
 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro Direzione Generale – Direttore Dott. Paolo Cannas	NU006_ALL.0 09_T2M
	PDTA DIABETE MELLITO NELL’ADULTO	
T2M		

T2DM: 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

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 2 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 adeguata ai criteri RAO della Regione Sardegna (vedi allegato 7)
- ✓ La prima visita diabetologica verrà effettuata dalla struttura diabetologica del distretto di Sorgono in caso di nuova diagnosi di Diabete Mellito tipo 2 effettuata durante ricovero ospedaliero presso Ospedale San Camillo di Sorgono; in tal caso il primo accesso al Servizio di Diabetologia di Sorgono dovrà avvenire tramite compilazione da parte del richiedente di impegnativa per prima visita diabetologica con priorità adeguata ai criteri RAO della Regione Sardegna (allegato 7), con la quale il paziente/caregiver potrà prenotare la visita tramite CUP in caso di priorità D (differibile) o P (programmabile) oppure, in caso di priorità U o B e di indisponibilità di appuntamento al CUP, potrà presentarsi direttamente presso la struttura diabetologia territoriale di riferimento (modalità di accesso diretto)
- ✓ 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 2 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 adeguata ai criteri RAO della Regione Sardegna, con la quale il paziente/caregiver potrà prenotare la

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro Direzione Generale – Direttore Dott. Paolo Cannas	NU006_ALL.0 09_T2M
	PDTA DIABETE MELLITO NELL’ADULTO	
T2M		

visita tramite CUP in caso di priorità D (differibile) o P (programmabile) oppure, in caso di priorità U o B e di indisponibilità di appuntamento al CUP, potrà presentarsi direttamente presso la struttura diabetologia territoriale di riferimento (modalità di accesso diretto)

L'infermiere del SD 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 aziendale (Meta Clinic)
- dopo aver verificato eventuale 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-mail del paziente o del caregiver, eventuali esenzioni ticket, medico di famiglia);
- verifica che il paziente abbia con sé la documentazione medica 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'ID. 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.

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro Direzione Generale – Direttore Dott. Paolo Cannas	NU006_ALL.0 09_T2M
	PDTA DIABETE MELLITO NELL’ADULTO	
T2M		

Il MD ha inoltre il compito di:

- formulare la diagnosi del tipo di diabete
 - spiegare al paziente cosa è il diabete tipo 2 e gli obiettivi della cura
 - eseguire la stratificazione del bisogno assistenziale,
 - proporre il piano di cura personalizzato,
 - redigere il certificato per esenzione di patologia
 - 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 farmacologica se necessaria [COME?], **tramite compilazione di ricetta dematerializzata e di eventuali piani terapeutici previsti (nota 100)**, illustrando contestualmente modalità di assunzione e possibili effetti collaterali della stessa (con consegna di materiale informativo dedicato in caso di prescrizione di Metformina o di SGLT2 inibitori **o di GLP-1 RA**),
 - richiedere valutazione dell'ID per educazione terapeutica riguardo istruzione al monitoraggio glicemico personalizzato, istruzione alla corretta somministrazione di eventuale terapia iniettabile (insulina, analoghi del GLP1), istruzione alla prevenzione e alla correzione dell'ipoglicemia in caso di prescrizione di farmaci con elevato rischio ipoglicemizzante (insulina, sulfoniluree)
 - richiedere la valutazione del/della Dietista [COME?], se presente, **mediante prescrizione dematerializzata di terapia educativa**, 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 in tale sede,
 - **richiedere eventuali esami integrativi, [COME?] mediante compilazione di impegnativa dematerializzata**
 - **richiedere valutazioni specialistiche [COME?] mediante compilazione di impegnative dematerializzate** per programmazione delle visite finalizzate alla prevenzione delle complicanze (visita oculistica di controllo, visita cardiologica con elettrocardiogramma, ecocolordoppler tronchi sovraortici),
 - effettuare la prescrizione dei presidi necessari mediante la piattaforma regionale "Assistenza Integrativa"
 - raccogliere tutti i dati clinici nella cartella informatizzata regionale
 - compilare referto con indicazione dello stato di compenso metabolico, grado di complicanze, obiettivi terapeutici personalizzati, piano terapeutico,
 - programmare follow up [COME?], in relazione al bisogno clinico assistenziale del paziente **DEFINIRE TEMPISTICHE**
- 1: **se paziente in buon compenso metabolico e arruolabile alla presa in carico con Telemonitoraggio, proporre arruolamento e inviare scheda di arruolamento alla COT, se paziente consenziente. In tal caso la COT, per ogni esigenza clinica o rinforzo educativo, dovrà fare riferimento alla struttura diabetologica territoriale di riferimento tramite appositi SLOT.**

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro Direzione Generale – Direttore Dott. Paolo Cannas	NU006_ALL.0 09_T2M
	PDTA DIABETE MELLITO NELL’ADULTO	
T2M		

Il paziente che presenta compenso glicemico a target e condizioni generali di stabilità clinica dovrà comunque eseguire almeno una visita diabetologica di controllo in presenza presso struttura diabetologica territoriale di riferimento ogni 2 anni.


Sarà invece compito della COT valutare monitoraggio glicemico secondo intensità di cura e ogni 12 mesi:

- far eseguire al paziente esami di controllo (UOC di Diabetologia si impegna a predisporre elenco degli esami di controllo annuali)
- valutarne la stabilità clinica tramite visione degli esami
- valutare esito delle eventuali visite specialistiche effettuate per prevenzione/monitoraggio complicanze

2: se paziente con compenso metabolico insufficiente o in attesa di effettuare esami ematochimici di completamento o non arruolabile/consenziente alla presa in carico con Telemonitoraggio:

- a) se paziente appartenente al distretto del centro diabetologico che effettua la prima visita programmare appuntamento per visita diabetologica di controllo entro 6 mesi per presa in carico con Usual Care su agenda della cartella diabetologica informatizzata MetaClinic oppure (in attesa di attivazione dell'agenda su MetaClinic) inviando il paziente al CUP con apposita impegnativa comprensiva di indicazione di priorità e assicurando la disponibilità alla effettiva esecuzione della visita di controllo richiesta
- b) se paziente appartenente ad altro distretto della ASL 3 – Nuoro programmare visita diabetologica di controllo mediante apposito SLOT presso struttura diabetologica territoriale di riferimento oppure inviare il paziente al CUP con impegnativa per visita diabetologica di controllo comprensiva di indicazione del grado di priorità congruo alle necessità cliniche; nelle more della presa in carico definitiva del paziente presso struttura diabetologica di riferimento territoriale, la struttura diabetologica che effettua la prima visita assicura la presa in carico temporanea del paziente
- c) se paziente appartiene ad altra ASL della Regione Sardegna, inviare il paziente al CUP con impegnativa per visita diabetologica di controllo per presa in carico definitiva comprensiva di indicazione del grado di priorità congruo alle necessità cliniche, da programmare presso struttura diabetologica territoriale di riferimento; nelle more della presa in carico definitiva del paziente presso struttura diabetologica territoriale di riferimento, la struttura diabetologica che effettua la prima visita assicura la presa in carico temporanea del paziente

Se paziente con nuova diagnosi di GDM appartenente alla ASL 3 – Nuoro l'accesso per la prima visita diabetologica dovrà avvenire con modalità di accesso diretto presso struttura diabetologica territoriale di riferimento che dovrà quindi prendere in carico la paziente e programmare su agenda di MetaClinic le successive visite di controllo ambulatoriali o a distanza (almeno ogni 2/3 settimane)

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro Direzione Generale – Direttore Dott. Paolo Cannas	NU006_ALL.0 09_T2M
	PDTA DIABETE MELLITO NELL’ADULTO	
T2M		

2. STRATIFICAZIONE DEL BISOGNO CLINICO ASSISTENZIALE

L'intensità delle cure ed il setting assistenziale **COME CAMBIA IL FOLLOW-UP?** relativo al bisogno clinico espresso dalla persona con diabete è stratificabile in:


- **Bassa Intensità di cura:** pazienti con diabete tipo 2 trattati con la sola dieta, con antidiabetici orali (ADO) o GLP1 agonisti in compenso metabolico accettabile ed in assenza di complicanze croniche del diabete e comorbidità
- **Media Intensità di cura:** persone con DM 2 di nuova diagnosi non critico ma instabile già (o meno) in trattamento con ipoglicemizzanti orali o in sola dieta, pazienti con diabete in terapia con ADO o GLP1 agonisti con insufficiente compenso metabolico secondo gli Standard di Cura AMD-SID, oppure con complicanze croniche del diabete e comorbidità in fase di stabilità
- **Alta intensità di cura:** pazienti con Diabete mellito tipo 2 in terapia insulinica esclusiva o associata ad ADO e/o GLP1 agonisti, paziente di nuova diagnosi con marcata iperglicemia da prelievo venoso (>250 mg/dl) e/o sintomi di scompenso (poliuria e polidipsia) in assenza di acidosi metabolica.

3. ACCESSO AL CENTRO DIABETOLOGICO PER VISITA DIABETOLOGICA DI CONTROLLO

L'ID che accoglie il paziente svolge i seguenti compiti:

Fasi di accoglienza e accettazione

- eseguire il triage anti covid previsto da protocollo aziendale;
- 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 su Meta Clinic 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);


 ASL Nuoro <small>Azienda socio-sanitaria locale</small>	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro Direzione Generale – Direttore Dott. Paolo Cannas	NU006_ALL.0 09_T2M
	PDTA DIABETE MELLITO NELL’ADULTO	
T2M		

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;
- 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;
- valutare grado di compenso metabolico e dei principali fattori di rischio cardiovascolare associati al diabete;
- escludere e/o quantificare ipoglicemia con corretta compilazione di apposita scheda della cartella informatizzata
- valutare eventuale presenza di complicanze secondarie al diabete emerse dagli esami ematochimici o dalle visite specialistiche programmate, riportandole sulle apposite schede della cartella informatizzata
- rinforzare importanza dell'adesione alla terapia (farmacologica e non) e della corretta gestione del monitoraggio glicemico e della terapia
- prescrivere eventuali aggiornamenti della terapia diabetologica (mancato raggiungimento o mantenimento del target metabolico personalizzato), informando il paziente dei principali possibili effetti collaterali (anche tramite consegna di materiale cartaceo appositamente predisposto)
- 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)
- eseguire screening del piede diabetico almeno con cadenza annuale o in relazione alla presenza o meno di più fattori di rischio;
- prescrizione di accertamenti ematochimici [COME?] di controllo e/o clinico strumentali per la prevenzione delle complicanze
- compilare referto con indicazione dello stato di compenso metabolico, grado di complicanze, obiettivi terapeutici personalizzati, piano terapeutico,
- programmare follow up [COME?] in relazione alla stratificazione DA DEFINIRE del bisogno clinico assistenziale.

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL Nuoro Direzione Generale – Direttore Dott. Paolo Cannas	NU006_ALL.0 09_T2M
	PDTA DIABETE MELLITO NELL’ADULTO	
T2M		

CARATTERISTICHE DEL FOLLOW UP IN RELAZIONE ALL'INTENSITA' DI CURA:

- Paziente a bassa intensità di cura eleggibile per presa in carico con telemonitoraggio: visita diabetologica di controllo in presenza ogni 24 mesi
- Paziente a bassa intensità di cura non eleggibile/non consenziente per presa in carico con telemonitoraggio: visita diabetologica di controllo in presenza ogni 12 mesi
- Paziente a media intensità di cura con compenso glicemico insufficiente e/o con complicanze o comorbidità in fase di instabilità, eleggibile per presa in carico con telemonitoraggio: visita diabetologica di controllo in presenza ad intervallo variabile dai 3 ai 9 mesi in relazione alle necessità cliniche
- Paziente a media intensità di cura con compenso glicemico insufficiente e/o con complicanze o comorbidità in fase di instabilità, non eleggibile/consenziente per presa in carico con telemonitoraggio: visita diabetologica di controllo in presenza ad intervallo variabile dai 3 ai 9 mesi in relazione alle necessità cliniche
- Paziente ad alta intensità eleggibile per la presa in carico con telemonitoraggio: visita diabetologica di controllo in presenza entro 6 mesi
- Paziente ad alta intensità non eleggibile/consenziente per la presa in carico con telemonitoraggio: visita diabetologica di controllo in presenza entro 6 mesi

Allo Psicologo dedicato spettano i seguenti compiti: