

AREA DI GOVERNO DEI TEMPI D'ATTESA GESTIONE PRIORITÀ CLINICHE

Introduzione

Il presente documento riporta un focus rispetto all'appropriatezza del ricorso alla classe di priorità U nella Provincia di Bergamo.

La possibilità di utilizzo di un accesso differenziato per le prestazioni "urgenti differibili" è ormai una realtà consolidata e nota anche ai pazienti, e rappresenta uno strumento di cui il medico prescrittore può avvalersi in casi selezionati, salvaguardando l'autonomia professionale, non in alternativa ad un appropriato accesso in pronto soccorso. Considerato tuttavia l'impatto organizzativo legato all'uso dell'Urgenza Differibile, nonché le ricadute nell'ambito del governo delle liste d'attesa, in ambito Regionale sono state poste indicazioni in merito al ricorso all'uso del bollino verde sia in termini di numerosità delle prescrizioni, sia in merito alla tipologia delle prestazioni richieste.

In proposito dal 2015 e per tutto l'anno 2016, la ex ASL di Bergamo (ora ATS), nel rispetto dell'obiettivo regionale relativo al "*Governo delle liste di attesa: applicazione contenuti DGR n. 1775/11: istituzione di gruppi di esperti per la verifica del corretto utilizzo dell'urgenza differita (Bollino Verde), e predisposizione di misure di contenimento dei comportamenti scorretti*", ha coordinato un gruppo di lavoro con i seguenti obiettivi:

- verificare l'elenco delle prestazioni più richieste con "urgenza differibile";
- selezionare alcune prestazioni su cui intervenire, scegliendo quelle più critiche per tempo di attesa a livello provinciale;
- definire un percorso per semplificare l'accesso dei cittadini e la gestione dei "bollini verdi" da parte degli Erogatori, attraverso la riduzione di comportamenti non appropriati in fase di prescrizione;
- provvedere alla redazione di un documento informativo che, nell'ottica di garanzia di appropriatezza, costituisca una base di lavoro condivisa, sia per le strutture erogatrici sia per i medici prescrittori.

Principale normativa di riferimento

- DGR IX/1775 del 24/05/2011
- DGR VI/47675 del 29/12/1999
- Disciplinare tecnico MTA-RL di aprile 2011
- DGR X/2989 del 23/12/14
- DGR X/3993 del 04/08/2015
- Regole di elaborazione anni 2014 e 2015 riferite al flusso di rilevazione dell'attività di assistenza specialistica (28/SAN)
- Manuale di Lombardia Informatica per la gestione delle prescrizioni (codice documento CRS-FORM-MES#901. Rev 01 del 24/08/2015)
- Nota Regione Lombardia H1.2015.0028760 del 10/10/2015

Criticità riferite a modalità organizzative

Nel corso delle attività svolte dal gruppo di lavoro sono state raccolte diverse segnalazioni inerenti ai vari processi che interessano la gestione della prescrizione con priorità.

L'introduzione della ricetta dematerializzata ha talvolta irrigidito alcuni aspetti procedurali. In proposito è emerso che alcune strutture invitavano i pazienti in possesso del promemoria relativo a ricetta DEM con priorità U, a tornare dal proprio medico curante per l'apposizione del bollino verde.

Inoltre sono state segnalate diverse criticità in merito alla mancanza del quesito diagnostico.

Infine è stato rilevato che talvolta anche per l'invio al PS sono state effettuate prescrizioni con l'utilizzo della priorità U lasciando interpretare che talvolta permangono insicurezze in merito alle corrette procedure di gestione delle classi di priorità.

La codifica della classe di priorità, insieme all'adeguato quesito/sospetto diagnostico, rappresenta uno strumento fondamentale per il prescrittore al fine di favorire l'accesso in tempi adeguati alla condizione clinica dell'assistito e non secondo l'ordine di prenotazione. Attualmente le priorità previste per le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono:

U = urgente – “bollino verde” (nel più breve tempo possibile o entro 72 ore)

B = entro 10 giorni

D = differibile – entro 30 giorni (visite) entro 60 giorni prestazioni strumentali

P = programmabile (in quanto il tempo d'attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente).

La Regione Lombardia ha stabilito che il tempo previsto dalla classe di priorità decorre a partire dal momento in cui l'utente richiede la prestazione (data prenotazione) e non dalla data di prescrizione (nota H1.2015.0028760 del 10/10/2015).

Indipendentemente dalle scelte dell'assistito, in merito alle disponibilità proposte, la Struttura Erogatrice indica nel flusso AMB la classe di priorità effettivamente contrassegnata dal prescrittore.

Indicazioni e documenti condivisi

1) Indicazioni finalizzate alla razionalizzazione dell'utilizzo dei codici per le urgenze differibili

A seguito dei diversi incontri svolti nell'ambito del tavolo tecnico, che hanno permesso di analizzare le criticità segnalate, sono state condivise le seguenti indicazioni per indirizzare in modo opportuno le urgenze differibili, migliorando la sinergia tra operatori sanitari e riducendo i disagi per i pazienti:

1. apporre il quesito diagnostico correttamente esplicitato per tutte le prescrizioni come normato dalla DGR VIII/8501/2008 e s.m.i.;
2. utilizzare quesiti diagnostici specifici (evitare ad es. diciture quali accertamenti – controllo, approfondimenti, dolore cronico, ecc.);
3. attribuire la congrua codifica della classe di priorità (U, B, D, P), in base alla valutazione clinica come indicato nella DGR X/3993/2015 e nelle indicazioni Regionali riguardanti la prescrizione dematerializzata;
4. evitare diciture “sostitutive” del bollino verde o della classe di priorità U aggiunte a mano nella prescrizione quali : “urgente”, “ con cortese sollecitudine”;
5. nelle prescrizioni di accertamenti per follow-up evitare l'utilizzo del bollino verde;
6. incentivare l'implementazione di corretti percorsi ospedale – territorio per evitare la richiesta di prestazioni terapeutiche (es. fisioterapia, iniezioni intravitreali, etc.) in regime d'urgenza;
7. limitare il ricorso alla classe di priorità U nel caso di accertamenti di secondo livello, prestazioni di riabilitazione e richiedere prima una valutazione clinica;

Tabella 3. Contenuti clinici per i quali si ritiene ragionevole una prestazione specialistica cardiologica con classe di priorità.

Livello U (<72h)	Livello B (<10 giorni)	Livello D (<30 giorni)
Visite cardiologiche		
<72h	<10 giorni	In tempo differito <30 giorni
<i>Fibrillazione atriale</i> (con riscontro obiettivo confermato da ECG) insorta da più di 48h o in epoca indeterminata con segni di scompenso	<i>Fibrillazione atriale</i> (con riscontro obiettivo confermato da ECG) insorta da più di 48h o in epoca indeterminata, senza segni di scompenso	<i>Fibrillazione atriale cronica</i> con controllo della frequenza non ottimale o terapia non ottimale
<i>Sincope di possibile natura cardiaca</i> non di natura vaso-vagale o da ipotensione ortostatica (laddove non indicata una valutazione entro tempi rapidi con accesso in Pronto Soccorso)	<i>Scompenso cardiaco</i> precedentemente noto o non noto, in cui vi sia il sospetto di geni valvolare (nota o sospettata ad esame obiettivo)	<i>Cardiopalmo</i> con recente storia in paziente ad elevato rischio aritmico
<i>Scompenso cardiaco</i> precedentemente noto o non noto, non responsivo a terapia diuretica somministrata per via orale	<i>Scompenso cardiaco</i> precedentemente noto o non noto, parzialmente responsivo a terapia diuretica somministrata per via orale	<i>Scompenso cardiaco</i> recentemente noto o non noto, responsivo a terapia diuretica somministrata per via orale
<i>Sospetta angina instabile</i> (angina di recente insorgenza o ingravescente negli ultimi 30 giorni)		<i>Ipertensione arteriosa "resistente"</i> (non responsiva a terapia farmacologica ottimizzata con almeno 3 farmaci a dosi piene tra cui un diuretico)
<i>Recente esecuzione di ECG</i> francamente patologico		<i>Nuovo riscontro di angina pectoris stabile</i>
		<i>Nuovo riscontro di cardiopatia dilatativa con severa disfunzione ventricolare sinistra (con eziologia da definire)</i>
		<i>Nuovo riscontro di dispnea ingravescente con significativo soffio cardiaco non noto in precedenza</i>
Esami strumentali		
ECOCARDIOGRAMMA		
Nota: Si concorda di limitare il più possibile la possibilità di prescrizione di esami ecocardiografici ai MMG o ad altri specialisti, ma di richiedere, ove necessario, una valutazione clinica. Sarà poi il cardiologo ad eseguire l'esame ecocardiografico, qualora lo ritenesse necessario.		
*Può essere ragionevole la richiesta del solo esame ecocardiografico come livello B e, preferenzialmente, D nei seguenti casi:		
-	*	Valutazione della <i>pressione polmonare</i> in pazienti sintomatici per dispnea, portatori di patologia sistemica o polmonare, in cui sia alta la probabilità di riscontrare un aumento della pressione polmonare, limitatamente ai casi in cui tale riscontro si associ ad una significativa modifica della strategia terapeutica e siano state escluse altre cause della dispnea
		<i>Sospetto di endocardite</i> (dopo valutazione infettivologica)
		Valutazione <i>funzione di pompa ventricolare sinistra (FE)</i> prima dell'inizio della chemioterapia
		*In questo caso, si raccomanda l'esecuzione dell'esame solo ove strettamente necessario e di prediligere corsie preferenziali definite all'interno degli ospedali (liste preferenziali per pazienti oncologici). Va scoraggiato il ricorso alla richiesta di prestazioni con classe di priorità.
ECG DINAMICO (HOLTER)		
-	-	<i>Storia di palpitazioni parossistiche</i> prolungate, regolari, recidivanti di origine indeterminata in cui siano state escluse cause extracardiache
TEST ERGOMETRICO		
Nota: Le prescrizioni di test ergometrici sono di competenza del cardiologo, che deciderà la classe di priorità e provvederà alla programmazione dell'esame.		
HOLTER PRESSORIO		
Nota: Non sono previste prescrizioni di Holter pressori con classe di priorità, ad eccezione di casi selezionati, come in donne gravide con sospetta preeclampsia o soggetti anziani selezionati con frequenti e significativi episodi di ipotensione.		

ECG, elettrocardiogramma; FE, frazione di eiezione, MMG, medico di medicina generale



ATS DI BERGAMO

Direttore Generale - d.ssa Mara Azzi

Dipartimento Cure Primarie - Direttore dott. Vito Brancato

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE
"LA GESTIONE DEL PAZIENTE
AFFETTO DA DIABETE MELLITO
(con particolare riferimento al TIPO 2),"**

REVISIONE LUGLIO 2017

**REVISIONE E AGGIORNAMENTO
A CURA DEL TAVOLO TECNICO PROVINCIALE COMPOSTO
DAGLI SPECIALISTI DELLE ASST,
DAGLI SPECIALISTI DELLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E
DAI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA
DELLA PROVINCIA DI BERGAMO**

Coordinatore Tavolo Tecnico Provinciale: dott. Roberto Trevisan - ASST Papa Giovanni XXIII

Responsabile del Procedimento: dott. Vito Brancato - Direttore Dipartimento Cure Primarie - ATS Bergamo

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

“La gestione del paziente affetto da Diabete Mellito (con particolare riferimento al TIPO 2),”

1 Introduzione

Questo documento è stato elaborato sulla base di una sintesi delle più attuali linee guida, in particolare le linee-guida dell'America Diabetes Association (Diabetes Care 2016) e Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in materia di diabete mellito: sono stati presi in considerazione, tra gli altri, il documento di indirizzo ISS “Progetto Igea”, gli “Standard italiani per la cura del DM” - AMD/SID 2016 ed i suggerimenti del sito AIFA sull'Algoritmo di trattamento del diabete di tipo 2.

OBIETTIVI PERSEGUITI CON IL PDTA

Ottimizzare la cura della malattia diabetica, prevenendone le complicanze mediante:

- diagnosi precoce della malattia diabetica;
- partecipazione attiva del malato alla gestione della propria patologia;
- educazione terapeutica del paziente ad ogni livello di cura e di assistenza;
- coinvolgimento delle varie figure professionali nell'educazione e cura del paziente diabetico;
- aderenza alla terapia ed agli obiettivi di cura definiti;
- formazione continua, necessaria per mantenere un'elevata professionalità degli operatori sanitari;
- monitoraggio e gestione del paziente diabetico secondo il PDTA;
- razionalizzazione dell'accesso alle UO ospedaliere (attività di 2° livello);
- diagnosi e cura delle complicanze, integrando le diverse competenze professionali.

2 Classificazione del Diabete Mellito

PRINCIPALI TIPOLOGIE DI DIABETE
DIABETE TIPO 1 (dmT1) – È causato da distruzione β -cellulare, su base autoimmune o idiopatica, ed è caratterizzato da una carenza insulinica assoluta. La variante LADA (Latent Autoimmune Diabetes of the Adults) ha decorso lento e compare nell'adulto; dopo un'apparente esordio come DMT2, questi pazienti necessitano dopo circa 2-6 anni di terapia insulinica. Il LADA deve essere sospettato se sono presenti una o più tra le seguenti caratteristiche: a) età <50 anni; b) BMI <25 kg/m ² ; c) anamnesi familiare positiva per diabete tipo 1 o malattie autoimmuni; d) anamnesi positiva per malattie autoimmuni; e) inadeguato compenso glicemico in corso di trattamento con ipoglicemizzanti orali a distanza di 6-12 mesi dalla diagnosi. L'età di esordio >50 anni e la presenza di sovrappeso, tuttavia, non devono fare escludere a priori la diagnosi di LADA quando gli altri criteri siano soddisfatti. In caso di sospetto diagnostico inviare il paziente al Centro Diabetologico (CD).
DIABETE TIPO 2 (dmT2) – È causato da un deficit relativo di secrezione insulinica, che in genere progredisce nel tempo, ma non porta mai a una carenza assoluta di ormone associato a una condizione, più o meno severa, di insulino-resistenza su base multifattoriale.
DIABETE GESTAZIONALE – È causato da difetti funzionali analoghi a quelli del DMT2, viene diagnosticato per la prima volta durante la gravidanza e in genere regredisce dopo il parto. Le donne con diabete gestazionale sono ad alto rischio, anche a breve distanza dal parto, di sviluppo di DMT2.

3 Differenziazione clinica del Diabete Mellito

Caratteristiche cliniche	TIPO 1	TIPO 2
Prevalenza	Circa 0,3%	Circa 5%
Sintomatologia	Sempre presente Spesso eclatante e a inizio brusco.	Spesso modesta o assente.
Tendenza alla chetosi	Presente.	Assente.
Peso	Generalmente normale.	Generalmente in eccesso.
Età dell'esordio	Più comunemente < 30 anni.	Più comunemente > 40 anni.
Comparsa di complicazioni croniche	Non prima di alcuni anni dopo la diagnosi.	Spesso presenti al momento della diagnosi.
Insulina circolante	Ridotta o assente.	Normale o aumentata.
Autoimmunità	Presente.	Assente.
Terapia	Insulina necessaria sin dall'esordio.	Dieta, farmaci orali, analoghi GLP-1, insulina.

4 Percorso diagnostico

INDAGINI	NOTE
Valutazione clinica	Visita medica completa, estesa anche alla ricerca di complicanze croniche della malattia già in atto ed esami laboratoristici, volti a definire le condizioni cliniche generali del paziente.
Emoglobina glicata HbA _{1c} e glicemia (espressa in % o in mmol/mol) Tabella di conversione reperibile sul sito: http://www.nisip.org/convert1.asp	
Profilo lipidico a digiuno	
Test di funzionalità epatica	Eventuali approfondimenti nel sospetto di steatosi o epatite.
Microalbuminuria	
Creatininemia e stima della filtrazione glomerulare	
Esame delle urine	Per valutare chetonuria, proteinuria e sedimento.
ECG	
Visita oculistica (e fundus oculi)	
Altre visite specialistiche	(Per es.: consulenza nutrizionale, educativa, comportamentale, del piede, etc.).

5.3 Paziente diabetico in carico prevalente all'Unità di Diabetologia

PAZIENTE DIABETICO IN CARICO PREVALENTE ALL'UNITÀ DI DIABETOLOGIA

- DMT1, in particolare se in trattamento con microinfusore con e senza sensore e con insuline che richiedono piano terapeutico AIFA.
- Pazienti con DM tipo 2 in trattamento con nuovi farmaci che richiedono piano terapeutico AIFA.
- Pazienti con terapia insulinica intensiva, basal-bolus o basal-plus.
- Pazienti in gravidanza con diabete gestazionale o con diabete già presente al concepimento.
- Piede diabetico.
- Comparsa di complicanza evolutiva (in particolare i pazienti con ridotta funzione renale, i.e. eGFR < 60 ml/min).
- Pazienti con complicanze d'organo evolutive correlate alla patologia diabetica.

5.4 Paziente diabetico in carico prevalente al Medico di Assistenza Primaria (MAP)

PAZIENTE DIABETICO IN CARICO PREVALENTE AL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

- Pazienti con DM tipo 2 in buono compenso e senza complicanze evolutive.
- Pazienti con DM di tipo 2, in terapia orale e/o con insuline basali in buon compenso glicemico, lipidico e pressorio, dopo due visite consecutive dallo specialista (anche se presentano complicanze micro- o macrovascolari purché stabili).

6 La terapia

6.1 Riduzione dei fattori di rischio e supporto educativo

Educazione all'adesione alla terapia ed ai corretti stili di vita (attività fisica, alimentazione)

RIDUZIONE FATTORI DI RISCHIO	NOTE	RACCOMANDAZIONI*
Autocontrollo glicemia	<p>Nei pazienti diabetici che assumono terapie (sulfaniluree, repaglinide, e soprattutto insulina), che possono potenzialmente indurre ipoglicemie, l'autocontrollo glicemico, condiviso con il team diabetologico, è una componente indispensabile della gestione della malattia diabetica, sia per raggiungere gli obiettivi terapeutici, sia per ridurre il rischio di ipoglicemie gravi.</p> <p>NOTA: L'autocontrollo glicemico continuativo, con frequenza e modalità diverse, è utile per la persona con DMT2 insulino-trattato.</p>	VIB IIIB
Autogestione del diabete	Le persone affette da diabete devono ricevere un'educazione all'autogestione del diabete al momento della diagnosi, mantenuta in seguito per ottenere il maggior beneficio, garantita all'interno del team da parte delle diverse figure professionali.	IA
Vaccinazione anti-infl.	In tutti i paz. Diabetici di età >6 mesi.	IIIB
Vaccinazione anti-pneum.	effettuare almeno una volta nella vita una vaccinazione pneumococcica per gli adulti con diabete. Una singola rivaccinazione è raccomandata per i pazienti con età > 64 anni che abbiano già effettuato una prima vaccinazione più di 5 anni prima.	IIIB
Esercizio fisico	nel DMT2, l'esercizio fisico contro resistenza, associato a moderato calo ponderale, si è dimostrato efficace nel migliorare il controllo glicemico e alcuni parametri della sindrome metabolica e nel contrastare la perdita di massa muscolare (cfr. indicazioni correnti).	IA
Terapia medica nutrizionale	(cfr. Indicazioni correnti). Un calo ponderale è raccomandato per tutti i soggetti adulti in sovrappeso (BMI 25,0-29,9 kg/m ²) od obesi (BMI ≥ 30 kg/m ²).	IA

* Definizione delle raccomandazioni

Sono state utilizzate le raccomandazioni secondo uno schema di "grading", in base al quale la decisione di raccomandare o meno l'esecuzione di una determinata procedura, può dipendere da diversi fattori tra cui la qualità delle prove scientifiche a favore, o contro, il peso assistenziale dello specifico problema, i costi, l'accettabilità e la praticabilità dell'intervento. E' stato inoltre utilizzato il metodo GRADE (ATKINS 2004) ove il procedimento si sviluppa attraverso la valutazione sistemica della qualità metodologica delle prove di efficacia ed il bilancio benefici/rischi relativo alla realizzazione degli interventi considerati. Il metodo GRADE prevede che durante la formulazione della raccomandazione si tenga anche conto di eventuali barriere e fattori facilitanti, nonché delle implicazioni economiche che l'applicazione degli interventi potrebbe comportare.

6.2 Terapia farmacologica

È importante perseguire lo stretto controllo della glicemia al fine di ridurre il rischio di insorgenza o peggioramento delle complicanze microvascolari (raccomandazione IA) e cardiovascolari (raccomandazione IIA).

Obiettivi glicemici in diabetici adulti tipo 1 e 2

- HbA1c <53 mmol/mol (<7,0%) (≤48 mmol/mol [≤6,5%] in singoli pazienti)
- Glicemia a digiuno e pre-prandiale 70-130 mg/dl
- Glicemia post-prandiale <160 mg/dl
- **Obiettivi glicemici più stringenti** (HbA1c ≤48 mmol/mol [≤6,5%]) dovrebbero essere perseguiti in pazienti di nuova diagnosi o con diabete di breve durata (<10 anni), senza precedenti di malattie cardiovascolari, abitualmente in discreto compenso glicemico e senza comorbidità che li rendano particolarmente fragili.
- Il rischio di *ipoglicemie* deve essere considerato nella valutazione del target glicemico ottimale per il paziente.
- **Obiettivi di compenso glicemico meno stringenti** (HbA1c ≤64 mmol/mol [≤8,0%]) dovrebbero essere perseguiti in pazienti con diabete di lunga durata (>10 anni) soprattutto con precedenti di malattie cardiovascolari o una lunga storia di inadeguato compenso glicemico o fragili per età e/o comorbidità. L'approccio terapeutico deve essere tale da prevenire le ipoglicemie.

Altri obiettivi fondamentali per la prevenzione delle complicanze del diabete

- Il colesterolo LDL è l'obiettivo primario della terapia e il target raccomandato è <100 mg/dl. (IA).
- Nei diabetici con malattia cardiovascolare e/o multipli fattori di rischio cardiovascolare non correggibili, il target raccomandato per il colesterolo LDL è <70 mg/dl. (IA).
- Ulteriore obiettivi della terapia sono il raggiungimento di valori di trigliceridi <150 mg/dl e di colesterolo HDL >40 mg/dl nell'uomo e >50 mg/dl nella donna. (IIIB).
- Il trattamento antipertensivo nei pazienti con diabete ha come obiettivo il raggiungimento di valori di pressione <140/90 mmHg. (IA).
- Un obiettivo pressorio <130/80 mmHg è raccomandato nei soggetti diabetici con micro- e macroalbuminuria. (IIIB).

N.B.: poiché è dimostrato che, le donne con diabete perdono la protezione cardiovascolare legata al sesso e sono pertanto esposte allo stesso rischio cardiovascolare degli uomini, è fortemente raccomandato il raggiungimento di tutti gli obiettivi terapeutici sopra elencati anche nel sesso femminile.

6.2.1 BENEFICI DEI FARMACI PER IL DIABETE DI TIPO 2

	Acarbose	Agonista GLP1	Glifozina	Gliptina	Pioglitazone	SU/ Glinide	Insulina Basale	Inasulina Basal-bolus
Riduzione della HbA1c a breve termine (3-6 mesi)*	+	+++	++	++	+	+++	+++	++++
Riduzione della HbA1c a medio termine (1-2 anni)*	+	+++	++	++	++	++	+++	++++
Riduzione della HbA1c a lungo termine (oltre 2 anni)*	+	+++	++	ND	+++	+	+++	++++
Riduzione del peso corporeo	+ / -	+++	++	-	-	-	-	-
Riduzione della pressione arteriosa	-	+	++	-	+	-	-	-
Riduzione della morbilità / mortalità CV**	-	-	++	-	+	-	-	-

* Derivata da studi di comparazione diretta con altri farmaci attivi

** A parità di obiettivo glicemico perseguito

ND: dato non disponibile

N.B.: gliflozina = inibitore SGLT2; gliptina: DPP-4 inibitore; SU= sulfonilurea

6.2.2 EFFETTI COLLATERALI E RISCHI DEI FARMACI PER IL DIABETE DI TIPO 2

	Acarbose	Agonista GLP1	Glifozina	Gliptina	Pioglitazone	SU/ Glinide	Insulina Basale	Inasulina Basal-bolus
Ipoglicemie	-	-	-	-	-	++	+++	++++
Aumento di peso	-	-	-	-	++	+	+++	++++
Pancreatiti	-	+ / -	-	+ / -	-	-	-	-
Fratture	-	-	- / + ^a	-	+++	-	-	-
Scompenso cardiaco	-	-	-	- / + ^b	++	+	-	-
Disturbi gastrointestinali	+++	++	- / +	-	-	-	-	-
Infezioni genitali	-	-	+	-	-	-	-	-

^a Segnalato per canaglifozin

^b Segnalato per saxagliptin e alogliptin

PERCORSO DI MONITORAGGIO DEL DIABETE NELL'ADULTO - Tipo 2										
Prestazione	Codice nomenclatore	ogni 3 mesi		ogni 6 mesi		ogni 12 mesi		ogni 24 mesi		
		MMG	Specialista	MMG	Specialista	MMG	Specialista	MMG	Specialista	
AMBULATORIALE	Valutazione clinica - (visita di controllo, valutazione stili di vita, peso, circonferenza vita)			●						
	Pressione arteriosa	●								
	Valutazione clinica CDO esame obiettivo del piede e stratificazione del rischio	89018					●*			
	Fondo oculare (cfr. nota 2)	95091								●
	ECG	8952					●			
LABORATORIO	Glicemia a digiuno e HbA1c (cfr. nota 1)	90281	●							
	Microalbuminuria e creatinemia ed esame urine completo	90334					●			
	Profilo lipidico - (colesterolo totale, HDL, LDL calcolato, trigliceridi)	90143 90141 90138 90432					●			
	Glicemia (cfr. profilo terapeutico)									
	Altre consulenze e indagini (quando indicato)									
Note: 1) In presenza di un buon controllo, la glicemia a digiuno e la HbA1c potranno essere rilevate ogni 6 mesi (raccomandazione: VI B) 2) Fundus anche alla diagnosi e con maggior frequenza se presente retinopatia 3) Il MAP invia il Paziente allo Specialista (CD - centro diabetologico) anche secondo necessità*										

* L'invio allo specialista è indicato nei casi riportati al paragrafo 5.1 - Il diabetico di tipo 2, in buon compenso, con adeguato controllo dei fattori di rischio e con complicanze stabili può essere seguito dal MAP.

I percorsi di monitoraggio qui riportati sono utili per ridurre l'incidenza delle complicanze negli adulti con DM di tipo 2 e seguono delle precise raccomandazioni che legano le necessità cliniche di follow-up con la relativa azione diagnostico-terapeutica.

AZIONI	FORZA RACCOMANDAZIONI
Il trattamento intensivo mirato ad ottimizzare i valori di HbA1c.	forte
Riduzione della colesterolemia.	forte
Riduzione della PA.	forte
Valutazione del piede + educazione del paziente.	forte
Esame del <i>fundus oculi</i> .	forte
Modifica degli stili di vita (alimentazione, esercizio fisico).	forte

7.3 Il telemonitoraggio (Progetto sperimentale CReG)

Il modello di monitoraggio clinico a distanza dei pazienti con diabete, nelle situazioni che lo necessitano, prevede la possibilità di fornitura di strumenti che rilevino i dati biometrici di interesse (glicemia, Hb glicata, eventuale ECG..) per trasmetterli poi automaticamente ad un Centro Servizi, consentendo di tenere sempre aggiornato il data-base clinico dei pazienti arruolati, presentandoli organicamente ed integrati ai *caregiver* assegnati al Paziente.

Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M. Qualità professionale e percorsi assistenziali. I manuali di formazione per la valutazione e il miglioramento della qualità professionale. Roma-Ancona 2005. <http://www.epicentro.iss.it/focus/ocse/intro-qualita.asp>.

Mosca L, Linfante AH, Benjamin EJ, Berra K, Hayes SN, Walsh BW, Fabunmi RP, Kwan J, Mills T, Simpson SL. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation* 2005; 111(4): 499-510.

Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. *Am J Prev Med* 2002; 22 (4S): 15-38.

Poletti P. Empowerment del cittadino utente. *Care* 2005; 2: 24-27.

Robbins JM, Vaccarino V, Zhang H, et al. Socio-economic status and type 2 diabetes in African Americans and non-Hispanic white women and men: evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Public Health* 2001; 91: 76-83.

UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33) [published correction appears in *Lancet* 1999; 354: 602]. *Lancet* 1998; 352: 837-853.

UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group: Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998; 352: 854-865.

Venkat Narayan KM, et al. Diabetes: The pandemic and potential solutions. In: Disease Control Priority Project in Developing Countries 2nd Edition April 2006: 591-603 (<http://www.dcp2.org/main>).

Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1: 2-4.

World Health Organization. Preventing chronic disease a vital investment. WHO global Report. Geneva, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report).

Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L, INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364 (9438): 937-952.

ATS di Bergamo

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO**

TIPOLOGIA	ATTESA	PAROLE CHIAVE
Classe di priorità U Prestazione URGENTE DIFFERIBILE	3 giorni	Ittero Dolore addominale Massa addominale palpabile o pulsante senza dolore Ematuria macroscopica Recente trauma renale con microematuria, nessun sospetto di associata lesione addominale Oliguria (come da definizione nell'adulto: quantità urine inferiore a 400-500 cc/24 ore)