

Programma Mattoni del SSN - Progetto MATRICE
“Integrazione dei contenuti informativi per la gestione sul territorio di pazienti con patologie complesse o con patologie croniche”

SCHEMA DI PATOLOGIA: DIABETE MELLITO II

Definizione clinica della patologia e relativa stadiazione

Definizione clinica della patologia

Sindrome accertata 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, in assenza di sintomi tipici della malattia: 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 emoglobina (Hb) glicata ≥ 6.5 %.

Oppure, in presenza dei sintomi tipici di malattia, evidenza in una sola misurazione di glicemia >200 mg/dl casuale (indipendentemente dall'assunzione di cibo).

Epidemiologia

Tale patologia colpisce circa 180 milioni di persone in tutto il mondo. Nel 2000 la prevalenza del diabete a livello mondiale è stata stimata intorno al 2,8% e ci si aspetta che aumenti al 4,4% nel 2030. La più alta prevalenza è registrata nel Nord America, fra cui 4% in Canada, 3,3% in Messico e 6,2% negli Stati Uniti. Nel 2001, la più grande popolazione di diabetici era in India: 56 milioni di persone. Nel 2002 il diabete ha causato il 2,6% delle morti negli ultrasessantenni, e l'1,7% di tutti i decessi nel mondo (una media di 158 decessi per milione di persone all'anno).

In Italia, la prevalenza di diabete mellito è in regolare aumento nell'ultimo decennio. Nel 2010 risulta diabetico il 4,9% della popolazione (5,2% per le donne e 4,5% per gli uomini), pari a circa 3.000.000 di persone. La prevalenza del diabete aumenta con l'età fino al 19,8% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni. Nelle fasce d'età tra 18 e 64 anni la prevalenza è maggiore fra gli uomini, mentre oltre i 65 anni è più alta fra le donne. Inoltre, si registra una prevalenza più alta nel Sud e nelle Isole, con un valore del 5,6%, seguita dal Centro con il 4,8% e dal Nord con il 4,4%.

In Italia, più di 70.000 persone ogni anno, utilizzano la struttura ospedaliera per questa patologia.

Stadi di gravità della patologia

Stadio	Criteri clinici
1a. Diabete senza evidenza di danno d'organo o complicanze, senza prescrizione di terapia insulinica	Diagnosi di diabete tipo II accertata 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, in assenza di sintomi tipici della malattia: 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 Hb glicata ≥ 6.5 % Oppure, in presenza dei sintomi tipici di malattia, evidenza in una sola misurazione di glicemia >200 mg/dl casuale (indipendentemente dall'assunzione di cibo)
1b. Come sopra, ma con prescrizione di terapia insulinica	Come sopra, ma con prescrizione di terapia insulinica
2a. Diabete con evidenza di danno d'organo o complicanze, senza prescrizione di terapia insulinica	Criteri diagnostici di cui al punto 1a e: Stenosi arteriose (coronarica, carotidea, arti inferiori), angina pectoris, IMA, TIA, Ictus ischemico di origine aterosclerotica, claudicatio intermittens, ulcera piede diabetico, amputazione arto inferiore e/o Retinopatia e/o · Nefropatia diabetica incipiente (microalbuminuria) o conclamata (macroalbuminuria o GFR < 60) / Dialisi
2b. Come sopra, ma con prescrizione di terapia insulinica	Come sopra, ma con prescrizione di terapia insulinica

Definizione operativa della patologia (algoritmi di definizione del caso)

Algoritmo provvisorio di definizione del diabete mellito (Progetto MaCro – ARS Toscana)

B.1. Esenzioni

Presenza di esenzione con codice 250.

B.2. Ricoveri ospedalieri

Presenza in una qualsiasi delle diagnosi di dimissione di un codice ICD9CM 250*.

B.3. Farmaci

Presenza di almeno due prescrizioni in date distinte in uno stesso anno con un codice ATC A10*.

Algoritmi specifici

Guarigione:

Un soggetto che non presenta nessuna delle caratteristiche predette da almeno due anni non viene più considerato prevalente come diabetico.

Raccomandazioni per la gestione dei pazienti

Raccomandazioni di follow-up diagnostico

a. L'esame del *fundus oculi* è efficace nel rilevare la presenza di retinopatia, dovuta a complicanze micro vascolari, che va ripetuto a tutti i pazienti con diabete ma con frequenza diversificata: ogni 2 anni se la retinopatia non è presente; annualmente se è presente una retinopatia lieve moderata; ogni 3-6 mesi se si sono manifestate nuove lesioni o peggiorate rispetto all'ultimo controllo, in presenza di essudati entro un diametro di disco della fovea e qualora il paziente sia ad alto rischio di progressione. Di seguito si riportano i codici delle prestazioni ambulatoriali:

COD_PRESTAZIONE	DESCRIZIONE_PRESTAZIONE
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO

b. Si richiede che un paziente con diabete di tipo II abbia almeno un contatto per anno contenente le seguenti prestazioni ambulatoriali:

COD_PRESTAZIONE	DESCRIZIONE_PRESTAZIONE
90.16.3 – 90.16.4	CREATININA [S/U/dU/La]
90.14.3 - 90.14.2 – 90.14.1 – 90.43.2	PROFILO LIPIDICO (COLESTEROLO TOT – LDL – HDL – TRIGLICERIDI)
90.33.4	MICROALBUMINURIA

c. Si raccomanda di eseguire il dosaggio dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno:

COD_PRESTAZIONE	DESCRIZIONE_PRESTAZIONE
90.28.1	EMOGLOBINA GLICATA

La frequenza dei controlli laboratoristici e strumentali dipende dalla categoria di rischio globale oltre che dalla presenza di danno d'organo.

Indicazioni delle terapie da applicare

L'obiettivo è di perseguire uno stretto controllo della glicemia al fine di ridurre il rischio di insorgenza o peggioramento delle complicanze macro- e micro vascolari soprattutto. Per la prevenzione della malattia cardiovascolare i farmaci di prima scelta sono le statine. La terapia con ACE-inibitori o ARB (antagonisti del recettore dell'angiotensina II) è raccomandata, indipendentemente dai livelli pressori, ai pazienti con nefropatia diabetica (riduzione di un filtrato stimato o micro/macroalbuminuria). Ai pazienti con diabete (con danno d'organo/complicanze cardiovascolari), è raccomandata anche la terapia antiaggregante con aspirina. I pazienti che alla diagnosi o al follow-up hanno una pressione sistolica superiore a 140 mmHg o una diastolica superiore 90 mmHg devono, in aggiunta alla terapia comportamentale, iniziare un trattamento farmacologico, a meno di controindicazioni, i farmaci di prima scelta per un trattamento antiipertensivo sono gli ACE inibitori o i sartanici.

Management del paziente. Indicazioni sulla gestione del paziente a livello del Territorio

La gestione del paziente diabetico non complicato è prevalentemente a carico del MMG, lasciando al livello specialistico prevalentemente la gestione del diabetico scompensato.

Indicatore di appropriatezza organizzativa: tasso di visite specialistiche (branca endocrinologia e diabetologia).

Indicatori di processo

Indicatori		Flusso informativo corrente	Stadiazione indicatore	Raccomandazione linee guida
1.	% di pazienti classificati come diabete tipo II che hanno eseguito almeno 2 test per il dosaggio dell'HbA1c nell'anno.	Specialistica ambulatoriale OUTPAT	Stadi 1a-1b- 2a- 2b	Livello della prova VI, forza raccomandazione B (SID) La frequenza dei controlli dovrebbe aumentare nei casi di diabete scompensato
2.	% di pazienti classificati come diabete di tipo II con almeno una valutazione del profilo lipidico nell'anno.	Specialistica ambulatoriale OUTPAT	Stadi 1a-1b- 2a- 2b	Livello della prova III, forza raccomandazione B (SID)
3.	% di pazienti classificati come diabete di tipo II che hanno effettuato almeno un monitoraggio della microalbuminuria nell'anno.	Specialistica ambulatoriale OUTPAT	Stadi 1a-1b- 2a- 2b	Livello della prova VI, forza raccomandazione B (SID)
4.	% di pazienti classificati come diagnosi di diabete di tipo II con almeno un esame dell'occhio nell'anno (per lo stadio 1a, da effettuare ogni 2 anni).	Specialistica ambulatoriale OUTPAT	Stadi 1b-2a- 2b	Livello della prova III, forza raccomandazione B (SID)
5.	% di pazienti classificati come diagnosi di diabete di tipo II in trattamento con statine.	Farmaceutica convenzionata e ad erogazione diretta DRUGS e DDRUG	Stadi 1a-1b- 2a- 2b	Livello della prova I, forza raccomandazione A (SID)
6.	% di pazienti classificati come diagnosi di diabete di tipo II che hanno effettuato un test del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina nell'anno.	Specialistica ambulatoriale OUTPAT	Stadi 1a-1b- 2a- 2b	Livello della prova VI, forza raccomandazione B (SID)
7.	% di pazienti classificati come diagnosi di diabete di tipo II in trattamento con aspirina, non trattati con anticoagulanti o antiaggreganti. ¹	Farmaceutica convenzionata e ad erogazione diretta DRUGS e DDRUG	Stadi 2a- 2b	Livello della prova I, forza raccomandazione A (SID)
8.	% di pazienti in Guidelines Composite Index (GCI)	Specialistica ambulatoriale OUTPAT e Farmaceutica convenzionata e ad erogazione diretta DRUGS e DDRUG	Stadi 1a-1b- 2a- 2b	

N.B: ai fini della reportistica sarà utile che gli esami di diagnostica strumentale e di laboratorio siano stratificati per pazienti che nell'anno di osservazione hanno o non hanno avuto un ricovero per la causa specifica.

SID =Società Italiana Diabetologia

¹ Per questo indicatore il denominatore equivale al numero di pazienti affetti da diabete di tipo II non trattati con anticoagulanti o antiaggreganti.