




- 
- 
- Analisi del documento PDTA
DIABETE TIPO II :
 - Sua applicazione nella realtà - luci
e ombre

➤ Dr. Lorenza Marcolongo MMG

- 
- ▶ Il diabete mellito tipo 2 è una delle più importanti e complesse delle patologie croniche che devono essere gestite prevalentemente a livello territoriale
 - ▶ Il Piano Nazionale per la Malattia Diabetica prevede la presa in carico prevalente da parte dei MMG dei soggetti con malattia stabile e senza complicanze evolutive. Inoltre, i pazienti diabetici allettati in modo permanente o non autosufficienti e con gradi avanzati di disabilità, spesso con pluripatologie, sono necessariamente seguiti a domicilio solo dal loro MMG



NOTA 100

L'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha introdotto la nuova Nota 100, che permette di ampliare la **possibilità di prescrizione di medicinali contro il diabete di tipo 2 da parte dei medici di medicina generale (MMG)**, che assumono così **un ruolo più di primo piano nella gestione integrata della malattia diabetica**

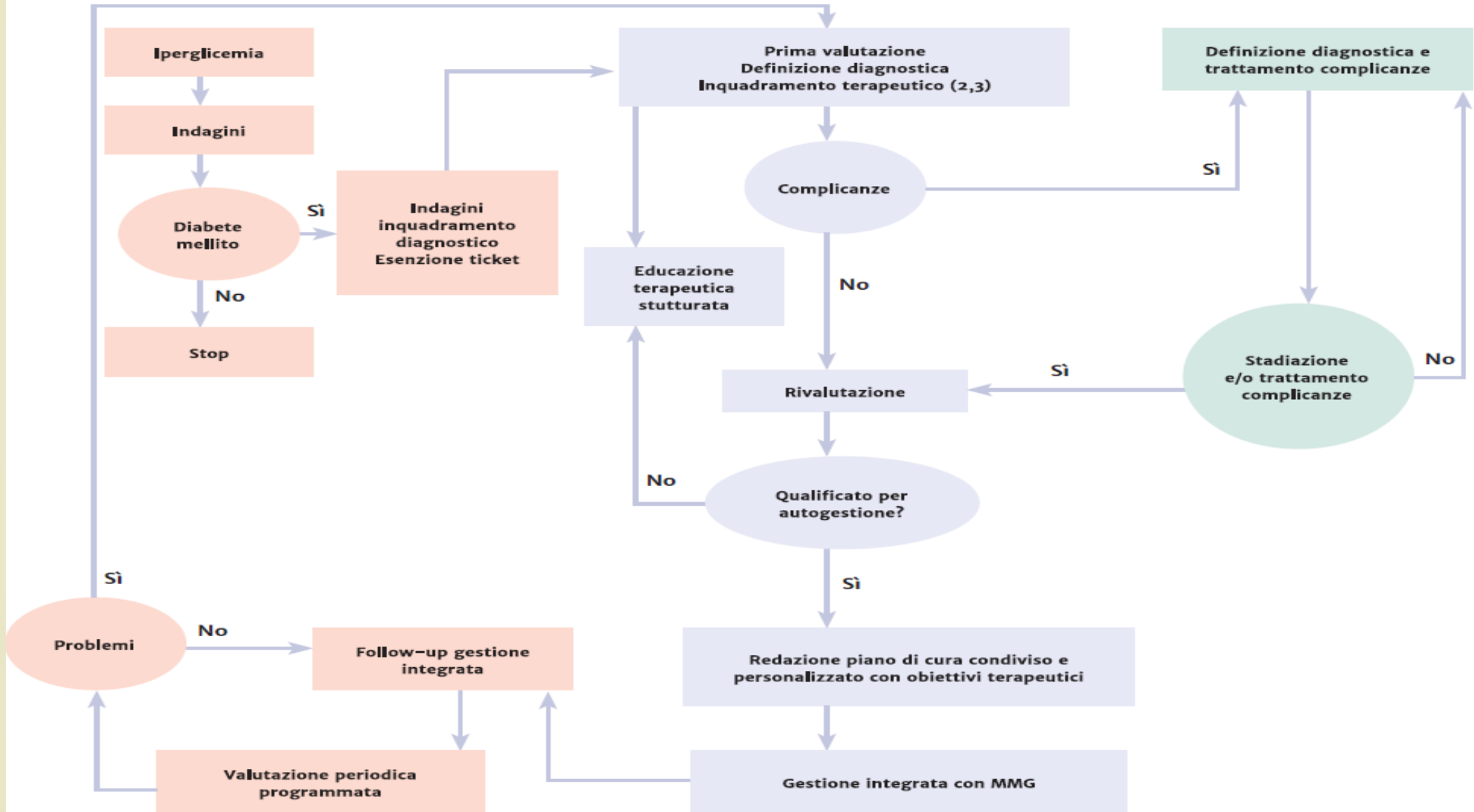
Rivedere il PDTA per il diabete di tipo II è quanto mai utile e necessario

- ▶ Il documento PDTA Diabete la cui stesura è terminata a fine dicembre 2021, intende aggiornare, integrare e sostituire nelle parti comuni quanto previsto dal “Documento di Indirizzo sull’Assistenza Integrata alla Persona con Diabete in F.V.G. del 2015”
- ▶ Documento già presentato in occasione di un evento formativo nel 2017
- ▶ Obiettivo prioritario del PDTA è la gestione della persona con Diabete di tipo 2 nelle varie fasi di malattia e negli specifici setting sull’intero territorio regionale

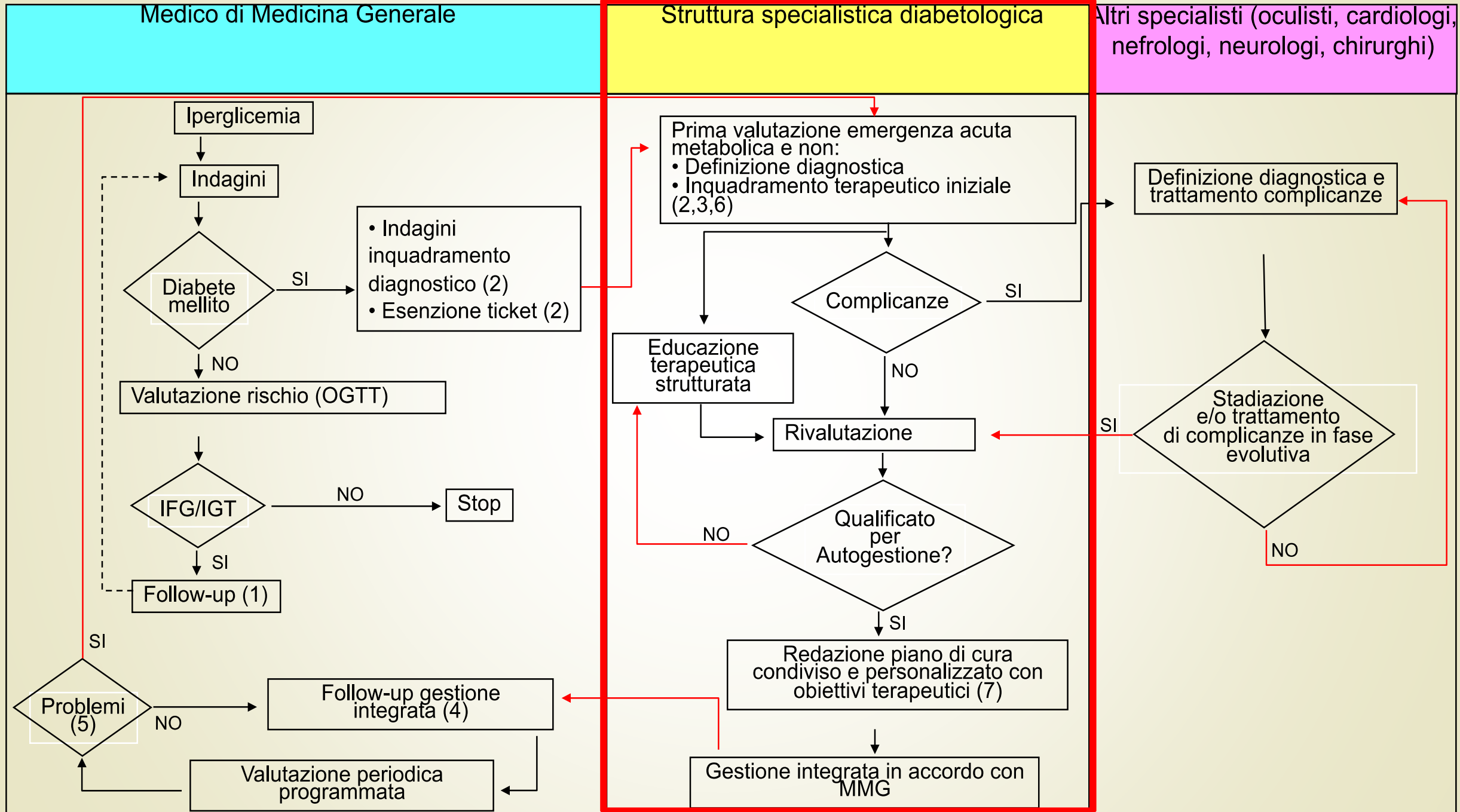
MEDICO DI MEDICINA GENERALE

STRUTTURA DIABETOLOGICA

ALTRI SPECIALISTI



Flow-chart Gestione Integrata DMT2



Compito del MMG è:

- ▶ La Prevenzione primaria e secondaria:
 - ▶ controllo dei fattori di rischio
 - ▶ diagnosi precoce di malattia (per prevenire o posticipare l'insorgenza delle complicanze o ridurre la gravità)
- ▶ Individuazione delle persone a rischio o affette da diabete mellito
- ▶ Attività preventiva nel prediabete - IFG (alterata glicemia a digiuno) e IGT (Intolleranza glucidica)

N.B.: E' compito del MMG/AFT/DISTRETTI inquadrarli, monitorarli e definire il rischio cardiovascolare dei soggetti diabetici e/o affetti da IGT o IFG

- **CON GLICEMIA A DIGIUNO ≥ 126 mg/dl**
- **CON GLICEMIA ≥ 200 mg/dl 2 ore dopo carico orale di glucosio (ogtt)**
- **EMOGLOBINA GLICATA (HbA1c) ≥ 48 mmol/mol (6,5%)**
SOLO CON DOSAGGIO ALLINEATO IFCC



IL PAZIENTE VIENE INVIATO AL SERVIZIO DI DIABETOLOGIA



**Indagini per inquadramento diagnostico.
Esenzione ticket**



si



no

...IL DIABETE E' CONFERMATO?

Con AFT/infermiere dedicato e Distretto:inquadrare, monitorizzare, definire rischio cardiovascolare



PAZIENTE DISGLICEMICO SE:

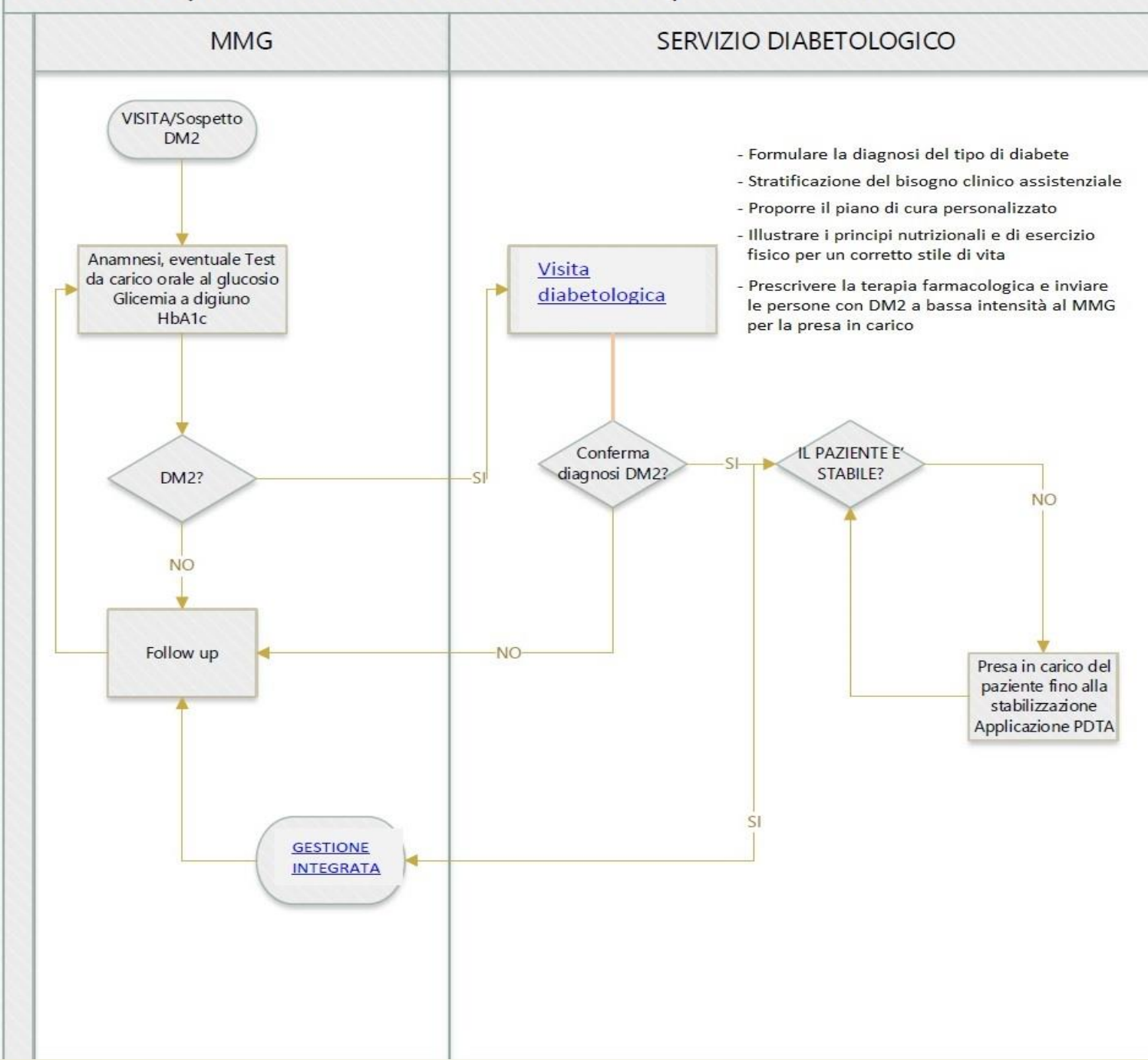
- **GLICEMIA A DIGIUNO 100/125 mg/dl (IFG)**
- **CON GLICEMIA 140/199 mg/dl (IGT) 2 ore dopo carico orale di glucosio (ogtt)**
- **EMOGLOBINA GLICATA (HbA1c) 42-48 mmol/mol (6,00-6,49%) SOLO CON DOSAGGIO ALLINEATO IFCC**



RICERCA DI ALTRI FATTORI DI RISCHIO DEL DIABETE:

- **OBESITA'**
- **PREGRESSO D. GESTAZIONALE**
- **FAMILIARITA PER DIABETE**
- **FATTORI DI RISCHIO CV**
- **RAZZE / ETNIE**
- **ALTRO...**

Percorso di presa in carico Diabete Mellito Tipo 2 nell'adulto





Accesso alla prima visita SD

Il primo accesso al SD e la prima visita diabetologica è possibile attraverso la prenotazione (CUP). L'accesso al SD avviene mediante richiesta del MMG di "Visita Diabetologica" prima visita, avvio del piano di cura e **definizione della priorità secondo stratificazione del bisogno clinico-assistenziale**

Stratificazione del bisogno clinico assistenziale

La modalità di presa in carico della persona con malattia diabetica è basata sulla valutazione del bisogno clinico - assistenziale. L'intensità delle cure ed il setting assistenziale in conseguenza al bisogno espresso dalla persona è stratificabile in:

Alta intensità:

Persona di nuova diagnosi con iperglicemia marcata "glicemia da prelievo venoso > 250 e/o sintomi di scompenso (poliuria-polidipsia)", (glicemia > 250 mg/dl), senza acidosi metabolica che può essere trattato farmacologicamente e reidratato ambulatorialmente sotto monitoraggio glicemico intensivo da parte del Team diabetologico fino a stabilizzazione della glicemia e della terapia ipoglicemizzante

Stratificazione del bisogno clinico assistenziale

La modalità di presa in carico della persona con malattia diabetica è basata sulla valutazione del bisogno clinico - assistenziale. L'intensità delle cure ed il setting assistenziale in conseguenza al bisogno espresso dalla persona è stratificabile in:

Media intensità:

Persona con DM2 di nuova diagnosi non critico ma instabile già (o meno) in trattamento con ipoglicemizzanti orali o in sola dieta, che ha necessità di una rivalutazione diagnostico-terapeutica a causa di un aggravamento del quadro clinico o della comparsa di una nuova complicanza o peggioramento di complicanza preesistente. Il diabetologo, mentre rivaluta la terapia farmacologica, prende in carico il paziente fino a stabilizzazione del quadro clinico

Stratificazione del bisogno clinico assistenziale

La modalità di presa in carico della persona con malattia diabetica è basata sulla valutazione del bisogno clinico - assistenziale. L'intensità delle cure ed il setting assistenziale in conseguenza al bisogno espresso dalla persona è stratificabile in:

Bassa intensità:

Persona con **nuova diagnosi di DM2 non ancora in trattamento** che necessita d'inquadramento diagnostico ed eventuale terapia. Il medico che pone diagnosi, MMG o specialista, rilascerà esenzione per patologia e programma la valutazione nutrizionale (individuale o di gruppo) possibilmente garantita da dietista con competenze specifiche. Il paziente se stabile, qualora anche in trattamento con farmaci che richiedono piano terapeutico AIFA, **è inviato al MMG per l'avvio della gestione integrata del DM2.**



Criteria di accesso (gestione integrata) della persona con DM2

Il percorso DM2 di assistenza integrata è rivolto a:

- ▶ Persone in buon compenso metabolico senza complicanze o con complicanze lievi e stabilizzate, in terapia antidiabete orale e/o con insulina basale
- ▶ Tutte le persone affette da DM2 seguite ambulatorialmente, **esenti da complicanze micro - macro vascolari medio - severe**

Tabella 1. 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 g/ml) con GFR>60ml/min	Macroalbuminuria (>200μ/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 ischemica	Cardiopatia ischemica nota e in trattamento, clinicamente stabile e compensata monitorata in ambiente specialistico	Cardiopatia ischemica al primo esordio o arteriopatia nota in evoluzione clinica e/o con dolore a riposo e/o lesioni trofiche
Vasculopatia periferica	<i>Claudicatio intermittens</i> in assenza di lesioni trofiche note e in trattamento, clinicamente stabile	<i>Claudicatio</i> 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	Vasculopatia cerebrale al primo riscontro o già nota e clinicamente instabile
Piede diabetico		Lesioni trofiche presenti o pregresse, esiti di amputazione

Criteria di accesso (gestione integrata) della persona con DM2

L'invio in gestione integrata da parte del Medico Diabetologo al MMG avviene con il referto di visita diabetologica (PdC) e successiva presa in carico da parte del MMG nell'ambito delle Case della Comunità o di altre forme aggregate presenti sul territorio. Nel caso in cui la persona con diabete non abbia un compenso glicemico adeguato (per età e/o comorbidità) rimane in carico al Servizio Diabetologico fino al raggiungimento del target terapeutico



- Ricevuta la proposta di presa in carico da parte del Diabetologo, il **MMG** deve confermare la presa in carico della persona con DM2 in gestione integrata (AFT/Case della comunità). Il **MMG**, conferma la presa in carico in gestione integrata sul portale di continuità e proporrà alla Persona con DM2 contenuti, tempi e modalità di esecuzione dei follow up successivi, secondo quanto previsto dal “Documento di Indirizzo sull’Assistenza Integrata alla Persona con Diabete in F.V.G. anno 2015”. Delibera di giunta n. 1676 del 28 agosto 2015
- Il **MMG** prescrive direttamente mediante agende informatiche interne le visite specialistiche alla persona con DM2 per accertamenti con obiettivo di diagnosi precoce o di prevenzione di eventuali complicanze (microalbuminuria, Fondo oculare, ECG ed ecocolordoppler TSA)
- Il **MMG** invia il paziente a visita diabetologica per una rivalutazione terapeutica in caso di fallimento della terapia orale, scompenso glicemico, eventi intercorrenti, o prima d’interventi chirurgici erogati in regime di ricovero ordinario





Grande novità

Ad integrazione del “Documento di Indirizzo sull’Assistenza Integrata alla Persona con Diabete in F.V.G. anno 2015”, Delibera di giunta n. 1676 del 28 agosto 2015, si ritiene appropriato che **il paziente a bassa intensità, anche se in terapia con farmaco a prescrizione specialistica semestrale o annuale, venga preso in carico presso il MMG**



Indicazioni a visita presso il Servizio Diabetologico

- ▶ Esordio / diagnosi
- ▶ Fallimento alla terapia
- ▶ Indicazione ad uso di farmaci erogabili solo dallo Specialista diabetologo con evidenza di protezione danno d'organo cardiovascolare e/o renale indipendentemente dal valore di Hb glicata (**VERO SOLO IN PARTE**)
- ▶ Complicanze di grado medio-severo
- ▶ Situazioni di compenso metabolico non ottimizzato (Hb glicata superiore agli obiettivi individuali)



Ruolo Infermiere

In questo percorso **l'Infermiere dell'Ambulatorio** rappresenta l'operatore di riferimento che ha il compito di coordinare l'intero iter terapeutico assistenziale e monitora attivamente lo stato di salute del paziente

Sintesi delle attività eseguite dall'Infermiere delle cronicità (Distretti/AFT/ Case della Comunità)	Timing
<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi e identificazione dei fattori di multicronicità. 2. In collaborazione con il MMG reclutamento delle persone con DM2 (modulo patologia) e definizione Q score. 3. Chiamata attiva della persona con DM2 per concordare la data della visita. 4. Programmazione agende ambulatoriali. 	<p style="text-align: center;">Aggiornamento lista annuale</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Accoglienza e accertamento infermieristico (valutazione stili di vita, contesto familiare e sociale) 2. Acquisizione del consenso privacy 	<p style="text-align: center;">Alla presa in carico nell'ambulatorio cronicità</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Controllo dati antropometrici 2. Verifica aderenza alla terapia e corretti stili di vita 3. Verifica segni e sintomi di complicanze 4. Esecuzione esami strumentali: ecg-retinografia digitale (ove prevista) 5. Programmazione colloquio motivazionale per rinforzo adesione al programma di cura con incontri individuali o di gruppo (ad es. con conversation map) 	<p style="text-align: center;">A ogni accesso nell'ambulatorio cronicità</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ispezione piedi e calzature 2. Test monofilamento per Neuropatia periferica 3. Rilevazione polsi periferici 	<p style="text-align: center;">Annuale o secondo Piano Assistenziale Individuale (PAI)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Educazione terapeutica finalizzata all'ottimizzazione dei parametri ematici (glicemia-HbA1c-assetto lipidico) 2. Controllo del peso corporeo 3. Stimolare: attività fisica regolare senza sforzo (camminare o bicicletta o nuoto), un regime alimentare sano e corretto 4. Informare / educare all'autocontrollo glicemico 5. Informare / educare alla gestione dell'ipoglicemia 6. Educare all'autocontrollo igiene del piede e taglio ungueale 	<p style="text-align: center;">Alla diagnosi con verifiche periodiche o secondo Piano Assistenziale Individuale (PAI)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborazione e inserimento dati per reportistica 	<p style="text-align: center;">Semestrale</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione e/o somministrazione di questionari di gradimento di qualità di vita 	<p style="text-align: center;">All'ingresso e a frequenze stabilite</p>

Persona Affetta da Diabete Mellito di Tipo 2 (Accesso al SD-Primo Accesso e Presa in Carico-Gestione Integrata)

CHI FA	COSA	QUANDO	DOVE	OBIETTIVO
MMG	Richiede accesso al SD per una prima" visita Diabetologica"	dopo avvio del piano di cura e definizione della priorità secondo stratificazione del bisogno clinico-assistenziale	Amb. MMG, AFT, Casa della Salute	Verifica delle condizioni di salute del paziente al fine di diagnosticare precocemente la malattia e inviarlo secondo il criterio di priorità definita alla SD
	Effettua la presa in carico in gestione integrata, programma l'educazione terapeutica e imposta i tempi di follow up	Al momento della "Presa in carico" – Dopo visita		Presa in carico e Gestione Integrata
	Invia il Pz. a visita Diabetologica di routine o in caso di fallimento della terapia orale per eventuali rivalutazioni terapeutiche.	Secondo necessità		Prevenire precocemente, accompagnare il Pz ed evitare complicanze.

Follow Up – Presa in Carico Integrata

Fatto salvo situazioni particolari, i Follow up:

- ▶ Non prevedono la figura dello specialista, bensì del MMG (fatta salvo la refertazione dell'esame strumentale)
- ▶ Hanno cadenze differenti secondo il livello di intensità del rischio
- ▶ La comunicazione del successivo appuntamento avviene al momento della visita e sarà ulteriormente confermato mediante una recall da parte della segreteria prima dell'appuntamento stesso



Follow Up - Tempistiche

Contenuti dei controlli ogni 3/6 MESI a seconda del raggiungimento o meno degli obiettivi di controllo glicemico:

- ▶ Glicemia a digiuno
- ▶ HbA1c
- ▶ Esame urine completo
- ▶ Valutazione dell'autocontrollo glicemico eseguito dal paziente (se previsto)
- ▶ Peso corporeo con calcolo del BMI
- ▶ Misurazione pressione arteriosa

Follow Up - Tempistiche

Contenuti dei controlli ogni 6 MESI:

- ▶ Visita MMG orientata alla prevenzione delle complicanze di patologia diabetica (cardiovascolare e neurologica periferica, con attento controllo di eventuali alterazioni a carico dei piedi)

Follow Up - Tempistiche

Contenuti dei controlli ogni ANNO:

- ▶ Microalbuminuria
- ▶ Creatinina (più di frequente se presente insufficienza renale cronica)
- ▶ Assetto lipidico (Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi, LDL calcolato) *più di frequente se i valori non rientrano negli obiettivi terapeutici
- ▶ Funzionalità epatica
- ▶ Emocromo completo con formula leucocitaria
- ▶ Uricemia
- ▶ Elettrocardiogramma a riposo (se normale)

Follow Up - Tempistiche

Contenuti dei controlli ogni 2 ANNI:

- ▶ Esame del fondo oculare (se normale)

Contenuti dei controlli ogni 2-5 ANNI:

- ▶ Ecocolordoppler TSA ogni 5 anni (se normale o ispessimento medio-intimale)
- ▶ Ecocolordoppler TSA ogni 2 anni (se stenosi non critica: < 50%)
- ▶ Ecocolordoppler TSA ogni anno (se stenosi subcritica: 60-70%)

E' parte integrante delle attività di follow-up di presa in carico in gestione integrata della persona con DM2:

- **Counselling infermieristico** (se non eseguito in ambulatorio infermieristico) ogni 6 MESI
- **Chiamata attiva** (da parte dell'infermiere cronicità) delle persone con DM2 che non si presentano ai controlli.

L'Infermiere delle cronicità unitamente al MMG partecipa attivamente all'esecuzione dei programmi di follow up attraverso le attività sintetizzate

Obiettivi terapeutici

TARGET HBA1c in diabetici tipo II

(Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida Roma, 26 luglio 2021)

- ▶ Si raccomanda un target di HbA1c **tra** 49 mmol/mol (**6.6%**) e 58 mmol/mol (**7.5%**) in pazienti con diabete di tipo 2 trattati con **farmaci associati ad ipoglicemia** (Forza della raccomandazione: forte. Qualità delle prove: bassa)
- ▶ Si raccomanda un target di HbA1c **inferiore** 53 mmol/mol (**7%**) in pazienti con diabete di tipo 2 trattati con **farmaci non associati ad ipoglicemia** (Forza della raccomandazione: forte. Qualità delle prove: bassa)

Obiettivi terapeutici

TARGET HBA1c in diabetici tipo II

(Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida Roma, 26 luglio 2021)

- ▶ Si suggerisce un target di HbA1c **inferiore** o uguale a 48 mmol/mol (**6.5%**) in pazienti con diabete di tipo 2 trattati con **farmaci non associati ad ipoglicemia** (Forza della raccomandazione: **debole**. Qualità delle prove: molto bassa)
- ▶ Obiettivi glicemici meno stringenti possono essere accettabili in pz. con multimorbilità, polifarmacoterapia, ridotta aspettativa di vita (inferiore a due anni). In tali contesti il target glicemico sarà condiviso fra MMG e Specialista ed esplicitato negli obiettivi di cura.

Gestione delle complicanze

- ▶ **Visite non programmate:**

In caso di sospetta insorgenza di complicanze o glicata non a target, il MMG non invia il paziente con impegnativa di visita di controllo diabetologico, poichè non prevede la priorità, ma con impegnativa: RIACUTIZZAZIONE DI PATOLOGIA CRONICA

- ▶ **Emergenze assolute:** invio in Pronto Soccorso

- ▶ **Urgenze:** visita diabetologica urgente(U) 24 ore

- ▶ **Urgenza differita(B):** 7-10 gg prime visite con priorità

- ▶ **Se paziente fragile non trasportabile:** Diabetologo esegue teleconsulto con il MMG che ha in carico il pz. in ADI con prenotazione telefonica diretta o sul sistema informativo aziendale da parte degli operatori (Distretti/AFT/ Case Comunità)



TELEMEDICINA

Nel Documento PDTA si parla anche di telemedicina:

- ▶ Nella recente esperienza sanitaria legata alla pandemia Covid-19, grazie ai sistemi di telemedicina è stato possibile mantenere la continuità assistenziale limitando gli accessi dei pazienti in ospedale
- ▶ Molti degli assistiti con diabete hanno potuto beneficiare di attività di assistenza e di monitoraggio attraverso tecnologie di informazione e comunicazione a distanza (ICT), ottenendo indicazioni di terapia da parte dei professionisti sanitari attraverso il proprio computer o altro dispositivo mobile



I punti del documento:

- ▶ Prevenzione
- ▶ Individuazione delle persone a rischio o affette da diabete
- ▶ Attività preventiva nel prediabete (IGF o IGT)
- ▶ Criteri di accesso al 1 livello (gestione integrata) della persona DM2
- ▶ Stratificazione del bisogno clinico assistenziale
- ▶ Percorso della persona con DM2
- ▶ Follow up
- ▶ Obbiettivi terapeutici
- ▶ Gestione delle complicanze
- ▶ Telemedicina

LUCI E OMBRE...

Opportunità per il MMG:

- ▶ **rivalutazione ruolo MMG nella gestione del DM**
- ▶ Grazie anche alla nota 100 si riappropria delle armi necessarie per garantire prevenzione ed appropriatezza delle cure
- ▶ **Lavorare in gruppo (AFT/Distretto)**, confrontarsi con i colleghi
- ▶ **Condividere e seguire procedure (PDTA)**: il medico si integra e si adatta ad un percorso, sviluppa competenza e conoscenza

LUCI E OMBRE...

Criticità per il MMG:

- ▶ **difficoltà ad organizzarsi, a lavorare in gruppo**
- ▶ **formazione insufficiente** (per la gestione del paziente, per l'utilizzo di farmaci innovativi in quanto la gestione integrata è iniziata prima della formazione sul territorio regionale)
- ▶ **manca di risorse per la medicina d'iniziativa** (assenza di investimento economico per una riorganizzazione del sistema, scarsa disponibilità di risorse umane: infermieri, dietista, ecc...)



Organizzazione: Cosa deve cambiare per il MMG

- **Mancano linee di indirizzo Aziendale scritte**
- **Risorse territoriali**
- **Condivisione dei dati dei pazienti** (attraverso un database o cartella clinica informatizzata condivisa tra MMG territorio e SD)
- **Telemedicina** (spesso, più che televisite sono chiamate telefoniche e molta strada deve essere ancora percorsa per rendere la telemedicina efficiente, sicura ed erogata in modo omogeneo e certificato in tutta la Regione)
- **Formazione ed ancora formazione** per MMG

IN CONCLUSIONE

E' auspicabile che tutti, noi nel nostro piccolo, **ci impegniamo a fare qualcosa per concretizzare questo progetto di presa in carico del paziente.**

Che questo documento molto dettagliato non rimanga solo una dichiarazione sulla carta, ma **un metodo di lavoro regolamentato per legge e con atti amministrativi concordati.**



Grazie per l'attenzione

