

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI LODI

AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI LODI

**PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO
PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE
DIABETICO**

Aprile - Settembre 2003

PREMESSA

Il seguente documento è stato realizzato dal Gruppo di lavoro sulla Diabetologia, coordinato dal Dipartimento dei Servizi Sanitari di Base dell'Asl di Lodi, che ha visto la partecipazione collaborativa dei Medici di Medicina Generale (MMG) e degli Specialisti dei Centri Diabetologici dell'A.O.

Ha tratto origine dal protocollo operativo relativo al Progetto per la gestione del paziente diabetico tipo 2 non complicato attivato in via sperimentale nel 2000.

E' rivolto a tutti i MMG ed ai Centri Diabetologici Ospedalieri (CDO) previsti dalla D.G.R. della Regione Lombardia n. 48301 del 21.2.2000 ed ispirato alla Delibera n. VII/8678 del 9.04.2002.

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

PUNTI CRITICI RILEVATI

- Eterogeneità e carenza di sistematicità nella gestione dei pazienti diabetici da parte dei MMG
- Necessità di distinguere la competenza: 1° livello (MMG) 2° livello (Struttura Specialistica Ospedaliera)
- Comunicazione migliorabile tra MMG e Specialista
- Carenza di programmi coordinati sull'educazione alla salute
- Eterogeneità di gestione dei pazienti diabetici nei Centri Diabetologici attivi nel territorio dell'ASL
- Ricorso non sempre appropriato al ricovero ospedaliero

OBIETTIVI DA REALIZZARE MEDIANTE IL PERCORSO SANITARIO

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

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

LINEE GUIDA E DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Indirizzi funzionali e organizzativi per la prevenzione e la cura del diabete mellito (D.G.R. n. 48301 del 21.2.2000 DELLA Regione Lombardia)
- Procedure per la gestione integrata del paziente diabetico (DGR n. 7/8678 del 9-4-2002)
- L'assistenza al paziente diabetico - Linee guida AMD - SIMG - SID

DESTINATARI

- Medici di Medicina Generale (MMG)
- Centri Diabetologici Ospedalieri (CDO)

COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

- Screening della popolazione a rischio
- Follow up dei soggetti a rischio con ridotta tolleranza glucidica (IGT) e glicemia alterata a digiuno (IFG)
- Educazione sanitaria e counseling
- Gestione del trattamento farmacologico
- Presa in carico dei pazienti con diabete tipo 2 non complicato secondo il percorso individuato
- Attivare lo studio medico con attrezzature e, se possibile, personale per seguire i pazienti diabetici
- Prescrizioni per pazienti diabetici presi in carico

- Monitorare effetti collaterali delle terapie
- Invio del paziente al CDO nelle situazioni indicati nel percorso
- Invio dei dati di attività al DSSB

COMPITI DEL CENTRO DIABETOLOGICO OSPEDALIERO (CDO)

- Inquadramento diagnostico, terapeutico, dietetico, educativo dei diabetici neodiagnosticati
- Valutazione periodica secondo il Follow-up programmato
- Consulenze ai MMG per visite non programmate (urgenti o non urgenti)
- Presa in carico temporanea dei diabetici gestiti dai MMG in situazioni cliniche particolari
- Gestione dei diabetici tipo 1 e/o in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato secondo il piano personalizzato concordato con il MMG
- Epidemiologia (raccolta dati sui pazienti gestiti)
- Educazione terapeutica del paziente
- Formazione/informazione dei medici ed altri sanitari coinvolti
- Aggiornamento continuo sui problemi clinici - farmacologici - organizzativi

COMPITI DELL'ASL

- Individuare un Referente per la gestione integrata del Paziente Diabetico - Responsabile del Servizio Assistenza Specialistica Extraospedaliera
- Realizzare un "libretto del malato diabetico", in accordo con il centro antidiabetico e con la DGR n. 7/8678 del 9 aprile 2002, con eventuale scheda informatizzata gestibile anche dal MMG
- Raccogliere i dati dai MMG secondo gli indicatori elencati.
- Garantire la collaborazione tra MMG e specialisti ospedalieri attraverso incontri distrettuali di aggiornamento ed organizzazione

TAPPE DEL PERCORSO SANITARIO (per la gestione integrata del paziente diabetico)

<p>VALUTAZIONE DI BASE IN CASO DI RISCONTRO DI IPERGLICEMIA (1)</p>	<p>In caso di primo riscontro di iperglicemia, il MMG (1):</p> <ul style="list-style-type: none"> • se la glicemia basale è compresa tra 110 e 125 mg/litro oppure > 96 mg. In presenza di fattori di rischio (familiarità, obesità, ipertensione, pregresso diabete gestazionale): prescrive la curva da carico di 75 gr. di glucosio; quindi: <ul style="list-style-type: none"> - se non si conferma il sospetto di diabete si effettua un follow up a 1 anno - se si configura un quadro di ridotta tolleranza agli zuccheri (IGT) o alterata glicemia a digiuno (IFG) attiva il Follow-up corrispondente (2) • se la glicemia basale è superiore o uguale a 126 mg/litro: effettua gli ulteriori accertamenti previsti per la prima valutazione di base per diabete (3)
<p>FOLLOW UP DEL SOGGETTO CON RIDOTTA TOLLERANZA AGLI ZUCCHERI (IGT) O ALTERATA GLICEMIA A DIGIUNO (IFG) (2) (la frequenza e/o l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)</p>	<p>Il MMG: impostare dieta, educazione sanitaria (prevenzione o correzione fattori di rischio)</p> <p>ed ogni 6 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • glicemia a digiuno • glicosuria • peso corporeo • pressione arteriosa • accertamento di adesione alla prescrizione dietetica e rinforzo del messaggio di educazione alimentare <p>Ogni anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • quadro lipidico completo (Colesterolo tot., HDL, LDL, trigliceridi) • E.C.G. • Visita medica MMG: polsi, riflessi, cuore, circonferenza vita <p>Ogni 2 anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventuale valutazione specialistica presso CDO

<p>PRIMA VALUTAZIONE DI BASE PER SOSPETTO DI DIABETE (③ e ④)</p>	<p>In caso di diabete, il MMG prescrive le indagini per il 1° inquadramento diagnostico (③):</p> <ul style="list-style-type: none"> • HbA1c, • colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridi • Creatininemia, • ECG, • Fundus oculi • Invia il paziente al CDO (4) oppure imposta terapia se esami nella norma <p>Il CDO effettua la prima valutazione di 2° livello (④):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquadramento diagnostico, stadiazione clinica e delle eventuali complicanze • Indagine alimentare • Programma dietetico individualizzato ed educazione alimentare • Educazione comportamentale (per grandi gruppi) • A seconda delle condizioni cliniche: <ul style="list-style-type: none"> – Avvia al Follow-up del diabete tipo 2 non complicato (⑤) – Appronta e comunica al MMG, il piano personalizzato per i diabetici tipo 1 e/o in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato (⑦) • Rilascio certificazione per esenzione forme morbose
<p>FOLLOW UP DEL MALATO CON DIABETE TIPO 2 NON COMPLICATO (⑤) (la frequenza e/o l'intensità dei controlli andrà modificata in funzione del quadro clinico)</p>	<p>Il MMG prescrive:</p> <p>Ogni 3 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glicemia a digiuno • HBA1c (se il MMG lo ritiene utile) • Esame completo delle urine (almeno glicosuria, chetonuria, nitriti, leucociti) • Pressione arteriosa • Peso corporeo <p>Ogni 6 mesi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita • HB1Ac • Microalbuminuria nelle 24 ore <p>Ogni anno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita medica generale • Creatininemia • Uricemia • colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridi se indicati: <ul style="list-style-type: none"> - parametri epatici - elettroliti - fibrinogeno • fundus oculi • ECG • Invia al CDO, se ritenuto opportuno (6)
<p>ACCESSO PROGRAMMATO AL CDO (④ e ⑦)</p>	<p>Avviene nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • al momento della 1° diagnosi (④) • secondo gli intervalli programmati per i diabetici tipo 1 e/o in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato (⑦)

<p>ACCESSO AL CDO NON PROGRAMMATO (6)</p>	<p>Il MMG invia al CDO in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persistente scompenso metabolico (HbA1c > 8%) • Severe ipoglicemie e ripetute • Complicanze neurologiche, renali, oculari in rapida evoluzione • Complicanze macrovascolari (vasculopatia cerebrale, coronarica, periferica) • Piede diabetico (comparsa d'ulcerazioni o infezioni) • Gravidanza in diabetica, diabete gravidico <p>Esempi: glicemia > 400mg/dl (emergenza), glicemia tra 300 e 400 mg/dl con chetonuria (emergenza), o senza chetonuria (urgenza), severi o ripetuti episodi di ipoglicemia</p> <p>Il MMG può inviare al CDO anche in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ripetute glicemie a digiuno > 200 mg/dl • Ripetute glicemie postprandiali > 300 mg/dl • Ripetute glicosurie >15 nelle 24 ore • HbA1c > 8,0% • Ricorrenti infezioni alle vie urinarie • Alterazioni della funzionalità renale • Dislipidemie severe • Ipertensione severa • Neuropatie periferiche e disfunzione erettile • Piede diabetico ad alto rischio d'ulcerazione • Prima di richiedere esami invasivi • Dopo il ricovero ospedaliero di qualsiasi natura <p>Il CDO effettua la valutazione clinica di 2° livello e, in relazione alle esigenze cliniche (anche su proposta del MMG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Può effettuare ulteriori accertamenti specialistici (ad esempio: ecocolordoppler, esami angiografici, ossimetria percutanea, elettromiografia) • Può attivare ulteriori trattamenti terapeutici • Concorda con il MMG l'eventuale piano clinico-terapeutico-assistenziale personalizzato (nel caso di diabete tipo 1 o diabete complicato) <p>In particolare il CDO gestisce le situazioni che presentano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piede diabetico • Neuropatia e disfunzione erettile • Arteriopatia periferica con o senza lesioni cutanee
<p>RICOVERO IN OSPEDALE</p>	<p>Indicazioni al ricovero ospedaliero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coma iperglicemico • Coma ipoglicemico (se dopo il trattamento non si riprende) • Chetoacidosi senza coma • Gravi e ripetute ipoglicemie

COMUNICAZIONE MMG - CDO

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

INDICATORI (tra quelli previsti dalla DGR n. 7/8678 del 09-04-2002)

Dovrebbero servire per verificare soprattutto l'efficacia delle cure in rapporto all'outcome finale (sopravvivenza) e ad outcomes intermedi (riduzione del numero di amputazioni, cecità, eventi cardiovascolari acuti, ecc.). Quelli proposti misurano il grado di adesione dei MMG e CDO al modello di gestione integrata ed ai requisiti di appropriatezza delle prestazioni.

Per i MMG:

- N° diabetici totali in carico al MMG esenti
- N° diabetici con un fundus-anno registrato sul libretto/ N° diabetici totali in carico al MMG
- N° diabetici con almeno 3 visite anno
- N° pazienti tipizzati con 1 assetto lipidico anno
- N° incontri di formazione di disease management/numero incontri di formazione

Per il CDO:

- N° pazienti seguiti presso la struttura diabetologica
- N° pazienti tipizzati con 1 fundus anno
- N° pazienti tipizzati con 1 ECG anno
- N° pazienti tipizzati con 3 emoglobina glicata anno
- N° pazienti tipizzati con 1 assetto lipidico anno
- N° di persone testate in 1 anno con interviste – questionari per rilevare il grado di soddisfazione/numero di diabetici seguiti in strutture diabetologiche
- N° pazienti in sola dieta
- N° diabetici tipo 2 non complicato assistiti secondo il Percorso
- Tempo di attesa medio in giorni per accedere al CDO per ciascuna Struttura

Monitoraggio dell'evoluzione nel tempo degli indicatori:

- N° diabetici monitorati / popolazione residente dell'ASL
- N° diabetici tipo 2 non complicati / diabetici monitorati
- N° ricoveri di diabetici / popolazione

ATTIVAZIONE DEL PERCORSO

1. Presentazione della proposta di Percorso e raccolta del consenso da parte di:
 - Direzione Sanitaria ASL e Strutture Specialistiche ospedaliere
 - Comitato Aziendale dei MMG
2. Stesura del documento finale che raccoglie il consenso degli Enti interessati
3. Iniziative di presentazione, sensibilizzazione, formazione:
 - a livello distrettuale
 - presso le Strutture Ospedaliere con informazione ai medici ospedalieri
4. Avvio operativo del Percorso, con coinvolgimento dei MMG
5. Verifiche periodiche e aggiornamento del percorso

PRESIDI SANITARI PER SOGGETTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO: CRITERI DI CONCESSIONE E MODALITÀ DI FORNITURA.

1. INTRODUZIONE

L'autocontrollo rappresenta un supporto alla terapia, perché permette al paziente e al Medico il raggiungimento e la verifica costante di molti obiettivi clinici ed educativi.

Obiettivi clinici:

- valutazione immediata del compenso;

- impostazione e correzione di una terapia personalizzata;
- migliore gestione del tempo dedicato al paziente.

Obiettivi educativi:

- riconoscimento delle alterazioni metaboliche;
- corretta valutazione dei dati di controllo;
- autogestione della terapia.

L'automonitoraggio della glicemia è considerato parte integrante della cura del paziente diabetico; i suoi risultati vengono utilizzati dal paziente e dal personale sanitario per valutare l'efficacia della terapia, per personalizzare la dieta, l'attività fisica e la somministrazione dei farmaci, in modo da ottenere e mantenere nel tempo un adeguato controllo metabolico.

I risultati di molti studi clinici (RCT) ed in particolare del Diabetes Control and Complications Trial e dell'United Kingdom Prospective Study hanno dimostrato che un buon controllo metabolico è in grado di evitare e, laddove già presenti, di rallentare l'evoluzione delle complicanze croniche della malattia.

Questo risultato:

- permette di migliorare la qualità della vita del diabetico, di ridurre le gravi invalidità tipiche della malattia, di contenere i costi dovuti alle ospedalizzazioni e alla cura delle complicanze acute e croniche e può essere ottenuto solamente attraverso un assiduo controllo dello stato metabolico da parte del paziente;
- l'esecuzione dell'autocontrollo è in funzione dell'obiettivo terapeutico condiviso tra medico e paziente; il fabbisogno di reattivi per glicemia è diverso per ogni paziente e può variare in riferimento all'equilibrio metabolico.

2. FORNITURA DEI PRESIDI

La fornitura dei presidi sanitari diagnostici e terapeutici deve essere attuata nell'osservanza del DM 8 febbraio 1982 e secondo le prescrizioni dell'art. 3 della Legge 16 marzo 1987 – N.115 e conformemente alle disposizioni di seguito riportate :

- Per presidi sanitari debbono intendersi gli strumenti e le apparecchiature utili all'automonitoraggio e alla terapia del diabete: rientrano tra di essi gli aghi e le siringhe da insulina monouso, le lancette per dispositivo pungidito, gli aghi per penna per insulina, i set di infusione, le pile per infusore, i reattivi per il dosaggio rapido della glicemia e per la ricerca dei corpi chetonici nel sangue, i reattivi per la ricerca del glucosio e dei corpi chetonici nelle urine, gli apparecchi per la determinazione rapida della glicemia, i microinfusori per l'infusione programmata dell'insulina, il set per la somministrazione dell'insulina con il microinfusore e le pile per il funzionamento dei microinfusori.
- La fornitura dei presidi sanitari è subordinata al riconoscimento dell'esenzione alla partecipazione alla spesa sanitaria per patologia diabetica, ai sensi del DM 28 maggio 1999 – N.329. La fornitura gratuita dei presidi può avvenire attraverso due diverse modalità di fruizione:
 - A. la concessione in proprietà dei presidi direttamente prescrivibili ai pazienti diabetici;
 - B. la concessione in prestito d'uso dei presidi sanitari non direttamente prescrivibili (apparecchi per la determinazione rapida della glicemia e microinfusori).
- Le penne per la somministrazione di insulina non sono concedibili, in quanto non sono uno strumento indispensabile per la somministrazione del farmaco.

3. DISPOSITIVI SANITARI CONCEDIBILI

- Aghi e siringhe da insulina
- Lancette pungidito
- Aghi per penna per insulina
- Set per infusione
- Pile per infusore
- Reattivi per glicosuria e corpi chetonici urine
- Reattivi per glucosemia
- Reattivi glucosemia elettrodo- sensore

- Microinfusori *
- Set per microinfusori
- Pile per microinfusori

*Possono essere concessi soltanto a pazienti selezionati, adeguatamente istruiti, su prescrizione dello specialista diabetologo che opera nei servizi di diabetologia delle strutture di ricovero ordinario o diurno e cura accreditate.

4. PRESCRIZIONE

Può essere rilasciata dal Medico diabetologo di struttura accreditata oppure dal MMG e dal PLS utilizzando apposito modulo allegato.

Piano annuale del trattamento

Dispositivi	Quantità	Durata
Siringhe e aghi da insulina	Numero definito dal prescrittore	1 anno
Lancette	Numero uguale alle strisce per glicemia	1 anno
Strisce reattive urine	Numero secondo prescrizione medica	1 anno
Strisce reattive sangue	Adulti instabili e bambini fino a 5 anni diabete 1: Numero libero	3 – 6 mesi
	Primo riscontro con terapia dietetica: 25 x 3 mesi	3 mesi
	In terapia orale - 25 x mese	1 anno
	In terapia insulinica 1 o 2 al die 100 x mese	1 anno
	In terapia insulinica 3 o più die 125 x mese	1 anno
	Pediatrici con infusore diabete gestazionale – diabetiche in gravidanza – 175 x mese	1 anno
	Con microinfusore 175 x mese	6 mesi
	Casi particolari con relazione specialistica: ogni quantità	3 mesi o in gravidanza

Variazioni piano terapeutico:

è sempre richiesto un certificato medico rilasciato da Diabetologo – MMG – PLS , utilizzando il modulo allegato a questo documento. Il nuovo piano ha la validità di cui sopra.

Tali indicazioni derivano dalla revisione delle Linee guida esistenti in letteratura e al rispetto di esse sono tenuti sia i prescrittori, sia gli autorizzatori, fermo restando che, trattandosi di indicazioni, resta salva la discrezionalità clinica.

In caso di fornitura di quantitativi superiori, il Piano terapeutico deve essere supportato da relazione clinica, ha durata trimestrale e può essere rinnovato, se il fabbisogno di strisce reattive permane superiore alle indicazioni riportate, dietro presentazione di nuova relazione clinica trimestrale.

- a. Il Modulo unificato di stesura del Piano terapeutico, che è allegato, può essere compilato sia dal Medico diabetologo di struttura accreditata, sia dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta.
- b. Tale modulo deve riportare il numero delle iniezioni/die e il numero delle determinazioni della glicemia, della ricerca di corpi chetonici nel sangue o nelle urine e della glicosuria, da effettuarsi settimanalmente o mensilmente e non il numero delle confezioni di strisce reattive; il Medico non deve effettuare le prescrizioni successive.

- c. Durante il periodo di validità del Piano terapeutico, le autorizzazioni alla fornitura sono a carico del Medico del Distretto.
- d. Il Piano terapeutico dovrà essere riportato anche sul Libretto del paziente diabetico, identificato come lo strumento per la comunicazione e l'integrazione tra sanitari e servizi.
- e. Il Piano terapeutico ha validità annuale quando il quantitativo di strisce reattive è compreso nel numero indicato; qualora la relazione clinica a supporto preveda una prescrizione di strisce superiore, il Piano terapeutico avrà una durata limitata, al massimo trimestrale o di durata pari alla gravidanza; il Piano terapeutico deve essere autorizzato dal Medico della A.S.L. a ciò incaricato preferibilmente a livello distrettuale.
- f. Il Piano terapeutico di prescrizione di set per infusione e di reattivi per glicemia a favore di pazienti che utilizzano il microinfusore per la somministrazione di insulina ha validità semestrale.
- g. In casi eccezionali, comprovati da esauriente documentazione clinica, l'autorizzazione a forniture di strisce superiori a quelle indicate può avere durata annuale.
- h. Il ritiro del materiale può essere effettuato presso i servizi dell'A.S.L., laddove sia effettuata la distribuzione diretta oppure attraverso le farmacie aperte al pubblico, per un quantitativo di materiale di norma pari ad un mese e comunque non superiore al fabbisogno di un trimestre.
- i. L'A.S.L. deve adottare misure atte a favorire la possibilità d'accesso del cittadino anche ai poli distrettuali periferici afferenti al Distretto di residenza. Sono da promuovere e da utilizzare tutti i collegamenti informatici tra Medico prescrittore, A.S.L. e farmacie, per semplificare l'iter di fornitura a favore dell'utente.
- j. Nel caso di variazioni, il paziente dovrà farsi autorizzare dall'A.S.L. di residenza il nuovo Piano terapeutico.

I Centri diabetologici, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta sono tenuti ad utilizzare il modulo di prescrizione concordato e a fornire le relazioni cliniche necessarie all'autorizzazione di forniture di presidi in quantitativi superiori a quelli sopra riportati.

5. INDICAZIONI ALL'USO DEL MICROINFUSORE:

- Impossibilità a raggiungere un sufficiente controllo metabolico nel diabete di tipo 1 nonostante la terapia intensiva ottimizzata
- Gravidanza
- Estrema insulino sensibilità
- Grave insulino resistenza nelle prime ore del mattino (dawn phenomenon)
- Possibilità di pervenire ad una migliore qualità di vita: per esempio, a pazienti che necessitano di maggior flessibilità negli orari d'assunzione dei pasti per turni lavorativi od orari imprevedibili
- Complicanze precoci rapidamente evolutive in pazienti in cui non si è raggiunto un sufficiente controllo metabolico nonostante la terapia intensiva ottimizzata
- Frequenza elevata d'ospedalizzazioni o di visite ambulatoriali urgenti per episodi di scompenso acuto.

Il Centro diabetologico che prescrive il microinfusore e segue il paziente posto in tale terapia deve garantire l'esistenza di percorsi dedicati all'istruzione, addestramento, monitoraggio degli utenti; la presenza di personale medico-infermieristico del team diabetologico formato all'impiego di tale terapia; un servizio di reperibilità; la disponibilità di microinfusori e di materiale d'uso necessario, da assegnare al paziente nel periodo di valutazione.

Il Centro diabetologico deve garantire una corretta gestione del paziente in terapia con microinfusore e, in particolare:

- A. Prima fase: valutazione del paziente, scelta della pompa e definizione degli obiettivi terapeutici
- B. Seconda fase: applicazione dello strumento e inizio della terapia; questa fase può essere effettuata in regime di ricovero ordinario, day hospital o in ambulatorio
- C. Terza fase: verifica dell'efficacia terapeutica e della capacità di gestione.

Il Centro diabetologico, inoltre, deve garantire al paziente, attraverso incontri educazionali dedicati, una corretta istruzione ed educazione in particolare relativamente a:

- gestione quotidiana della pompa
- gestione delle situazioni a rischio
- gestione delle situazioni non abituali
- schema di ritorno alla terapia sottocutanea

– conoscenza delle situazioni in cui ricorrere al curante.

La scelta del tipo di microinfusore deve essere effettuata dal Medico specialista, sulla base delle indicazioni cliniche, delle necessità del paziente, delle abilità del paziente.

Il Centro diabetologico deve avvalersi di apparecchiature in dotazione per tutto il periodo di valutazione dell'utente, fornendo il materiale d'uso necessario durante il periodo di ricovero.

L'A.S.L. provvederà a fornire il materiale necessario per il periodo di valutazione extraospedaliero, prima della prescrizione definitiva.

LISTE DI PRIORITA' DI ATTESA

I MMG e gli Specialisti impegnati nel gruppo di lavoro hanno evidenziato la difficoltà di ottenere, per i pazienti diabetici, esami di diagnostica strumentale in tempi brevi, escludendo i casi urgenti.

In particolare si ravvisa la necessità di individuare, nell'organizzazione dell'Azienda Ospedaliera di Lodi, liste di attesa prioritarie per l'esecuzione di

1. FUNDUS OCULI

2. VISITA CARDIOLOGICA CON ECG

3. ECOCOLOR DOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI E T.S.A

per pazienti diabetici e di ottenere almeno l'esame 1 e 2 nella stessa giornata.

Tale richiesta sarà sottoposta alla Direzione dell'A.O. di Lodi per valutarne la realizzazione.

L'analisi nel mese di settembre 2003 dei tempi di attesa presso gli ambulatori specialistici dell' A.O. della Provincia di Lodi ha evidenziato una ampia offerta per quanto riguarda la visita cardiologica ed esecuzione di ECG, con tempi di attesa quasi nulli, e così pure per l'esame del Fundus oculi in pazienti diabetici (purchè venga precisata tale patologia dal medico prescrittore).

Molto critica è invece la situazione per l'esame di ecografia vascolare TSA ed arti inferiori che ha tempi di attesa lunghissimi sia in Radiologia (prenotazione non disponibile) che in chirurgia vascolare (107 gg.) e quindi è ancor più importante la definizione di priorità di attesa per alcune patologie o situazioni gravi (es. diabete); ciò permetterebbe di assicurare un intervento in tempi accettabili , in modo tale che l'attesa venga commisurata direttamente alla gravità del caso e non alla casualità della prenotazione.

DEFINIZIONE DI PAZIENTE CON DIABETE DI TIPO 2 NON COMPLICATO (seguiti dal MMG)

Assenza di complicanza macrovascolare:

CORONARICA- malattia coronaria acuta (angina pectoris, IMA, aritmia) e malattia coronarica

Malattia coronarica cronica (insufficienza miocardica)

CEREBRALE: TIA, ictus trombotico-emorragico

PERIFERICA: claudicatio intermittens

Assenza di complicanza microvascolare :

NEFROPATIA DIABETICA PRECLINICA E CONCLAMATA

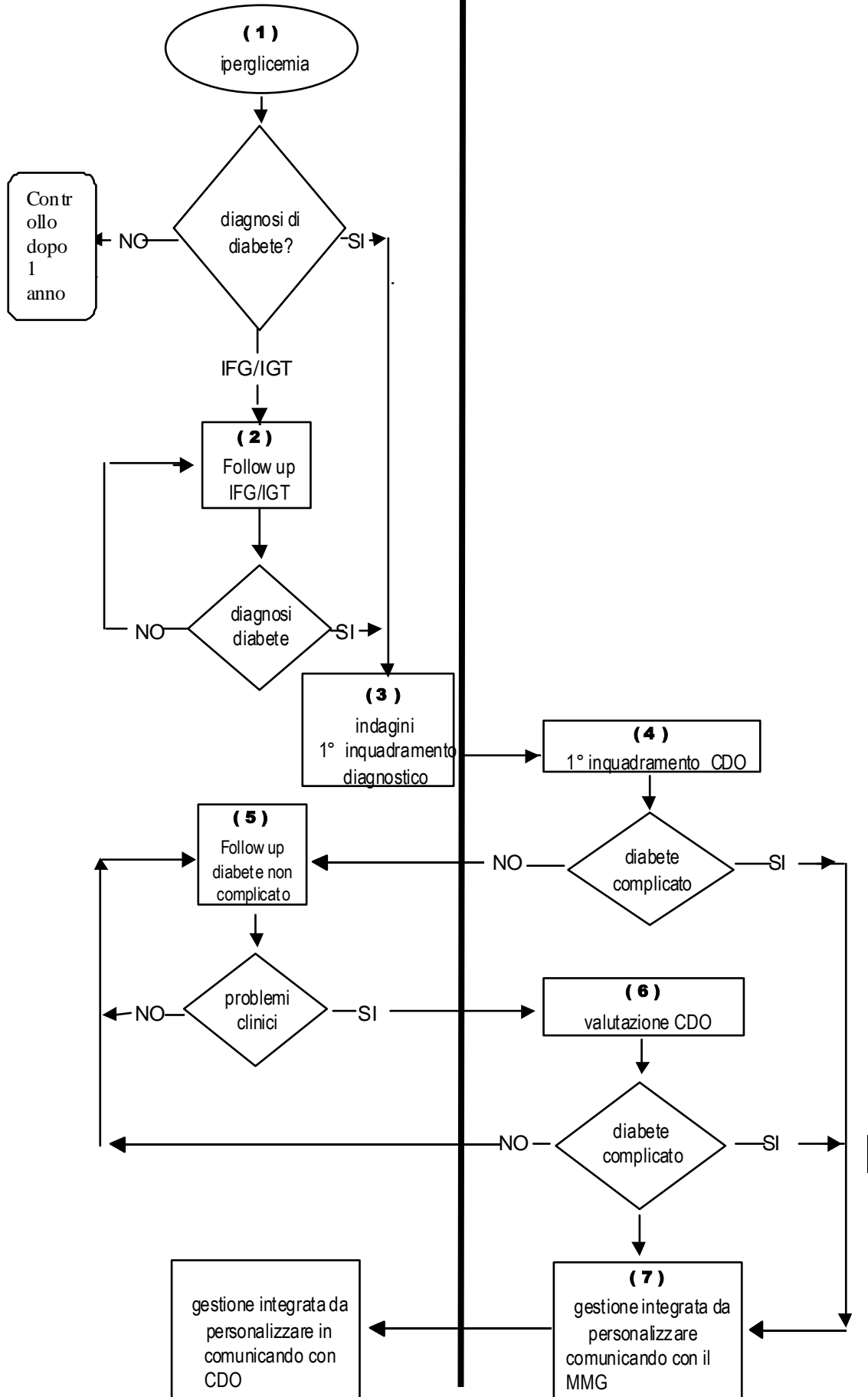
RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERANTE E NON

NEUROPATIA sensitivo motoria e NEUROPATIA AUTONOMICA (manifestazioni cardiovascolari, dell'apparato gastroenterico e urogenitale

PERCORSO DI GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO

MEDICI DI MEDICINA GENERALE

TEAM DIABETOLOGICO OSPEDALIERO



**PRESCRIZIONE PRESIDI
PER MICROINFUSORI SOTTOCUTANEI DI INSULINA**

Si certifica che il/la Signor./ra _____
tessera SSN n° _____ residente a _____

affetto/a da diabete mellito tipo 1, attualmente in terapia insulinica infusiva continua sottocutanea con microinfusore (specificare marca e modello):

seguito presso il centro diabetologico _____
necessita del materiale d'uso relativo allo strumento su indicato (specificare nel dettaglio tipo e quantità):

siringhe _____

butterfly _____

pile _____

luogo e data _____

Timbro e firma leggibile del medico prescrittore

Timbro della struttura

A.S.L. _____ Distretto di _____

Vista la prescrizione, si autorizza la fornitura

semestrale

annuale

del materiale d'uso per microinfusore sottocutaneo di insulina

luogo e data _____

Timbro e firma leggibile del medico autorizzatore

**PRESCRIZIONE SET INFUSIVI
PER MICROINFUSORI SOTTOCUTANEI D'INSULINA
PRIMA PRESCRIZIONE**

Si certifica che il/la Sig./ra _____

tessera SSN n° _____ residente a _____

affetto/a da diabete mellito tipo 1, attualmente in terapia insulinica infusiva continua sottocutanea con microinfusore (specificare marca e modello):

seguito presso il centro diabetologico _____
necessita del materiale d'uso relativo allo strumento su indicato (specificare nel dettaglio tipo e quantità):

siringa _____
butterfly _____ pile

Luogo e data _____

Timbro e firma leggibile del medico prescrittore

Timbro della struttura

A.S.L. _____ Distretto di _____

Vista la prescrizione, si autorizza la fornitura semestrale del materiale d'uso per microinfusore sottocutaneo d'insulina

luogo e data _____

Timbro e firma leggibile del medico autorizzatore

RICHIESTA DI MICROINFUSORE SOTTOCUTANEO DI INSULINA

Si propone per il/la Sig./ra _____
nato/a a _____ il _____
tessera SSN n° _____ residente a _____
via _____ tel. _____
affetto/a da diabete mellito tipo 1, insorto nel _____
la concessione di microinfusore (specificare marca e modello):

e del relativo materiale d'uso.

Se ne prevede l'utilizzo: temporaneo, fino al _____
 definitivo

Il/la paziente verrà regolarmente e direttamente seguito/a presso il Centro Diabetologico, che si impegna a rispettare il follow up previsto e a comunicare tempestivamente modifiche e/o interruzioni della terapia con microinfusore.

Luogo e data _____

Timbro e firma leggibile del medico prescrittore

Firma del paziente

A.S.L. _____ Distretto di _____

Si autorizza la concessione in uso di microinfusore sottocutaneo di insulina

luogo e data _____

Timbro e firma leggibile del medico autorizzatore

Ricevo dal Centro Diabetologico _____

un MICROINFUSORE modello _____

matricola n° _____

data _____

firma del paziente _____

**PIANO TERAPEUTICO E PROPOSTA DI PRESCRIZIONE DI PRESIDI
A FAVORE DI PAZIENTI DIABETICI**

Assistito Nome e cognome	Sesso M F	data di nascita	Tessera sanitaria N°
Terapia			
<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> ipoglicemizzanti orali		
<input type="checkbox"/> insulina + ipoglicemizzanti orali	<input type="checkbox"/> dieta		
sistema per la determinazione rapida della glicemia in uso/ consigliato	<input type="checkbox"/> colorimetrico		
	<input type="checkbox"/> elettrochimico		
siringhe da insulina monouso:			n°/die in lettere
<input type="checkbox"/> da 0,5 ml - 30G 8 mm	<input type="checkbox"/> da 1 ml 29G - 12.7 mm	codice	
Aghi per penna insulinica:			n°/die in lettere
<input type="checkbox"/> 28G - 12 mm	<input type="checkbox"/> 29G - 12,7 mm	codice	
<input type="checkbox"/> 30G - 8mm	<input type="checkbox"/> 31G - 6 mm	codice	
<input type="checkbox"/> lancette pungidito	n°/sett. in lettere	Codice	
<input type="checkbox"/> reattivi glicemia	n°/sett.in lettere	Codice	
<input type="checkbox"/> reattivi glicosuria	n°/sett.in lettere	Codice	
<input type="checkbox"/> reattivi corpi chetonici urine	n°/sett.in lettere	Codice	
<input type="checkbox"/> reattivi corpi chetonici sangue	n°/sett.in lettere	Codice	
<input type="checkbox"/> reattivi corpi chetonici/glicosuria	n°/sett.in lettere	Codice	
<input type="checkbox"/> altro: specificare			n° in lettere

PIANO TERAPEUTICO ANNUALE

PIANO TERAPEUTICO TEMPORANEO DAL AL, per

data

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE

.....

FIRMA DEL MEDICO AUTORIZZATORE

.....

N.B. questo modulo andrà compilato ex novo ad ogni variazione dei bisogni del paziente, indicando sia i presidi variati che quelli invariati