



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

ALLEGATO 1:

**IL PERCORSO DI CURA DELLA PERSONA
CON MALATTIA DIABETICA NELLA
PROVINCIA DI MODENA
Linee di Indirizzo**

Indice

Premessa.....	3
1. La normativa vigente in sintesi.....	4
2. Obiettivi del Comitato di Indirizzo della Regione Emilia Romagna	5
3. Descrizione del progetto di riorganizzazione del percorso di cura della persona con malattia diabetica	6
Protocollo operativo diabete tipo 1.....	7
Protocollo operativo diabete tipo 2.....	14
Protocollo operativo del diabete gestazionale.....	27

Redazione del documento

Il documento è stato redatto in collaborazione con le Associazioni dei pazienti afferenti a Fe. D.E.R. presentato in data 11/11/2016 all'evento dal titolo "Il percorso di cura della persona con malattia diabetica: insieme si può".

Aggiornato in seguito alla pubblicazione delle nuove "Linee di indirizzo sulla gestione della malattia diabetica in età adulta" emanate dalla Regione Emilia Romagna con Circolare 15/2017.

PREMESSA

Nella malattia diabetica l'impatto sociale, economico e sanitario ha imposto la ricerca di percorsi organizzativi in grado di minimizzare il più possibile l'incidenza degli eventi acuti o delle complicanze invalidanti che comportano costi elevatissimi, diretti e indiretti. Gli aspetti relativi alla diagnosi e alla cura sono fondamentali nella definizione del percorso diagnostico terapeutico della malattia diabetica ma occorre sottolineare il valore imprescindibile della prevenzione primaria ai fini della salvaguardia della salute e la promozione del "self-management". Il paziente diabetico che diventa il "partner" dell'equipe professionale che lo ha in carico, nell'ottica di sviluppo del PDTA che ponga al centro del sistema il paziente "competente" con bisogni assistenziali mutevoli nel tempo e nella lunga durata della sua patologia cronica. La Medicina di iniziativa porta allo sviluppo di programmi assistenziali trasversali che integrino le attività di tutti gli operatori coinvolti nel processo di assistenza al paziente con malattia diabetica (territoriali, ospedalieri, dei servizi sociali, associazioni di volontariato e associazioni di pazienti). Altro tema fondamentale nella definizione del PDTA è la garanzia dell'Equità. In Regione Emilia-Romagna il tema delle garanzie di equità è agito per le Aziende del Sistema Sanitario Regionale e per gli Enti locali dall' "Osservatorio sull'equità e diversity management" che si pone come punto di riferimento sia nei confronti degli utenti che degli operatori rispetto a possibili disuguaglianze di accesso e di esiti di salute determinate da differenze di età, genere, nazionalità od origine, identità e/o orientamento sessuale, religione e/o convinzioni personali, presenza di disabilità. Le possibili disparità di accesso, di trattamento e di esiti in termini di salute e benessere nei diversi gruppi di persone ed utenti, sono le evidenze da cui l'Osservatorio ha elaborato un programma per supportare il sistema dei Servizi sanitari e sociali a promuovere l'equità, riconoscere le diversità, affrontare il tema dell'inclusione sociale e mettere in evidenza, all'interno dell'organizzazione, il cambiamento di cultura necessario. Il modello organizzativo presente a livello della Provincia di Modena non è ancora completamente funzionale nel perseguire la strategia complessiva di gestione del diabete volta a promuovere stili di vita salutari, perseguire gli obiettivi della prevenzione primaria, diffondere agli operatori del sistema sanitario provinciale le pratiche appropriate per il controllo della malattia diabetica e la prevenzione delle complicanze, implementare una attiva collaborazione con le Associazioni di Volontariato. Alla luce di queste evidenze il documento vuole ridefinire la rete della diabetologia a livello provinciale al fine di garantire servizi in grado di sostenere la gestione della malattia diabetica nelle sue differenti manifestazioni.

1. LA NORMATIVA VIGENTE IN SINTESI

Gli studi condotti negli ultimi decenni hanno dimostrato che il buon controllo metabolico, nella malattia diabetica, può ridurre il numero di complicanze, incidere sui costi economici o sui costi di gestione della vita quotidiana, anche se le difficoltà a seguire le linee guida organizzative o terapeutiche da parte dei medici e le difficoltà dei pazienti nel seguire le indicazioni ricevute dimostrano la necessità di introdurre elementi innovativi o nuovi nella gestione integrata del diabete, che prevede la partecipazione attiva della persona diabetica.

Questi concetti sono stati esplicitati nel **Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica** adottato nel 2012 dal Ministero della Salute, recepito dalla Regione Emilia-Romagna (DGR 540/2014) che ha istituito un "Comitato di Indirizzo per la Malattia Diabetica" che garantisce l'attuazione degli obiettivi su tutto il territorio regionale (Determina DGSPS 7598/2014).

La Regione Emilia-Romagna, quindi, ha recepito la normativa nazionale nei differenti documenti di seguito riportati:

- Linee di indirizzo clinico-organizzative per la Gestione Integrata del Diabete Mellito (circ. reg. del 2003) e successivi aggiornamenti del 2009 (Linee guida regionali per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 - aggiornamento dell'implementazione-settembre 2009) e del 2017 (Allegato 2, Circolare Regionale 5/17).
- Attivazione dei Registri Aziendali dei Pazienti Diabetici dell'Emilia-Romagna (DGR 380/2011).
- Recepimento accordo stato-regioni per la proroga del piano nazionale della prevenzione 2010-2012 proroga al 31 dicembre 2013 del piano regionale della prevenzione 2010-2012 e conseguente riprogrammazione di obiettivi e azioni (DGR 703/2013).
- Recepimento dell'accordo tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di conferenza stato-regioni in data 6 dicembre 2012, rep. Atti n. 233/csr, sul "Piano per la Malattia diabetica" (DGR 540/2014).
- Percorso diagnostico-assistenziale per bambine/i e adolescenti con diabete mellito di tipo 1 (PG 2014/29261).
- Linee di indirizzo regionali per un appropriato utilizzo dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione diabete mellito (Circolare 13/2015).
- Aggiornamento Linee di indirizzo regionali per la gestione del Diabete Mellito in età adulta - Percorso assistenziale del paziente diabetico in ospedale; Linee di indirizzo per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2; Indicazioni per il percorso del piede diabetico. (Circolare 5/17).

2. OBIETTIVI DEL COMITATO DI INDIRIZZO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Gli obiettivi contenuti nel documento del “Comitato di Indirizzo per la malattia diabetica” sono di seguito riportati:

Obiettivo 1: “Migliorare la capacità del SSN nell’erogare e monitorare i Servizi, attraverso l’individuazione e l’attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell’offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull’appropriatezza delle prestazioni erogate”.

Obiettivo 2: “Prevenire o ritardare l’insorgenza della malattia attraverso l’adozione di idonei stili di vita; identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; favorire adeguate politiche di inter-settorialità per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete”.

Obiettivo 3: “Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi il trattamento e l’assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura”.

Obiettivo 4: “Rendere omogenea l’assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio - sanitaria sia per le persone a rischio che per quelle con diabete”.

Obiettivo 5: “Nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcomes materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l’assistenza alle donne con diabete gestazionale”.

Obiettivo 6: “Migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare”.

Obiettivo 7: “Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell’assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia”.

Obiettivo 8: “Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona”.

Obiettivo 9: “Promuovere l’appropriatezza nell’uso delle tecnologie”.

Obiettivo 10: “Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di Associazioni di persone con diabete rappresentative a livello regionale, sviluppando “l’empowerment” delle persone con diabete e della comunità”

3. DESCRIZIONE DEL PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI CURA DELLA PERSONA CON MALATTIA DIABETICA

L’obiettivo principale del progetto di reingegnerizzazione del processo di cura della persona con malattia diabetica è rendere omogenea l’assistenza su tutto il territorio attraverso il coinvolgimento attivo della persona e una opportuna integrazione dei vari livelli assistenziali coinvolti nel percorso di cura di tale patologia.

Nello specifico le azioni principali sono di seguito elencate:

- Ridefinire il modello organizzativo dei servizi Diabetologici a livello Provinciale.
- Costituire Team multidisciplinare per la presa in carico della persona con malattia diabetica e le rispettive integrazioni con le altre figure professionali all’interno dei differenti «setting assistenziali» della patologia.
- Definire modalità operative condivise per l’applicazione delle Linee Guida Regionali sulla gestione della malattia diabetica dandone equa attuazione su tutto il territorio provinciale di Modena.
- Attuare l’”Health Equity Audit ” attraverso indagini di “Customer Experience” per avere ulteriori elementi conoscitivi per la pianificazione del percorso.
- Definire un set di indicatori multidimensionale declinati per i differenti setting assistenziali per la valutazione della qualità delle cure.
- Promuovere lo sviluppo del Registro di Patologia Diabetica quale strumento di monitoraggio del percorso e raccolta degli indicatori.

Il progetto è stato suddiviso in 3 protocolli operativi sulla base delle differenti forme cliniche della malattia diabetica. In ogni protocollo viene specificato il ruolo delle figure professionali che prendono in carico il paziente con diabete mellito dall’accesso al Servizio Diabetologico alla definizione del piano di cura personalizzato al follow-up. La presa in carico, indipendentemente dalla classificazione della malattia, avviene sulla base dei bisogni del paziente mutevoli nel corso della progressione della patologia.

PROTOCOLLO OPERATIVO DIABETE TIPO 1

ACCESSO AL SERVIZIO DIABETOLOGICO

In base all'età di esordio della malattia si configurano due scenari di accesso e presa in carico presso il Servizio Diabetologico (SD). La gestione della terapia con insulina e delle possibili complicanze è la medesima per i due scenari.

SCENARIO 1: ESORDIO DI MALATTIA IN ETA' ADULTA

L'accesso avviene mediante contatto diretto fra MMG e Diabetologo del Servizio Diabetologico, poiché spesso si tratta di pazienti in fase di scarso compenso glicemico, con programmazione della visita diabetologica entro 7 giorni dalla richiesta. Per i pazienti ricoverati ospedale o con accesso in PS presso gli Ospedali dell'Azienda la richiesta di consulenza diabetologica al Servizio Diabetologico avviene tramite l'applicativo informatico interno (SIO).

Per quanto riguarda i pazienti ricoverati presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) o l'Ospedale di Sassuolo verrà attivata una procedura interaziendale per l'attivazione di una dimissione protetta.

PRIMO ACCESSO E PRESA IN CARICO

L'operatore del Servizio Diabetologico accettante illustra e fa firmare al paziente, il consenso informato al percorso di cura ed all'inserimento dei dati clinico, laboratoristici e strumentali nella cartella clinica aziendale MyStar Connect (MSC).

Il primo accesso è fondamentale sia per la criticità nella comunicazione della diagnosi legata oltre che alla gravità della patologia alla giovane età della persona affetta. Nello specifico, sarà fondamentale il colloquio congiunto Medico Diabetologo e Infermiere del Servizio Diabetologico (SD) per informare il paziente sulla patologia e sulla gestione della stessa in termini di educazione alimentare e stili di vita, gestione della terapia e del riconoscimento di sintomatologie acute quali ad esempio quelle correlate ad ipoglicemia. Fondamentale sarà programmare in accordo con l'Infermiere del SD, le sedute di educazione terapeutica strutturata individuale in un tempo diverso da quello clinico e in uno spazio dedicato (ambulatorio infermieristico SD "Educazione terapeutica") per l'autocontrollo glicemico domiciliare e l'auto-somministrazione della terapia insulinica a domicilio. E' inoltre prevista la programmazione di sedute di educazione terapeutica di gruppo, insieme ai famigliari, in collaborazione con le Associazioni di Volontariato.

All'interno della fase di accesso e di presa in carico ogni "Figura Professionale" del Team Diabetologico ha compiti specifici.

L'infermiere effettua l'accertamento infermieristico con compilazione delle schede dedicate nella cartella clinica informatizzata MyStar: anamnesi infermieristica, raccolta parametri clinici (stick glicemico, peso, altezza, circonferenza vita, pressione arteriosa), valutazione della sensibilità tattile, dolorifica e pallestesica mediante biotesiometro o diapason. Effettua un colloquio congiunto con il Diabetologo per una presa in carico congiunta, integrata della persona con diabete mellito.

Il Diabetologo effettua l'anamnesi completa e la visita clinica con esame obiettivo generale ed approfondisce gli eventuali rilievi emersi dai parametri clinici e strumentali raccolti dall'infermiere. L'esame clinico ad ogni valutazione è indirizzato in particolare alla prevenzione e diagnosi precoce delle complicanze microangiopatiche (nefropatia e neuropatia periferica, piede diabetico neuropatico) e macroangiopatiche (cardiopatía ischemica, vasculopatia periferica e disfunzione erettile, piede diabetico vascolare).

In particolare è compito del Medico:

1. formulare la diagnosi del tipo di diabete;
2. effettuare la presa in carico presso il SD e illustrare al paziente il piano di cura personalizzato congiuntamente all'infermiere del SD;
4. prescrivere la terapia insulinica;
5. compilare il piano presidii indicando il tipo di dispositivo medico (glucometro, lancette pungidito, aghi per penne pre-riempite o siringhe per insulina) e le quantità mensili in accordo alla normativa vigente;
6. illustrare i principi nutrizionali e di esercizio fisico per un corretto stile di vita oltre a richiedere direttamente su agende interne la consulenza della Dietista per l'indagine alimentare e l'elaborazione di uno schema nutrizionale personalizzato sulle esigenze lavorative e sociali del paziente;
7. programmare il follow-up prescrivendo gli esami strumentali e le visite specialistiche del caso, direttamente su agende dedicate interne. I pazienti rimangono in carico al SD e i controlli hanno cadenza settimanale per il primo mese, mensile per tre mesi e successivamente trimestrale o semestrale in base al grado di compenso glicemico raggiunto. I referti delle visite e degli accertamenti diagnostici devono essere inseriti nella cartella clinica informatizzata MyStar;
8. redigere il certificato per esenzione di patologia.

SCENARIO 2: TRANSIZIONE DEL PAZIENTE CON DIABETE TIPO 1 DALLA PEDIATRIA AL SD DELL'ADULTO

La prima visita avviene con modalità di accesso diretto al SD (senza passaggio al CUP) mediante richiesta di "Visita Diabetologica" formulata dal Pediatra del "Centro Diabetologico dell'età Evolutiva" del Policlinico di Modena o dal PLS se il paziente è seguito fuori provincia, previo colloquio telefonico tra il Pediatra inviante e il Diabetologo Responsabile del Servizio Diabetologico di riferimento per il Diabete mellito di tipo 1. Essendo una fase molto delicata nella vita del paziente, questa deve essere gestita da Personale adeguatamente formato afferente al Servizio Diabetologico, per tale è stato identificato un unico centro di riferimento provinciale.

La presa in carico avviene entro 7 giorni. La modalità di presa in carico da parte dei Servizi Diabetologici dell'adulto dell'Azienda USL dei pazienti con diabete di tipo 1 in "transizione" dall'Ambulatorio di Diabetologia dell'età evolutiva dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico viene definito all'interno di una procedura interaziendale.

PRIMO ACCESSO E PRESA IN CARICO

Il primo accesso si articola con le medesime modalità presentate in precedenza, e il paziente entra in contatto con le differenti figure professionali del SD, ognuna per la parte di propria competenza. Essendo però la fase di transizione un momento delicato e critico nella vita di questi pazienti la prima visita deve avere come obiettivo principale il colloquio con il paziente e i famigliari e di conseguenza la creazione di un rapporto di fiducia medico-infermiere-paziente. E' fondamentale la valutazione del grado di conoscenza della patologia, della gestione della stessa in termini di educazione alimentare e stili di vita, gestione della terapia e di eventuali episodi di ipoglicemia. Fondamentale la collaborazione fra Infermiere e Diabetologo per la programmazione delle sedute di educazione terapeutica strutturata individuale in un tempo diverso da quello clinico e nello spazio dedicato del proprio SD (ambulatorio infermieristico SD "Educazione terapeutica") e di educazione terapeutica di gruppo, effettuata insieme anche ai famigliari dei pazienti, in collaborazione con i rappresentanti delle Associazioni di Volontariato.

Nel caso in cui il paziente sia ancora in età scolare deve essere attivato un contatto tra i genitori del minore e la Pediatria di Comunità distrettuale, per la gestione degli adolescenti diabetici nella scuola in accordo con le raccomandazioni regionali.

Al paziente con DM1 in transizione il Servizio Diabetologico dell'adulto garantisce quanto di seguito riportato:

- Supervisione di un diabetologo di provata esperienza nella cura del diabete tipo 1 ed in particolare del tipo 1 portatore di dispositivi medici Hi-Tech.
- Valutazione del paziente alla presenza dei genitori ed anche individuale allo scopo di accompagnare il ragazzo verso una progressiva acquisizione di autonomia nella gestione del

diabete in vista del suo progressivo inserimento nella vita socio/lavorativa dell'adulto. Tutto dovrà essere concordato ed accettato dai genitori o da chi ne fa le veci in caso di minore.

- Accertamento infermieristico strutturato per l'individuazione dei bisogni assistenziali ed educazionali del paziente.
- Visita diabetologica e di Equipe in un tempo congruo (60 minuti) per la complessità terapeutica ed educativa dei pazienti in transizione ed in una fascia oraria della giornata che sia agevole per il paziente ed i suoi familiari.
- Possibilità di consulto con la Psicologia Clinica per i bisogni non coperti dal lavoro di Equipe medico ed infermieristico strutturato.
- Disponibilità di un contatto telefonico reperibile per le necessità del paziente o dei suoi familiari al di fuori dell'orario di apertura del servizio.
- Valutazione dei dispositivi medici Hi-Tech attraverso la telemedicina su invio del paziente da remoto per modifiche in itinere tra una visita programmata e l'altra della terapia e/o raccomandazioni di stile di vita con le apparecchiature esistenti.

GESTIONE DELLA TERAPIA: Hi-Tech microinfusore insulinico e/o holter glicemico

Il paziente che non presenta un compenso glicemico con la terapia insulinica basal-bolus sottocutanea o che abbia perso la sensibilità ad avvertire le ipoglicemie, necessita di una terapia con microinfusore insulinico in continuo con o senza sensore glicemico "real time" in continuo (holter glicemico), in accordo con i criteri riportati nel documento Regionale sulla appropriatezza prescrittiva dei dispositivi "Hi-Tech" (Circolare 13/2015-PG 2015/743812).

Per questa tipologia di paziente è previsto un follow-up medico ad "alta intensità" in termini di frequenza degli accessi ambulatoriali e in telemedicina ed in termini di tempo del contatto individuale con il Diabetologo.

Nella prima fase di impostazione della terapia basale e iniziale variazione, si prevede un monitoraggio glicemico in continuo presso il SD secondo il seguente schema:

a) in ambulatorio: settimanale per 1 mese all'inizio della terapia Hi-Tech poi mensile per 6 mesi, poi trimestrale.

b) attivazione della telemedicina con invio dello scarico informatico del sensore glicemico e rivalutazione della terapia insulinica basale delle 24 ore da parte del diabetologo: ogni 2-4 settimane.

Fondamentale per una efficace ed efficiente presa in carico del paziente con diabete di tipo1 è “l’engagement” dello stesso dal primo accesso, trattandosi spesso di pazienti “competenti”, giovani, nel pieno della propria attività lavorativa.

RITIRO DELLA INSULINA E DISPOSITIVI MEDICI PER IL PAZIENTE TIPO 1 HiTech

Il paziente con diabete tipo 1 si reca presso il punto di distribuzione diretta del Servizio Farmaceutico aziendale per il ritiro dell'insulina da inserire nel microinfusore e per i dispositivi medici (sensori glicemici in continuo, set di infusione del microinfusore, ecc.) necessari per il funzionamento dei DM.

Il Farmacista consegna al paziente le insuline ed i presidi prescritti dal Diabetologo in una quantità sufficiente a coprire il fabbisogno di prodotto in considerazione della estrema variabilità di fabbisogno giornaliero insulinico, specie per l'insulina ad azione rapida, del paziente tipo 1 a causa di attività fisica variabile, stress, attività lavorativa, viaggi, malattie acute intercorrenti e, per i presidi terapeutici (sensori, set infusionali ecc.) per garantire una adeguata quantità di materiali in caso di imprevisti individuali (eccessiva sudorazione, distacco traumatico del set infusionale, ecc.).

GESTIONE DELLE COMPLICANZE

In caso di insorgenza di complicanze è prevista una stretta collaborazione/integrazione fra Diabetologo, Medico di Medicina Generale (MMG) e specialisti di altre branche coinvolti a seconda della tipologia della complicanza. Il lavoro in Team è fondamentale per la rivalutazione ed impostazione terapeutica e potrà avvenire attraverso colloquio diretto o telefonico a seconda dei casi e della gravità.

Verranno definite le procedure aziendali e interaziendali specifiche per la gestione delle complicanze nefrologiche, cardiologiche e vascolari.

INDICATORI

INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	FONTE	VALORE ATTESO
ATTIVITÀ	N° pazienti con DM1 in carico afferenti al centro (Definire il periodo)	Totale pazienti con DM1 della Provincia	Cartella Mystar Registro Provinciale Registro Centro diabetologico età evolutiva	80% (Mobilità passiva <20%)
	N° pazienti presi in carico dal Centro in transizione entro 7 gg	N° pazienti transitati	Cartella Mystar SIO	100%
PROCESSO				
*% pazienti con almeno 2 sedute educazionali singole (periodo 1 aa)	N° pz DM1 con 2 sedute educazionali singole	Totale N pazienti con DM 1 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella Mystar Cartella infermieristica	>90% *Indicatori in osservazione
* % pazienti con almeno 1 sedute educazionali gruppo (periodo 1 aa)	N° pz DM1 con 2 sedute educazionali gruppo	Totale N pazienti con DM 1 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella Mystar Cartella infermieristica	30% *Indicatori in osservazione
% pazienti con almeno 1 visita Dietista (1 aa)	N° pz DM1 con 1 visita dietista	Totale N pazienti con DM 1 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	SIO	90%
% pazienti con almeno 2 HbA1c 1 anno	N° pz DM1 con 2 2 HbA1c (1 aa)	Totale N pazienti con DM 1 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella Mystar LIS (Sistema informativo Laboratorio)	95%

INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	FONTE	VALORE ATTESO
PROCESSO				
% pazienti con almeno 1 FOO programmato dal Centro	N° pz DM1 con 1 FOO programmato dal Centro (2aa)	Totale N pazienti con DM 1 seguiti nel periodo di riferimento (2aa)	Cartella Mystar SIO	75%
% pazienti persi nel follow-up	N° pz DM1 persi nel fw in 1 aa	Totale N pazienti con DM 1 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella Mystar	< 20%
ESITO				
% pazienti con 1 ospedalizzazione (escluso trauma)	N° pz DM1 con 1 ospedalizzazione e (1aa-escluso trauma)	Totale N pazienti con DM 1 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella Mystar SIO	<10%
% pazienti con 1 accesso in PS	N° pz DM1 con 1 accesso in PS (1aa escluso trauma)	Totale N pazienti con DM 1 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella Mystar SIO	<10%
% pazienti con 1 ospedalizzazione per scompenso metabolico	N° pz DM1 con 1 ospedalizzazione e per scompenso metabolico (1aa)	Totale N pazienti con DM 1 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella Mystar SIO	<10%
**% pazienti che mantengono un buon compenso (HbA1c <7,5%)	N° pazienti che mantengono un buon compenso (HbA1c <7,5%)	Totale N pazienti con DM 1 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella Mystar LIS	**Tale indicatore viene stratificato in base all'età dei pazienti (≤ 25 aa e ≥25 anni).

PROTOCOLLO OPERATIVO DIABETE TIPO 2

ACCESSO AL SERVIZIO DIABETOLOGICO

L'accesso al SD avviene mediante richiesta del MMG di "visita Diabetologica" prima visita, prenotazione CUP, entro 30 giorni dalla data di prenotazione.

Per i pazienti ricoverati o con accesso in PS presso le Strutture Ospedaliere Aziendali la richiesta di consulenza diabetologica avviene tramite l'applicativo informativo ospedaliero (SIO).

Sarà definita una procedura interaziendale per la definizione della modalità di presa in carico da parte dei Servizi Diabetologici Aziendali per i pazienti con diabete ricoverati presso le altre Strutture Ospedaliere (Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico e Nuovo Ospedale di Sassuolo).

PRIMO ACCESSO E PRESA IN CARICO

L'operatore del Servizio Diabetologico accettante illustra e fa firmare al paziente, il consenso informato al PDTA ed all'inserimento dei dati sensibili nella cartella clinica aziendale MyStar Connect (MSC).

L'infermiere effettua l'accertamento infermieristico con compilazione delle schede dedicate, che si compone di: anamnesi infermieristica, raccolta parametri clinici (stick glicemico, peso, altezza, circonferenza vita, pressione arteriosa), valutazione della sensibilità tattile, dolorifica e pallestesica mediante biotesiometro o diapason, esame ispettivo del piede per la diagnosi precoce del piede a rischio (deformità, dita en griffe, ulcere o amputazioni pregresse, tipo di calzature, secchezza cutanea e distrofie ungueali).

Il Diabetologo effettua l'anamnesi completa e la visita clinica con esame obiettivo generale ed approfondisce gli eventuali rilievi emersi dai parametri clinici e strumentali raccolti dall'infermiere. L'esame clinico sarà indirizzato in particolare alla prevenzione e diagnosi precoce delle complicanze microangiopatiche (nefropatia e neuropatia periferica, piede diabetico neuropatico) e macroangiopatiche (cardiopatia ischemica, vasculopatia periferica e disfunzione erettile, piede diabetico vascolare).

E' compito del Medico:

1. formulare la diagnosi del tipo di diabete;
2. illustrare al paziente il piano di cura personalizzato;
3. illustrare i principi nutrizionali e di esercizio fisico per un corretto stile di vita, prescrive la terapia farmacologica e invia o conferma la presa in carico del paziente in gestione integrata da parte del MMG e dell'infermiere della cronicità (CdS/ MMG), il quale programmerà l'educazione terapeutica

strutturata. Il Diabetologo richiede la valutazione da parte del Dietista per formulazione piano alimentare personalizzato.

L'invio in gestione integrata avviene tramite sistema informativo, cartella clinica diabete MSC. Nel caso in cui il paziente non abbia un compenso glicemico adeguato per età e comorbidità rimane in carico al Servizio Diabetologico fino alla stabilizzazione clinica.

4. redigere il certificato per esenzione di patologia.

LA GESTIONE INTEGRATA

Il percorso di assistenza integrata è rivolto a tutti i pazienti ambulatoriali affetti da diabete tipo 2, esenti da complicanze micro-macrovascolari medio-severe, nello specifico pazienti diabetici tipo 2, in buon compenso metabolico e senza complicanze o con complicanze lievi e stabilizzate (Tabella 1) e in terapia antidiabetica orale e/o con insulina basale.

Il MMG effettuerà la presa in carico in gestione integrata e l'impostazione dei tempi del follow up successivo secondo quanto riportato dalle Linee di indirizzo regionali (allegato 2 "La gestione integrata del diabete mellito di tipo 2". Circolare regionale 5/2017).

Il MMG prenota direttamente le visite specialistiche ed esami per la diagnosi precoce di eventuali complicanze (microalbuminuria, FOO, ECG ed ecocolordoppler TSA).

Il MMG invia il paziente a visita diabetologica, di routine ogni 2 anni oppure per una rivalutazione terapeutica in caso di fallimento della terapia orale, scompenso glicemico, eventi intercorrenti, o prima di interventi chirurgici erogati in regime di ricovero ordinario (Tabella 2).

La valutazione del rischio di complicanze viene effettuata attraverso la scala Q-home. Tale scala valuta 4 indicatori: il valore dell'Hb glicata, la pressione arteriosa, il colesterolo LDL e la microalbuminuria e prevede un punteggio da 0 a 40 attraverso il quale viene definito il rischio di complicanze:

- se inferiore a 15 il rischio di complicanze è dell'80%
- tra 15 e 25 il rischio è del 20%
- se maggiore di 25 il rischio è basso

Si deve prevedere una modalità di "Alert" per i MMG (es. nei sistemi informativi) per i pazienti con insufficienza renale superiore a 3b (GFR <45 ml/min), poiché il monitoraggio dovrà essere di tipo intensivo (valutazione almeno trimestrale) ed è indicato l'invio al Diabetologo per il management delle complicanze.

Tabella 1. *definizione di gravità delle complicanze

	Grado lieve	Grado medio-severo
Retinopatia	Le uniche alterazioni rilevabili a carico della retina sono la presenza di rari microaneurismi e/o microemorragie	Microaneurismi e/o microemorragie numerose e/o maculari, essudati e/o IRMA e/o edema maculare e/o aree ischemiche e/o proliferazione di neovasi
Nefropatia	Microalbuminuria (escrezione di albumina = 20 – 200 µg/ml) con GFR >60 ml/min	Macroalbuminuria (>200 µg/ml), riduzione del GFR (<60 ml/min)
Neuropatia periferica	Sintomi neuropatici lievi e stabilizzati (parestesie lievi e transitorie a livello degli arti inferiori)	Sintomi neuropatici medio-severi (parestesie dolorose degli arti inferiori e/o deficit sensitivo – motorio clinicamente evidenziabile, disautonomia)
Cardiopatia ischemia	Cardiopatia ischemica nota e in trattamento, clinicamente stabile e compensata, monitorata in ambiente specialistico	Cardiopatia ischemica al primo esordio clinico o cardiopatia già nota clinicamente instabile
Vasculopatia periferica	Claudicatio intermittens in assenza di lesioni trofiche nota e in trattamento, clinicamente stabile	Claudicatio al primo esordio clinico o arteriopatia nota in evoluzione clinica e/o con dolore a riposo e/o lesioni trofiche
Vasculopatia cerebrale	Vasculopatia cerebrale nota e in trattamento, clinicamente stabile e compensata	Vasculopatia cerebrale al primo riscontro o già nota e clinicamente instabile
Piede diabetico		Lesioni trofiche presenti o pregresse, esiti di amputazione

*Circolare regionale 5/17. Allegato 2-pagina 7-

Tabella 2. Indicazioni a visita presso il Servizio Diabetologico

VISITA DI ROUTINE	Ogni 2 anni**
VISITE NON TEMPORIZZATE	Esordio/diagnosi Fallimento della metformina Fallimento duplice terapia orale Complicanze di grado medio-severo Situazione di compenso metabolico non ottimizzato (HbA1c>degli obiettivi individuali-tab2)

** In presenza di difficoltà organizzative si privilegeranno criteri di gravità clinica per garantire ai pazienti che ne hanno maggiormente bisogno l'integrazione stretta tra MMG e specialista. Si potranno sviluppare modalità di follow-up biennale a distanza (es. tele-consulto via web) per i pazienti in buon compenso.

Tabella 3. Obiettivi di controllo glicemico (Raccomandazioni degli Standard Italiani per la cura del Diabete mellito 2016).

<p>Il trattamento del diabete deve essere tempestivamente adattato in ogni paziente fino a ottenere valori di HbA1c stabilmente inferiori a 53 mmol/mol (7,0%), valori che consentono di prevenire l'incidenza e la progressione delle complicanze microvascolari.</p> <p>(Livello della prova I, Forza della raccomandazione B)</p>
<p>Un obiettivo di HbA1c pari o inferiore a 53 mmol/mol (7,0%) e generalmente consigliabile per i soggetti adulti con diabete per prevenire l'incidenza e la progressione delle complicanze macrovascolari.</p> <p>(Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)</p>
<p>Obiettivi glicemici più stringenti (HbA1c ≤ 48 mmol/mol [$\leq 6,5\%$]) dovrebbero essere perseguiti in pazienti di nuova diagnosi o con diabete di durata (<10 anni), senza precedenti di malattie cardiovascolari, abitualmente in discreto compenso glicemico e senza comorbidità che li rendano particolarmente fragili.</p> <p>(Livello della prova III, Forza della raccomandazione C)</p>
<p>Obiettivi di compenso glicemico meno stringenti (HbA1c ≤ 64 mmol/mol [$\leq 8,0\%$]) dovrebbero essere perseguiti in pazienti con diabete di lunga durata (>10 anni) soprattutto con precedenti di malattie cardiovascolari 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.</p> <p>(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)</p>

GESTIONE DELLE COMPLICANZE

La modalità di gestione delle complicanze e i criteri per la richiesta di visite non programmate in caso di insorgenza delle stesse sono quelli riportati nelle linee di indirizzo regionali (Allegato2, Circolare 5/2017).

1. VISITE NON PROGRAMMATE NON URGENTI

In caso di sospetta insorgenza di complicanze il MMG effettuerà una richiesta di “visita Diabetologica” di controllo per i pazienti esterni (effettuata entro 30 gg).

Al momento dell'accesso presso i SD se il paziente non è noto allo stesso, l'operatore SD accettante illustra e fa firmare al paziente il consenso informato al PDTA ed all'inserimento dei dati sensibili nella cartella MyStar Connect.

L'infermiere effettua la valutazione clinica secondo gli ambiti di competenza: anamnesi, raccolta parametri clinici (stick glicemico, peso, altezza, circonferenza vita, pressione arteriosa), valutazione della sensibilità tattile, dolorifica e pallestesica mediante biotesiometro o diapason, esame ispettivo del piede per la diagnosi precoce del piede a rischio e inserisce gli esami di laboratorio nella MSC. Il Diabetologo effettua l'anamnesi completa e la visita clinica con esame obiettivo generale ed approfondisce gli eventuali rilievi emersi dai parametri clinici e strumentali raccolti dall'infermiere. Il medico specialista rivaluta la terapia farmacologica del paziente e conferma o modifica la terapia farmacologica del diabete secondo appropriatezza alla mutata situazione clinica. Si possono verificare due scenari:

1. complicanza in atto/instabilità clinica il paziente viene preso in carico presso il SD. Il Diabetologo rinforza l'importanza di un corretto stile di vita adeguato alle complicanze in atto modifica la terapia, programma il follow-up;
2. Instabilità clinica risolta il Diabetologo riaffida il paziente in gestione integrata al MMG e infermieri della cronicità (CdS/MMG).

2. GESTIONE IN REGIME DI URGENZA

EMERGENZA ASSOLUTA

Paziente in fase acuta e rispondente ai criteri di seguito riportati dovrà essere inviato in Pronto Soccorso:

- ✓ Chetoacidosi: glicemia > 250 + presenza di chetoni nelle urine + segni clinici di acidosi (alito acetoneo, vomito, dolori addominali, polipnea) e/o disidratazione e/o compromissione del sensorio

- ✓ Iperosmolarità non chetotica: iperglicemia severa (>400 mg/dl), disidratazione, compromissione del sensorio
- ✓ Ipoglicemia grave con neuroglicopenia: glicemia < 50 mg/dl senza risoluzione dopo trattamento
- ✓ Grave ed estesa lesione trofica del piede

URGENZA

Paziente con complicanza in atto con caratteristiche di urgenza medica, secondo i criteri di seguito riportati per le urgenze a 24 ore e le urgenze differibili, valutato dal MMG viene inviato al SD con richiesta di "visita diabetologica":

A. Urgenza 24 ore (priorità di richiesta "U"): invio entro 24 ore al PS in caso di:

- ✓ scompenso acuto (glicemia > 250 mg/dl e/o chetonuria in assenza di segni clinici di acidosi e/o disidratazione e/o compromissione del sensorio);
- ✓ piede diabetico con ulcerazione e segni di infezione.

B. Urgenza differita (7 gg priorità di richiesta "B"): l'appuntamento verrà definito telefonicamente fra MMG/Diabetologo SD. I criteri per l'invio sono:

- ✓ glicemia > 250 mg/dl in assenza di chetonuria, in presenza di segni clinici di acidosi e/o disidratazione e/o compromissione del sensorio;
- ✓ chetonuria persistente, glicemia >250 mg/dl, nonostante modifiche della terapia, calo ponderale non motivato;
- ✓ HbA1c > 86 mmol/mol (10%) in assenza di segni di scompenso acuto;
- ✓ ripetute ipoglicemie senza sintomi di allarme;
- ✓ riscontro di diabete gestazionale;
- ✓ gravidanza in diabetica di tipo 2 non insulino trattata;
- ✓ piede diabetico (comparsa di ulcerazioni non infette);
- ✓ evento intercorrente che in relazione al trattamento farmacologico e/o al decorso clinico può indurre instabilità del compenso(es. terapia steroidea, chemioterapia);
- ✓ in previsione e preparazione di interventi di chirurgia, durante l'intervento e in fase post-operatoria.

INDICATORI

INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	FONTE	VALORE ATTESO
ATTIVITÀ				
% pz che effettuano almeno 1 visita al SD	N° pazienti con DM2 in carico al centro con almeno 1 visita (Definire il periodo)	Totale pazienti con DM2 di area del SD	Cartella Mystar Registro Provinciale Cartella MMG	≥95%
% pz in carico al SD senza tp insulinica	N° pazienti presi in carico dal SD completamente senza terapia insulinica (definire periodo)	N° pazienti con DM2 seguiti dal centro	Cartella Mystar Cartella MMG Registro Provinciale	<20 %
% pz in gestione integrata	N° pazienti in GI	N° pazienti transitati dal SD	Cartella Mystar Cartella MMG Registro Provinciale	≥50 %
PROCESSO				
% pazienti con almeno 2 HbA1c 1 anno (non da CUP)	N° pz DM2 con 2 HbA1c (1 aa)	Totale N pazienti con DM 2 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella MMG Score Q	≥90%
% pazienti con almeno 1 FOO programmato dal MMG (non CUP)	N° pz DM2 con 1 FOO programmato dal MMG	Totale N pazienti con DM 2 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella MMG Score Q	≥50%(se normale non viene ripetuto annualmente)
% pazienti con 1 ECD-TSA programmato dal MMG(non CUP)	N° pz DM2 con 1 ECD-TSA Programmato dal MMG	Totale N pazienti con DM 2 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella MMG Score Q	≥50%
% pazienti con almeno 1 assetto lipidico all'anno	N° pz DM2 con almeno 1 assetto lipidico in un anno.	Totale N pazienti con DM2 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella MMG Score Q	>95%
INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	FONTE	VALORE

				ATTESO
% pazienti DM2 in gestione integrata (prevalenza)	N pazienti DM2 in gestione integrata	Totale N pazienti con DM2 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella Mystar	≥50 %
% compilazione GI in Mystar	N compilazioni GI in Mystar	Totale N pazienti con DM 2 in GI seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella Mystar	≥95%
ESITO				
% pazienti con 1 ospedalizzazione per ipoglicemia	N° pz DM2 con 1 ospedalizzazione per ipoglicemia (1aa)	Totale N pazienti con DM 2 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	SIO/SDO	<10%
% pazienti con 2 ospedalizzazione per scompenso metabolico	N° pz DM2 con 1 ospedalizzazione per scompenso metabolico (1aa)	Totale N pazienti con DM 2 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	SIO/SDO	<30%
% pazienti con Score Q>25%	N° pazienti DM2 con score Q >25%	Totale N pazienti con DM 2 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella MMG	≥50%
% pazienti in dialisi (periodo di riferimento)	N° pz DM2 in dialisi	Totale N pazienti con DM 2 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	Cartella Mystar SIO/SDO	<10%
% pazienti con amputazioni maggiori correlate	N° pz DM2 con amputazioni maggiori	Totale N pazienti con DM 2 seguiti nel periodo di riferimento (1aa)	SIO/SDO	<10%
% pazienti con amputazioni minori correlate	N° pz DM2 con amputazioni minori	Totale N pazienti con DM 2 seguiti nel periodo di riferimento	SIO/SDO	<30%

RINNOVO PATENTE o altri CERTIFICATI SPECIALISTICI PREVISTI DALLA LEGGE

Si propongono due modalità per la gestione dei certificati rilasciati dal SD ad uso di legge:

1. Contatto diretto del paziente presso la segreteria del SD per prenotazione di certificazione secondo un'agenda interna predefinita annualmente.
2. Presenza periodica (mensile o trimestrale in base al bacino di utenza) del Diabetologo presso CdS/forme associative MMG.

RINNOVO PIANO TERAPEUTICO AIFA DEL PAZIENTE DIABETICO TIPO 2 STABILE

Attualmente, il paziente in trattamento con un farmaco sottoposto a PT AIFA, è in carico al MMG in gestione integrata ed è inviato a "visita diabetologica" di controllo al SD territoriale tramite prenotazione CUP (farmacie, cupweb, app MYAUSL) ogni 12 mesi.

E' auspicabile l'inserimento nei sistemi informativi dei SD e dei MMG di "*alert*" per rinnovo del piano terapeutico per i farmaci inseriti nel Registro AIFA, per implementare la programmazione di tali valutazioni.

Nel caso in cui sia presente un setting di CdS/ forme associative MMG si propone la presenza periodica (mensile o trimestrale in base al bacino di utenza) del Diabetologo in tali sedi per rinnovare i piani terapeutici AIFA di pazienti stabili seguiti in gestione integrata con gli MMG.

PROTOCOLLI DI GESTIONE COMUNI: DIABETE DI TIPO 1 E TIPO 2

-PAZIENTE FRAGILE

Questa modalità di presa in carico da parte del SD, per pazienti diabetici definiti come “fragili” si applica indipendentemente dal setting in cui lo stesso viene gestito (domicilio, attivazione ADI, CdS, OsCO).

ACCESSO AL SERVIZIO DIABETOLOGICO

- Paziente trasportabile

Il MMG effettua la richiesta di “Visita Diabetologica” ambulatoriale di controllo prenotazione CUP.

- Paziente non trasportabile

Il Diabetologo effettua visita domiciliare con prenotazione diretta telefonica o sul sistema informativo aziendale da parte degli Operatori della CdS o dell’OsCO.

Interfaccia SD/caregivers/ADI/OsCO

Gli operatori sanitari del setting assistenziale del paziente (CdS/ADI/OsCO) raccolgono il consenso informato firmato dal paziente o dall'amministratore di sostegno per accettazione piano di cura personalizzato.

Il Diabetologo si rapporta/integra con il “case manager” e con gli specialisti di altre branche chiamati a seconda dei bisogni del paziente, per la rivalutazione della terapia farmacologica secondo protocolli definiti:

- App DIABHOSP: con i protocolli di terapia insulinica a gestione infermieristica validati (<https://play.google.com/store/apps/details?id=prosperomultilab.diabhosp&hl=it>)
- Choosing wisely: semplificazione della politerapia in accordo con il MMG e in collaborazione con le Associazioni di Volontariato.

FOLLOW-UP

Dopo la prima valutazione specialistica il follow-up del diabete prosegue in telemedicina attraverso il professionista case manager o il caregiver. Si prevede l’implementazione del sistema di telemedicina.

-PAZIENTE CON “PIEDE DIABETICO COMPLICATO”

ACCESSO AL SERVIZIO DIABETOLOGICO

L'accesso al SD viene effettuato con richiesta di "Visita Diabetologica urgente B" redatta dal MMG o altro Specialista SSN e la prenotazione diretta mediante contattato telefonico MMG/Diabetologo SD.

In tale sede viene raccolto il consenso, se il paziente non è in carico al SD per il piano di cura e per l'inserimento dei dati nella cartella clinica My-star Connect.

Il *Team Diabetologico* (diabetologo e infermiere) valuta la lesione ed il compenso glicemico, esegue la classificazione della lesione ulcerata con lo schema della Texas University (Wagner FW. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. Foot Ankle 1981;2:64-122. SID-AMD. Documento di consenso internazionale sul piede diabetico. http://www.aemmedi.it/files/Linee-guida_Raccomandazioni/2010/2010-piede_diabetico.pdf) ed inizia la cura medica e infermieristica delle lesioni in atto.

Vi sono due possibili scenari per la presa in carico:

- lesione infetta: il paziente sarà inviato in urgenza al Pronto Soccorso per il pericolo di shock settico.
- lesione non infetta: il Team provvederà alla medicazione della lesione e programmazione delle medicazioni successive in ADI o presso gli ambulatori infermieristici distrettuali o presso SD se si tratta di lesione in evoluzione.

Il Diabetologo fa la diagnosi, imposta la terapia farmacologica e prenota direttamente sull'applicativo informatico interno l'Ecodoppler Vascolare e/o Radiografia del piede se indicato clinicamente. Contatta il Chirurgo vascolare per eventuale "courettage" del fondo lesionale in tempi brevi (7-14 giorni).

Il Diabetologo prescrive i tutori di scarico per le lesioni neuropatiche e l'ortesi se indicati.

Il Team definisce i tempi del follow-up infermieristico mensile dopo la guarigione della lesione per prevenire recidive.

Condizione essenziale per affrontare questa grave complicanza in modo adeguato è che l'attività dell'ambulatorio del Piede Diabetico sia gestita in Team, con il Diabetologo, il Chirurgo Vascolare, l'infermiere ed eventualmente l'ortopedico, in modo integrato e sinergico, all'interno dei Servizi di Diabetologia.

Le gestione della cura del piede diabetico è declinata all'interno del PDTA regionale (allegato 3 della Circolare 5/17).

Il percorso diagnostico-terapeutico del paziente affetto da piede diabetico sarà pertanto esplicitato all'interno di una procedura "ad hoc" interaziendale (Azienda USL, Azienda Ospedaliero Universitaria e Nuovo ospedale di Sassuolo).

-PAZIENTE DIABETICO RICOVERATO IN OSPEDALE

ACCESSO AL SERVIZIO DIABETOLOGICO

L'accesso al SD avviene con prenotazione di "consulenza diabetologica" mediante applicativo SIO da parte dello Specialista del reparto ospedaliero in cui è ricoverato il paziente. In caso di chirurgia elettiva, il Medico del reparto può richiedere tramite l'applicativo interno una visita diabetologica preoperatoria.

Paziente candidato a chirurgia elettiva

Durante il pre-ricovero chirurgico/ginecologico il Diabetologo modifica la terapia in base ai bisogni del paziente e secondo le linee guida. Nel referto di visita diabetologica sono riportate le prescrizioni terapeutiche per il paziente a domicilio e al momento del ricovero ospedaliero, nonché le indicazioni ad applicare i protocolli di gestione della terapia insulinica perioperatoria condivisi con i reparti ospedalieri e redatti secondo le più recenti evidenze scientifiche.

Paziente ricoverato in ambiente internistico

Durante il ricovero ospedaliero per acuti o post-acuzie, viene attivata la consulenza del Diabetologo per impostare la terapia insulinica sottocutanea e la modalità di monitoraggio glicemico. Nel caso in cui vi sia l'indicazione a proseguire la terapia insulinica alla dimissione, per l'educazione terapeutica strutturata al paziente e/o caregiver, all'autocontrollo glicemico domiciliare ed all'uso dei dispositivi iniettivi per l'insulina viene attivato dal reparto l'infermiere del Team diabetologico.

DIMISSIONE DAL REPARTO OSPEDALIERO

Alla dimissione in base alle indicazioni del Diabetologo la presa in carico del paziente per il follow-up potrà essere:

- MMG nel caso in cui l'episodio acuto causa il ricovero si è risolto senza aggravamento del diabete preesistente;
- SD tramite richiesta di “visita diabetologica post-ricovero” per la rivalutazione della terapia dopo la dimissione, tramite applicativo interno per gli ospedali aziendali.

Tale percorso potrà essere messo in atto anche per gli ospedali HUB ove non è presente la consulenza del diabetologo territoriale, ma questa viene effettuata dai reparti di Medicina Metabolica/Endocrinologia, attraverso la stesura di una procedura interaziendale “ad hoc” (Azienda USL, Azienda Ospedaliero Universitaria e Nuovo ospedale di Sassuolo) per la definizione della modalità di dimissione protetta verso le Strutture Diabetologiche territoriali di riferimento. (Allegato 1- Il percorso assistenziale del paziente diabetico in Ospedale gestione intraospedaliera e dimissione protetta- Circolare 5/17).

PROTOCOLLO OPERATIVO DEL DIABETE GESTAZIONALE

ACCESSO AL SERVIZIO DIABETOLOGICO

La prenotazione di "visita diabetologica" viene fatta direttamente dal Personale del Consultorio familiare che ha in carico la paziente su agenda dedicata del SD e/o dal MMG se la paziente non è in carico ai Consultori Familiari, su agende dedicate alla gravidanza.

SERVIZIO DIABETOLOGICO: PRIMA VISITA

L'operatore SD accettante illustra e fa firmare alla paziente, o al tutore legale in caso di minore, il consenso informato al PDTA ed all'inserimento dei dati nella cartella clinica MyStar Connect.

Il Diabetologo valuta la paziente e inizia la presa in carico in gestione integrata con il consultorio/MMG e impostazione terapeutica non farmacologica.

L'infermiere del SD valuta la paziente e inizia l'educazione terapeutica strutturata all'autocontrollo glicemico domiciliare ed invia la paziente alla Dietista di riferimento territoriale per la formulazione del piano alimentare personalizzato.

FOLLOW UP

Dopo 2 settimane la gestante è rivalutata dal Diabetologo per l'eventuale inizio di una terapia farmacologica sulla base dei profili glicemici domiciliari archiviati nella cartella informatizzata mediante scarico dei dati registrati dal glucometro consegnato alla donna. Si possono presentare due possibili scenari:

a) paziente che non necessita di terapia farmacologica: è inviata per il follow-up alle Ostetriche del Consultorio familiare secondo il protocollo aziendale per il diabete gestazionale. In questo caso sarà consegnato dal Diabetologo il piano presidi diagnostici da ritirare presso la distribuzione farmaci territoriale per un periodo che copra la durata della intera gravidanza, previa autorizzazione dello sportello SAUB distrettuale.

b) paziente che necessita di terapia farmacologica: viene presa in carico dal SD fino al parto. In questo caso i presidi diagnostici saranno erogati direttamente dal SD.

All'ultimo mese di gravidanza la donna viene presa in carico della UO Ginecologia e Ostetricia di riferimento per il follow-up intensivo. Il Diabetologo segue la gestante in ambulatorio regolarmente fino al termine della gravidanza oppure in reparto su richiesta diretta di consulenza tramite applicativo SIO da parte del ginecologo ospedaliero.

Il percorso della persona con diabete gestazionale sarà aggiornato all'interno di una procedura interaziendale condivisa (Azienda USL, Azienda Ospedaliero Universitaria e Nuovo ospedale di Sassuolo).