



DOCUMENTO PER LA RIORGANIZZAZIONE IN TEAM MULTIPROFESSIONALE DI STRUTTURE AZIENDALI DI DIABETOLOGIA SUL TERRITORIO

Gruppo di lavoro: Diabetologia ambulatoriale e del territorio

Coordinatore: *Francesco Mario Gentile*

Componenti: *Vincenzo Armentano, Laura Baruffaldi, Rocco Bulzomì, Ilaria Ciullo, Iole Gaeta, Maria Franca Mulas, Mauro Ragonese.*



SOMMARIO

1. PREMESSA
2. I SERVIZI DIABETOLOGICI TERRITORIALI OGGI
3. OBIETTIVI DEL DOCUMENTO
4. COORDINAMENTO UNICO DELLE STRUTTURE DI DIABETOLOGIA AZIENDALI
5. CARATTERISTICHE E REQUISITI MINIMI DEL COORDINAMENTO DI MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA
6. BIBLIOGRAFIA

1. PREMESSA

Il documento viene emesso ad integrazione della consensus AMD, SID, SIEDP, OSDI, sull'organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio: *Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio. Il giornale di AMD. 2012; vol 15, n.1: 9-25. (1).*

In particolare si è tenuto conto di alcuni dati rilevanti:

- a) Dati recenti relativi a studi di popolazione effettuati a Torino, Firenze, Venezia (2-4), così come l'annuario statistico Istat 2010, indicano che è affetto da diabete il 4,9% degli italiani (5% donne e 4,6% uomini).
- b) L'assistenza al diabete è una componente essenziale nel controllo degli alti costi sanitari della malattia che, nei paesi europei, Italia inclusa, rappresentano circa il 7-10% della spesa sanitaria globale.
- c) Ogni anno, un numero crescente di persone con diabete si rivolge alle strutture specialistiche, con una frequenza che è funzione dell'aumento d'incidenza del diabete, e della complessità e gravità del quadro clinico. Discende da questa premessa la necessità prioritaria di un'adeguata allocazione di risorse per il potenziamento di un modello organizzativo di cura, che si è dimostrato efficace nel migliorare gli esiti e i costi della malattia. (1)
- d) In Italia, la cura delle persone con diabete è sancita dalla legge 115/87, la quale garantisce a tutti i pazienti diabetici l'assistenza specialistica diabetologica e identifica, in base all'art. 2, la "Struttura di diabetologia" come l'unità organizzativa per l'erogazione delle prestazioni e dei presidi necessari.

Date queste premesse ampio spazio devono trovare le strategie per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure nell'assistenza alla persona con diabete.

Tali strategie non possono prescindere da un'adeguata integrazione dei vari livelli assistenziali coinvolti nel percorso di cura della patologia diabetica [ASSISTENZA DI BASE PRIMARIA – SPECIALISTICA (TERRITORIO – CENTRI DIABETOLOGICI) – OSPEDALE].

Dati internazionali sottolineano come siano la strutturazione del percorso di cura (Structured Care o PDTA), la qualità dell'assistenza, valutata sia come processo sia come esito intermedio (12,13) e il richiamo periodico a garantire la miglior prognosi del paziente diabetico (14).

Altri studi evidenziano come l'assistenza specialistica operi con particolare tempestività nell'avvio di terapie più complesse e risolutive (15) e si dimostri efficace nel prevenire le complicanze (16).



Dati italiani dimostrano che la sinergia tra l'assistenza specialistica delle Strutture di diabetologia e la Medicina generale riduce sino al 65% i ricoveri ospedalieri del paziente diabetico e sino al 25% la degenza ospedaliera (19) e triplica la probabilità che il paziente sia seguito secondo le linee guida (20).

Recentemente, uno studio di coorte su tutti i pazienti con diabete mellito della città di Torino, seguiti prospetticamente per quattro anni, ha evidenziato che i diabetici in carico alle strutture, e con buona aderenza alle linee guida, presentano una riduzione sino a due volte della mortalità totale, cardiovascolare e per cancro rispetto ai pazienti non in carico alle strutture e nei cui confronti non siano state applicate le linee guida (21).

2. LE STRUTTURE SPECIALISTICHE TERRITORIALI

Attualmente nell'ambito della rete italiana di Diabetologia sono comprese diverse tipologie di strutture: le strutture complesse, le strutture semplici e le strutture ambulatoriali di diabetologia in ambito ospedaliero e le strutture ambulatoriali in ambito territoriale (1). L'organizzazione delle strutture ospedaliere, note come centri di diabetologia, è stata oggetto di alcune pubblicazioni.

Il presente documento intende affrontare, invece, l'organizzazione delle strutture ambulatoriali in ambito territoriale, che sin'ora hanno avuto un'attenzione minore da parte degli autori e delle società scientifiche.

Le strutture diabetologiche distribuite sul territorio dovrebbero essere anch'esse organizzate secondo le disposizioni della legge 115/87, che ha previsto l'istituzione di "centri diabetologici" (CD) in relazione alla densità abitativa e con organizzazione assistenziale strutturata in team diabetologico multidisciplinare (TDI) coordinato dallo specialista diabetologo.

Solo alcune Regioni hanno promulgato una Legge Regionale per regolamentare l'assistenza diabetologica, in attuazione della legge nazionale 115/87.

Di fatto però, le strutture diabetologiche che operano all'interno delle ASL nelle diverse regioni si organizzano in maniera autonoma e non coordinata, anche all'interno della medesima azienda sanitaria, determinando un'evidente eterogeneità assistenziale.

Una consistente parte delle strutture diabetologiche territoriali opera come "ambulatorio diabetologico" in cui il carico assistenziale è sostenuto dal solo specialista diabetologo, di frequente non affiancato da personale infermieristico "dedicato" e che, sebbene ubicato nell'ambito di un Poliambulatorio dell'ASL, non interagisce in maniera strutturata con le figure professionali proprie del team diabetologico. Solo una fetta più ridotta dell'assistenza diabetologica territoriale si avvale di strutture che rispondono ai requisiti organizzativi previsti per un Centro Diabetologico con locali, attrezzature e personale infermieristico dedicato.



Questi aspetti critici comportano ricadute qualitative in termini di efficacia ed appropriatezza della cura del diabete e delle sue complicanze. Inoltre, ha trovato scarsa applicazione il modello assistenziale articolato in livelli differenti di cura che impegnano, in base ai bisogni relativi alla diversa gravità della malattia diabetica, di volta in volta i medici di medicina generale, i centri diabetologici territoriali - ospedalieri e gli istituti di ricovero. Di fatto, esistono disparità sia per le modalità di accesso dei pazienti nei diversi distretti sanitari (DS), sia per le modalità di prenotazione a livello del CUP aziendale, sia per il tempo dedicato all'erogazione delle prestazioni.

Infine, non esiste un livello organizzativo aziendale che governi e controlli le diverse dimensioni della qualità dell'assistenza erogata e, più in generale, si osserva un grado molto scarso di coinvolgimento degli operatori nei processi di cura. L'eterogeneità organizzativa, presente spesso anche all'interno di una stessa ASL, pregiudica la valutazione complessiva di efficacia, efficienza, appropriatezza e sicurezza e rende difficile il coinvolgimento degli operatori nel miglioramento dei risultati. La carenza di tutti questi fattori rappresenta una minaccia al requisito di equità dell'assistenza e mette a rischio l'empowerment del paziente.

Da questa fotografia dell'esistente, in cui purtroppo manca la mappatura delle diabetologie territoriali, emerge la necessità di una proposta operativa, perché anche per le strutture specialistiche territoriali valgano quei requisiti minimi dell'assistenza (LEA diabetologici) (Allegato 1) descritti nel documento interassociativo. (1)

3. OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

Il presente documento viene realizzato allo scopo di allineare le strutture specialistiche territoriali ai requisiti fondamentali della buona qualità dell'assistenza diabetologica e si pone gli obiettivi elencati di seguito.

- Motivare l'esigenza di creare una Struttura Sovradipartimentale di diabetologia (DDS) diretta da un "coordinamento unico" all'interno delle ASL, elemento determinante per garantire l'uniformità, la precocità e la continuità degli interventi di prevenzione delle complicanze e per attuare le forme d'integrazione con le U.O. di degenza ospedaliera.
- Sviluppare la competenza clinica dei diabetologi e degli operatori sanitari del territorio attraverso un intervento di formazione continua teorico pratica.
- Promuovere l'integrazione della diabetologia territoriale attraverso l'attuazione di modelli uniformi di assistenza in "rete integrata", tenendo conto delle diverse realtà territoriali.



- Valorizzare le competenze uniche ed insostituibili del team diabetologico ed assicurare un'organizzazione assistenziale strutturata in team più allargato, multi professionale, coordinato a livello territoriale dallo specialista diabetologo in modo da strutturare l'intervento di tutte le altre figure professionali coinvolte nei percorsi di cura del paziente diabetico.
- Promuovere la trasparenza delle proprie azioni, dichiarando agli amministratori gli obiettivi ed i risultati che si intendono perseguire.
- Assicurare la possibilità di misurare la qualità delle cure nelle sue diverse dimensioni al fine di creare un ambiente professionale che favorisca il miglioramento continuo della pratica clinica.

4. COORDINAMENTO UNICO DELLE STRUTTURE DI DIABETOLOGIA AZIENDALI

Le strutture diabetologiche di Malattie Metaboliche e Diabetologia delle Aziende Sanitarie Locali sono parte del Dipartimento Diabetologico Sovradistrettuale (DDS). Il **Coordinamento Unico** delle strutture afferenti al DDS è la funzione organizzativa che presiede la copertura assistenziale diabetologica sull'intero territorio aziendale, garantendo l'ottimale erogazione di prestazioni a carattere preventivo, diagnostico e terapeutico. Tale Coordinamento promuove interventi integrati, continuità assistenziale e approccio multidisciplinare e presidia l'attività assistenziale di tutte le strutture ambulatoriali diabetologiche dislocate sul territorio dei vari distretti della stessa azienda sanitaria. Il Coordinamento è composto dai rappresentanti delle figure coinvolte nell'attività del DDS, ovvero diabetologo dipendente (se presente), diabetologo specialista ambulatoriale, medico del distretto e, se necessario, altri specialisti attivi nella prevenzione delle complicanze. Il **Responsabile, qualora già presente, viene identificato nel Direttore della Struttura di Diabetologia. Qualora non vi siano diabetologi dipendenti va ricercato in uno specialista in M. Metaboliche o Diabetologia, o specializzazione equipollente, già in servizio presso la ASL individuato in base al curriculum.** Tutti gli erogatori di assistenza diabetologica della ASL, sia pubblici che privati convenzionati, devono uniformarsi ai Protocolli e Linee Guida in materia definiti a livello centrale (Regionale o di ASL), con l'aiuto e la verifica del responsabile del Coordinamento del DDS della ASL e stilare percorsi (PDTA) utili alla loro implementazione, ma conformi alla realtà locale. **I Medici Specialisti Convenzionati interni sono presenti nei DSS ed operano nel settore della Diabetologia afferendo ad almeno tre branche: Diabetologia, Endocrinologia e Medicina Interna. Le ore dedicate alla Diabetologia rientrano nelle attività della rete di assistenza territoriale della ASL dedicata alla malattia diabetica.**



Le informazioni relative alle attività del Coordinamento delle **Strutture di Malattie Metaboliche e Diabetologia della ASL (DDS)** sono strutturate secondo i principi ed i criteri definiti nell'ambito del sistema informativo sanitario di ciascuna regione; ciascun coordinamento diabetologico e ciascuna ASL sono tenuti al rispetto del debito informativo nei confronti della Regione, in accordo agli standard da questa definiti.

5. CARATTERISTICHE E REQUISITI MINIMI DELLE STRUTTURE DI MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA TERRITORIALI

Sul territorio, come descritto in modo dettagliato nel documento interassociativo (1), al fine di assicurare un'assistenza efficace, efficiente ed appropriata (riduzione di mortalità, morbidità, ricoveri, razionalizzazione ottimale delle risorse, limitazione della variabilità delle prestazioni) è necessario assicurare la presenza di:

- a) Team multi - professionale dedicato;
- b) Percorsi Assistenziali (PA);
- c) Integrazione con la Medicina generale, la medicina del territorio e l'Ospedale;
- d) Valutazione delle performance operative.

a) Team multi - professionale dedicato

Il Team descritto nel documento che eroga prestazioni diabetologiche è costituito da medici specialisti, infermieri e dietisti dedicati con conoscenze specifiche clinico assistenziali ed educative. Infermiere e dietista devono essere funzionalmente dedicati con formazione in campo diabetologico al fine di operare in maniera specifica nei percorsi educazionali mirati alla gestione della patologia diabetica come l'autocontrollo glicemico, l'addestramento all'utilizzo di insulina e dei devices, la terapia nutrizionale personalizzata.

Il Coordinamento Unico sarà responsabile dell'organizzazione di programmi di formazione continua per tutti gli operatori coinvolti nella rete assistenziale. Questi dovranno adeguare la propria *competence* clinica secondo un curriculum formativo che dovrà comprendere la conoscenza, attraverso una formazione teorico pratica che permetta:

- ✓ di acquisire metodi e strumenti per adeguare le conoscenze in relazione agli scostamenti che possono emergere tra i dati di efficacia teorica e i problemi del lavoro quotidiano;
- ✓ di rendere responsabili tutti gli operatori del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza erogata;



- ✓ di usare le prove scientifiche sia nelle decisioni che riguardano la cura del singolo paziente, sia di sottogruppi di soggetti diabetici, sia di popolazione;
- ✓ di favorire la partecipazione tenendo conto del nuovo sistema ECM.

Tutti i componenti del team dislocati nei diversi distretti dovranno collaborare con una rotazione pianificata secondo le richieste e i bisogni del territorio assicurando a tutti i distretti le stesse prestazioni e quindi l'uguaglianza nella cura.

Il principio della territorializzazione dell'assistenza andrà applicato, quando possibile, a tutti gli Operatori Sanitari medici e non medici, in particolare per il Podologo e la Dietista, in relazione ai bisogni nei diversi distretti.

Il team opera, attorno ai problemi dell'assistenza al paziente con diabete, in modo coordinato elaborando procedure interne ed esterne condivise e revisionate periodicamente; assicurando la condivisione delle informazioni anche ai pazienti.

Coordinatore del DDS sarà il Responsabile della Struttura di Malattie Metaboliche e Diabetologia, cui spettano i seguenti compiti:

- ✓ assicurarsi che il sistema organizzativo funzioni;
- ✓ garantire la revisione dei percorsi assistenziali all'interno della struttura al fine di un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- ✓ gestire i dati clinici delle persone con diabete;
- ✓ occuparsi dell'integrazione e della comunicazione efficace con gli altri operatori della rete assistenziale.

b) Percorsi Assistenziali (PA)

I percorsi assistenziali (PA), come è noto, rappresentano la risposta organica e strutturata ai problemi sanitari e in particolare alla frammentazione e alla disomogeneità della cura, al trattamento inappropriato e alla deviazione dalle linee-guida (21).

Il coordinatore potrà predisporre, interfacciandosi con il Direttore del distretto, la creazione di percorsi preferenziali all'interno delle strutture poliambulatoriali (con la figura del cardiologo, oftalmologo, neurologo, nefrologo, etc), secondo quanto previsto dall'art.30 bis dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni (Art. n° 48, L. 833/1978 e art. n° 8 D.Lgs 502/1992).

Tale organizzazione di lavoro è funzionale alla realizzazione di un coordinamento tra gli ambulatori periferici dei diversi distretti, perché assicura l'applicazione dei protocolli diagnostico terapeutici condivisi sulla base degli accordi formalizzati tra tutti gli operatori sanitari.

c) Integrazione con la Medicina generale, la medicina del territorio e l'Ospedale

L'assistenza al paziente diabetico deve prevedere l'integrazione della medicina generale e di quella specialistica, della medicina del territorio e di quella ospedaliera. In particolare si fa riferimento al PA della gestione integrata del paziente con diabete tipo 2 secondo l'accordo AMD, SID, SIMG, FIMMG, SNAMI, SNAMID (22) e fatto proprio dal documento di buona assistenza AMD, SID, SIMG 2010 (23).

Il coordinamento diabetologico attraverso lo specialista territoriale di diabetologia deve essere in grado di fornire all'ospedale, laddove non esiste un servizio di diabetologia, la consulenza diabetologica a tutti i pazienti ricoverati che ne abbiano necessità e deve garantire la corretta presa in carico del paziente diabetico neo-diagnosticato e in dimissione. A sua volta, l'Ospedale deve coordinarsi con lo specialista territoriale di diabetologia per garantire l'assistenza in condizioni di degenza quando necessario.

d) Valutazione delle performance operative

In considerazione della mole di informazioni e di dati da gestire, deve essere prevista un'adeguata informatizzazione delle strutture direttamente coinvolte nell'assistenza al paziente diabetico, con modalità di archiviazione dei dati essenziali, omogenea e condivisibile per formato e tracciato al fine di consentire una maggior condivisione dei dati e la formulazione e l'utilizzo di indicatori clinici.

Per poter dimostrare la conformità della propria organizzazione rispetto alle migliori conoscenze scientifiche del momento (EBM), il Coordinamento di diabetologia prevede la progettazione e l'attuazione delle azioni di misura, di analisi e di monitoraggio attraverso la rilevazione di alcuni indicatori di processo e di esito intermedio:

- ✓ Numero di accessi al Pronto Soccorso Ospedaliero/numero totale persone affette da diabete
- ✓ Numero di ricoveri**, tipologia DRG in diabetici/totale ricoveri
- ✓ Numero ricoveri *di persone con DM / popolazione residente

È necessario un sistema di raccolta dei dati clinici che possa generare in automatico gli indicatori di processo e di esito indispensabili all'attuazione dei controlli di qualità. Allo scopo lo strumento largamente adottato dai diabetologi italiani è il "*File Dati – Indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica – Q Score*" realizzato da AMD.

6. BIBLIOGRAFIA

- 1) Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio. Il giornale di AMD. 2012; vol 15, n.1: 9-25.
- 2) Gnani R, Karaghiosoff L, Costa G, Merletti F, Bruno G. Socio-economic differences in the prevalence of diabetes in Italy: the population-based Turin study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2008;18:678-82.
- 3) Mazzaglia G, Yurgin N, Boye KS, Trifirò G, Cottrell S, Allen E, Filippi A, Medea G, Cricelli C. Prevalence and antihyperglycemic prescribing trends for patients with type 2 diabetes in Italy: a 4-year retrospective study from national primary care data. *Pharmacol Res* 2008;57:358-63.
- 4) Atella V, Brady A, Catapano AL, Critchley J, Graham IM, Hobbs FD, Leal J, Lindgren P, Vanuzzo D, Volpe M, Wood D, Paoletti R. Bridging science and health policy in cardiovascular disease: focus on lipid management: A Report from a Session held during the 7th International Symposium on Multiple Risk Factors in Cardiovascular Diseases: Prevention and Intervention--Health Policy, in Venice, Italy, on 25 October, 2008. *Atheroscler Suppl* 2009;10:3-21.
- 5) Garancini MP, Calori G, Ruotolo G, Manara E, Izzo A, Eboli E, Bozzetti AM, Boari L, Lazzari P, Gallus G; Prevalence of NIDDM and impaired glucose tolerance in Italy: an OGTT-based population study. *Diabetologia* 1995;38(3):306-13.
- 6) Muntoni S, Atzori L, Mereu R, Manca A, Satta G, Gentilini A, Bianco P, Baule A, Baule GM, Muntoni S; Prevalence of diagnosed and undiagnosed diabetes mellitus and impaired fasting glucose in Sardinia. *Acta Diabetol* 2009;46(3):227-31.
- 7) Franciosi M, De Berardis G, Rossi MC, Sacco M, Belfiglio M, Pellegrini F, Tognoni G, Valentini M, Nicolucci A. Use of the diabetes risk score for opportunistic screening of undiagnosed diabetes and impaired glucose tolerance: the IGLOO (Impaired Glucose Tolerance and Long-Term Outcomes Observational) study. *Diabetes Care* 2005;28:1187-94.
- 8) Jonsson B. Revealing the cost of Type II diabetes in Europe. *Diabetologia* 2002;45: S5-S12.
- 9) Lucioni C, Mazzi S, Serra G. L'impatto delle complicanze diabetiche su costi sanitari e qualità della vita nei pazienti con diabete di tipo 2: i risultati dello studio CODE-2. *Il Diabete sett.* 2000;275-86.
- 10) Lucioni C, Garancini MP, Massi-Benedetti M, et al. Il costo sociale del diabete di tipo 2 in Italia: lo studio CODE-2. *Pharmacoeconomics - Italian Research Articles* 2000;2:1-21.

- 11) Nicolucci A, Rossi MC, Arcangeli A, Cimino A, de Bigontina G, Fava D, Gentile S, Giorda C, Meloncelli I, Pellegrini F, Valentini U, Vespasiani G; AMD-Annals Study Group. Four-year impact of a continuous quality improvement effort implemented by a network of diabetes outpatient clinics: the AMD-Annals initiative. *Diabet Med* 2010;27:1041-8.
- 12) Belfiglio M, De Berardis G, Franciosi M, Cavaliere D, Di Nardo B, Greenfield S, Kaplan SH, Pellegrini F, Sacco M, Tognoni G, Valentini M, Nicolucci A, Caimi V, Capani F, Corsi A, Della Vedova R, Massi Benedetti M, Nicolucci A, Taboga C, Tombesi M, Vespasiani G; QuED Study Group—quality of care and outcomes in type 2 diabetes. The relationship between physicians' self-reported target fasting blood glucose levels and metabolic control in type 2 diabetes. The QuED Study Group—quality of care and outcomes in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:423-9.
- 13) Rossi MC, Comaschi M, Ceriello A, Coscelli C, Cucinotta D, De Cosmo S et al. Correlation between structure characteristics, process indicators and intermediate outcomes in DM2: the QUASAR (Quality Assessment Score and Cardiovascular Outcomes in Italian Diabetic Patients) study. 68th Scientific Session, American Diabetes Association, June 6-10, San Francisco, CA 2008:1187-P, A338.
- 14) Griffin SJ, Kinmonth AL. Systems for routine surveillance in people with diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Jan 21;(1):CD000541. Review.
- 15) Shah BR, Hux JE, Laupacis A, Zinman B, van Walraven C. Clinical inertia in response to inadequate glycemic control: do specialists differ from primary care physicians? *Diabetes Care* 2005;28:600-606.
- 16) Mc Allister FA, Majumdar SR, Eurich DT, Johnson JA. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Qual Saf Health Care* 2007;16:6-11.
- 17) Verlato G, Muggeo M, Bonora E, Corbellini M, Bressan F, de Marco R. Attending the diabetes center is associated with increased 5-year survival probability of diabetic patients: the Verona diabetes study. *Diabetes Care* 1996;19:211-213.
- 18) Giorda C, Petrelli A, Gnani R, Regional Board for Diabetes Care of Piemonte. The impact of second-level specialized care on hospitalization in persons with diabetes: a multilevel population-based study. *Diabet Med* 2006;23:377-383.
- 19) Gnani R, Picariello R, Karaghiosoff L, Costa G, Giorda C. Determinants of quality in diabetes care process: The population-based Torino Study. *Diabetes Care* 2009;32:1986-92.



- 20) Giorda C, Marafetti L, Nada E, Tartaglino B, Costa G, Gnani R. Impatto sulla mortalità e morbilità di modelli assistenziali con e senza l'integrazione di un Servizio di diabetologia. Abstract del XVIII Congresso Nazionale AMD, Rossano Calabro 25-28 maggio 2011.
- 21) Musacchio N, Arcangeli A, Cavallo MR, Giancaterini A, Noto A, Orlandini D, et al. I profili di assistenza per le malattie croniche: il modello diabete mellito. Springer 2007.
- 22) AMD, SID, SIMG, FIMMG, SNAMI, SNAMID. Nuovi standard di cura e team di cura integrati per il diabete. L'assistenza integrata alla persona con diabete mellito tipo 2. 31 Luglio 2008.<http://www.progettodiabete>
- 23) AMD-SID. Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito 2009-2010. www.infodiabetes.it; <http://www.siditalia.it>

Il concetto di LEA diabetologico (Livelli Essenziali di Assistenza)

Ogni Azienda Sanitaria (AS) dovrebbe assicurare (direttamente o tramite apposite convenzioni con Strutture diabetologiche presenti in aziende ospedaliere o universitarie) a tutti i soggetti affetti da diabete tipo 1 e tipo 2 i seguenti livelli minimi di assistenza (1):

- ✓ una valutazione endocrinologica, metabolica ed internistica completa al momento della diagnosi e a intervalli regolari;
- ✓ una valutazione dei fattori di rischio cardiovascolari al momento della diagnosi e a intervalli regolari;
- ✓ un'informazione corretta e completa sul diabete, sulle sue complicanze, sull'efficacia della modificazione degli stili di vita e sui trattamenti nel corso dell'evoluzione della storia naturale della patologia;
- ✓ la definizione e la gestione di un piano terapeutico personalizzato, finalizzato a ottenere il migliore compenso metabolico possibile;
- ✓ un approccio dietetico personalizzato;
- ✓ la terapia educativa come parte integrante del piano terapeutico che comprenda, secondo le esigenze, la gestione dell'ipoglicemia, la gestione del diabete in caso di patologie intercorrenti, la cura dei piedi, il counseling sulla cessazione del fumo, la gestione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione, l'autogestione della terapia sulla base del monitoraggio domiciliare della glicemia;
- ✓ la fornitura dei dispositivi medici per l'attuazione della terapia, quali le penne per insulina e gli infusori, quando indicati;
- ✓ l'addestramento al monitoraggio domiciliare della glicemia secondo precisi piani personalizzati, e la prescrizione del relativo materiale di consumo nei casi che lo richiedano;
- ✓ il trattamento degli altri fattori di rischio cardiovascolare quali il sovrappeso, l'ipertensione e le dislipidemie;
- ✓ una corretta informazione sulla contraccezione nelle donne diabetiche in età fertile, quando indicato;
- ✓ una corretta informazione sulla pianificazione della gravidanza in tutte le donne diabetiche in età fertile;
- ✓ lo screening e il trattamento della retinopatia diabetica;
- ✓ lo screening e il trattamento della nefropatia diabetica;

- ✓ lo screening e il trattamento della neuropatia diabetica;
- ✓ lo screening e il trattamento della disfunzione erettile;
- ✓ lo screening e il trattamento del piede diabetico;
- ✓ lo screening e il trattamento della cardiopatia ischemica e delle altre complicanze vascolari;
- ✓ un'assistenza qualificata nel corso dei ricoveri ordinari;
- ✓ l'applicazione di protocolli clinici per le emergenze diabetologiche e per il trattamento ospedaliero dei pazienti diabetici acuti (paziente critico in terapia intensiva, infarto miocardio acuto, ictus).

Inoltre, ogni Azienda Sanitaria dovrebbe assicurare a tutte le donne in gravidanza lo screening del diabete gestazionale e a quelle con diabete gestazionale in atto e alle donne diabetiche in gravidanza i seguenti livelli minimi di assistenza (1):

- ✓ il counseling su corretta alimentazione e attività fisica;
- ✓ una corretta informazione sulla gestione del diabete in gravidanza;
- ✓ la terapia medica e nutrizionale adeguata, con frequenti rivalutazioni;
- ✓ la terapia educativa all'autogestione;
- ✓ l'addestramento al monitoraggio domiciliare della glicemia e la prescrizione del relativo materiale di consumo (diabete gestazionale);
- ✓ lo screening periodico della retinopatia diabetica (diabete pre-gravidico);
- ✓ l'assistenza metabolica specialistica durante il travaglio e il parto;
- ✓ la rivalutazione metabolica dopo il parto (diabete gestazionale).