 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro Direzione Generale – Direttore Dott. Paolo Cannas	NU006_ALL.0 08_T1M
	PDTA DIABETE MELLITO NELL’ADULTO	
T1M		

T1DM: PRIMA VISITA DIABETOLOGICA E VISITA DIABETOLOGICA DI CONTROLLO USUAL CARE


Il team diabetologico riveste un ruolo centrale nell'assistenza e nella cura della persona con diabete mellito, riconosciuto nel Piano Nazionale della malattia diabetica del 2013

L'approccio va adeguato alle modalità e ai tempi di apprendimento individuali e deve tener conto delle caratteristiche del singolo paziente per quanto riguarda l'adattamento alla nuova situazione e le fasi di accettazione della malattia.

Il percorso di formazione del paziente con diabete tipo1 all'esordio ha lo scopo di favorire il raggiungimento di una condizione di equilibrio clinico metabolico anche grazie alla acquisizione di competenze necessarie per l'autogestione della terapia insulinica intensiva

1. PRIMO ACCESSO AL SERVIZIO DIABETOLOGICO (SD) – PRIMA VISITA DIABETOLOGICA

- ✓ La prima visita diabetologica verrà effettuata dalla UOC di Diabetologia dell'ASL 3 - Nuoro in caso di nuova diagnosi di Diabete Mellito tipo 1 effettuata durante ricovero ospedaliero presso Ospedale San Francesco di Nuoro e Ospedale Cesare Zonchello di Nuoro; in tal caso il primo accesso del paziente alla UOC di Diabetologia dovrà avvenire previa richiesta tramite SISAR di consulenza diabetologica per presa in carico. Se la struttura richiedente la consulenza diabetologica non è in grado di effettuare la richiesta tramite SISAR (es. UOC Pronto Soccorso) il primo accesso alla UOC di Diabetologia di Nuoro dovrà essere concordato previo contatto telefonico con il medico della UOC di Diabetologia preposto alle consulenze. Il medico richiedente dovrà compilare impegnativa per prima visita diabetologica con priorità U
- ✓ La prima visita diabetologica verrà effettuata dalla struttura diabetologica del distretto di Sorgono in caso di nuova diagnosi di Diabete Mellito tipo 1 effettuata durante ricovero ospedaliero presso Ospedale San Camillo di Sorgono; in tal caso il primo accesso dovrà avvenire tramite compilazione da parte del richiedente di impegnativa per prima visita diabetologica con priorità U, con la quale il paziente/caregiver potrà prenotare la visita tramite CUP oppure, in caso di indisponibilità di appuntamento al CUP, potrà presentarsi direttamente presso la struttura diabetologia territoriale di riferimento (modalità di accesso diretto)

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro Direzione Generale – Direttore Dott. Paolo Cannas	NU006_ALL.0 08_T1M
	PDTA DIABETE MELLITO NELL’ADULTO	
T1M		

- ✓ La prima visita diabetologica verrà effettuata dalla struttura diabetologica del distretto di competenza territoriale della ASL 3 – Nuoro in caso di nuova diagnosi di Diabete Mellito tipo 1 effettuata da specialista ambulatoriale o medico di medicina del lavoro; in tal caso il primo accesso dovrà avvenire tramite compilazione da parte del richiedente di impegnativa per prima visita diabetologica con priorità U, con la quale il paziente/caregiver potrà prenotare la visita tramite CUP oppure, in caso di indisponibilità di appuntamento al CUP, potrà presentarsi direttamente presso la struttura diabetologia territoriale di riferimento (modalità di accesso diretto)

L'infermiere della Diabetologia che accoglie il paziente svolge le seguenti azioni:

Fasi di accoglienza e accettazione

- illustra e fa firmare a quest'ultimo il consenso informato al PDTA e all'inserimento dei dati sensibili nella cartella clinica diabetologica informatizzata (Meta Clinic)
- dopo aver verificato appuntamento e presenza di impegnativa inserisce il nuovo paziente nella cartella informatizzata regionale creando una nuova anagrafica e inserendo negli appositi campi tutte le informazioni necessarie (recapito telefonico e indirizzo mail del paziente o del caregiver, eventuali esenzioni ticket, medico di famiglia);
- verifica che il paziente abbia con sé la documentazione sanitaria inerente al sospetto diagnostico
- inserisce nella cartella diabetologica informatizzata esami ematochimici effettuati dal paziente o verifica che gli stessi siano correttamente inseriti da parte del laboratorio analisi;
- esegue la misurazione dei parametri clinici e antropometrici e li inserisce in cartella (sezione esami standard)

Fase di educazione terapeutica


- in relazione alle richieste emerse durante la valutazione medica, esegue appositi interventi di educazione terapeutica strutturata del paziente o di un caregiver, consegnando contestualmente il materiale informativo predisposto e riportando sulla apposita scheda della cartella diabetologica informatizzata regionale riscontro di quanto effettuato.

Il medico diabetologo (MD) esegue anamnesi completa, visita clinica con esame obiettivo generale e approfondisce gli eventuali rilievi emersi dalla misurazione dei parametri clinici e strumentali da parte dell'ISD. L'esame clinico sarà indirizzato in particolare alla valutazione di eventuali fattori di rischio cardiovascolare, alla prevenzione e alla diagnosi precoce di complicanze micro e macrovascolari.


Il MD ha inoltre il compito di:

- formulare la diagnosi del tipo di diabete,
- spiegare al paziente cosa è il diabete tipo 1 e gli obiettivi della cura

Direzione Generale Via Demurtas 1 08100 Nuoro - Tel. 0784 38892/240626 F. 0784 232095 C.F.: 00977680917 - www.aslnuoro.it mail: direzionegenerale@aslnuoro.it	SC Diabetologia - Direttore: Alfonso Gigante Ospedale Cesare Zonchello, piazza Sardegna, Nuoro E-mail: diabetologia.nuoro@aslnuoro.it Tel. reparto: 0784 240591
--	--

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro Direzione Generale – Direttore Dott. Paolo Cannas	NU006_ALL.0 08_T1M
	PDTA DIABETE MELLITO NELL’ADULTO	
T1M		

- illustrare i principi nutrizionali (in caso di indisponibilità della figura del/la Dietista) e di esercizio fisico per un corretto stile di vita,
- prescrivere la terapia insulinica, illustrando contestualmente i possibili effetti collaterali della stessa
- richiedere valutazione dell'ISD per educazione terapeutica riguardo istruzione al monitoraggio glicemico personalizzato, istruzione alla corretta somministrazione della terapia insulina, istruzione alla prevenzione e alla correzione dell'ipoglicemia
- richiedere **tramite la compilazione di una impegnativa dematerializzata per terapia educativa** la valutazione del/della Dietista se presente, per la formulazione del piano alimentare personalizzato; in assenza della figura del/della Dietista prescrivere un piano alimentare standardizzato dopo aver valutato i fabbisogni nutrizionali del paziente; in caso la figura del/della Dietista sia presente in un altro SD aziendale può proporre al paziente una valutazione dietologica,
- richiedere eventuali esami integrativi **tramite compilazione di una impegnativa dematerializzata**
- redigere il certificato per esenzione di patologia
- effettuare la prescrizione dei presidi necessari mediante la piattaforma regionale "Assistenza Integrativa"
- raccogliere tutti i dati clinici nella cartella informatizzata
- compilare referto con indicazione dello stato di compenso metabolico, grado di complicanze, obiettivi terapeutici personalizzati, piano terapeutico,
- **programmare follow up in relazione alle necessità clinico-assistenziali attuali del paziente secondo le seguenti modalità:**
 - a) **se il paziente appartiene allo stesso distretto della struttura diabetologica che effettua la prima visita, assegnando allo stesso un appuntamento per visita diabetologica di controllo entro 30 giorni su agenda della cartella informatizzata MetaClinic**
 - b) **se il paziente appartiene ad altro distretto della ASL 3- Nuoro programmando direttamente mediante apposito SLOT visita diabetologica di controllo entro 30 giorni presso struttura diabetologica territoriale di riferimento oppure inviando il paziente al CUP con impegnativa per visita diabetologica di controllo con priorità D, in questo caso l'esecuzione della visita diabetologica di controllo dovrà essere garantita, se possibile, dalla struttura diabetologica territoriale di riferimento. In caso il paziente non riesca ad accedere alla struttura diabetologica di riferimento territoriale per temporanea indisponibilità di appuntamenti da parte del CUP, verrà temporaneamente preso in carico dalla struttura diabetologica che effettua la prima visita in attesa di presa in carico definitiva presso struttura diabetologica territoriale di riferimento.**
 - c) **se il paziente appartiene ad altra ASL della Regione Sardegna inviando il paziente al CUP con impegnativa per visita diabetologica di controllo con priorità D, in questo caso l'esecuzione della visita diabetologica di controllo dovrà essere garantita, se possibile, dalla struttura diabetologica territoriale di riferimento; in caso il paziente non riesca ad accedere alla struttura diabetologica di riferimento territoriale per temporanea indisponibilità di appuntamenti da parte del CUP, verrà temporaneamente preso in carico dalla struttura diabetologica che effettua la**

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro Direzione Generale – Direttore Dott. Paolo Cannas	NU006_ALL.0 08_T1M
	PDTA DIABETE MELLITO NELL’ADULTO	
T1M		

prima visita in attesa di presa in carico definitiva presso struttura diabetologica territoriale di riferimento.

d) DEFINIRE TEMPISTICHE

2. STRATIFICAZIONE DEL BISOGNO CLINICO ASSISTENZIALE

L'intensità delle cure ed il setting assistenziale relativo al bisogno clinico espresso dalla persona con diabete tipo 1 è stratificabile in **Alta intensità di cura**.

Il percorso educativo individuale per le persone con diabete tipo 1 all'esordio si dovrebbe svolgere in un arco temporale di 8-12 mesi **COME?** mediante pianificazione di visite di controllo e rinforzi educativi, da adeguare alle necessità clinico-assistenziali del singolo paziente

3. ACCESSO AL CENTRO DIABETOLOGICO PER VISITE DIABETOLOGICHE DI CONTROLLO


L'**Infermiere della Diabetologia** che accoglie il paziente svolge i seguenti compiti:

Fasi di accoglienza e accettazione

- ;
- completare le fasi di accoglienza e accettazione compilando le schede dedicate ed in particolare raccolta e inserimento sulla cartella informatizzata di: modifiche dei dati anagrafici, parametri clinici e antropometrici
- verificare che il paziente abbia portato con sé eventuali esami ematochimici, diario glicemico e glucometro;
- inserire nella cartella diabetologica informatizzata esami ematochimici effettuati dal paziente o verificare che gli stessi siano correttamente inseriti da parte del laboratorio analisi;
- eseguire lo scarico dati relativo al monitoraggio glicemico dal glucometro oppure (centro prescrittore) dal sistema di monitoraggio della glicemia (FGM/CGM) del paziente;
- verificare l'adesione del paziente al regime terapeutico (aderenza alla terapia farmacologica, al programma alimentare, alla gestione della terapia con particolare attenzione ad autosomministrazione dell'insulina, autocontrollo delle glicemie e correzione dell'ipoglicemia)

Fase di educazione terapeutica e di screening delle complicanze


- eseguire interventi di educazione terapeutica strutturata di rinforzo in relazione alla valutazione dei bisogni espressi dal paziente o eventualmente richiesti dal MD nel corso della visita;

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro Direzione Generale – Direttore Dott. Paolo Cannas	NU006_ALL.0 08_T1M
	PDTA DIABETE MELLITO NELL’ADULTO	
T1M		

- eseguire questionario di screening del piede diabetico con cadenza annuale, se non effettuato durante la visita medica
- eventuale esecuzione di retinografia non midriatica, **se nella disponibilità del servizio (?)**
- inserimento nella apposita scheda della cartella informatizzata di una nota per riscontro di quanto effettuato.

Al MD spettano i seguenti compiti:

- inserire nella cartella diabetologica informatizzata esami ematochimici effettuati dal paziente o verificare che gli stessi siano correttamente inseriti da parte del laboratorio analisi;
- verificare il grado di compenso metabolico, definire gli obiettivi terapeutici personalizzati
- identificare progressivamente il Fattore di Correzione e il Fattore di Sensibilità consegnando l'algoritmo di adeguamento della terapia insulinica e successivamente verificare la capacità di modifica della posologia insulinica; in caso di impossibilità a raggiungere o mantenere gli obiettivi glicemici personalizzati nonostante l'ottimizzazione della terapia insulinica multiiniezione introdurre al possibile utilizzo della terapia insulinica mediante microinfusore
- valutare l'adesione alla terapia nutrizionale, illustrare la necessità di acquisire competenze in merito alla conta dei carboidrati e alla compilazione di un diario alimentare invitando il paziente a partecipare ad eventuale corso sulla conta dei carboidrati (eseguibile singolarmente o in gruppo in relazione alla presenza o meno di Dietista esperta/o in conta dei carboidrati)
- escludere e/o quantificare ipoglicemia con corretta compilazione di apposita scheda sulla cartella informatizzata
- introdurre all'utilizzo di un sistema di monitoraggio in continuo della glicemia
- valutare adeguata gestione di iperglicemia e malattie intercorrenti
- educare la persona con diabete tipo 1 alla adeguata gestione dell'attività fisica (agonistica e non)
- prescrizione di accertamenti ematochimici di controllo e/o clinico strumentali per la prevenzione delle complicanze **[COME?] tramite compilazione di impegnative dematerializzate**
- valutare eventuale presenza di complicanze secondarie al diabete emerse dagli esami ematochimici o dalle visite specialistiche programmate, riportandole sulle apposite schede della cartella informatizzata
- eseguire screening del piede diabetico almeno con cadenza annuale o in relazione alla presenza o meno di più fattori di rischio;
- prescrivere eventuali terapie finalizzate al raggiungimento/mantenimento dei target per i principali fattori di rischio cardiovascolare (terapia antipertensiva, terapia ipolipemizzante, terapia antiaggregante) o finalizzate alla prevenzione/cura delle complicanze del diabete (profilassi nefropatia, terapia neuropatia arti inferiori etc)
- compilare referto con indicazione dello stato di compenso metabolico, grado di complicanze, obiettivi terapeutici personalizzati, piano terapeutico,
- programmare il follow up in relazione alla stratificazione del bisogno clinico assistenziale: **[COME?]**,

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro Direzione Generale – Direttore Dott. Paolo Cannas	NU006_ALL.0 08_T1M
	PDTA DIABETE MELLITO NELL’ADULTO	
T1M		

1. Se il paziente appartiene allo stesso distretto della struttura diabetologica che ha eseguito la prima visita, assegnare su agenda di MetaClinic appuntamento per le successive diabetologiche di controllo secondo necessità clinico-assistenziali, sino alla stabilizzazione clinica
2. Se il paziente appartiene ad un distretto della ASL 3 – Nuoro diverso da quello della struttura diabetologica che ha eseguito la prima visita, una volta effettuata la presa in carico definitiva presso struttura diabetologica territoriale di riferimento le visite di controllo dovranno essere programmate (entro 3 mesi se compenso glicemico insufficiente oppure entro 6 mesi se a target glicemico) su agenda della cartella diabetologica informatizzata MetaClinic oppure inviando il paziente al CUP con impegnativa per visita diabetologica di controllo con priorità P garantendo contestualmente che tale prestazione sia effettuata dal centro prescrivente in tempi congrui
3. Una volta ottenuta una stabilizzazione clinica, contestualmente alla presa in carico presso la struttura diabetologica territoriale di riferimento, il paziente potrà essere arruolato alla presa in carico con telemonitoraggio se soddisfa i criteri di arruolamento ed esprime il proprio consenso, con contestuale programmazione di visita di controllo ambulatoriale ogni 3 mesi se non adeguatamente compensato (obiettivo personalizzato) oppure ogni 6 mesi se raggiunge il target glicemico valutato anche tramite valutazione periodica di TIR, TAR, TBR e variabilità glicemica.
4. I pazienti che utilizzano microinfusore, le donne con diabete tipo 1 in gravidanza sono escluse da tale percorso e verranno seguite in Usual Care. I primi presso il Centro Prescrittore della ASL 3 – Nuoro, le seconde presso la struttura diabetologica che le ha in carico.

Allo Psicologo dedicato spettano i seguenti compiti: