finalizzati alla modifica dello stile di vita e prevenzione delle complicanze, prescrive le indagini per l'inquadramento diagnostico (3):</p> <ul style="list-style-type: none"> - HbA1c - Profilo lipidico - Creatininemia - ECG - Fundus oculi - Invia al CD <p>Il CD esegue la I' valutazione di 2' livello (4):</p> <ul style="list-style-type: none"> - inquadramento diagnostico e stadiazione clinica e delle eventuali complicanze

	<ul style="list-style-type: none"> - programma dietetico ed educazione alimentare individualizzata - educazione comportamentale - a seconda delle condizioni cliniche: <ol style="list-style-type: none"> 1. avvia al follow up il paziente diabetico non complicato (5) 2. inserisce in Accesso Programmato (7) il paziente con necessità di terapia insulinica e/o con complicanze e/o con controllo metabolico inadeguato - appronta e propone al MMG il piano di cura personalizzato per la GI del paziente - rilascia certificato di esenzione per malattia
<p>Follow-up del paziente con diabete tipo 2 non complicato (5)</p> <p>(la frequenza e l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)</p>	<p>Il MMG prescrive:</p> <p>Ogni 3-4 mesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - glicemia a digiuno e post prandiale - HbA1c (se lo ritiene utile) - Es urine - PAO - BMI (IMC) <p>Ogni 6 mesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HbA1c - CT, HDL, TG - Creatinina e microalbuminuria - Rinforzo educativo <p>Ogni anno</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita medica generale - profilo lipidico - fundus oculi - ECG <p>- Invio al CD se ritiene opportuno e secondo le indicazioni fornite nel piano di cura (6)</p>
<p>Accesso Programmato al CD (4) e (7)</p>	<p>Nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al momento della diagnosi (4) - secondo gli intervalli programmati per Diabete tipo 2 con complicanze o con necessità di terapia insulinica e/o con controllo metabolico non adeguato
<p>Accesso al CD non programmato (6)</p>	<p>Il MMG invia al CD in caso di (con urgenza)</p> <ul style="list-style-type: none"> - persistente scompenso metabolico (Hb I c > 8%) - glicemie costantemente > 300 mg/dl - severe e ripetute ipoglicemie - complicanze renali, oculari in rapida evoluzione - complicanze macrovascolari (vasculopatia cerebrale, coronarica, periferica) - piede diabetico (ulcerazioni o infezioni) - diabete gestazionale o pregravidico

	<p>Il MMG può inviare anche in caso di (senza urgenza)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ripetute glicemie a digiuno > 200 mg/dl - ripetute glicemie pp >300 mg/dl - HbA1c > 8% - Ricorrenti infezioni urinarie - Alterazioni della funzionalità renale - Dislipidemie gravi - Ipertensione arteriosa grave non controllata - Piede ad alto rischio ulcerativo - Neuropatia periferiche e DE - Prima di richiedere esami invasivi - Dopo ricovero ospedaliero con variazione della terapia AO pregressa
<p>Ricovero Ospedaliero</p>	<p>Indicazioni al ricovero Ospedaliero:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coma iperglicemico coma ipoglicemico - chetoacidosi senza coma - gravi e ripetute ipoglicemie

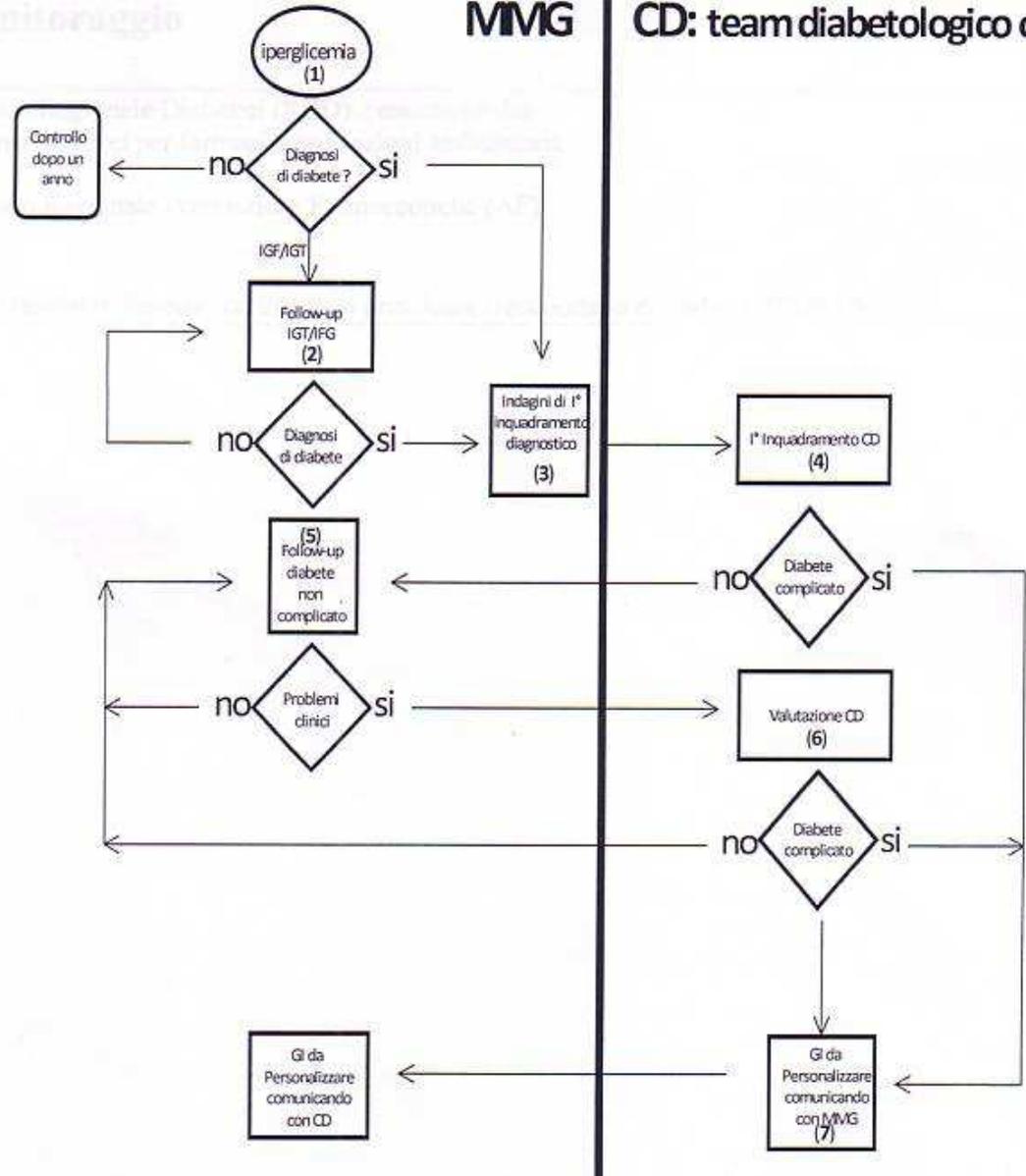
PDTA *Relazione tra MMG-CD (7)*

Finalità e Scopo della Relazione (1)
Focus di discussione
Regole della cartella e del documento

Monitoraggio

MMG

CD: team diabetologico ospedaliero



Comunicazione tra MMG -CD

Posta elettronica (mailing list)

Definizione di una modulo di informazioni cliniche estratto dal programma Millewin

Monitoraggio

Registro di patologia dei pazienti affetti da diabetici (esenzione dal pagamento ticket per farmaci e prestazioni ambulatoriali)

Archivio Regionale Prescrizioni Farmaceutiche (AF):

SDO

Tutti i residenti dimessi con diagnosi principale o secondaria di diabete (ICD9 CM 250)

Nota sul rilascio dell'esenzione ticket

Si conferma la pratica già in uso nella ULSS 14 che permette al MMG di richiedere al Distretto l'esenzione 013 senza la necessità di visita presso il CD.

Chioggia 23.06.2010

Chioggia, lì 24/03/2011

Alla cortese attenzione dei Sig.ri Medici di
Medicina Generale della Azienda ULSS 14

E p.c. al dr. Andrea Nogara
Centro Antidiabetico OC Chioggia

Oggetto: PDTA Diabete mellito: condizioni di esclusione dalla Gestione Integrata

Gentili colleghi, a completamento del PDTA per la gestione integrata del diabete mellito ecco di seguito la specificazione delle condizioni cliniche / complicanze che non permettono la gestione integrata del paziente diabetico.

Nelle seguenti condizioni il paziente verrà affidato alla cura del Centro Antidiabetico tramite accesso programmato:

- **Grave instabilità metabolica HbA1c \geq 8%**
- **Complicanze croniche in fase evolutiva:**
 - Neurologiche: dolore neuropatico, disfunzione erettile**
 - Renali: IRC con fg < 60 ml/kg/m²e/o macroalbuminuria**
 - Oculari: retinopatia diabetica proliferante**
 - Vascolari: macroangiopatia emodinamicamente significativa >60%; angor; vasculopatia cerebrale**
 - Piede diabetico: ulcerazioni o infezioni**
- **Trattamento con Insulina (compreso CSII - microinfusore) o Incretine**
- **Diabete pregravidico e gestazionale**

Un cordiale saluto

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Lino Battistello

IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI
Dr. Stefano Vianello

