

---

Congresso  
AMD-SID  
Emilia-Romagna

L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA  
IN EMILIA-ROMAGNA:  
UN IMPEGNO PER TUTTI

9 e 10 ottobre 2015

Baggiovara (MO)  
UNA Hotel Modena  
Via Luigi Settembrini, 10



# La gestione Integrata Novità

*Gabriele Forlani*  
*diabetologo*

*Donato Zocchi MMG*



## GESTIONE INTEGRATA

del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto

*Documento di indirizzo*

Aggiornamento 2012

### PROTOCOLLO PER L'ASSISTENZA INTEGRATA

#### ALLE PERSONE CON DIABETE MELLITO

A cura del Tavolo Tecnico Diabete:

Dott. Bartalotta Sandro

Dott. Navarra Mauro

Dott. Pelizzola Dario

Dott. Tomasi Franco

## Linee guida regionali per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2

- aggiornamento dell'implementazione -

(settembre 2009)

*Documento elaborato in seguito alla formazione regionale sul campo attivata per l'applicazione di un modello comune e condiviso in Emilia-Romagna*

## STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Edizione per la Medicina Generale



Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

*Agosto 2003*

LINEE GUIDA

CLINICO - ORGANIZZATIVE

PER IL MANAGEMENT

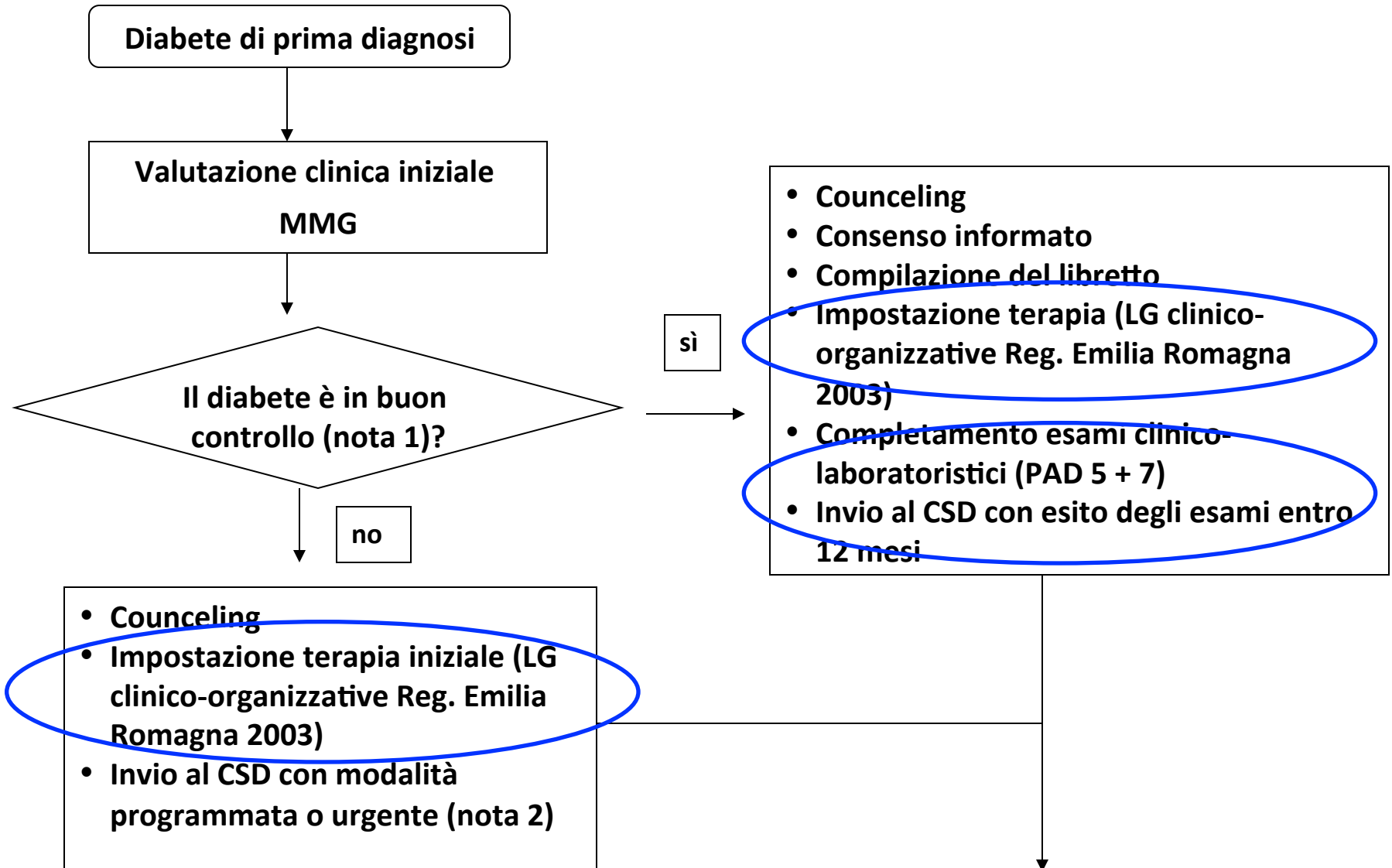
DEL DIABETE MELLITO

**PERCORSO DI ASSISTENZA  
INTEGRATA PER IL DIABETE TIPO 2**

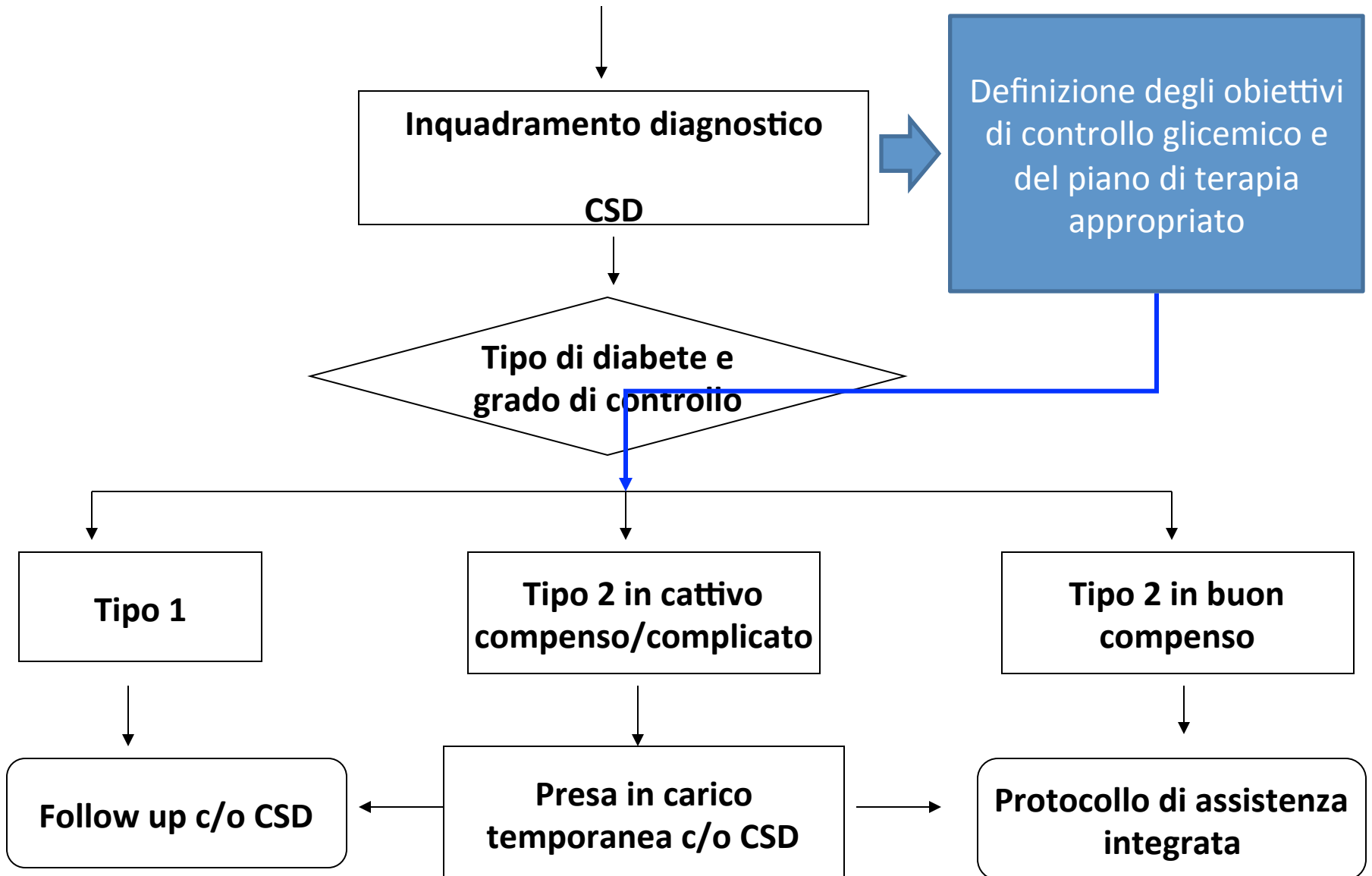


**COMMISSIONE DIABETOLOGICA  
BOLOGNA**

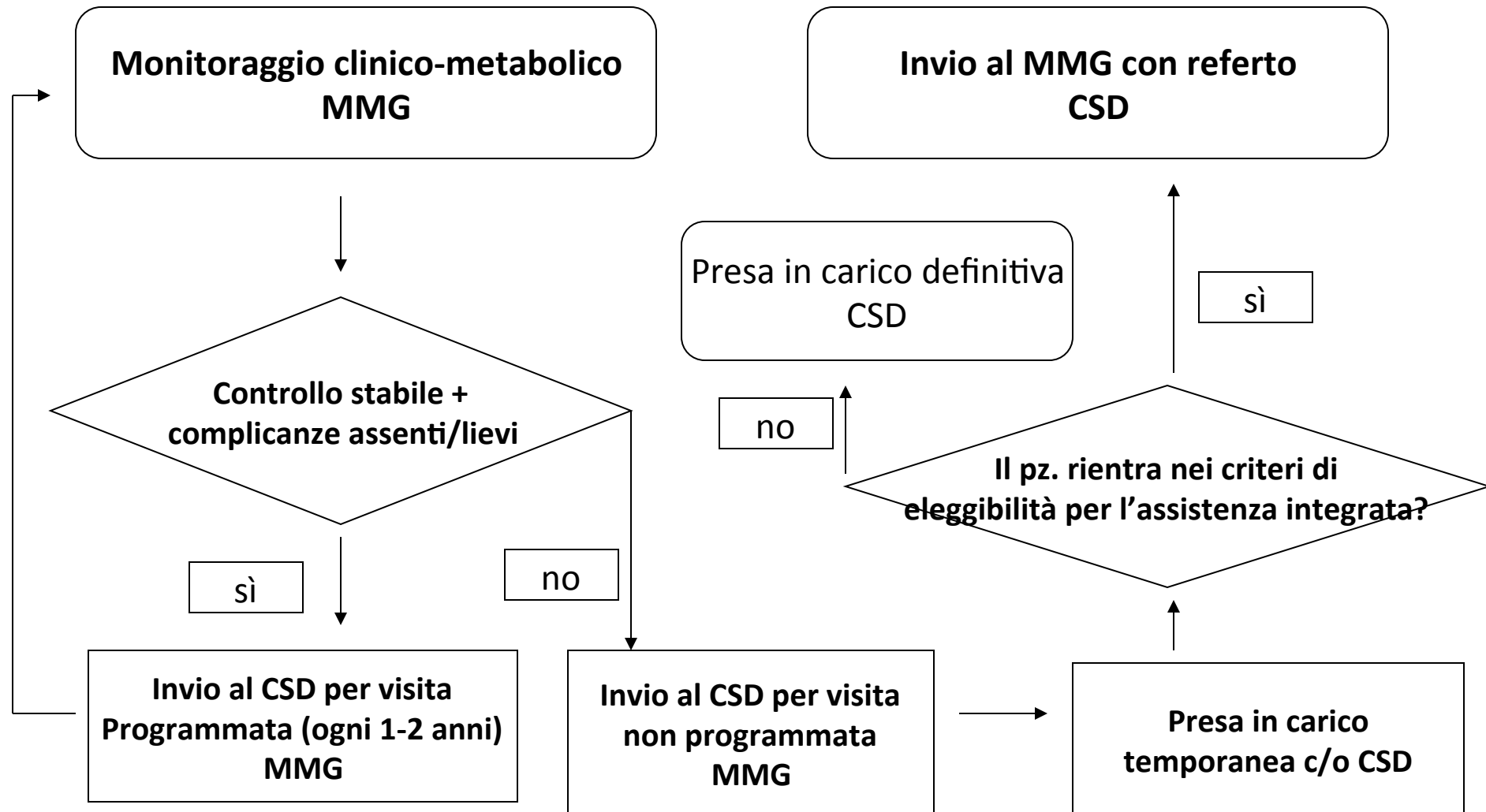
# Accesso al Percorso di Assistenza Integrata 1



# Accesso al Percorso di Assistenza Integrata 2



# Protocollo di assistenza integrata



# Aspetti nuovi per il MMG

- Ampliamento delle possibilità terapeutiche con inserimento di nuovi farmaci che escludono il MMG dalla gestione di molti pazienti in passato arruolabili
- Difficile accessibilità tempestiva ai Servizi di Diabetologia per consulenze
  - Pazienti di nuova diagnosi
  - Pazienti in fallimento con la terapia in corso (inerzia terapeutica legata all'organizzazione)
  - Pazienti in momenti di difficoltà (gestione spesso affidata a rapporti personali con gli specialisti)
- Inserimento in Gestione Integrata dei pazienti in terapia insulinica basale

# Obiettivi da perseguire per il MMG

- Essere reinseriti nel percorso di cura del Paziente con Diabete tipo 2 avendo accesso ai nuovi farmaci
- Disponibilità da parte dei Servizi di Diabetologia a intervenire con tempestività ( $\neq$  urgenza) nei momenti cruciali della storia del diabete
- Collaborazione con i Servizi di Diabetologia per la gestione delle situazioni critiche (urgenza)

# Momenti critici

- Esordio del diabete
  - Corretto inquadramento della patologia
  - Percorso educativo (terapia nutrizionale e stili di vita)
- Fallimento della terapia con metformina
  - Scelte terapeutiche più appropriate in base alla fenotipizzazione del paziente con possibilità di accedere ai nuovi farmaci
- Inizio della terapia insulinica
  - Evitare l'inerzia terapeutica legata a problemi organizzativi
  - Percorso educativo appropriato per l'autogestione della terapia
- Gestione momenti difficili (es. scompenso glicemico, terapia steroidea, interventi chirurgici, gravidanza, ecc.)



# Il Ruolo del Medico di Medicina Generale

- **Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica (Tab. 1) tra i propri assistiti e mettere in atto interventi di educazione sanitaria volti alla prevenzione del diabete**
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale.
- **Presenza in carico integrata l'Infermiere dell'ambulatorio della cronicità e le Strutture diabetologiche (SD) per l'assistenza alle persone con diabete mellito e condivisione del Piano di Cura personalizzato.**
- Valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- **Effettuazione, in collaborazione con l'Infermiere dell'ambulatorio della cronicità e la SD per interventi di educazione sanitaria e counseling rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.**
- Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato.
- Organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con le Strutture Diabetologiche mediante cartelle cliniche in formato elettronico.
- Gestire la terapia farmacologica e monitorare eventuali effetti collaterali ed interferenze della terapia antidiabetica
- **Gestire il follow-up del paziente diabetico in collaborazione con l'Infermiere dell'ambulatorio della cronicità (Tab.3 e Tab.4), con la struttura diabetologica e gli altri Specialisti (oculista, nefrologo, angiologo ecc.)**
- Diagnosticare precocemente le complicanze della malattia diabetica
- Collaborare con gli specialisti per la ricerca in campo diabetologico
- Acquisire adesione informata del paziente
- Attuare l'inquadramento e la definizione del rischio cardiovascolare dei soggetti diabetici e/o affetti da IFG o IGT.

# Soggetti a elevato rischio di Diabete

Determinazione della glicemia a digiuno

< 100

100-125

> 126

NGT

IFG/IGT

Diabete

OGTT

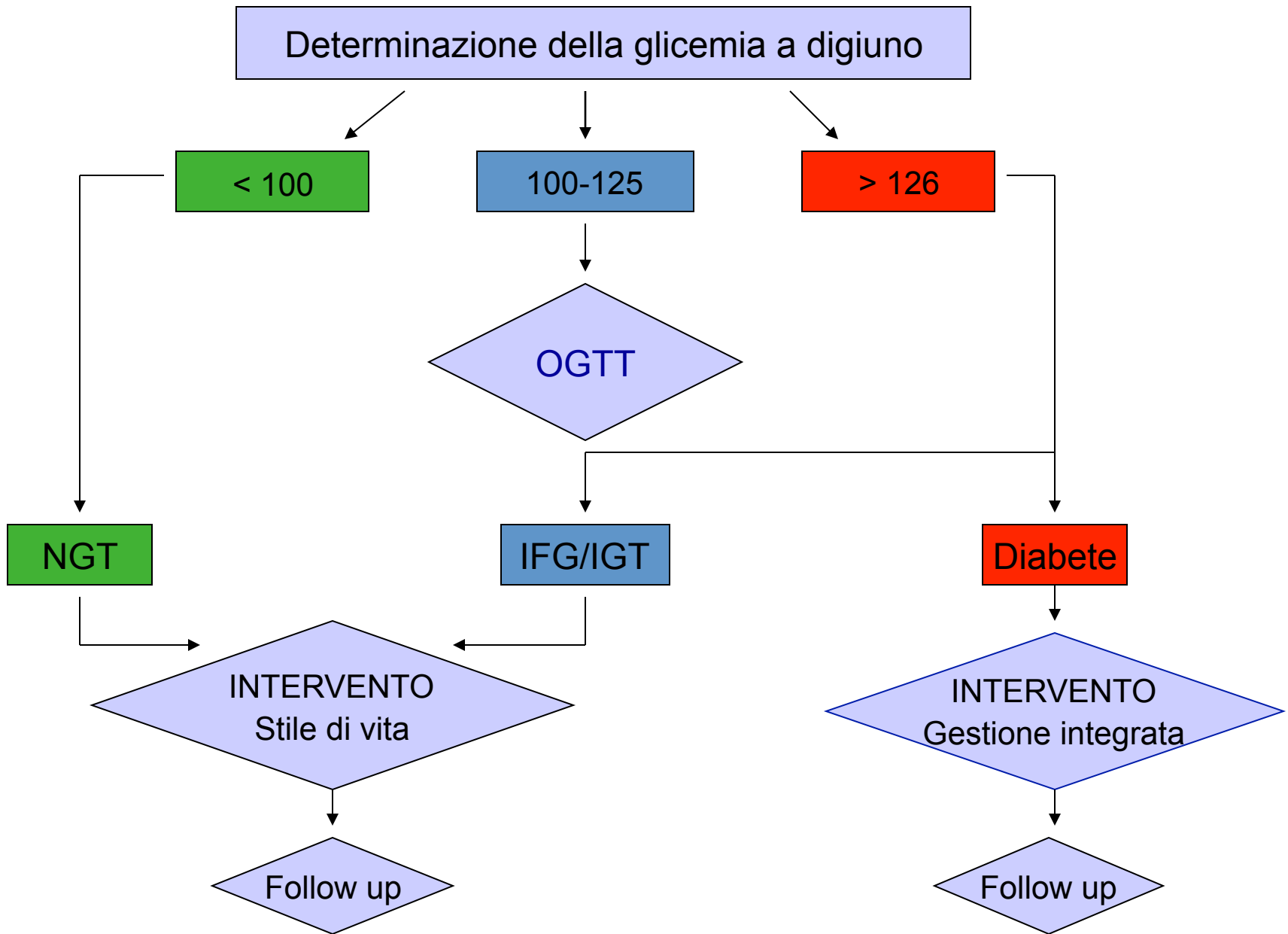
INTERVENTO  
Stile di vita

INTERVENTO  
Gestione integrata

Follow up

Follow up

Standard italiani per la cura del diabete







-  Gestione Vaccinazioni
-  Counselling paziente fumatore
-  Prevenzione Secondaria

**Prevenzione Secondaria**

Data Analisi: 18/09/2013

 **Aggiorna Analisi**  **Stampa**  **Esporta**

Codice	Rischio	Totale	Elenco
RC-PS01	Pazienti con elevato rischio di sviluppare il Diabete Mellito di Tipo 2: [pazienti con BMI $\geq$ 30 o CA > 102 cm per gli uomini o CA > 88 cm per le donne o familiarità per diabete o diagnosi di intolleranza al glucosio o diabete gestazionale pregresso] e nessuna glicemia negli ultimi 2 anni	70 su [227]	<a href="#">Pazienti</a>
RC-PS02	Pazienti diabetici misconosciuti (pazienti con 2 o più glicemie a digiuno > 6,94 mmol/l (> 125 mg/dl) senza la diagnosi codificata di diabete mellito	0	<a href="#">Pazienti</a>
RC-PS03	[Pazienti di sesso femminile di età compresa fra 50 e 80 anni] che negli ultimi 4 anni non hanno eseguito una mammografia	124 su [360]	<a href="#">Pazienti</a>
RC-PS04	[Pazienti di sesso femminile di età compresa fra 25 e 64 anni] che negli ultimi 3 anni NON hanno eseguito un Pap Test	325 su [435]	<a href="#">Pazienti</a>
RC-PS06	Pazienti con possibile malattia celiaca: presenza di almeno uno dei seguenti problemi aperti o chiusi: Diarrea cronica, Steatorrea, Distensione addominale (787.91% o 579.8 o 787.3%), Anemia sideropenica (280.9%), Scarso accrescimento (783.4%), Aborti spontanei (634.9%), Ipertransaminasemia (790.4%) e che non hanno mai effettuato il test diagnostico "anticorpi antitransglutaminasi". Si ricorda che i sintomi tipici di celiachia sono 3: distensione addominale, scarso accrescimento, diarrea cronica. Tutti gli altri sono considerati sintomi atipici	143	<a href="#">Pazienti</a>
RC-PS07	[Pazienti di età compresa tra 50 e 80 anni senza diagnosi di Tumore del Colon-retto (ICD9: 153% e 154% e 159%)] che NON hanno eseguito una colonscopia negli ultimi 5 anni e NON hanno eseguito l'esame del sangue occulto nelle feci negli ultimi 24 mesi o che lo hanno eseguito, ma senza esito registrato in cartella negli ultimi 24 mesi	526	<a href="#">Pazienti</a>



Gestione  
Vaccinazioni

Counselling  
paziente  
fumatore

Prevenzione  
Secondaria



**RC-PS01**

**Pazienti con elevato rischio di sviluppare il Diabete Mellito di Tipo 2:**  
[pazienti con BMI  $\geq 30$  o CA  $> 102$  cm per gli uomini o CA  $> 88$  cm per le  
donne o familiarità per diabete o diagnosi di intolleranza al glucosio o  
diabete gestazionale progressivo] e nessuna glicemia negli ultimi 2 anni

Prev

Cod

RC-P

RC-P

RC-P

RC-P

RC-P

RC-P

Cognome	Nome	Nascita	Sesso	Età
BIANCHI-1205-	ANNA	04/08/1944	F	69
BIANCHI-125-	ANNA	28/12/1949	F	64
BIANCHI-1294-	ANNA	21/05/1960	F	53
BIANCHI-1308-	ANNA	12/09/1956	F	57
BIANCHI-1346-	ANNA	11/03/1972	F	42
BIANCHI-1352-	ANNA	31/08/1954	F	59
BIANCHI-1394-	ANNA	01/01/1958	F	56
BIANCHI-1479-	ANNA	11/10/1945	F	68
BIANCHI-1545-	ANNA	02/01/1929	F	85
BIANCHI-1559-	ANNA	28/03/1949	F	64
BIANCHI-1662-	ANNA	02/02/1940	F	74
BIANCHI-1702-	ANNA	06/02/1952	F	62
BIANCHI-1776-	ANNA	14/08/1943	F	70
BIANCHI-1810-	ANNA	02/01/1939	F	75
BIANCHI-1879-	ANNA	25/06/1938	F	75
BIANCHI-1883-	ANNA	15/04/1952	F	61
BIANCHI-2-	ANNA	22/06/1947	F	66
BIANCHI-2090-	ANNA	16/02/1938	F	76
BIANCHI-2131-	ANNA	04/07/1959	F	54
BIANCHI-2329-	ANNA	20/09/1947	F	66
BIANCHI-2451-	ANNA	30/04/1985	F	28
BIANCHI-2482-	ANNA	20/08/1960	F	53

Persone Sane



Stampa

Esporta

Elenco  
Pazienti

[Pazienti](#)

[Pazienti](#)

[Pazienti](#)

[Pazienti](#)

[Pazienti](#)

# Attività' presso l'ambulatorio del MMG

Attività	Cadenza
Anamnesi orientata al problema (polidipsia, poliuria, disuria, prurito genitale, disturbi visivi, parestesie, dolori neuropatici, disturbi sfera sessuale, angina pectoris, claudicatio intermittens)	<b>Semestrale</b>
Visita medica orientata alla patologia diabetica: <ul style="list-style-type: none"><li>- rilevazione dati antropometrici = peso, altezza, calcolo BMI, circonferenza vita (se non rilevati dall'ambulatorio infermieristico)</li><li>- auscultazione cardiaca, PA in clino e ortostatismo, valutazione polsi arteriosi (femorale, tibiale posteriore, pedidio, carotideo), ricerca soffi vascolari in sede latero-cervicale e inguinale</li><li>- valutazione forza muscolare (stazione eretta sulle punte e sui talloni); riflessi osteo-tendinei (achilleo e rotuleo)</li><li>- valutazione cute (necrobiosis lipoidea, acanthosis nigricans, balanopostite)</li><li>- valutazione piede (callosità, deformità, onicopatie, edema, ulcere, aree di necrosi)</li></ul>	<b>Semestrale</b>
<b>Glicemia</b>	<b>Trimestrale</b>

# Attività presso l'ambulatorio del MMG

Attività	Cadenza
Pressione arteriosa e peso corporeo con calcolo del BMI (se non eseguito dall'ambulatorio infermieristico)	<b>Trimestrale</b>
Prescrizione esami di follow-up (Tab.3): <ul style="list-style-type: none"> <li>- HbA1c e microalbumina urinaria <b>ogni 6 mesi</b></li> <li>- Creatinemia, uricemia colesterolo totale, HDL-C, LDL-C, trigliceridi, GOT, GPT, emocromomo urine completo <b>ogni 12 mesi</b></li> </ul>	<b>Semestrale e annuale</b>
Raccolta e registrazione dei dati clinici e di laboratorio	<b>Trimestrale</b>
Counseling (se non eseguito dall'ambulatorio infermieristico)	<b>Semestrale</b>
Chiamata attiva dei pz. che non si presentano ai controlli	<b>Trimestrale</b>
Prescrizione ECG (Tab.4)	<b>Annuale o biennale</b>
Prescrizione FOO (Tab.4)	<b>Annuale o biennale</b>
Invio per visita presso il <b>Centri diabetologico</b>	<b>Arruolamento iniziale, visita periodica, visita non programmata, visita urgente</b>

# Esami di laboratorio di follow up

## Ogni 3 mesi

- 🕒 glicemia a digiuno
- 🕒 pressione arteriosa
- 🕒 peso corporeo

## Ogni 6 mesi

- 🕒 HbA1c
- 🕒 Microalbumina urinaria (su campione delle prime urine del mattino)
- 🕒 visita medica generale orientata alla patologia diabetica

## Ogni anno

- 🕒 creatinina
- 🕒 uricemia
- 🕒 colesterolo totale, HDL-colesterolo, Trigliceridi, Colesterolo LDL (valore calcolato)
- 🕒 GPT
- 🕒 emocromo
- 🕒 urine completo

# Esami strumentali e visite di follow up

	Ogni 2 anni	Ogni anno*
<b>ECG</b>	<p>In assenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>precedenti anamnestici e/o segni e/o sintomi di cardiopatia ischemica</li> <li>altri fattori di rischio cardiovascolare</li> </ul>	<p>In presenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>precedenti anamnestici e/o segni e/o sintomi di cardiopatia ischemica</li> <li>altri fattori maggiori di rischio cardiovascolare</li> </ul>
<b>Es. oftalmoscopico</b>	In assenza di Retinopatia Diabetica al precedente controllo	In presenza di Retinopatia Diabetica lieve-moderata
<b>Visita presso i CSD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Di routine ogni due anni</li> <li>Non temporizzate               <ul style="list-style-type: none"> <li>esordio/diagnosi</li> <li>fallimento metformina</li> <li>fallimento duplice terapia orale</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>complicanze di grado medio-severo</li> <li>situazione di compenso metabolico non ottimizzato (HbA1c <math>\geq</math> degli obiettivi individuali ( tab 5)</li> </ul>



# Definizione di gravità delle complicanze

	Grado lieve	Grado medio-severo
Retinopatia	Le uniche alterazioni rilevabili a carico della retina sono la presenza di rari microaneurismi e/o microemorragie	Microaneurismi e/o microemorragie numerose e/o maculari, essudati e/o IRMA e/o edema maculare e/o aree ischemiche e/o proliferazione di neovasi
Nefropatia	Microalbuminuria (escrezione di albumina = 20 – 200 µg/ml) con GFR >60 ml/min	Macroalbuminuria (>200 µg/ml), riduzione del GFR (<60 ml/min)
Neuropatia periferica	Sintomi neuropatici lievi e stabilizzati (parestesie lievi e transitorie a livello degli arti inferiori)	Sintomi neuropatici medio-severi (parestesie dolorose degli arti inferiori e/o deficit sensitivo – motorio clinicamente evidenziabile, disautonomia)
Cardiopatia ischemia	Cardiopatia ischemica nota e in trattamento, clinicamente stabile e compensata, monitorata in ambiente specialistico	Cardiopatia ischemica al primo esordio clinico o cardiopatia già nota clinicamente instabile
Vasculopatia periferica	Claudicatio intermittens in assenza di lesioni trofiche nota e in trattamento, clinicamente stabile	Claudicatio al primo esordio clinico o arteriopatia nota in evoluzione clinica e/o con dolore a riposo e/o lesioni trofiche
Vasculopatia cerebrale	Vasculopatia cerebrale nota e in trattamento, clinicamente stabile e compensata, monitorata in ambiente specialistico	Vasculopatia cerebrale al primo riscontro o già nota e clinicamente instabile
Piede diabetico		Lesioni trofiche presenti o pregresse, esiti di amputazione

# Tipologia di accesso dei pazienti

**Emergenza assoluta (inviare il paziente in PS per il ricovero in ospedale) in caso di:**

- Chetoacidosi: glicemia  $> 250$  + presenza di chetoni nelle urine + segni clinici di acidosi (alito acetone, vomito, dolori addominali, polipnea) e/o disidratazione e/o compromissione del sensorio
- Iperosmolarità non chetotica: iperglicemia severa ( $>400$  mg/dl), disidratazione, compromissione del sensorio
- Ipoglicemia grave con neuroglicopenia: glicemia  $< 50$  mg/dl senza risoluzione dopo trattamento
- Grave ed estesa lesione trofica del piede

# Tipologia di accesso dei pazienti

- **Urgenza 24 ore (invio entro 24 ore al Centro diabetologico/PS)**
  - Scompenso acuto (glicemia > 250 mg/dl e/o chetonuria in assenza di segni clinici di acidosi e/o disidratazione e/o compromissione del sensorio)
  - Sospetto diabete tipo 1 all'esordio
  - Piede diabetico con ulcerazione e segni di infezione

# Tipologia di accesso dei pazienti

- **Urgenza differita (7 gg)**
  - Glicemia > 250 mg/dl in assenza di chetonuria, disidratazione e compromissione del sensorio
  - Chetonuria persistente
  - HbA1c > 86 mmol/mol (10%) in assenza di segni di scompenso acuto
  - Ripetute ipoglicemie senza sintomi di allarme
  - Risccontro di diabete gestazionale
  - Gravidanza in diabetica di tipo 2 non insulino trattata
  - Piede diabetico (comparsa di ulcerazioni non infette)

# Tipologia di accesso dei pazienti

- **Visite non programmate non urgenti presso i Centri diabetologici (visita progetto motivata –entro 15 giorni)**
  - Inadeguato compenso metabolico ( HbA1c > 75 mmol/mol - > 9.0%)
  - Frequenti episodi di ipoglicemia non severa
  - Complicanze neurologiche, renali, oculari in rapida evoluzione
  - Complicanze macrovascolari in evoluzione
- **Visite programmate**
  - Diabete di nuova diagnosi
  - Valutazione periodica dei diabetici tipo 2 in gestione integrata secondo gli intervalli programmati

# Pazienti Eleggibili alla Gestione Integrata

- Il percorso di assistenza integrata è rivolto a tutti i pazienti ambulatoriali affetti da diabete tipo 2, esenti da complicanze micro-macrovascolari medio-severe.
- **I MMG hanno in carico** i pazienti diabetici tipo 2 , in buon compenso metabolico e senza complicanze **o con complicanze lievi e stabilizzate e in terapia antidiabetica orale e/o con insulina basale** (Tab.6). L'utilizzo di farmaci che richiedono piano terapeutico (esempio DPP-4 inibitori, incretine, SGLT2 inibitori) non deve escludere i pazienti dal percorso di gestione integrata. E' auspicabile che a livello locale si mettano in atto accordi per il rinnovo del PT da parte del MMG.

# Il ruolo delle strutture diabetologiche nella gestione integrata

- Definizione diagnostica del diabete di nuovo riscontro e inquadramento terapeutico con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con i MMG. **Il Piano di Cura deve comprendere la chiara formulazione degli obiettivi terapeutici** da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e ai risultati attesi, e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita.
- Presa in carico, in collaborazione con i MMG e l'Infermiere dell'ambulatorio della cronicità, delle persone con diabete.
- Gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG, gli Infermieri della cronicità e gli altri specialisti, delle persone con: grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina; diabete in gravidanza e diabete gestazionale.
- **Impostazione della terapia medica nutrizionale**

# Il ruolo delle strutture diabetologiche nella gestione integrata

- Effettuazione dell'educazione terapeutica e, in collaborazione con i MMG e gli Infermieri dell'ambulatorio della cronicità, di interventi di educazione sanitaria e counseling delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Valutazione periodica, secondo il Piano di Cura personalizzato adottato, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche in formato elettronico.
- Attività di aggiornamento rivolta ai MMG e agli Infermieri della cronicità in campo diabetologico.



# Prima visita

Attività	Quando
<p>Valutazione libretto paziente con riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ anamnesi</li><li>▪ obiettività clinica (parametri antropometrici, PA, staging complicanze)</li><li>▪ parametri ematochimici</li><li>▪ esami strumentali</li><li>▪ terapia (nutrizionale, fisica e farmacologica e terapie non ipo glicemizzanti)</li></ul>	<p>Il più presto possibile (entro 30 giorni)</p>
<p>Integrazione anamnestica</p>	
<p>Visita medica orientata al problema:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- dati antropometrici</li><li>- valutazione cardiovascolare</li><li>- valutazione neurologica</li><li>- valutazione cute e annessi</li><li>- valutazione piede</li></ul>	
<p>Identificazione dei fattori di rischio</p>	

# Prima visita

Attività	Quando
<p>Counseling:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ valutazione del grado di informazione e di comprensione del pz. delle problematiche connesse alla malattia Entro 1 anno dall'arruolamento</li><li>▪ valutazione dell'adesione alla terapia (condivisione del piano terapeutico, effetti collaterali ect.)</li><li>▪ <u>informazione integrativa e pianificazione concordata degli obiettivi terapeutici</u></li><li>▪ impostazione concordata delle modalità e delle tempistiche per raggiungere gli obiettivi</li></ul>	Il più presto possibile (entro 30 giorni)
Impostazione (o conferma) del piano di cura	
Impostazione terapia nutrizionale (consigli dietetici, schema dietetico personalizzato, terapia comportamentale)	
Terapia educativa individuale o per gruppi	
Richiesta di esami integrativi (se necessari ai fini diagnostici o di follow-up)	
Raccolta dati	

# Prima visita

Attività	Quando
<p>Compilazione referto con indicazione di</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- stato del compenso metabolico</li><li>- grado delle complicanze</li><li>- <u>obiettivi terapeutici personalizzati</u></li><li>- piano terapeutico conseguente</li><li>- eventuale necessità di completare il percorso diagnostico secondo protocollo</li></ul>	
<p>Programmazione follow-up (secondo protocollo o differenziato se necessario)</p>	

# Visita di controllo programmata

Attività	Quando
Valutazione libretto paziente con riferimento a: <ul style="list-style-type: none"><li>- andamento del follow-up clinico e biochimico e staging complicanze</li><li>- eventuali modifiche terapeutiche</li><li>- adesione alla terapia riportata</li></ul>	<b>Annuale o biennale</b>
Raccordo anamnestico e Visita medica orientata al problema (come A)	
<b>Counseling:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ valutazione del grado di comprensione delle problematiche connesse alla malattia</li><li>▪ valutazione dell'adesione alla terapia e delle problematiche connesse</li><li>▪ rinforzo informativo</li><li>▪ verifica degli obiettivi raggiunti e delle problematiche incontrate</li><li>▪ eventuale rimpostazione concordata degli obiettivi e delle modalità e tempistiche necessarie al loro raggiungimento</li></ul>	
Ristadiazione dei fattori di rischio	
Conferma o variazione del piano di cura	
Richiesta di esami integrativi (se necessari al follow-up)	
Raccolta dati e Compilazione libretto e/o referto (come A)	
Programmazione follow-up (secondo protocollo o differenziato se necessario)	

# Visita non programmata (momenti critici)

Attività	Quando
Raccordo anamnestico e Visita medica orientata al problema	Quando necessaria
Determinazione glicemia	
Richiesta di esami integrativi (se necessari)	
Variazione piano di cura	
Presenza in carico diretta temporanea del paziente (se necessaria)	
<b>Counseling:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ valutazione del grado di comprensione delle problematiche connesse alla malattia</li><li>▪ valutazione dell'adesione alla terapia e delle problematiche connesse</li><li>▪ rinforzo informativo</li><li>▪ reimpostazione concordata degli obiettivi e delle modalità e tempistiche necessarie al loro raggiungimento</li></ul>	
Compilazione referto con indicazione delle conclusioni diagnostiche, obiettivi terapeutici individuali, eventuale presa in carico diretta	
Programmazione follow-up (con eventuale sospensione della gestione per presa in carico diretta continuativa)	

# Proposte formulate dal tavolo di lavoro

- Inserire nella gestione integrata i pazienti in trattamento combinato con farmaci antidiabetici e insulina basale in compenso stabile dopo il percorso iniziale di educazione/titolazione della terapia insulinica da parte delle strutture specialistiche
- Mantenere nella gestione integrata i pazienti in terapia con i farmaci richiedenti il piano terapeutico (DPP4inibitori, incretine, SGLT2 inibitori) in compenso stabile con possibilità di permettere ai MMG un rinnovo del PT semestrale

# Obiettivi per i Servizi di Diabetologia

- Ridurre il tempo speso nel trattare la cronicità “stabile”, es.:
  - visite annuali di pz. stabili in buon compenso
  - tenere in cura continuativa i pz. in terapia con insulina basale in compenso stabile
  - tenere in cura continuativa i pazienti in trattamento con farmaci che necessitano di piano terapeutico quando il compenso è stabile
  - prescrizioni di piani terapeutici

# Avere maggiori risorse nei Servizi di Diabetologia per occuparsi di:

- **Pazienti con esordio del diabete:**
  - è un momento critico nella storia del diabete
  - occorre intervenire tempestivamente e in modo appropriato su tutti i fattori di rischio
  - occorre impostare un programma di educazione su alimentazione e stili di vita (la prescrizione dietetica da sola è inadeguata per una patologia cronica)
  - il paziente è molto più ricettivo al percorso educativo quanto più questo è precoce
- **Educazione orientata per problemi:** un approccio educativo di tipo **comportamentale** è più efficace di uno prescrittivo per acquisire consapevolezza della cronicità della malattia e cambiare stabilmente lo stile di vita; solo l'educazione comportamentale ha evidenze chiare di efficacia; strutturare un percorso di terapia comportamentale costa studio, tempo e risorse



# Avere maggiori risorse nei Servizi di Diabetologia per occuparsi di:

- **Pazienti in fallimento della terapia con metformina**: vista la disponibilità di farmaci la scelta appropriata della terapia necessita di una fenotipizzazione del paziente e la condivisione con il pz. del piano e degli obiettivi di cura
- **Inizio della terapia iniettiva** (incretine, insulina): la gestione di queste terapie richiede un percorso educativo finalizzate a rendere il paziente in grado di gestirle in modo appropriato ed efficace
- **Collaborazione con i MMG nella gestione dei pazienti in momenti di difficoltà** (presa in cura temporanea): assicurare un intervento tempestivo nelle fasi di cattivo compenso riducendo l'inerzia terapeutica legata alla organizzazione

# Orientare il lavoro per problemi per integrarsi con la Medicina del Territorio

- Ridurre gli accessi evitando la medicina dei controlli periodici
- Individuare i punti critici del processo di cura (problemi e nodi decisionali nella storia del diabete)
- Attrezzarsi per fornire soluzioni appropriate ai punti critici , soluzioni che non coincidano necessariamente con un approccio 1:1 medico-paziente (Medicina di gruppo, Educazione comportamentale, Empowerment dei pazienti, ecc. ) coinvolgendo maggiormente figure non mediche (IP, Nutrizionisti, Educatori, Podologi, ecc)
- Mettere in atto le soluzioni prescelte (organizzazione)
- Individuare indicatori di processo e risultato utili a valutare l'efficacia del processo di cura

# Livelli essenziali di assistenza 2015 e Piano Nazionale sulla malattia diabetica

- Nei Nuovi Lea la branca di DIABETOLOGIA è scomparsa, di conseguenza sono scomparse tutte le prestazioni ad essa correlate. Rimangono:
  - Prima visita endocrinologica/diabetologica. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute.
  - Visita endocrinologica/diabetologica di controllo

DOMANDA: si può costruire un percorso terapeutico orientato al Chronic Care Model (come previsto al Piano Nazionale sulla malattia diabetica) con queste 2 sole prestazioni remunerate?

Grazie per l'attenzione