

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara



Progetto Modernizzazione N.O.A.

Programmi Diagnostico-Terapeutici per
Diabetici in Gestione Integrata

D.Pelizzola
(Coordinamento Diabetologie Aziendali)

Assetto 2009 G.I. Diabete Ferrara

Prevalenza
5,9%

21.386 Diabetici



11.179
Assistiti In **G.I.**

10.207
Assistiti da **S.D.**

282 MMG



Servizio Diabetologia

M.M.G.

Prima Visita Diabetologica

- Caratterizzazione Diabete, Fattori di Rischio, Complicanze
- Definizione Terapia
- Educazione terapeutica
- Certificazione esenzione 013.250

Diagnosi

2 valori di Glicemia plasmatica a digiuno \geq a 126 mg/dL

Requisiti G.I.

(HbA1c < 7%,
complicanze
assenti o lievi
stabili, non
insulinoterapia)

SI

NO

Gestione Integrata

- Ogni 3-6 mesi Visita, HbA1c, glicemia, BMI, PA
- Ogni 12 mesi Microalb., LDL, ECG.
- Ogni 2 aa, Fundus oculi

Follow-up Diabetologico

- Stabilizzazione compenso metabolico
- Monitoraggio e gestione complicanze
- Educazione terapeutica
- Rivalutazione periodica

Requisiti G.I.

(HbA1c < 7%,
complicanze
assenti o lievi
stabili, non
insulinoterapia)

NO

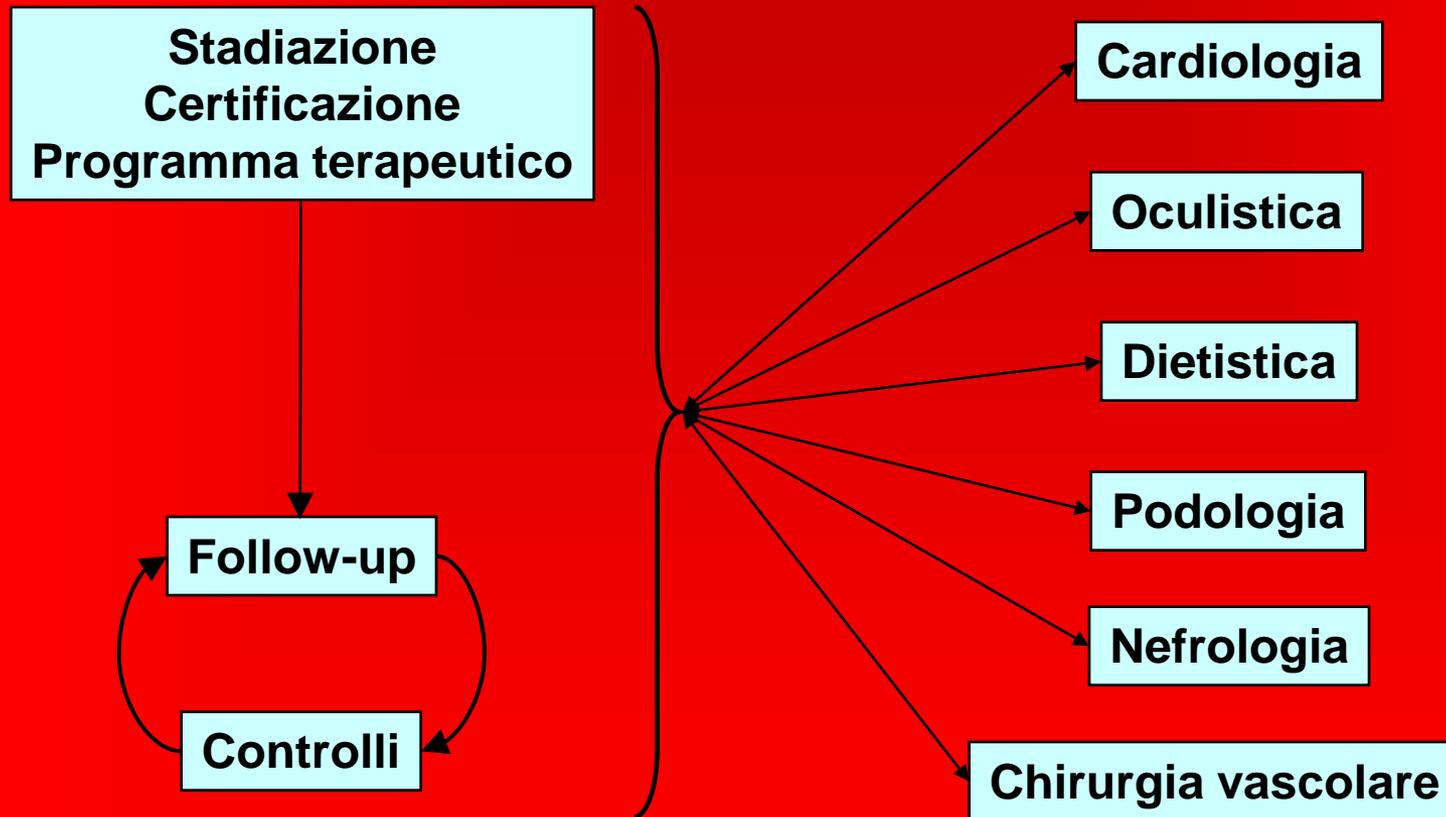
SI

PROTOCOLLO GESTIONE INTEGRATA DIABETE FERRARA

Periodicità dei controlli per gli assistiti in Gestione Integrata

OGNI 3 – 4 MESI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Glicemia a digiuno * ➤ peso corporeo * ➤ circonferenza vita * ➤ Pressione arteriosa * ➤ anamnesi orientata (in part. Ipoglicemia)* ➤ valutazione dati autocontrollo * ➤ HbA1c per i soggetti insulino trattati o non insulino-trattati temporaneamente metabolicamente instabili.
OGNI 6 MESI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ HbA1c (non insulino-trattati e metabolicamente stabili) ➤ glicemia post-prandiale*
OGNI 6 – 8 MESI	<p>VISITA MEDICA ORIENTATA ALLA PATOLOGIA DIABETICA* (polsi periferici,esame del piede, ricerca soffi carotidei, rinforzo cognitivo e terapeutico, counselling gestionale e terapeutico)</p>
OGNI ANNO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Microalbuminuria delle 24 ore o minutata o rapporto albumina/creatinina su urine del primo mattino, da ripetere dopo 3 mesi se patologica) ➤ creatininemia ➤ uricemia ➤ colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, colesterolo-LDL calcolato, ALT. ➤ ECG (se presente cardiopatia ischemica o altri fattori maggiori di RCV) ➤ Oftalmoscopia (se presente retinopatia diabetica) ➤ visita di follow-up presso SD se situazione di compenso metabolico non ottimale: HbA1c >7% o stabilmente superiore al target del piano di cura individuale.
OGNI 2 ANNI	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ECG (anche se assente cardiopatia ischemica) ➤ oftalmoscopia (anche in assenza di precedente retinopatia)
<p>* Eseguibili presso lo studio del MMG</p>	

Percorsi Facilitati Diabetologie



Il Progetto

La sperimentazione sarà indirizzata agli assistiti ***diabetici*** a rischio di uscire dalla **Gestione Integrata per scompenso metabolico**.



Arruolamento di circa
200 assistiti con D.M.2
del N.C.P. di Copparo



Arruolamento di circa
200 assistiti con D.M.2
di due M.d.G. di Ferrara

Risultati attesi:

- Miglioramento del ***compenso metabolico*** e ***prevenzione delle complicanze croniche***
- ***Maggiore fiducia*** da parte degli assistiti e MMG nel setting assistenziale della specialistica ambulatoriale

Interventi:

Introduzione nel P.d.A. dell'***Infermiere Care Manager*** nella G.I. delle patologie croniche.

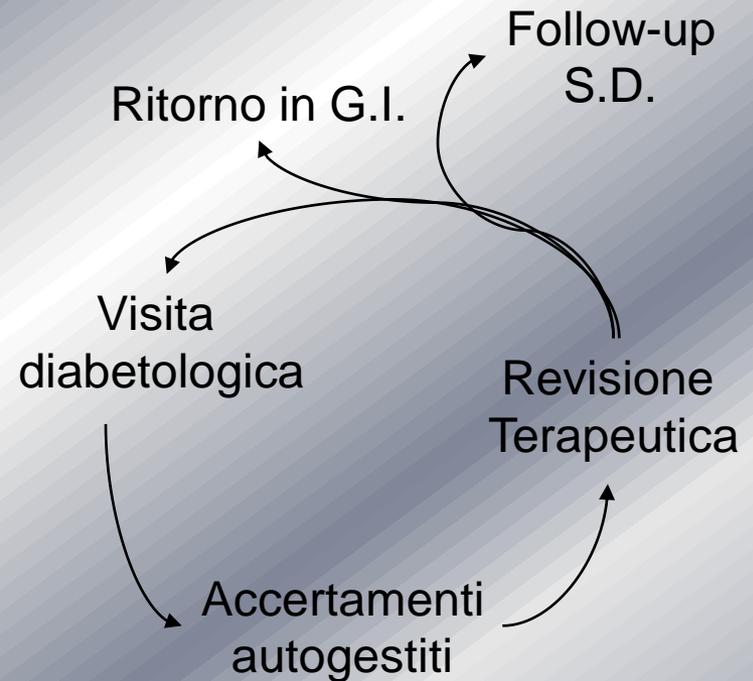
Le Fasi del Progetto

Arruolamento dei Diabetici in G.I. a rischio di scompenso metabolico da parte dei M.M.G.

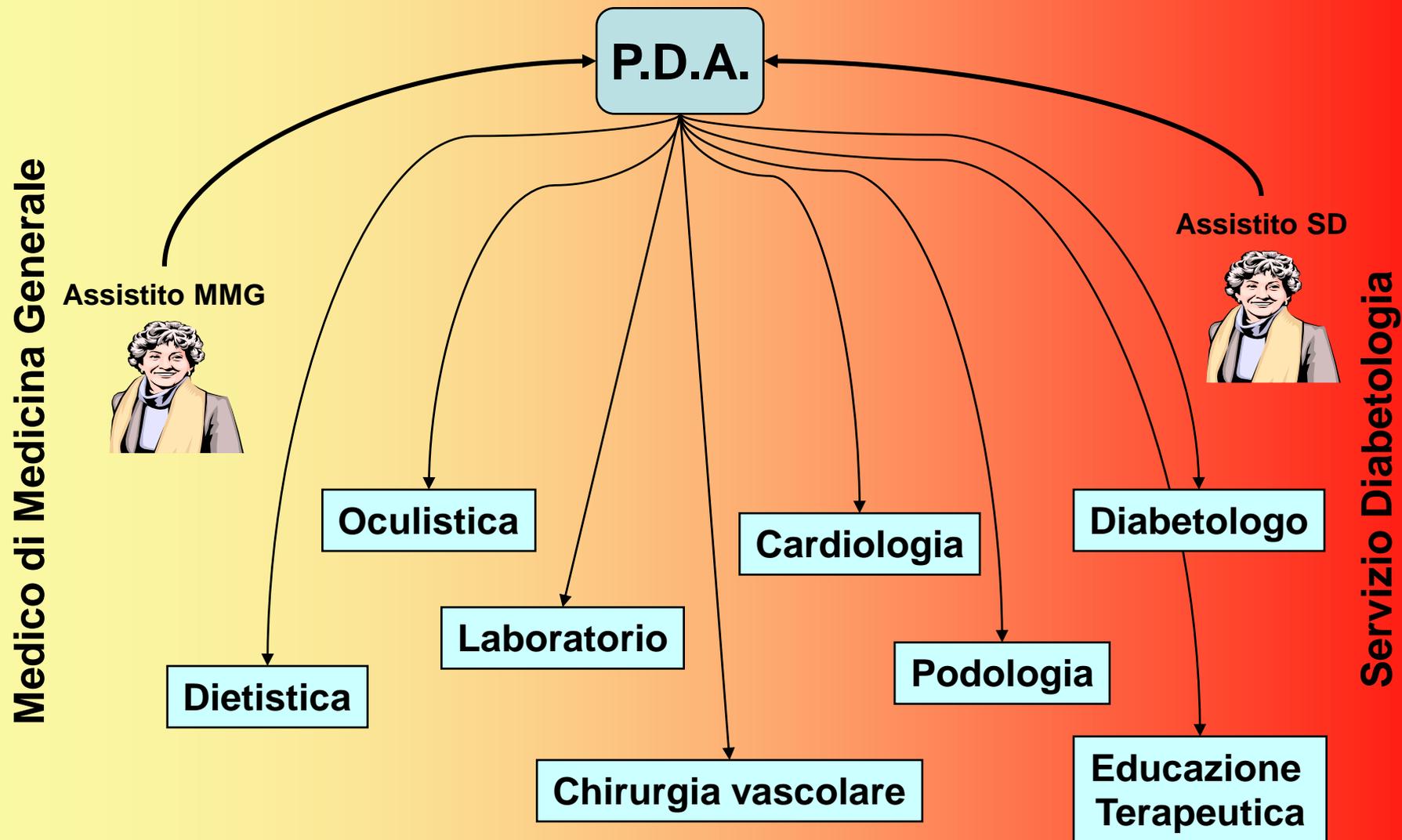
Segnalazione al Care Manager per attivazione del percorso facilitato di rivalutazione diabetologica.

Valutazione della fiducia prima della attivazione del percorso e dopo un anno.

Analisi della casistica a termine progetto mediante cartella diabetologica informatizzata



Il percorso operativo



Indagine di Fiducia

