

# STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

---

Edizione per la Medicina Generale

***Giuseppe Noberasco***

*Vice Presidente SIMG Liguria*

*MMG, Specialista in Diabetologia*

***Arenzano, 19 Maggio 2012***



STANDARD ITALIANI  
PER LA CURA DEL  
DIABETE MELLITO

2009-2010

edito da  
info:medica

## A. CRITERI DIAGNOSTICI

### RACCOMANDAZIONI

▶ In *assenza* dei sintomi tipici della malattia (poliuria, polidipsia e calo ponderale), la diagnosi di diabete deve essere posta con il riscontro, confermato in almeno due diverse occasioni di:

- glicemia a digiuno  $\geq 126$  mg/dl (con dosaggio su prelievo eseguito al mattino, alle ore 8 circa, dopo almeno 8 ore di digiuno)

*oppure*

- glicemia  $\geq 200$  mg/dl 2 ore dopo carico orale di glucosio eseguito con 75 g (*Oral Glucose Tolerance Test, OGTT*)
- in entrambi i casi da confermare con un secondo test.

**(LdP III, FdR A)**

*oppure*

HbA<sub>1c</sub>  $\geq 6,5\%$  (solo con dosaggio standardizzato).

**(LdP III, FdR A)**

*Nota: il dosaggio dell'HbA<sub>1c</sub> deve essere standardizzato e allineato a IFCC; inoltre devono essere tenute in considerazione eventuali condizioni che possono interferire con il dosaggio dell'HbA<sub>1c</sub>.*

I programmi di screening basati sulla glicemia a digiuno hanno un più favorevole rapporto costo/efficacia rispetto a quelli basati su OGTT. **(LdP VI, FdR B)**

Tabella 5

**Soggetti ad alto rischio di DMT2**

**IFG o IGT o pregresso diabete gestazionale o HbA<sub>1c</sub> 6-6,49% (vedi pag. 7)**

**Età  $\geq$  45 anni, specialmente se con BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>**

**Età  $<$  45 anni e una o più tra le seguenti condizioni:**

- inattività fisica
- familiarità di primo grado per DMT2 (genitori, fratelli)
- appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio
- ipertensione arteriosa ( $\geq$  140/90 mmHg) o terapia antipertensiva in atto
- bassi livelli di colesterolo HDL ( $\leq$  35 mg/dl) e/o elevati valori di trigliceridi ( $\geq$  250 mg/dl)
- nella donna, parto di un neonato di peso  $>$  4 kg
- basso peso alla nascita ( $<$  2,5 kg)
- sindrome dell'ovaio policistico o altre condizioni di insulino-resistenza come l'*acanthosis nigricans*
- evidenza clinica di malattie cardiovascolari

**Ragazzi/e di età  $>$  10 anni, con BMI  $>$  85° percentile e due tra le seguenti condizioni:**

- familiarità di primo o secondo grado per DMT2
- madre con diabete gestazionale
- segni di insulino-resistenza o condizioni associate (ipertensione, dislipidemia, *acanthosis nigricans*, ovaio policistico, basso peso alla nascita)
- appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio

- ▶ Obiettivi glicemici più stringenti ( $HbA_{1c} \leq 6,5\%$ ) dovrebbero essere perseguiti in pazienti di nuova diagnosi o con diabete di durata  $< 10$  anni, senza precedenti di CVD, abitualmente in discreto compenso glicemico e senza comorbidità che li rendano particolarmente fragili.

**(LdP III, FdR A)**

- ▶ Obiettivi di compenso glicemico meno stringenti ( $HbA_{1c}$  7-8%) dovrebbero essere perseguiti in pazienti con diabete di lunga durata  $> 10$  anni soprattutto con precedenti di patologie 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.

**(LdP VI, FdR B)**

Tabella 10

### **Obiettivi glicemici in diabetici adulti di tipo 2**

$HbA_{1c} < 7,0\%*$  ( $< 6,5\%$  in singoli pazienti)

Glicemia a digiuno e pre-prandiale 70-130 mg/dl

Glicemia post-prandiale<sup>§</sup>  $< 180$  mg/dl<sup>§#</sup>

\* Facendo riferimento ai valori di 4,0-6,0% della popolazione non diabetica, con il metodo utilizzato dal DCCT.

<sup>§</sup> La misurazione della glicemia post-prandiale deve essere effettuata 2 ore dopo l'inizio del pasto.

<sup>#</sup> Valori post-prandiali  $< 140$  mg/dl sono auspicabili nel DMT2 (IDF 2007).

## N. ASSISTENZA INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO

### RACCOMANDAZIONI

- Il raggiungimento degli obiettivi di cura della malattia diabetica richiede la partecipazione attiva, con il consenso informato, del paziente all'offerta di programmi di diagnosi e cura, realizzati sulla base di attività di dimostrata efficacia nell'ambito di percorsi assistenziali (Tabella 14), in una rete integrata, pluridisciplinare e pluriprofessionale, organizzata e con l'adesione congiunta e responsabile del team diabetologico, del MMG e più in generale della medicina territoriale.

**(LdP III, FdR B)**

- È auspicabile un'adeguata informatizzazione delle strutture direttamente coinvolte nell'assistenza al paziente diabetico con modalità di archiviazione dei dati essenziali comune per formato e tracciato al fine di consentire una maggior condivisione dei dati e la formulazione e l'utilizzo di indicatori clinici.

**(LdP VI, FdR B)**

► Dovrebbe essere consultato un team o uno specialista diabetologo in presenza di diabete:

- neodiagnosticato
- insulino-trattato
- non in buon controllo
- gestazionale o in gravidanza o in previsione di una gravidanza
- con complicanze acute o croniche in evoluzione.

**(LdP III, FdR B)**

Tabella 14

#### **Modalità organizzative per la gestione integrata del DMT2 nell'adulto**



- Il paziente è inviato al Centro Diabetologico (CD) per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita.
- Il paziente viene seguito 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.
- Il paziente effettua una visita generale almeno ogni 6 mesi presso l'MMG.
- Il paziente effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze.
- Il paziente accede, inoltre, al CD per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.

<b>LIVELLI DI PROVA (nel testo abbreviato in LdP)</b>	
<b>Prove di tipo</b>	
<b>I</b>	Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
<b>II</b>	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
<b>III</b>	Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
<b>IV</b>	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
<b>V</b>	Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo
<b>VI</b>	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee-guida o consensus conference, o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee-guida

<b>FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI (nel testo abbreviato in FdR)</b>	
<b>Forza</b>	
<b>A</b>	L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II
<b>B</b>	Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura o intervento debba sempre essere raccomandata, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
<b>C</b>	Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
<b>D</b>	L'esecuzione della procedura non è raccomandata
<b>E</b>	Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura



► Dovrebbe essere consultato un team o uno specialista diabetologo in presenza di diabete:

- neodiagnosticato 
- insulino-trattato
- non in buon controllo
- gestazionale o in gravidanza o in previsione di una gravidanza 
- con complicanze acute o croniche in evoluzione.

**(LdP III, FdR B)**

Tabella 14

#### **Modalità organizzative per la gestione integrata del DMT2 nell'adulto**

- Il paziente è inviato al Centro Diabetologico (CD) per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che com-

**Il Diabetologo diventa il Medico di Famiglia del diabetico e il Medico di Famiglia fa quello che potrebbe fare un infermiere professionale**

- del proprio MMG, al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti.
- Il paziente effettua una visita generale almeno ogni 6 mesi presso l'MMG.
- Il paziente effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze.
- Il paziente accede, inoltre, al CD per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.

**DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE**  
**S.C. Medicina di Base e Specialistica**

**Tabella tempi di attesa**

**Rilevazione Bimestrale delle prestazioni ambulatoriali,  
in giorni, effettuata in data 23.01.2012**

<b>AMBULATORIO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>DIABETOLOGIA</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>74</b>	<b>86</b>	<b>86</b>	<b>77</b>

**CENTRO DIABETOLOGICO DI 2° LIVELLO**

# CENTRO DIABETOLOGICO DI 2° LIVELLO

## 1. *Centro culturale di riferimento*

(propaga cultura, educazione medica continua, consulenza telefonica..)

2. Non si occupa di esenzioni e rilascio materiale ma eventualmente vigila sull'operato in questo senso

3. Offre "counselling" per i cambiamenti dello stile di vita se MMG lo richiede

4. Predisporre o effettuare direttamente indagini per lo studio delle sequele/complicanze (fundus, ecg, TSA,...)


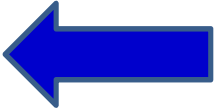
5. Riceve ed evade in tempi brevi le richieste di consulenza urgenti provenienti dal MMG

6. Valutato sull'appropriatezza e sulla qualità degli accessi e **NON** sulla quantità degli accessi.

7. Il MMG deve mostrare i risultati ottenuti e chiedere consulenza in caso di non raggiungimento dei target

8. **CD e MMG** si battono *insieme* per abolire norme regolatorie presenti solo in Italia.

► Dovrebbe essere consultato un team o uno specialista diabetologo in presenza di diabete:

- neodiagnosticato 
- insulino-trattato
- non in buon controllo
- gestazionale o in gravidanza o in previsione di una gravidanza 
- con complicanze acute o croniche in evoluzione.

**(LdP III, FdR B)**

Tabella 14

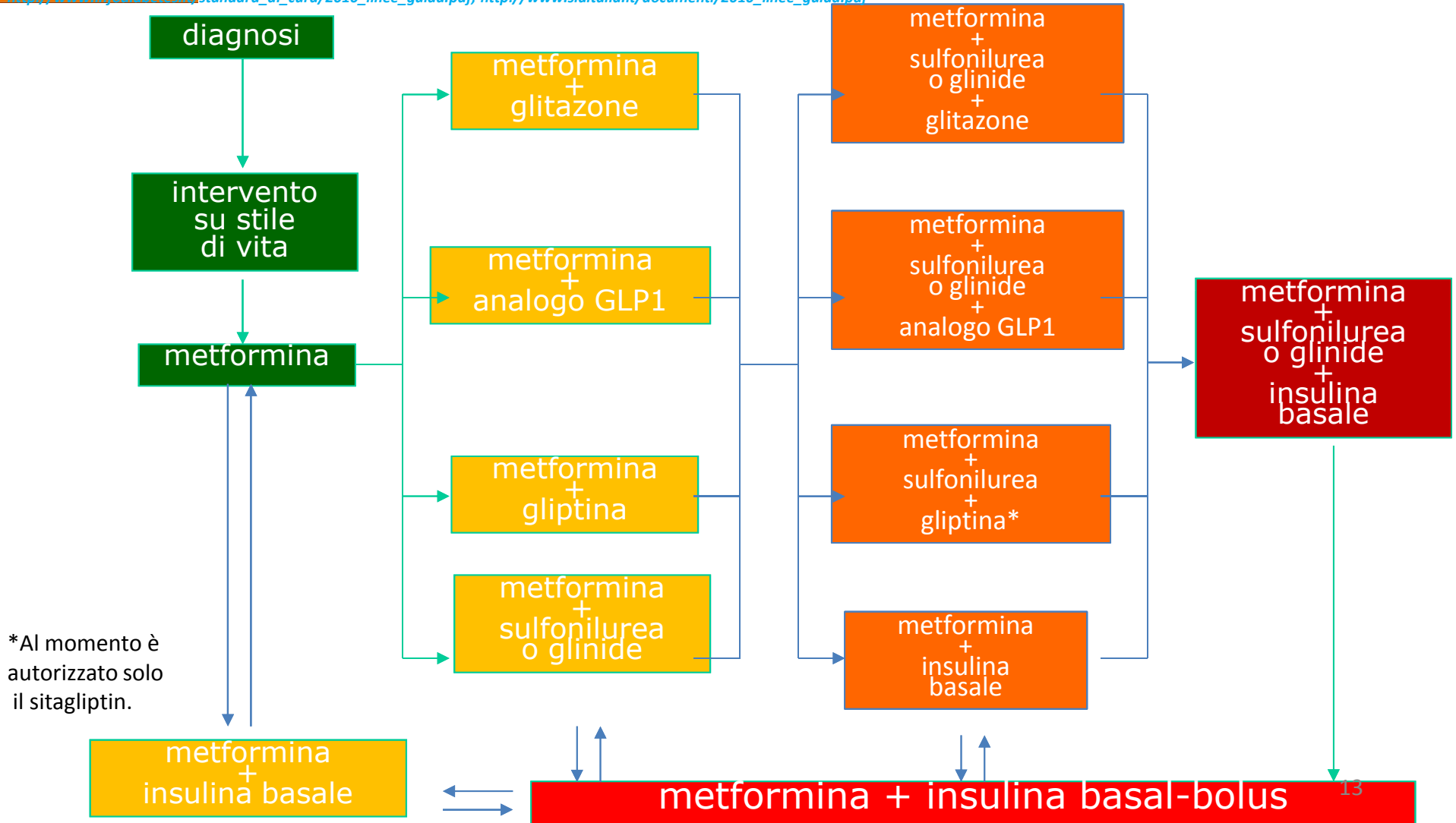
#### **Modalità organizzative per la gestione integrata del DMT2 nell'adulto**

- Il paziente è inviato al Centro Diabetologico (CD) per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita.
- Il paziente viene seguito 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.
- Il paziente effettua una visita generale almeno ogni 6 mesi presso l'MMG.
- Il paziente effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze.
- Il paziente accede, inoltre, al CD per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.



# Flow-chart per la terapia del diabete mellito di tipo 2.

AIMD, SID Standard italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010  
[http://www.infodiabetes.it/standard\\_di\\_cura/2010\\_linee\\_guida.pdf](http://www.infodiabetes.it/standard_di_cura/2010_linee_guida.pdf); [http://www.siditalia.it/documenti/2010\\_linee\\_guida.pdf](http://www.siditalia.it/documenti/2010_linee_guida.pdf)



**XVII CONGRESSO NAZIONALE SIMG**

**FIRENZE 16-18 NOVEMBRE 2000**

**GESTIONE DEL PAZIENTE DIABETICO:  
MODELLO DI INTEGRAZIONE TRA MMG  
E CENTRO DIABETOLOGICO**

**G. NOBERASCO, SIMG SAVONA**

## **ACCESSI AL CAD**

**1 ACCESSO ANNUALE PER CONTROLLO SEQUELE E/O STADIAZIONE SEQUELE, EV. DILAZIONATO IN BASE AL QUADRO CLINICO.**

**I RISULTATI DOVRANNO ESSERE COMUNICATI AL MMG.**

**2 TERAPIA EDUCAZIONALE IN CASO DI INSUCCESSO DI QUELLA EFFETTUATA DAL MMG**

**3 TIPO 2: SE HBA1c 8% NONOSTANTE L'INTERVENTO DEL MMG, SUGGERITO INVIO AL CAD PER CONSIGLI AL PAZ. E SUGGERIMENTI AL MMG**

**4 CURA COMPLICANZE ACUTE E CRONICHE (PIEDE DIABETICO, RETINOPATIA, DEFICIT ERETTILE, NEUROPATIA PERIFERICA E/O AUTONOMICA, IPO RICORRENTI) TRATTAMENTO, SUGGERIMENTI AL MMG.**

**5 TIPO 1 NON HA LIMITI D'ACCESSO**

**6 DIABETE IN GRAVIDANZA ACCESSI PROGRAMMATI CON IL CD E A DISCREZIONE MMG.**

## **RILASCIO MATERIALE PER AUTOCONTROLLO**

- 1 LA ASL RILASCIA, SU BASE DI DOCUMENTAZIONE SCRITTA DEL MMG LA QUANTITA' STANDARD DI MATERIALE PER AUTOCONTROLLO.  
PER QUANTITA' SUPPLETTIVE VISITA CAD.**
- 2 L'ESENZIONE PER PATOLOGIA, IN CASO DI IMPOSSIBILITA' O GRAVE DISAGIO DEL PAZIENTE A RAGGIUNGERE IL CENTRO, PUO' ESSERE RILASCIATO DIETRO ADEGUATA CERTIFICAZIONE DEL MMG.(PREVIO CONTATTO PERSONALE O TELEFONICO CON COLLEGA CAD.)**





STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO 2009-2010

## APPENDICE: INDICATORI

La misura delle performance, la presentazione dei risultati alle parti sociali, la sempre maggiore estensione delle responsabilità dei professionisti gioca oggi un'importante partita in tutti i sistemi sanitari. Ai tecnici della sanità viene sempre più spesso richiesto di rendere conto del loro comportamento e di saper individuare e migliorare gli ambiti lavorativi di minor qualità; in questo senso, trovare e analizzare in tempi rapidi le informazioni diventa essenziale.

I database di tipo amministrativo, ormai molto diffusi, sono di scarsa utilità per gli scopi più propriamente medici e molte organizzazioni sanitarie nel mondo, per risolvere questo limite, hanno implementato strategie di promozione e sviluppo dell'uso di banche dati negli ambienti clinici.

variabili ben definite, affidabili, inserite secondo codifiche e regole dichiarate in modo esplicito (Tabella I) (1).

Appare ben evidente, pertanto, come debbano essere realizzati percorsi di validazione e verifica degli standard con i quali sono costruiti, applicati e restituiti i risultati tratti dai database clinici, analogamente a quanto viene fatto nei trial clinici; idealmente, questa attività dovrebbe essere condotta da enti indipendenti.

In prospettiva, lo sviluppo e l'implementazione dei sistemi informativi dovrebbe permettere sia la valutazione della reale ricaduta positiva delle misure di performance professionale sulla salute dei cittadini assistiti dalle organizzazioni sanitarie, sia la realizzazione di audit

Aspetti della cura e caratteristiche dei relativi indicatori (da *Annali AMD 2009*) *continua*

ARGOMENTO	INDICATORE SELEZIONATO	TIPO DI INDICATORE	DENOMINATORE
<b>Controllo della pressione arteriosa (PA)</b>	% di pazienti con almeno una valutazione della pressione arteriosa nell'anno	Processo	Numero totale di pazienti con DM2 visti nell'anno
	% di pazienti con PA $\leq$ 130/80 mmHg	Outcome	Numero totale di pazienti con DM2 visti nell'anno e con almeno una valutazione della PA nell'anno
	% di pazienti con PA $\geq$ 140/90 mmHg non trattati con farmaci antipertensivi	Outcome	Numero totale di pazienti con DM2 con almeno una valutazione della PA nell'anno e con livelli di PA $\geq$ 140/90 mmHg
<b>Protezione cardiovascolare</b>	% di pazienti con almeno una valutazione del profilo lipidico nell'anno	Processo	Numero totale di pazienti con DM2 visti nell'anno
	% di pazienti con livelli di colesterolo LDL $<$ 100 mg/dl ( $<$ 2,59 mmol/l)	Outcome	Numero totale di pazienti con DM2 visti nell'anno e con almeno una valutazione del profilo lipidico nell'anno
	% di pazienti con livelli di colesterolo	Outcome	Numero totale di pazienti con DM2 con



### **Audit Clinico**

Monitoraggio e valutazione della gestione delle principali patologie croniche mediante indicatori di processo ed esito intermedio



### **Rischio Clinico**

Identificazione delle situazioni che determinano un rischio clinico e che necessitano di interventi correttivi



### **Appropriatezza Prescrittiva**

Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (nel singolo paziente o in gruppi di pazienti) relativa a specifici farmaci (Statine, Inibitori di Pompa Protonica, Acido Acetilsalicilico)



### **Progetti e Report**

Adesione e partecipazione a progetti di ricerca clinico-epidemiologica di carattere locale e Nazionale. Generazione di report inerenti i Patti Aziendali e le Vaccinazioni



### **Economia Sanitaria**

Monitoraggio, valutazioni e stime della spesa sanitaria nella popolazione assistita



### **Scambio Dati**

Invio e ricezione dei dati (aggregati e anonimizzati) agli archivi di riferimento per finalità di confronto. Aggiornamento automatico del programma e delle funzionalità in esso contenute



### **Analisi Criticità e Intervento**

Identificazione e risoluzione delle principali criticità nella gestione delle malattie croniche mediante specifici supporti scientifici



### **Simulazione Scenari**

Simulazione degli esiti (riduzione/aumento di eventi) di un intervento sanitario in base ad un predeterminato obiettivo di salute



### **Risorse e FaD**

Accesso a notizie di interesse professionale, aggiornamenti di letteratura internazionale, materiali formativi (FaD), supporto a materiali informativi per i pazienti



### **Supporti Professionali**

Funzionalità di supporto all'organizzazione e alla gestione dell'attività professionale



### **Gestione Persone Sane**

Gestione delle procedure di educazione sanitaria, prevenzione primaria e secondaria mediante strategie di popolazione e di singola persona sana



### **Pannello di Controllo**

Configurazione avanzata dell'applicazione, documentazione relativa al programma e Supporto Tecnico



 **Analisi sintetica**

 **Analisi per problema**

 **Audit di Gruppo**



## Tutti gli indicatori

Elenco di tutti gli indicatori raggruppati per problema



### BPCO

Area Pneumologica



### DEPRESSIONE

Area Neuro-Psichiatrica



### EPILESSIA

Area Neuro-Psichiatrica



### ICTUS-TIA

Area Cardiovascolare



### IPOTIROIDISMO

Area Metabolica



### MALATTIA CORONARICA

Area Cardiovascolare



### PREVENZIONE CV

Area Cardiovascolare



### SCOMPENSO

Area Cardiovascolare



### ASMA

Area Pneumologica



### CANCRO

Area Oncologica



### DIABETE MELLITO TIPO 2

Area Metabolica



### FIBRILLAZIONE ATRIALE

Area Cardiovascolare



### IPERTENSIONE

Area Cardiovascolare



### LOMBALGIA

Area Osteomioarticolare e del movimento



### MRGE

Area Gastroenterologica



### PREVENZIONE GI

Area Gastroenterologica



### ULCERA


Area Gastroenterologica

















TUTTI ASMA BPCO CANCRO DEPRESSIONE **DM 2** EPILESSIA FA ICTUS-TIA IPERTENSIONE IPOTIROIDISMO LOMBALGIA MAL. COR. MR

**Problema: DIABETE MELLITO TIPO 2 (Problema attivo o inattivo)**

Data ultima analisi: 25/04/2012

 **Aggiorna Analisi**

 **Stampa**

Codice	Indicatore	Personale		LAP	Ideale	HS
AC-DM01	Prevalenza Diabete Mellito tipo 2	8,51%		4,5%	6-7%	7,56%
AC-DM02	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno una registrazione di BMI negli ultimi 24 mesi	30,07%		80%	100%	38,38%
AC-DM03	Pazienti con diagnosi di DM2 e dato abitudine al fumo registrato	86,01%		90%	100%	82,22%
AC-DM04	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno una registrazione di emoglobina glicata negli ultimi 365 giorni	81,12%		60%	90%	63,13%
AC-DM05	Pazienti con diagnosi di DM2 e ultimo valore di emoglobina glicata < 7% negli ultimi 365 giorni	55,21%		50%	70%	57,41%
AC-DM07	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno un esame di fondo oculare e/o una visita oculistica negli ultimi 27 mesi	29,37%		80%	90%	42,57%
AC-DM08	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno una valutazione dei polsi periferici negli ultimi 15 mesi	0%		30%	70%	0%
AC-DM09	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno una misurazione di PA negli ultimi 365 giorni	69,93%		70%	90%	44,27%
AC-DM10	Pazienti con diagnosi di DM2 e ultimo valore di PA <= 130/80 mmHg negli ultimi 365 giorni	16%		40%	80%	38,89%
AC-DM11	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno un dosaggio di microalbuminuria negli ultimi 15 mesi	44,06%		60%	80%	30,41%
AC-DM12	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno un dosaggio di creatininemia negli ultimi 15 mesi	85,31%		70%	90%	66,26%
AC-DM13	Pazienti con diagnosi di DM2 e Ipertensione con almeno una prescrizione di ACE-Inibitori/Sartani negli ultimi 365 giorni	100%		90%	100%	74,23%
AC-DM14	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi	81,82%		70%	90%	33,88%
AC-DM15	Pazienti con diagnosi di DM2 e ultimo valore di colesterolo LDL < 100 mg/dl negli ultimi 15 mesi	18,28%		50%	70%	37,76%
AC-DM16	Pazienti con diagnosi di DM2 e vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 365 giorni	68,53%		70%	90%	39,38%

**Problema: DIABETE MELLITO TIPO 2 (Problema attivo)**

Data ultima analisi: 25/04/2012

 **Aggiorna Analisi**

 **Stampa**

 **Salva**

Indice	Criticità del problema	Pazienti	Chi sono
DM02	Pazienti diabetici tipo 2 senza una registrazione del BMI negli ultimi 24 mesi	99 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM03	Pazienti diabetici tipo 2 senza il dato abitudine al fumo registrato	19 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM04	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno una registrazione di emoglobina glicata negli ultimi 365 giorni	26 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM06	Pazienti diabetici tipo 2 con ultimo valore di emoglobina glicata $\geq 7\%$ negli ultimi 365 giorni	33 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM07	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno un esame di fondo oculare e/o una visita oculistica negli ultimi 27 mesi	100 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM08	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno una valutazione dei polsi periferici negli ultimi 455 giorni	142 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM09	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno una misurazione di PA negli ultimi 365 giorni	42 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM10	Pazienti diabetici tipo 2 con ultimo valore di PA $> 130/80$ mmHg negli ultimi 365 giorni	84 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM11	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno un dosaggio della microalbuminuria negli ultimi 15 mesi	80 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM12	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno un dosaggio della creatininemia negli ultimi 15 mesi	20 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM13	Pazienti diabetici tipo 2 con diagnosi di Ipertensione senza prescrizioni di ACE-Inibitori/Sartani (ATC: C09%) negli ultimi 365 gg	21 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM14	Pazienti diabetici tipo 2 senza almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi	25 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM15	Pazienti diabetici tipo 2 con ultimo valore di colesterolo LDL $\geq 100$ mg/dl negli ultimi 15 mesi	76 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM16	Pazienti diabetici tipo 2 senza vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 365 giorni	44 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM17	Pazienti diabetici tipo 2 con diagnosi registrata da almeno un anno, con nessuna terapia antidiabetica (ATC: A10%) negli ultimi 365 giorni e ultimo valore di emoglobina glicata $> 7\%$	1 su 142	<a href="#">Pazient</a>
DM18	Pazienti diabetici tipo 2 con ultimo C-LDL $\geq 100$ mg/dl senza prescriz. di statine (ATC: C10AA%, C10BA02%) ultimi 180 gg	74 su 142	<a href="#">Pazient</a>

► Dovrebbe essere consultato un team o uno specialista diabetologo in presenza di diabete:

- neodiagnosticato
- insulino-trattato
- non in buon controllo
- gestazionale o in gravidanza o in previsione di una gravidanza
- con complicanze acute o croniche in evoluzione.

**(LdP III, FdR B)**

Tabella 14

#### **Modalità organizzative per la gestione integrata del DMT2 nell'adulto**

- Il paziente è inviato al Centro Diabetologico (CD) per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita.
- Il paziente viene seguito 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.
- Il paziente effettua una visita generale almeno ogni 6 mesi presso l'MMG.
- Il paziente effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze.
- Il paziente accede, inoltre, al CD per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.

## CENTRO DIABETOLOGICO DI 2° LIVELLO

Valutato sull'appropriatezza e sulla qualità degli accessi e **NON** sulla quantità degli accessi.

CD e MMG hanno un obiettivo comune:

*Il buon controllo del Diabete sul loro territorio e  
la prevenzione dei danni ad esso correlati.*



## **SOGGETTI EROGATORI**

**DIAGNOSI DIABETE TIPO 2**      **MMG, NELL'AMBITO DI UN  
PROGRAMMA DI SCREENING O  
OCCASIONALMENTE NEL PROPRIO  
AMBULATORIO**

**DIAGNOSI DIABETE TIPO 1**      **DURANTE RICOVERO PER  
SCOMPENSO GLICOMETABOLICO  
ACUTO  
CD, MMG**

**DIAGNOSI VIRAGGIO A DIABETE TIPO 1**      **MMG E/O CD**

**DIAGNOSI DIABETE GESTAZIONALE**      **MMG,CD,GINECOLOGO**