



PDTA: significato, vantaggi e criticità

Paolo Falasca

UOC Medicina – Struttura di Diabetologia
Polo H1 – ASL Roma 6

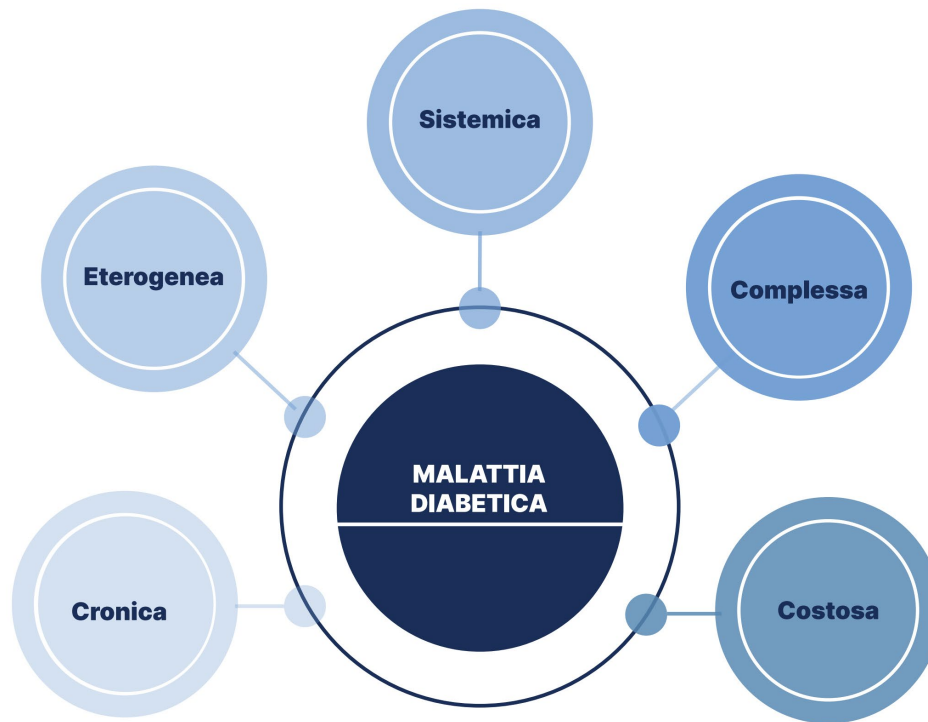
Mario D'Uva

Medico di medicina generale
Distretto 1 – ASL Latina

Il Dott. P. Falasca dichiara di NON aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti da Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche

Il Dott. M D'Uva dichiara di NON aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti da Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche

La rete diabetologica: se non ora quando?



La rete diabetologica: se non ora quando?

Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) un *percorso predefinito* in un contesto spazio-temporale definito



Il PDTA nasce con l'obiettivo di delineare il miglior percorso di cura e assistenza per una specifica malattia, seguendo l'evolvere delle esigenze della persona in tutte le sue fasi di vita e di decorso.

Definizione del PDTA

- ✓ E' un intervento complesso per prendere decisioni ed organizzare in modo condiviso l'assistenza di un ben definito gruppo di pazienti in un intervallo di tempo precisato
- ✓ Esprime una nuova “health technology” che ha l'obiettivo di aumentare la qualità dell'assistenza, migliorando gli esiti clinici aumentando la soddisfazione dei pazienti, e ottimizzando l'uso delle risorse
- ✓ Rappresenta un “mesosistema clinico”

Obiettivi del PDTA

- ✓ Centralità dell'utente attraverso la presa in carico della persona
- ✓ Superamento della frammentarietà delle singole attività e la loro riproducibilità
- ✓ Potenziamento dell'aggregazione e dell'integrazione multi professionale e disciplinare
- ✓ Definizione e consolidamento degli standard di buona pratica clinica
- ✓ Riduzione degli eventi straordinari
- ✓ Comunicazione tra professionisti, tra paziente e professionista e con la famiglia

La rete diabetologica: se non ora quando?

- ✓ Il **paziente e non il sistema al centro dell'organizzazione**, attraverso la realizzazione di un modello che abbia le caratteristiche del Disease Management.
- ✓ Obiettivo di perseguire l'appropriatezza e l'uso adeguato delle risorse per un processo di cura attivo da concepirsi nell'ambito di una vera rete assistenziale, "network" della patologia, **lungo il quale il paziente possa muoversi in funzione dei suoi bisogni senza ostacoli che peggiorino l'aderenza terapeutica e la qualità di vita.**
- ✓ Un modello di **integrazione plurispecialistica e pluriprofessionale** per il piano di cura del singolo paziente (*case management*) e per la gestione dell'intera popolazione affetta dalla patologia (*disease management*)

Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018

La rete diabetologica: se non ora quando?

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è lo strumento attraverso il quale sono trasferite in un contesto operativo le raccomandazioni basate sulle prove di efficacia provenienti dalle Linee Guida, ed è la modalità clinico-organizzativa che garantisce all'utente la necessaria continuità assistenziale fra i vari livelli d'intensità di cura in una logica di rete.

In particolare, il PDTA si sostanzia in un piano di cura e/o assistenza multiprofessionale ed interdisciplinare costruito per assicurare nei confronti di specifiche categorie di pazienti la migliore sequenza di azioni da effettuare al fine di raggiungere, con efficienza ed efficacia ottimali, obiettivi di salute definiti a priori. Esso, in pratica, identifica i poli assistenziali più adeguati a risolvere lo specifico problema di salute dell'utente e predispone la sequenza e i tempi del processo assistenziale in modo condiviso tra i vari attori del processo.

La rete diabetologica: se non ora quando?

Il PDTA necessita di un modello di riferimento, rappresentato dal miglior percorso identificabile sulla base delle evidenze scientifiche, ma nella sua traduzione operativa nelle singole realtà assistenziali deve verificare preliminarmente i vincoli dell'organizzazione locale e tener conto delle risorse disponibili.

Spetta alle ASL, attraverso i distretti e le direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri, individuare localmente i singoli “nodi” della rete (MMG, Strutture di Diabetologia (SD), unità di degenza ospedaliera, presidi territoriali, residenze sanitarie assistenziali, Case della Salute) e formulare con i vari attori dell'assistenza i PDTA locali. Le SD intraospedaliere devono, inoltre, assicurare il coordinamento dell'assistenza per le urgenze ed emergenze diabetologiche, nonché in genere il coordinamento dell'assistenza intraospedaliera per tutte le persone diabetiche ricoverate.

Il PDTA di riferimento si propone di assicurare un'assistenza più appropriata, efficace e sostenibile alle persone con diabete. Esso comprende 3 profili di cura distinti in virtù delle caratteristiche della popolazione oggetto dell'intervento, valutata secondo il modello per intensità e complessità di cura previsto dal Chronic Care Model (6).

PDТА: la prospettiva del MMG

Da una revisione sulla popolazione di assistiti di 10608 (12 MMG) [D1 Cisterna] abbiamo trovato che

784 erano affetti da T2DM [prevalenza 7.4%] PREVALENZA leggermente più alta di quanto precedentemente indicata nel pPDТА ASL LT

206 pazienti che erano ancora in terapia con secretagoghi (sulfaniluree 52 e glinidi 154) USO non più raccomandato dalle LG

91 di 200 pazienti con eventi MACE nella storia clinica erano non aderenti ad almeno un farmaco di target terapeutico

165 pazienti con T2DM che utilizzano ASA, AD e AI non assumevano una statina

250 erano invece in terapia con ASA ma a basso rischio CV (< 10%) (non tutti avevano T2DM)

solo a **471** pazienti è stato possibile attribuire un rischio di sviluppo di CAD basso -moderato con UKPDS
e solo **74** pazienti invece un rischio moderato-alto con l'algoritmo CUORE ISS in base ai dati registrati

Questi dati mostrano che ci sono margini di miglioramento consistente da implementare a diversi livelli... aderenza, valutazione e stratificazione rischio C ischemica, inerzia terapeutica, ect

La rete diabetologica: se non ora quando?

PDTA: la prospettiva del MMG **Significato**

Allora è evidente a tutti i MMG che dalla medicina di attesa c'è necessità di passare alla medicina d'iniziativa.

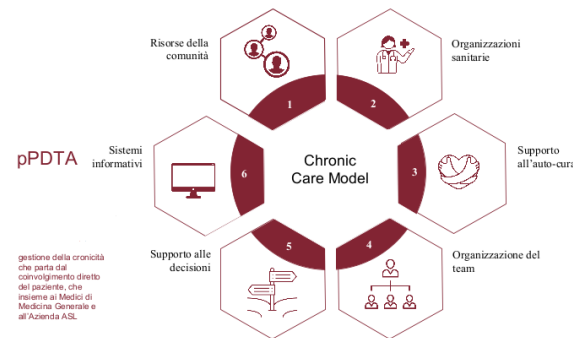
I pPDTA per le malattie croniche e del T2DM in particolare, si fondano sul CCM che ingloba questa nuova visione del lavoro clinico-assistenziale e la medicina delle 4 P.

I MMG ritengono che gli strumenti dei PERCORSI CLINICI strutturati e integrati nel SISTEMA della rete diabetologica in forma di pPDTA siano ormai un'esigenza strutturale per poter offrire a tutti i propri assistiti e in maniera equa la migliore assistenza praticabile possibile in forma multidisciplinare, integrata e coordinata tra medicina delle cure primarie e specialistica di livello superiore.

La ns esperienza ancorché iniziale sembra convincente.

Ore 10.05 PDTA: significato, vantaggi e criticità
Paolo Falasca, **Mario D'Uva**

Medicina di Iniziativa e il Chronic Care Model



Medicina 4P



La rete diabetologica: se non ora quando?

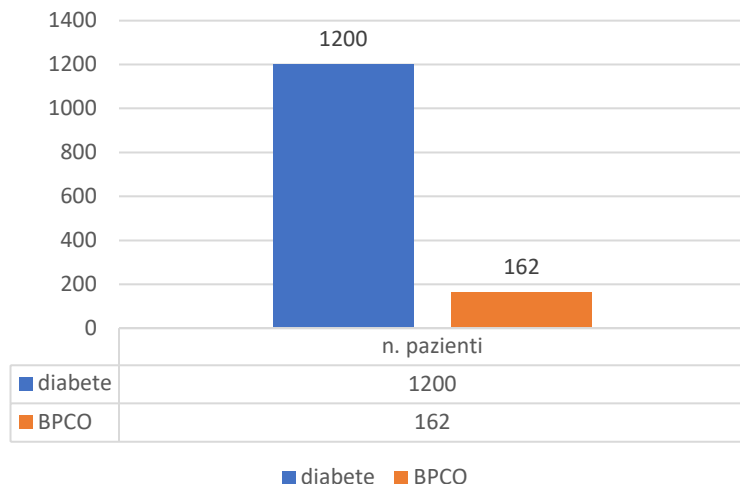
PDTA: la prospettiva del MMG

Stato arruolamento PDTA T2DM diabete ASL Latina (al 29 04 2022)

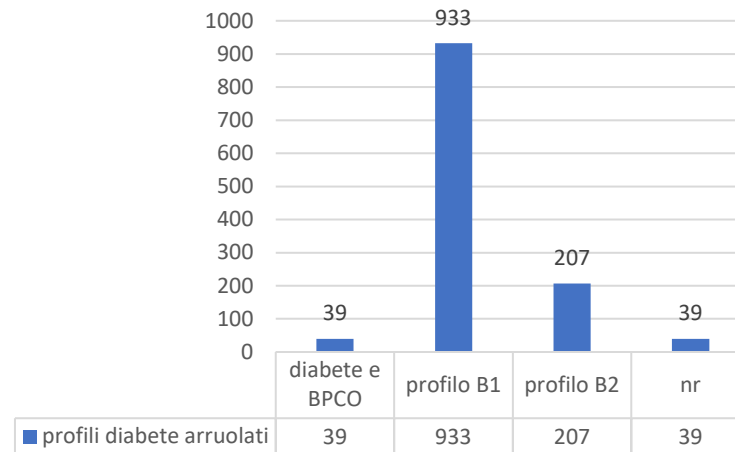
Percorsi Assistenziali



Pazienti arruolati n. 1440



Profili diabete arruolati



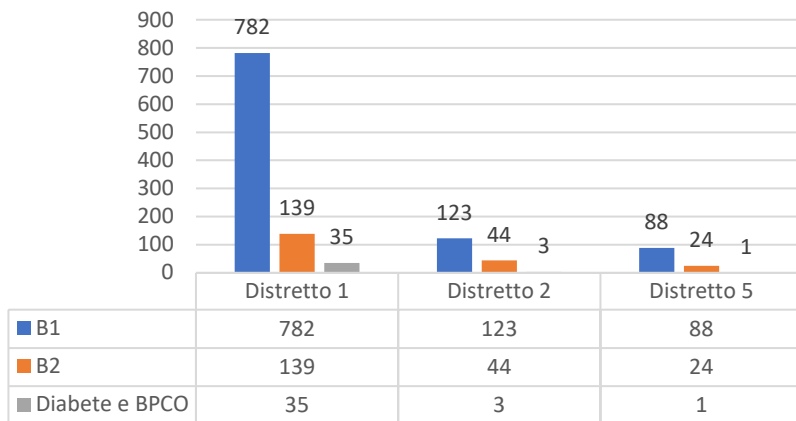
La rete diabetologica: se non ora quando?

PDTA: la prospettiva del MMG

Stato arruolamento PDTA T2DM diabete ASL Latina (al 29 04 2022)

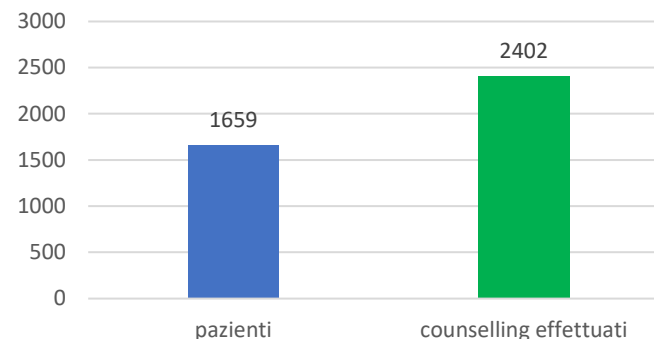


Profili diabete arruolati per Distretto



■ B1 ■ B2 ■ Diabete e BPCO

Presa in carico infermieristica nelle CCT



La rete diabetologica: se non ora quando?



Vantaggi

L'impatto di un PDTA si declina in:

- Una pronta identificazione dei bisogni di assistenza dei pazienti
- Un piano di riduzione delle barriere reali e potenziali all'accesso alle cure
- Un'identificazione dei problemi del paziente in modo preventivo piuttosto che retrospettivo
- Una riduzione o eliminazione dei duplicati di assistenza, di trattamenti e di test per la presenza di una sequenza coordinata di attività
- Un'assistenza individualizzata efficace ed efficiente in quanto adeguata al paziente stesso

La rete diabetologica: se non ora quando?

PDTA: la prospettiva del MMG **vantaggi** (aspettative e attese)

migliorare la qualità assistenziale (dalla diagnosi precoce di T2DM e delle cplz, alla terapia con farmaci che promettano maggiore sicurezza, efficacia e che siano meglio tollerati)

garantire equità di accesso a tutti, intercettando anche le persone con T2DM non noto e quelle a rischio [profilo A]

allargare la presa in carico da parte del Sistema di tutti i pazienti con condizioni croniche (PNRR e Case della Comunità)

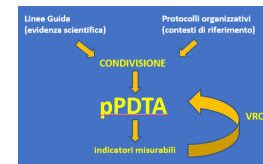
ricondizionare la presa in cura diventando care manager (riconosciuto) della «persona»/paziente con T2DM B1

migliorare l'organizzazione del lavoro con la gestione informatizzata estesa

liberare spazi di consulenza diabetologica per renderla disponibile e tempestiva per i casi più complessi

liberare altri spazi di consulenza specialistica con erogazione di prestazioni di 1° livello nella MG [come previsto dal nuovo ACN 04/2022]

rendere possibile la misura a distanza gli esiti clinici e di salute per verifiche e audit per revisioni



La rete diabetologica: se non ora quando?



Criticità

CRITICITÀ NELL'ASSISTENZA DIABETOLOGICA

La recente esperienza, maturata a causa dell'emergenza pandemica da COVID-19, ha fatto emergere una serie di criticità del sistema, acute dalla riduzione nei volumi di attività diagnostica e, più in generale, dalla diminuzione della popolazione assistita in diabetologia. L'aumento di patologie croniche come il diabete, con pazienti caratterizzati da marcata vulnerabilità e fragilità, ha reso evidente la necessità di **ripensare il rapporto tra assistito e territorio** al fine di renderlo più sinergico con i servizi attualmente offerti dai centri diabetologici multi-professionali e di **garantire maggiore integrazione tra le Strutture Diabetologiche e la Medicina del territorio.**

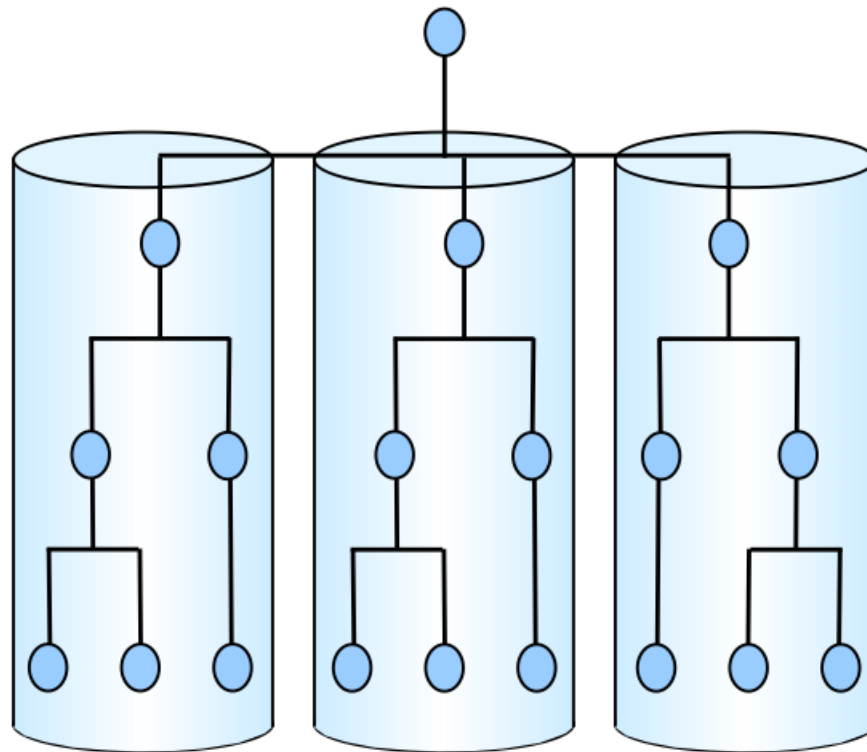
POCA INTEGRAZIONE

In assenza della necessaria integrazione fra Strutture Diabetologiche e Medicina Generale, gli outcome di salute peggiorano e si fanno più ricorrenti e minacciose le complicanze.

Criticità:

- Mancanza di allineamento fra raccomandazioni e prestazioni erogabili
- Mancanza di flessibilità dei percorsi
- Mancanza di condivisione della cartella clinica informatizzata
- Indicatori di qualità per il monitoraggio e revisione del PDTA: spesso disattesi
- Scarso ricorso agli strumenti di «manutenzione» del PDTA: formazione e audit
- Difficile coinvolgimento di altre figure professionali al di fuori del team diabetologico
- Deficit di integrazione fra Ospedale e Territorio
- Mancanza di sistema premiante/disincentivante.

La rete diabetologica: se non ora quando?



La rete diabetologica: se non ora quando?



La rete diabetologica: se non ora quando?

PDTA: la prospettiva del MMG **criticità** **riguardo agli aspetti tecnico-scientifici**

stadiazione profilo di cura B1, B2 e stratificazione del RCV e della MRC
prescrizione i nuovi farmaci antidiabetici (applicazione nota 100 AIFA) e presidi
necessità che pPDTA possano essere implementati su strumenti organizzativi e normativi previsti

riguardo agli aspetti organizzativi

livello di confidenza nella strategia di lavoro d'iniziativa e del modello pPDTA [ampia variabilità tra i MMG]
livello di fiducia a prendersi cura in maniera globale ed esclusiva del profilo a basso grado B1
accettazione ruolo dell'assistito che diventa il centro dell'organizzazione dell'offerta dei servizi nel suo PAI
assunzione del ruolo di care manager di ogni assistito T2DM B1
troppa rigidità «protocollare» del pPDTA (legata alle differenti prerogative dei diversi attori lungo il percorso)
ri-definizione delle prestazioni CUR per il profilo B1 e B2 in base alle nuove evidenze e raccomandazioni LLGG
efficienza e semplificazione del lavoro con sistema informatizzato dedicato (CARE.it, ect)

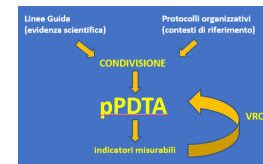
riguardo agli aspetti relazionali

riconoscimento del ruolo di care manager del MMG dagli altri operatori
ridurre la delega di cura allo specialista diabetologo, ma averlo solo come consulente
comunicazione dei sistemi informatici di sistema ASL/regione e quelli dei MMG non ancora ottimizzato
aspetti di educazione terapeutica impartiti agli assistiti concertata con CCT (empowerment)

mancato o ritardo dei compensi pagati ai MMG che già da 3 anni hanno arruolato assistiti nel pPDTA T2DM LT

Lavoro da implementare

(*arruolare, ricognizione diagnostica delle complicanze e farmacologica, registrazione completa dei dati, deleghe ad altri operatori o lavorare in team, ambulatorio a sessioni «dedicate»*)



B1 assistiti con T2DM neodiagnostico, con T2DM noto in buon compenso metabolico, a target per i vari FR CV, senza complicanze o complicanze stabili > gestione (esclusiva) MMG
elaborazione e gestione del PAI, gestione della farmaco-utilizzazione dei nuovi farmaci antidiabetici, verifica target terapeutici e monitoraggio cplz

B2 pz con T2DM e difficile compenso e complicanze non stabilizzate > gestione integrata MMG con specialista Diabetologo

C pz con T1DM > gestione Diabetologo in collaborazione con MMG

La rete diabetologica: se non ora quando?



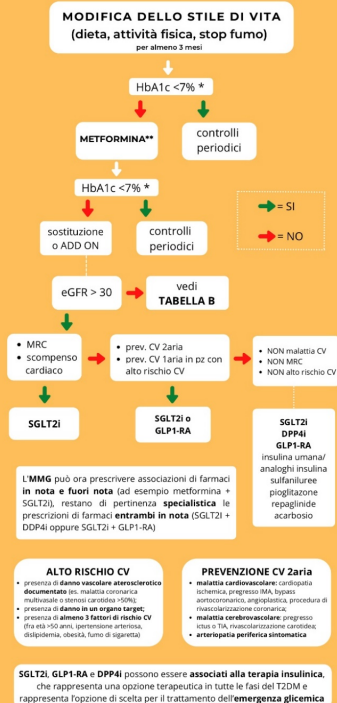
Sfide

NOTA 100 AIFA

- **INIBITORI SGLT2:** canagliflozin - dapagliflozin - empagliflozin - ertugliflozin
- **AGONISTI RECETTORIALI GLP1:**
dulaglutide - exenatide - exenatide LAR
liraglutide - lixisenatide - semaglutide
orale - semaglutide sottocutanea
- **INIBITORI DPP4:** alogliptin - linagliptin - saxagliptin - sitagliptin - vildagliptin
- **ASSOCIAZIONI PRECOSTITUITE:**
canagliflozin/metformina -
dapagliflozin/metformina -
empagliflozin/metformina -
empagliflozin/linagliptin -
ertugliflozin/metformina -
saxagliptin/dapagliflozin -
degludec/liraglutide -
glargine/lixisenatide -
alogliptin/metformina -
alogliptin/pioglitazone -
linagliptin/metformina -
saxagliptin/metformina -
sitagliptin/metformina -
vildagliptin/metformina



DIAGNOSI DI DIABETE



*HbA1c 7% = 53 mmol/mol. Valori < 48 mmol/mol (6.5%) possono essere considerati in casi selezionati sulla base del giudizio clinico. In caso di utilizzo di farmaci associati a ipoglicemia è invece opportuno mantenere l'HbA1c intorno a 58 mmol/mol (7.5%).

RICORDA!

- valutare HbA1c almeno **2 volte** all'anno
- se variazioni terapeutiche o instabilità metabolica ricontrattare HbA1c **a 3 mesi**
- alla diagnosi **inserire il paziente nel PDTA con gestione integrata** tra servizio di diabetologia e medicina generale
- riduzione media dei livelli di HbA1c (valori assoluti):
 - 0.4-0.8%** con gli inibitori del SGLT2
 - 0.5-0.6%** con gli inibitori del DPP4
 - 0.5-1.5%** con gli agonisti recettoriali del GLP1

SCHEDE DI VALUTAZIONE E PRESCRIZIONE

1- Scheda di prima prescrizione

(allegato AIFA 1a)

Informazioni necessarie del paziente:

- **peso, altezza, BMI**
- **HbA1c recente**
- **eGFR (CKD-EPI)**
- **albuminuria (se presente)**
- **paziente ad alto rischio CV o in prevenzione secondaria, presenza di MRC, scompenso cardiaco**
- **eventuali controindicazioni o intolleranze a SGLT2i, GLP1-RA e metformina**

- **obiettivo** di HbA1c
- **farmaco** e **rispettiva posologia**

La **validità** della prima prescrizione è di massimo **6 mesi**

2 - Scheda di rinnovo della prescrizione

(allegato AIFA 1b)

Informazioni necessarie del paziente:

- **peso, altezza, BMI**
- **comparsa di eventi avversi**
- **se terapia precedente non confermata: rischio CV, prevenzione CV, MRC, scompenso cardiaco**
- **HbA1c recente**
- **eGFR (CKD-EPI)**

- **obiettivo** di HbA1c
- **farmaco** e **rispettiva posologia**

La **validità** del rinnovo è di massimo **12 mesi**

TABELLA A: Potenziali rischi dei farmaci per la terapia del T2DM
(fonte: www.cfsa.gov.au)

	Acetazolo	ZPMS	GAFA MA	metilglucosammina	Metformina	niacinamide	MCTD	metformina
Interazione con altri farmaci	-	-	-	-	-	-	-	-
Ispemismo	-	-	-	++	-	-	-	-
Aumento di peso	-	-	-	-	-	-	-	-
Osteoporosi postmenopausale	+++	-	-	-	-	-	-	-
Pancreatite acuta	-	+	+/-	-	-	-	-	-
Fratture ossee	-	-	-	-	-	-	+/-	-
Deposizione di vitamine/Biotinazione	-	-	+/-	-	-	-	+	-
Ritardamento Ritardamento	-	-	-	-	-	-	-	-
Sintomi cardiaci	-	+/-	-	-	++	-	-	-
Infezioni genitali urinarie	-	-	-	-	-	-	+	-
Cholestasi	-	-	-	-	-	-	-	-
Retinopatia diabetica	-	-	+/-	-	-	-	-	-
Amputazioni arti inferiori	-	-	-	-	-	-	+/-	-
Facile assorbimento del farmaco	-	-	-	-	-	-	-	-

TABELLA B - Farmaci per il T2DM in caso di IBC

[illegible]

SGLT2i: inibitori del SGLT2
 DPP4i: inibitori del DPP4
 GLP1-RA: agonisti recettoriali del GLP1
 IRC: Insufficienza Renale Cronica
 MRC: Malattia Renale Cronica
 T2DM: Diabete Mellito di Tipo 2
 CV: cardiovascolare
 BMI: Body Mass Index
 eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate
 PDTA: percorso diagnostico terapeutico associato

(fonte: www.aifa.gov.it)

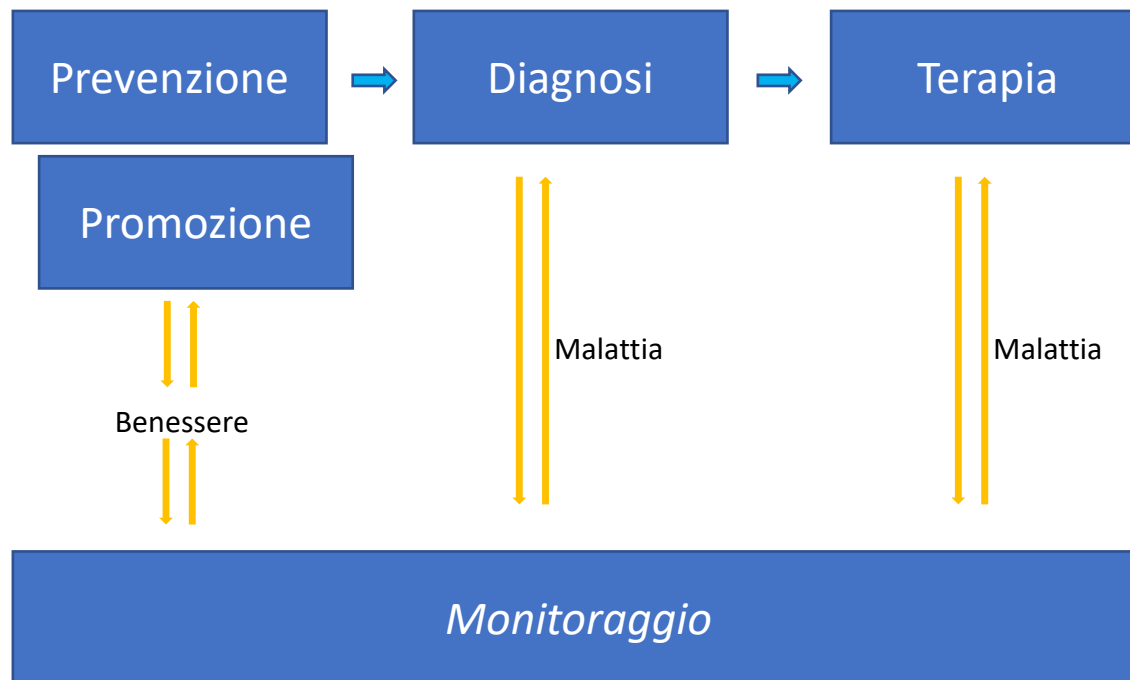
La rete diabetologica: se non ora quando?



Ministero della Salute

TELEMEDICINA
Linee di indirizzo nazionali

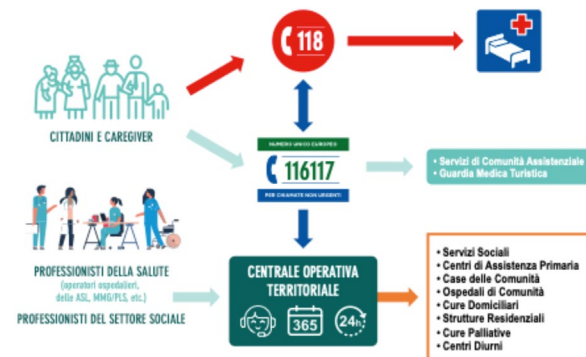
Digital medicine - PDTA



La rete diabetologica: se non ora quando?

La digital health rappresenta un tassello importante della gestione della cronicità anche alla luce della riforma dell'assistenza di prossimità che si intende attuare nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). A tale scopo risulta strategico l'inserimento degli strumenti di digital health nei PDTA.

DM 71: MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA NEL TERRITORIO



**CORRIERE
SALUTE**

Settimanale Data 26-05-2022
Pagina 15
Foglio 1

La gestione di questa patologia sul territorio è necessaria però bisogna evitare le eccessive semplificazioni: rimangono necessari i team multidisciplinari

NON «BANALIZZARE» IL DIABETE



di **Graziano Di Cianni***

Semplificare, senza banalizzare o dimenticare la complessità. È questo, nella prospettiva di un diabetologo, il compito più arduo per la Missione 6 del Pnrr (Piano nazionale di ripresa e resilienza), incentrata sulla riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Il Covid ci ha ricordato che l'ospedale dovrebbe trattare le malattie acute, e occuparsi di quelle croniche soltanto in fase di recrudescenza. Oggi, il tentativo di riportare sul territorio la presa in carico e l'assistenza delle cronicità – a partire dal diabete – non può e non deve dare l'illusione che queste siano gestibili tramite «semplici» consulti ambulatoriali in capo a un singolo professionista.

Può essere quindi un'ottima idea quella di allestire sul territorio pre-

sidi integrati di presa in carico e assistenza, come le Case di comunità. Purché queste ultime siano concepite come organizzazioni strutturate, in grado di garantire un percorso assistenziale fondato su due elementi imprescindibili per il buon esito della cura: multiprofessionalità e alleanza terapeutica.

La prima, possibile solo se il diabetologo coordina un team di cura, che abbia al suo interno almeno infermieri specializzati, podologi e dietisti.

La seconda, fondata su un rapporto bidirezionale, di dialogo, attraverso il quale il paziente non si limita a ricevere prescrizioni, ma impara a gestire la propria malattia.

È questa l'unica ricetta che garantisce gli attuali risultati del team diabetologico: migliori risultati che riducono il rischio di insorgenza di complicanze croniche ottimizzando al contempo l'utilizzo delle risorse a disposizione del sistema sanitario nazionale.

Questa visione dell'assistenza alle persone con diabete non può ri-

Le strutture devono essere in grado di garantire un percorso di assistenza integrato da infermieri, podologi, dietisti

manere soltanto un semplice ausilio, soprattutto oggi che il diabetologo e il suo team sono pronti: farsi ancora più prossimi ai pazienti, grazie alla digitalizzazione.

E se c'è un ambito in cui la sanità digitale può fare la differenza, senza dubbio l'area delle patologie in cui il percorso di cura è strettamente legato agli stili di vita.

Del resto, con quattro milioni di persone con diabete e circa un milione di sommerso – ovvero persone che hanno il diabete ma non sanno di averlo –, e con l'aumentata esponentiale dell'obesità, anche tra i giovanissimi, l'Italia non può permettersi di banalizzare le malattie cardio metaboliche.

È necessario quindi definire nuovi modelli assistenziali adeguati alla complessità e all'impatto sul sistema.

Altrimenti stiamo già covando coccienti, e quindi più colpevoli - la prossima pandemia.

**Presidente Ami
(Associazione Medici Diabetologi)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



www.aemmedi.it



www.siditalia.it

Le opportunità per l'assistenza diabetologica alla luce del PNRR

La complessità nella gestione del diabete rappresenta una sfida per l'intero ecosistema sanitario. Coinvolge molteplici professionisti nell'attività di diagnosi, monitoraggio e trattamento, e inoltre impegna risorse sempre più rilevanti per garantire l'accesso alle cure migliori e all'innovazione, nel rispetto dei principi di uguaglianza ed equità.

La rete diabetologica: se non ora quando?



Uguaglianza

La rete diabetologica: se non ora quando?



THANK YOU





SID
Società Italiana
di Diabetologia



SIMG

SECCIONE ITALIANA DI
ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA
E MALATTIE CORRELATE

Corso Territoriale
AMD-SID Lazio

Sabaudia, 28 Maggio 2022

La rete diabetologica: se non ora quando?

La rete diabetologica: se non ora quando?

Profilo A. Popolazione a rischio per diabete (classe 7 Documento AMD-SID-SIMG)
(7)

Screening, diagnosi e prevenzione DM2: Protocolli A1/A2

Profilo B. 3 distinte tipologie di pazienti con DM2:

- Persone con Diabete Mellito neodiagnosticato o diagnosticato in precedenza ma non seguite presso una SD: Protocollo B1/B2 (in base alle condizioni cliniche)
- Persone con DM2 senza complicanze o con complicanze stabili e in buon compenso metabolico (classe 5 Documento AMD-SID-SIMG): Protocollo B1
- Persone con DM con complicanze non stabilizzate o con scompenso metabolico (classe 2,3,4 Documento AMD-SID-SIMG): Protocollo B2

Profilo C. Gestione del paziente con DM1 e con altre forme specifiche di diabete

La rete diabetologica: se non ora quando?

Protocollo B1

Presenza in carico prevalente da parte del MMG con controlli ogni 3-6 mesi e follow up con controllo a distanza presso la SD secondo il Piano di cura condiviso

- controlli presso il MMG (ogni 3-6 mesi):
 - visita medica generale, con controllo dei valori pressori e degli indici antropometrici
 - HbA1c (3-6 mesi)
 - valutazione auto-monitoraggio della glicemia (quest'ultimo se previsto)
 - assetto lipidico, funzione renale ed epatica, elettroliti o altri accertamenti, esame clinico per lo screening/valutazione delle complicanze, sulla base del piano di cura individuale concordato con il CD
 - educazione terapeutica
- invio alla SD secondo piano di cura individuale
- rinnovo annuale della prescrizione in WebCare del piano terapeutico per i presidi per autocontrollo (la prima prescrizione, il primo inserimento in WebCare ed eventuali variazioni del piano terapeutico vengono fatti dalla SD)
- vaccinazione antiinfluenzale ed antipneumococcica

Il MMG, anche in collaborazione con gli infermieri e con le strutture della Casa della Salute, si impegna a garantire elevati livelli prestazionali anche ai pazienti in assistenza domiciliare (classe 6) e coerentemente con le necessità del paziente può richiedere la consulenza dello specialista operante nel team della Casa della Salute

- controlli presso la SD (secondo piano di cura individuale, anche con intervalli superiori all'anno: 1/2/3 anni):
 - visita medica generale e indagini di base per la valutazione del compenso metabolico e per lo screening/valutazione delle complicanze con eventuale approfondimento diagnostico
 - verifica delle abilità di autocontrollo ed autogestione, counselling nutrizionale e sull'attività fisica (educazione terapeutica individuale o di gruppo)

Protocollo B2

Il Protocollo B2 prevede la gestione dei pazienti da parte della SD, con il supporto del MMG. A seconda del grado di scompenso e del tipo e dell'entità delle complicanze croniche, il paziente diabetico viene gestito in regime ambulatoriale, di day service e, ove necessario, in regime di ricovero. A tale riguardo è fondamentale al fine di assicurare appropriati interventi per livelli di intensità di cura crescente, che le SD realizzino PDTA e sinergie condivise con le Unità Operative intraospedaliere (DEU, UTIC, CHIRURGIA etc.) e con centri di riferimento clinico per problematiche specifiche di alta complessità. L'iter del paziente complicato prevede una più approfondita valutazione diagnostica e stadiazione della complicanza in atto, attraverso indagini specifiche riportate di seguito, e l'applicazione di appropriati protocolli terapeutici. Una volta ottenuta una stabilizzazione delle complicanze croniche e/o del controllo glicemico ed un soddisfacente miglioramento degli altri fattori di rischio cardiovascolare il paziente può tornare al Protocollo B1.

INDAGINI DI BASE

- glicemia, HbA1c, trigliceridemia, colesterolemia totale e HDL (con calcolo LDL colesterolo, non-HDL), esame emocromocitometrico con formula, uricemia, esame urine, microalbuminuria (rapporto albumina/creatinina, preferibile in prima istanza, o albuminuria 24 ore), creatininemia per calcolo e GFR, transaminasi, gamma GT
- ECG basale e visita cardiologica
- fondo oculare e tonometria in visita oculistica
- indice caviglia-braccio (ABI)
- test per sensibilità pressoria con monofilamento, test per sensibilità vibratoria con diapason/biotensiometro, Diabetic Neuropathy Index (DNI) con stratificazione del rischio ulcerativo

EVENTUALI INDAGINI DI APPROFONDIMENTO

- monitoraggio glicemico 24 ore, peptide-C basale e dopo stimolo con glucagone
- creatinichinasi (se terapia con statine), elettroliti (se terapia con diuretici o bloccanti il sistema renina-angiotensina)
- fibrinogeno, omocisteina, acido folico, proteina C reattiva ad alta sensibilità
- monitoraggio pressorio/24 ore, monitoraggio ECG/24 ore, ecocardiogramma, test provocativo di ischemia (ECG o scintigrafia miocardica o ecocardiogramma, da sforzo o dopo stress farmacologico), ulteriori indagini vascolari (coronarografia)
- ecocolordoppler dei vasi epiaortici e degli arti inferiori, ossimetria, ulteriori indagini vascolari (angio-RMN o angio-TC, arteriografia)
- fluorangiografia, OCT
- urinocoltura, proteinuria/24 ore, ecografia renale
- elettroencefalografia o elettromiografia
- test di valutazione per neuropatia autonoma
- ecografia addome superiore