

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 16 settembre 2005 - Deliberazione N. 1168 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - **Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico.**

VISTE

- la L.N. 115/87;
- la L.N. 502/92;
- la L.R. n. 32/94;
- la L.R. n. 10/02;

che prevedono, tra gli obiettivi prioritari, la promozione dello stato di benessere dei singoli e della collettività, operando in sinergia con le altre istituzioni;

- la D.G.R. n. 2453 del 01 agosto 2003 di costituzione della "Commissione Regionale di Coordinamento delle attività di prevenzione e di assistenza per il diabete mellito in età adulta" che, tra le altre competenze, individuava anche la stesura di "Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico";

- il D.P.G.R. n. 680 del 16 ottobre 2003 con cui venivano individuati i componenti della predetta Commissione;

- la D.G.R. n. 1980 del 29 ottobre 2004 che integra la suddetta Commissione con l'inserimento di altri componenti

CONSIDERATO:

che nell'ambito di quanto sopra premesso, la Regione Campania debba promuovere specifiche iniziative nel campo della prevenzione e cura del diabete, con particolare riguardo alla riduzione delle complicanze che sono tra le prime cause di

- 1) dialisi,
- 2) cecità,
- 3) amputazione non traumatica degli arti inferiori,
- 4) eventi cardiovascolari,

- che la prognosi delle complicanze è condizionata dall'organizzazione dell'assistenza fornita (visite ambulatoriali, educazione all'autogestione, supporto psicologico, counseling dietetico, reperibilità permanente, gestione delle emergenze metaboliche ecc.);

- che in Campania è possibile calcolare la presenza di oltre 300.000 soggetti affetti da Diabete Mellito;

- che, oltre ad un fondamentale impegno etico, un corretto programma di prevenzione che includa i vari aspetti sopracitati, è sicuramente in grado di ridurre i danni delle complicanze, gli oneri economici che sono enormemente elevati in termini assistenziali e sociali, e soprattutto assicurare una migliore qualità della vita;

PRESO ATTO:

che, nell'ambito dei propri compiti la "Commissione Regionale di Coordinamento delle attività di prevenzione e di assistenza per il diabete mellito in età adulta" ha redatto le allegate "Linee di indirizzo per (organizzazione dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico" ed elaborato, al fine di rendere attuabile il Disease Management previsto dalle succitate Linee organizzative e di monitorare il percorso clinico assistenziale, il "Libretto del paziente diabetico" allegato alle Linee organizzative e parte integrante delle stesse;

di poter far proprie le allegate "Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico" redatte dalla Commissione suddetta;

Propone, e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

per le considerazioni esposte in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

di approvare le allegate “Linee di indirizzo per l’organizzazione dell’attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico” che formano parte integrante del presente atto;

di inviare al Settore Assistenza Sanitaria;

di inviare al Settore Stampa, Documentazione e Informazione per la pubblicazione sul B.U.R.C.

Il Segretario
Brancati

Il Presidente
Bassolino



LINEE DI INDIRIZZO PER L'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DIABETOLOGICA E PERCORSO ASSISTENZIALE PER IL PAZIENTE DIABETICO

Premesso che:

1. il Piano Sanitario Regionale per il triennio 2002-2004(approvato con Legge Regionale n.10 del'11 luglio 2002) pone tra gli Obiettivi Generali e Specifici al punto C) la riduzione della mortalità e morbilità per Diabete Mellito,
2. " la mortalità per Diabete Mellito in Campania è quella che percentualmente si discosta di più dalle medie nazionali, raggiungendo +58% per gli uomini e + 89% per le donne";
3. che i dati desunti dall'indagine ISTAT multiscopo (2001) indicano una presenza di 85.000 diabetici in Campania fra i 18 ed i 64 anni ed una prevalenza nazionale del diabete tipo2 di circa 12% negli ultrasessantacinquenni (Studio Quadri)
4. che l'analisi sui ricoveri per diabete (DRG 294) negli anni (2001-2002-2003) indica un ricorso all'ospedalizzazione ancora molto spostata verso il ricovero ordinario.

- la Commissione Regionale di Coordinamento delle attività di prevenzione e di assistenza per il Diabete Mellito in età adulta ,alla quale compete promuovere ed elaborare gli indirizzi generali per definire il percorso assistenziale del paziente diabetico, assumere le opportune iniziative per assicurare l'assistenza ai diabetici e renderla omogenea su tutto il territorio regionale, ed elaborare le procedure per il controllo di qualità delle attività di prevenzione e di assistenza, preso atto degli elaborati predisposti dai gruppi di lavoro nei quali la Commissione si è articolata, in applicazione delle competenze assegnatele, ha inteso individuare un percorso, che prenda atto delle necessità attualmente evidenziate nell'organizzazione dell'assistenza diabetologica in Campania, alla luce delle *Azioni programmatiche* promosse nel Piano Sanitario Regionale , ed in ottemperanza alle recenti normative, che indirizzano verso l'appropriatezza delle cure (vedi LEA) e la definizione di percorsi clinico-assistenziali per il raggiungimento di obiettivi di salute e l'ottimizzazione delle risorse impiegate.

Premesse epidemiologiche e costi sociali del diabete

Il diabete mellito è una malattia cronica invalidante riconosciuta anche dalla legge 115/87 di elevato impatto sociale.

Il diabete mellito è in costante ascesa e stime attendibili dell'OMS prevedono il raddoppio del numero dei pazienti nei prossimi dieci anni. Tale esplosione epidemiologica che solo in parte correla con fattori genetici e pertanto ereditari è in larga misura dovuta alla occidentalizzazione delle abitudini alimentari ed in generale a fattori comportamentali.

Una ragionevole stima, basata anche su studi di popolazione condotti in Italia (Brunico, Verona studies ecc.), indica che circa il 5% della popolazione generale italiana è affetta da alterazioni del metabolismo glucidico e/o da diabete mellito clinicamente manifesto.

Pertanto, è stimabile che nella regione Campania risiedano attualmente oltre 300.000 diabetici, di cui circa un terzo (oltre 80.000) non ancora diagnosticati e/o trattati.

Il diabete ancora oggi è tra le prime cause di:

- ✓ dialisi,
- ✓ amputazioni non traumatiche degli arti inferiori,
- ✓ eventi cardiovascolari (infarto miocardico, ictus, vasculopatia periferica, ecc),
- ✓ cecità.

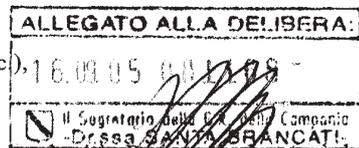
Oltre il 70% dei diabetici è affetto da ipertensione arteriosa e oltre l'80% da obesità. L'incidenza elevata e la frequenza di associazione tra diabete mellito e dislipidemie. Queste co-patologie contribuiscono ad incrementare in modo esponenziale la percentuale di morbilità ed inabilità (con evidenti ripercussioni sui costi sanitari e sociali) nonché di mortalità.

E' palese quindi che i costi sanitari e sociali diretti ed indiretti della patologia diabetica investono prepotentemente il SSN e lo Stato Sociale.

Tutti i dati riportati nella letteratura mondiale indicano che il diabete mellito è una patologia ad alto costo (sia dal punto di vista sanitario, che sociale) e che tali costi possono essere notevolmente ridotti, riducendo soprattutto l'utilizzo di risorse per il trattamento delle complicanze del diabete, attraverso una programmazione attenta ed efficace del percorso clinico-assistenziale della malattia, ma soprattutto un maggiore impegno verso l'educazione sanitaria e la

IL PRESENTE ALLEGATO

CONSTA DI N° 25 FACCIATE -

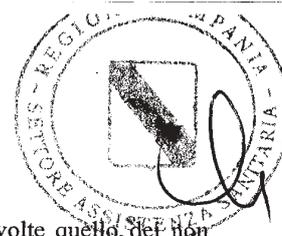


Handwritten signature

Handwritten signature

1

Handwritten signatures and notes at the bottom of the page.



prevenzione.

A tale proposito è necessario sottolineare che :

- E' stato calcolato che il costo pro-capite totale dei cittadini diabetici è pari a circa 3 volte quello dei non diabetici
- In Italia il costo medio di un paziente affetto da diabete di tipo 2 è di circa 3000 Euro/anno con una spesa totale annua del SSN per diabete di 5 miliardi di Euro , pari a circa il 7% del Fondo Sanitario Nazionale; è importante ricordare che circa il 60% della quota pro-capite annua è destinato ad ospedalizzazioni per complicanze ed il 22% al consumo di farmaci.
- Il 38% dell'eccesso di costo della cura dei diabetici è speso per la cura delle complicanze a lungo termine (in primo luogo Cardiopatia ischemica ed insufficienza renale)
- Il costo stimato delle complicanze è il seguente: fatto 1 il costo del paziente diabetico privo di complicanze , tale costo sale a 2.6 per la presenza di complicanze cardiovascolari, a 3.5 per quelle dovute a complicanze oculari o renali ed a 4.7 quando sono presenti sia quelle cardiovascolari che quelle oculari e renali.
- Ai costi diretti ed indiretti sanitari , vanno aggiunti i costi sociali legati alle invalidità lavorative ed alla scarsa qualità di vita del paziente.

Alla luce di tali dati e preso atto degli obiettivi e delle azioni indicate nel PSR 2002-2004 relative al Diabete Mellito, delle Linee Guida Regionali siglate dall'AMD, SIMG, SID "Dall'assistenza diabetologica integrata al team diabetologico e al Disease Management della malattia diabetica dell'ottobre 2000 e della volontà di individuare il Diabete Mellito come "modello sperimentale" di un percorso assistenziale tra le patologie di interesse sociale nel recente Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale (Ex-Art.70 comma 1 lettera c), si sottolinea l'opportunità di assumere il modello della Gestione Integrata del Diabete Mellito (Disease Management), già sufficientemente validato da altre esperienze nazionali ed internazionali, su tutto il territorio regionale, al fine di garantire omogeneità ed equità delle cure rispetto ad una patologia, il cui impatto in termini di mortalità e morbosità sta raggiungendo dimensioni drammatiche in Campania (dati riportati nel PSR 2002-2004); individuando tra gli obiettivi prioritari da indicare alle AASSLL della regione, relativamente alla patologia diabetica: la riduzione della mortalità, la riduzione del manifestarsi delle complicanze e la loro corretta gestione, il soddisfacimento dei bisogni assistenziali, l'ottimizzazione dei percorsi di cura attraverso l'appropriatezza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche, la riduzione dei ricoveri impropri, la riduzione del fenomeno della mobilità passiva.

A tale scopo , tale documento si propone di fornire le linee di indirizzo per identificare gli strumenti e gli indicatori utili per l'attuazione della Gestione Integrata (Disease Management) del paziente diabetico, che garantiscano un'assistenza omogenea su tutto il territorio regionale. Considerato che l'obiettivo principale del modello *Disease Management* è quello dell'integrazione tra i Medici di Assistenza Primaria, i Servizi Territoriali e le strutture specialistiche dei Presidi Ospedalieri e dei Policlinici Universitari, è necessario dettagliare le varie tappe del percorso assistenziale, per far sì che venga garantita continuità di cura al paziente, attraverso un percorso che eviti frazionamenti delle cure, ripetizioni delle indagini, anche a breve termine, ritardi diagnostici, ed eccessivi iter burocratici, responsabili dell'aggravamento delle condizioni cliniche, dovute al non ben contrastato decorso verso le complicanze croniche della malattia.

Per il raggiungimento di tali obiettivi, che sono stati ribaditi dalla dichiarazione di Saint-Vincent (1989) e di Budapest dell'OMS, è fondamentale l'impegno dei Medici di Assistenza Primaria, dei componenti del team diabetologico(specialisti diabetologi, cardiologi, oculisti, nefrologi, neurologi, nutrizionisti, podologi, assistenti sociali) e delle associazioni di auto-aiuto dei pazienti diabetici.

La legge 115/87 ed il successivo atto di intesa Stato Regioni rappresentano la base legislativa di riferimento per la programmazione dell'assistenza al paziente con diabete in Italia, in accordo con il documento tecnico dell'OMS per la Prevenzione del Diabete Mellito e con i diversi Piani Sanitari e disposizioni regionali.

Tali presupposti legislativi predispongono un sistema integrato di prevenzione e cura del diabete e delle sue complicanze articolato nei seguenti servizi:

- Assistenza di base (Medici di Assistenza Primaria- Distretti Socio-Sanitari)
- Centri specialistici territoriali
- Presidi Ospedalieri di AASSLL ed Aziende Ospedaliere

Ai fini di una corretta ed ottimale gestione della patologia diabetica, la costruzione di percorsi diagnostico terapeutici, nella logica del *Disease Management*, rappresenta una modalità integrata di gestione del paziente che mira al raggiungimento di un'assistenza mutuata scientificamente dalle linee guida e che indirizzi la capacità di offerta di servizi verso prestazioni appropriate e qualitativamente soddisfacenti aventi come obiettivo finale la riduzione della mortalità e del manifestarsi delle complicanze del diabete.

Considerato :

- che esiste l'esigenza di fornire alle strutture sanitarie informazioni e strumenti per la gestione integrata del paziente diabetico, e di rivolgere raccomandazioni agli specialisti e ai Medici di A.P. coinvolti, nell'ottica della razionalizzazione dei percorsi diagnostici e terapeutici;

2

- che bisogna ottimizzare e riorganizzare le risorse del territorio e favorire l'analisi del percorso assistenziale del paziente diabetico;
- che è necessario individuare centri specialistici di terzo livello dove venga garantita la continuità e la tempestività delle cure per le complicanze del diabete;
- che è necessario creare un flusso informativo dei percorsi diagnostico-terapeutici e degli indicatori che ne rendano possibile il monitoraggio;
- che l'obiettivo finale è garantire una assistenza di qualità e di soddisfazione dell'utente omogeneamente sul territorio regionale;
- che le ASL hanno il compito di promuovere l'integrazione dei Medici di A.P., dei servizi territoriali e delle strutture specialistiche dei presidi ospedalieri;

la Commissione Diabetologica ha predisposto un documento per la gestione integrata dei pazienti diabetici, secondo le più aggiornate conoscenze tecnico-scientifiche del settore.

Tale documento comprende:

- le indicazioni per la identificazione della tipologia, ed organizzazione sul territorio delle strutture coinvolte nel percorso diagnostico terapeutico del paziente diabetico. Tale modello organizzativo deve comprendere tipologie di cura quali l'assistenza o l'ospedalizzazione domiciliare, considerata anche l'età avanzata dei pazienti presentanti complicanze molto gravi.
- La descrizione del modello assistenziale per la gestione integrata del paziente diabetico e dei percorsi clinico assistenziali, comprendente la descrizione dettagliata delle varie tappe assistenziali, affiancate di volta in volta dalla misurazione degli obiettivi, secondo la logica del miglioramento continuo e dell'equilibrio tra qualità dell'assistenza ed ottimizzazione delle risorse;
- La indicazione alla costruzione di un flusso informativo regionale atto a produrre degli indicatori di processo e di esito per misurare il grado di adesione al modello della gestione integrata, nonché la qualità ed equità delle cure erogate.
- La indicazione alla strutturazione di programmi di prevenzione intesi a recuperare il gran numero di pazienti affetti da patologia, ma misconosciuti, individuare la popolazione a rischio, indirizzare verso programmi atti a modificare gli stili di vita (educazione alimentare, attività fisica) avendo ben presente che la prevenzione primaria non è una attività che si esaurisce in un atto medico ma un impegno di tutta la società civile (e particolarmente in ambito scolastico) ad incidere su modelli culturali incongrui.
- La definizione condivisa delle metodologie per la formazione continua degli operatori sia per l'attivazione, che per il mantenimento del Disease Management, che per la realizzazione degli interventi di educazione terapeutica dei pazienti.
- La identificazione dei criteri e delle modalità per la realizzazione del "Libretto personale del paziente diabetico" (Allegato A), strumento di comunicazione tra il paziente ed i medici addetti alla sua assistenza (MMG, Diabetologi, altri specialisti, medici ospedalieri ed universitari). Tale libretto permetterà a ciascun paziente di essere informato sui controlli necessari per la cura e gli permetterà di detenere tutte le informazioni necessarie per collaborare in modo consapevole alla gestione della sua malattia.
- La identificazione dei criteri e delle modalità di comunicazione tra il paziente, il medico di assistenza primaria, il diabetologo ed il medico ospedaliero/universitario che permettano a ciascuno di essi di aver un update aggiornato del follow up della patologia e riducano le duplicazioni delle prestazioni assistenziali migliorando/ottimizzando gli indirizzi terapeutici.



Ogni paziente diabetico di tipo 2 è seguito in modo integrato tra MMG e Centro di Diabetologia, sottoponendosi a visita specialistica: al momento della diagnosi; per la rivalutazione annuale del compenso e delle complicanze e per eventuali controlli concordati fra CD e MMG.

La responsabilità della continuità delle cure, della terapia e del follow-up di questa tipologia di pazienti spetta al MMG, che concorda il piano di assistenza con il CD. Entrambi si impegnano a mantenere attiva una costante comunicazione su qualsiasi evento relativo al paziente.

Il paziente deve di norma eseguire:

- A) ogni 3 mesi
- visita medica
 - glicemia a digiuno e post-prandiale
 - HbA1c
 - valutazione dell'autocontrollo glicemico eseguito dal paziente (la frequenza delle misurazioni verrà indicato in un documento successivo)
 - Peso corporeo con calcolo del BMI e misurazione circonferenza vita
 - pressione arteriosa
- B) ogni 6 mesi
- Visita medica generale orientata alla patologia diabetica (ivi compreso esame mirato a scoprire alterazioni a carico dei piedi)
 - Profilo lipidico (Colesterolo totale - HDL - LDL calcolato - Trigliceridi)
 - esame urine completo
- C) ogni anno
- Urinocoltura
 - Microalbuminuria (ogni 6 mesi se > 20 mcg/min)
 - Creatinina e/o Clearance della creatinina
 - Uricemia
 - Elettroliti sierici
 - Emocromo completo con formula leucocitaria
 - Transaminasi
 - Elettrocardiogramma
 - Esame del fondo dell'occhio, acuità visiva e tonometria (cadenza annuale solo in assenza di retinopatia)
 - Misurazione delle pressioni distali (rapporto caviglia/braccio)
 - Educazione terapeutica e terapia nutrizionale (all'esordio e rinforzo annuale ai successivi controlli)
 - Visita presso il Centro di Diabetologia (comprensiva di screening per neuropatia sensitivo/motoria ed autonoma e controllo podologico)
 - Questionario per lo screening della disfunzione erettile previo adeguato consenso informato

La gestione integrata prevede il controllo presso la struttura specialistica nei seguenti casi :

- A) con urgenza:
- scompenso metabolico acuto
 - ripetuti episodi d'ipoglicemia
 - gravidanza in donna diabetica e diabete in gravidanza
 - comparsa d'ulcera del piede o di lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori
- B) programmabile (oltre quella all'esordio e quella annuale di screening):
- Ripetute glicemie a digiuno superiori a 180 mg/dl
 - Emoglobina glicata > 7,5% in due determinazioni consecutive
 - Comparsa di segni clinici riferibili a complicanze.

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE DIABETICO TIPO 1 NONCHE' DEL PAZIENTE TIPO 2 CON COMPLICANZE CRONICHE

Tutti i pazienti con Diabete Tipo 1 ed i pazienti con Diabete tipo 2 con complicanze in atto vanno seguiti, in maniera integrata, dalle strutture diabetologiche e dai MMG; in questo contesto la gestione della cura del diabete è affidata al CD.

In presenza di complicanze è giustificato un controllo più assiduo da parte del CD che deve operare gli opportuni approfondimenti diagnostici (secondo le linee guida internazionalmente riconosciute)

COMPLICANZE RENALI (creatininemia > 1,4 mg% o proteinuria >300mg/24h o reperto nefritico all'es. di urine)

Visita nefrologica (massimo 4 all'anno, salvo casi eccezionali, adeguatamente documentati)

*Proteinuria quantitativa

*Creatininemia (eventuale clearance).

Alonso Motte *GR* *EB-Ste* *Deur* *g. Paoletti* *FBaudouin* *CF* *Atoroli*



La collaborazione con il Centro Diabetologico deve essere continua, in quanto il Medico di MG stesso è parte del team diabetologico, richiede consulenze per le visite domiciliari, partecipa all'organizzazione di progetti di educazione sanitaria ed integra le sue attività con le attività del centro, anche attraverso la metodologia delle terapie di gruppo specie per gli interventi nutrizionali.

Devono essere previste nell'ambito di tutti i componenti del team riunioni periodiche a carattere di audit per la discussione e risoluzione di eventuali problematiche emergenti nel corso dell'assistenza e la discussione e confronto su particolari casi clinici.

Le ASL hanno il compito di promuovere l'integrazione tra i Medici di MG, i servizi territoriali e la struttura specialistica ospedaliera, al fine di attuare e migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici, tenendo conto delle problematiche specifiche e delle risorse del territorio.

I compiti del Medico di MG nell'ambito del percorso clinico assistenziale del paziente diabetico possono essere così definiti:

1) Effettuare lo screening della popolazione a rischio per individuare:

- casi di diabete non diagnosticati
- casi di diabete gestazionale
- casi con ridotta tolleranza glicidica (IGT) ed Alterata Glicemia a Digiuno (IFG)

2) Diagnosticare la malattia diabetica

3) Operare, in collaborazione con il CD, per

- a) effettuare l'educazione sanitaria e il counselling dei soggetti a rischio e del paziente diabetico al fine di correggere gli stili di vita errati, sia per i comportamenti alimentari, l'esercizio fisico e la disassuefazione al fumo di sigaretta.
- b) correggere i comportamenti alimentari errati dei pazienti diabetici e gestire la dieta prescritta in collaborazione con il CD

c) gestire la terapia farmacologica dei diabetici sia di tipo 1 che 2

d) sorvegliare su effetti collaterali ed interferenze della terapia ipoglicemizzante

e) gestire il follow-up del paziente diabetico, finalizzato al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze

f) programmare l'inquadramento dei diabetici neodiagnosticati e le visite periodiche

4) Organizzare il proprio studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale dei pazienti diabetici

5) Raccogliere i dati clinici dei pazienti diabetici in maniera omogenea con il CD di riferimento, mediante cartelle cliniche cartacee e/o computerizzate finalizzate alla malattia diabetica nel rispetto della recente normativa sulla privacy regolata nel "Codice in materia di protezione dei dati personali" - D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, in vigore dal 1 gennaio 2004.

6) Intraprendere attività di ricerca e formazione diabetologica in Medicina Generale in collaborazione con le strutture diabetologiche territoriali, ospedaliere ed universitarie.

II LIVELLO ASSISTENZIALE (ASSISTENZA SPECIALISTICA TERRITORIALE)

L'assistenza diabetologica di II LIVELLO ha come obiettivo principale la cura dei Diabetici di Tipo 1, delle gravide diabetiche e dei Diabetici di Tipo 2 con complicanze, e l'integrazione con gli altri livelli nell'intervento di tipo preventivo e diagnostico per i Diabetici di Tipo 2 all'esordio e/o non complicati e per gli IFG ed IGT.

L'assistenza diabetologica di II livello è costituita dai Centri di Diabetologia che devono essere organizzati come Unità Operative territoriali. Per quanto attiene al fabbisogno di tali strutture si fa riferimento a quanto previsto dalla delibera di G.R. 7301 del 31.12.2001, che prevede che il rapporto ottimale tra domanda ed offerta sia valutabile, a livello di programmazione aziendale, sulla base del programma di attività territoriali, che le Aziende Sanitarie Locali adottano ai sensi dell'art.3 quater del D.Lgs 229/99. Pertanto si ribadisce il concetto, già espresso nella L.R. 32/94 e nelle Linee guida pubblicate sul BURC n.37 del 3 Agosto 1995, della competenza territoriale dell'erogazione delle prestazioni diabetologiche. La menzionata legge prevedeva inoltre un fabbisogno di 1 centro diabetologico ogni 250.000 abitanti, ma alla luce dell'aumento della prevalenza della patologia diabetica, del mancato raggiungimento degli obiettivi del P.S.R., e della deospedalizzazione della patologia diabetica imposta dal decreto sui L.E.A., è necessaria una rivalutazione di tale dato, dando come indicazione alle ASL, ai fini di un'equità assistenziale sul territorio regionale e di una maggiore efficienza di tali strutture, la istituzione di 1 Centro Diabetologico ogni 100.000-150.000 abitanti. In tale programmazione è indispensabile tener conto della densità abitativa del territorio esaminato, valutando nel fabbisogno assistenziale l'accessibilità ai servizi, pertanto in territori con scarsa densità abitativa è possibile prevedere rapporti più bassi.

Dotazione minima di personale per 1 Centro di Diabetologia per un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti (comprensivo di circa 4.000 diabetici)

Alone *GA* *Phyllis B. Jeter* *Rice* *Medico* *Bancro* *MB* *Atard*



Specialisti in Diabetologia	N. 3
Specialisti in Oculistica	N. 1 (anche in consulenza)
Specialisti in Cardiologia	N. 1 (anche in consulenza)
Specialisti in Nefrologia	N. 1 (anche in consulenza)
+ Consulenza di altri specialisti (Neurologo etc...)	
Infermieri	N. 4
Dietisti	N. 1
Podologi	N. 1 (anche part-time)
Amministrativi	N. 1 o 2

Tale fabbisogno non include il personale per le attività laboratoristiche previste nei criteri di accreditamento.

E' da prevedere la riorganizzazione degli Ambulatori diabetologici attualmente esistenti ed il loro adeguamento funzionale in Centri Diabetologici secondo i parametri precedentemente specificati.

Il Centro Diabetologico deve prevedere un'organizzazione assistenziale strutturata in Team Diabetologico Interdisciplinare (TDI), coordinato dal diabetologo, coadiuvati da Infermieri Professionali con formazione nel campo diabetologico, Dietisti e Podologi e comprendente gli specialisti in Cardiologia, Oculistica, Nefrologia e con la consulenza di altri specialisti tra cui il Neurologo.

Il MMG partecipa a pieno titolo al team multidisciplinare per la cura del paziente.

Laddove sussistono condizioni territoriali e geografiche con scarsa densità abitativa, è possibile strutturare i servizi in rete, anche superando i confini territoriali del distretto, con alcune attività dislocate sul territorio ma coordinate a livello di un unico CD in modo che l'assistenza al paziente non perda la sua configurazione di percorso unitario. Il paziente deve essere sempre guidato verso prestazioni appropriate e tempestive, gestite comunque dal CD come unico punto di coordinamento organizzativo dalla prenotazione, alla assistenza clinica secondo protocolli unici, alla responsabilità del flusso informativo, alla verifica dei risultati (Unità Operativa).

Spetta allo specialista diabetologo, responsabile del caso, assumere il compito di interagire con gli altri livelli assistenziali.

Nell'ambito di tale interdisciplinarietà è possibile realizzare dei percorsi dedicati alla:

- valutazione del rischio cardiovascolare
- valutazione del piede diabetico
- valutazione della neuropatia
- valutazione della disfunzione erettile
- valutazione della nefropatia
- valutazione della retinopatia

Il TDI deve condividere gli obiettivi delle linee guida internazionali e deve periodicamente organizzare degli incontri finalizzati alla verifica dei risultati, sia nel suo interno che, almeno annualmente, con i MMG, nell'ambito distrettuale.

I Compiti dei Centri di Diabetologia nell'assistenza al paziente diabetico possono essere così riassunti:

1) Gestione clinica diretta, in collaborazione con i M.M.G., dei pazienti diabetici con:

- Diabete di Tipo 1
- Instabilità metabolica
- Complicanze croniche in fase evolutiva
- Trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina (in collaborazione con il centro di III livello responsabile dell'impianto)

2) Inquadramento dei pazienti diabetici neodiagnosticati, con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con il MMG

3) Valutazione periodica, secondo il Piano di Cura formulato, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, dai MMG

4) Gestione integrata per i pazienti:

- Con diabete di tipo 2 che presentano, per un qualunque motivo, un serio squilibrio metabolico
- In previsione di una futura gravidanza
- Con gravidanza in atto
- Con diabete gestazionale
- In previsione e preparazione d'interventi di chirurgia maggiore

5) Screening e follow-up delle complicanze per il Diabete Tipo 1 e 2

6) Impostazione della terapia nutrizionale

7) Terapia Educazionale

8) Coordinamento dell'attività clinica, formativa, epidemiologica e gestionale nell'assistenza diabetologica.

Dotazione strumentale minima del Centro Diabetologico:

Alabio
Amelabile
Gr...
Prote...
Di...
Medico
Di...
Al
Al...
Al...



fattori di rischio:

- esame obiettivo orientato alla ricerca delle condizioni pre-ulcerative (deformità del piede, presenza di ipercheratosi, cattiva igiene, uso di calzature inadeguate)
 - ricerca di arteriopatia obliterante periferica,
 - ricerca di neuropatia sensitivo/motoria
 - ricerca di neuropatia autonoma.
- Inoltre curerà l'educazione del paziente alla prevenzione.

Fase ulcerativa:

a) le lesioni che secondo la classificazione di Wagner rientrano nel grado 0 (deformità e/o aree di ipercheratosi senza discontinuità della cute) e grado 1 (lesioni superficiali che interessano cute, sottocutaneo o muscoli senza coinvolgere tessuti più profondi) possono essere seguite presso i CD che si dovrebbero avvalere della figura del podologo con diploma universitario o laurea breve.

b) Le lesioni di classe superiore alla grado 1 della classificazione di Wagner richiedono le cure di un centro di III livello (ospedaliero) che sia particolarmente attrezzato per la cura del piede diabetico. Fra le strutture diabetologiche di III livello previste in regione devono essere individuati almeno un centro ogni 1,5-2 milioni di abitanti che diverrà centro di riferimento per tale patologia per i MG e CD del territorio di riferimento. Tali strutture tratteranno le lesioni in fase attiva in regime di ricovero ordinario e/o in D.H., potranno prevedere un organico misto con la presenza di diabetologi, chirurghi, podologi e tecnici ortopedici coordinato da un diabetologo responsabile. I centri di riferimento per la cura del piede devono essere allocati in strutture di ricovero che prevedano la contemporanea presenza di reparti di chirurgia vascolare, ortopedia, servizi di diagnostica di alta specializzazione (radiologia vascolare interventistica, TAC, RMN). I centri di riferimento devono essere dotati di supporti informatici, strumenti chirurgici e di trattamento, materiali per la preparazione di apparecchi di scarico ed ortesi provvisorie, strumenti diagnostico-terapeutici avanzati, possibilità di ricovero diretto, saletta chirurgica per prestazioni ambulatoriali e disponibilità periodica di sala operatoria.

Fase post-ulcerativa:

deve essere seguita congiuntamente dai centri di II e III livello, prevede la riabilitazione con prescrizione periodica dei presidi di ortesizzazione e la loro verifica nel tempo, la sorveglianza e la prevenzione delle recidive, il trattamento podologico, l'addestramento del paziente e dei suoi familiari alle corrette manovre igienico-terapeutiche.

Sarebbe importante, per tali pazienti, la possibilità di trattamenti domiciliari soprattutto nella fase di guarigione delle lesioni e nella fase post-ulcerativa per i pazienti non deambulanti.

INDICATORI PER IL MONITORAGGIO DELLA CORRETTA ATTUAZIONE DEL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE.

Al fine di monitorare il modello organizzativo proposto per la gestione della patologia diabetica sono stati elaborati alcuni indicatori specifici per poter misurare gli outcomes finali, per la valutazione dell'efficacia delle cure in relazione alla sopravvivenza, ed indicatori di outcomes intermedi per valutare end points importanti come la qualità della vita, o i determinanti economici.

L'elaborazione di efficaci indicatori di outcomes permette di verificare la congruenza del percorso assistenziale e l'aderenza ad esso. In tal modo verrebbero a realizzarsi anche economie di gestione, riducendosi il manifestarsi di complicanze ed il ricorso al ricovero ospedaliero.

La costruzione di tali indicatori richiede la disponibilità di dati epidemiologici certi ed attendibili, la possibilità di classificare la popolazione diabetica in base al grado di patologia, l'uso della banca dati SDO regionale per i ricoveri ospedalieri.

Archivi utilizzabili (nel rispetto della recente normativa sulla privacy D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003 in vigore dal 1 gennaio 2004):

- Dati desumibili dall'attività dei MMG come previsto dal Piano Triennale per la razionalizzazione della spesa sanitaria in Regione Campania ai sensi della D.G.R.C. 2128 del 20.06.2003
- Dati desumibili dall'attività delle strutture diabetologiche (II e III livello) come previsto nell'accreditamento istituzionale di tali strutture, che dovrà prevedere, tra l'altro, un debito informativo tra le strutture stesse e le Aziende Sanitarie territorialmente competenti al fine di verificarne e valutarne l'attività (cartella clinica informatizzata).
- Archivi delle singole Aziende Sanitarie Locali e delle A.O. dei Ricoveri per i DRG (SDO)
- Archivi delle singole Aziende Locali e delle A.O. delle prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche, esami ematochimici e strumentali).
- Archivi delle singole Aziende Sanitarie Locali e delle A.O. della spesa farmaceutica convenzionata ed a distribuzione diretta, limitatamente ai farmaci dedicati alla cura del diabete e delle sue complicanze.

Blorh
PM
Dieta
Podologia
Banche
Stard



- Archivi delle singole Aziende Sanitarie Locali della assistenza protesica e di invalidità.
- Archivi delle singole Aziende Sanitarie Locali delle esenzioni ticket per patologia.

I dati contenuti in tali archivi potranno essere incrociati sia a livello centrale, che periferico, utilizzando come chiave unica di lettura il Codice Regionale Assistito (Codice Fiscale).

Con successivo provvedimento l'Assessorato alla Sanità, congiuntamente all'A.R.S.A.N., provvederà, previa fase di sperimentazione, ad istituire il flusso informativo dell'attività diabetologica.

MONITORAGGIO DELLA APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA PER IL DIABETE MELLITO E LA CORRETTA ATTUAZIONE DEL PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE:

a) Indicatori di esito a livello macroregionale o di ASL (secondo la Dichiarazione di S.Vincent)

Misurano l'efficacia della cura o di un intervento

- Mortalità per diabete
- Amputazioni maggiori
- Insufficienza renale terminale (Dialisi)
- Cecità
- Infarto miocardico
- Ictus cerebrale
- Gravidanze con esito infausto o malformazioni
- Ricoveri ospedalieri specifici per diabete

b) Indicatori intermedi di processo (a livello del medico o della struttura di cura)

Permette di valutare la percentuale di pazienti con complicanze ma soprattutto la percentuale di pazienti che hanno effettuato in un anno i corretti monitoraggi:

- Numero di visite per anno (presso il CD e il MMG)
- N. pazienti in sola dieta/N.pazienti totali seguiti
- N. pazienti in terapia con ipoglicemizzanti orali/N.totale pazienti seguiti
- N. pazienti in terapia insulinica/ N. totale pazienti seguiti
- N. pazienti in trattamento misto/ N. totale pazienti seguiti
- N. HbA1c /anno
- N. microalbuminuria/anno
- Valori profilo lipidico: Colesterolo tot/anno, HDL/anno, trigliceridi/anno,
- N. Esami del fondo oculare /anno
- N. fluoroangiografie/anno
- N. ECG /anno
- Complicanze (retinopatia, nefropatia, cardiopatia, neuropatia, piede diabetico) presenza o assenza
- Presenza/assenza Ipertensione e/o Obesità
- N. Esami neuropatia sensitivo motoria /anno
- N. Esami neuropatia autonomia/anno
- N. schede podologiche compilate/N.totale pazienti seguiti
- Esecuzione Automonitoraggio efficace (Tipo1 >14BG/w e Tipo 2 >7BG/W accuratamente registrati)
- N. incontri di formazione di Disease Management/N.incontri totali di formazione

c) Indicatori indirizzati al paziente

- QoL questionari
- N.ro ricoveri ospedalieri/anno
- Giorni di lavoro perso/anno
- Episodi ipoglicemici/ anno
- Emergenze iperglicemiche/anno
- Visite diabetologiche /anno
- N.ro Controlli effettuati per screening o follow up complicanze/anno
- N.ro sedute di educazione terapeutica/anno
- N.ro di HBA1c/anno e media dei valori

CENTRO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE DEL DIABETE

Si propone la formazione di un Centro Epidemiologico Regionale costituito da rappresentanti dell'Oss. Epidemiologico

Alfonso *Giulio* *Epoca* *Giulio* *FB* *Nella* *RTA*

- coinvolgimento attivo dei partecipanti (team-working, esercitazioni)
- gestione e valorizzazione delle diverse competenze professionali
- apprendimento continuo e costante di competenze individuali, di team, organizzative (team-building, plenary)
- analisi dei problemi
- progettazione di un intervento educativo
- progettazione di un modello riorganizzativo
- valutazione di processi e di risultati.



Formazione specifica per i diversi livelli di assistenza.

Per ogni singolo livello di assistenza dovrà inoltre essere prevista un'attività di formazione-aggiornamento per uniformare e migliorare la qualità dell'assistenza, ciò indica l'organizzazione di interventi organici iniziali e periodici momenti di follow-up.

Attività prevista per i Medici di Assistenza Primaria: corsi di formazione per individuare i criteri più recenti nell'ambito della diagnosi e gestione dei pazienti diabetici non complicati. Viene suggerito un approccio interattivo a piccoli gruppi condotti da Medici di MG con qualifica di animatori e specialisti diabetologi operanti presso le strutture di II o III livello o nelle Università.

Attività prevista per gli specialisti diabetologi: seminari di aggiornamento per la diagnosi, trattamento, monitoraggio metabolico e screening delle complicanze. Possono essere effettuati stages teorico-pratici per acquisire la metodologia per la corretta esecuzione delle procedure relative allo screening delle complicanze.

Attività rivolte agli altri specialisti medici del team: seminari per l'approfondimento relativo alla patologia diabetica riguardante le singole patologie d'organo interessate.

Attività rivolte agli altri componenti del team diabetologico: corsi di formazione sulle recenti acquisizioni in tema di nutrizione, comunicazione, informatica sanitaria, gestione del paziente.

I presupposti per la realizzazione di tale modello assistenziale devono basarsi su:

- Una assistenza integrata diabetologica efficace ed in sintonia con le Linee guida garantita a tutti i pazienti diabetici.
- Una forte integrazione tra struttura specialistica e territorio, che si colloca tra AO ed ASL, come strumento atto a garantire la migliore qualità delle cure per il paziente (anche in termini di qualità di vita), con il fine di razionalizzare le risorse disponibili per il contenimento della spesa sanitaria.
- La valutazione dell'appropriatezza e dell'efficacia del programma di cura con l'impiego di interventi e strumenti di controllo, finalizzati a verificare i risultati del trattamento e la soddisfazione del paziente, e a consentire, sulla base dei costi rilevati, la migliore allocazione delle risorse umane e materiali.
- L'accreditamento professionale, come strumento per garantire la qualità degli esiti delle prestazioni sanitarie. A tal fine è opportuno che ogni struttura avvii il processo per ottenere l'accreditamento professionale e di eccellenza, secondo il proprio livello organizzativo

Le ASL hanno il compito di promuovere l'integrazione tra i Medici di A.P., i Servizi Territoriali e la struttura specialistica ospedaliera, al fine di attuare e migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici, tenendo conto delle problematiche specifiche e delle risorse del territorio.

Allegato A: Libretto personale del paziente diabetico

Handwritten signatures and initials, including names like Weinang, Spetters, Alonzo, P. P. P., G. P., T. P., and others.

ALLEGATO A
LIBRETTO PERSONALE DEL PAZIENTE DIABETICO

Al fine di permettere al paziente diabetico di prendere coscienza della corretta gestione della sua malattia ed assistere nella comunicazione con i vari specialisti con i quali entrerà in contatto si dà indicazione alle ASL di introdurre nella modulistica il "**Libretto personale del paziente diabetico**", i cui fini, le modalità di erogazione e le informazioni che dovrà contenere sono di seguito riportati. Per rendere quanto più omogenei i comportamenti assistenziali si consiglia di essere quanto più aderenti al modello esposto di seguito.



1. Presentazione

Il diabete, come la maggior parte delle malattie croniche, suscita nelle persone che ne sono affette una vasta gamma di stati d'animo, che spesso si traducono in atteggiamenti e in comportamenti contraddittori. Sicuramente, le motivazioni profonde di tali comportamenti sono da ricercarsi tanto nella struttura psicologica del singolo diabetico, quanto nelle dinamiche familiari, quanto ancora nella quantità e nella varietà di stimoli proposti, che spesso risultano disorientanti. Il ricorso frequente a un linguaggio specialistico da parte degli operatori sanitari, il cui codice non viene sempre spiegato chiaramente al paziente, finisce per confonderlo. Il presente libretto, scritto in chiave scientifica ma anche in modo chiaro da essere alla portata di tutti, è uno strumento utile sia al diabetico, sia al personale sanitario:

- per una migliore gestione del percorso assistenziale
- per verificare la corretta aderenza ai protocolli
- per attingere informazioni di carattere sanitario e amministrativo
- per snellire alcuni passaggi burocratici
- per accelerare alcune pratiche certificative.

Il libretto avrà la preminente funzione di offrire notizie utili al paziente diabetico, facilitandogli il percorso assistenziale, dando suggerimenti per migliorare la qualità di vita e permettendo al personale sanitario di monitorare il trattamento evitando la ripetizione di esami e procedure diagnostiche. Questa presentazione viene maggiormente rivolta alle persone diabetiche che, se lo consulteranno periodicamente, se lo aggiorneranno e lo faranno aggiornare, avranno a disposizione uno strumento-guida che, oltre a dare informazioni utili, le metterà di fronte ai loro successi o insuccessi nella cura e le stimolerà a chiedere i motivi dell'esito negativo e delle possibili contraddizioni e degli errori che l'hanno generato, per conoscere come intervenire sul proprio stato di salute e quali strumenti si hanno a disposizione.

2. Modalità di distribuzione

Il libretto verrà distribuito a tutti i cittadini diabetici dagli uffici distrettuali della ASL di residenza, all'interno conterrà un numero di pagine sufficienti alla registrazione di 5 anni di controlli.

Il paziente verrà indirizzato agli uffici preposti della ASL dal Medico di Medicina Generale o da un Reparto di ricovero di area medica di un Ospedale pubblico o Università in occasione della prima diagnosi di diabete; il paziente dovrà essere munito di un certificato attestante la presenza della malattia diabetica, redatto secondo le indicazioni del D.M. 1° febbraio 1991 e successive modifiche; tale certificato sarà utilizzato dal paziente oltre che per il ritiro del libretto del paziente diabetico anche per la registrazione nell'elenco degli esenti per patologia (cod. 013.250).

Ai pazienti già diagnosticati e già in possesso della esenzione ticket per patologia, per ottenere il libretto del paziente diabetico, basterà recarsi agli uffici della ASL muniti del libretto sanitario con la registrazione dell'esenzione. Al termine dei 5 anni il paziente potrà autonomamente ritirare un nuovo libretto sul quale il MMG o il medico del CD riporteranno i dati anamnestici. Il paziente avrà cura di conservare i libretti relativi alla sua storia clinica in modo da renderli disponibili per eventuali controlli.

Il rilascio di un duplicato del libretto potrà avvenire solo in caso di smarrimento, danneggiamento o di esaurimento dei fogli interni, su richiesta del MMG.

Dal momento della entrata in vigore di tale documento il piano terapeutico per la prescrizione mensile dei presidi per la cura del diabete (Circ. Reg. n. 832 del 27/11/2002) dovrà obbligatoriamente essere redatto sul libretto del paziente diabetico tranne che per integrazioni di nuovi presidi o in caso di terza variazione del piano terapeutico nell'anno.

I dati clinici ed anamnestici trascritti sul libretto non avranno alcun valore di certificazione medica, fatta esclusione per il piano terapeutico che deve essere compilato solo da un medico di struttura autorizzata, ma saranno utili al paziente ed ai medici per valutare la aderenza ai protocolli diagnostico terapeutici ed i risultati delle cure nel tempo.

Le donne affette da Diabete gestazionale hanno diritto al rilascio del libretto ed alla compilazione del piano terapeutico, con il rilascio gratuito dei presidi, ma entrambi avranno valore solo fino al termine della gravidanza, tranne se la diagnosi di diabete viene confermata con glicemie a digiuno o Curva da carico di glucosio (OGTT) dopo la gravidanza.

-16-



LIBRETTO PERSONALE PER IL PAZIENTE DIABETICO

(pagina interna di presentazione ed istruzioni)

Gentile Signora, Gentile Signore, il libretto che Le viene consegnato è un prezioso strumento di colloquio tra Lei, il Suo Medico di famiglia e il Diabetologo. Contiene informazioni, dati di laboratorio, esiti di indagini e notizie cliniche utili per un buon controllo del diabete. Come è noto, se il diabete è ben compensato si possono evitare o ritardare le complicanze che comportano soprattutto danni agli occhi, al cuore, ai nervi, ai reni e che possono peggiorare la qualità della vita. Il libretto contiene anche tutti quei dati che Le sono utili per snellire le procedure burocratiche, per ottenere esenzioni, per procurarsi siringhe, pungidito, strisce reattive per l'autocontrollo e così via.

Lo conservi con cura e collabori in modo diretto con i Medici, che hanno il compito di curarla. Segnali ai controlli fissati le modifiche del suo stato di salute, eventuali allergie e/o intolleranze ai farmaci e ogni notizia, che ritiene utile per meglio definire il quadro clinico. Se avesse critiche o suggerimenti, non manchi di farli pervenire per il miglioramento delle future edizioni.

Istruzioni

- 1 (per il paziente) La completa compilazione del libretto permette ai medici che la visitano di conoscere immediatamente la sua storia clinica con le motivazioni che determinano gli interventi terapeutici. Compili la parte anagrafica ed i dati relativi al suo Medico di famiglia, al Centro Diabetologico (o eventuale specialista privato) ed all'associazione dei diabetici. Abbia cura di far trascrivere le indagini salienti e le terapie quando effettua le visite. Si ricordi di portare sempre con sé il libretto, quando esegue una visita medica o viene ricoverato in ospedale.
- 2 (per gli operatori) Il libretto va compilato dal medico di famiglia e dagli specialisti (pubblici, accreditati o privati) che seguono il suo possessore con la consapevolezza che, se compilato con costanza, il libretto è utile a tutti. Il medico compilerà le varie sezioni alla prima visita annuale e man mano che il paziente effettuerà i controlli segnalando di volta in volta solo le variazioni intervenute nell'anno. Vanno inoltre annotati gli eventuali ricoveri ospedalieri e gli interventi chirurgici. E' essenziale anche tenere aggiornata la parte anamnestica che andrà riportata sul libretto relativo ai successivi 5 anni.

Nota di chiusura

Il ruolo del diabetico nella cura e nella gestione della malattia è fondamentale infatti:

- il medico cura la malattia attraverso il paziente
- il monitoraggio della malattia prevede visite ed esami periodici, l'accesso a diversi livelli assistenziali e quindi una adeguata comunicazione e trasmissione di dati.

Il Libretto dovrà essere portato in visione al medico, in occasione delle visite di controllo o delle visite specialistiche.



(1° foglio) **CONTROLLO DIABETOLOGICO ANNUALE (Anno 2.....)**

Altezza cm. Fumo Si No Ex

VISITA	1° controllo	2° controllo	3° controllo	4° controllo
Data/...../...../...../...../...../...../...../.....
Peso (Kg)				
Press.arteriosa	/	/	/	/
HBA1c (v.n.)	(<)	(<)	(<)	(<)
Glicemia in laborat.				

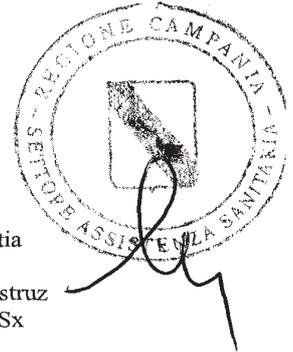
ESAMI EMATOCHIMICI * (si consiglia controllare più di una volta solo se alterati)

	1° controllo	*	*	*
Data/...../...../...../...../...../...../...../.....
Creatinina				
Uricemia				
Colesterolo tot.				
Colesterolo HDL				
Colesterolo LDL				
Trigliceridi				
Microalbuminuria				

ESAMI STRUMENTALI E VISITE PERIODICHE (segnalare la prima nell'anno)

	DATA	Normale	Patologica (breve descrizione)
ECG			
Fondo Oculare			
Fluorangiografia			
Podologica Dx			ulcera/gangrena callosità deformaz. piede/dita
Podologica Sx			ulcera/gangrena callosità deformaz. piede/dita
Indice Winsor (ABI)			
Sensibilità vibratoria			
Sens. monofilamento			
Test neuropatia auton			

Handwritten signatures and notes:
 Weinmann, Strobel, P. P. P., G. P. P., R. P. P., M. P. P., M. P. P., M. P. P.



(2° foglio - CONTROLLO DIABETOLOGICO ANNUALE)

COMPLICANZE DEL DIABETE (compilare alla prima visita di screening)

RETINOPATIA [] Assente [] Background [] Preproliferante [] Proliferante [] Maculopatia
NEUROPATIA [] Assente Presente per [] Segni [] Sintomi [] Rilievi strumentali
ARTERIO-P. PERIF. [] Assente Presente per: [] Interv. Vascolari progressi [] Stenosi/ostruz
Claudicatio [] Dx [] Sx Polsi perif. assenti [] Dx [] Sx
IMPOTENZA [] Assente [] dubbia o saltuaria [] stabile

VARIAZIONI delle Complicanze o degli esami strumentali:

GRAVIDANZE CON DIABETE (in corso nell'anno)

Data ultima mestruazione Data Nascita Sex M F Peso
Data ultima mestruazione Data Nascita Sex M F Peso
Problemi in gravidanza o al parto:

CONDIZIONI ACUTE INSORTE NELL'ANNO (riportare anche in 2° pagina con la data)

[] Dialisi Cecità [] OD [] OS [] IMA [] Ictus [] TIA
Amputazione: [] falange [] dito [] avampiede [] gamba [] coscia
Ipoglicemia che ha richiesto Glucagone o Glucosio E.V. Data Data

RICOVERI (Day Hospital, Ricovero Ordinario, Pronto Soccorso)

- 1) motivo..... [] DH [] R.O. [] PS
struttura.....
2) motivo..... [] DH [] R.O. [] PS
struttura.....
3) motivo..... [] DH [] R.O. [] PS
struttura.....
4) motivo..... [] DH [] R.O. [] PS
struttura.....

Handwritten signatures and notes at the bottom of the page, including names like 'Mariano', 'L. L. L.', 'G. P. P.', 'R. B.', and 'M. S.'.



(3° foglio - CONTROLLO DIABETOLOGICO ANNUALE)

1° Controllo del/...../..... effettuato dal Dr.
 TERAPIA DEL DIABETE (oltre la dieta)

	COLAZIONE	PRANZO	CENA	ORE
Ipoglicemizzanti orali				
Insulina penna				
Microinfusore: boli Basale U/24h				
BREVI ANNOTAZIONI				
Profili glicemici: no si media stix/sett. Compenso Buono Sufficiente Alterato				

2° Controllo del/...../..... effettuato dal Dr.

TERAPIA DEL DIABETE (oltre la dieta): si può omettere se invariata rispetto al controllo precedente

	COLAZIONE	PRANZO	CENA	ORE
Ipoglicemizzanti orali				
Insulina penna				
Microinfusore: boli Basale U/24h				
BREVI ANNOTAZIONI				
Profili glicemici: no si media stix/sett. Compenso Buono Sufficiente Alterato				

3° Controllo del/...../..... effettuato dal Dr.

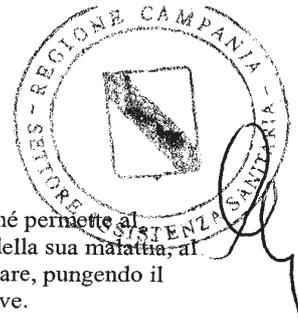
TERAPIA DEL DIABETE (oltre la dieta): si può omettere se invariata rispetto al controllo precedente

	COLAZIONE	PRANZO	CENA	ORE
Ipoglicemizzanti orali				
Insulina penna				
Microinfusore: boli Basale U/24h				
BREVI ANNOTAZIONI				
Profili glicemici: no si media stix/sett. Compenso Buono Sufficiente Alterato				

-22- *[Handwritten signatures and notes]*

[Signatures: M. Matter, P. Zucchi, A. ...]

[Signatures: G. Proietti, R. ...]

**Glossario****1 - Autocontrollo della glicemia**

Controllo della glicemia eseguito dal paziente stesso. È uno dei pilastri della terapia diabetica, perché permette al paziente di verificare direttamente il suo controllo metabolico e quindi di partecipare alla gestione della sua malattia, al fine di prevenire l'insorgenza di complicanze. I test per l'autocontrollo si eseguono su sangue capillare, pungendo il polpastrello di un dito con le apposite lancette, oppure sulle urine, utilizzando apposite strisce reattive.

2 - Claudicatio intermittens

Dal latino, significa letteralmente zoppiare ad intermittenza. La causa è da ricercarsi nel dolore crampiforme, che compare nei muscoli del polpaccio durante la marcia, per ridursi o scomparire del tutto col riposo. Di solito è dovuta ad una alterazione arteriosclerotica (macroangiopatia) delle arterie che irrorano i muscoli degli arti inferiori.

3 - Complicanze

Aggravamento della malattia diabetica. Compaiono di regola tardivamente in pazienti con scarso controllo metabolico. Si dividono tradizionalmente in macroangiopatia, microangiopatia, nefropatia, neuropatia.

4 - Controllo metabolico

Mantenimento dei valori glicemici a digiuno e postprandiali quanto più possibile vicino alla norma. Zuccheri e corpi chetonici nelle urine devono essere assenti.

5 - Creatinina

Dal greco, significa carne. La creatinina è un normale costituente del sangue. Viene eliminata dai reni, attraverso un meccanismo di filtrazione glomerulare, e si ritrova nelle urine. È un indice di funzionalità renale. I valori normali nell'adulto oscillano fra 0,6 e 1,2 mg/dl.

6 - Deficit erettile

Disturbo del paziente diabetico di sesso maschile, caratterizzato da persistente (almeno 6 mesi) e ricorrente incapacità di ottenere o mantenere un'erezione peniena adeguata. È espressione della neuropatia diabetica.

7 - Ecodoppler

Metodica di indagine utilizzata per ispezionare i vasi di alcuni distretti critici, quali gli arti inferiori ed il collo. Una fonte di ultrasuoni ad effetto doppler, cioè ad emissione pulsata, viene posta sui distretti corporei da esplorare. Questa metodica è in grado di valutare la turbolenza del flusso sanguigno in un vaso, dovuta, ad esempio, a restringimenti della cavità (lume) interna.

8 - Elettromiogramma

Registrazione grafica della contrazione di un muscolo stimolato con una scarica elettrica. Metodica utilizzata per la diagnosi di alcuni disturbi muscolari.

9 - Fondo dell'occhio (fundus)

Esame strumentale, generalmente eseguito dall'oculista, che valuta la retina, posta sul fondo dell'occhio. Con questo esame è possibile visualizzare i vasi sanguigni presenti nella retina e l'eventuale alterazione (microangiopatia). I colliri usati per la dilatazione della pupilla comportano disturbi della vista per alcune ore, non è possibile guidare l'auto subito dopo la visita.

10 - Fluorangiografia

Tecnica fotografica utilizzata per lo studio dei piccoli vasi della retina, previa somministrazione di un mezzo di contrasto colorato - la fluoresceina - che li rende più evidenti. I colliri usati per la dilatazione della pupilla comportano disturbi della vista per alcune ore, non è possibile guidare l'auto subito dopo la visita.

11 - Emoglobina glicata oHbA1c.

La sua misura permette di valutare la qualità del controllo metabolico, correla con la media di tutti i valori glicemici degli ultimi due/tre mesi.

12 - Indice di massa corporea (Body Mass Index)

Indice usato per classificare i pazienti in sovrappeso o francamente obesi. Si calcola, dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza (Kg/m^2). È nei limiti di norma fino a 25.

13 - Macroangiopatia

Alterazioni arteriosclerotiche dei grossi vasi arteriosi, che interessano principalmente le arterie coronarie, quelle cerebrali e i grandi vasi degli arti inferiori. La macroangiopatia può essere causa di cardiopatia ischemica (dall'angina pectoris all'infarto), ictus cerebrale e di ischemia agli arti inferiori (dalla claudicatio fino alla gangrena diabetica)

14 - Microalbuminuria

Escrezione nelle urine di una modica quantità di albumina, che è un costituente del sangue. La microalbuminuria è considerato un segno molto precoce di nefropatia diabetica. Si correla anche con l'aumento della pressione arteriosa.

15 - Microangiopatia

Complicanza cronica che comporta l'ispessimento della membrana basale della parete dei capillari, soprattutto evidenti a livello della retina e dei glomeruli renali.

16 - Nefropatia

Complicanza cronica tardiva della microangiopatia diabetica. Rappresenta una delle principali cause di insufficienza renale cronica

17 - Neuropatia

-24-

Handwritten signatures and notes at the bottom of the page, including names like Motta, Chianchi, B. Di Stefano, C. Polizzi, and others.

