

SIMDO

SOCIETÀ  
ITALIANA  
METABOLISMO  
DIABETE  
OBESITÀ

# XVI CONGRESSO NAZIONALE

*La gestione integrata e AGI:  
un'opportunità o un'esperienza fallimentare?*

*Il parere del diabetologo*



Azienda Ospedaliero-Universitaria  
“Policlinico-Vittorio Emanuele”  
U.O. Medicina Generale

Dott. Filippo Privitera

## Conflitto di interessi

Dichiaro

che negli ultimi due anni ho avuto i seguenti rapporti di finanziamento con:

Novo  
Eli Lilly  
Sanofi  
Astra Zeneca

Il corretto approccio alla malattia diabetica comprende:

- la **prevenzione primaria**
- la **diagnosi precoce**
- una **scrupolosa terapia** (che includa l'educazione e la responsabilizzazione del diabetico).
- la **prevenzione** e la **diagnosi** precoce delle complicanze acute e croniche.

Queste ultime sono le maggiori determinanti dello scadimento della qualità di vita del diabetico e rappresentano le principali responsabili degli elevati costi economici e sociali della malattia.

- I dati riportati dalla letteratura mondiale indicano che il **diabete mellito** è una **patologia** molto **costosa** (sia dal punto di vista sanitario che sociale) e che si possono realizzare risparmi significativi per il Servizio Sanitario, riducendo i costi causati dalle complicanze del diabete, attraverso un trattamento attento ed efficace della malattia.
- Evidenze scientifiche dimostrano oggi che si può risparmiare nella cura dei pazienti diabetici se si **prevengono le complicanze** d'organo intervenendo in modo incisivo nella correzione di tutti i fattori di rischio vascolare che sono presenti nella malattia diabetica.

Sono stati realizzati dei **percorsi assistenziali** grazie ai quali le persone con diabete mellito trovano all'interno delle strutture sanitarie, chiamate "**Ambulatori di gestione integrata**", tutti quei professionisti che a vario titolo, ovvero secondo le proprie professionalità, si prendono cura del paziente.

## Fondamenti su cui si poggia un sistema di gestione integrata

- **Adozione di un protocollo diagnostico terapeutico** condiviso e utilizzato da tutti gli operatori coinvolti nel processo, ricavato dalle linee guida internazionali e/o nazionali.
- **Modelli cooperativi** che coinvolgono gruppi multidisciplinari e multi professionali di operatori sanitari (MMG, diabetologi, dietisti, infermieri, podologi, psicologi).
- **Formazione** degli operatori sulla malattia diabetica e le sue complicanze secondo un approccio **multidisciplinare integrato**.

## Fondamenti su cui si poggia un sistema di gestione integrata

- **Supporto formativo** ai pazienti per l' autogestione della patologia.
- **Sistema informativo** idoneo per i processi di identificazione della popolazione target, per svolgere una **funzione proattiva** di richiamo dei **pazienti** all' interno del processo, per aiutare gli operatori sanitari a condividere efficacemente e tempestivamente le informazioni necessarie alla gestione del paziente.

Il **modello organizzativo** viene valutato attraverso indicatori clinici, di processo, di esito intermedio e di esito finale.

Questi indicatori sono dei **rilevatori di performance** utili al monitoraggio.

Costituiscono uno strumento attraverso il quale si possono **identificare i problemi, verificare la corrispondenza** tra i risultati ottenuti e quelli attesi.

## INDICATORI

- Servono a verificare l'efficienza della presa in carico e l'efficacia delle cure.

## **INDICATORI DI PROCESSO (a cura delle Strutture di Diabetologia)**

- (riferiti ai soli diabetici di tipo 2)
- N° Visite specialistiche diabetologiche/anno
- N° diabetici/anno seguiti dalle strutture di Diabetologia
- % diabetici con retinopatia
- % diabetici con nefropatia
- % diabetici con neuropatia
- % diabetici con pregresso infarto del miocardio

## **INDICATORI DI PROCESSO**

**(a cura delle Strutture di Diabetologia)**

- % diabetici con angina
- % diabetici con rivascolarizzazione
- % diabetici con claudicatio

## INDICATORI DI TERAPIA

- N° pazienti diabetici trattati con Insulina
- N° pazienti diabetici trattati con ipoglicemizzanti orali

## Ruolo del paziente

Il paziente diabetico è **l'elemento centrale** di un sistema di gestione integrata.

Deve essere in grado di:

- **conoscere** la sua malattia
- sapere quali sono gli **accertamenti da eseguire** per il suo monitoraggio
- sapere **interpretare** l'esito degli **accertamenti**
- rispettare i **controlli** previsti per la sua patologia
- seguire correttamente la **terapia prescritta**.

È necessaria la **programmazione** di attività **educativo-formative** dirette ai pazienti:

- gestione dei **supporti tecnologici** (glucometri, penne, ecc)
- suggerimenti **alimentari**
- elementi di **cultura generale** sulla malattia diabetica e sulle complicanze.

**L'educazione terapeutica** è uno strumento essenziale del processo di cura da somministrare sin dall'inizio con verifiche periodiche

## **Obiettivi da realizzare mediante il percorso sanitario:**

- ottimizzare la cura della malattia diabetica e prevenire le complicanze mediante diagnosi precoce
- promozione della partecipazione attiva del malato alla gestione della propria malattia
- coinvolgimento delle figure infermieristiche nella gestione del paziente diabetico
- monitoraggio/gestione medica del paziente diabetico da parte del MMG (attività primo livello)
- ottimizzazione e razionalizzazione dell'accesso alle strutture di diabetologia (attività secondo livello)

## Modalità organizzative per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 nell'adulto

Il paziente è inviato al Centro Diabetologico (CD) per la **valutazione complessiva**, l'impostazione **terapeutica** e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un **follow-up** per tutta la vita.

Il paziente viene seguito in modo attivo da parte del proprio MMG, al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli **obiettivi stabiliti**.

## Modalità organizzative per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 nell'adulto

Il paziente effettua una visita generale almeno ogni sei mesi presso il MMG.

Il paziente effettua una **valutazione complessiva** presso la struttura diabetologica almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze.

Il paziente accede, inoltre, al CD per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio del MMG, se ne presenti la **motivata necessità**.

## Compiti del Centro Diabetologico

Inquadramento delle persone con diabete neodiagnosticato con formulazione del **Piano di Cura** personalizzato e condiviso con i medici di medicina generale.

Gestione clinica diretta, in collaborazione con i medici di medicina generale 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**

## Compiti del Centro Diabetologico

Impostazione della terapia nutrizionale (con il supporto del dietista).

Effettuazione, in collaborazione con i medici di medicina generale, di interventi di educazione sanitaria, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.

## Compiti del Centro Diabetologico

**Valutazione periodica**, secondo il Piano di Cura 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 i medici di medicina generale di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in **formato elettronico**.

Attività di **aggiornamento rivolta** ai medici di medicina generale in campo diabetologico.

## Comunicazione MMG – Centro di Diabetologia

La comunicazione tra **MMG e Centro di Diabetologia** costituisce un momento qualificante e indispensabile per una corretta gestione integrata.

In base alle diverse realtà, la comunicazione tra MMG e Centro di Diabetologia può avvenire attraverso una delle seguenti modalità :

- Scambio dati attraverso FSE (telemedicina)
- Contatto telefonico (da riportare in cartella clinica)
- Invio dal MMG al Centro di Diabetologia e viceversa dei dati riguardanti i pazienti via posta elettronica

In situazioni particolari quali le urgenze diretta comunicazione tra MMG e Centro di Diabetologia al fine di concordare le modalità e i tempi d'attesa per l'accesso alla struttura

**TAPPE DEL PERCORSO SANITARIO  
(PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE)****Valutazione di  
base in caso di  
riscontro di  
iperglicemia**

In caso di primo riscontro di iperglicemia, il MMG:

➤ Se la glicemia basale è compresa tra 101 e 125 mg/dl, prescrive 1 curva da carico di 75 gr di glucosio (OGTT), verificando la presenza di altri fattori di rischio (sovrappeso/obesità, familiarità, ipertensione, bassi livelli di HDL, ipertrigliceridemia, sedentarietà, età >45 anni, s. ovaio policistico, evidenza clinica di m. cardiovascolare, gruppo etnico a rischio, donna con neonato macrosomico).

**TAPPE DEL PERCORSO SANITARIO  
(PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE)****Valutazione di  
base in caso di  
riscontro di  
iperglicemia****SUCCESSIVAMENTE:**

- A. se non si conferma il sospetto di diabete (glicemia basale  $< 126$  mg/dl e/ glicemia dopo OGTT  $< 200$  mg/dl), si effettua un follow up a 1 anno.
- B. se si configura un quadro di ridotta tolleranza agli zuccheri (IGT), con glicemia = 140-199 mg/dl dopo 2 ore da OGTT, o alterata glicemia a digiuno (IFG), con glicemia basale = 101-125 mg/dl, attiva il follow-up corrispondente.
- C. Se la glicemia basale è  $\geq 126$  mg/dl: può effettuare gli ulteriori accertamenti previsti per la prima valutazione di base per diabete o inviare il paziente alla struttura diabetologia. In ogni caso dopo l'effettuazione della valutazione di base il paziente deve essere inviato alla struttura diabetologica.
- In caso di pregresso diabete gestazionale prescrive controllo con OGTT dopo 8-12 settimana dal parto: se è normale prescrive controllo glicemia annuale, OGTT dopo 1 anno e dopo 3 anni, e in previsione di gravidanza

**FOLLOW-UP DEL  
SOGGETTO CON  
RIDOTTA  
TOLLERANZA  
AGLU ZUCCHERI  
(IGT) O ALTERATA  
GLICEMIA A  
DIGIUNO (IFG)  
(la frequenza  
dei controlli andrà  
modificata in  
funzione del quadro  
clinico)**

**Il MMG:**

Imposta dieta, educazione sanitaria (prevenzione o correzione fattori di rischio)

**Ogni 6 mesi controlla:**

- a. Glicemia a digiuno
- b. Peso corporeo
- c. Pressione arteriosa
- d. Adesione alla prescrizione dietetica e rinforzo del messaggio di educazione alimentare.

**Ogni anno:**

- a. Quadro lipidico completo (Colesterolo tot., HDL., Trigliceridi).
- b. Funzionalità epatica, creatininemia
- c. Es. urine completo

**Ogni 2 anni:**

- a. Curva da carico

In caso di diabete, il MMG può prescrivere le analisi per il primo inquadramento diagnostico e/o inviare il paziente alle strutture di Diabetologia per primo inquadramento.

Indagini per il 1° inquadramento diagnostico:

**Prima valutazione  
di base in presenza  
di diabete**

- Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi
- HbA1c
- Creatininemia
- ECG e visita cardiologica
- Fundus oculi
- Ecocolor TSA
- TSH, funzionalità epatica, microalbuminuria,
- Esame urine completo

Spetta allo specialista della struttura di diabetologia la prescrizione delle indagini di 2° livello:

- Inquadramento diagnostico, stadi azione clinica e strumentale delle eventuali complicanze
- Indagine alimentare
- Programma dietetico individualizzato ed educazione alimentare
- Educazione comportamentale (per grandi gruppi)
- Rilascio certificazione per esenzione diabete

**A seconda delle condizioni cliniche:**

- Avvio al MMG per follow-up del diabete tipo 2 non complicato
- Definizione e comunicazione al MMG del piano personalizzato per i diabetici tipo 1 e 2 in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato

**FOLLOW-UP DEL  
MALATO CON  
DIABETE TIPO 2  
NON COMPLICATO**  
(la frequenza e/o  
l'intensità dei controlli  
andrà modificata in  
funzione del quadro  
clinico)

Il MMG effettua ogni anno almeno due visite mediche generali con ascoltazione polsi, cuore, riflessi e circonferenza vita, pressione arteriosa e peso corporeo.

Ogni anno prescrive:

- Glicemia
- HBA1c (2 volte/anno)
- Esame completo delle urine
- Microalbuminuria
- Creatininemia (con valutazione della VFG)
- Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi
- Fundus oculi
- ECG

<b>Accesso programmato alla struttura di diabetologia</b>	Secondo gli interventi programmati per i diabetici tipo 1 e 2 in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato.
<b>Accesso alla struttura di diabetologia non programmato</b>	<p>Il MMG invia il paziente alle strutture di Diabetologia</p> <p>In Caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Persistente scompenso metabolico</li><li>b. Severe e ripetute ipoglicemie</li><li>c. Comparsa o peggioramento di complicanze neurologiche, renali, oculari e macrovascolari (vasculopatia cerebrale, coronarica, periferica)</li><li>d. Piede diabetico (comparsa di ulcerazioni o infezioni)</li><li>e. Gravidanza in diabetica, diabete gestazionale</li></ul> <p>Esempi: glicemia &gt; 400mg/dl (emergenza), glicemia tra 300 e 400 mg/dl con chetonuria (urgenza), severi o ripetuti episodi di ipoglicemia</p>

**Accesso alla  
struttura di  
diabetologia non  
programmato****Il MMG invia il paziente alle strutture di diabetologia**

- Ripetute glicemie a digiuno  $>200$  mg/dl
- Ripetute glicemie postprandiali  $> 300$  mg/dl
- Ripetute glicosurie  $>15$  nelle 24 ore
- Ricorrenti infezioni alle vie urinarie
- Alterazioni della funzionalità renale
- Dislipidemie severe
- Ipertensione severa
- Neuropatie periferiche e disfunzione erettile
- Piede diabetico ad alto rischio d'ulcerazione

**Accesso alla  
struttura di  
diabetologia non  
programmato**

La Struttura di Diabetologia effettua la valutazione clinica di 2° livello e, in relazione alle esigenze cliniche

a. Può effettuare ulteriori accertamenti specialistici e attivare ulteriori trattamenti terapeutici

b. Concorda con il MMG l'eventuale piano clinico-terapeutico-assistenziale personalizzato (nel caso di diabete tipo 1 o tipo 2 complicato)

c. In particolare la struttura di Diabetologia gestisce le situazioni che presentano:

- piede diabetico
- Neuropatia e disfunzione erettile
- Arteriopatia periferica con o senza lesioni cutanee

## **Ricovero in ospedale**

Indicazione al ricovero ospedaliero:

- Coma iperglicemico
- Coma ipoglicemico (se dopo il trattamento non si riprende)
- Chetoacidosi
- Gravi ripetute ipoglicemie

## Conclusioni

Con questo nuovo modo di prendersi cura dei pazienti con diabete Mellito verranno automaticamente ridotti i ricoveri ospedalieri.

Per realizzare a meglio il proprio ruolo, l'ambulatorio di gestione integrata dovrà rivisitare criticamente le funzioni di tutte le componenti di tutti gli autori individuando i punti di forza e i punti deboli del sistema.

È auspicabile che tutti i pazienti con diabete Mellito trovino accoglienza nell'ambulatorio di gestione integrata in modo da garantire a tutti lo stesso standard elevato di cura.

In atto, si procede ad una stratificazione e stadiazione della malattia, in modo da garantire, almeno ai pazienti a maggior rischio, un primo accesso alle cure.

In sintesi i passaggi chiave della Gestione Integrata si possono così riassumere:

- Definizione della popolazione target e sub-target .
- Adesione consapevole del paziente al programma di gestione integrata
- Stratificazione del rischio.
- Condivisione con il paziente di un patto di cura che includa le scadenze, il follow-up, l'automonitoriaggio ed il coinvolgimento dei familiari nel programma di cura .
- Attivazione e monitoraggio del piano di follow-up da parte di tutti gli attori coinvolti con scambio delle informazioni e delle decisioni assunte e valutazione degli indicatori di processo e di esito.