

OBIETTIVO AFT 2023

Scheda Obiettivo N. A. 2 - Medicina d'iniziativa

Avvio della gestione proattiva e integrata del paziente affetto da diabete mellito di tipo 2:

Predisposizione del PAID (Piano Assistenziale Individuale Diabete)

I **pazienti eleggibili** sono gli assistiti con diagnosi di diabete mellito di tipo 2 **in compenso glicemico esenti da complicazione micro-macrovascolari, medio-severe in terapia con antidiabetici orali e/o insulina basale per i quali sia possibili il trasporto/accesso in ambulatorio.**

Azioni del MMG:

Il MMG individua tra i suoi assistiti con diagnosi di Diabete Mellito tipo2 un paziente con diagnosi certa.

Il MMG:

- Effettua la prima valutazione del paziente,
- Propone al paziente contenuti, tempi e modalità di esecuzione dei follow-up successivi,
- Compila la scheda di valutazione e la trasmette in formato PDF, **protetto e nel rispetto della privacy, all'infermiera di AFT** utilizzando la posta elettronica e l'indirizzo e-mail **fornito dal Distretto**,
- Prescrive eventuali prestazioni sanitarie, esami a tempo zero e follow-up 3-6 mesi a seconda del raggiungimento degli obiettivi di controllo glicemico (glicemia a digiuno, HbA1C, Esame urine completo e microalbuminuria). Per la valutazione al tempo zero sono validi glicemia a digiuno e esame urine effettuati nel mese precedente, eventuale HbA1C non antecedente a tre mesi e microalbuminuria se effettuata entro l'anno,
- Verifica esecuzione di profilo lipidico, AST, ALT, emocromo, es urine (annuale), ECG (annuale) e fundus (biennale) ed eventuali altri accertamenti ritenuti necessari su singolo caso e valuta adeguatezza terapia in corso (antidiabetici, statine, antipertensivi, etc.) o propone modifiche, come previsto da PDTA **vigente in FVG.**

Indicatore di risultato: *Ciascun MMG compila la scheda di valutazione per almeno cinque pazienti, effettuando gli opportuni interventi e verificando la compliance dei pazienti ad accertamenti e terapie almeno una volta nel corso del 2023.*

Scheda di valutazione del MMG per paziente affetto da Diabete di tipo 2

Nome:		Cognome:		
data di nascita:	Residenza		Telefono:	
1° Valutazione data:				
Anamnesi:				
Esame obiettivo:				
Peso:	Altezza:	BMI:	PA:	FC:
si allegano esami in pdf come sopra, [si scaricano facilmente dal portale in .pdf]				
Esami ematici []	ECG []	FO []	Ecodoppler TSA/ arti inferiori) []	
Altro:				
Prescrizioni (farmaci in corso o dieta in corso):				
Eventuali indicazioni / OBIETTIVI prioritari per il personale sanitario del Distretto (es rinforzo dieta, cura piede, regole di automonitoraggio, etc):				
Follow-up programmato a mesi (barrare e/o inserire) _____ con:				
Glicemia a digiuno []				
HbA1C []				
Altro:				
data:			<i>Timbro (CRM) e firma MMG</i>	