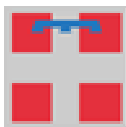


REGIONE PIEMONTE

**PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA
DIABETOLOGICA DELL'Azienda Sanitaria Locale Torino1**

REVISIONE 1 DEL 22/12/2011



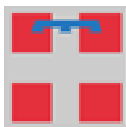
PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 2 di 31

CONTENUTI DEL DOCUMENTO

1.	IDENTIFICAZIONE	3
1.2	Stesura, Validazione, Rilascio ed Approvazione	3
1.3	Distribuzione e Diffusione	3
1.4	Modifiche al Documento	3
2.	INTRODUZIONE	4
2.1	Requisiti normativi	4
2.2	Le dimensioni del problema	5
2.3	Descrizione generale dell' assetto organizzativo	5
2.4	Articolazione Complessiva dei Processi.....	9
3	MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	15
3.1.	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DEL DIABETE MELLITO. PDTA - DM	16
3.2	Modalità di erogazione delle prestazioni	15
3.3	PIANO DI ASSISTENZA DIABETOLOGICA	16
3.4	Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA) attivati.....	20
3.5	Protocollo della GESTIONE INTEGRATA del Diabete tipo 2.....	20
3.6	Accordi di Integrazione con le Aziende Sanitarie Ospedaliere ed Ospedaliero-Universitarie.....	22
4	RISORSE UMANE COINVOLTE	23
4.1	Strutture e operatori coinvolti	23
4.2	Qualifiche necessarie e modalità di formazione degli operatori.....	23
4.3	Responsabilità attribuite.....	24
5	RISORSE MATERIALI A DISPOSIZIONE	26
5.1	Risorse strutturali	26
5.2	Attrezzature e Materiale di consumo	26
6	DOCUMENTI E REGISTRAZIONI	27
6.1	Documenti necessari per il monitoraggio dell'attività	27
6.2	Registrazioni conseguenti la produzione e la erogazione.....	28
6.3	Misure per la sicurezza nel trattamento dei dati	28
7	MODALITA' DI INFORMAZIONE DEI PAZIENTI	28
8	VALUTAZIONE	29
8.1	Indicatori e target.....	29
8.2	Modalità di valutazione.....	30
9	ELENCO DEGLI ALLEGATI	31



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 3 di 31

1. IDENTIFICAZIONE

1.1 TITOLO

PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL 101-102

1.2 Stesura, Validazione, Rilascio ed Approvazione

	Funzione	Data	Firma
STESURA	Comitato Diabetologico Aziendale Dr. Massimo Veglio coordinatore		
PARERI NECESSARI	Direttore Sanitario Dott.sa Luisella Cesari		
	Direttore Amministrativo Dott. Flavio Nalesso		
Verifica Documentale	Dott.sa Maria Teresa Miotti SSD Qualità		
RILASCIO	Commissario Dr. Giacomo Manuguerra		
APPROVAZIONE REGIONALE			

1.3 Distribuzione e Diffusione

1.3.1 ELENCO DEI DESTINATARI E MODALITÀ DI DISTRIBUZIONE

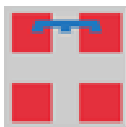
Destinatari	Modalità di Distribuzione
Commissario Giacomo Manuguerra	Trasmissione documento cartaceo
Direttore Sanitario Dr.ssa Luisella Cesari	Trasmissione documento cartaceo
Direttore Amministrativo Dr. Flavio Nalesso	Trasmissione documento cartaceo
Direttori/Dirigenti delle strutture sanitarie delle ASL Torino 1	Invio tramite posta elettronica
Medici di Medicina Generale del Territorio delle ASL Torino 1	Invio tramite posta elettronica
Referenti Assistenza Diabetologica ASO Piemonte	Invio tramite posta elettronica

1.3.2 MODALITÀ DI DIFFUSIONE

Destinatari	Modalità di Diffusione
Operatori delle sedi di erogazione dell'Assistenza Diabetologica	Intranet Aziendale
Associazione Pazienti Diabetici e Soggetti diabetici	Sito Internet Aziendale

1.4 Modifiche al Documento

Revisione	Data di rilascio	Modifiche apportate
0		Prima stesura, novembre 2007
1		Dicembre 2011 - Il documento è stato sostanzialmente modificato rispetto alla revisione 0 tenendo conto della nuova articolazione organizzativa aziendale e della normativa pubblicata nel periodo 2007-2011



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 4 di 31

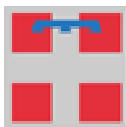
2. INTRODUZIONE

- Obiettivo del presente Piano della Qualità è definire le modalità con le quali le Strutture Diabetologiche aziendali, in integrazione con la rete dei Medici di Medicina Generale della ASL Torino 1 intendono assicurare i Livelli Essenziali dell'Assistenza Diabetologica (Documento attuativo regionale del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, DD n. 176 del 4 aprile 2008) ai soggetti affetti da diabete mellito residenti nel territorio dell'ASL
- Al percorso della prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito partecipano, articolandosi in forma integrata, le Strutture Diabetologiche Aziendali, i Medici di Medicina Generale, i Distretti e le strutture ospedaliere che insistono sul territorio dell'ASL Torino 1.
- L'attivazione dei percorsi assistenziali previsti dal presente Piano della Qualità è assicurata a favore dei cittadini affetti da Diabete Mellito che risiedono nel territorio dell'ASL Torino 1 e che afferiscono alle Strutture Diabetologiche dell'Azienda.
- Per le caratteristiche della patologia Diabete Mellito definita "di alto interesse sociale" (DPR n°249 11 Febbraio 1961 e DM 20 Dicembre 1961; Legge n°115 del 16/3/1987; L.R. n°40/1989 e L.R. n°34/2000) le stesse Strutture non possono essere considerate semplici produttori di prestazioni sanitarie a diversa tipologia ma deve essere previsto e calcolato un appropriato costo istituzionale che tenga conto della complessità del modello assistenziale, che è mirato essenzialmente alla prevenzione delle complicanze attraverso un approccio multidisciplinare coinvolgente molteplici professionalità.
- Il Piano della Qualità sarà oggetto, da parte del Comitato Diabetologico Aziendale, di revisione periodica e di adeguamento a situazioni emergenti, per il continuo miglioramento dell'assistenza diabetologica fornita ai cittadini residenti nel territorio dell'Azienda.

2.1 Riferimenti normativi

Di seguito vengono elencati i principali provvedimenti normativi di Stato e Regione Piemonte relativi alla erogazione delle prestazioni diabetologiche.

- ⊕ Legge 16/03/1987, n. 115 - Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito
- ⊕ Legge regionale 10/07/1989, n. 40 - Predisposizione della rete dei servizi per la prevenzione e la cura del diabete mellito nella Regione Piemonte in attuazione della legge 16/03/1987, n. 115
- ⊕ Legge regionale 07/04/2000, n. 34 - Nuove norme per l'attuazione dell'assistenza diabetologica
- ⊕ Intesa Stato, Regioni, Province autonome 23/03/2005 – Piano Nazionale della Prevenzione 2005 - 2007
- ⊕ DGR Regione Piemonte 39-415 04/07/2005 – Prevenzione delle complicazioni del Diabete tipo 2.
- ⊕ DD Direzione Generale Sanità, Assessorato tutela Salute e Sanità Regione Piemonte n. 176 DA 2005 04/04/2008 – Documenti attuativi per l'implementazione del progetto Prevenzione delle complicanze croniche del Diabete tipo 2 nell'ambito del Piano nazionale della Prevenzione 2005 – 2007.
- ⊕ DGR Regione Piemonte 40-9920 27/10/2008 – Accordo Regionale della medicina generale sulla gestione integrata del diabete
- ⊕ DD Direzione Generale Sanità, Assessorato Tutela Salute e Sanità Regione Piemonte n. 979 23/12/2008 – Protocollo operativo per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 dell'adulto in Piemonte.
- ⊕ DGR Regione Piemonte 61-13646 22/03/2010 – Percorsi assistenziali appropriati per i pazienti affetti da Diabete Mellito e da patologia reumatologica ed aggiornamento nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.
- ⊕ DGR Regione Piemonte 18-2663 03/10/2011 – Proseguimento e consolidamento del percorso per la Gestione Integrata del diabete tipo 2 dell'adulto, di cui alla DGR 40 – 9920 del 27 ottobre 2008



2.2 Le dimensioni del problema

Il Diabete Mellito è una malattia cronica ad elevata prevalenza nella popolazione generale. Le stime di prevalenza si differenziano a seconda delle diverse aree analizzate, ma è comune il dato di aumento della prevalenza nelle popolazioni occidentali su valori intorno al 5%.

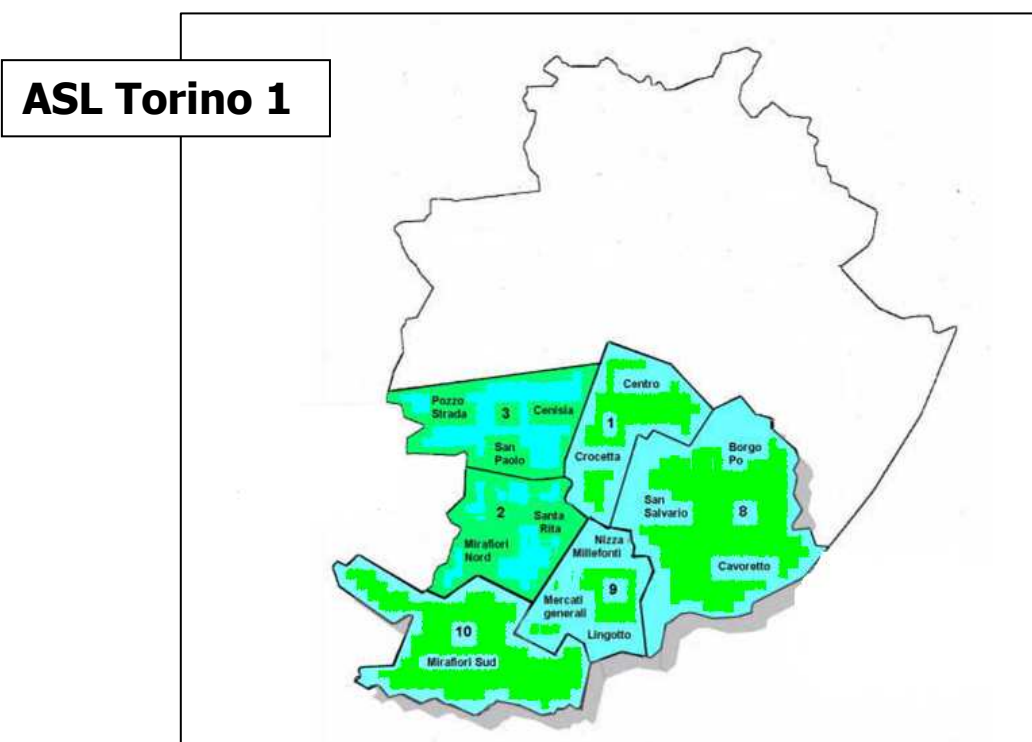
Progetti di assistenza come quello della Gestione Integrata che favoriscono l'emergenza di casi di diabete non precedentemente noto, evidenziano che il tasso di prevalenza potrebbe aumentare sensibilmente.

Il numero di pazienti diabetici attualmente (scarico dati dicembre 2010) iscritti al Registro Regionale Diabetici della Regione Piemonte e residenti presso la ASL Torino 1 è pari a 28407, 5.83% della popolazione residente nello stesso periodo (Ufficio Statistica del Comune di Torino).

Lo studio CODE 2, condotto nel 2000 ma considerato ancora rappresentativo, ha quantificato una stima delle complicanze e dei costi dell'assistenza ai pazienti diabetici in alcuni paesi, tra i quali l'Italia.

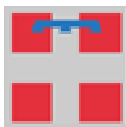
Tali dati, applicati alla popolazione della ASL Torino 1, portano a stimare che il 5% circa della popolazione assorbe circa 70 milioni di euro di spesa sanitaria (60% per ricoveri ospedalieri, 21% per farmaci, 19% per visite ambulatoriali)

2.3 Descrizione generale dell'assetto organizzativo



Caratteristiche principali:

- 1) L'assistenza diabetologica è funzione delle Strutture Diabetologiche Aziendali, nelle sue varie articolazioni, operanti nel contesto dell'ASL Torino 1 che origina dall'accorpamento delle precedenti ASL 1 e ASL 2 di Torino; la ASL Torino 1 ha competenza sui distretti illustrati in figura.



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 6 di 31

- 2) L'assistenza diabetologica è programmata, organizzata e dimensionata per assicurare le risposte alle necessità dei cittadini residenti.
- 3) Il modello organizzativo su cui si basa l'assistenza ai cittadini affetti da Diabete Mellito, prevede un forte coinvolgimento dei medici di Medicina Generale attraverso la metodologia della Gestione Integrata che, in ottemperanza alle note strategiche e programmatiche nazionali e regionali (si veda capitolo 2.1) rappresenta la modalità ordinaria di assistenza ai pazienti affetti da diabete mellito tipo 2. In particolare gli stessi MMG, hanno la funzione di prevenzione, diagnosi e sorveglianza metabolica dell'assistito in forte integrazione con tutte le strutture diabetologiche aziendali ed i pazienti stessi. I compiti e gli obiettivi dei MMG nell'ambito del protocollo della Gestione Integrata sono delineati al punto 3.5.2.
- 4) L'assistenza specialistica diabetologica si articola nelle fasi di intervento previste dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – Diabete Mellito, in modo da fornire la prestazione appropriata nella sede e nella tempistica più idonee. Il PDTA – DM è seguito in ogni sede di erogazione di assistenza diabetologica della ASL Torino 1
- 5) Le Strutture Diabetologiche Aziendali, hanno collocazione ospedaliera e distrettuale e garantiscono la continuità assistenziale ospedale-territorio.
- 6) Tutte le sedi in cui si svolge attività diabetologica sono organizzate per eseguire interventi di "urgenza relativa" e/o accessi non programmati, con connotazione interventistica utilizzando, tra l'altro, in tutte le sedi, le metodiche di testing office (glicemia -HbA1c-urine ecc.).
- 7) Le Strutture Diabetologiche Aziendali, si impegnano a dare attuazione e continua implementazione ai percorsi di prevenzione, diagnosi, e terapia per le complicanze specifiche.

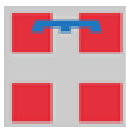
Di seguito si rappresenta la distribuzione logistica e funzionale dell'Assistenza Diabetologica Aziendale

SC Malattie Metaboliche e Diabetologia	SS Diabetologia Distretto 1	Presidio Ospedaliero Oftalmico	Distretto 1
	SS Diabetologia Distretti 8-9-10	Presidio Ospedaliero Valdese	Distretto 8
		Presidio Valletta	Distretti 9 – 10

SSD Diabetologia	Poliambulatorio via Monginevro	Distretto 3
	Poliambulatorio via Biscarra	Distretto 2

2.3.1. Comitato Diabetologico Aziendale

Con Delibera Aziendale n. 362/C06/2007 del 30 maggio 2007 è stato costituito il Comitato Diabetologico Aziendale, come previsto dalla normativa ed allo scopo di coordinare l'assistenza diabetologica sul territorio aziendale.



La composizione del comitato è stata successivamente modificata con ulteriore delibera dirigenziale (DA 464/I.1.04/2010 del 12 maggio 2010) allo scopo di rendere il comitato maggiormente rappresentativo delle componenti coinvolte nel percorso di assistenza diabetologica e nel modello della Gestione Integrata.

Sulla base delle indicazioni della DGR Regione Piemonte 61-13646 22/03/2010 e delle linee di indirizzo per l'attuazione del percorso PDTA – DM di cui alla medesima DGR (Tavolo tecnico sulla programmazione – riorganizzazione dell'assistenza diabetologica regionale), la composizione del CDA dovrà essere modificata coinvolgendo i referenti delle Aziende Ospedaliere insistenti sul territorio della ASL Torino1.

Il presente Piano della Qualità è frutto dell'elaborazione di tutte le componenti del Comitato Diabetologico Aziendale.

2.3.2 Centro di Accoglienza, Indirizzo e Supporto al Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale Diabete Mellito

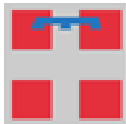
Dal 1 gennaio 2012 l'ASL Torino 1, ai sensi delle Linee di Indirizzo per l'attuazione del PDTA-DM di cui alla DGR 61-13646/2010, istituisce il Centro di Accoglienza, Indirizzo e Supporto (CAIS) al PDTA-DM con funzione di governo del percorso.

Il Comitato Diabetologico Aziendale della ASL Torino 1 ritiene che le funzioni minime da garantire da parte di un CAIS PDTA – DM siano necessariamente tutte quelle previste dai LEA Diabetologici, come definito al capitolo D101 del documento attuativo regionale del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, DD n. 176 del 4 aprile 2008. In Particolare:

- Valutazione metabolica e dei fattori di rischio cardiovascolare
- Informazione sul diabete e sulle sue complicanze
- Definizione di un piano terapeutico personalizzato
- Approccio dietetico personalizzato
- Educazione sanitaria strutturata
- Fornitura di dispositivi medici ed addestramento al loro utilizzo
- Trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare
- Informazione sulla contraccezione e pianificazione della gravidanza, gestione del diabete in gravidanza.
- Screening della retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia ischemica e altre complicanze vascolari, disfunzione erettile, piede diabetico
- Assistenza durante ricoveri ospedalieri, anche attraverso la definizione di protocolli di trattamento delle emergenze diabetologiche e dei pazienti acuti con diabete

Le prestazioni minime che un CAIS PDTA – DM deve necessariamente assicurare siano tutte quelle previste dal percorso stesso:

- Visita per diagnosi
- Visite di accoglienza per presa in carico, inserimento in Registro Regionale Diabetici, con emissione della tessera provvisoria, definizione di un primo approccio terapeutico e di un eventuale percorso per l'effettuazione di approfondimenti diagnostici
- Visita di controllo per revisione terapeutica e/o valutazione del percorso diagnostico
- Visita complessiva per la formulazione del piano di trattamento personalizzato per definire il controllo metabolico e la diagnosi precoce delle complicanze, la presa in carico, in collaborazione con i MMG, delle persone con diabete di tipo 2 seguite con il protocollo di gestione integrata, la gestione clinica diretta (tra le quali trattamento mediante infusori sottocutanei continui



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1

Data di emissione: 21 dicembre 2011

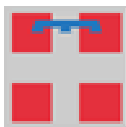
Pagina 8 di 31

- d'insulina e diabete in gravidanza e diabete gestazionale), in collaborazione con i MMG e gli altri specialisti
- Visita complessiva ,in ogni caso previsto di accesso non programmato, per rivalutare gli obiettivi terapeutici indicati nel primo PDTA e ridefinire un nuovo piano di trattamento e di controlli programmati
 - Consulto interdisciplinare ,finalizzato a definire la "presa in carico" e il trattamento terapeutico più appropriato, da valutarsi collegialmente con approccio multidisciplinare con un obiettivo preciso e nell'ambito di un progetto personalizzato
 - Visita per la valutazione periodica che si rende necessaria durante il percorso, secondo il Piano di trattamento, finalizzata alla verifica del buon compenso metabolico ed alla diagnosi precoce delle complicanze
 - L'attività effettuata in relazione alle esigenze relative ad interventi di educazione terapeutica, individuale o di gruppo, che si presentano nelle diverse fasi del percorso, finalizzate a migliorare la compliance alla terapia e/o le funzioni di autocontrollo/automisurazione e l'autogestione del trattamento e/o del follow up

Le funzioni del CAIS sono espletate presso le SSD Distretti 2-3, SS Diabetologia Distretto 1 e SS Diabetologia Distretti 8, 9 e 10, che identificano come organo di indirizzo comune il Comitato Diabetologico Aziendale, sovrinteso dal coordinatore.

Il CAIS PDTA-DM garantisce ai residenti nell'ASL Torino 1 l'erogazione uniforme delle prestazioni previste nel percorso e definite nella tabella di cui al successivo capitolo 2.4

L'integrazione polispecialistica è garantita nelle stesse sedi sopracitate ed anche mediante accordi di integrazione e coordinamento con le ASO insistenti sul territorio (si vedano gli accordi nel capitolo 3 al punto 3.6)



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 9 di 31

2.4 ARTICOLAZIONE COMPLESSIVA DEI PROCESSI

ASSISTENZA DIABETOLOGICA

L'assistenza è erogata nell'ambito delle seguenti strutture già presenti nei relativi Distretti:

Ospedale Oftalmico	v. Juvarra 19 Tel 011566086 FAX 0115666087 screeningdia@aslto1.it	Distretto 1	circoscrizione 1
Ospedale Valdese	v. S.Pellico 19 Tel 0116540379 FAX 0116540418 diabetologia.distr8-9-10@aslto1.it	Distretto 8	circoscrizione 8
Presidio Valletta	v. Farinelli 25 Tel 0115664026 FAX 0115664008 diabetologia.distr8-9-10@aslto1.it	Distretti 9 e 10	circoscrizioni 9 e 10
Poliambulatorio via Biscarra	v. Biscarra 12/10 Tel 011.70953517 011.70953518 FAX 011.70953545 diabe.biscarra@aslto1.it	Distretto 2	circoscrizione 2
Ospedale Martini Poliambulatorio	v. Monginevro 130 Tel 011-70954686 FAX 011-70954601 diabetologia.martini@aslto1.it	Distretto 3	circoscrizione 3

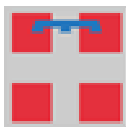
L'attività è di tipo ambulatoriale presso tutte le sedi ed in ricovero in ciclo diurno presso gli ospedali Oftalmico e Valdese, rivolta di norma ai cittadini residenti nel territorio aziendale con modalità di accesso differenziato a seconda delle strutture e delle sedi distrettuali

2.4.1 Modalità di accesso alle Strutture Diabetologiche

- 1) Primo accesso alla struttura (prima diagnosi o prima visita presso la struttura di paziente con diagnosi già nota, seguito altrove).

L'accesso avviene sempre con impegnativa del Medico di Medicina Generale

- CLASSE U (si vedano i criteri al punto 2.4.2): accesso diretto alle strutture.
 - Distretti 2 e 3: accesso diretto presso gli ambulatori dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 13



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1

Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 10 di 31

- Distretto 1 accessi diretti (in giornate definite nella tabella in allegato 1: ai pazienti in classe U viene garantita la visita in mattinata)
- Distretti 8, 9-10 accessi diretti (in giornate definite nella tabella in allegato 1: ai pazienti in classe U viene garantita la visita in mattinata)
- CLASSI B, D e P (si vedano i criteri al punto 2.4.2)
 - Distretti 2 e 3: prenotazione presso CUP specificando la classe di priorità
 - Distretto 1 accessi diretti (in giornate definite nella tabella in allegato 1: ai pazienti viene garantita, di norma, la visita in giornata oppure la programmazione nei giorni immediatamente successivi)
 - Distretti 8, 9-10 accessi diretti (in giornate definite nella tabella in allegato 1: ai pazienti viene garantita, di norma, la visita in giornata oppure la programmazione nei giorni immediatamente successivi)

2) Visite successive alla prima

L'accesso avviene con

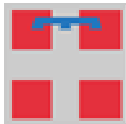
- ✓ Impegnativa interna se si tratta di visite di controllo a breve disposto dalla Struttura Diabetologica per stabilizzazione clinica o approfondimenti per predisposizione del piano diagnostico terapeutico personalizzato o inquadramento dello stato delle complicanze (si veda PDTA – DM)
- ✓ Con impegnativa del Medico di Medicina Generale nei casi di invio da parte del Medico di Medicina Generale
- DISTRETTI 2 e 3
 - Classe U: accesso diretto presso gli ambulatori dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 13
 - Classi B, D e P: prenotazione presso CUP specificando la classe di priorità o prenotazione diretta da parte della Struttura in caso di riprogrammazione
- DISTRETTO 1
 - Classe U: accessi diretti non programmati (in giornate definite nella tabella in allegato 1: ai pazienti in classe U viene garantita la visita in mattinata)
 - Classi B, D e P: accessi diretti non programmati (in giornate definite nella tabella in allegato 1: ai pazienti viene garantita, di norma, la visita in giornata oppure la programmazione nei giorni immediatamente successivi)
- DISTRETTI 8, 9-10
 - Classe U: accessi diretti non programmati (in giornate definite nella tabella in allegato 1: ai pazienti in classe U viene garantita la visita in mattinata)
 - Classi B, D e P: accessi diretti non programmati (in giornate definite nella tabella in allegato 1: ai pazienti viene garantita, di norma, la visita in giornata oppure la programmazione nei giorni immediatamente successivi)

2.4.2 Criteri di priorità di accesso alle Strutture Diabetologiche

L'accesso alle strutture diabetologiche avviene nel rispetto delle classi di priorità stabilite dal medico inviante (così come previsto dalla DGR 14/10073 del 28 luglio 2003 e sue successive integrazioni). La tabella seguente fornisce i criteri che il Comitato Diabetologico Aziendale si impegna a rispettare nella definizione delle priorità di accesso:

ACCESSO "URGENTE" (Classe U - visita entro 72 ore dall'accesso alla struttura)

- 1) Sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto, in presenza di iperglicemia marcata
- 2) Ripetuti episodi di ipoglicemia in paziente in terapia insulinica o con sulfaniluree



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 11 di 31

- 3) Comparsa di lesioni severe ai piedi in rapida evoluzione
- 4) Necessità indifferibile di iniziare terapia insulinica multiiniettiva per malattie intercorrenti
- 5) Diagnosi di gravidanza in donna diabetica in fase di cattivo compenso

ACCESSO "BREVE" (Classe B - vista entro 10 giorni dall'accesso alla struttura)

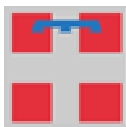
- 1) Sintomi di scompenso glicemico lieve-moderato dopo adeguata terapia, iniziata dal curante e/o scompenso di grado lieve-moderato in diabetico già noto, senza apparenti cause scatenanti
- 2) Episodi ipoglicemici ripetuti, di grado lieve
- 3) Comparsa di ulcere ai piedi e/o di lesioni agli arti inferiori di grado lieve
- 4) Diagnosi di gravidanza in donna diabetica con grado di compenso accettabile e diagnosi di diabete gestazionale
- 5) Necessità, differibile nel breve periodo, di iniziare terapia insulinica
- 6) Comparsa di segni clinici riferibili a complicanze in diabete di nuova diagnosi o aggravamento repentino di complicanze già note
- 7) In previsione di intervento chirurgico o procedure invasive, programmate nel breve-medio periodo
- 8) Diabete di nuova diagnosi, non scompensato, dopo le prime cure prestate dal curante

ACCESSO "DEFINITO" (Classe D – visita entro 30 giorni dall'accesso alla struttura)

- 1) Peggioramento del compenso in diabete già noto, in assenza di sintomi e/o segni clinici di gravità
- 2) Necessità di pratiche per esenzione ticket, stesura piano di automonitoraggio glicemico, relazioni specialistiche

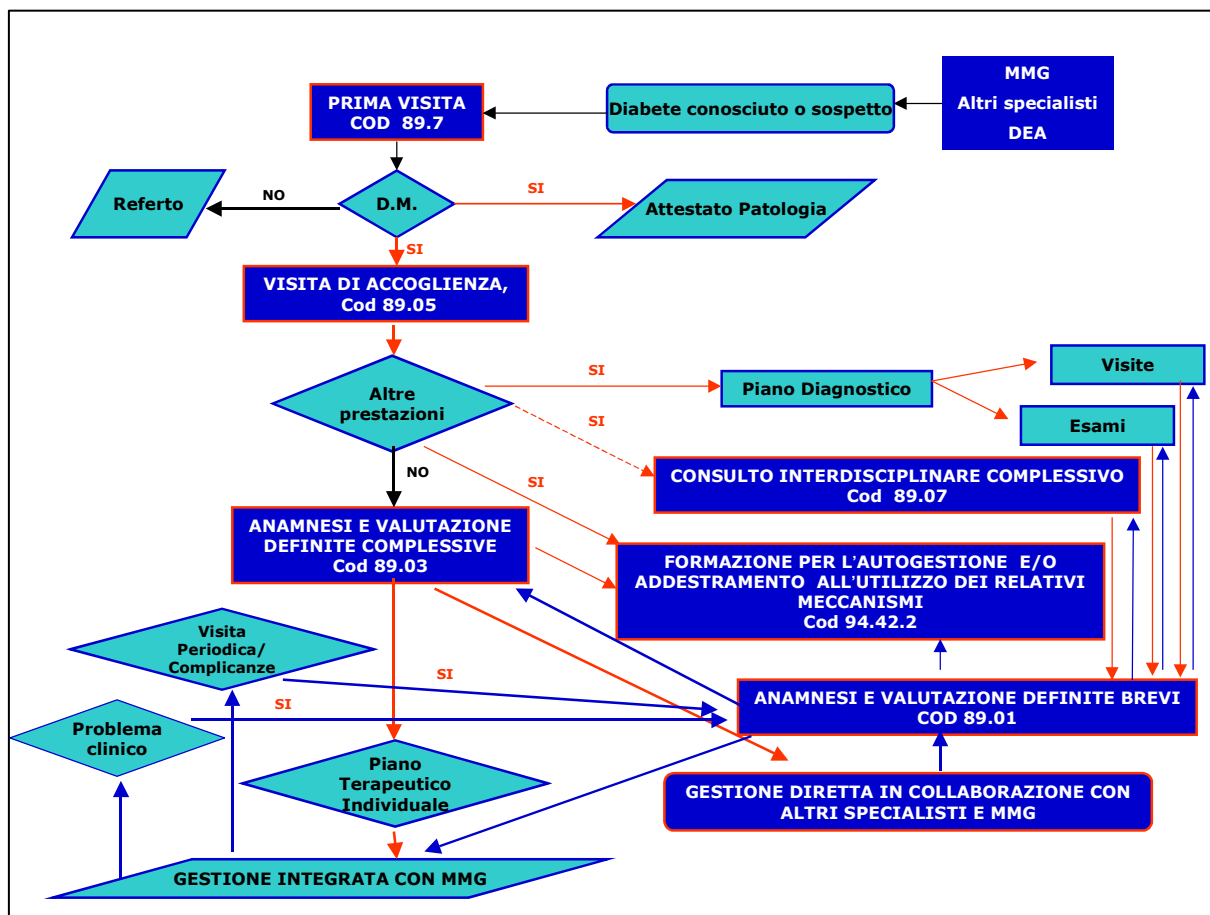
ACCESSO "PROGRAMMATO" (Classe P – visita entro 180 gg dall'accesso alla struttura)

Tutte le restanti richieste



3 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

3.1. PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DEL DIABETE MELLITO PDTA - DM



* I codici di nomenclatore che seguono si riferiscono alla branca 85 introdotta dalla D.G.R. N. 61-13646 del 22.3.2010, Allegato B.

3.1.1. Visita Generale - Visita specialistica, Prima visita (di seguito Prima Visita) (cod 89.7*)

QUANDO

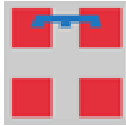
- in caso di una diagnosi o un sospetto di Diabete Mellito

COME

- con richiesta motivata, da parte di:
 - MMG,
 - DEA oppure struttura ospedaliera di ricovero ordinario o diurno, anche per altra causa, con riscontro di iperglicemia,
 - altro specialista, in occasione di valutazione per problema pertinente,

FINALIZZATA a

- confermare oppure escludere la diagnosi di diabete.



3.1.2. Visita presso il Centro di Accoglienza, di Indirizzo e Supporto al PDTA–DM (di seguito Visita di Accoglienza) (cod. 89.05*)

QUANDO

- successivamente alla Prima Visita
- per la presa in carico di paziente, con diabete noto, trasferito da altro servizio di Diabetologia;
- per nuovo problema clinico in paziente con diabete noto.

FINALIZZATA a:

- presa in carico e la definizione del quadro completo del paziente, attraverso:
 - il primo approccio presso il Centro PDTA-DM o presso le varie strutture di Diabetologia;
 - la raccolta dei dati e delle informazioni e l'anamnesi;
 - la visita mirata;
 - la compilazione della cartella clinica;
 - il rilascio dell'attestato di patologia (procedura RRD);
 - il consenso informato ed il primo approccio terapeutico;
 - il programma dei test e degli approfondimenti diagnostici (definizione piano diagnostico).

3.1.3. Percorso Diagnostico

QUANDO

- definito nell'ambito della Visita presso il Centro di Accoglienza

FINALIZZATO a:

- definizione diagnostica del tipo di diabete mellito (nei casi che lo richiedono)
- definizione diagnostica delle complicanze
- definizione diagnostica del problema "nuovo" in paziente con diabete noto, che richiede una rivalutazione del Piano terapeutico personalizzato

3.1.4. Visita di Anamnesi Valutazione definite Brevi (di seguito Visita di Controllo)(cod. 89.01*)

QUANDO

- durante il percorso del PDTA
- visite specialistiche di controllo e follow up.

FINALIZZATO a:

- valutazione periodica durante iter del primo PDTA e revisione del PDTA

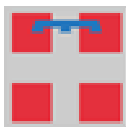
3.1.5. Consulto Interdisciplinare definito Complessivo (di seguito Consulto Interdisciplinare) (cod. 89.07*)

QUANDO

- a seguito di Visite di Controllo
- nel corso di Visita Complessiva

FINALIZZATO a:

- definire la "presa in carico" e il trattamento terapeutico più appropriato, da valutarsi collegialmente con approccio multidisciplinare, in riferimento a:
 - trattamento di complicanze o comorbilità la cui presenza modifica il rapporto rischio/beneficio del piano terapeutico individuale in essere e dei relativi controlli
 - necessità di un intervento coordinato con lo specialista di riferimento per complicanze conclamate (es. nefropatia, piede a rischio di amputazione, cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco, paziente oncologico, in cure palliative, candidato ad intervento di chirurgia maggiore, ecc.)



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 14 di 31

- personalizzazione della cura in particolari categorie di pazienti (pediatria; anziani fragili; diabete secondario; diabete gestazionale e gravidanza in diabete) o situazioni di complessità per la continuità assistenziale (scuola o ambiente di lavoro; pazienti assistiti in strutture socio-sanitarie, in cure domiciliari; in genere, pazienti non autosufficienti o non autonomi o non deambulanti)
- supporto dei pazienti con l'intervento dello psichiatra/psicologo (disturbi del comportamento) per problemi relazionali che interferiscono con le possibilità di alleanza terapeutica

DOVE

- in un Punto di Accesso qualificato

ATTIVATO da

- struttura di Diabetologia proponente

3.1.6. Visita di Anamnesi a Valutazione definite Complessive (di seguito Visita Complessiva)(cod. 80.03*)

QUANDO

- successivamente alla Visita di Accoglienza e/o alle Visite di Anamnesi Valutazione definite Brevi correlate ad un eventuale Percorso Diagnostico
- successivamente alla Visita Complessiva del primo PDTA redatto dalla struttura,, una sola volta all'anno nel periodo di valenza nel PDTA-DM del paziente, nei seguenti casi:
 - al termine della stadiazione delle complicanze, per definire l'indirizzo terapeutico;
 - al termine di cicli terapeutici "intensivi" per la normalizzazione del compenso glicemico, onde valutarne l'efficacia e decidere in merito;
 - in caso di recidiva di scompenso o acutizzazione di una complicanza;
 - nel corso del follow-up, per rivalutare l'eventuale nuovo indirizzo terapeutico;
 - in ogni caso previsto di accesso non programmato, per rivalutare gli obiettivi terapeutici e ridefinire un nuovo piano di trattamento e di controlli programmati

FINALIZZATA a:

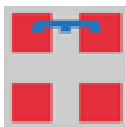
- definizione del diabete neodiagnosticato e inquadramento terapeutico.
- redazione di un piano individuale con l'indicazione degli obiettivi terapeutici da raggiungere, i mezzi e gli strumenti adeguati allo scopo ed i risultati attesi, nonché le motivazioni che rendono necessario un follow up per tutta la vita
- presa in carico, in collaborazione con i MMG, delle persone con diabete di tipo 2 seguite con il protocollo di gestione integrata
- controllo metabolico e diagnosi precoce delle complicanze
- gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG e gli altri specialisti, delle persone con:
 - grave instabilità metabolica
 - complicanze croniche in fase evolutiva
 - trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina
 - diabete in gravidanza e diabete gestazionale
 - impostazione della terapia medica nutrizionale
 - effettuazione dell'educazione terapeutica, pertinente con il piano di cura personalizzato e, in collaborazione con i MMG, di interventi di educazione sanitaria e counseling delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.

3.1.7. Formazione per l'autogestione e/o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi (di seguito Formazione per l'autogestione e/o addestramento) (cod. 94.42.2*)

QUANDO

- diverse fasi del percorso

FINALIZZATA a:



- a far apprendere al paziente o al caregiver le modalità di misurazione della malattia e somministrazione della terapia, nonché a sviluppare le competenze per attivare la capacità di compiere scelte appropriate quotidianamente, attraverso:
 - l'attività effettuata in relazione alle esigenze relative ad interventi di educazione terapeutica, individuale o di gruppo, che si presentano nelle diverse fasi del percorso, finalizzate a migliorare la compliance alla terapia e/o le funzioni di autocontrollo/automisurazione e l'autogestione del trattamento e/o del follow up

3.1.8. Ricoveri in ciclo diurno

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – Diabete Mellito ed il Protocollo della Gestione Integrata del Diabete Mellito tipo 2 prevedono

- che i bisogni di salute dei pazienti diabetici possano essere soddisfatti quasi esclusivamente mediante procedure ambulatoriali, gestite in integrazione tra i MMG, i servizi specialistici di Diabetologia ed i pazienti stessi
- che lo screening delle complicazioni croniche della malattia diabetica venga garantito dai Medici di Medicina Generale e dagli specialisti di diabetologia nell'ambito del protocollo della gestione integrata

Poiché, tuttavia, in alcuni casi può essere necessario o opportuno un trattamento in ciclo diurno soprattutto allo scopo di evitare il ricorso da un ricovero ordinario, presso le strutture di Diabetologia dei Distretti 1 (Presidio Oftalmico) e Distretti 8, 9 e 10 (Presidio Valdese) è possibile organizzare un ricovero in ciclo diurno.

I criteri di accesso al DH siano i seguenti:

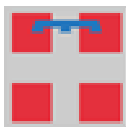
- Scompenso glicometabolico con chetosi senza coma, senza compromissione delle condizioni generali di salute tali da rendere opportuno, a giudizio dei clinici inviante e ricevente, un ricovero ordinario
- Scompenso glicometabolico cronico (tre lievi consecutivi di emoglobina glicata > 8.5% nell'arco di almeno 9 mesi) ed evidenza di inefficacia delle misure terapeutiche e comportamentali gestibili ambulatorialmente
- Stabilizzazione glicometabolica prima di importanti interventi chirurgici, nel caso ciò non sia ottenibile con le misure ambulatoriali

3.2 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

- 1) La determinazione della glicemia è possibile in tutti i punti prelievi della Asl1 e Asl2 (tabella 1).
- 2) Le curve da carico vengono eseguite ove presente un laboratorio dotato di spazi idonei per la corretta esecuzione dell'esame e che possa garantire l'erogazione del servizio per non meno di 200 giorni lavorativi all'anno. L'accesso è regolato mediante prenotazione
- 3) Il prelievo per l'esecuzione dell'esame necessario alla valutazione immunologica viene eseguito presso le seguenti sedi :
 - in accesso diretto presso il punto prelievi "Baldi e Riberi" dell'Ospedale Molinette
 - su prenotazione interna, presso l'Ospedale Oftalmico - ASL Torino 1 (Via Juvarra,19)
 - presso il Distretto 3 - Asl Torino 1 (Via Monginevro, 130)
 - su prenotazione interna, presso sede della diabetologia dei Presidi Valletta e Valdese

In tutte le Strutture Diabetologiche sono garantiti:

- 1) il tesseramento del paziente; il possesso della tessera è l'unico attestato valido di patologia per ottenere l'esenzione 013.250.



- 2) la valutazione metabolica completa e la valutazione dei fattori di rischio cardiovascolari al momento della diagnosi
- 3) l'informazione corretta e completa sul diabete, sulle sue complicanze, sull'efficacia della modificazione degli stili di vita e dei trattamenti nel modificare la storia naturale della patologia. I Distretti provvederanno a coordinare le azioni degli attori interessati e istituzionalmente individuati per effettuare l'educazione sanitaria e la prevenzione.
- 4) la definizione e la gestione di un piano terapeutico personalizzato, finalizzato ad ottenere il migliore compenso metabolico possibile
- 5) l'approccio dietetico personalizzato
- 6) l'educazione sanitaria come parte integrante del Piano terapeutico comprendente, a seconda delle esigenze, la gestione dell'ipoglicemia, la gestione del diabete in caso di patologie intercorrenti, la cura dei piedi, il counselling sulla cessazione del fumo, la gestione dell'attività fisica, la gestione dell'esercizio-terapia, l'autogestione della terapia sulla base del monitoraggio domiciliare della glicemia.

3.3 PIANO DI ASSISTENZA DIABETOLOGICA

3.3.1 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

Nelle visite del PDTA saranno previsti:

Anamnesi:

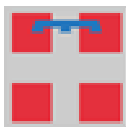
- Anamnesi familiare
- Anamnesi fisiologica mirata sullo stile di vita e sulle abitudini alimentari
- Anamnesi patologica remota mirata in particolare sui fattori di rischio CV e sulla storia diabetologica
- Anamnesi patologica prossima in particolare sui sintomi in relazione al diabete e alle sue complicanze e sui farmaci assunti

Esame obiettivo:

- Calcolo BMI e CV
- Pressione arteriosa in orto e clinostatismo
- Palpazione regione tiroidea
- Semeiotica cardiaca, polmonare, addominale
- Valutazione polsi e ricerca soffi vascolari
- Esame dei piedi e test del monofilamento

Esami di laboratorio:

- Glicemia a digiuno e post-prandiale (disponibile anche in modalità rapida "testing office")
- HbA1c (disponibile anche in modalità rapida "testing office")
- Profilo lipidico
- Uricemia
- Test di funzionalità epatica
- Microalbuminuria in tutti i diabetici tipo 2 e nei tipi 1 dopo 5 anni dalla diagnosi (disponibile anche in modalità rapida "testing office")
- Creatinina e stima del filtrato glomerulare
- Nei diabetici tipo 1 alla diagnosi: screening tiroidite autoimmune e malattia celiaca
- ICA, GADA nel sospetto di diabete tipo 1



- Esame urine con sedimento
- Amilasi, lipasi, assetto marziale in caso di sospetto diabete secondario (malattie del pancreas o emocromatosi)

Esami strumentali, visite specialistiche, altro:

- ECG
- Visita oculistica per F.O.
- Ecodoppler vascolare (quando indicato)
- Ecografia addome (quando indicato)
- Consulenza con dietista (quando indicato)
- Consulenza terapia educativa strutturata
- Informazioni generali sulla patologia e sulle complicanze a tutti i nuovi accessi

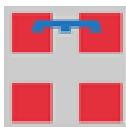
3.3.2. Piano di trattamento

- Verifica che tutte le indagini e/o procedure previste in sede di valutazione iniziale siano state soddisfatte
- Predisposizione del relativo piano complessivo individuale di trattamento con :
 - Obiettivi glicemici generali:
 - **HbA1c < 7 %** in soggetti adulti con diabete per prevenire l'incidenza e la progressione delle complicanze macrovascolari
 - **HbA1c < 6,5 %** in soggetti 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
 - **HbA1c 7- 8 %** in pazienti con diabete di lunga durata > 10 anni soprattutto con precedenti di CVD 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
 - Glicemia a digiuno e pre-prandiale: **70-130 mg/dl**
 - Glicemia post-prandiale: **< 180 mg/dl**
 - Definizione obiettivi glicemici personalizzati
 - Intensiva istruzione all'autogestione della terapia e predisposizione di algoritmi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi glicemici fissati in tutti i pazienti in terapia insulinica
 - Dosaggio HbA1c ogni 3-4 mesi circa
 - istruzione all'autocontrollo glicemico per tutti i pazienti insulino-trattati e per i pazienti non in trattamento insulinico selezionati (Es: instabilità glicemica, rischio o anamnesi di ipoglicemia, ipoglicemie non avvertite, comorbidità, necessità di perseguire target glicemici stretti)

3.3.3 Terapia Medica Nutrizionale

Ogni paziente riceve :

- schema dietetico personalizzato (spiegazione e consegna di una dieta scritta)
- consulenza dietistica (quando indicato)
- percorso di Educazione Alimentare Strutturata (quando indicato)



3.3.4 Attività fisica/Esercizioterapia

Ogni paziente riceve :

- informazioni relative all'attività fisica adeguata alle altre patologie concomitanti
- percorso di esercizioterapia (quando indicato)

3.3.5 Educazione Strutturata

A tutti i pazienti di nuovo accesso sono fornite informazioni di base sulla malattia e sulle sue complicanze nell'ambito del primo accesso, con rinforzo ed eventuale integrazione nel corso delle visite successive del PDTA. Tutti i pazienti in terapia con farmaci secretagoghi devono ricevere istruzioni precise sul riconoscimento e sul trattamento dell'ipoglicemia

In casi selezionati si provvede a:

- 1) inserire i pazienti in un programma più approfondito di educazione strutturata
- 2) educazione all'autocontrollo glicemico
- 3) educazione alla somministrazione e all'autogestione della terapia insulinica

3.3.6 Valutazione del Profilo di Rischio Cardiovascolare Screening e Trattamento delle Complicanze

1) Ipertensione:

Controllo ad ogni visita della pressione arteriosa; stabilire obiettivi pressori (target generalmente < 130/80) proponendo al MMG l'uso dei farmaci più appropriati

2) Dislipidemia:

controllo annuale del profilo lipidico completo (o più ravvicinato in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo terapeutico)

obiettivo terapeutico:

- Col-LDL < 100 mg/dl
- Trigliceridi < 150 mg/dl
- Colesterolo HDL > 40 mg/dl nell'uomo e > 50 mg/dl nella donna

3)Terapia antiaggregante con ASA:

valutazione indicazione per ogni singolo paziente

4) Counselling alla sospensione del fumo

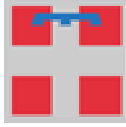
5) Screening e trattamento della cardiopatia coronarica e dell'arteriopatia periferica:

annualmente, a partire dal momento della prima visita:

- esame dei polsi periferici e ricerca soffi vascolari
- ECG basale
- Indice di Windsor (ogni 3-5 anni se normale)

Nei pazienti a rischio CV più elevato:

- ecocolordoppler carotideo
- ecocolordoppler degli arti inferiori



- test provocativi di ischemia (inviare al cardiologo ⇒ protocollo d'intesa)

6) Nefropatia diabetica:

ricerca microalbuminuria annualmente nei diabetici tipo 1 con durata del diabete > 5 anni e in tutti i diabetici tipo 2 dal momento della diagnosi (vedi linee-guida SID)

- dosaggio creatinina serica e delle clearances renali quando indicato
- ecografia reni e vie escrettrici urinarie alla conferma della microalbuminuria o di nefropatia conclamata
- trattamento farmacologico (v. linee guida)
- consulenza nefrologica secondo protocollo d'intesa in corso di redazione

7) Retinopatia diabetica (si veda percorso specifico in allegato 03):

- prima valutazione F.O. in midriasi entro 3-5 anni dalla diagnosi per il d.tipo 1
- prima valutazione al momento della diagnosi per il d.tipo 2
- successivi controlli ogni 1-2 anni in assenza di retinopatia o più frequentemente su prescrizione dell'oculista
- controllo annuale in presenza di retinopatia background lieve-moderata
- controllo più frequente a giudizio dell'oculista
- le donne diabetiche dovranno essere sottoposte a screenig prima di intraprendere la gravidanza e quelle gravide dovranno ricevere lo screening al momento della conferma della gravidanza e quindi ogni 3 mesi fino al parto e nel primo anno dopo il parto
- la fluorangiografia non è indicata quale strumento per lo screening della retinopatia diabetica ed è indicata, su prescrizione dell'oculista, in tutti i casi in cui sia necessario interpretare dal punto di vista patogenetico le lesioni presenti che il solo esame clinico non consente di discriminare

8) Neuropatia diabetica:

screening della polineuropatia sensitivo-motoria simmetrica distale cronica al momento del primo accesso al Centro e quindi almeno ogni 2 anni, con questionario ad hoc e valutazione almeno della sensibilità pressoria con il test del monofilamento di 10 g

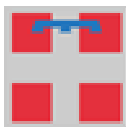
prescrizione di EMG non per lo screening ma per la diagnosi differenziale delle neuropatie, in presenza di caratteristiche cliniche atipiche

programma di prevenzione delle lesioni del piede in presenza di neuropatia

9) Disfunzione erettile:

screening annuale con questionario mirato .

Invio a Centro di 2° livello ,in presenza di fallimento della terapia con inibitori della PDE-5 o in caso di diagnostica complessa.



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 20 di 31

10) Cura del piede:

- Ispezione annuale a tutti i pazienti o più frequente nei pazienti ad alto rischio di ulcerazioni
- Fornire un programma educativo di 2° livello ai pazienti ad alto rischio
- Trattamento delle lesioni ⇒ ogni struttura gestisce la valutazione delle lesioni a rischio ed i trattamenti di base e, presso l'Ospedale Valdese, è attivo un ambulatorio per trattamento di lesioni di primo livello. Sono formalizzati protocolli di intesa per l'avvio di pazienti con lesioni di secondo livello (complicate o con ischemia critica degli arti inferiori, capitolo 3.6).

3.4 PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ATTIVATI (PDT)

Presso le Strutture Diabetologiche vengono attivati i seguenti PDT specifici, allegati al presente documento

Percorso	Titolo	Allegato
PDTA 01	Retinopatia Diabetica	03
PDTA 02	Educazione Alimentare Strutturata – Dietoterapia	04
PDTA 03	Educazione Alimentare Strutturata – Counting dei carboidrati	05
PDTA 04	Programma Esercizioterapia nel Diabete tipo 2	06
PDTA 05	Diabete Gestazionale	07

3.5 PROTOCOLLO DELLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE TIPO 2

Il protocollo operativo per la Gestione Integrata del Diabete tipo 2 è delineato nei dettagli dalla normativa vigente (DD Direzione Generale Sanità, Assessorato Tutela Salute e Sanità Regione Piemonte n. 979 23/12/2008 – Protocollo operativo per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 dell'adulto in Piemonte.)

3.5.1. Compiti delle strutture specialistiche

Le strutture specialistiche espletano il loro ruolo nella Gestione Integrata rendendo operativo il percorso evidenziato al **capitolo 3.1** ed erogando le prestazioni di cui **capitolo 3.3** e seguenti.

In particolare accolgono tutti i pazienti inviati dai MMG per una nuova diagnosi, per un nuovo problema intercorrente o per controllo programmato secondo le modalità definite ai **capitoli 2.4.1 e 2.4.2**, in accesso sempre diretto in caso di richiesta urgente, in accesso diretto (SS Diabetologia Distretto 1 e SS Diabetologia Distretti 8-9-10 della SC Malattie Metaboliche e Diabetologia ASL TO1) o prenotato secondo classi di priorità (SSD Diabetologia Distretti 2-3) le richieste non urgenti.

3.5.2 I compiti dei Medici di Medicina Generale sono sintetizzati come segue:

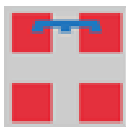
Primo Obiettivo: migliorare la prevalenza

Viene richiesto un minimo del 3% di pazienti inseriti in Gestione Integrata (G.I.) (Livelli Appropriati di Performance)

Secondo Obiettivo: efficace followup (almeno una volta l'anno)

Registrazione di una HbA1c in almeno il 70% dei pazienti inseriti in G.I.

Registrazione di un profilo lipidico in almeno il 60% dei pazienti inseriti in G.I.



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1

Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 21 di 31

- i) Registrazione di una misurazione della Pressione Arteriosa in almeno il 90% dei pazienti inseriti in G.I. Registrazione di un Indice di Massa Corporea (BMI) in almeno il 70% dei pazienti inseriti in G.I.
- ii) Registrazione di una misurazione della circonferenza addominale in almeno il 50% dei pazienti inseriti in G.I.
- iii) Registrazione di una determinazione della microalbuminuria in almeno il 50% dei pazienti inseriti in G.I.
- iv) Registrazione di un dosaggio della creatinemia in almeno il 50% dei pazienti inseriti in G.I.

Terzo Obiettivo: migliorare la performance

- i) **HbA1c**: almeno il 25% dei pazienti inseriti in G.I. con ultimo valore registrato uguale o inferiore a 7,5%
- ii) **Colesterolo LDL**: almeno il 20% dei pazienti inseriti in G.I. con ultimo valore registrato uguale o inferiore a 130 mg/dl
- iii) **Pressione Arteriosa**: almeno il 20% dei pazienti inseriti in G.I. con ultimo valore registrato uguale o inferiore a 130/80 mmHg

I Medici di Medicina Generale rilevano a tempi prestabiliti dal protocollo operativo dati clinici e di laboratorio e li riportano su una scheda cartacea e/o sul portale dell'ASL VCO: la scheda cartacea va portata a cura del paziente in occasione degli accessi alle strutture diabetologiche che. Gli specialisti hanno attualmente la possibilità di visionare in sola lettura le schede dei pazienti inseriti in Gestione Integrata sul portale ASL VCO.

La scheda raccolta dati che riassume tempi e parametri clinici previsti dal protocollo operativo è allegata al presente documento (Allegato 08)

3.5.3. Screening e trattamento delle complicanze croniche della malattia diabetica

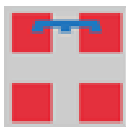
Si ritiene qui di riassumere quanto previsto dal PDTA – DM e dal protocollo della Gestione Integrata per quanto attiene allo screening delle complicanze croniche della malattia diabetica.

In occasione della Visita di Accoglienza presso il CAIS di un paziente affetto da diabete neodiagnosticato la struttura specialistica programma gli accertamenti necessari per inquadrare lo stato degli organi bersaglio delle complicanze della malattia diabetica. Una volta in possesso degli esiti degli accertamenti (eventualmente eseguiti in proprio), ed eventualmente con l'ausilio di un Consulto Interdisciplinare, in occasione della Visita Complessiva la struttura specialistica definisce il quadro clinico e pianifica il programma diagnostico terapeutico individuale successivo.

Nel caso il paziente venga inserito in Gestione Integrata ed inviato al proprio MMG, il protocollo della Gestione Integrata prevede valutazione a intervalli definiti (v. allegato 08) degli organi bersaglio.

Il MMG può inviare alla struttura diabetologica un paziente per visita di controllo (Visita di Anamnesi e Valutazione brevi secondo PDTA di DGR 61) in caso di "nuovo problema clinico" anche rappresentato alla comparsa di segni, sintomi o reperti strumentali suggestivi della comparsa di complicanze. In ogni caso un paziente verrà inviato a nuova VISITA PERIODICA/CONTROLLO COMPLICANZE (Visita di Anamnesi e Valutazione brevi secondo PDTA di DGR 61) ogni 18-24 mesi.

Le strutture diabetologiche che ricevono un paziente in VISITA PERIODICA/CONTROLLO COMPLICANZE ripetono tra il resto, come sopra, una valutazione delle condizioni degli organi bersaglio, utilizzando



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 22 di 31

i dati forniti dal MMG sulla base delle valutazioni effettuate nel periodo intercorso dall'ultima visita, ed eventualmente completando gli accertamenti.

Le strutture diabetologiche svolgono uno screening completo delle complicanze per i pazienti in gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG e gli altri specialisti secondo PDTA (capitolo 3.1), che dovrebbero rappresentare a regime una percentuale minima della popolazione diabetica tipo 2 aggiunti a diabetici tipo 1.

Le strutture diabetologiche si faranno carico degli "steps" successivi al riscontro di un'eventuale alterazione degli organi bersaglio delle complicanze croniche della malattia diabetica, secondo quanto previsto dagli standards assistenziali del diabete mellito e dai PDTA attivi presso questa ASL e descritti nel presente documento. Alcuni percorsi sono ancora da definire.

Il trattamento delle complicanze in atto potrebbe richiedere l'attivazione di protocolli di intesa con le ASO insistenti sul territorio o di consulti interdisciplinari con altri specialisti.

3.6 Accordi di integrazione con le Aziende Sanitarie Ospedaliere ed Ospedaliero-Universitarie insistenti sul territorio della ASL Torino 1 e con altri Servizi Aziendali

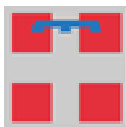
Al fine di offrire ai soggetti diabetici residenti nella ASL Torino 1 percorsi assistenziali completi e di integrare le competenze presenti nelle strutture diabetologiche della ASL Torino 1 con quelle non disponibili in aziende e, invece, presenti nelle Aziende Ospedaliere ed Ospedaliero Universitarie insistenti sul territorio della ASL Torino, i referenti dell'assistenza diabetologica di tali Aziende Ospedaliere saranno inseriti come componenti di diritto del Comitato Diabetologico Aziendale non appena sarà possibile deliberarne una nuova composizione.

Inoltre, la tabella seguente elenca gli accordi di percorso stilati con le Aziende Ospedaliere per tramite dei referenti individuati dall'Assessorato Regionale alla Salute e Sanità con DGR 61-13646/2010.

L'elenco degli accordi potrà essere ulteriormente arricchito e verrà riportato nelle prossime revisioni del Piano. In particolare sono stati avviati i contatti con i referenti indicati nella DGR 61-13646 22/03/2010 per stilare accordi con l'ASO Mauriziano (SC Endocrinologia), l'ASO Molinette (SSD Diabetologia), l'ASO OIRM – Sant'Anna (SC Endocrinologia) e un secondo accordo con l'ASO CTO (SC Nefrologia e Dialisi)

Il testo dell'accordo è raccolto tra gli allegati

Accordo	Oggetto	Allegato
CTO	Ricoveri in ciclo diurno e trattamento lesioni del piede	09
Consultori Familiari	Diabete Gestazionale	10



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 23 di 31

4 RISORSE UMANE COINVOLTE

4.1 Strutture e operatori coinvolti

Gli operatori sono attualmente così distribuiti:

Struttura Diabetologica	Dirigenti Medici	Coll. Prof. Inf. Tecnici e amministrativi
Ospedale Oftalmico - Via Juvarra	02	01 Coordinatore Organizzativo Infermieristico
		02 CPS Infermiere
		01 Infermiera Generica Esperta
		01 O.S.S.
		01 Operatore tecnico
Presidio Valletta - Via Farinelli	02	01 Coordinatore Organizzativo Infermieristico **
		02 CPS Infermiere **
		01 Infermiera Generica ** Esperta
		01 tecnico dietista
Ospedale Valdese Via Pellico	01	01 CPS Infermiere **
	01 Specialista Amb. Interno	01 Infermiera Generica ** Esperta
Poliambulatorio - Via Monginevro	02	03 I.P.
	01 Specialista Amb. Interno	01 O.S.S.
Poliambulatorio- Via Biscarra	02 Specialista Amb. Interno	02 IP ***

*** non dedicati

** con limitazioni del tempo di servizio

* funzioni di coordinamento per le sedi dei distretti 8, 9-10

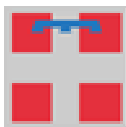
4.2 Qualifiche necessarie e modalità di formazione degli operatori

Le qualifiche e le competenze necessarie dei medici sono quelle proprie degli specialisti nella disciplina Malattie Metaboliche e Diabetologia o equipollenti, mentre quelle degli infermieri sono quelle acquisite nel corso dell'esperienza lavorativa nel settore specifico.

Il personale svolge, per profilo, indifferentemente le attività elencate al punto successivo, di cui ha piena responsabilità.

Riunioni periodiche del team consentiranno di uniformare le mentalità, i comportamenti, le modalità gestionali necessarie per la pratica clinica quotidiana. E' prevista anche l'implementazione di attività di audit clinico per verificare l'aderenza dell'attività a quanto previsto nei documenti di riferimento di cui al punto 6.1

Dovranno essere implementate le attività di aggiornamento e formazione professionale, già previste per tutti gli operatori del Servizio dal programma di ECM.



I piano formativo annuale prevede la partecipazione a:

- Corsi di aggiornamento specifici su argomenti attinenti la Disciplina di Malattie Metaboliche e Diabetologia
- Congressi e convegni organizzati da società scientifiche diabetologi che ed endocrinologiche

Le occasioni formative dovranno essere fruibili dai dirigenti medici e dal personale infermieristico e tecnico della struttura, con opportuna rotazione in modo da non interferire con l'erogazione del servizio all'utenza.

I direttori ed i responsabili della struttura si impegnano a predisporre un piano della formazione strutturato in seguito ad un'analisi sistematica dei bisogni formativi del personale dirigente e del comparto sanitario.

4.3 Responsabilità attribuite

MEDICI DIABETOLOGI:

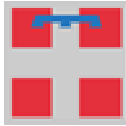
- inquadramento del paziente di nuovo accesso e/o nuova diagnosi
- gestione delle urgenze metaboliche
- compilazione della cartella clinica cartacea o informatizzata
- pianificazione dello screening complicanze
- definizione del piano terapeutico e diagnostico
- definizione degli obiettivi terapeutici
- valutazione per avvio al programma di autocontrollo domiciliare delle glicemia
- definizione della frequenza degli accessi programmati alla struttura
- elegibilità al programma di G.I.
- refertazione al MMG
- definizione dei PAG e dei piani terapeutici e controllo del diario dell'automonitoraggio domiciliare della glicemia
- attività di consulenza specialistica richiesta in Ospedale
- gestione dei modelli educativi

I.P.:

- iscrizione e/o presa in carico del paziente nel RRD su indicazione del medico
- compilazione PAG su indicazione del medico
- compilazione della parte infermieristica della cartella cartacea o informatizzata
- educazione all'autocontrollo glicemico
- educazione alla terapia insulinica
- educazione al riconoscimento e al trattamento dell'ipoglicemia
- partecipazione a programmi di educazione terapeutica strutturata (dietoterapia, counting carboidrati, esercizio terapia
- esecuzione retino grafie (presso Ospedale Oftalmico, SS Diabetologia Distretto 1)
- educazione alla prevenzione delle lesioni del piede
- esecuzione screening della neuropatia ed ispezione del piede
- calendarizzazione dello screening delle complicanze e pianificazione degli accessi al Servizio
- segreteria telefonica
- prelievi ematici , raccolta campioni biologici, attività di raccordo con il laboratorio centrale d'analisi

Tecnico dietista:

- visite dietistiche individuali



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1

Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 25 di 31

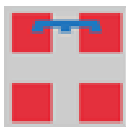
- attività di Educazione Alimentare Strutturata a gruppi per dietoterapia e counting dei carboidrati
- partecipazione a percorso di Esercizioterapia

OSS:

- accoglienza allo sportello
- calendarizzazione dello screening delle complicanze e pianificazione degli accessi al Servizio
- segreteria telefonica

Operatore Amministrativo

- attività generali di segreteria



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 26 di 31

5 RISORSE MATERIALI A DISPOSIZIONE

5.1 Risorse strutturali

Gli spazi attualmente attribuiti alle Strutture diabetologiche sono:

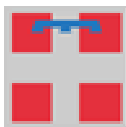
Struttura Diabetologica		
Ospedale Oftalmico Via Juvarra	Sala riunioni	01
	Sala attesa	01
	Segreteria	01
	Locale prest. Infermieristiche	02
	Sale visita	04
	Locale educazione	01
	Day-Hospital posti letto	02
Presidio Valletta Via Farinelli	Sala attesa	01
	Segreteria	01
	Locale prest. Infermieristiche	01
	Sale visita	03
	Locale educazione	00
	Day-Hospital posti letto	00
Ospedale Valdese Via Pellico	Sala attesa	01
	Segreteria	01
	Locale prest. Infermieristiche	01
	Sale visita	03
	Locale educazione	01*
	Day-Hospital posti letto	03
Poliambulatorio Via Monginevro	Sala attesa	01
	Segreteria	01
	Locale prest. Infermieristiche	01
	Sale visita	04
	Locale educazione	01
	Day-Hospital posti letto	00
Poliambulatorio Via Biscarra	Sala attesa	01*
	Segreteria	01
	Locale prest. Infermieristiche	01
	Sale visita	01
	Locale educazione	01*
	Day-Hospital posti letto	00

* non dedicati

5.2 Attrezzature e materiale di consumo

Tutte le strutture sono dotate di posti lavoro con PC + stampante e dispongono dell'Hardware e del Software necessario per l'accesso alla rete Aziendale e alla rete RUPAR.

Tutte le apparecchiature sono dotate di manuali d'uso consultabili dagli operatori, e sono previste specifiche procedure di manutenzione ordinaria.



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 27 di 31

Tipologia	Ospedale Oftalmico	Presidio Valletta	Ospedale Valdese	Poliamb. v.Monginevro	Poliamb. v.Biscarra	Manuali e procedure di manutenzione
Elettrocardiografo	01	00	01	01*	01*	sì
Minidoppler	00	00	01	01*	01*	sì
Proiettore ottotipi	01	00	00	01*	01*	sì
Tavole ottotipi	01	00	00	01*	01*	sì
Oftalmoscopio diretto	00	00	00	01*	01*	sì
Oftalmoscopio indiretto	01	00	00	01*	01*	sì
Retinografo	01	00	00	00	00	sì
Fluorangiografo	01	00	00	00	00	sì
Tonometro	00	00	00	00	00	sì
Biotesiometro	01	01	01	00	00	sì
Diapason	00	01	03	02	01	sì
Sfigmomanometro	05	05	04	05	03	sì
Holter pressorio	00	00	00	00	00	sì
Holter cardiaco	00	00	00	00	00	sì
Holter metabolico(Armband)	00	03	00	00	00	sì
Holter Glicemico	01	01	00	00	00	sì
Monitor Neuropatia auton.	00	00	01	00	00	sì
Glucometri distribuzione	Sì	sì	sì	sì	Sì	sì
Stiloiniettori	Sì	sì	sì	sì	Sì	sì
DCA 2000+ HbA1c	Sì	sì	sì	00	00	sì
Podoscopio	00	00	00	00	00	sì
Microinfusori **	00	00	00	00	00	sì
Frigorifero farmaci	02	02	01	01	01	sì
Ossimetro (TcPO2)	00	00	00	00	00	sì
Bilancia	05	03	04	04	01	sì
Metro	05	03	03	05	04	sì
Plicometro	00	01	00	00	00	00
Glucometri telemedicina	04	00	00	00	00	sì
Defibrillatore	01	00	00	01*	01*	sì

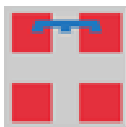
* **Non dedicati**

** **I microinfusori sono in dotazione ai pazienti e non alla struttura**

6 DOCUMENTI E REGISTRAZIONI

6.1 Documenti necessari per il monitoraggio dell'attività

- ⊕ Livelli essenziali di assistenza diabetologica che le ASL della Regione Piemonte devono erogare a tutti i soggetti diabetici (DD Direzione Generale Sanità, Assessorato tutela Salute e Sanità Regione Piemonte n. 176 DA 2005 04/04/2008, D101)
- ⊕ Modello di gestione integrata del diabete tipo 2 (D.G.R. n.40-9920 del 27/10/2008 e D.G.R. n. 18-2663 del 3/10/2011, D301 della sopracitata DD)
- ⊕ Indicatori per la valutazione delle attività diabetologiche nell'ambito della gestione integrata (D201 della sopracitata DD)



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 28 di 31

- ✦ Linee guida di riferimento per la realizzazione delle attività diabetologiche nell'ambito della gestione integrata (Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito 2009-2010)
- ✦ DGR 61-13646 del 22.3.2010 con allegati A e B: Percorsi assistenziali appropriati per i pazienti affetti da diabete mellito

6.2 Registrazioni conseguenti la produzione e la erogazione

E' previsto, ma non ancora realizzato per tutti gli applicativi informatici, il collegamento in rete di tutte le strutture diabetologiche Aziendali:

- | | | |
|---|-----------------------|----------------|
| • Applicativo per le prenotazioni | SGP | (Engineering) |
| • Applicativo per la gestione clinica | INFOCLIN Diabetologia | (Eurosoft) |
| • Applicativo per la gestione clinica | Eurotouch | (Meteda) |
| • Applicativo per prenotazione prelievi | Concerto | (Metafora) |
| • Registro Regionale Diabetici | Citrix Meta Frame XP | (CSI-Piemonte) |
| • Applicativo per la gestione clinica | DIABESIS | (CSI-Piemonte) |
- (in corso di dismissione per obsolescenza e rinuncia alla manutenzione da parte del produttore)

In alcune sedi sono ancora utilizzate Cartelle Cartacee per la registrazione dei dati clinici.

Il debito informativo verso la Regione Piemonte viene assolto per estrazione dei dati dall'applicativo SGP che viene anche utilizzato per l'accettazione e la consuntivazione delle prestazioni.

6.3 Misure per la sicurezza nel trattamento dei dati

Vengono seguite le normative di legge per la protezione dei dati sensibili, secondo le applicazioni e disposizioni Aziendali, attraverso il collegamento e coordinamento con il CED aziendale e nel rispetto del regolamento aziendale (Documento Programmatico sulla Sicurezza 2011 e il Regolamento aziendale sull'uso degli strumenti informatici e della posta elettronica, reperibili sul sito Internet della ASL Torino 1). In particolare tutte le postazioni informatiche di lavoro sono accessibili solo con credenziali di autenticazione.

Il consenso al trattamento dei dati personali viene acquisito al momento del tesseramento su apposito modulo.

7 MODALITA' DI INFORMAZIONE DEI PAZIENTI

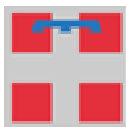
Il presente documento viene pubblicato sul sito internet dell'ASL Torino 1 ed è quindi disponibile per il pubblico. Di fatto costituisce un aggiornamento rispetto a quanto pubblicato nella sezione dedicata alla Diabetologia della Carta dei Servizi della ASL Torino 1, la cui ultima versione risale al 2005

Presso ogni sede di erogazione dell'assistenza sono affissi cartelli che illustrano il personale in servizio, gli orari di apertura del servizio e le modalità di accesso allo stesso.

Presso ogni sede è inoltre conservato e distribuito materiale informativo su argomenti organizzativi o tecnico-sanitari il cui aggiornamento è curato dal responsabile della struttura. L'elenco dei documenti è allegato al presente Piano della Qualità (allegato 1), aggiornato in occasione delle revisioni. Copia dei documenti è conservata a cura del coordinatore del Comitato Diaetologico Aziendale.

I pazienti possono ottenere informazioni

- Di persona durante le visite alle strutture diabetologiche



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 29 di 31

- rivolgendosi ai numeri di telefono indicati al punto 2.4 durante l'orario di disponibilità
- scrivendo una mail all'indirizzo di posta elettronica del Comitato Diabetologico Aziendale (comitato.diabetologico@aslto1.it) che coordina l'attività del CAIS.
- rivolgendosi al proprio Medico di Medicina Generale per quanto riguarda ogni aspetto della Gestione Integrata

8 VALUTAZIONE

8.1 Indicatori e target

Gli indicatori ed i relativi target per valutare la qualità dell'assistenza diabetologica sono definiti anche sulla base dei dati forniti da un campione significativo di Servizi di Diabetologia a livello nazionale (Annali AMD - Indicatori di qualità dell'Assistenza Diabetologica in Italia) e potranno essere modificati sulla base delle performance medie delle ASL rilevate periodicamente.

Gli indicatori sotto riportati sono stabiliti sulla base della pubblicazione degli Annali AMD 2010.

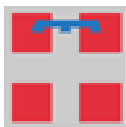
8.1.1 INDICATORI DI PROCESSO

	Indicatore	Target
P1	Percentuale di pazienti con almeno 1 determinazione di emoglobina glicata nell'anno	92%
P2	Percentuale di pazienti con almeno 1 determinazione del profilo lipidico nell'anno	75%
P3	Percentuale di pazienti con almeno 1 determinazione della PAO nell'anno	75%
P4	Percentuale di pazienti con almeno 1 determinazione del BMI nell'anno	60%
P5	Percentuale di pazienti valutati per l'abitudine al fumo	100%
P6	Percentuale di pazienti valutati per nefropatia (1)	50%
P7	Percentuale di pazienti valutati per retinopatia (2)	90%
P8	Percentuale di pazienti con esame dei piedi/anno	50%

- (1) Per valutazione della nefropatia si intende una delle seguenti:
1. Screening per microalbuminuria eseguito negli ultimi 12 mesi (negli ultimi 24 mesi se ricorrono almeno due delle seguenti condizioni: HbA1c < 8.0%, non in terapia insulinica, screening precedente negativo)
 2. Dosaggio positivo per macroalbuminuria negli ultimi 24 mesi
 3. Evidenza clinica documentata di nefropatia negli ultimi 24 mesi
- (2) Per valutazione della retinopatia si intende esame del fondo dell'occhio a pupille dilatate negli ultimi 12 mesi (negli ultimi 24 mesi se ricorrono almeno due delle seguenti condizioni: HbA1c < 8.0%, non in terapia insulinica, esame precedente negativo per retinopatia diabetica)

8.1.2 INDICATORI DI RISULTATO

	Indicatore	Standard
R1	Percentuale di pazienti con HbA1c \leq 7.0%	50%
R2	Percentuale di pazienti con valori di colesterolo LDL < 100mg/dl	50%
R3	Percentuale di pazienti con valori di pressione arteriosa < 130/85 mmHg	30%
R4	Percentuale di pazienti con BMI \leq 25 Kg/m ²	20%
R5	Percentuale di pazienti non fumatori	80%
R6	Percentuale di pazienti con valori di LDL \geq 130 mg/dl non in trattamento con statine	50%
R7	Percentuale di pazienti con valori di pressione arteriosa > 140/90 mmHg non in trattamento antipertensivo	50%



8.1.3 INDICATORI DI MIGLIORAMENTO

	Indicatore
M1	Distribuzione in quintili del valore di HbA1c
M2	Distribuzione in quartili del valore di colesterolo LDL
M3	Distribuzione in quintili del valore della PAS
M4	Distribuzione in quintili del valore della PAD
M5	Distribuzione in quintili del valore di BMI

Le strutture diabetologiche della ASL Torino 1 si impegnano inoltre a realizzare nel corso del 2012 un monitoraggio dei seguenti indicatori, sui quali costruire altri obiettivi per l'anno successivo.

- Ricoveri ospedalieri per residenti: numero e tipologia
- Accessi al Pronto Soccorso per pazienti diabetici residenti e per causa
- Mortalità per Diabetici residenti e per causa

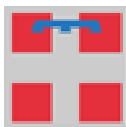
Si impegnano inoltre a realizzare un'indagine di Soddisfazione dell'Utenza con strumento da condividere in seno al Comitato Diabetologico Aziendale e con la collaborazione delle Associazioni dei Pazienti.

8.2 Modalità di valutazione

Tutte le strutture diabetologiche si impegnano a produrre entro il 2012 una valutazione di base degli indicatori, analizzando i propri data-base, almeno su un campione della popolazione diabetica afferente. Successivamente gli indicatori andranno rivalutati almeno una volta all'anno entro il primo semestre. Il responsabile della struttura ha la responsabilità di ottenere i dati ed effettuare la valutazione di cui sopra e di produrre relazione documentata.

La valutazione sarà oggetto di audit clinico locale (all'interno della struttura diabetologica) e del Comitato Diabetologico Aziendale entro il secondo semestre di ogni anno. E' responsabilità del responsabile di struttura organizzare l'audit all'interno della struttura.

Dall'audit sugli indicatori dovranno originare proposte di miglioramento della qualità dell'assistenza. E' responsabilità del Coordinatore del Comitato Diabetologico Aziendale organizzare l'Audit a livello aziendale e coordinare le proposte di miglioramento dell'assistenza diabetologica.



PIANO DELLA QUALITA' DELLA ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Revisione 1 Data di emissione: 21 dicembre 2011

Pagina 31 di 31

9 ELENCO DEGLI ALLEGATI AL PIANO DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA DIABETOLOGICA DELLA ASL Torino 1

Allegato numero	Titolo	Versione
01	Elenco dei documenti informativi utilizzati presso le Strutture Diabetologiche	1, 12/11
02	Modalità di accesso diretto alle strutture diabetologiche dei distretti 1, 8, 9 e 10	1, 12/11
03	PDTA Retinopatia diabetica, descrittivo e flow chart	2, 12/11
04	PDTA Educazione Alimentare Strutturata - Dietoterapia	2, 12/11
05	PDTA Educazione Alimentare Strutturata - Counting dei Carboidrati	2, 12/11
06	PDTA Attività Motoria ed Esercizio-Terapia nel Diabete tipo 2	2, 12/11
07	PDTA Diabete Gestazionale	2, 12/11
08	Scheda raccolta dati Gestione Integrata	1, 12/11
09	Accordo con l'ASO CTO/Maria Adelaide per trattamento lesioni del piede e ricoveri in ciclo diurno	2, 12/11
10	Procedura per il Diabete Gestazionale condivisa tra Consultori Familiari e Servizi di Diabetologia della ASL Torino 1	0, 12/11

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	Elenco dei documenti informativi utilizzati presso le Strutture Diabetologiche	Allegato 01
---	---	--------------------

Poliambulatorio Via Biscarra

Documento numero	Titolo
Biscarra01	Schema di dieta da 1200 calorie
Biscarra02	Schema di dieta da 1500 calorie
Biscarra03	Schema di dieta da 1800 calorie
Biscarra04	Griglia per automonitoraggio glicemico
Biscarra05	Algoritmo variazione dosi di insulina (analogo rapido)
Biscarra06	Algoritmo variazioni dosi di insulina (analogo lento)
Biscarra07	Elenco documenti necessari per il certificato rinnovo patente
Biscarra08	Richiesta esami per visita di controllo
Biscarra09	Percorso diabetologico integrato

Poliambulatorio Via Monginevro

Documento numero	Titolo
Monginevro01	Spiegazione Gestione Integrata
Monginevro02	Pro-memoria per la paziente dopo il parto
Monginevro03	Carta dei Servizi Distretto 3
Monginevro04	Libretto informativo sul diabete
Monginevro05	Dieta 1200 Kcal
Monginevro06	Dieta 1500 Kcal
Monginevro07	Dieta 1800 Kcal
Monginevro08	Dieta 2000 Kcal
Monginevro09	Dieta in previsione OGTT
Monginevro10	Riconoscere e gestire le ipoglicemie
Monginevro11	Informazioni per la prevenzione delle lesioni del piede

Presidio Ospedaliero Valletta

Documento numero	Titolo
Valletta01	Indicazioni per Primo Accesso alla struttura
Valletta02	Indicazioni per Accessi Non Programmati
Valletta03	Informazioni su Percorso Diabetologico Integrato
Valletta04	Griglia Automonitoraggio
Valletta05-06-07	Schemi Diete Quote Caloriche 1200, 1400, 1600 Kcal
Valletta08-09-10	Schemi Diete Quote Caloriche 1800, 2000, 2200 Kcal
Valletta11	Schema Dieta Ipoproteica
Valletta12	Schema Dieta Iposodica
Valletta13	Schema Dieta per Dislipidemie
Valletta14	Schema Dieta per Terapia Antiaggregante orale (TAO)
Valletta15	Consigli Dietetici Generali
Valletta16	EDUCAZIONE ALIMENTARE STRUTTURATA (EAS) – DIETOTERAPIA (DT) Guida Incontri

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	Elenco dei documenti informativi utilizzati presso le Strutture Diabetologiche	Allegato 01
---	---	--------------------

Valletta17	EAS - DT Gioco Nutrienti
Valletta18	EAS - COUNTING CARBOIDRATI (CHO) Argomenti Trattati
Valletta19	EAS – CHO Guida Incontri
Valletta20	ESERCIZIO – TERAPIA (ET) Guida Incontri
Valletta21	ET Riferimenti telefonici della struttura
Valletta22	Modulo Patente Pazienti Gruppo 1
Valletta23	Modulo Patente Pazienti Gruppo 2
Valletta24	Allegato per Comunicazione alla Motorizzazione
Valletta25	Documenti necessari per Rilascio Certificato Patente
Valletta26-27	Promemoria Prenotazioni EAS, Esercizioterapia
Valletta28-29	Dispense EAS-DT, EAS-CHO
Valletta30-31	Dispense Esercizioterapia, Map Conversation
Valletta32	Modulo Consenso per Tessera Regionale
Valletta33-34	Modulo Consenso per Holter Glicemico e per Holter Metabolico
Valletta35-36	Modulo Consenso per Microinfusore e per Esercizioterapia

Presidio Ospedaliero Valdese	
Documento numero	Titolo
Valdese01	Indicazioni per Primo Accesso
Valdese02	Indicazioni per Accessi Non Programmati
Valdese03	Informazioni su Percorso Diabetologico Integrato
Valdese04	Griglia Automonitoraggio
Valdese05	Modulo Patente Pazienti Gruppo 1
Valdese06	Modulo Patente Pazienti Gruppo 2
Valdese07	Allegato per Comunicazione alla Motorizzazione
Valdese08	Documenti necessari per Rilascio Certificato Patente
Valdese09	Istruzioni per raccolta diuresi delle 24 ore
Valdese10	Istruzioni per raccolta per esame urine
Valdese11	Istruzioni per raccolta per urinocultura
Valdese12	Istruzioni per esecuzione ECG in accesso diretto

Ospedale Oftalmico	
Documento numero	Titolo
Oftalmico01	Griglia per automonitoraggio glicemico
Oftalmico02	Informazioni preparatorie allo screening della retinopatia diabetica
Oftalmico03	Ipoglicemia – norme per i pazienti diabetici
Oftalmico04	Decalogo del piede
Oftalmico05	Informazioni riguardanti il rilascio del PAG
Oftalmico06	Brevi note di educazione alimentare

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	Elenco dei documenti informativi utilizzati presso le Strutture Diabetologiche	Allegato 01
---	---	--------------------

Oftalmico07	Piano alimentare da 1200 Kcal
Oftalmico08	Piano alimentare da 1400 Kcal
Oftalmico09	Piano alimentare da 1600 Kcal
Oftalmico10	Piano alimentare da 1800 Kcal
Oftalmico11	Piano alimentare da 2000 Kcal
Oftalmico12	Piano alimentare da 2200 Kcal
Oftalmico13	Pro-memoria prenotazioni
Oftalmico14	Modalità di accesso al Servizio
Oftalmico15	Modello "piano complessivo di trattamento" per la G.I.

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	Modalità dell'accesso diretto alle strutture Diabetologiche dei Distretti 1, 8, 9 e 10	Allegato 02 Pag 1 di 2
---	---	----------------------------------

La S.C. Malattie Metaboliche e Diabetologia della ASL TO1 eroga prestazioni diabetologiche presso i presidi della S.S. Distretto 1 e della S.S. Distretti 8-9-10 in modo uniforme e in osservanza del protocollo della Gestione Integrata con i pazienti ed i Medici di Medicina Generale. Per quanto riguarda i **primi accessi diretti alla struttura e gli accessi non programmati** i pazienti possono presentarsi presso l'ambulatorio di competenza territoriale **con impegnativa del medico curante**

PRIMO ACCESSO ALLA STRUTTURA

Soggetto residente nei Distretti Aziendali		MODALITA' DI ACCESSO
01 Centro, Crocetta	S.S. DIABETOLOGIA DISTRETTO 1 Ospedale Oftalmico Via Juvarra 19	Accettazione / Prenotazione presso Struttura Diabetologica il martedì e il giovedì ore 8.30 alle ore 9.30
08 Cavoretto, Borgo Po, San Salvario	S.S. DIABETOLOGIA DISTRETTI 8-9-10 Ospedale Valdese Via Berthollet 34	Accettazione / Prenotazione presso Struttura Diabetologica il giovedì dalle ore 8.30 alle ore 9.30
09 - 10 Lingotto, Nizza-Millefonti, Filadelfia, Mirafriori Sud	S.S. DIABETOLOGIA DISTRETTI 8-9-10 Presidio Valletta Via Farinelli 25	Accettazione / Prenotazione presso Struttura Diabetologica il martedì e il giovedì dalle ore 8.30 alle ore 9.30

ACCESSO NON PROGRAMMATO

Soggetto residente nei Distretti Aziendali		MODALITA' DI ACCESSO
01 Centro, Crocetta	S.S. DIABETOLOGIA DISTRETTO 1 Ospedale Oftalmico Via Juvarra 19	Accettazione / Prenotazione presso Struttura Diabetologica secondo classe di priorità il lunedì e mercoledì dalle ore 8.30 alle ore 9.30
08 Cavoretto, Borgo Po, San Salvario	S.S. DIABETOLOGIA DISTRETTI 8-9-10 Ospedale Valdese Via Berthollet 34	Accettazione / Prenotazione presso Struttura Diabetologica secondo classe di priorità il martedì e il giovedì dalle ore 8.30 alle ore 9.30
09 - 10 Lingotto, Nizza-Millefonti, Filadelfia Mirafriori Sud	S.S. DIABETOLOGIA DISTRETTI 8-9-10 Presidio Valletta Via Farinelli 25	Accettazione / Prenotazione presso Struttura Diabetologica secondo classe di priorità il martedì e il mercoledì dalle ore 8.30 alle ore 9.30

Cogliamo l'occasione per sottolineare alcuni aspetti organizzativo/procedurali:

- i primi accessi o gli accessi programmati prevedono l'**impegnativa del MMG** con l'indicazione della motivazione (es: specifico problema clinico intercorrente, controllo complicanze), nell'ambito del percorso condiviso della Gestione Integrata
- i cittadini vanno indirizzati preferenzialmente alla **struttura del distretto di residenza**, per evidenti motivi di allocazione di risorse in base alla popolazione residente
- l'accesso diretto non esclude la definizione di una **classe di priorità** da parte del MMG e il suo rispetto da parte della struttura diabetologica, che potrà espletare la prestazione nel giorno stesso o **programmarla in un giorno successivo**, sulla base di un criterio clinico e della priorità stabilita dal MMG inviante.

La Responsabile S.S. Distretto 1

Dott.ssa Anna Rita Leoncavallo

Il Responsabile S.S. Distretti 8-9-10

Dott. Riccardo De Luca

Il Responsabile della S.C. Malattie Metaboliche e Diabetologia

Dott. Massimo Veglio

(firmato in originale)

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	PDTA 01 RETINOPATIA	Allegato 03
---	--------------------------------	--------------------

Percorso Retinopatia Diabetica

La retinopatia diabetica (R.D.) costituisce nei Paesi industrializzati la principale causa di cecità legale in età lavorativa, le evidenze oggi disponibili hanno dimostrato che mediante programmi di screening e trattamento della R.D. è possibile ridurre drasticamente la cecità nel diabete. Lo screening ed il trattamento della retinopatia diabetica costituiscono le procedure con il miglior rapporto costi-efficacia note in Medicina.

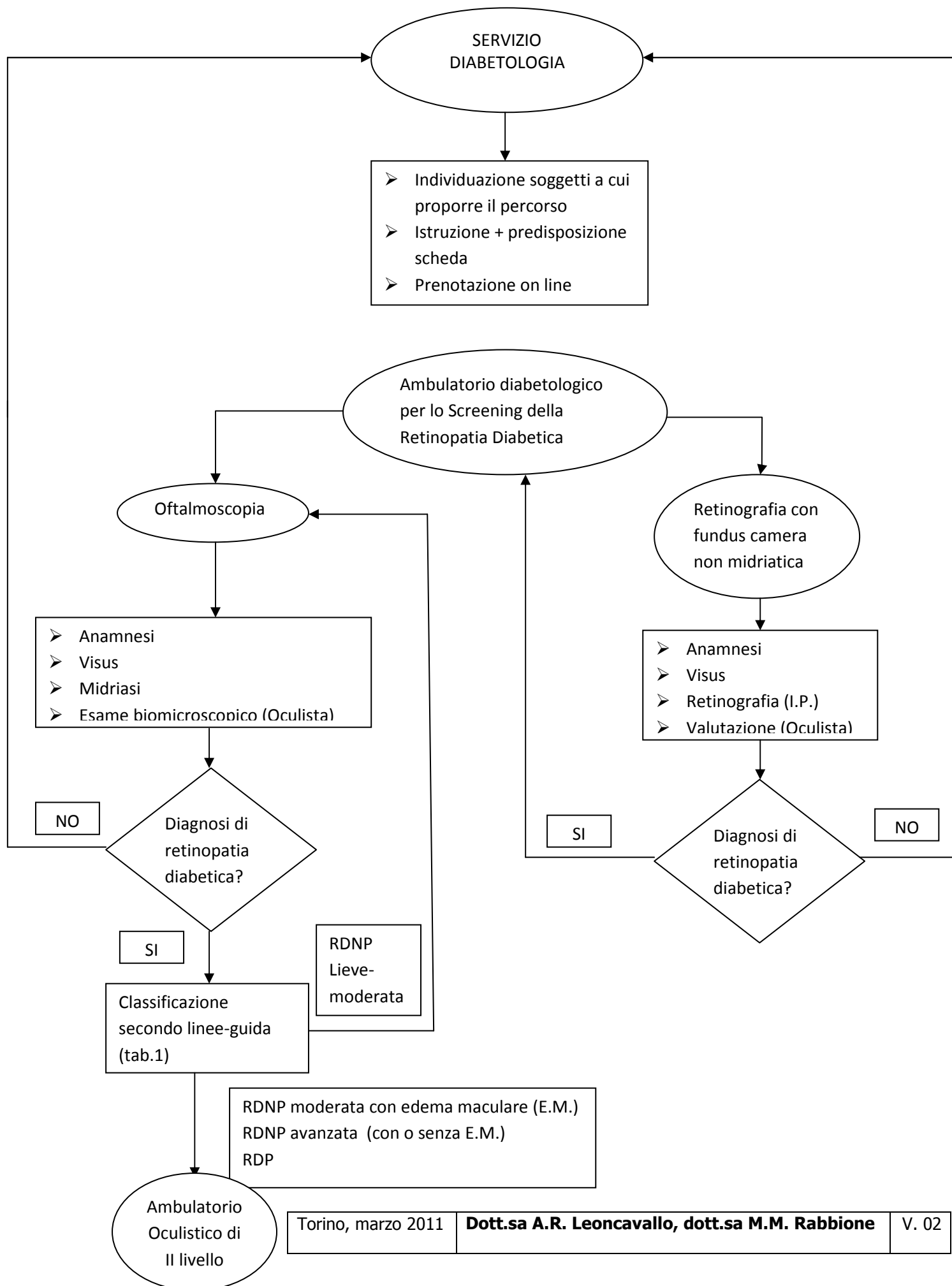
L'attuazione di programmi di screening per la prevenzione delle complicanze della malattia diabetica è funzione attribuita ai Servizi di Diabetologia (Legge n.215,16 marzo 1987 art.5), leggi regionali attuative (Legge Regionale del Piemonte 7/04/00 n.34) prevedono la definizione diagnostica e il trattamento di dette complicanze, creando collegamenti con le altre Unità Operative Specialistiche.

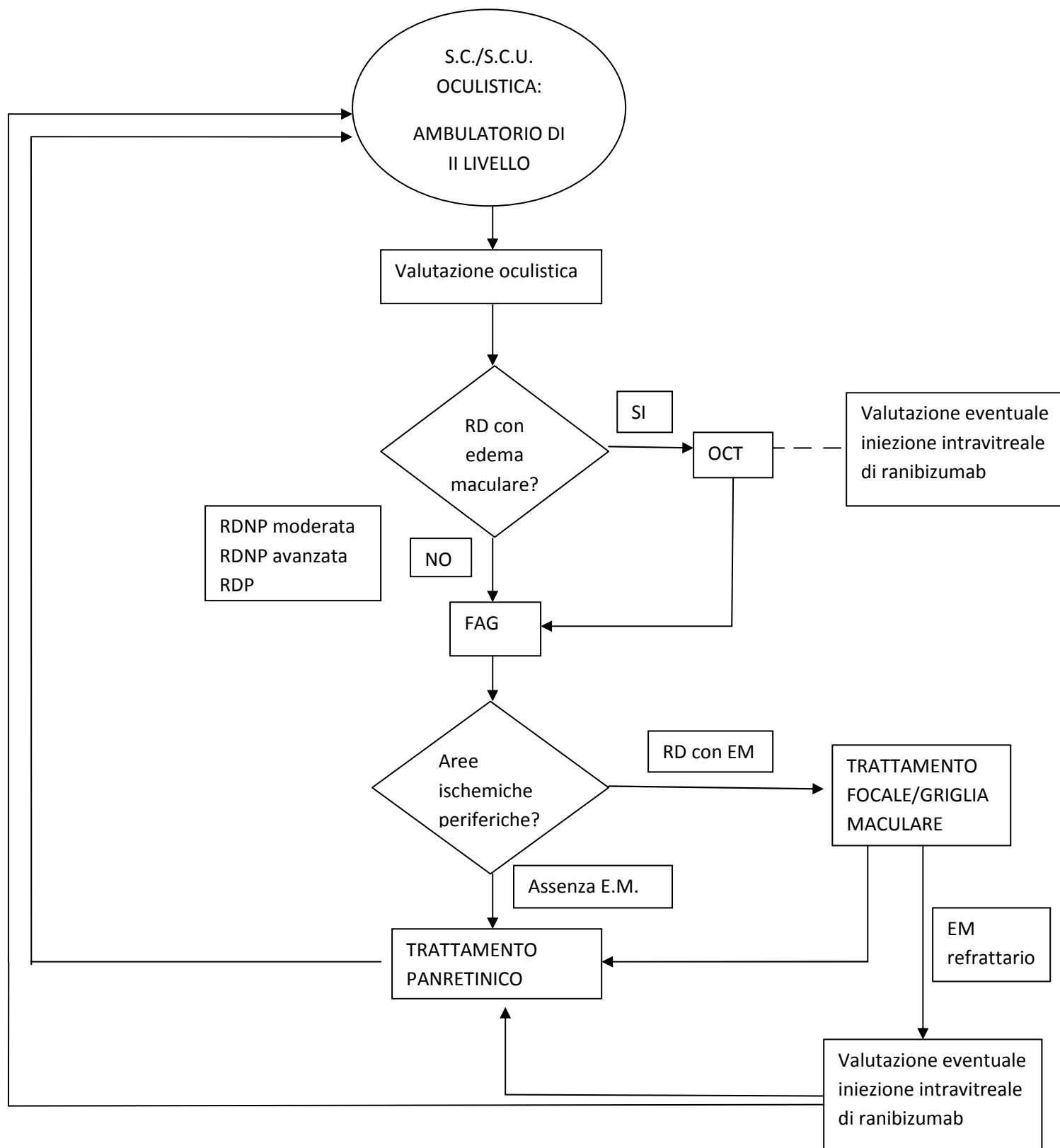
La nostra Struttura Diabetologica ha istituito una collaborazione interdisciplinare con la Clinica Universitaria e la S.C. di Oculistica¹ dell'Ospedale Sperino/Oftalmico, con la finalità di rendere operativo, tramite la creazione di un gruppo di lavoro, un percorso diagnostico terapeutico per la R.D.

E' stato così realizzato un percorso condiviso tramite l'adesione alle stesse linee guida e modalità classificative, l'adozione di un linguaggio comune fra operatori, la realizzazione di una specifica cartella clinica informatica, la predisposizione di materiale educativo, la discussione di casi clinici, ecc.

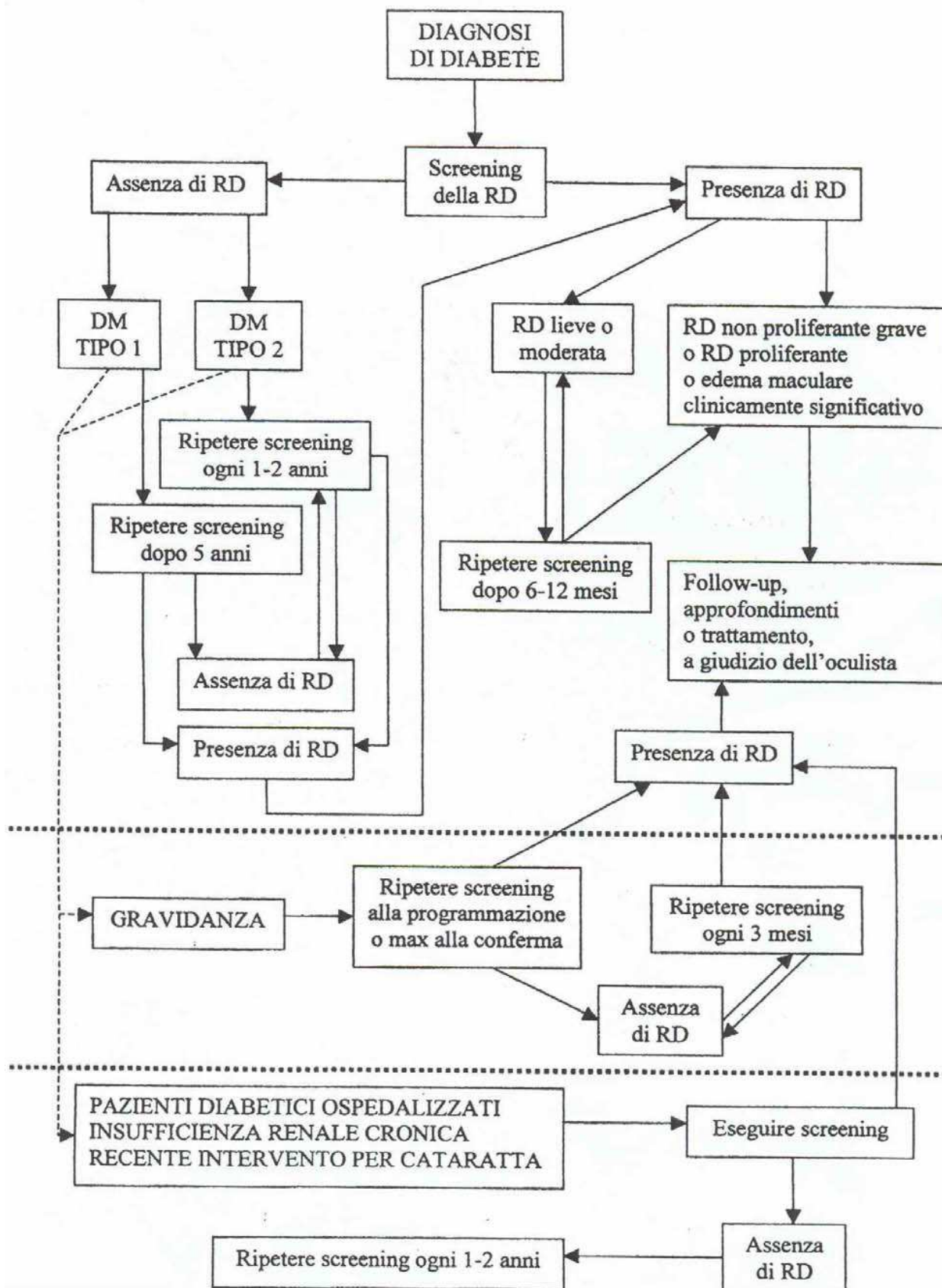
I presupposti per una efficace collaborazione fra Strutture diverse sono stati il grande impegno degli specialisti Diabetologi ed Oculisti nell'attuazione delle sinergie necessarie, l'acquisizione da parte della Diabetologia di alcune attrezzature (retinografo, fluorangiografo, lampada a fessura ecc.), come anche la formazione sul campo, effettuata dalla Diabetologia, di alcuni suoi operatori, all'esecuzione della retinografia non midriatica.

La flow-chart che segue, illustrando le "tappe" principali del percorso diagnostico-terapeutico per la Retinopatia Diabetica, definisce anche gli ambiti di competenza delle due diverse discipline (Diabetologia, Oculistica): la Struttura Diabetologica ha un ruolo di fondamentale importanza, tramite lo screening, nella diagnosi precoce della R.D. (sintomatologia soggettiva scarsa o assente anche in presenza di gravi lesioni retiniche, che possono esitare a breve termine in perdita visiva), mentre lo Specialista Oculista è ovviamente indispensabile nei casi di patologia retinica conclamata.





Tab 1 FlowChart per lo Screening della RD (da: "Linee Guida Italiane per la RD")



Numeri del percorso

Nel periodo agosto 2003-dicembre 2008 è stata esaminata una popolazione di 2870 pazienti consecutivi (Tabella a) e sono stati raccolti regolarmente per ciascun paziente, in apposito data base, i dati relativi a: presenza e grado di RD, presenza e tipo di edema maculare, data di diagnosi e tipo di diabete, età, terapia diabetologica, HbA1c, Colesterolemia TOT, HDL e TG. I risultati relativi alle diverse prevalenze degli stadi di retinopatia sono rappresentati nel grafico 1.

Maschio (%)	57.77%
Femmina (%)	42.23%
Età (anni)	64.07 ± 11.64
Durata Diabete (anni)	9.62 ± 8.91
HbA1c (%)	7.67 ± 1.37
T1 DM (%)	3.76%
T2 DM (%)	95.61%
T. Dietetica (%)	16.06%
T. Orale (%)	63.14%
T. Insulinica o combinata (%)	20.80%

tabella a: Caratteristiche Popolazione (2870 pazienti)

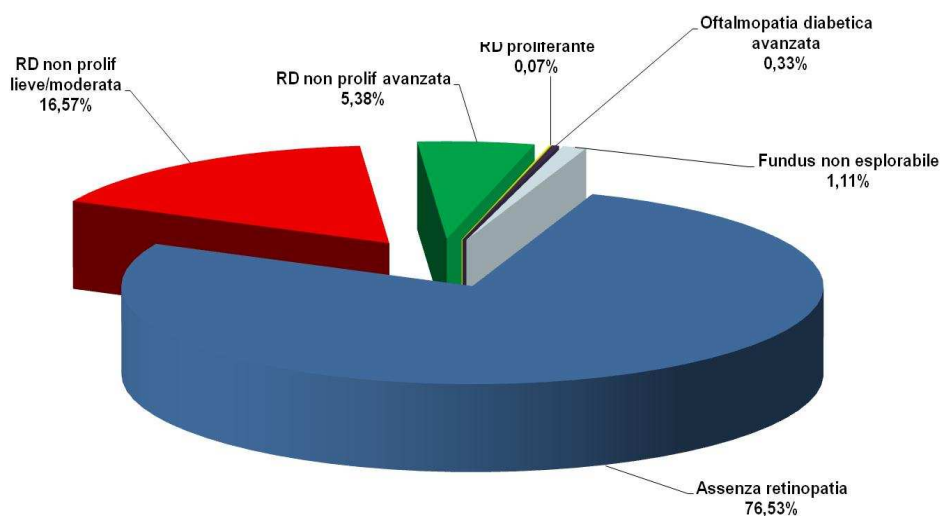


Grafico 1: prevalenza dei diversi stadi di RD

PERCORSO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE STRUTTURATA NEL PAZIENTE DIABETICO DIETOTERAPIA
<p style="text-align: center;">SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE</p> <p>L'intervento educativo nella patologia diabetica è finalizzato a determinare l'empowerment di tutti i pazienti, sviluppando la loro consapevolezza e dando loro gli strumenti essenziali per concorrere alla gestione della patologia insieme alle diverse figure di operatori sanitari (medici, dietiste, infermieri). Parte costitutiva di tale intervento è del percorso diagnostico terapeutico (PDTA) individuale, come indicato nella D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010, è l' Educazione Alimentare Strutturata (EAS), strumento essenziale per affrontare uno dei temi centrali dell'approccio terapeutico del Diabete Mellito: l'individuazione e la correzione delle abitudini alimentari scorrette. Tale percorso, attualmente, è svolto in tutte le sue articolazioni presso la S.S. Diabetologia Distretti 8-9-10.</p>
MODALITA' OPERATIVE
<p style="text-align: center;"><u>Articolazione del percorso di Educazione Alimentare Strutturata Dietoterapia</u></p> <p>Previsti TRE STEPS successivi:</p> <p>Visita di CONTROLLO e/o COMPLESSIVA del PDTA → VISITA DIETISTICA → → GRUPPO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE STRUTTURATA</p> <p>La partecipazione ai 2 steps è subordinata alla disponibilità ed al consenso espressi dai pazienti. La flow chart del percorso è illustrata nell' allegato 1 A.</p>
<p style="text-align: center;"><u>Avvio dell' Educazione Alimentare Strutturata</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chi accede: tutti i pazienti, individuati dal/la diabetologo/a, che accedono alla struttura per la prima volta o per un accesso per la valutazione delle complicanze o per un accesso non programmato, con la finalità di valutare/rivalutare, nell'ambito degli stili di vita corretti, le indicazioni educative inerenti l'alimentazione e le indicazioni medico-dietistiche della terapia nutrizionale, comprese nel percorso diagnostico terapeutico (PDTA) individuale. <input type="checkbox"/> Operatore: diabetologo (MD) <input type="checkbox"/> Tempo: durante la visita diabetologica di CONTROLLO e/o COMPLESSIVA del PDTA <input type="checkbox"/> Prenotazione: informatizzata on line <input type="checkbox"/> Report per il paziente: foglio prenotazione stampato <input type="checkbox"/> Report per gli altri Medici della Struttura e la Dietista: sulla cartella informatizzata <input type="checkbox"/> Report per i Medici di Medicina Generale e di altre branche specialistiche: referto stampato, redatto sulla cartella informatizzata
Il paziente si reca alla visita dietistica il giorno e l'ora previsti

Visita dietistica

- Operatore:** dietista (D)
- Contenuto:**
 - Valutazione dell' intake alimentare, del fabbisogno nutrizionale
 - Compilazione , spiegazione e consegna di un'indicazione dietetica personalizzata
- Indicatori di processo:**
 - **a lungo termine** di efficacia valutazione a 6-12 mesi di alcuni *indicatori*:
 - *antropometrici* (BMI, circonferenza vita)
 - *ematochimici di compenso metabolico* (Hba1c, colesterolo totale e HDL, trigliceridi)
- Indicatori di risultato:**
 - **a lungo termine** di efficacia miglioramento significativo degli *indicatori*:
 - *antropometrici* (BMI, circonferenza vita)
 - *ematochimici di compenso metabolico* (Hba1c, , colesterolo totale e HDL, trigliceridi)
- Prenotazione, previo consenso del paziente, per:**
 - **Gruppo di Educazione Alimentare Strutturata**
 - **come:** su apposita agenda informatizzata
- Report per il paziente:** foglio prenotazione stampato per sedute gruppo di EAS
- Report per altri Medici della Struttura :** su cartella informatizzata
- Report per i Medici di Medicina Generale e di altre branche specialistiche:** referto stampato, redatto sulla cartella informatizzata

Il paziente si reca al gruppo di educazione alimentare il giorno e l'ora previsti

Gruppo di Educazione Alimentare Strutturata: DIETOTERAPIA

- Chi accede:**
tutti i pazienti , individuati dal diabetologo, che accedono alla struttura per la prima volta o con un accesso per una valutazione per le complicanze o per un accesso non programmato, con la finalità di valutare/rivalutare le indicazioni, nell'ambito degli stili di vita corretti, educative inerenti l'alimentazione e le indicazioni medico-dietistiche della terapia nutrizionale, comprese nel percorso diagnostico terapeutico individuale (PDTA). L'accesso è successivo alla visita dietistica.
- Operatori:** diabetologo (MD), dietista (D) e infermiere professionale (IP)
- Organizzazione**
 - *Articolazione:* 5 lezioni, di 1 ora circa ciascuna, a cadenza settimanale, in un giorno specifico. E' previsto 1 corso ogni mese.
 - *Numero di partecipanti :* 8-10 pazienti
- Contenuto:**

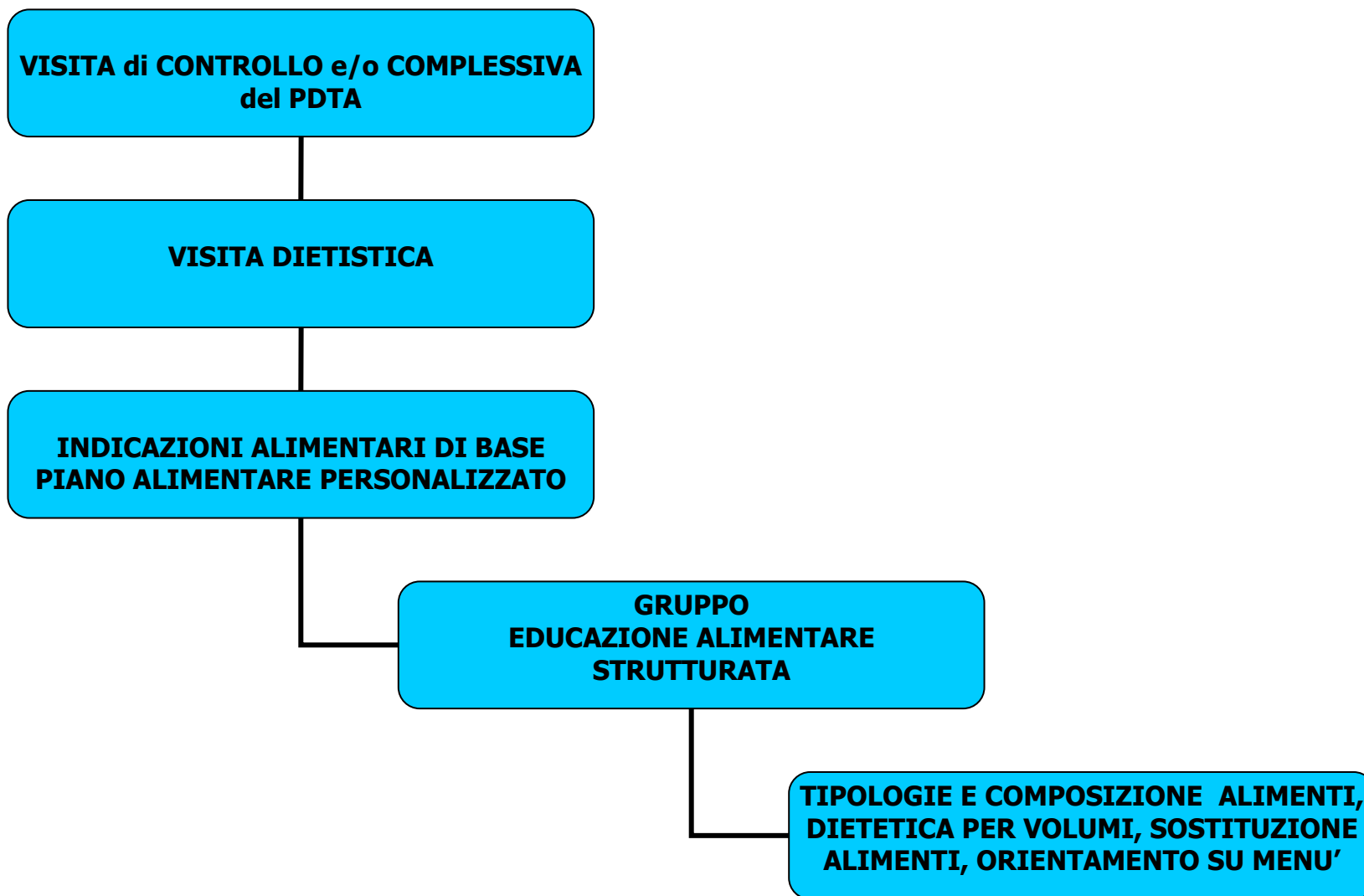
Programma Lezioni

 - *Prima lezione*
Argomenti:
 - cos' è Il diabete (Map Conversation)
Operatori: D, IP
 - *Seconda lezione*
Argomenti:

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	PDTA 02 Educazione Alimentare Strutturata Dietoterapia	Allegato 04
---	---	--------------------

<p style="text-align: center;"><u>Principali documenti di riferimento</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Evidence-Based Nutrition Principles and Recommendations for the Treatment and Prevention of Diabetes and Related Complications” , <i>Diabetes Care</i> 25:148-198, 2002 © 2002 by the American Diabetes Association, Inc.• Nutrition Principles and Recommendations in Diabetes, <i>Diabetes Care</i> 27:S36, 2004 © 2004 by the American Diabetes Association, Inc.• American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2009. <i>Diabetes Care</i> 2009; 32 (suppl 1): 513-61.• AMD-SID-Diabete Italia. Standard italiani per la cura del Diabete Mellito 2009-10. Edizioni Infomedica, 2010.

**Flow chart del percorso di Educazione Alimentare Strutturata (EAS) – DIETOTERAPIA
per i pazienti affetti da Diabete Mellito**



Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	PDTA 03 Educazione Alimentare Strutturata Counting dei carboidrati	Allegato 05
---	---	--------------------

PERCORSO DI EDUCAZIONE ALIMENTARE STRUTTURATA NEL PAZIENTE DIABETICO COUNTING DEI CARBOIDRATI
<p style="text-align: center;">SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE</p> <p>L'intervento educativo nella patologia diabetica è finalizzato a determinare l'empowerment di tutti i pazienti, sviluppando la loro consapevolezza e dando loro gli strumenti essenziali per concorrere alla gestione della patologia insieme alle diverse figure di operatori sanitari (medici, dietiste, infermieri). Parte costitutiva di tale intervento e del percorso diagnostico terapeutico (PDTA) individuale, come indicato nella D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010, è l' Educazione Alimentare Strutturata (EAS), strumento essenziale per affrontare uno dei temi centrali dell'approccio terapeutico del Diabete Mellito: l'individuazione e la correzione delle abitudini alimentari scorrette. Tale percorso, attualmente, è svolto in tutte le sue articolazioni presso la S.S. Diabetologia Distretti 8-9-10.</p>
<p style="text-align: center;">MODALITA' OPERATIVE</p> <p style="text-align: center;"><i>Articolazione del percorso di EAS su COUNTING DEI CARBOIDRATI</i></p> <p>Previsti <u>DUE STEPS</u> successivi:</p> <p><i>VISITA di CONTROLLO e/o COMPLESSIVA del PDTA → Gruppo di EAS su COUNTING CARBOIDRATI</i></p> <p>La partecipazione ai 2 steps è subordinata alla disponibilità ed al consenso espressi dai pazienti. La flow chart del percorso è illustrata nell' allegato.</p>

Gruppo di Educazione Alimentare Strutturata : COUNTING DEI CARBOIDRATI

- **Chi accede:**
 - **Pazienti diabetici di tipo 1** , in particolare chi utilizza il microinfusore
 - **Pazienti diabetici di tipo 2** in terapia multiiniettiva
che hanno espresso intenzione favorevole nel proseguire e approfondire un percorso di educazione alimentare strutturata gruppi
- **Operatori:** diabetologo (MD) e dietista (D)
- **Tempo:** durante la visita diabetologica di CONTROLLO e/o COMPLESSIVA del PDTA
- **Prenotazione:** su apposita agenda informatizzata
- **Organizzazione**
 - *Articolazione* : 3 lezioni, di 2 ore circa ciascuna, a cadenza settimanale; può essere previsto un quarto incontro aggiuntivo nel caso in cui sia necessaria un'ulteriore verifica della messa in pratica del metodo
 - *Numero partecipanti* :3-5 pazienti
- **Contenuto**
 - **PRIMO INCONTRO**
Argomenti:
 - ◆ Introduzione agli incontri e presentazione dei partecipanti
 - ◆ Identificare gli alimenti che contengono carboidrati con gioco interattivo "So cosa mangio?"
 - ◆ Imparare a stimare il peso alimenti o porzioni (pesata, lettura etichette)
 - ◆ Compito a casa: diario alimentare identificando gli alimenti che contengono carboidrati e la quantità consumata
Operatore: D
 - **SECONDO INCONTRO**
Argomenti:
 - ◆ Osservazione e discussione dei diari alimentari
 - ◆ Definire il contenuto di carboidrati per porzione con gioco interattivo "Conto i carboidrati" e "la colazione sognata"
 - ◆ Compito a casa: diario alimentare indicando la quantità di carboidrati consumati per pasto
Operatore: MD e D
 - **TERZO INCONTRO**
Argomenti:
 - ◆ Osservazione e discussione dei diari alimentari
 - ◆ Calcolo per definire le unità di insulina del pasto
 - ◆ Concetto di sensibilità insulinica
 - ◆ Compito a casa: diario alimentare indicando la quantità di carboidrati consumati per pasto e le unità di insulina
Operatore: MD e D

Strumenti Utilizzati

Per la parte teorica

- ◆ Diapositive e filmati

Per la parte pratica

Durante il corso da parte dell'operatore

- ◆ Tessere foto alimenti e piatti
- ◆ Riproduzioni di alimenti in plastica o reali non deperibili
- ◆ Materiale specifico per la dietetica a volumi
- ◆ Confezioni di alimenti più frequentemente utilizzati
- ◆ Gioco degli equivalenti
- ◆ Map conversation

Durante il corso da parte del partecipante

- ◆ Diario alimentare
- ◆ Profili pre-post prandiali
- ◆ Unità di insulina

<i>Al termine del corso</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dispensa con gli argomenti trattati ◆ Manuali con schede fotografiche di alimenti (grammature, contenuto in HC) ◆ Riferimenti banche dati alimenti 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicatori di processo: 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ a breve termine <u>di efficacia</u> compiti assegnati per la lezione successiva esercitazione pratica finale individuale ➤ a medio termine <u>di gradimento</u> questionario elaborato dalla Struttura ➤ a lungo termine <u>di efficacia</u> controllo ambulatoriale dietistico dopo 1 mese valutazione a 6-12 mesi di alcuni <i>indicatori</i> - <i>antropometrici</i> (BMI, circonferenza vita) - <i>ematocimici di compenso metabolico</i> (Hba1c, colesterolo totale e HDL, trigliceridi)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicatori di risultato: 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ a breve termine <u>di efficacia</u> raggiungimento del 70% di risposte esatte almeno nel 50% dei partecipanti ➤ a breve termine <u>di gradimento</u> raggiungimento del giudizio buono (4 items: insufficiente, sufficiente, buono, ottimo) nel 50% delle domande almeno nel 60 % dei partecipanti ➤ a medio termine <u>di efficacia</u> miglioramento dello stile alimentare riferito ➤ a lungo termine <u>di efficacia</u> miglioramento significativo degli <i>indicatori</i>: - <i>antropometrici</i> (BMI, circonferenza vita) - <i>ematocimici di compenso metabolico</i> (Hba1c, colesterolo totale e HDL, trigliceridi)
Principali documenti di riferimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Evidence-Based Nutrition Principles and Recommendations for the Treatment and Prevention of Diabetes and Related Complications” , <i>Diabetes Care</i> 25:148-198, 2002 © 2002 by the American Diabetes Association, Inc. • Nutrition Principles and Recommendations in Diabetes, <i>Diabetes Care</i> 27:S36, 2004 © 2004 by the American Diabetes Association, Inc. • American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2009. <i>Diabetes Care</i> 2009; 32 (suppl 1): 513-61. • AMD-SID-Diabete Italia. Standard italiani per la cura del Diabete Mellito 2009-10. Edizioni Infomedica, 2010. 	

**Flow chart del percorso di Educazione Alimentare Strutturata (EAS) – COUNTING DEI CARBOIDRATI
per i pazienti affetti da Diabete Mellito**

VISITA di CONTROLLO e/o COMPLESSIVA del PDTA

PERCORSO EAS – COUNTING DEI CARBOIDRATI

- **IDENTIFICAZIONE ALIMENTI CONTENENTI CARBOIDRATI**
- **IDENTIFICAZIONE PORZIONI DEGLI ALIMENTI**
- **IDENTIFICAZIONE DOSE INSULINA PER GRAMMO CARBOIDRATI**
- **IDENTIFICAZIONE DOSE INSULINA PER PORZIONE DI CARBOIDRATI**

PERCORSO DI PRESCRIZIONE, ISTRUZIONE ED ESECUZIONE DI ESERCIZIO-TERAPIA DEL PDTA INDIVIDUALE DEI PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO
<p style="text-align: center;">SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE</p> <p>Numerosi studi attestano l'importanza dell'attività motoria regolare sia per prevenire l'insorgenza del Diabete Mellito, sia per ridurre la morbilità e la mortalità, sia per migliorare il compenso metabolico e la performance fisica.</p> <p>Il Diabete Mellito, aumenta nella popolazione anziana il rischio di incidenti domestici da caduta accidentale, già significativo in questa fascia di età, come evidenziato dal monitoraggio effettuato dal 1998 al 2000 dalla Comunità europea, attraverso la sorveglianza degli incidenti registrati nelle strutture di emergenza (Elhass) e confermato dai dati italiani, desunti dal Sistema informativo nazionale sugli incidenti domestici (Siniaca). Esso può concorrere ad una situazione di diversa abilità nel movimento, a seguito dell'insorgenza di una alterazione asintomatica del sistema propriocettivo o di una neuropatia sensitivo-motoria sintomatica.</p> <p>L'attività motoria, anche se di lieve o moderata intensità, risulta una variabile comportamentale, associata alla percezione di salute ed al miglioramento della qualità di vita.</p> <p>Lo studio Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN, braccio italiano avviato nel 2006), ha evidenziato che il 27% dei soggetti con Diabete riferisce di praticare regolarmente esercizio fisico, in percentuale superiore ai soggetti non diabetici. L'indagine conoscitiva sulla promozione dell'attività fisica negli ambulatori diabetologici italiani, condotta nel 1998 dal Gruppo di Studio Diabete ed Attività Fisica di Diabete Italia, ha rilevato che: il 90% dei soggetti diabetici crede di poter migliorare la propria salute con l'attività fisica; il 77% dei pazienti ritiene utile la figura di un operatore di fitness metabolica, laureato in Scienze Motorie, presso il servizio di Diabetologia e il 93% praticherebbe attività motoria se il servizio diabetologico fosse provvisto di strutture apposite; l'attività fisica è praticata maggiormente da coloro che la ritengono utile; tra gli ostacoli alla sua pratica sono riferiti il senso di inadeguatezza, la mancanza di tempo e la pigrizia.</p> <p>Sulla base di tali evidenze della letteratura, la Struttura (S.) Complessa di Malattie Metaboliche e Diabetologia dell'ASL TO1, dal 2005 ha promosso, presso la propria sede dei distretti 9-10 situata nel Presidio Valletta, iniziative di attività fisica strutturata. L'ultima si è svolta in collaborazione con il Servizio di Medicina dello Sport dell'ASL TO 1, a sua volta promotore di un progetto aziendale di formazione per conduttori/istruttori di una particolare tecnica di cammino sportivo, il Fitwalking, deliberati quali "fitwalking leaders" aziendali. Essa ha permesso di definire un modello operativo di prescrizione di esercizio-terapia attraverso l'utilizzo della tecnica del Fitwalking, che, dall'ottobre 2010, è stato inserito "a regime" nel percorso diagnostico-terapeutico individuale (come indicato nella D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010) dei pazienti, presso l'attuale S. Semplice Diabetologia Distretti 8-9-10, sede presidio Valletta. Tale modello è in linea con il progetto del Ministero della Salute di "Prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia", nel quale vengono definiti i principi e i criteri generali per introdurre nella strategia sanitaria complessiva la "prescrizione dell'attività fisica".</p>
MODALITA' OPERATIVE
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chi accede: viene proposto a tutti i pazienti (che non presentano controindicazioni), individuati dal/la diabetologo/a, che accedono alla struttura per la prima volta o per un accesso per la valutazione delle complicanze, con la finalità di inserire nel percorso diagnostico terapeutico individuale (PDTA) anche l'esercizio-terapia, addestrandolo il paziente ad una particolare tecnica di cammino, il Fitwalking, portandolo a praticarne la "dose" prescrittagli preventivamente dal servizio di Medicina dello Sport e valutandone i risultati metabolici. <input type="checkbox"/> Criteri di inclusione: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Valutazione idoneità a questa pratica motoria, attestata dalla Medicina dello Sport aziendale ➢ Dismetabolismo glicidico, anche in associazione con eccesso ponderale e/o sindrome metabolica e/o dismetabolismo lipidico <input type="checkbox"/> Criteri di esclusione: <ul style="list-style-type: none"> ➢ controindicazione assoluta al movimento e/o alla pratica di tale attività motoria

- Modalità di selezione:**
 - Due:
 - già avviata: da parte del diabetologo, durante visita di CONTROLLO e/o COMPLESSIVA, con proposta diretta al paziente
 - in fase di definizione: da parte del Curante tramite contatto con la struttura diabetologia interessata
- Procedure correlate alla selezione:**
 - già avviata: lettera di informazione al Curante da parte della S. di Diabetologia in caso di selezione diretta
 - in fase di definizione: comunicazione, concordata tra la Diabetologia ed i Distretti e da questi inviata a tutti i Medici di Medicina Generale, per far conoscere l'iniziativa e consentire loro la proposta di propri assistiti diabetici
- Report per il paziente:** foglio prenotazione stampato per sedute gruppo di EAS
- Report per altri Medici della Struttura :** su cartella informatizzata
- Report per i Medici di Medicina Generale e di altre branche specialistiche:** referto stampato, redatto sulla cartella
- Prescrizione dell' esercizio-terapia:**
 - Contenuto: il servizio di Medicina dello Sport effettua , da un lato, una valutazione clinica complessiva del paziente, onde escludere controindicazioni alla pratica dell'attività motoria individuata e segnalare l'eventuale necessità di approfondimenti clinici, dall'altro, una valutazione funzionale, onde determinare il livello di efficienza fisica (in particolare di quella cardio-respiratoria) e la capacità di adattamento allo sforzo, indicare le modalità di esercizio fisico con riferimento, in particolare, al "range" di frequenza cardiaca "allenante" ed adeguato agli effetti metabolici ricercati per il singolo soggetto. Flow chart del percorso in Allegato A.
 - Modalità:
 - Modulo anamnestico d'invio da parte della SS Diabetologia
 - Report di ritorno della Medicina dello SportEntrambi sono scambiati informaticamente tramite Intranet aziendale
- Attività:**

programma di attività a gruppi di Fitwalking, tecnica di cammino sportivo sviluppata dalla Scuola del Cammino di Saluzzo dei fratelli Damilano
- Operatori:**
 - Attualmente: **Fitwalking Leaders interni alla struttura**, istruttori-conduttori di Fitwalking formati con specifico progetto dell'ASL TO 1
- Luogo di esecuzione:**
 - In un parco cittadino , attualmente nel Parco Colonnetti della Circoscrizione 10 di Torino
- Durata:**
 - Corsi ciclici di 12 settimane ciascuno
- Frequenza:**
 - 2 sedute condotte da Fitwalking Leaders alla settimana di 1 ora ciascuna
 - 1 sedute autogestita alla settimana di 1 ora
- Contenuto:**
 - Attività aerobica di media intensità
 - Stimolazione del sistema propriocettivo e coordinamento motorio
 - Potenziamento e tonificazione muscolare

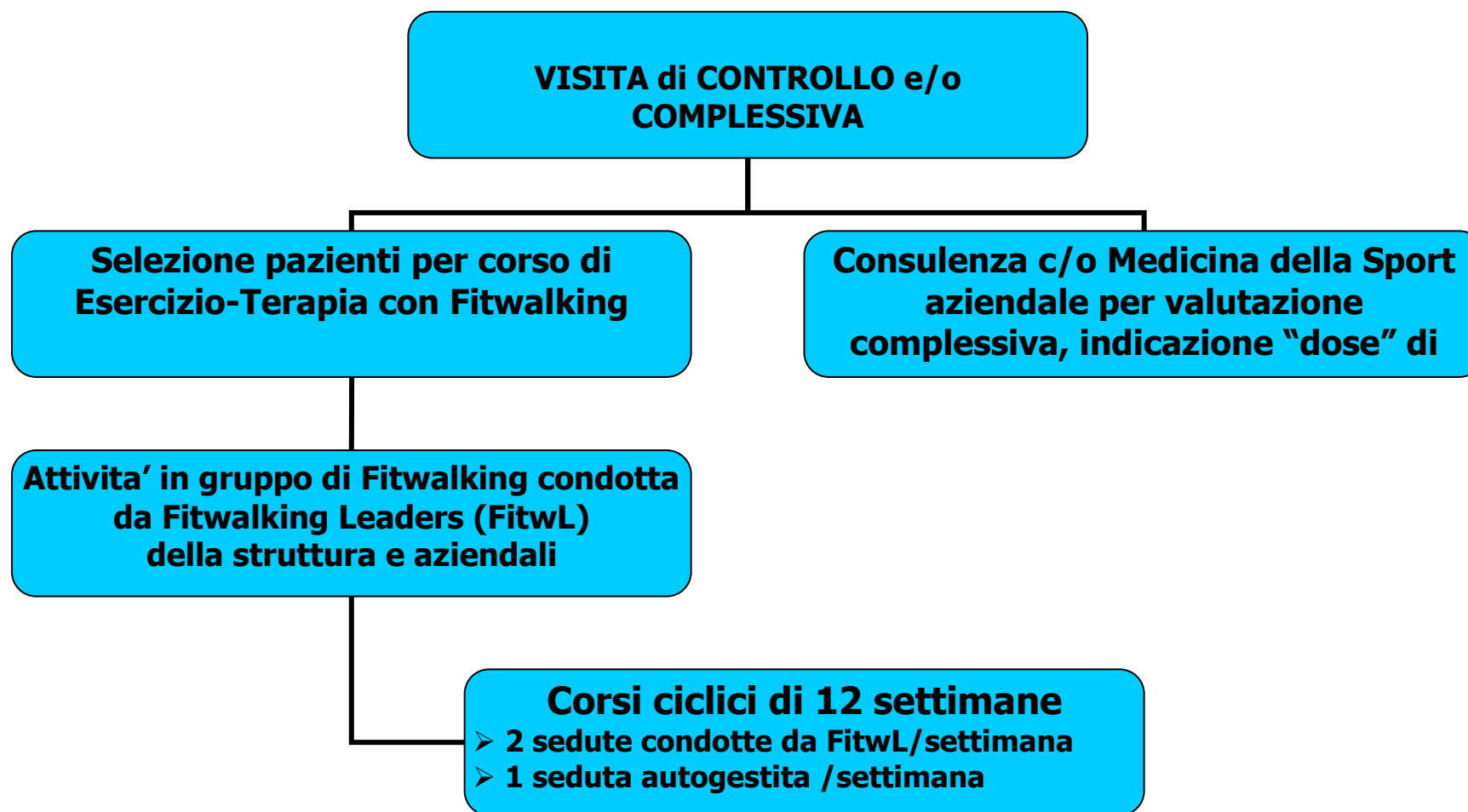
□	Indicatori di processo:		
	➤ a breve termine	<u>di efficacia</u>	valutazione della dose di esercizio terapia raggiunta, tramite valutazione frequenza cardiaca questionario elaborato dalla Struttura
		<u>di gradimento</u>	
	➤ a lungo termine	<u>di efficacia</u>	valutazione a 6-12 mesi di alcuni <i>indicatori</i> : - <i>antropometrici</i> (BMI, circonferenza vita) - <i>ematochimici di compenso metabolico</i> (Hba1c, , colesterolo totale e HDL, trigliceridi)
□	Indicatori di risultato:		
	➤ a breve termine	<u>di efficacia</u>	raggiungimento nel 50% dei pazienti della dose individuale di esercizio terapia e miglioramento medio delle performances motorie del gruppo
		<u>di gradimento</u>	raggiungimento del giudizio buono (4 items: insufficiente, sufficiente, buono, ottimo) nel 50% delle domande almeno nel 60 % dei partecipanti
	➤ a lungo termine	<u>di efficacia</u>	miglioramento significativo degli <i>indicatori</i> : - <i>antropometrici</i> (BMI, circonferenza vita) - <i>ematochimici di compenso metabolico</i> (Hba1c, , colesterolo totale e HDL, trigliceridi)

Principali documenti di riferimento

- Programma ottimale di attività fisica per persone affette da Diabete Mellito, linee guida ADA-ACMS e DESA-ANIAD 2002 U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996 <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>
- Boulé NG, Jenny GP, Haddad E, Wells GA, Sigal RJ. Meta-analysis of the effects of structured exercise training on cardio-respiratory fitness in type 2 diabetes mellitus. Diabetologia. 2003; 46:1071-1081.
- Sigal RJ, Kenny GP, Wasserman DH, Castaneda-Sceppa C. Physical activity/exercise and type 2 diabetes. Diabetes Care. 2004; 27:2518–2539.
- Gruppo di studio Attività Fisica. Indagine conoscitiva sulle cause di ridotta attività fisica in NIDDM in Italia. 3° Convegno Centro studi e ricerche AMD. Ancona; 2006
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2009. Diabetes Care 2009; 32 (suppl 1): 513-61.
- AMD-SID-Diabete Italia. Standard italiani per la cura del Diabete Mellito 2009-10. Edizioni Infomedica, 2010.

Allegato 3A

**Flow chart del percorso di ESERCIZIOTERAPIA
per i pazienti affetti da Diabete Mellito**



Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	PDTA 05 DIABETE GESTAZIONALE	Allegato 07
---	---	--------------------

PERCORSO ASSISTENZIALE PER IL DIABETE GESTAZIONALE

Il Percorso per l'assistenza alle donne affette da diabete gestazionale è stato elaborato in ambito interdisciplinare, con il coinvolgimento della SSD Diabetologia Ospedale Martini e con la divisione di Ginecologia e Ostetricia dello stesso Ospedale.

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	PDTA 05 DIABETE GESTAZIONALE	Allegato 07
---	---	--------------------

A) INTRODUZIONE

- 1) **IMPLICAZIONI DEL GDM ED ASPETTI RILEVANTI NELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA**
- 2) **DIAGNOSI DI GDM**

1) IMPLICAZIONI DEL GDM ED ASPETTI RILEVANTI NELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

L'impatto sanitario del GDM non è trascurabile per le seguenti implicazioni sulla salute materno-fetale:

1. per il feto: macrosomia con conseguente possibile distocia e traumatismo neonatale al momento del parto, rischio di parto prematuro, polidramnios e morte endouterina.; è inoltre più frequente l'RDS, l'ipoglicemia, l'iperbilirubinemia, la policitemia neonatale;
2. per la madre: rischio di sviluppo di preeclampsia ed eclampsia, distacco intempestivo di placenta, infezioni delle basse ed alte vie urinarie; inoltre vi è un rischio significativamente aumentato di sviluppare un diabete stabile.

2) DIAGNOSI DI GDM

Negli ultimi due anni i criteri di diagnosi del GDM sono stati modificati 2 volte , in base alle indicazioni delle Società Scientifiche .

Precedentemente al 2010 per la diagnosi di GDM erano previste all'inizio del terzo trimestre di gravidanza , due curve glicemiche in sequenza (test di screening o "piccolo carico" o OGCT; test di conferma diagnostica per le gravide OGCT positive: OGTT 100 g di glucosio); tale sequenza veniva anticipata nelle gravide a rischio alla 12°-16 settimana.

Nel marzo 2010 è stata raccomandato il recepimento dei criteri diagnostici derivati da uno studio clinico osservazionale di estesissime proporzioni (25.000 donne in gravidanza arruolate in 15 Centri Diabetologici di eccellenza in varie nazioni del mondo, Italia esclusa) denominato "HAPO Study" (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome).

In particolare tale studio ha definito i livelli glicemici di normalità rilevati durante un'unica curva da carico, da eseguirsi tra la 24a e la 28a settimana (al tempo 0 ; 60' e 120'), effettuata con 75 g di

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	PDTA 05 DIABETE GESTAZIONALE	Allegato 07
---	---	--------------------

glucosio (in analogia con l'OGTT diagnostico per diabete mellito effettuato al di fuori dello stato gravidico).

Nel 2011 le "Raccomandazioni" sono state puntualizzate e parzialmente modificate da una Consensus tra esperti delle Società scientifiche diabetologiche, e rappresentanti del panel delle linee guida della *Gravidanza Fisiologica* sotto il patrocinio dell'Istituto Superiore di Sanità.

Pertanto dall'ottobre del 2011 sono state adottate dalla nostra ASL, su invito della Direzione Sanità della Regione Piemonte, le "Raccomandazioni per lo screening del GDM aggiornate".

Quindi l'attuale Percorso Diagnostico del GDM prevede nella nostra ASL:

1) **Glicemia basale per tutte le donne** al momento della diagnosi di gravidanza, per escludere diabete mellito preesistente

(criteri di diagnosi: uguali a quelli valicati nella popolazione generale: Glicemia plasmatici a digiuno > 125 mg%, oppure glicemie random >200 mg%, oppure HbA1c –standardizzata ed eseguita entro le 12 settimane- > 6,5% o >42 mmoli/mol)

2) **OGTT 75 g (vd criteri di diagnosi in tabella A) alla 16-18a settimana in donne ad "elevato rischio" di GDM** e cioè con almeno una delle seguenti condizioni:

- pregresso GDM
- BMI > 30
- riscontro precedentemente alla gravidanza o all'inizio della gravidanza di glicemia fra 100 e 125

3) **OGTT 75 g alla 24-28 settimana (vd criteri di diagnosi in tabella A) in donne con almeno una delle seguenti condizioni:**

- età > 35 anni
- BMI > 25
- familiarità per DM tipo 2 in parente di I grado
- etnia a rischio (Asia meridionale – India, Bangladesh, Pakistan; Carabi-per la popolazione di origine africana; Medio Oriente – Arabia Saudita, Emirati Arabi, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Qatar, Kuwait, Libano, Egitto, Maghreb)
- macrosomia fetale in una gravidanza precedente (feto con peso > 4,5 Kg)
- GDM in precedente gravidanza (anche se OGTT alla 16a-18a settimana negativo)

Il GDM deve essere differenziato, per l'impatto sull'esito della gravidanza, dal diabete mellito tipo 2 misconosciuto diagnosticato nel corso della gravidanza e quindi preesistente alla gravidanza, percentualmente poco rappresentato, ma in costante incremento a causa della maggiore prevalenza di diabete mellito tipo 2 nella popolazione in età fertile, rappresentata in misura sempre maggiore

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	PDTA 05 DIABETE GESTAZIONALE	Allegato 07
---	---	--------------------

anche da etnie a rischio (popolazione magrebina). Molto raramente è inoltre possibile osservare l'esordio del DM tipo 1 durante la gravidanza e tale possibilità va quindi tenuta in considerazione per le importanti implicazioni conseguenti.

**Diagnosi di Diabete Gestazionale mediante
OGTT 75 g**

GLICEMIA	VALORI SOGLIA DI CONCENTRAZIONE DEL GLUCOSIO (mg/dl)
FPG	92
1-hr PG	180
2-hr PG	153

B) MODALITA' OPERATIVE

- 1) SCREENING E DIAGNOSI DEL GDM
- 2) ACCESSO AL SERVIZIO DI DIABETOLOGIA E PRIMA VISITA
- 3) FOLLOW-UP METABOLICO
- 4) FOLLOW-UP OSTETRICO
- 5) FOLLOW-UP POST-PARTUM

1) SCREENING E DIAGNOSI DEL GDM

- Glicemia basale alla diagnosi di gravidanza
- OGTT 75 g alla 16-18° settimana di gravidanza nelle donne ad "alto rischio"
- OGTT 75 g alla 24a-28a settimana di gravidanza nella donne a "rischio intermedio"
(NB comprese le donne OGTT negativo alla 16-18a settimana)

Lo screening compete ai Medici che seguono la gravidanza, quindi Ostetrici Ospedalieri o dei Consultori e MMG.

NB: Visto il subentrare, negli ultimi 2 anni, di Linee Guida differenti, anche con contenuti contrastanti tra di loro è necessario prevedere nei prossimi mesi un programma di informazione capillare per la diffusione e la corretta applicazione delle più recenti Raccomandazioni, definite da meno di due mesi al momento della Redazione del presente Piano della Qualità.

2) ACCESSO AL SERVIZIO DI DIABETOLOGIA E PRIMA VISITA

Effettuata la diagnosi di GDM, il primo accesso al Servizio di Diabetologia dell'Ospedale Martini per GDM è diretto, con impegnativa mutualistica, senza necessità di prenotazione.

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	PDTA 05 DIABETE GESTAZIONALE	Allegato 07
---	---	--------------------

L'ambulatorio del Diabete Gestazionale per l'ASL 1-2 si terrà presso la sede del Servizio di Diabetologia dell'Osp. Martini, in Via Monginevro 130.

2.1) Accoglienza

La paziente viene accolta al Servizio in qualsiasi momento compreso nell'orario di apertura del Servizio al pubblico e cioè : 9-13 14 -16; viene effettuato un primo breve colloquio preliminare, con spiegazione di cos'è il diabete gestazionale e quali implicazioni vi siano per la salute materno-fetale.

La paziente viene poi riprenotata nei successivi 3-4 giorni ed in tale occasione verrà effettuata la visita per presa in carico.

Nel caso frequente di paziente extracomunitaria, che non è in grado di capire e parlare l'Italiano e che non può essere accompagnata da persona che funga da interprete, verrà programmata una prima visita con la presenza di un mediatore culturale in sede.

2.2) Presa in carico

Durante la "Prima Visita" programmata si effettuerà la raccolta anamnestica, l'esame della documentazione clinica, la rilevazione dei parametri antropometrici e della pressione arteriosa e verranno fornite le eventuali ulteriori spiegazioni relative alla condizione del diabete in gravidanza e la prescrizione della dietoterapia e dell'automonitoraggio glicemico.

Inoltre, nella stessa occasione, verrà prevista una seduta di educazione specifica, a cura del personale infermieristico, che prevede: 1) la consegna di un glucometro, con relativa spiegazione circa il suo corretto utilizzo e il significato dei valori rilevati 2) l'iscrizione al RRD e la compilazione del PAG.

Nei casi che richiedano immediato avvio alla terapia insulinica, verrà effettuata subito anche l'educazione specifica alla corretta esecuzione e gestione della terapia.

Se necessario e subordinatamente alla disponibilità del Servizio di Dietistica, verrà anche prenotato un colloquio con la dietista per la consegna e la spiegazione di una dieta maggiormente personalizzata che tenga conto del consumo calorico, dell'attività fisica, del peso pregravidico e dell'entità dell'aumento ponderale osservato durante la gravidanza nella singola paziente e, inoltre, di eventuali problematiche individuali connesse con la gravidanza (episodi di nausea, pirosi gastrica, stipsi),.

Per ogni paziente verrà preparato un piano di cura complessivo e verrà programmato il follow-up appropriato. Sarà inoltre compilata una cartella clinica specifica, archiviata poi per il periodo di follow-up in una sede separata.

Al termine della prima visita verrà consegnata alla paziente una relazione medica da consegnare all'Ostetrico.

3) *FOLLOW-UP METABOLICO*

Il follow-up metabolico di ciascuna paziente verrà personalizzato in rapporto al grado di compenso glicometabolico, al tipo di terapia utilizzata (dietoterapia o terapia insulinica), alle caratteristiche individuali della paziente ed alla compliance presentata ed alle eventuali problematiche ostetriche presenti.

Le visite di controllo verranno all'incirca effettuato con cadenza settimanale-quindicinale ma potranno essere previsti anche intervalli anche più lunghi, stabilendo di volta in volta l'intervallo ottimale prima del successivo controllo.

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	PDTA 05 DIABETE GESTAZIONALE	Allegato 07
---	---	--------------------

Le visite di controllo verranno prenotate direttamente dal nostro Servizio nello spazio dedicato al Diabete Gestazionale e non vi sarà necessità di impegnativa mutualistica per accedervi.

Nel corso della visita di follow-up, oltre a valutare l'autocontrollo domiciliare, si prenderà nota della documentazione ostetrica recente, verrà eseguito il controllo pressorio e verrà aggiornata la cartella clinica.

Verrà consegnata anche alla paziente una documentazione sintetica della visita di controllo con un giudizio complessivo sul grado di compenso.

In caso di problematiche in atto riguardanti il diabete o l'evoluzione della gravidanza potranno intercorrere consultazioni telefoniche tra i medici coinvolti nella cura, concordando strategie diagnostico-terapeutiche condivise. Il Diabetologo potrà inoltre supportare l'Ostetrico nelle decisioni relative alle modalità previste per l'epilettamento del parto (spontaneo o con taglio cesareo; vd "Follow-up ostetrico") e concordare preventivamente, se necessaria, un'eventuale consulenza diabetologica per la gestione delle glicemie durante il travaglio o il TC, e con eventuali note da portare all'attenzione dell'Ostetrico di riferimento o del MMG.

Una volta ogni 6-8 settimane circa, avendo cura di integrarsi con le valutazioni ostetriche, verrà effettuato il dosaggio di: Glicemia basale e post-prandiale (1 ora dopo il pasto) HbA1c, Emocromo, Creatinina, Es. completo urina, ed eventualmente: Urocoltura e Funzionalità epatica, Proteinuria 24/h ecc.

Nel follow-up diabetologico della gravidanza si rinforzeranno in modo continuativo gli aspetti educativi già affrontati nel corso della prima visita, ponendo anche particolare attenzione agli aspetti psicologici legati alla compresenza della malattia diabetica e della gravidanza.

In caso di scompenso glicemico o di ipoglicemie (se in corso terapia insulinica), la paziente potrà rivolgersi direttamente al Servizio senza preventiva prenotazione o impegnativa mutualistica, presentandosi semplicemente in ambulatorio in orario di apertura, senza limitazione di orari o giorni specifici della settimana. Sarà inoltre possibile per le pazienti usufruire della linea telefonica del Servizio attiva nei giorni feriali dalle ore 12 alle ore 13.

In caso di necessità potrà essere concordato, con l'Ostetrico di riferimento, il ricovero nel Reparto di Ostetricia dell'Ospedale Martini, dove proseguirà il follow-up metabolico effettuato dagli stessi medici operanti nel Servizio di Diabetologia oppure in Struttura Specialistica di secondo livello (S. Anna).

Al termine di ogni visita diabetologica, verrà compilata una relazione medica che la paziente potrà consegnare al proprio Ostetrico.

4) FOLLOW-UP OSTETRICO

La programmazione di un attento monitoraggio del benessere fetale prevede le seguenti valutazioni, a seconda delle caratteristiche cliniche delle pazienti affette da GDM:

A) PAZIENTI CON DIABETE GESTAZIONALE IN TRATTAMENTO ESCLUSIVAMENTE DIETETICO

26°-28° settimana ecografia per valutazione dell'accrescimento fetale

28° settimana istruzioni alle gravide per il rilievo dei movimenti fetali utilizzando la

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	PDTA 05 DIABETE GESTAZIONALE	Allegato 07
---	---	--------------------

	carta dei 10 movimenti (7) (Appendice 8)
32° settimana	ecografia per valutazione dell'accrescimento e del peso stimato fetale, eventuale dopplerflussimetria dei vasi uterini ed ombelicali in caso di ipertensione od iposviluppo fetale (6
36°-40° settimana	NST test due volte la settimana (8)
36° settimana	valutazione ecografica dell'accrescimento e del peso stimato fetale; Dopplerflussimetria ed ecocardiogramma fetale se IUGR o ipertensione

B) PAZIENTI CON DIABETE GESTAZIONALE PRECOCE E/O IN TRATTAMENTO INSULINICO

10°-13° settimana	datazione ecografica della gestazione e valutazione precoce dell'accrescimento embrionale; ripetizione seriata dell'ecografia se l'embrione appare al di sotto o al di sopra dell'accrescimento previsto
16°-17° settimana	test di Wald per lo screening delle malattie cromosomiche e dei difetti del tubo neurale
20°-22° settimana	ecografia ad alta risoluzione per lo studio dell'anatomia fetale ; Ecocardiogramma fetale
26°-28° settimana	ecografia per valutare l'accrescimento fetale ed individuare iniziale comparsa di macrosomia o iposviluppo ed eventuale dopplerflussimetria
Dalla settimana	28° istruzione alla gravida per il rilevamento giornaliero dei movimenti fetali
32° settimana	ecografia per la valutazione dell'accrescimento e peso stimato fetale, eventuale dopplerflussimetria dei vasi uterini ed ombelicali, ecocardiogramma fetale
34°-40° settimana	“Non-stress test” due volte la settimana e/o profilo biofisico fetale una volta alla settimana
36° settimana	valutazione ecografica dell'accrescimento e del peso stimato fetale

L'identificazione del momento e delle modalità del parto devono essere decisi collegialmente dall'equipe ostetrico-diabetologo-neonatalogo tenendo conto delle condizioni metaboliche materne, del benessere fetale e della situazione ostetrica.

In seguente tabella sono riassunti i criteri decisionali da utilizzarsi nella definizione del programma ottimale per l'espletamento del parto nella paziente con GDM.

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	PDTA 05 DIABETE GESTAZIONALE	Allegato 07
---	---	--------------------

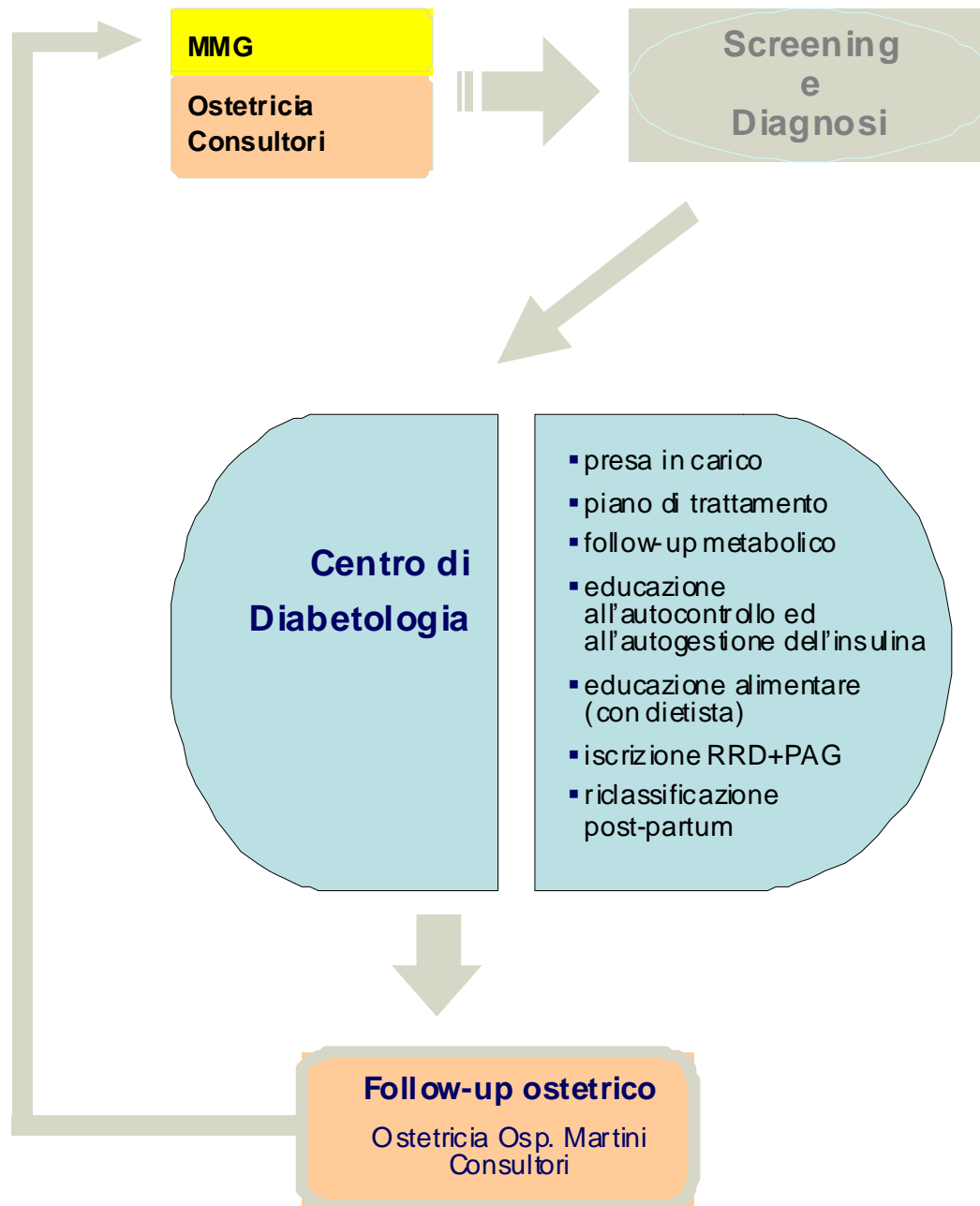
- a) **GDM ben controllato dal solo trattamento dietetico:**
parto a termine (40° settimana).
- b) **GDM in trattamento insulinico:**
 1. controllo metabolico ottimale e corretta datazione della gravidanza: parto tra 38,5 - 40 settimana;
 2. scarso o non ben documentato controllo metabolico, preeclampsia, ipertensione peggiorata, IUGR, forte sospetto di macrosomia, precedente taglio cesareo o accertamenti del benessere fetale dubbi senza documentato rischio immediato: parto appena si raggiunge la maturità polmonare fetale;
 3. situazione in cui la compromissione materna è peggiorata dalla prosecuzione della gravidanza con rischio per la vita oppure vi è compromissione fetale in un periodo in cui la sopravvivenza fetale è considerata possibile: parto immediato senza valutazione della maturità polmonare.

5) FOLLOW-UP METABOLICO POST-PARTUM

Al momento del congedo dal Servizio di Diabetologia in prossimità del parto verrà consigliata alle pazienti affette da GDM l'esecuzione di OGTT (75 g) a distanza di 6-8 settimane dal parto ed, in caso di normalità, a distanza di 6 mesi e 1 anno; negli anni successivi verrà consigliata l'esecuzione di una Glicemia Basale da prelievo ematico ogni 6 mesi ed un OGTT annuale. Tali accertamenti dovranno essere prescritti dal MMG, il quale invierà la paziente a visita Specialistica in caso di diagnosi di DM.

Sarà ancora ulteriormente sottolineata alla donna l'importanza dello stile di vita nella prevenzione del diabete, visto che la donna con GDM presenta rischio aumentato di presentare tale condizione negli anni successivi.

Inoltre, verrà raccomandato con forza alla paziente di eseguire, in caso di nuova gravidanza, un prelievo per dosaggio della glicemia plasmatica al momento della diagnosi di gravidanza e di seguire con scrupolo l'indicazione di eseguire un OGTT anticipato alla 16a settimana, sottolineando alla paziente la propria appartenenza ad una classe di alto rischio per GDM.



**PERCORSO DIAGNOSTICO E DI CURA
DEL DIABETE GESTAZIONALE**

GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2 – LEAD
SCHEDA INDIVIDUALE DEL PAZIENTE

Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____
 Epoca di insorgenza del Diabete: _____
 Terapia in corso (diabetologica e non):
 1..... 4.....
 2..... 5.....
 3..... 6.....

		Schema 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

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	Protocollo di Intesa ASL Torino 1 – CTO/Maria Adelaide	Allegato 09
---	---	--------------------

Protocollo d'intesa tra le Strutture Diabetologiche della ASL Torino 1 e la S.S.D. Diabetologia – Centro per la cura del Piede Diabetico, Azienda Sanitaria Ospedaliera CTO/Maria Adelaide per il ricovero ordinario di pazienti affetti da Diabete Mellito con problematiche riferibili al Piede Diabetico

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale – Diabete Mellito ed il Protocollo della Gestione Integrata del Diabete Mellito tipo 2 prevedono che i bisogni di salute dei pazienti diabetici possano essere soddisfatti quasi esclusivamente mediante procedure ambulatoriali, gestite in integrazione tra i MMG, i servizi specialistici di Diabetologia ed i pazienti stessi.

In alcuni casi può essere necessario o opportuno un trattamento in ciclo diurno, ed in tal caso le strutture di Diabetologia dell'ASL Torino 1 hanno la possibilità di gestire autonomamente tale segmento di percorso di cura.

In casi ancora più sporadici, i cittadini affetti da Diabete Mellito possono necessitare di ricovero ospedaliero ordinario principalmente per i seguenti motivi:

- Scompenso glicometabolico con chetoacidosi senza coma, ma con importante compromissione delle condizioni generali di salute
- Scompenso glicometabolico con iperosmolarità non chetosica.
- Ipoglicemia grave con neuroglicopenia o ripetute ipoglicemie.
- Complicanze acute dell'apparato cardiovascolare.
- Piede infetto e/o stato tossi-infettivo per gangrena diabetica.
- Ischemia critica degli arti inferiori.
- Scompenso glicometabolico cronico: soggetti con Diabete tipo1 o 2 con situazione di scompenso o instabilità glicometabolica perdurante da diverso tempo, nei quali si ravvisi la necessità di non procrastinare accertamenti diagnostici multispecialistici , o che richiedano monitoraggio continuo in ambiente ospedaliero, per la ricerca delle cause e l'attuazione di modifiche terapeutiche.
- Scompenso glicometabolico importante (HbA1c > 8.5%) in soggetti con importanti comorbidità.
- Scompenso glicometabolico in soggetti "fragili".
- Stabilizzazione glicometabolica prima di importanti interventi chirurgici.

Considerata la specificità dell'attività svolta dalla SSD Diabetologia - Centro per la cura del Piede Diabetico, caratterizzata da una degenza dedicata alle urgenze mediche e chirurgiche e agli interventi di elezione del "piede diabetico" e per questo identificata nel D.G.R. n.19 - 2664 del 3 ottobre 2011 come Centro Regionale per il Piede Diabetico, si formalizza la seguente intesa:

Ricovero Urgente

In presenza di **Piede infetto e/o stato tossi-infettivo per gangrena diabetica**, così come di **Ischemia critica degli arti inferiori**, quando lo/la specialista diabetologo/a dell'ASL Torino 1 ravvisi l'opportunità di consigliare un ricovero ordinario con urgenza, invia il paziente presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale CTO avvertendo del caso il/la diabetologo/a di riferimento presso tale ASO, telefonando al numero 011.6933748 ed inviando una e-mail all'indirizzo monge.luca@cto.to.it, con allegata una relazione clinica (con recapito telefonico ed e-mail cui inviare comunicazioni di ritorno) e possibilmente anamnesi ed esame obiettivo, oltre ad eventuali esami strumentali, aggiornati al momento della visita durante la quale è stato deciso il ricovero.

Piano della Qualità dell'Assistenza Diabetologica ASL Torino 1	Protocollo di Intesa ASL Torino 1 – CTO/Maria Adelaide	Allegato 09
---	---	--------------------

Il referente diabetologo presso l'ASO CTO/Maria Adelaide si farà carico di effettuare una consulenza presso il PS impostando il piano diagnostico e terapeutico durante il ricovero (o alla dimissione dal Pronto Soccorso nel caso i medici del PS non ritengano di confermare l'indicazione e dimettano il/la paziente)

Ricovero non Urgente

Peraltro, allo scopo di rendere il più possibile continua e appropriata l'assistenza ai pazienti diabetici, laddove, per le **patologie sopra citate**, sia clinicamente giudicato non necessario ricorrere ad un ricovero in urgenza, o in presenza di **Neuro artropatia diabetica con indicazioni a chirurgia ortopedica**, così come di **Ulcere croniche complicate con indicazioni chirurgiche**, lo specialista diabetologo dell'ASL Torino 1 contatta il/la diabetologo/a di riferimento presso tale ASO, telefonando al numero 011.6933748 e concorda un invio in consulenza presso gli ambulatori dedicati al Piede Diabetico, dove saranno valutati i tempi e le indicazioni

- per un eventuale ricovero in reparto secondo la lista d'attesa
- o in alternativa la presa in carico per un trattamento ambulatoriale, se necessario.

Anche in tale caso lo/la specialista diabetologo/a dell'ASL Torino 1 invia una e-mail all'indirizzo monge.luca@cto.to.it, con allegata una relazione clinica (con recapito telefonico ed e-mail cui inviare comunicazioni di ritorno) e possibilmente anamnesi ed esame obiettivo, oltre ad eventuali esami strumentali, relativi al caso clinico. (Allegata Flow-Chart)

In qualsiasi caso, al termine del ricovero o delle consulenze, i diabetologi dell'ASO CTO/Maria Adelaide contatteranno la struttura inviante al numero di telefono segnato nella relazione di invio ed invieranno copia della lettera di dimissione o della consulenza all'indirizzo e-mail indicato nella relazione di invio.

Il paziente dimesso andrà inviato al proprio MMG curante, il quale valuterà se e quando inviare il paziente in accesso diretto presso la struttura diabetologica inviante per rientro nel percorso assistenziale diabetologico.

La flow Chart allegata sintetizza il percorso sottostante la presente intesa.

Le Strutture coinvolte convengono di effettuare due volte all'anno, nei mesi di giugno e dicembre, un audit per verificare punti di forza e criticità dell'accordo.

Torino, 21 dicembre 2011

Comitato Diabetologico Aziendale

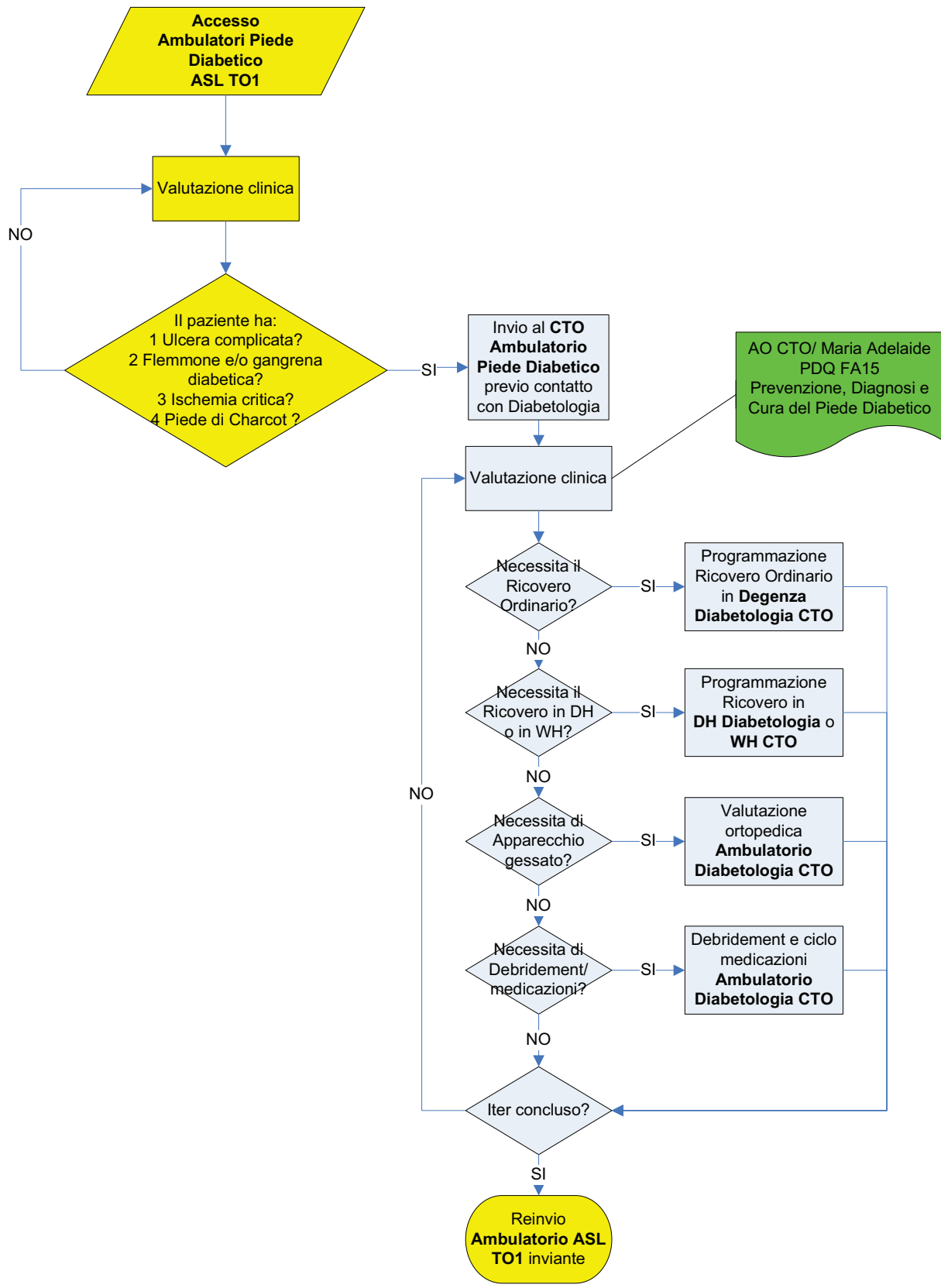
ASL Torino 1


Dott. Massimo Veglio
Coordinatore

SSD Diabetologia

**Centro per la cura del Piede Diabetico
ASO CTO/Maria Adelaide**

Dott. Luca Monge
Responsabile



 <p>A.S.L. TO1 Azienda Sanitaria Locale Torino</p> <p>S.S.D. Consultori Familiari</p>	<p align="center">Diabete Gestazionale Procedura condivisa tra Consultori Familiari e Servizi di Diabetologia ASL TO 1</p>	<p align="center">Codifica: pr_ DiaGest01</p>
--	---	--

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della procedura è definire un percorso per la presa in carico integrata dei casi di diabete gestazionale tra Consultori Familiari e Servizi di Diabetologia operanti sul territorio aziendale della ASL TO 1 in ottemperanza alle **Raccomandazioni regionali aggiornate al 2011 per screening e diagnosi del diabete gestazionale (GDM)**.

Al fine di rendere attuative tali disposizioni si è reso necessario condividere e coordinare le azioni da intraprendere tra i Servizi coinvolti in funzione delle proprie attività e competenze affinché la gestione dei casi clinici possa essere garantita secondo i tempi e le modalità indicate nel nuovo profilo assistenziale.

2. DESTINATARI

Destinatari del presente documento sono tutti gli operatori dei Consultori Familiari e dei Servizi di Diabetologia della ASL TO1.

Beneficiarie sono le donne in gravidanza seguite dai Consultori Familiari della ASL TO1.

3. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento è reso noto tramite le seguenti modalità:

- distribuzione della copia cartacea presso le Strutture Territoriali e Ospedaliere coinvolte nell'attività:
 - Servizi Consultoriali: Via Bellono 1, Via Avigliana 33, Via Monte Ortigara 95, Via S. Secondo 29 bis, Via Petitti 24, Via Ventimiglia 112, Via Candiolo 79 e C.so Corsica 55
 - S.S. Diabetologia Distretto 1 sede Ospedale Oftalmico Via Juvarra 19
 - Servizio Diabetologia sedi di Via Biscarra 10/12 e Via Monginevro 130 (Distretti 2 e 3)
 - S.S. Diabetologia Distretti 8-9-10 sede Presidio Valletta Via Farinelli 25
- distribuzione ai destinatari all'interno delle Strutture, con sottoscrizione della lista di distribuzione
- pubblicazione nella libreria informatica documentale aziendale
(indirizzo: <http://10.66.26.226/web/libreriadoc.nsf>).

Copia del documento viene conservata:

- in copia informatizzata dai Responsabili dei Servizi
- in copia cartacea presso gli uffici dei Coordinatori Ostetrici/Infermieristici di ogni ambulatorio territoriale

4. REVISIONE

Trattandosi della prima edizione della procedura non si registra alcuna revisione in quanto non esistono documenti precedenti.

Si prevede la revisione del documento a seguito di variazioni organizzative e/o diverse indicazioni sul piano normativo o scientifico, in assenza delle quali il documento si intende confermato.


5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

A - Premessa

Modalità diverse di screening del diabete gestazionale, differenti criteri diagnostici e conseguente rilevante variabilità clinica hanno per lungo tempo caratterizzato le procedure assistenziali per questa condizione in Italia e nel mondo.

La contemporanea presenza di documenti di riferimento non concordanti (Conferenza Nazionale di consenso, Roma marzo 2010 e linea guida Gravidanza Fisiologica, novembre 2010) ha determinato grande confusione rendendo il Diabete Gestazionale una patologia a prevalenza variabile a seconda dell'area territoriale e delle linee guida applicate.

Per affrontare e risolvere questa disomogeneità assistenziale, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha convocato un gruppo di lavoro – costituito dai rappresentanti della società scientifiche coinvolte nel management del diabete gestazionale (ADM,SID), da rappresentanti del *panel* della linea guida Gravidanza fisiologica, da membri dell'ISS, con il supporto metodologico e organizzativo del CeVEAS – cui è stato affidato il mandato

 <p>A.S.L. TO1 Azienda Sanitaria Locale Torino</p> <p>S.S.D. Consultori Familiari</p>	<p align="center">Diabete Gestazionale Procedura condivisa tra Consultori Familiari e Servizi di Diabetologia ASL TO 1</p>	<p align="center">Codifica: pr_ DiaGest01</p>
--	---	--

di raggiungere una posizione condivisa sulla base delle prove di efficacia disponibili e alla luce delle pratiche cliniche in uso nel nostro paese.

Questo lavoro ha portato all'elaborazione di un documento regionale di sintesi che aggiorna il profilo assistenziale condiviso per il monitoraggio della gravidanza a basso rischio.

Secondo quanto indicato nel documento la donna in gravidanza, nel corso del primo trimestre viene sottoposta ad una prima determinazione della glicemia, utile a identificare una situazione di diabete preesistente.

Sono definite affette da diabete preesistente alla gravidanza le donne con valori di glicemia plasmatica a digiuno \geq a 126mg/dl, con conferma di un 2° prelievo.

Nelle donne con gravidanza fisiologica è raccomandato lo screening per il diabete gestazionale eseguito utilizzando fattori di rischio definiti:

a 16-18 settimane di età gestazionale alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:

- *diabete gestazionale in una gravidanza precedente*
- *indice di massa corporea pregravidico \geq 30 kg /m²*
- *riscontro, precedente o all'inizio della gravidanza, di valori di glicemia compresi fra 100 e 125 mg/dl*

deve essere offerta una curva da carico con 75 g di glucosio (OGTT 75 g) e un ulteriore OGTT 75g a 28 settimane, se la prima determinazione è risultata normale.

Sono definite affette da diabete gestazionale le donne con uno o più valori di glicemia plasmatica superiori alle soglie riportate nella tabella : Criteri per la diagnosi di GDM con OGTT 75g.

a 24-28 settimane di età gestazionale alle donne con almeno una delle seguenti condizioni:

- *Età \geq 35 anni*
- *Indice di massa corporea (IMC) pregravidico \geq 25 kg /m²*
- *Macrosomia fetale in una gravidanza precedente (\geq 4,5 kg)*
- *Diabete gestazionale in una gravidanza precedente(anche se con determinazione normale a 16-18 w)*
- *Anamnesi familiare di diabete (parente di 1° grado con diabete di tipo 2)*
- *Famiglia originaria di aree ad alta prevalenza di diabete : Asia meridionale (in particolare India Pakistan, Bangladesh), Caraibi (per la popolazione di origine africana) Medio Oriente (in particolare Arabia Saudita, Emirati Arabi, Iraq, Giordania, Siria, Oman, Kuwait, Libano, Egitto)*

deve essere offerto un OGTT 75 g.

Sono definite affette da diabete gestazionale le donne con uno o più valori di glicemia plasmatica superiore alle soglie riportate in tabella.


Alle donne cui è stato diagnosticato un diabete gestazionale deve essere offerto un **OGTT 75 g** non prima di **6 settimane dal parto.**

Tabella : Criteri per la diagnosi di GDM con OGTT 75 g

glicemia plasmatica	mg/dl	mmol/l
digiuno	\geq 92	\geq 5,1
dopo 1 ora	\geq 180	\geq 10,0
dopo 2 ore	\geq 153	\geq 8,5

B - Descrizione delle Fasi Operative

Le donne in gravidanza seguite presso i Consultori Familiari che, sottoposte ad una prima determinazione della glicemia nel corso del primo trimestre, presentano valori di glicemia plasmatica a digiuno \geq a 126mg/dl, con conferma di un 2° prelievo, identificante una situazione di diabete preesistente, vengono inviate (munite di impegnativa medica con esenzione M50) presso il CUP dell' Ospedale S. Anna per la prenotazione di una

 <p>A.S.L. TO1 Azienda Sanitaria Locale Torino</p> <p>S.S.D. Consultori Familiari</p>	<p align="center">Diabete Gestazionale Procedura condivisa tra Consultori Familiari e Servizi di Diabetologia ASL TO 1</p>	<p align="center">Codifica: pr_ DiaGest01</p>
--	---	--

prima visita negli Ambulatori del Diabete in Gravidanza (tempi d'attesa entro 15 gg).

Le donne, al contrario, con gravidanza fisiologica in cui è raccomandato lo screening per il diabete gestazionale eseguito utilizzando i fattori di rischio definiti nel documento regionale sopra descritto, **vengono inviate** presso i Servizi di Diabetologia di competenza territoriale **mediante accesso diretto**, munite di impegnativa medica con esenzione M50 per diabete gestazionale, o per l'esecuzione dell'OGTT o per la valutazione dello stesso eseguito in altra sede (in caso di positività).

In particolare l'invio avviene presso:

- S.S. Diabetologia Distretto 1 Ospedale Oftalmico, via Juvarra 19: martedì e giovedì dalle 8.30 alle 9.30
- Servizio di Diabetologia sedi di via Biscarra 10/12 e via Monginevro 130 (Distretti 2 e 3): tutti i giorni dalle ore 9.00 alle ore 12.00
- S.S. Diabetologia Distretti 8-9-10 Presidio Valletta, via Farinelli 25: martedì e giovedì dalle ore 8.00 alle ore 9.30.

Presso il Servizio di Diabetologia di competenza le donne in gravidanza afferite vengono accolte e sottoposte ad una prima valutazione e vengono concordati, a seconda del caso clinico, gli ulteriori controlli:

- redazione della scheda regionale per patologia diabetica
- fornitura e addestramento all'uso di glucometro per l'autodeterminazione della glicemia secondo precisi schemi circadiani
- prescrizione di ulteriori indagini biochimiche
- prescrizione di dieta appropriata
- programmazione visite di controllo

Viene prevista inoltre l'esecuzione di un OGTT 75 g almeno 6 settimane dopo il parto.

6. VERIFICA DI CORRETTA APPLICAZIONE

La verifica di corretta applicazione del presente documento verrà effettuata annualmente tramite Audit Interno

7. BIBLIOGRAFIA/NORMATIVA

- D.G.R. n°. 38-11960 del 04/08/2009
- D.G.R. n°. 34-8769 del 12/05/2008
- Sistema Nazionale Linee Guida-ISS (SNLG-ISS) - Società Italiana di Diabetologia (SID) - Associazione Medici Diabetologi (AMD) - Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria (CeVEAS): Raccomandazioni per screening e diagnosi del diabete gestazionale 6.07.11
- Regione Piemonte: profilo assistenziale condiviso per il monitoraggio della gravidanza a basso rischio anno 2008
- Sistema Nazionale per le Linee Guida. Gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011
- Regione Piemonte nota prot. 25451/DA2005 del 26/09/2011: Screening del diabete gestazionale. Raccomandazioni aggiornate al 2011. Allegato che aggiorna il profilo assistenziale condiviso per il monitoraggio della gravidanza a basso rischio.