

**Percorso diagnostico-terapeutico
per la gestione integrata del paziente diabetico**

Marzo 2001

Il seguente documento è stato realizzato dal Tavolo di Consenso sulla Diabetologia, coordinato dal Servizio Assistenza Specialistica del Dipartimento dei Servizi Sanitari di Base dell'Asl di Brescia, che ha visto la partecipazione collaborativa dei Medici di Medicina Generale (MMG) e delle Strutture Ospedaliere.

Ha tratto origine dal documento prodotto in precedenza da AMD e SIMG di Brescia: "Progetto d'assistenza integrata al paziente diabetico in Provincia di Brescia".

E' rivolto a tutti i MMG ed ai Team Diabetologici Ospedalieri (TDO) previsti dalla D.G.R. della Regione Lombardia n. 48301 del 21.2.2000.

E' finalizzato ad individuare modalità operative che consentano una più agevole integrazione tra assistenza primaria e strutture specialistiche, al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente diabetico.

PUNTI CRITICI RILEVATI

- Eterogeneità e carenza di sistematicità nella gestione dei pazienti diabetici da parte dei MMG
- Gestione confusa della patologia diabetica e necessità di distinguere la competenza: 1° livello (MMG) 2° livello (Struttura Specialistica Ospedaliera)
- Scarsa comunicazione tra MMG e Specialista
- Carenza di programmi coordinati sulla educazione alla salute
- Necessità di individuare i TDO che operano secondo le indicazioni regionali
- Ricorso improprio al ricovero ospedaliero
- Impossibilità da parte delle Strutture Accreditate Private di formulare prescrizioni valide per il SSN con conseguente rimando obbligato al MMG

OBIETTIVI DA REALIZZARE MEDIANTE IL PERCORSO SANITARIO

Ottimizzare la cura della malattia diabetica e prevenirne le complicanze mediante:

- Diagnosi precoce della malattia diabetica
- Promozione della partecipazione attiva del malato alla gestione della propria malattia
- Monitoraggio/gestione metodica del paziente diabetico da parte del MMG (attività di 1° livello)
- Ottimizzazione e razionalizzazione dell'accesso ai TDO (attività di 2° livello)
- Cura e diagnosi delle complicanze con integrazione delle diverse competenze professionali

LINEE GUIDA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Indirizzi funzionali e organizzativi per la prevenzione e la cura del diabete mellito (D.G.R. n. 48301 del 21.2.2000 DELLA Regione Lombardia)
- L'assistenza al paziente diabetico - Linee guida AMD - SIMG - SID
- Progetto d'assistenza integrata al paziente diabetico in Provincia di Brescia, prodotto da AMD e SIMG di Brescia

DESTINATARI

- Medici di Medicina Generale (MMG)
- Team Diabetologici Ospedalieri (TDO)

COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

- Prevenzione ed individuazione precoce dei soggetti a rischio
- Educazione sanitaria ed alimentare
- Invio al TDO nelle situazioni previste
- Diagnosi e primo inquadramento clinico
- Follow-up secondo programma

COMPITI DEL TEAM DIABETOLOGICO OSPEDALIERO (TDO)

- Inquadramento diagnostico, terapeutico, dietetico, educativo dei diabetici neodiagnosticati
- Valutazione periodica secondo il Follow-up programmato
- Consulenze ai MMG per visite non programmate (urgenti o non urgenti)
- Presa in carico temporanea dei diabetici gestiti dai MMG in situazioni cliniche particolari
- Gestione dei diabetici tipo 1 e/o in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato secondo il piano personalizzato concordato con il MMG

TAPPE DEL PERCORSO SANITARIO

(per la gestione integrata del paziente diabetico)

<p>VALUTAZIONE DI BASE IN CASO DI RISCONTRO DI IPERGLICEMIA (☐)</p>	<p>In caso di primo riscontro di iperglicemia, il MMG (☐):</p> <ul style="list-style-type: none"> • se la glicemia basale è compresa tra 110 e 126 mg/litro: prescrive la curva da carico di 75 gr. di glucosio; quindi: <ul style="list-style-type: none"> – se non si conferma il sospetto di diabete non procede ad ulteriori interventi – se si configura un quadro di ridotta tolleranza agli zuccheri (IGT) o alterata glicemia a digiuno (IFG) attiva il Follow-up corrispondente (☐) • se la glicemia basale è superiore a 126 mg/litro effettua gli ulteriori accertamenti previsti per la prima valutazione di base per sospetto di diabete (☐)
<p>FOLLOW UP DEL SOGGETTO CON RIDOTTA TOLLERANZA AGLI ZUCCHERI (IGT) O ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO (IFG) (☐) (la frequenza e/o l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)</p>	<p>Il MMG:</p> <p>Ogni 6 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • glicemia a digiuno • glicosuria • peso corporeo • pressione arteriosa • accertamento di adesione alla prescrizione dietetica e rinforzo del messaggio di educazione alimentare <p>Ogni anno</p> <ul style="list-style-type: none"> • quadro lipidico completo (Colesterolo tot., HDL, LDL, trigliceridi) • HBA1c (facoltativa) <p>Ogni 2 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventuale valutazione specialistica presso TDO • Eventuale curva da carico di glucosio
<p>PRIMA VALUTAZIONE DI BASE PER SOSPETTO DI DIABETE (☐ e ☐)</p>	<p>In caso di sospetto di diabete, il MMG prescrive le indagini per il 1° inquadramento diagnostico (☐):</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA1c, • colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridi • Creatininemia, • ECG, • Fundus oculi • Invia il paziente al TDO <p>Il TDO effettua la prima valutazione di 2° livello(☐):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquadramento diagnostico, stadiazione clinica e delle eventuali complicanze • Indagine alimentare • Programma dietetico individualizzato ed educazione alimentare • Educazione comportamentale (per grandi gruppi) • A seconda delle condizioni cliniche: <ul style="list-style-type: none"> –Avvia al Follow-up del diabete tipo 2 non complicato(☐) –Appronta, in accordo con il MMG, il piano personalizzato per i diabetici tipo 1 e/o in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato (☐ e ☐) • Rilascio certificazione per esenzione forme morbose

<p>FOLLOW UP DEL MALATO CON DIABETE TIPO 2 NON COMPLICATO <input type="checkbox"/> (la frequenza e/o l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)</p>	<p>Il MMG prescrive:</p> <p>Ogni 3 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • glicemia a digiuno • HBA1c (se il MMG lo ritiene utile) • Esame completo delle urine (almeno glicosuria, chetonuria, nitriti, leucociti) • pressione arteriosa • peso corporeo <p>Ogni 6 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • visita • HB1Ac • Microalbuminuria nelle 24 ore <p>Ogni anno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita medica generale • Creatininemia • Uricemia • colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridi se indicati: <ul style="list-style-type: none"> - parametri epatici - elettroliti - fibrinogeno • fundus oculi • ECG • Invia al TDO, se ritenuto opportuno e comunque in base al piano terapeutico definito al momento dell'inquadramento clinico, per Valutazione specialistica globale ed eventuali accertamenti di 3° livello
<p>ACCESSO PROGRAMMATO AL TDO <input type="checkbox"/>, <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/></p>	<p>Avviene nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • al momento della 1°diagnosi (<input type="checkbox"/>) • alla cadenza prevista dal Follow-up (<input type="checkbox"/>) • secondo gli intervalli programmati e concordati tra TDO e MMG per i diabetici tipo 1 e/o in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato (<input type="checkbox"/>)

<p>ACCESSO AL TDO NON PROGRAMMATO (□ e □)</p>	<p>Il MMG invia al TDO in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persistente scompenso metabolico (HbA1c > 8%) • Severe ipoglicemie e ripetute • Complicanze neurologiche, renali, oculari in rapida evoluzione • Complicanze macrovascolari (vasculopatia cerebrale, coronarica, periferica) • Piede diabetico (comparsa di ulcerazioni o infezioni) • Gravidanza in diabetica, diabete gravidico <p>Esempi: glicemia > 400mg/dl (emergenza), glicemia tra 300 e 400 mg/dl con chetonuria (emergenza), o senza chetonuria (urgenza), severi o ripetuti episodi di ipoglicemia</p> <p>Il MMG può inviare al TDO anche in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ripetute glicemie a digiuno > 200 mg/dl • Ripetute glicemie postprandiali > 300 mg/dl • Ripetute glicosurie >15 nelle 24 ore • HbA1c > 8,0% • Ricorrenti infezioni alle vie urinarie • Alterazioni della funzionalità renale • Dislipidemie severe • Ipertensione severa • Neuropatie periferiche e disfunzione erettile • Piede diabetico ad alto rischio di ulcerazione • Prima di richiedere esami invasivi • Dopo il ricovero ospedaliero di qualsiasi natura <p>Il TDO effettua la valutazione clinica di 2° livello e, in relazione alle esigenze cliniche (anche su proposta del MMG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • procede ad effettuare accertamenti specialistici di 3° livello (ad esempio: ecocolordoppler, esami angiografici, ossimetria percutanea, elettromiografia) • attiva trattamenti terapeutici di 3° livello • concorda con il MMG l'eventuale piano clinico-terapeutico-assistenziale personalizzato (nel caso di diabete tipo 1 o diabete complicato) <p>In particolare il TDO gestisce le situazioni che presentano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • piede diabetico • neuropatia e disfunzione erettile • arteriopatia periferica con o senza lesioni cutanee
<p>RICOVERO IN OSPEDALE</p>	<p>Indicazioni al ricovero ospedaliero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coma iperglicemico • Coma ipoglicemico (se dopo il trattamento non si riprende) • Chetoacidosi senza coma • Gravi e ripetute ipoglicemie

COMUNICAZIONE MMG - TDO

La comunicazione ordinaria avviene mediante utilizzo sistematico del "Libretto per il paziente".

INDICATORI

Rilevazione trimestrale di:

- N° diabetici assistiti/MMG secondo il Percorso (MMG)
- N° diabetici tipo 2 non complicato assistiti secondo il Percorso
- N° diabetici con Hb1Ac tipo 2 non complicato controllati come da Protocollo e con valore inferiore a 8
- N° ricoveri di diabetici
- Tempo di attesa medio in giorni per accedere al TDO per ciascuna Struttura
- N° diabetici usciti dal Percorso da più di 6 mesi

Monitoraggio dell'evoluzione nel tempo degli indicatori:

- N° diabetici monitorati / popolazione residente dell'ASL
- N° diabetici tipo 2 non complicati / diabetici monitorati
- N° diabetici tipo 2 con Hb1Ac non patologica / diabetici monitorati
- N° diabetici usciti dal Percorso / diabetici monitorati
- N° ricoveri di diabetici / popolazione

ATTIVAZIONE DEL PERCORSO

1. Presentazione della proposta di Percorso e raccolta del consenso (**febbraio-marzo 2001**) da parte di:
 - Ordine dei Medici
 - Direzioni Sanitarie Strutture Specialistiche
 - Comitato Aziendale dei MMG
 - Assessorato Regionale alla Sanità
 - Associazione diabetici
2. Individuazione, da parte delle Strutture Specialistiche che aderiscono al Percorso, dei TDO che operano secondo le indicazioni Regionali (**marzo 2001**) esplicitando la capacità ricettiva e il n° di visite di 2° livello mensili
3. Stesura del documento finale che raccoglie il consenso degli Enti interessati (**aprile 2001**)
4. Avvio sperimentale del Percorso mediante il coinvolgimento dei 150 MMG che già aderiscono a Progetti Sperimentali ASL relativi alla gestione del diabete (**aprile 2001**)
5. Iniziative di presentazione, sensibilizzazione, formazione (**maggio-settembre 2001**):
 - a livello distrettuale
 - presso le Strutture Ospedaliere con informazione ai medici ospedalieri
6. Avvio operativo del Percorso, con coinvolgimento di un n° di MMG proporzionale alla capacità ricettiva dei TDO (**settembre 2001**)
7. Iniziative di educazione alla salute nei confronti della popolazione (**settembre 2001**)
8. Verifiche periodiche e aggiornamento del percorso (**a cadenza trimestrale**)

MEDICI DI MEDICINA GENERALE

TEAM DIABETOLOGICO OSPEDALIERO

