

**DALLA  
MEDICINA DI ATTESA  
ALLA  
MEDICINA DI INIZIATIVA**

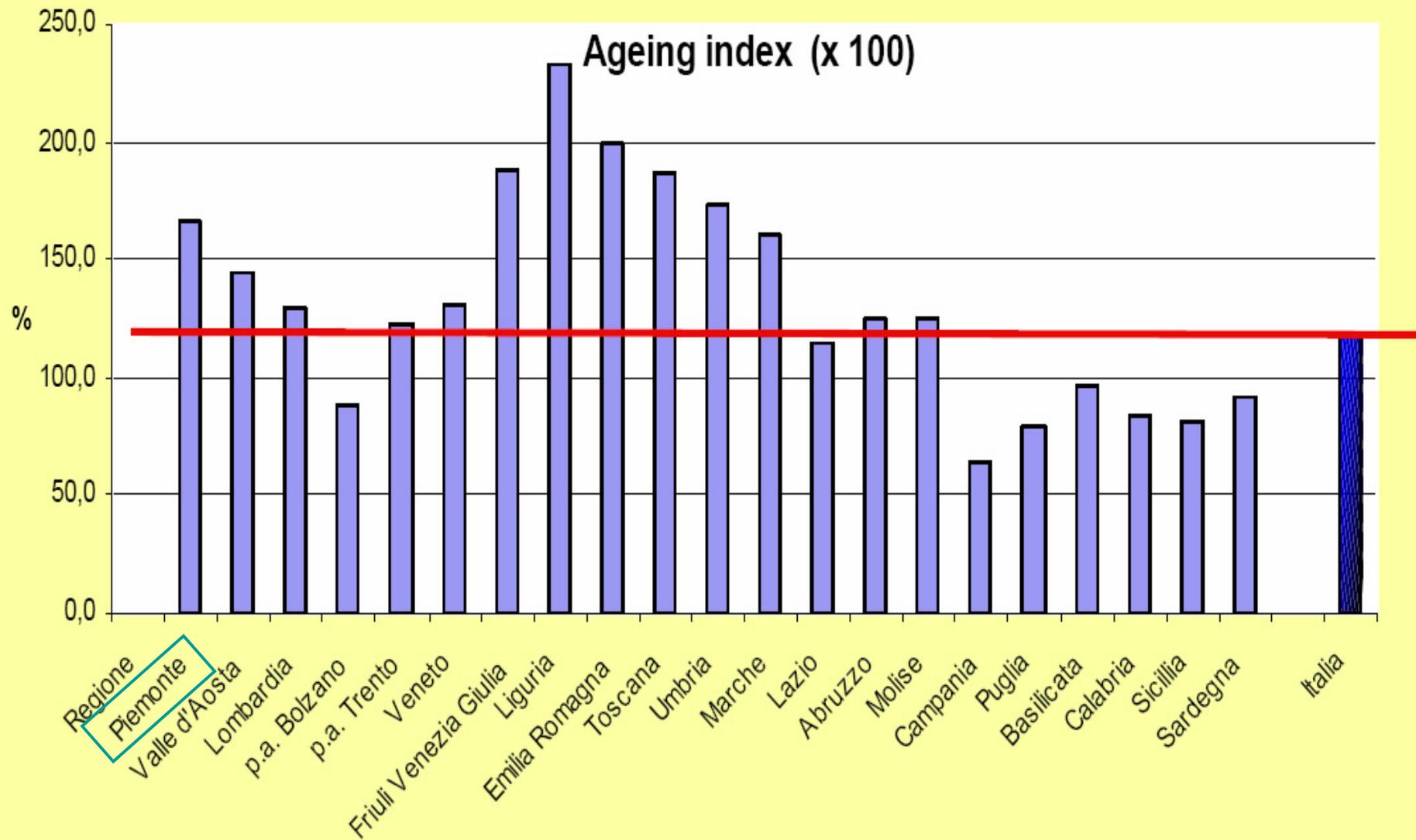
**Apparato cardiocircolatorio: LEONARDO DA VINCI; 1494-95.**

# AUMENTANO GLI ANZIANI

Paese	Indice di Vecchiaia
Austria	88,27
Belgio	91,27
Danimarca	84,64
Finlandia	76,73
Francia	80,15
Germania	97,49
Grecia	100,08
Irlanda	49,98
<b>Italia</b>	<b>116,54</b>
Lussemburgo	76,51
Olanda	72,83
Portogallo	86,07
Regno Unito	81,46
Spagna	98,86
Svezia	92,89
Unione Europea (15)	91,28

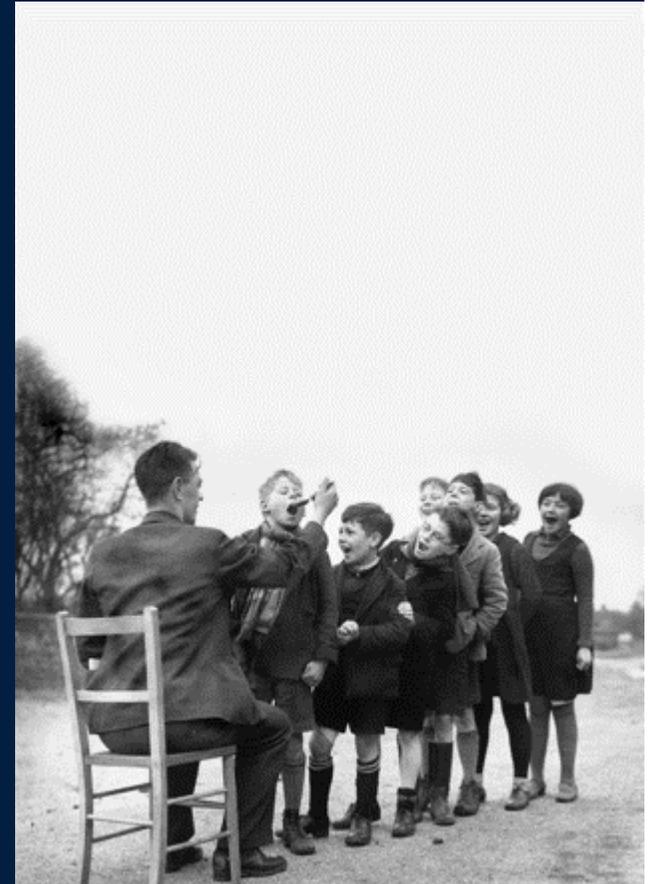
**Indice di Vecchiaia nei paesi  
dell'Unione Europea 1997**

# AUMENTANO GLI ANZIANI





- ✓ **Il Medico di Famiglia deve poter combinare una strategia dell'alto rischio con una strategia di popolazione**
- ✓ **E' l'unico che può operare in questo modo perché è l'unico che può agire:**
  - **su tutta la popolazione**
  - **utilizzando il tempo**
- ✓ **Le modalità a disposizione del MMG descritte dalla letteratura sono 3**



**Strategie di opportunità:** valutando il Rischio/Patologia di chiunque lo consulti

**Strategie di pianificazione:** valutando le caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita e definendo a priori le modalità di intervento



**Strategie di iniziativa:** richiamando periodicamente tutti i soggetti che sono oggetto della pianificazione



"on demand"

SINGOLO  
paziente



20.000 problemi

contesto  
clinico



Sergio Bernabè

## SINGOLO



Visita  
Domiciliare



Accesso su  
appuntamento  
a **Richiesta  
PAZIENTE**

### Ambulatorio di Gruppo



### Ambulatori Personali



Accesso  
LIBERO  
a **Richiesta  
PAZIENTE**

### AGENDE degli Ambulatori Personali Ordinari



NON urgenti

URGENTI

START  
PROBLEMI NUOVI



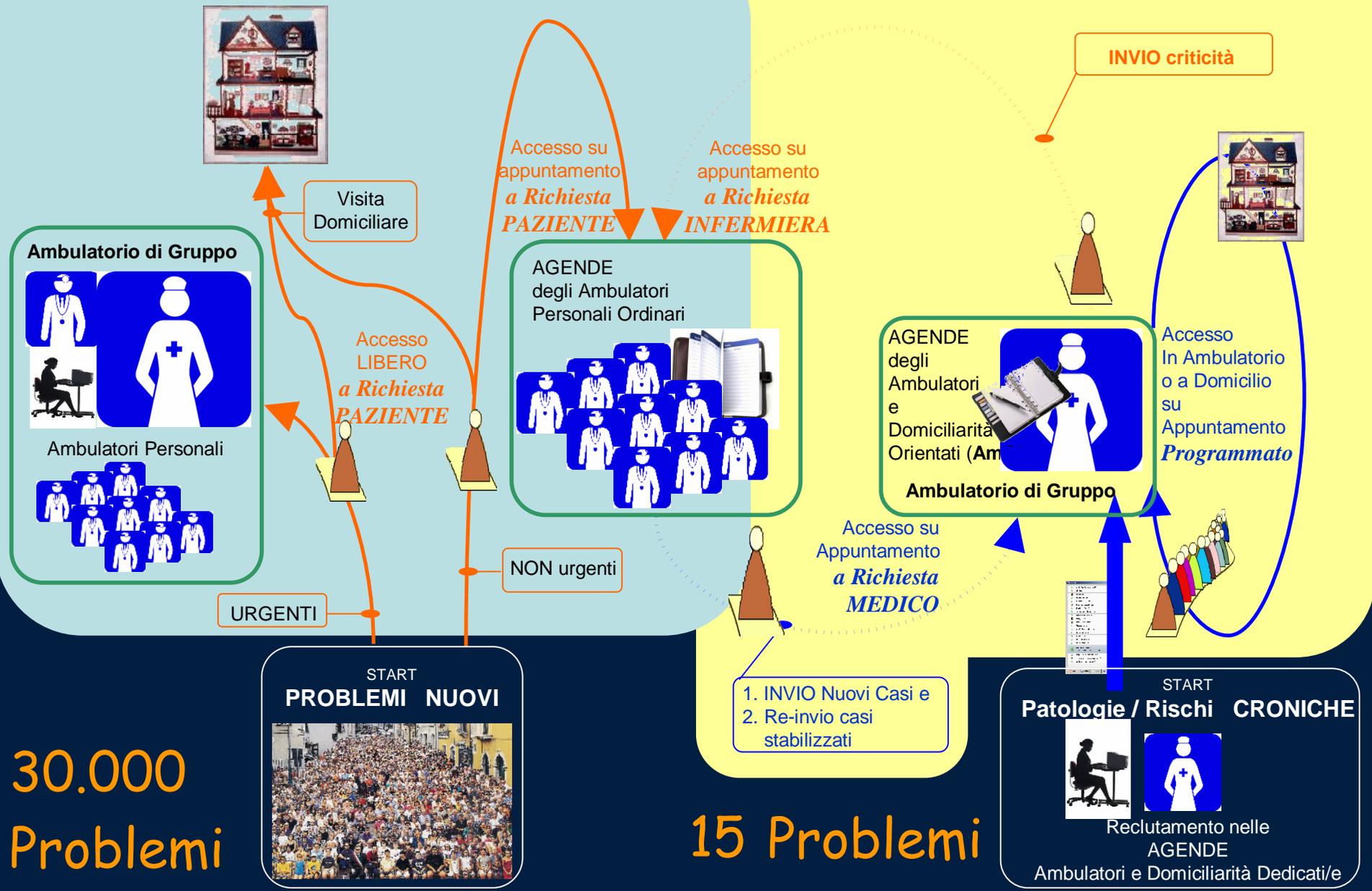
30.000  
Problemi

## POPOLAZIONE



### SINGOLO

### POPOLAZIONE



30.000 Problemi



15 Problemi





Sergio Bernabè

SINGOLO



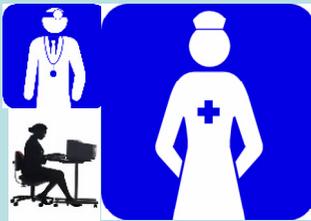
POPOLAZIONE

# AGENDA dell'UMG

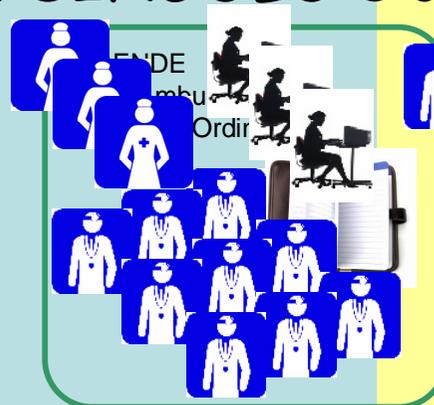
permette di

programmare, descrivere, monitorare  
i servizi al SINGOLO e alle POPOLAZIONI

Ambulatorio di Gruppo



Ambulatori Personali



START  
Patologie / Rischi CRONICHE



Reclutamento nelle  
AGENDE  
Ambulatori e Domiciliarità Dedicati/e

Isomorfismi del



contesto clinico

...e del Sistema Informativo che li sostanzia

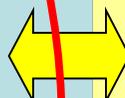
# NECESSITA' DI AFFIANCARE

Medicina "on demand"



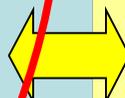
Medicina Attiva

Medicina del Singolo



Medicina di Popolazione

Medicina di Attesa



Medicina di Iniziativa

MALATTIE ACUTE

MALATTIE CRONICHE



Preventing  
**CHRONIC DISEASES**  
a vital investment



World Health Organization



[www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/)

## QUALITÀ E ASPETTATIVE DI VITA ACCETTABILI PER TUTTI

Negli ultimi anni l'aumento del numero dei malati cronici sta creando un'emergenza per i sistemi sanitari: cardiopatie, cancro, diabete, disturbi mentali, malattie respiratorie, dell'apparato digerente e del sistema osteoarticolare sono ormai tra le cause più diffuse di sofferenza e morte. E non è un "problema dei ricchi": negli ultimi vent'anni le malattie croniche si sono diffuse anche nei Paesi più poveri e oggi sono responsabili dell'86% dei decessi in tutta Europa.

I principali fattori di rischio sono l'ipertensione arteriosa, il fumo, l'obesità e il sovrappeso, l'alcol, il colesterolo e la glicemia elevati, la sedentarietà. Si tratta di fattori modificabili grazie a interventi sull'ambiente sociale, come è stato fatto recentemente in Italia con il divieto di fumo nei locali pubblici, e grazie a trattamenti medici, come i farmaci antipertensivi.

D'altra parte, in Italia abbiamo un sistema di cure che funziona come un radar a cui il paziente appare per essere curato e scompare alla vista una volta guarito. Perfetto per le malattie acute, ma non per le patologie croniche, per le quali serve invece un modello di assistenza diverso: occorre evitare non solo che le persone si ammalinino, ma anche che chi è già malato

Un sistema, insomma, adatto a malattie che non guariscono e che devono essere seguite nel territorio, adeguatamente attrezzato.

Le istituzioni devono allora impegnarsi su questo fronte, attraverso politiche e strategie mirate. L'obiettivo è ridurre l'impatto delle malattie croniche, portando qualità e aspettative di vita a livelli accettabili in tutti i Paesi europei. Ai governi spetta la responsabilità di coordinare le politiche di sanità pubblica volte a rimuovere quei determinanti sociali che favoriscono lo sviluppo delle malattie croniche. Il Ministro della Salute vuole essere l'avvocato della salute dei cittadini, che è influenzata dalla maggior parte delle strategie del governo: dalle politiche economiche a quelle agricole e ambientali, dalla politica dei trasporti a quella dell'istruzione.

Mettere al centro la prevenzione e il controllo delle malattie croniche è interesse di tutti.

Livia TURCO  
Ministro della Salute, Italia



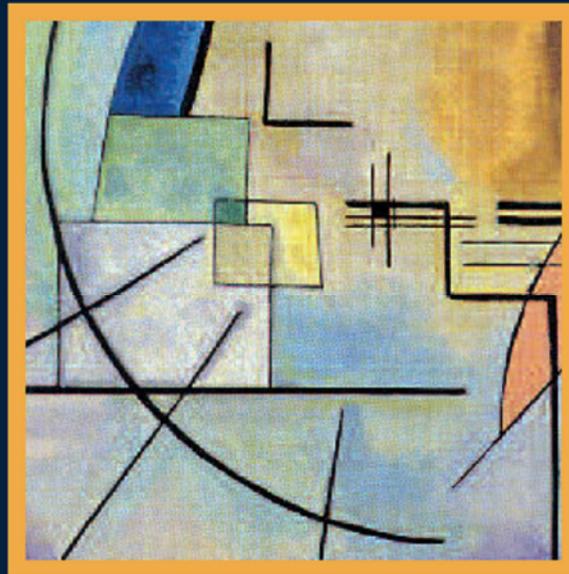
World Health  
Organization



# **GESTIONE INTEGRATA**

**del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto**

*Documento di indirizzo*



### Modalità organizzativa tipo 2 nell'adulto

- Il paziente è inviato al centro di cura per la terapia farmacologica e l'educazione del paziente. Sono necessari degli obiettivi da raggiungere e necessario un follow-up periodico.
- Il paziente viene seguito dal medico di famiglia al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi.
- Il paziente effettua una visita di controllo all'anno, se l'obiettivo terapeutico non è raggiunto.
- Il paziente accede, inoltre, al centro di cura per la terapia farmacologica e l'educazione del paziente, se necessario.

### Compiti del Centro di Cura

- Inquadramento delle persone a rischio e diagnosi precoce di diabete.
- Presa in carico, in collaborazione con il medico di famiglia, delle persone a rischio e dei diabetici.
- Gestione clinica diretta, in collaborazione con il medico di famiglia, delle persone a rischio e dei diabetici.
- Impostazione della terapia farmacologica e dell'educazione del paziente.
- Effettuazione, in collaborazione con il medico di famiglia, delle visite di controllo e dell'educazione del paziente.
- Valutazione periodica, secondo il protocollo di gestione in collaborazione con il medico di famiglia, delle persone a rischio e dei diabetici.
- Raccolta dei dati clinici e delle cartelle cliniche.
- Attività di aggiornamento del personale.

### Compiti del Medico di Famiglia

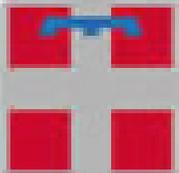
- Identificazione della persona a rischio e diagnosi precoce di diabete.
- Diagnosi precoce di diabete.
- Identificazione, tra i professionisti, delle persone a rischio e dei diabetici.
- Presa in carico, in collaborazione con il centro di cura, delle persone a rischio e dei diabetici.
- Valutazione periodica, in collaborazione con il centro di cura, delle persone a rischio e dei diabetici.
- Effettuazione, in collaborazione con il centro di cura, delle visite di controllo e dell'educazione del paziente.
- Monitoraggio dei complicanze.
- Organizzazione dello studio del diabete.
- Raccolta dei dati clinici e delle cartelle cliniche.

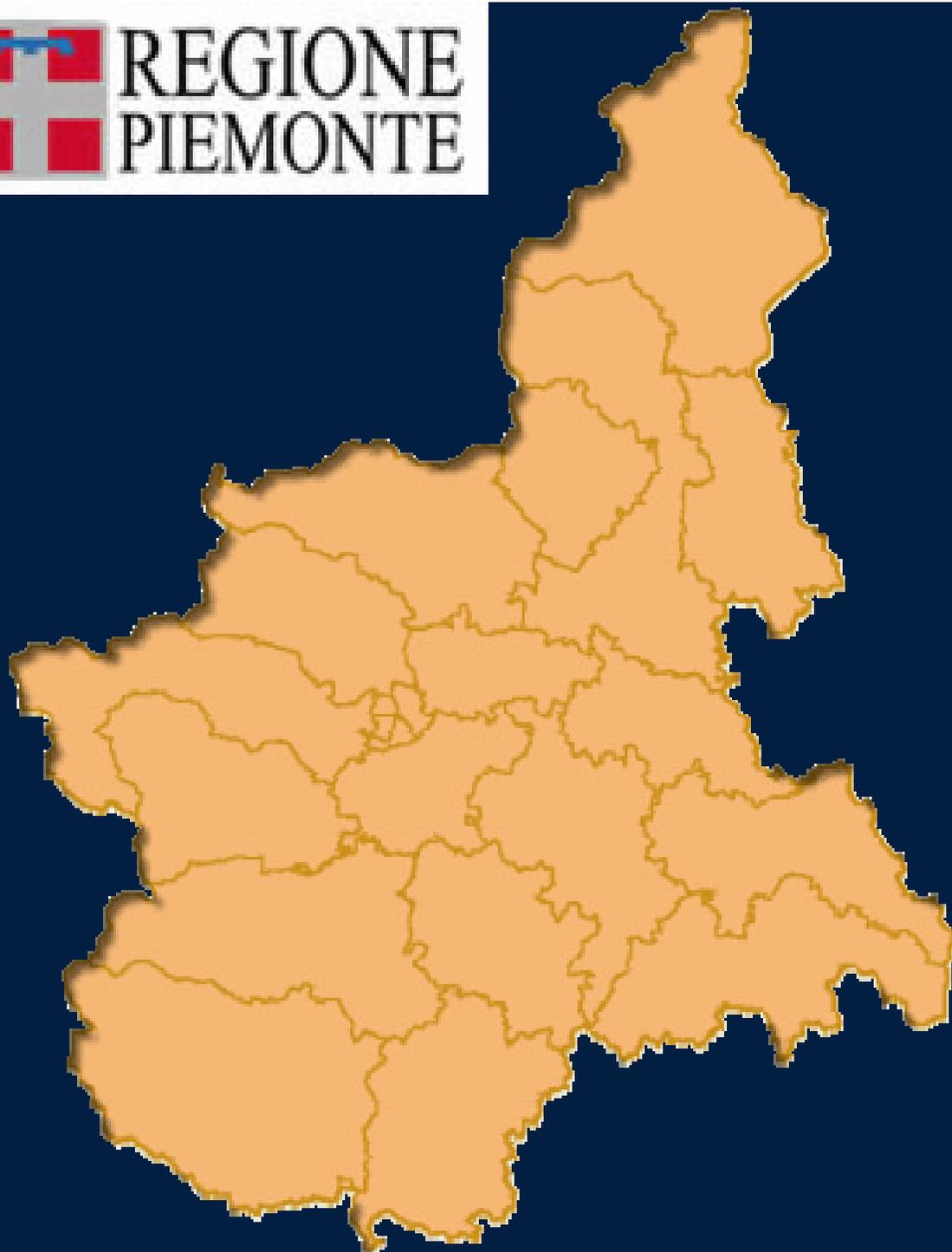
Le raccomandazioni per ridurre l'incidenza delle complicanze negli adulti con diabete mellito tipo 2, in un modello di gestione integrata della malattia, sono riportate nella seguente tabella.

TABELLA 1 – RACCOMANDAZIONI

NEGLI ADULTI CON: DIABETE MELLITO TIPO 2 È RACCOMANDATO	GRADING		PARAMETRI DI MONITORAGGIO	FREQUENZA DI RILEVAZIONE
	Forza	Qualità complessiva delle prove		
Il trattamento intensivo mirato ad ottimizzare i valori di HbA1c	Raccomandazione forte	Bassa	Misurazione di HbA1c	Ogni 3-4 mesi (semestrale in presenza di un buon controllo)
			Misurazione della microalbuminuria	Annuale
La riduzione della colesterolemia	Raccomandazione forte	Moderata	Misurazione di: • colesterolemia totale • colesterolo HDL • colesterolo LDL calcolato • trigliceridemia	Annuale
La riduzione della pressione arteriosa	Raccomandazione forte	Moderata	Misurazione della pressione arteriosa	Ogni 3-4 mesi
La valutazione del piede e l'educazione del paziente	Raccomandazione forte	Molto bassa	Esame obiettivo del piede e stratificazione del rischio	Annuale
L'esame del fondo oculare	Raccomandazione forte	Molto bassa	Esame del fondo oculare	Alla diagnosi e almeno ogni due anni (più frequentemente in presenza di retinopatia)
La modifica degli stili di vita, adottare una alimentazione corretta, fare un regolare esercizio fisico	Raccomandazione forte	Molto bassa	Misurazione di: • circonferenza vita • peso	Semestrale

Nelle persone con diabete è consigliato, inoltre, un moderato apporto di alcool e la disassuefazione dal fumo

 REGIONE  
PIEMONTE





### **Il protocollo diagnostico-terapeutico**

Per il paziente diabetico tipo 2, il modello "integrato" attualmente ritenuto più idoneo al raggiungimento degli obiettivi terapeutici condivisi, è il seguente:

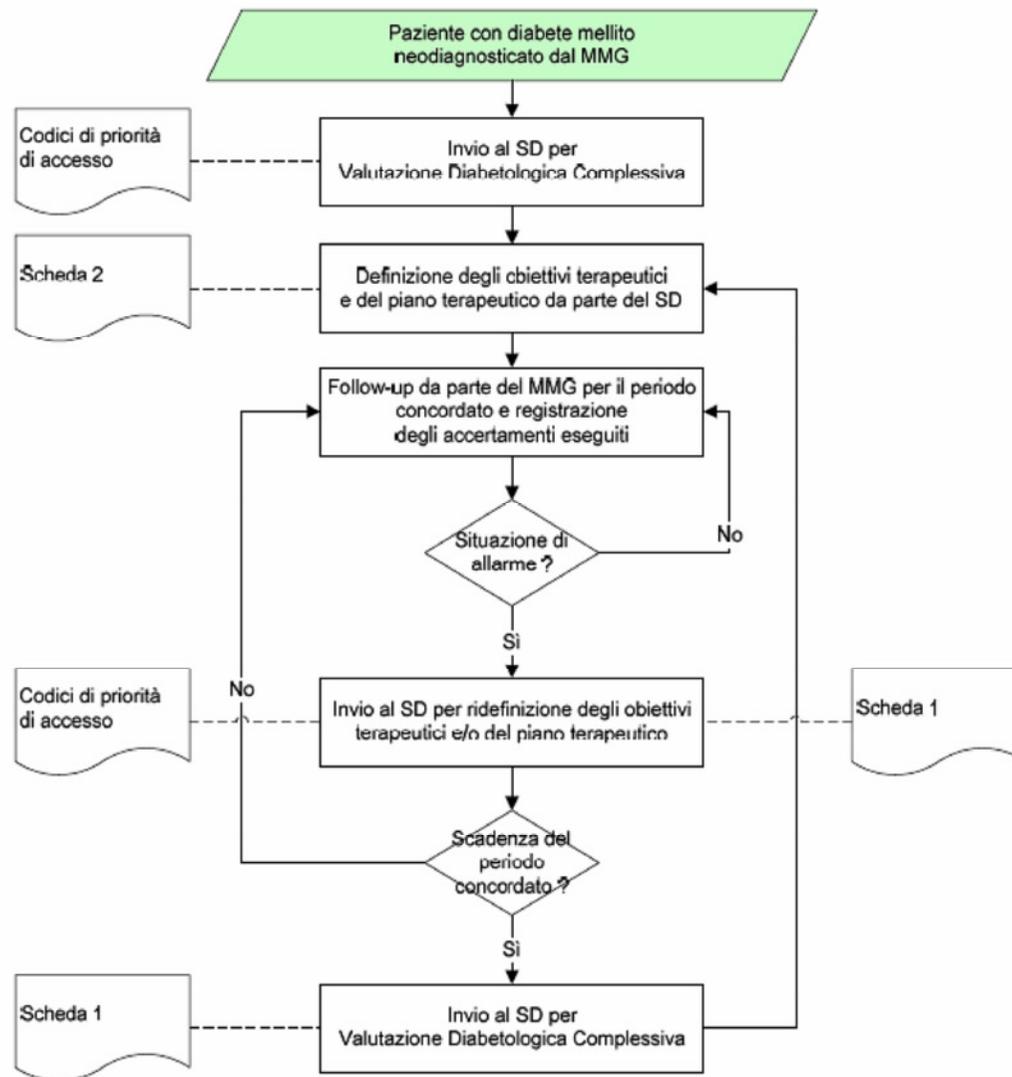
1. Il paziente neo-diagnosticato è inviato al SD per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up a vita
2. Successivamente il paziente è avviato ad un follow-up a lungo termine, integrato e condiviso tra MMG e Servizio specialistico
3. Il paziente si sottopone a visita presso la struttura diabetologica:
  - con le scadenze concordate con il MMG, (in media una volta l'anno per i pazienti in compenso accettabile e senza gravi complicanze)
  - con maggiore frequenza (pur sempre in stretta collaborazione con il MMG) per i pazienti che presentano complicanze o un controllo metabolico cattivo o instabile.
  - in qualsiasi momento si presentino nuovi problemi.

In questo modello, la programmazione delle visite, compreso l'eventuale richiamo telefonico periodico del paziente, sono elementi fondamentali per migliorare la compliance dei pazienti ai suggerimenti comportamentali e terapeutici.

Per assicurare che vengano soddisfatte le esigenze di tutti i soggetti affetti da diabete tipo 2 sono stati identificati codici di priorità ai SD sulla base delle situazioni cliniche riscontrate dai MMG (vedi Tabella 1).



FIGURA 1. PROTOCOLLO DI GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE TIPO 2 ADOTTATO NELLA REGIONE PIEMONTE



## PRIMA VISITA DIABETOLOGICA

CLASSE	ATTESA	"PAROLE CHIAVE"
<b>U</b>	<b>48 ore</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto: disidratazione e/o stato febbrile e/o chetosi e/o alterazione dello stato di vigilanza e di coscienza</li> <li>- Ripetuti episodi di ipoglicemia che superano le capacità di autogestione del paziente</li> <li>- Gravidanza in donna diabetica e diabete gestazionale</li> <li>- Ulcera del piede o severe lesioni ischemiche e/o infettive agli arti inferiori</li> <li>- Nuova diagnosi in paziente con età &lt;18anni</li> <li>- Introduzione in paziente diabetico noto di una terapia diabetogena (Steroidi, Antineoplastici, ecc...)</li> </ul>
<b>B</b>	<b>15 gg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nuova diagnosi di diabete in paziente con Glicemia &gt;300mg/dl (ricontrollata) e/o HbA1c&gt;9</li> <li>- Diagnosi di complicanza diabetologica o significativo peggioramento di una complicanza diabetologica nota</li> <li>- Incremento di 1,5 punti di HbA1c rispetto ai valori medi del paziente in almeno 2 determinazioni successive (eseguite a distanza di almeno 3 mesi)</li> </ul>
<b>D + P</b>	<b>30 gg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutta la restante casistica</li> </ul>

**SCHEDA 1: "Follow up Permanente del Medico di Famiglia"**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Epoca di insorgenza del Diabete: \_\_\_\_\_

Terapia in corso (diabetologica e non):

1..... 4.....

2..... 5.....

3..... 6.....

		Scheda annuale di follow-up *(Minimo indispensabile)			
		3-4 mesi Data:	6 mesi* Data:	9 mesi Data:	1 anno* Data:
Ogni 3-4 mesi	Glicemia				
	HbA1c				
	Esame urine				
	Pressione Arteriosa				
	Verifica autocontrollo glicemico (se effettuato)				
	Rinforzo educativo (specificare argomento)				
	BMI / Circonferenza 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				

Altri esami rilevanti eseguiti:.....

Problemi aperti:.....

TIMBRO e Firma del Medico

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

# ASL – Comitati Diabetologici

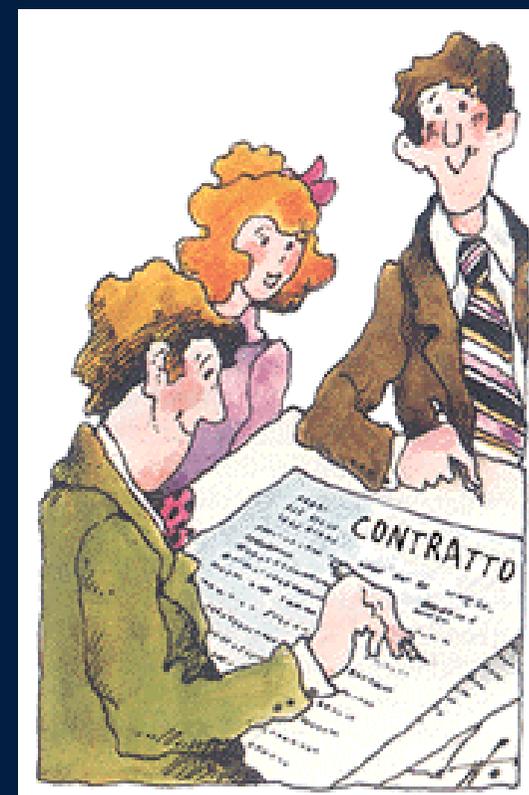
Nuove ASL	Direttore Generale	Riferimenti		
ASL 1	Ferruccio MASSA	ASL 1	Torino	Luciano Corgiat
		ASL 2	Torino	Piero Griseri
ASL 2	Giulio FORNERO	ASL 3	Torino	Maurizio Carlini
		ASL 4	Torino	Sergio Martelli
ASL 3	Marina FRESCO	ASL 6	Ciriè	Virginia Trinelli
		ASL 7	Chivasso	Anna Chiambretti
		ASL 9	Ivrea	Lorenzo Gurioli
ASL 4	Giovanni CARUSO	ASL 8	Chieri	Carlo Giorda
ASL 5	Giorgio RABINO	ASL 5	Collegno	Silvano Davi
		ASL 10	Pinerolo	Alessandro Ozzello
ASL 6	Mauro BARABINO	ASL 11	Vercelli	Federico Baldi
ASL 7	Oreste BRUSORI	ASL 12	Biella	Franco Travaglino
ASL 8	Mario MINOLA	ASL 13	Novara	Gabriele Allochis
ASL 9	Ezio ROBOTTI	ASL 14	VCO	Giuseppe Saglietti
ASL 10	Fulvio MOIRANO	ASL 15	Cuneo	Gianpaolo Magro
		ASL 16	Mondovi	Giovanni Vallesano
		ASL 17	Savigliano	Salvatore Oleandri
ASL 11	Giovanni MONCHIERO	ASL 18	Alba	Annalisa Rosatello
ASL 12	Luigi ROBINO	ASL 19	Asti	Luigi Gentile
ASL 13	Giampaolo ZANETTA	ASL 20	Alessandria	Giuseppe Rosti - Cesare Dossena
		ASL 21	Casale Monferrato	Giuseppe Bargerò
		ASL 22	Novi Ligure	Gianpaolo Carlesi

# ACCORDO REGIONALE DEI MMG SULLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE: NORMATIVA ECONOMICA

Si possono individuare due momenti di riscontro:

1) PRESA IN CARICO

2) QUALITA' EROGATA



# ACCORDO REGIONALE DEI MMG SULLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE: NORMATIVA ECONOMICA

## 1) PRESA IN CARICO

La Gestione Integrata (GI) del Paziente prenderà avvio dal 1 di Settembre 2008. Le ASL devono inviare entro 30 giorni dalla firma dell'accordo tra le parti l'elenco dei pazienti diabetici inseriti nel RRD in capo ad ogni MMG.

Dal mese di Settembre 2008 il MMG ad ogni fine mese (congiuntamente agli elenchi PIP, ADP) invierà alla Segreteria del proprio Distretto di appartenenza (indipendentemente dall'ASL di residenza del Paziente) l'elenco nominale dei pazienti diabetici, inseriti nel RRD, che hanno espresso il consenso informato per essere inseriti nel percorso della GI e di quelli che ne sono eventualmente usciti.

Per ogni paziente arruolato verrà corrisposta una quota forfetaria annua aggiuntiva (Art. 59 - A - 1) (38,62€) divisa in dodicesimi.

# ACCORDO REGIONALE DEI MMG SULLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE: NORMATIVA ECONOMICA

## 2) QUALITA' EROGATA

Vengono posti tre obiettivi per incentivare e premiare il raggiungimento dei risultati:

1° **OBIETTIVO:** promuovere l'adesione al progetto e ridurre i casi di diabete mellito tipo 2 misconosciuti

2° **OBIETTIVO:** stimolare l'aderenza al protocollo per un efficace follow-up

3° **OBIETTIVO:** migliorare la cura dei pazienti per ridurre le complicanze ed ottenere una migliore "performance".

(Vedi Allegato -Indicatori e Standard-)

# Allegato - Indicatori e Standard -

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

INDICATORE	Modalità di calcolo	Razionale	Modalità operativa del MMG	Standard	Qualità dell'assistenza erogata (espressa in millesimi)
<b>% pazienti</b> diabetici di tipo 2	Numero pazienti diabetici di tipo 2/Numero totale pazienti assistiti	Significato: evidenzia la corrispondenza della percentuale dei propri assistiti con diagnosi di diabete di tipo 2 rispetto ai dati epidemiologici	Il medico -programma la visita in studio dei pazienti affetti da DM già in carico -compila la scheda -controlla la registrazione presso il RRD -se non registrato viene inviato al CD come caso neodiagnosticato	Performance nazionale 6% Livello accettabile di Performance (LAP): <b>3%</b>	Se uguale o maggiore al LAP 150

## 2. OBIETTIVO: per un efficace follow-up

	INDICATORE	Modalità di calcolo	Razionale	Modalità operativa del MMG	Standard	Qualità dell'assistenza erogata
2.1	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi la registrazione della <b>HbA1c</b>	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con la registrazione dell'HbA1c negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	Significato: esprime un adeguato follow-up del paziente	Il medico richiede la determinazione dell'HbA1c e ne registra il valore sulla scheda secondo il piano di follow-up personalizzato e concordato con il CAD	Performance nazionale 98% Livello accettabile di Performance (LAP): <b>70%</b>	Se uguale o maggiore al LAP 100
2.2	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi il <b>profilo lipidico</b>	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con la registrazione del profilo lipidico negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	Significato: è dimostrato che nei pazienti diabetici la riduzione del valore del colesterolo LDL riduce il Rischio Cardio Vascolare cardiovascolare Limiti: non calcolabile per valori di trigliceridi > 200 mg/dl	Il medico richiede la determinazione del profilo lipidico e registra il valore sulla scheda personalizzata	Performance nazionale 89% Livello accettabile di Performance (LAP): <b>60%</b>	Se uguale o maggiore al LAP 100
2.3	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi almeno una misurazione della <b>Pressione Arteriosa</b>	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con almeno una registrazione della Pressione Arteriosa negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	Significato: la prevalenza media di ipertensione nel diabete è di circa il 50%	Il medico registra il valore della misurazione della Pressione Arteriosa sulla scheda personalizzata	Performance nazionale 97% Livello accettabile di Performance (LAP): <b>90%</b>	Se uguale o maggiore al LAP 100

2.4	% registrazione <b>indice di massa corporea (BMI)</b> nei diabetici di tipo 2	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con dato BMI registrato /Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	Significato: dato indispensabile per valutare l'efficacia della terapia, fattore di rischio cardiovascolare modificabile	Il medico elabora il BMI e ne registra i valori sulla scheda personalizzata; esegue un rinforzo educativo	Performance nazionale Non rilevata Livello accettabile di Performance (LAP): <b>70%</b>	Se uguale o maggiore al LAP 50
2.5	% registrazione misurazione della <b>circonferenza addominale</b> nei diabetici di tipo 2	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con misurazione della circonferenza addominale registrato /Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	Significato: dato indispensabile per valutare l'efficacia della terapia, fattore di rischio cardiovascolare modificabile	Il medico misura la circonferenza addominale e ne registra i valori sulla scheda personalizzata; esegue un rinforzo educativo	Performance nazionale Non rilevata Livello accettabile di Performance (LAP): <b>50%</b>	Se uguale o maggiore al LAP 50
2.6	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi un dosaggio della <b>microalbuminuria</b>	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con una determinazione della microalbuminuria negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	Significato: la microalbuminuria è un marker precoce della nefropatia diabetica quando vi è ancora speranza di reversibilità o arresto della progressione	Il medico registra la determinazione della microalbuminuria sulla scheda personalizzata	Performance nazionale 86% Livello accettabile di Performance (LAP): <b>50%</b>	Se uguale o maggiore al LAP 100
2.7	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la cui scheda riporta negli ultimi 12 mesi un dosaggio della <b>creatininemia</b>	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con una registrazione della creatininemia negli ultimi 12 mesi/Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	Significato: è un indice molto sensibile e specifico di insufficienza glomerulare; è importante non solo per diagnosticare l'insufficienza renale, ma anche per eventuali controindicazioni all'uso dei farmaci nefrotossici	Il medico registra la determinazione della creatinemia sulla scheda personalizzata	Performance nazionale 86% Livello accettabile di Performance (LAP): <b>60%</b>	Se uguale o maggiore al LAP 50

### 3. OBIETTIVO: per migliorare la "performance"

	INDICATORE	Modalità di calcolo	Razionale	Modalità operativa del MMG	Standard	Qualità dell'assistenza erogata
3.1	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 con ultimo valore registrato di <b>HbA1c ≤ 7,5%.</b>	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con ultimo valore registrato di HbA1c ≤ 7,5% / Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	Significato: valori inferiori al 7,5% prevengono la comparsa di complicanze.	Il medico controlla la compliance alla terapia, rinforza l'educazione all'igiene di vita, modifica la terapia.	Performance nazionale 43,1% Livello accettabile di Performance (LAP): <b>25%</b>	Se uguale o maggiore al LAP 100
3.2	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 con ultimo valore registrato di <b>colesterolo LDL ≤ 130 mg/dl.</b>	Numero pazienti diabetici di tipo 2 con ultimo valore registrato di colesterolo LDL ≤ 130 mg/dl / Numero totale pazienti diabetici di tipo 2	Significato: la riduzione dei valori di colesterolo LDL riduce il rischio cardiovascolare.	Il medico rinforza l'educazione all'igiene di vita, valuta la strategia terapeutica dopo stratificazione del Rischio cardiovascolare	Performance nazionale 36,4% Livello accettabile di Performance (LAP): <b>20%</b>	Se uguale o maggiore al LAP 100
3.3	% dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 e ipertensione arteriosa con valore registrato di <b>PA ≤ 130/80 mmHg.</b>	Numero pazienti diabetici di tipo 2 e ipertensione arteriosa con valore registrato di PA ≤ 130/80 mmHg / Numero totale pazienti diabetici di tipo 2 e ipertesi	Significato: la terapia antipertensiva nei soggetti diabetici, se efficacemente condotta, riduce le complicanze micro e macrovascolari.	Il medico monitorizza i valori della Pressione Arteriosa e modifica la terapia	Performance nazionale 36,6% Livello accettabile di Performance (LAP): <b>20%</b>	Se uguale o maggiore al LAP 100

Tale valutazione permetterà, a seconda del raggiungimento o meno di determinati obiettivi, di ottenere una valutazione in millesimi che sarà così remunerata annualmente:

Punteggio LAP*	INDIVIDUALI
da 300 a 599	13,55€ per paziente
da 600 a 799	23,55€ per paziente
da 800 a 1000	33,55€ per paziente

**Medico**  
**50 assistiti/anno**

**677,50€**

**1177,50€**

**1677,50€**

Entro il 30 di settembre del 2009 e degli anni successivi, il MMG invierà alla Segreteria del proprio Distretto di appartenenza una dichiarazione (Allegato B) attestante il punteggio LAP (\*Livelli Appropriati di Performance) raggiunto.

Entro la stessa data, il MMG invierà alla Segreteria del Distretto, possibilmente in formato elettronico, i dati clinici di ciascuno dei suoi pazienti per il monitoraggio e la verifica del percorso effettuato.

## Allegato B

### Gestione integrata del diabete di tipo 2

Il sottoscritto/a dr./dr.ssa

Cognome.....Nome.....

Codice Regionale.....

Residente a.....via.....n°.....

convenzionato per la Medicina Generale nel comune di.....

titolare a giugno dell'anno in corso di n° ..... scelte

Comunica

che i pazienti affetti da Diabete Mellito e monitorati secondo il piano della qualità nell'anno in corso sono.....

per una prevalenza del .....%

Dichiara inoltre di:

avere erogato per l'anno in corso una qualità di assistenza pari a

Obiettivo 1 – la prevalenza

\_\_\_\_\_

Obiettivo 2 – follow- up

\_\_\_\_\_

Obiettivo 3 – “performance”

\_\_\_\_\_

per un totale di

\_\_\_\_\_

Chiede pertanto

che gli venga riconosciuto l'incentivo individuale normato dall'AIR

data.....

Timbro e Firma

.....

Tale valutazione permetterà, a seconda del raggiungimento o meno di determinati obiettivi, di ottenere una valutazione in millesimi che sarà così remunerata annualmente:

Punteggio LAP*	INDIVIDUALI	EQUIPE
da 300 a 599	13,55€ per paziente	18,78€ per paziente
da 600 a 799	23,55€ per paziente	28,78€ per paziente
da 800 a 1000	33,55€ per paziente	38,78€ per paziente

**Medico  
50 assistiti/anno**

**939 €**

**1439 €**

**1939 €**

Il punteggio LAP di Equipe sarà dato dalla media derivante dalla somma algebrica di punteggi ottenuti dai singoli medici componenti l'Equipe; sarà compito del referente di Equipe inviare entro il 15 di ottobre di ogni anno la dichiarazione del punteggio LAP raggiunto dalla propria Equipe (Allegato C)

## Allegato C

Gestione integrata del diabete di tipo 2

Il sottoscritto/a dr./dr.ssa

Cognome.....Nome.....

Referente dell'Equipe Territoriale n.....ASL.....

Dichiara che la propria Equipe:

ha erogato per l'anno in corso complessivamente una qualità di assistenza pari a:

Obiettivo 1 – la prevalenza

\_\_\_\_\_

Obiettivo 2 – follow- up

\_\_\_\_\_

Obiettivo 3 – “performance”

\_\_\_\_\_

per un totale di

\_\_\_\_\_

Chiede pertanto

che ad ogni componente venga riconosciuto l'incentivo di Equipe normato dall'AIR

data.....

Timbro e Firma

.....

# Medico di Famiglia con 50 assistiti/anno



Presa in carico	Incentivo individuale	Incentivo Equipe	Totale
1931 €	677,50€	939 €	<b>3547,50 €</b>
diviso per 12 mesi:	1177,50€	1439 €	<b>4547,50 €</b>
161 € / mese	1677,50€	1939 €	<b>5547,50 €</b>

# ACCORDO REGIONALE DEI MMG SULLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE: NORMATIVA ECONOMICA

PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2 DELL'ADULTO IN PIEMONTE  
(Gruppo di lavoro Assessorato Tutela alla Salute e Sanità del Piemonte)



- Modifica Allegato A
- Creazione Allegato A<sub>1</sub>
- Descrizione del percorso del paziente

**Allegato A 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

**Allegato A<sub>1</sub>**

**GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2**  
**SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL PAZIENTE**

**Cognome:**

**Nome:**

**Data di nascita:**

**Codice Fiscale:**

**Epoca di insorgenza del Diabete:**

**Indirizzo:**

**HO RACCOLTO IL CONSENSO INFORMATO ALLA GESTIONE INTEGRATA**

**HO RACCOLTO L'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI**

**TIMBRO e Firma del Medico**

**Luogo, Data:**

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

*Il Sottoscritto \_\_\_\_\_, assistito dal  
Dott. \_\_\_\_\_ e dallo stesso informato sui  
diritti e sui limiti di cui al Decreto Legislativo 196 - 2003 concernente "la tutela delle persone  
e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" AUTORIZZA il proprio Medico di  
Famiglia e, in sua assenza, i sostituti e i medici associati, nonché i medici del Centro  
Diabetologico a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura  
ed ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti a scopo di ricerca scientifica ed  
epidemiologica.*

*Data.....Firma.....*

## **Il percorso per l'inserimento dei Pazienti può prevedere 3 casi:**

- 1. Paziente già inserito nel Registro Regionale Diabete (RRD) e quindi noto al Servizio di Diabetologia:**
  - a. Dall'elenco inviato il MMG seleziona i Pazienti eleggibili per la GI.**
  - b. Raccoglie dal Paziente il Consenso informato alla GI e l'Autorizzazione al Trattamento dei Dati: tale documentazione va conservata a cura del MMG.**
  - c. Invia al Servizio di Diabetologia il Paziente secondo le scadenze dell'appuntamento già programmato all'ultima visita diabetologica effettuata, con l'Allegato A compilato nella parte di intestazione e firmato.**
  - d. Compila l'Allegato A<sub>1</sub> ed inserisce il nominativo del Paziente nell'elenco di quelli da segnalare al Distretto come inseriti nel percorso della GI.**
  - e. A fine mese deve recapitare al Distretto (congiuntamente ai Report contenenti gli elenchi PIP ed ADP) gli Allegati A<sub>1</sub> raccolti quel mese e l'elenco nominale dei Pazienti nuovi inseriti quel mese e di quelli che sono eventualmente usciti dal percorso della GI. (Tenendo presente che gli arruolamenti avvenuti entro il 15 del mese saranno conteggiati per il pagamento con gli emolumenti del mese stesso, mentre quelli che portano una data successiva al 15 verranno conteggiati con il mese successivo: fa fede la data riportata sull'Allegato A<sub>1</sub>).**

## **Il percorso per l'inserimento dei Pazienti può prevedere 3 casi:**

### **2. Paziente di nuova diagnosi (o non ancora inserito nel RRD):**

- a. il MMG deve inviare (secondo la normativa Regionale vigente che definisce i criteri clinici di accesso alla prima visita specialista (DD 43 del 4/02/2008)) il Paziente al Servizio di Diabetologia per l'inquadramento diagnostico, la stadiazione delle complicanze e per il suo inserimento nel RRD. Quindi, se eleggibile per la GI, il MMG potrà procedere come indicato precedentemente nel caso 1.**

### **3. Paziente già inserito nel RRD la cui proposta di attivazione proviene dal Servizio di Diabetologia**

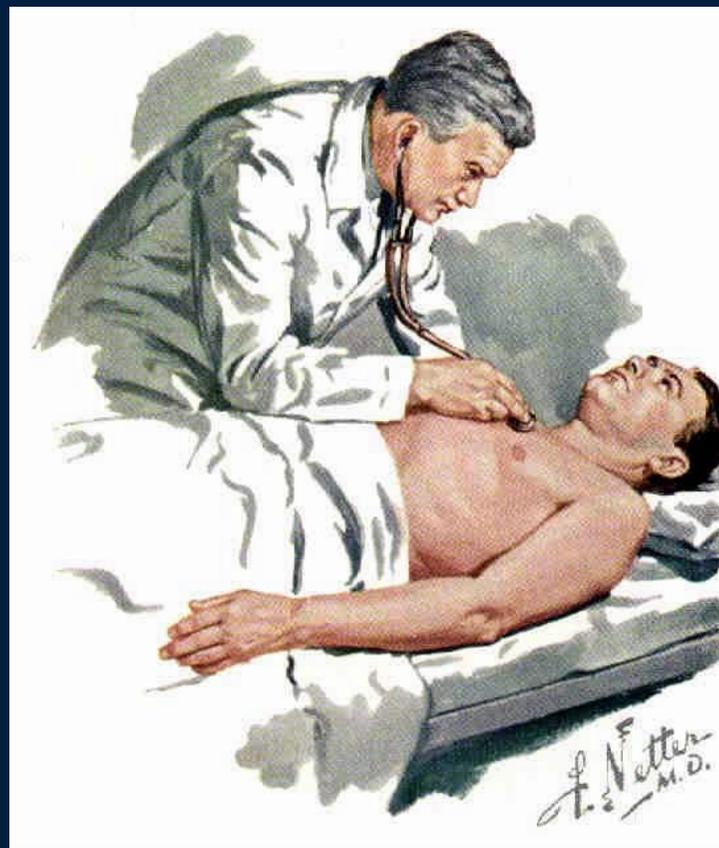
- a. Comunicazione da parte del Servizio di Diabetologia dell'eleggibilità del paziente al MMG tramite normale via di comunicazione (lettera di dimissione o contatto telefonico o e-mail)**
- b. Avvio da parte del MMG delle stesse procedure previste per il caso 1. E' opportuno che anche nella cartella clinica del Servizio di Diabetologia rimanga una documentazione della raccolta del consenso informato del paziente.**

## PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2 DELL'ADULTO IN PIEMONTE

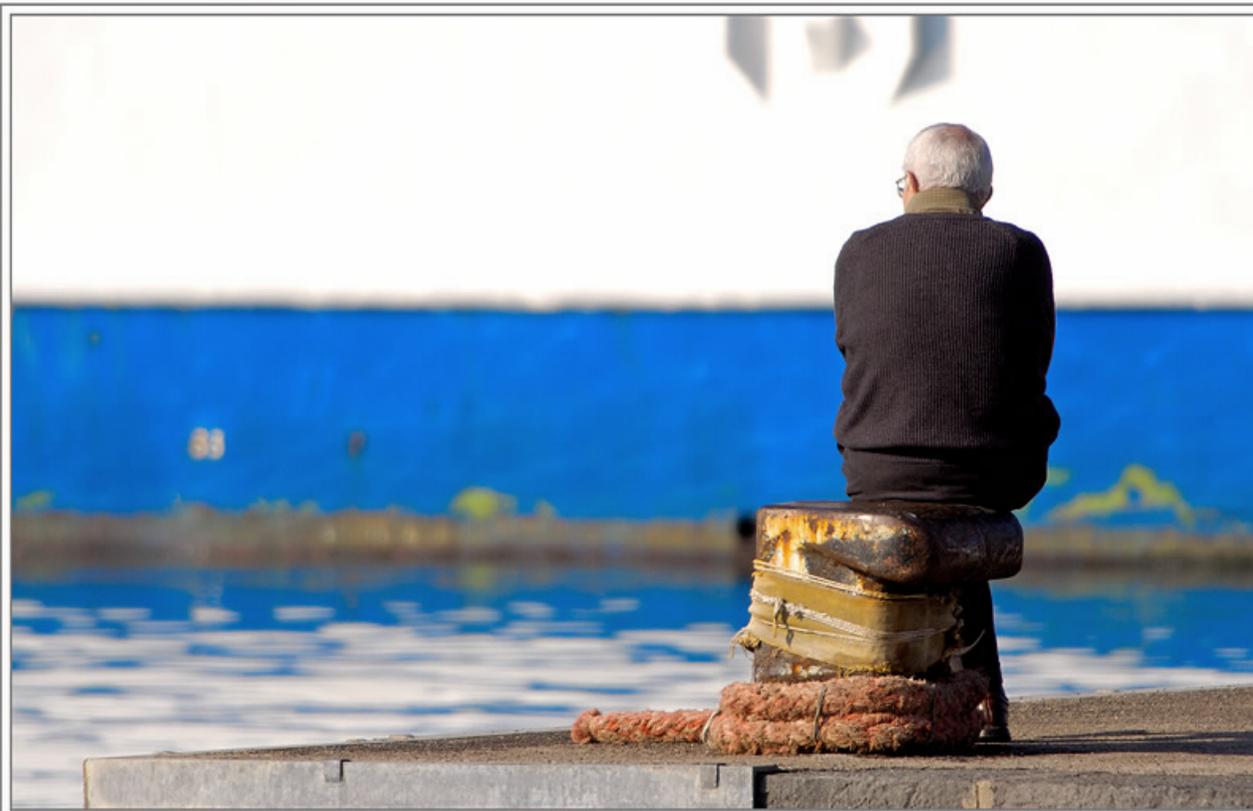
**NB:** all'inizio l'Allegato A sarà compilato ovviamente solo per la parte dei dati anagrafici e terapia in corso. Durante l'anno, alle scadenze prestabilite, saranno eseguiti gli accertamenti previsti e segnati nella copia dall'Allegato A in possesso del Paziente.

Si ricorda che l'EO Cardiovascolare, l'EO Neurologico e l'ispezione del piede dovranno essere effettuati dal MMG il quale dovrà segnare con un "SI" l'avvenuta esecuzione.

**NON SI TRATTA** di richieste di visite specialistiche o altro.



In attesa che la Regione Piemonte invii gli elenchi dei nostri Pazienti inseriti nel RRD è possibile arruolare ugualmente i medesimi purché in possesso della tessera attestante la loro registrazione nel Registro Regionale Diabetici



“L’ attesa”

Esempio di:

**CONSENSO INFORMATO  
ALLA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2**

Il sottoscritto ..... nato a ..... il .....,  
dichiara di essere stato adeguatamente informato dal proprio Medico di Famiglia Dott.  
..... su obiettivi, modalità e percorso di cura definito come  
“GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2”.

Avendo compreso tali finalità esprime, quindi, il proprio consenso ad essere inserito nel  
percorso di cura, riservandosi la possibilità di revocare la propria adesione in qualsiasi  
momento.

In fede .....

Luogo e data, .....

# FANNO DA RIFERIMENTO I DOCUMENTI REGIONALI E NAZIONALI

IGEA

## GESTIONE INTEGRATA del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto

*Documento di indirizzo*



Il Pensiero Scientifico Editore

**Il Progetto IGEA (Gestione Integrata del Diabete Mellito di tipo 2 nell'adulto)**

[http://www.epicentro.iss.it/igea/pdf/Igea\\_doc-indirizzo.pdf](http://www.epicentro.iss.it/igea/pdf/Igea_doc-indirizzo.pdf)

L'ASSISTENZA INTEGRATA ALLA PERSONA CON DIABETE MELLITO TIPO 2



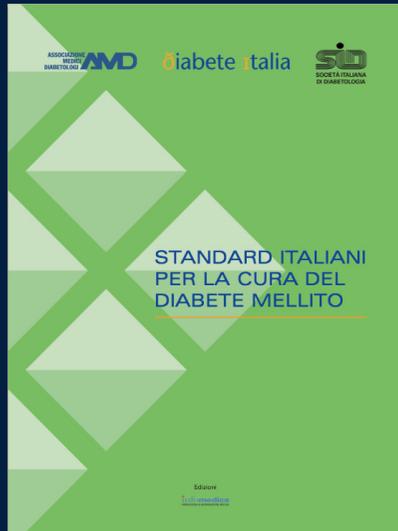
Luglio 2008

**Linee Guida per l'assistenza integrata alla persona con diabete mellito di tipo 2**

**AMD –SID –FIMMG –SIMG –SNAMI -SNAMID**

[http://www.fimmg.org/documenti/20080619\\_gestione\\_integrata\\_diabete.pdf](http://www.fimmg.org/documenti/20080619_gestione_integrata_diabete.pdf)

# FANNO DA RIFERIMENTO I DOCUMENTI REGIONALI E NAZIONALI



## Standard Italiani per la Cura del diabete mellito

<http://www.aemmedi.it/linee-guida-e-raccomandazioni/pdf/2007-cura-diabete-mellito.pdf>



Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007

Ambito 2.1, Iniziativa 3 - Prevenzione Attiva delle Complicanze del Diabete Tipo 2

D301

**MODELLO DI GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2**

## Modello della Gestione Integrata del Diabete Mellito di Tipo 2 in Piemonte

[http://www.dors.it/diabete/docum/D301\\_0\\_2007-07-17.pdf](http://www.dors.it/diabete/docum/D301_0_2007-07-17.pdf)

# QUALI PAZIENTI SONO ELEGGIBILI?



Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007

Ambito 2.1, Iniziativa 3 - Prevenzione Attiva delle Complicanze del Diabete Tipo 2

D301

## MODELLO DI GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

### Il protocollo diagnostico-terapeutico

Per il paziente diabetico tipo 2, il modello "integrato" attualmente ritenuto più idoneo al raggiungimento degli obiettivi terapeutici condivisi, è il seguente:

1. Il paziente neo-diagnosticato è inviato al SD per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up a vita
2. Successivamente il paziente è avviato ad un follow-up a lungo termine, integrato e condiviso tra MMG e Servizio specialistico
3. Il paziente si sottopone a visita presso la struttura diabetologica:
  - con le scadenze concordate con il MMG, (in media una volta l'anno per i pazienti in compenso accettabile e senza gravi complicanze)
  - con maggiore frequenza (pur sempre in stretta collaborazione con il MMG) per i pazienti che presentano complicanze o un controllo metabolico cattivo o instabile.
  - in qualsiasi momento si presentino nuovi problemi.

In questo modello, la programmazione delle visite, compreso l'eventuale richiamo telefonico periodico del paziente, sono elementi fondamentali per migliorare la compliance dei pazienti ai suggerimenti comportamentali e terapeutici.

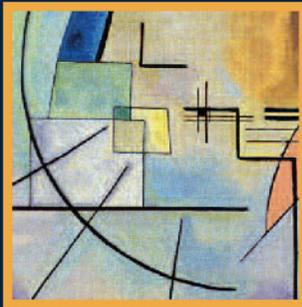
Per assicurare che vengano soddisfatte le esigenze di tutti i soggetti affetti da diabete tipo 2 sono stati identificati codici di priorità ai SD sulla base delle situazioni cliniche riscontrate dai MMG (vedi Tabella 1).

# QUALI PAZIENTI SONO ELEGGIBILI?



## GESTIONE INTEGRATA del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto

Documento di indirizzo



Il Pensiero Scientifico Editore

### La gestione integrata del diabete mellito: prove di efficacia

Il ruolo di programmi di *disease management* e di *case management* nella cura delle persone con diabete mellito è stato oggetto di numerosi studi e di due revisioni sistematiche, i cui risultati dimostrano come una gestione integrata può avere effetti positivi su alcuni aspetti della qualità dell'assistenza sanitaria [Knight 2005, Norris 2002]. Entrambe le revisioni valutano l'efficacia del *disease management*, definito come assistenza sanitaria organizzata, attiva e multidisciplinare, rivolta a tutta la popolazione di persone affette da diabete comprese nella comunità in osservazione

- **Identificazione delle persone con diabete da avviare ad un percorso di gestione integrata.**

Per quanto riguarda la selezione della popolazione, in ragione dello sforzo organizzativo sottostante l'attuazione del piano di gestione integrata, si può rendere necessario limitare il numero di persone inizialmente coinvolte a quelle classi di popolazione che, per diverse ragioni, potrebbero ottenere significativi benefici da questo modello di assistenza.

A questo proposito dovrebbero essere tenute presenti le seguenti considerazioni:

- *Epidemiologiche*. Esistono classi di popolazione che, per ragioni di età, sesso, stile di vita, presentano un più alto rischio di complicanze e che pertanto trarrebbero maggiori benefici rispetto ad altri da una gestione integrata della patologia.
- *Gestionali*. Esiste un'interrelazione tra ampiezza/variabilità della casistica trattata e la gestibilità della patologia. Più la casistica è complessa, più è necessario rendere il percorso diagnostico-terapeutico articolato con tutte le difficoltà organizzative che questo comporta.

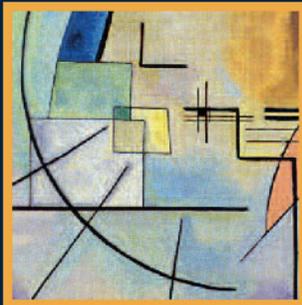
Questi non dovrebbero essere visti come criteri vincolanti di selezione ma semplicemente come riflessioni di cui tener conto al momento dell'avvio del programma di gestione integrata.

In questo ambito un ruolo centrale è assunto dalla realizzazione di specifici registri di patologia.



## GESTIONE INTEGRATA del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto

Documento di indirizzo



Il Pensiero Scientifico Editore

L'ASSISTENZA INTEGRATA ALLA PERSONA CON DIABETE MELLITO TIPO 2



SIMG



SOCIETÀ NAZIONALE  
DEI MEDICI GENERALISTI PER IL  
SERVIZIO DI MEDICINA GENERALE



Luglio 2008

### Modalità organizzative per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 nell'adulto

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

### Compiti del Centro Diabetologico

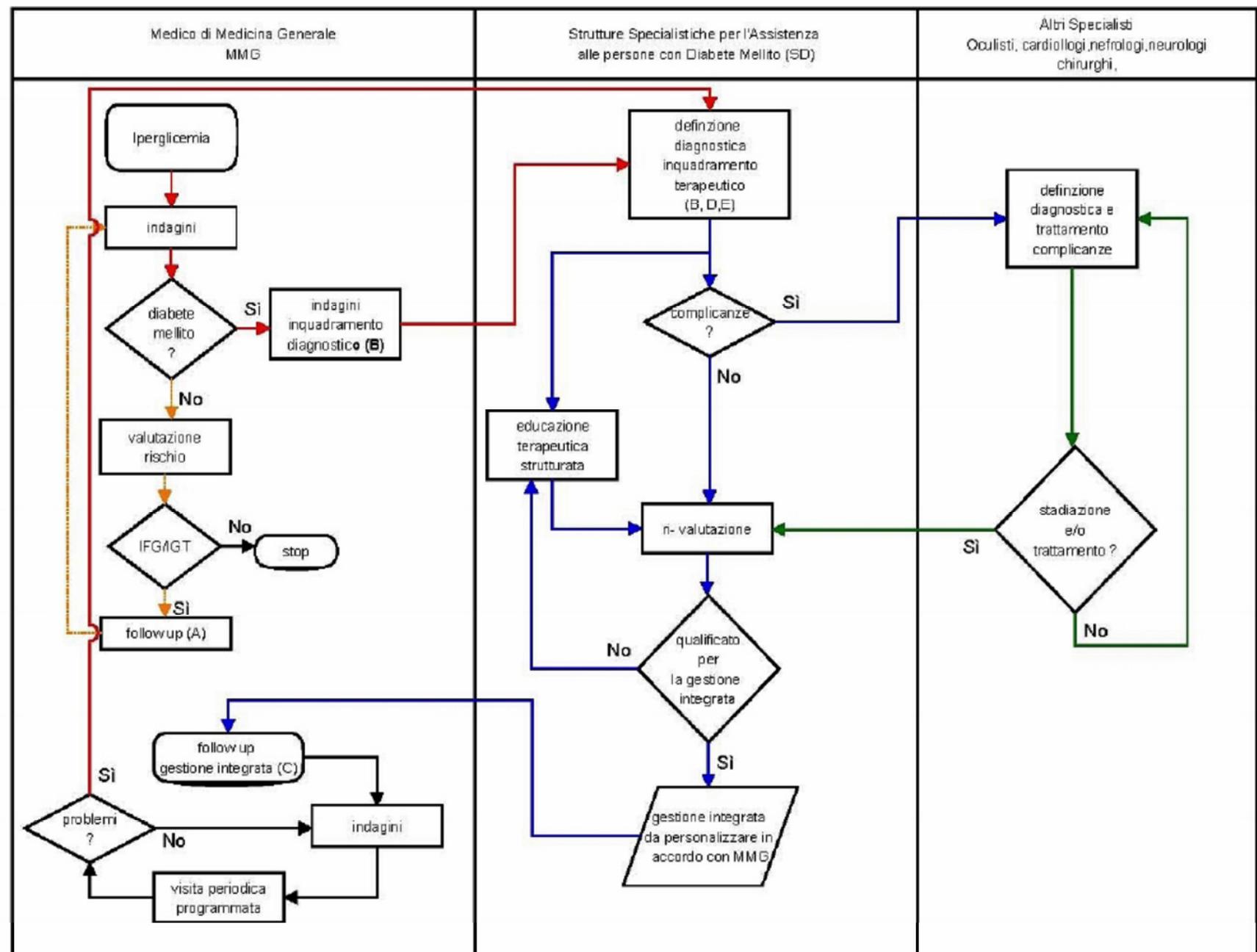
- Inquadramento delle persone con diabete neodiagnosticato con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con gli MMG.
- ~~Preso in carico, in collaborazione con gli MMG, delle persone con diabete.~~
- Gestione clinica diretta, in collaborazione con gli MMG e gli altri specialisti, delle 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 nutrizionale.
- Effettuazione, in collaborazione con gli MMG, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Valutazione periodica, secondo il Piano di Cura adottato, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con gli MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.
- Attività di aggiornamento rivolta agli MMG in campo diabetologico.

### Compiti del Medico di Medicina Generale

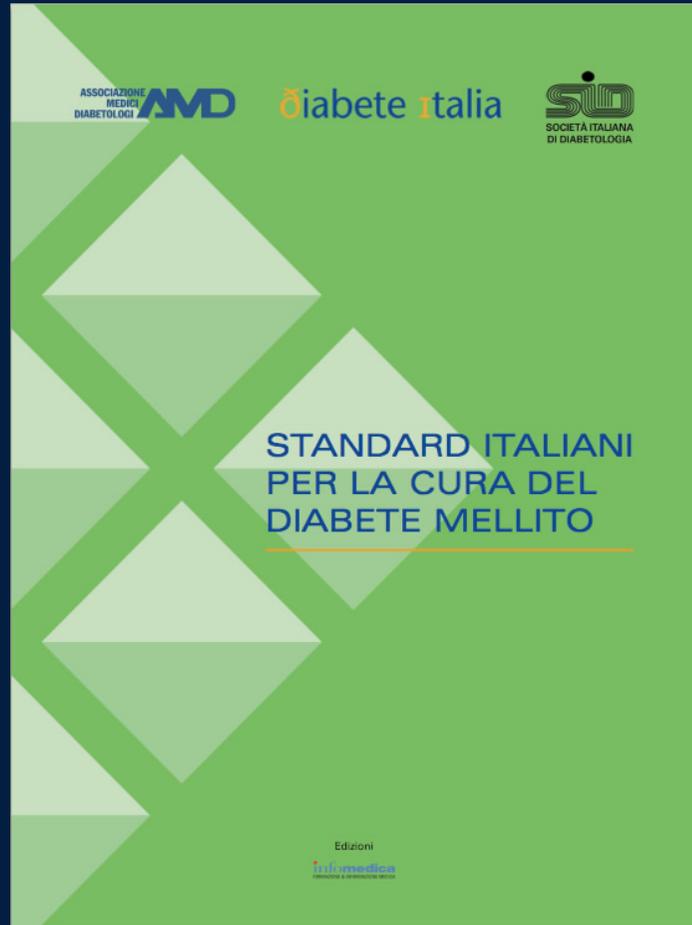
- Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale.
- Presa in carico, in collaborazione con i CD, delle persone con diabete e condivisione del Piano di Cura personalizzato.
- Valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Effettuazione, in collaborazione con il CD, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato.
- Organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il CD di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.



# QUALI PAZIENTI SONO ELEGGIBILI?



# QUALI PAZIENTI SONO ELEGGIBILI?

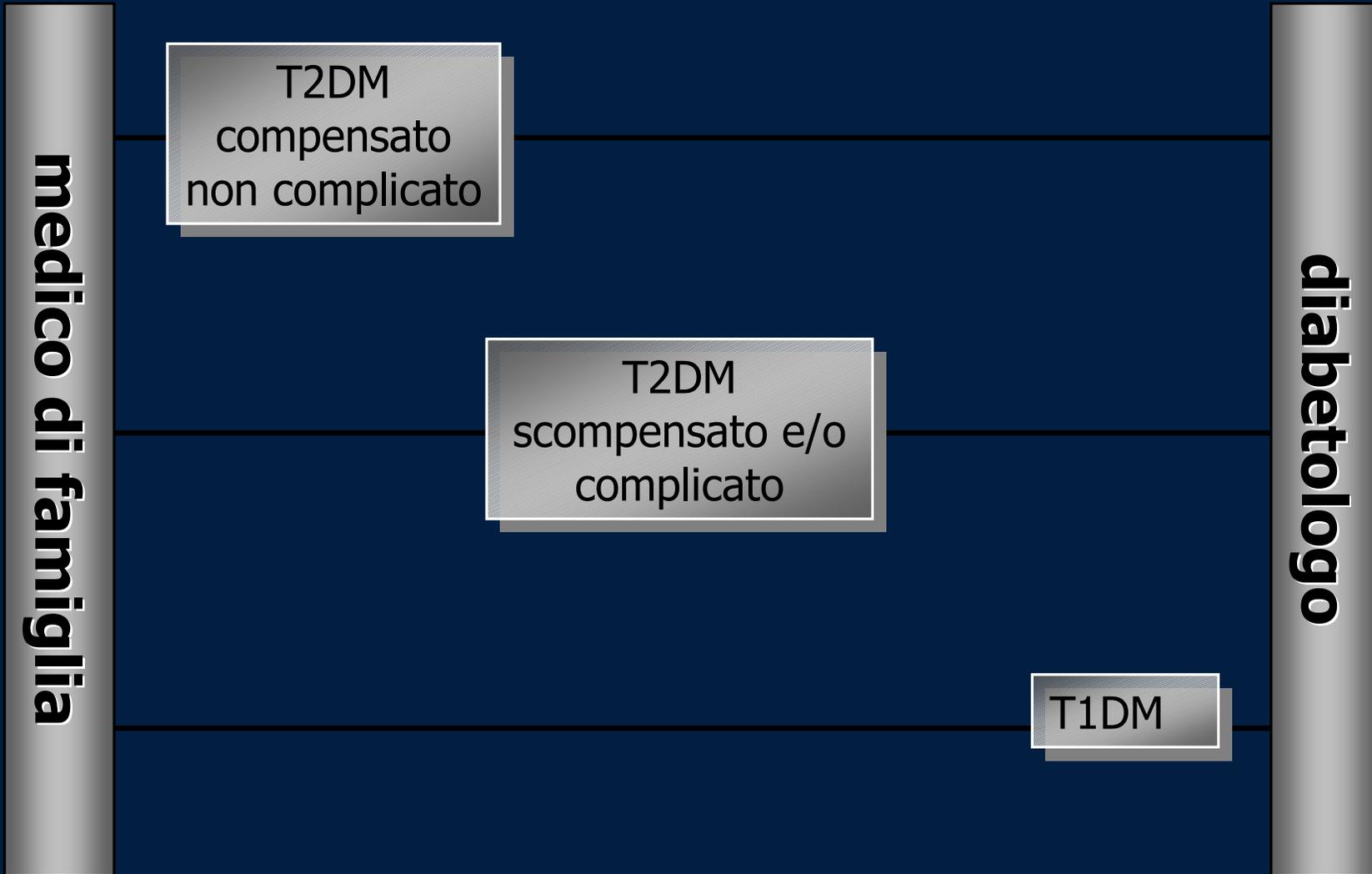


## K. ASSISTENZA INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO

### RACCOMANDAZIONI

- Il raggiungimento degli obiettivi di cura della malattia diabetica prevede una partecipazione congiunta del team diabetologico e del medico di medicina generale e più in generale della medicina territoriale, nell'ambito di percorsi assistenziali ben definiti in una rete integrata pluridisciplinare e pluriprofessionale, con il consenso informato del paziente. **(Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)**
- È auspicabile un'adeguata informatizzazione delle strutture direttamente coinvolte nell'assistenza al paziente diabetico con modalità di archiviazione dei dati essenziali comune per formato e tracciato al fine di consentire una maggior condivisione dei dati e la formulazione e l'utilizzo di indicatori clinici. **(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)**
- Dovrebbe essere consultato un team o uno specialista diabetologo in presenza di diabete:
  - neodiagnosticato;
  - insulino-trattato;
  - non in buon controllo;
  - gestazionale o in gravidanza o in previsione di una gravidanza;
  - con complicanze acute o croniche in evoluzione.**(Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)**

# TEAM DIABETOLOGICO INTEGRATO



# TEAM DIABETOLOGICO INTEGRATO

**medico di famiglia**

necessita di un costante controllo e di un intervento "intensivo" da parte del team diabetologico. Sono indispensabili competenze e tecnologie specialistiche. E' prevalente l'intervento della struttura specialistica diabetologica, ovviamente in costante contatto con il medico di famiglia

**diabetologo**

**T1DM**



# TEAM DIABETOLOGICO INTEGRATO

**medico di famiglia**

**diabetologo**

T2DM  
scompensato  
e/o complicato



Controllato dal medico di famiglia, con periodici controlli presso la diabetologia, da anticiparsi in caso di scompenso acuto, oppure in caso di insorgenza di complicanze o di cambiamenti dei fattori di rischio (Classi di Priorità)

# TEAM DIABETOLOGICO INTEGRATO

**medico di famiglia**

T2DM  
compensato non  
complicato



Inviato a visita diabetologica alla diagnosi;  
quindi seguito dal medico di famiglia, con  
controlli di lungo periodo presso la diabetologia,  
concordati tra gli operatori (almeno una volta  
ogni 2 anni)

**diabetologo**