



Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie

Diabete e Farmacia dei Servizi

La farmacia dei servizi per il controllo delle patologie croniche: sperimentazione e trasferimento di un modello di intervento di prevenzione sul diabete tipo 2.

Paolo Cavallo Perin Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino

Paola Brusa Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco, Università degli Studi di Torino

Roberto Gnani Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3, Regione Piemonte

Programma scientifico

Registrazione partecipanti
Presentazione obiettivi del corso
Classificazione del diabete mellito
Valutazione delle caratteristiche cliniche fisiopatologiche del diabete mellito
Elementi essenziali della diagnosi
Il cittadino asintomatico
Discussione sui temi trattati
Coffee Break
Complicanze del diabete mellito
I fattori spia
I target
Lo stile di vita
La prevenzione del diabete mellito
Discussione sui temi trattati
Pausa Pranzo
I farmaci
La terapia insulinica
La visita medica
Il controllo della glicemia
Discussione sui temi trattati
Coffee break
La gestione dell'ipoglicemia
I servizi di diabetologia
Discussione sui temi trattati
L'autodiagnostica in farmacia
Il Protocollo CCM Diabete e Farmacia dei Servizi
Errori e credenze più comuni: presentazione e discussione di 10 casi.
Discussione sui temi trattati
Questionario di valutazione dell'evento formativo



Attività dei Servizi di Diabetologica

- Prima valutazione e controlli periodici dei pazienti diabetici
- Attività di educazione terapeutica per i pazienti
- Coordinamento della attività di screening e follow-up delle complicanze della malattia diabetica
 - retinopatia diabetica
 - nefropatia diabetica.
 - piede diabetico (che comprende lo Screening della neuropatia)
- Coordinamento delle attività di screening delle complicanze macroangiopatiche
 - screening della cardiopatia ischemica
 - Doppler dei vasi epiaortici

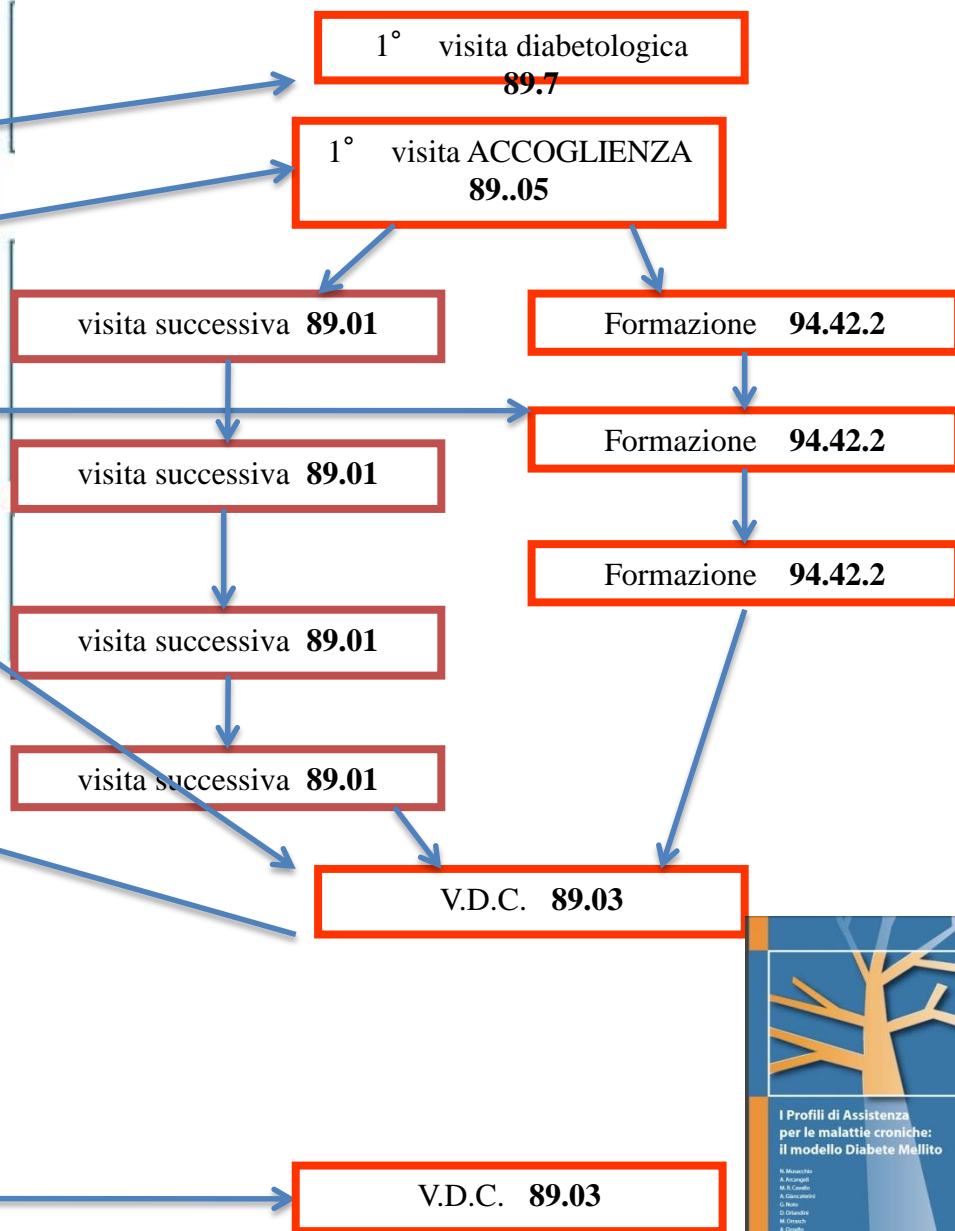
La valutazione specialistica di un paziente diabetico

- Insieme delle attività e prestazioni che consentono di :
 - disporre di un quadro clinico anamnestico completo del paziente;
 - eseguire una valutazione completa delle possibili complicanze croniche della malattia diabetica;
 - stendere un piano diagnostico e terapeutico personalizzato, da proporre e condividere con il MMG e da verificare ed eventualmente riadattare all'accesso successivo (riferito a tutti i pazienti diabetici, anche a quelli non seguiti in gestione integrata).
 - effettuare un primo livello di educazione terapeutica, pertinente con il suddetto piano diagnostico terapeutico personalizzato.

Segmento di percorso: gestione integrata del paziente diabetico T2 (flow-chart)

Personale/Luogo	Iter e attività	Tempi
Ambulatorio MMG, CUP	Paziente diabetico neo-diagnosticato Invio al CD per 1° VALUTAZIONE, PRENOTAZIONE CUP	2 accessi
Centro diabetologico	Rilascio certificazione per esenzione ticket Valutazione complessiva del paziente, impostazione terapeutica ed educazione strutturata alla gestione della malattia. 1° accesso: esami ematochimici, valutazione clinica, valutazione cardiologica con ECG basale, fondo dell'occhio, <i>counselling</i> stili di vita, impostazione piano dietetico e terapeutico o verifica dello stesso 2° accesso: valutazioni specialistiche specifiche (se necessarie), esame del piede Report al MMG con piano di cura e follow-up concordato con il MMG	1° visita CD entro 10 giorni
MMG	Paziente diabetico T2 compensato, senza complicanze d'organo: Attuazione del piano di cura individuale Ogni 2-4 mesi: visita clinica, <i>counselling</i> , educazione Ogni 3-4 mesi: FPG e post prandiale, HbA _{1c} , es. urine, valutazione autocontrollo glicemico-se prescritto, peso corporeo e BMI, P.A. Ogni 6 mesi: visita medica orientata alla patologia (con valutazione cardiovascolare, neurologica periferica, piede) Ogni anno: invio al CD	
CD	Effettua la valutazione annuale a tutti i diabetici secondo le raccomandazioni allegate Interviene, su richiesta specifica del MMG, se: controllo metabolico non soddisfacente (HbA _{1c} >7,5 in 2 determinazioni consecutive) comparsa di segni clinici riferibili a complicanze ripetuti episodi di ipoglicemia sintomatologia di scompenso metabolico acuto	

Esempio di Percorso del paziente Diabetico



Rete Regionale

- Nella Regione Piemonte è operante una rete capillare di Strutture organizzative e Ambulatori di diabetologia. Sono presenti:
- Strutture Complesse di Diabetologia (compresa struttura di Diabetologia pediatrica, a Torino).
- Strutture organizzative (fra SSD e SS). Almeno una Struttura organizzativa è presente in ciascuna delle ASL della Regione.
- Ambulatori di Diabetologia pediatrica (presso le Aziende Ospedaliere di Novara, Alessandria, **verificare Cuneo**) e uno dedicato ai problemi di diabete e gravidanza (Torino).
- Più della metà delle Strutture e degli Ambulatori sono a collocazione ospedaliera.

CLASSIFICAZIONE CENTRI

- Strutture (o Unità) Complesse con varie articolazioni
- Strutture (o Unità) a Valenza Dipartimentale con varie articolazioni
- Strutture (o Unità) Semplice
- Distretto con ambulatori specialistici
- Ambulatori Specialistico ospedaliero divisionale 6
Privati accreditati

Registro dei pazienti (R.R.D.): Operativo in Piemonte per le persone con diagnosi di diabete Mellito

- Il Registro Regionale diabetici (RRD) è stato istituito e attivato nel 1989, in applicazione della L. 115/1987 e del D.M. 7.1.1988, n.23.
- Il registro è correlato all'emissione della tessera per i soggetti diabetici ed è gestito con procedura informatizzata derivante dal collegamento di tutti i servizi di diabetologia del territorio regionale.
- È compito istituzionale di tali servizi effettuare l'immissione dei dati anagrafici e clinici informativi.
- I pazienti potrebbero essere «motivati» alla registrazione, perché la tessera rappresenta attestazione di patologia ufficiale per ottenere l'esenzione dalla contribuzione alla spesa sanitaria ed il documento necessario per ottenere gratuitamente la fornitura dei presidi diagnostici – terapeutici.

Gestione Integrata

- Il modello di gestione integrata del diabete mellito tipo 2 dell'adulto del progetto IGEA può essere così riassunto:
 - la persona con diabete è inviata al SD (servizio Diabetologia) per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia.
 - La persona viene seguita in modo attivo, secondo una medicina di iniziativa, da parte del proprio MMG, al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti. Effettua una visita generale almeno ogni sei mesi presso il MMG, una valutazione complessiva periodica presso la struttura diabetologica, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze
 - Il diabetico accede, inoltre, al SD per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.
- Progetto IGEA: Progetto per l'Integrazione, Gestione e Assistenza della malattia diabetica (IGEA), condotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) su mandato del Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Epoca di insorgenza del Diabete:

Terapia in corso (diabetologica e non):

 1..... 4.....
 2..... 5.....
 3..... 6.....

		Scheda di follow-up *(Minimo indispensabile)					
		3-4 mesi Data:	6 mesi* Data:	9 mesi Data:	1 anno* Data:	15 mesi Data:	18 mesi* Data:
Ogni 3-4 mesi	Glicemia						
	HbA1c						
	Esame urine						
	Pressione Arteriosa						
	Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)						
	Rinforzo educativo (specificare argomento)						
	BMI / Circonf. vita	/	/	/	/	/	/
Ogni 6 mesi	Ispezione del piede						
	EO Cardiovascolare						
	EO Neurologico						
A 1 anno	Microalbuminuria						
	Creatininemia						
	Uricemia						
	Colesterolo tot.						
	Colesterolo HDL						
	Trigliceridi						
	AST / ALT/ GGT						
	Emocromo+F						
	Calcolo del rischio CV						
	ECG						
A 2 anni	Fondo Oculare (almeno ogni 2 anni o prima in presenza di retinopatia)						(24 mesi) data:

Altri esami rilevanti eseguiti:.....

Problemi aperti:.....

- HO RACCOLTO IL CONSENSO INFORMATO ALLA GESTIONE INTEGRATA
- HO RACCOLTO L'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

TIMBRO e Firma del Medico

– Indirizzo, numero di telefono, orario di reperibilità ed indirizzo E-mail del medico

**Programma CCM 2015
to «DIABETE e FARMACIA»**

Indicatori e Standard

Attività previste per il Medico di Famiglia

➔ **1. OBIETTIVO:** migliorare la prevalenza, ridurre i casi di diabete tipo 2 misconosciuti

Almeno il **3%** della popolazione di assistiti inserita in Gestione Integrata

➔ **2. OBIETTIVO:** per un efficace follow-up dei pazienti

Registrazione di almeno una **HbA1c** negli ultimi 12 mesi nel **70%**

Registrazione di almeno un **Profilo Lipidico** negli ultimi 12 mesi nel **60%**

Registrazione di almeno una **Pressione Arteriosa** negli ultimi 12 mesi nel **90%**

Registrazione di un **BMI** negli ultimi 12 mesi nel **70%**

Registrazione di una **Circonferenza Addominale** negli ultimi 12 mesi nel **50%**

Registrazione di almeno una **Microalbuminuria** negli ultimi 12 mesi nel **50%**

Registrazione di almeno una **Creatininemia** negli ultimi 12 mesi nel **60%**


➔ **3. OBIETTIVO:** per migliorare la "performance"

Ultimo valore registrato di **HbA1c** $\leq 7,5\%$ nel **25%**

Ultimo valore registrato di **Colesterolo LDL** $\leq 130\text{mg/dl}$ nel **20%**

Ultimo valore registrato di **Pressione Arteriosa** $\leq 130/80\text{mmHg}$ nel **20%**

I NUMERI al 30 SETTEMBRE 2012

REGIONE PIEMONTE  REGIONE PIEMONTE	n° Pazienti in GI	n° Medici	n° Medici Aderenti
TOTALE	72.468	3251	2177 (67%)



NEL PORTALE SONO STATI INSERITI 69.346 PAZIENTI: **96%**