

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2 NELL'ADULTO



Aggiornamento 2021

Sommario

Premessa	2
Obiettivi.....	3
Fasi del PDTA.....	3
Gestione Integrata nel PDTA	8
Percorso terapeutico farmacologico Diabete Mellito Tipo 2	12
APPENDICE 1	15



Premessa

La valutazione clinica del paziente diabetico è costituita dall'insieme delle attività e prestazioni che consentono di:

- disporre di un quadro anamnestico completo del paziente;
- eseguire una valutazione completa delle possibili complicanze croniche della malattia diabetica;
- redigere un piano diagnostico e terapeutico personalizzato che comprenda un programma di educazione terapeutica, condiviso tra MMG e diabetologo;

Il PDTA del Diabete Mellito di tipo 2 si configura, quindi quale “Strumento che disciplina gli interventi rivolti alla prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito, con l'obiettivo di migliorare processi ed esiti della cura delle persone con diabete attraverso la diagnosi precoce della malattia e la prevenzione delle sue complicanze”.

Per la problematica clinica oggetto di questo PDTA sono stati individuati i seguenti criteri:

1. elevata prevalenza ed incidenza nella Regione Abruzzo di persone affette da Diabete Tipo 2;
2. elevato rischio per la salute in termini di complicanze, disabilità fisica e mortalità;
3. necessità di definire/proporre/sperimentare/adottare modelli di integrazione degli interventi tra differenti Servizi in risposta agli obiettivi di salute in termini di prevenzione, presa in carico e riabilitazione;
4. necessità di definire/proporre/sperimentare/adottare programmi di educazione terapeutica.

Il programma di cura della persona con diabete non può prescindere da una Gestione Integrata della patologia che veda al centro il paziente stesso e preveda la sinergia tra il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Team Diabetologico.

Obiettivi

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale consente di:

- strutturare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione (ospedale, territorio) sono implicate nell'assistenza e cura della persona con diabete;
- valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida e/o ai riferimenti presenti in letteratura e alle risorse disponibili;
- confrontare e misurare le attività (processi) e gli esiti (outcome) attraverso indicatori specifici che consentono di analizzare gli scostamenti tra l'atteso e l'osservato, con l'obiettivo di raggiungere un continuo miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza di ogni intervento.

Per una corretta gestione integrata nell'assistenza del paziente diabetico sono necessari:

1. un percorso diagnostico terapeutico e assistenziale (PDTA) condiviso;
2. un modulo di informazione e consenso sottoscritto dal paziente che aderisce alla gestione integrata, così come previsto dal PDTA;
3. l'utilizzo della cartella clinica informatizzata;
4. l'attivazione di strumenti di comunicazione diretta, on-line, attraverso l'integrazione delle cartelle cliniche dei MMG e dei Team Diabetologici;
5. la formazione continua dei professionisti;
6. la raccolta dati e la valutazione periodica della Gestione Integrata, attraverso l'utilizzo di indicatori di struttura, di processo e di esito e l'avvio di percorsi di self-audit, audit di gruppo e di Associazioni Funzionali Territoriali e Unità Complessa di Cure Primarie.

Fasi del PDTA

Il Percorso del paziente con Diabete di tipo 2 consta delle seguenti fasi:

- A. Diagnosi (MMG, DEA, altro specialista).
- B. Invio alla struttura Diabetologica di riferimento (MMG).
- C. Inquadramento Clinico, Educazionale e Terapeutico (Team Diabetologico).
- D. Follow up (Team Diabetologico fino alla stabilizzazione) —————> re-invio al MMG e condivisione con il MMG.



E. Follow up post stabilizzazione (MMG) fino a peggioramento o a eventuali problematiche intercorrenti.

F. Gestione, dimissione protetta e follow up in caso di ricovero per altra patologia (Team Diabetologico).

In tutte le fasi del percorso è necessaria comunque una stretta interazione tra il Team Diabetologico, il MMG e gli altri specialisti, possibilmente da realizzarsi attraverso l'uso di supporti informatici.

➤ **La neodiagnosi di Diabete Mellito** o un sospetto di diagnosi di diabete o di alterazione del metabolismo glucidico può essere posta da:

- MMG
 - DEA oppure struttura ospedaliera di ricovero ordinario o diurno, anche per altra causa, con riscontro di iperglicemia
 - Altro specialista, in occasione di valutazione per problema pertinente
- Il MMG o altro specialista che pone diagnosi di diabete può avviare il trattamento terapeutico e fornire le prime indicazioni educazionali.
- Una volta posta la diagnosi di diabete o di alterazione del metabolismo dei carboidrati il paziente viene inviato alla Struttura Diabetologica di riferimento (ospedaliera o territoriale) su prescrizione del medico referente mediante richiesta su ricettario regionale previo pagamento ticket se dovuto, applicando la classe di priorità più idonea in linea con l'appendice 1¹ secondo la scheda allegata o, ove possibile, e previo potenziamento del personale per ciascun servizio Diabetologico, garantendo l'accesso diretto ai sensi del DCA 60/2015, comunque nel rispetto delle tempistiche previste.
- La Struttura Specialistica Diabetologica riceve, su prescrizione del MMG, il **paziente di nuova diagnosi** e provvede a eseguire:
- inquadramento diagnostico;
 - esenzione ticket per patologia;
 - screening delle complicanze con coordinamento dei vari Specialisti;

¹ Aggiornamento del Manuale RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) redatto dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) dopo parere favorevole della commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 16/12/2020.

- formulazione del Piano di cura personalizzato e condiviso con i MMG (il Piano di Cura deve comprendere la chiara formulazione degli obiettivi terapeutici da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e ai risultati attesi, e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita);
 - impostazione della terapia medica nutrizionale;
 - educazione ai corretti stili di vita;
 - educazione terapeutica finalizzata al self management;
 - formulazione del piano terapeutico per farmaci innovativi laddove ritenuti necessari;
 - formulazione del piano annuale per i presidi diabetologici laddove ritenuti necessari;
 - presa in carico, in collaborazione con i MMG, delle persone con DMT2 da seguire in Gestione Integrata (di seguito G.I.);
 - raccolta del consenso informato da parte del paziente in caso di G.I.;
 - gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG e altri specialisti, delle persone con: grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante infusori sottocutanei continui di insulina; diabete in gravidanza e diabete gestazionale;
 - valutazione periodica, secondo il Piano di Cura personalizzato adottato, dei pazienti con diabete di tipo 2 seguiti con il protocollo di G.I., finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze;
 - raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche in formato elettronico;
 - attività condivisa di aggiornamento in campo diabetologico rivolta ai MMG;
 - collaborazioni con le associazioni di volontariato soprattutto in relazione alle attività organizzate con fini di prevenzione della Malattia diabetica e di divulgazione di dati.
- Nell'ambito del follow up intermedio del paziente la Struttura Specialistica programma i necessari accessi successivi alla Struttura stessa, tramite CUP di II livello.
- Conclusa la serie di attività erogate dalla Struttura Specialistica, il paziente stabilizzato e inquadrato viene dalla stessa indirizzato al MMG con relazione trasmessa preferibilmente, mediante interfaccia di comunicazione tra la cartella elettronica dello Specialista Diabetologo e la cartella elettronica del MMG.

- Il MMG prende in carico il paziente stabilizzato e ne cura il follow up in condivisione con la Struttura Specialistica fino ad eventuale peggioramento del compenso e/o situazioni intercorrenti che ne rendano utile un nuovo accesso alla Struttura di riferimento.
- **Il paziente con DMT2 che si ricoveri in ospedale per altra patologia** sarà seguito in consulenza dalla Struttura Diabetologica di riferimento nell'ambito dell'intero periodo di ricovero e per esso sarà assicurata una dimissione protetta di concerto con la Struttura Diabetologica che ne prenderà eventualmente in carico il follow up relativamente alla patologia diabetica di concerto con il MMG.
- **Il paziente con DMT2 già diagnosticato, che non abbia avuto negli ultimi tre anni un accesso alla struttura diabetologica,** sarà inviato o reinviato alla struttura diabetologica su prescrizione del medico referente mediante richiesta su ricettario regionale previo pagamento ticket se dovuto, applicando la classe di priorità più idonea in linea con l'appendice 1 secondo la scheda allegata o, ove possibile, e previo potenziamento del personale per ciascun servizio Diabetologico, garantendo l'accesso diretto ai sensi del DCA 60/2015, comunque nel rispetto delle tempistiche previste.
- **Soggetti con diversi gradi di disglycemia (IFG/IGT)** accedono alla struttura diabetologica su prescrizione del medico referente mediante richiesta su ricettario regionale previo pagamento ticket se dovuto, applicando la classe di priorità più idonea in linea con l'appendice 1 secondo la scheda allegata o, ove possibile, e previo potenziamento del personale per ciascun servizio Diabetologico, garantendo l'accesso diretto ai sensi del DCA n. 60/2015, comunque nel rispetto delle tempistiche previste.

Nelle condizioni sopradescritte il MMG verrà costantemente tenuto al corrente preferibilmente per via telematica.

Tabella 1 - Follow up clinico, laboratoristico, strumentale e screening delle complicanze (modificato dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito 2014)

PARAMETRI	TEMPISTICA CONTROLLO
PAo, FC, BMI	<ul style="list-style-type: none"> Ad ogni controllo ambulatoriale programmato
HbA1c, GLICEMIA	<ul style="list-style-type: none"> Non meno di due volte all'anno in tutte le persone con diabete; 4 volte all'anno nelle persone con diabete con compenso precario o instabile o se si è operato un cambio di terapia o se la persona non è a target.
Assetto lipidico (CT,HDL, LDL calcolato, TG)	<ul style="list-style-type: none"> Controllo annuale Più ravvicinato se i parametri sono alterati

Retinopatia: Fundus Oculi	<ul style="list-style-type: none"> • Alla diagnosi; • ogni due anni se normale; • più frequentemente se alterato.
Nefropatia: microalbuminuria, creatinina, esame urine	<ul style="list-style-type: none"> • Annualmente; • più frequentemente se valori alterati.
Neuropatia: screening	<ul style="list-style-type: none"> • Alla diagnosi e poi annualmente; • più frequentemente se alterato.
Lo screening per la neuropatia sensitivo-motoria prevede: <ul style="list-style-type: none"> • valutazione sintomi e sensibilità (monofilamento e soglia di percezione vibratoria (VPT) con diapason e/o biotesiometro); • valutazione riflessi periferici Utile per la diagnosi l'utilizzo del Diabetic Neuropathy Index (DNI)	
Lo screening per la neuropatia autonoma prevede: accurata anamnesi (tachicardia a riposo, ipotensione ortostatica), integrata dalla ricerca dei segni clinici e dai test cardiovascolari specifici. I test cardiovascolari sono utili in presenza di sintomi e/o segni suggestivi di disfunzione vegetativa, di alto rischio CV e complicanze microangiopatiche gravi.	

Tabella 2- Monitoraggio cardiovascolare

PARAMETRI	TEMPISTICA CONTROLLO
Valutazione di: <ul style="list-style-type: none"> • Claudicatio • Polsi periferici e soffi vascolari • ECG basale 	<ul style="list-style-type: none"> • Annualmente in tutte le persone con diabete.
Indice di Winsor (caviglia/braccio); se inferiore a 0.9 eseguire Ecocolordoppler arti inferiori	<ul style="list-style-type: none"> • Va ripetuto ogni 3-5 anni se normale.
Screening cardiopatia silente Nei pazienti con elevato rischio cardiovascolare eseguire anche Ecodoppler TSA ed arti inferiori	<ul style="list-style-type: none"> • Va ripetuto ogni 1-3 anni a seconda dei risultati.
Esame del piede	<ul style="list-style-type: none"> • Almeno 1 volta all'anno; • <u>ad ogni controllo programmato nei pazienti a rischio.</u>
L'esame del piede deve includere: la valutazione anamnestica di pregresse ulcere e amputazioni, l'ispezione, la palpazione dei polsi arteriosi, la valutazione dell'alterazione delle capacità di protezione e difesa: percezione della pressione (con il monofilamento di Semmes- Weinstein da 10 g) e della vibrazione (con diapason 128 Hz o con il biotesiometro).	

Le attività sopra descritte verranno, nell'ambito della continua condivisione, coordinate prevalentemente dalla Struttura Specialistica anche attraverso strumenti/procedure, programmabili a livello regionale, atti a rendere il più agevole possibile per il paziente l'accesso alle strutture eroganti (Pacchetto Ambulatoriale Complesso, Day Service, ecc...) in accordo con chi esercita in quel momento la prevalenza della presa in carico.

A giudizio del Team Diabetologico le visite di controllo successive alla prima potranno essere erogate in presenza o in telemedicina (ex DGR 481/2020).

Educazione Terapeutica

Parte integrante e fondamentale del percorso sopra descritto è l'educazione terapeutica che presuppone specifiche competenze degli educatori (Team Diabetologico) e l'utilizzo di specifici strumenti educativi.

La terapia educativa deve essere intesa come parte integrante del piano di cura, che comprenda, secondo le esigenze, la gestione dell'ipoglicemia, la gestione del Diabete in caso di malattia intercorrente, l'igiene del piede, il counseling sulla cessazione del fumo, la gestione dell'esercizio fisico e di una corretta alimentazione, l'autogestione della terapia sulla base del monitoraggio domiciliare della glicemia.

Gestione Integrata nel PDTA

1. Ruolo della persona con diabete

- Acquisizione di un ruolo attivo e centrale nella gestione della propria malattia (empowerment).
- Condivisione del Piano di Cura e del calendario delle visite e degli incontri con il MMG, il diabetologo e gli altri professionisti sanitari.
- Partecipazione alle attività di educazione strutturata.
- Acquisizione di competenze nella gestione della malattia, coerentemente con le proprie esigenze.
- Accesso ai propri dati clinici anche in formato elettronico.
- Partecipazione alle attività delle Associazioni di Volontariato (vedi paragrafo dedicato).

2. Ruolo del medico di medicina generale

- Identificazione della popolazione a rischio di malattia diabetica.
- Diagnosi precoce di malattia diabetica.
- Identificazione del diabete gestazionale.
- Presa in carico, in collaborazione con le Strutture diabetologiche per l'assistenza alle persone con diabete mellito, dei pazienti 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 la Struttura Diabetologica per l'assistenza alle persone con diabete mellito, di interventi di educazione sanitaria e *counseling* 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 le Strutture per l'assistenza alle persone con diabete mellito di riferimento mediante cartelle cliniche in formato elettronico.

3. Ruolo delle strutture specialistiche diabetologiche (Team)

- Definizione diagnostica del diabete neodiagnosticato e inquadramento terapeutico con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con i MMG. Il Piano di Cura deve comprendere la chiara formulazione degli obiettivi terapeutici da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e ai risultati attesi, e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita.
- Presa in carico, in collaborazione con i MMG, delle persone con diabete.
- Impostazione della terapia medica nutrizionale.
- Effettuazione dell'educazione terapeutica e, in collaborazione con i MMG, di interventi di educazione sanitaria e *counseling* 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 personalizzato adottato, dei pazienti con diabete 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 il MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche in formato elettronico.
- Attività di aggiornamento rivolta ai MMG in campo diabetologico.

3.1 Il Team Diabetologico

Il Team Diabetologico oltre ai **medici specialisti** deve avere al suo interno almeno:

- **infermieri dedicati**
- **dietista**

e inoltre psicologo, podologo, assistente sociale, laureato in scienze motorie o titoli equivalenti, anche in condivisione.



Come ribadito dal Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica sono parte integrante del Team Diabetologico anche le Associazioni di Volontariato nelle forme e nei modi che saranno ritenute più efficaci.

3.1.1. Infermieri dedicati

L'infermiere esperto in diabetologia, oltre che possedere le conoscenze di base circa la prevenzione e la cura della malattia diabetica e delle sue complicanze, è la figura professionale che nel team di assistenza ha acquisito le abilità necessarie per individuare e valutare i bisogni della persona con diabete (non solo sulla base della conoscenza della persona, ma anche del suo ambito familiare e sociale). L'infermiere esperto dovrà essere in grado di programmare ed erogare interventi di terapia educativa rivolti a:

- corrette tecniche di esecuzione ed interpretazione dell'autocontrollo;
- corrette tecniche di conservazione e somministrazione di insulina;
- corretta assunzione dei farmaci;
- autogestione in grado di migliorare le modalità di autocura, di migliorare gli esiti e la qualità di vita;
- corretta alimentazione;
- attività fisica adeguata;
- modifiche dello stile di vita.

Opera nelle strutture specialistiche diabetologiche Ospedaliere o Territoriali, in cui il personale infermieristico particolarmente addestrato può svolgere il ruolo del case manager, con funzione di controllo delle procedure operative dell'assistenza, rappresentando il primo riferimento organizzativo per l'assistito, la sua famiglia e tutti gli operatori coinvolti nel piano di cura individuale.

3.1.2. Dietista

Il dietista esperto in diabetologia deve possedere abilità e competenze tecniche specifiche in ambito educativo in particolare per quanto riguarda le tecniche della comunicazione, della motivazione e del problem solving. Il dietista partecipa all'elaborazione del programma terapeutico valutando lo stato nutrizionale del paziente ed elaborando un piano dietetico personalizzato, inoltre interagisce con tutti i membri del team per favorire il cambiamento dello stile di vita del paziente.

Il dietista eroga interventi di terapia educativa, individuale e di gruppo, relativamente a:

- corretta alimentazione;

- prevenzione DCA;
- regolare distribuzione delle calorie giornaliere, orari dei pasti;
- counting dei carboidrati;
- regolare distribuzione e contenuto costante di carboidrati nei pasti e loro utilizzo in relazione all'attività fisica;
- prevenzione e gestione delle ipoglicemie.

3.1.3. Volontariato

Le Associazioni di Volontariato hanno lo scopo di contribuire alla definizione dei bisogni delle persone con diabete, all'educazione all'autocontrollo ed autogestione della malattia, all'organizzazione di corsi di educazione alla salute, al reperimento e formazione dei "diabetici guida", le cui competenze potranno essere messe a disposizione, non solo degli associati ma anche degli operatori sanitari e delle strutture che ne faranno richiesta per avvalersene nell'istruzione del soggetto con diabete ed alla divulgazione della corretta conoscenza della patologia a livello sociale. L'attività divulgativa si può esprimere con la produzione e/o distribuzione di materiale didattico e informativo, con l'organizzazione di conferenze e dibattiti rivolti agli interessati ed ai cittadini, con la pubblicazione di periodici di informazione (bollettini, giornali, riviste) dedicati ai pazienti ed alla cittadinanza tutta.

L'attività educativa si può svolgere parallelamente o integrata con quella svolta dal team diabetologico di cui talora i volontari entrano a far parte.

Nell'ambito delle associazioni possono essere individuati pazienti che per attitudini personali e per specifica formazione possono esercitare il ruolo di diabetico-guida (oggi "Esperto guida per persone con diabete mellito"), che ha l'obbligo di far parte di un'associazione che opera in ambito diabetologico e che non può sostituire in alcun modo gli operatori sanitari, né può agire autonomamente. I compiti ad esso spettanti sono:

- divulgare la conoscenza della malattia;
- instaurare un legame tra i pazienti con DM per uno scambio di esperienze, per un aiuto reciproco sul come affrontare le implicazioni psico-fisiche della malattia;
- collaborare all'educazione dei pazienti con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i servizi di diabetologia e le istituzioni che lo richiedono;
- sostenere i pazienti nelle varie attività, scuola, sport, lavoro, dando non solo un appoggio morale, ma contribuendo a chiarire eventuali problematiche che possono insorgere nei vari ambiti;



SID-AMD Linee Guida sul Diabete: pazienti con DT2 con pregressi eventi cardiovascolari

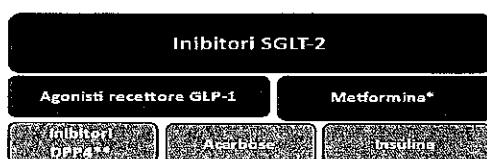
Si raccomanda l'uso di metformina, SGLT-2I e GLP-1 RA come farmaci di prima scelta per il trattamento a lungo termine in pazienti con Diabete di Tipo 2 con pregressi eventi cardiovascolari e senza scompenso cardiaco. Pioglitazone DPP-4i, Acarbosio e Insulina dovrebbero essere considerati farmaci di seconda scelta

Forza della raccomandazione: forte. Qualità delle prove: moderata.



Le associazioni tra più farmaci devono essere prescritte secondo le indicazioni delle rispettive schede tecniche.

SID-AMD Linee Guida sul Diabete: pazienti con DT2 con pregressi eventi cardiovascolari e scompenso cardiaco



Le associazioni tra più farmaci devono essere prescritte secondo le indicazioni delle rispettive schede tecniche.

*La metformina è controindicata in classe III e IV NYHA; **Saxagliptin è associato ad un aumento di ricoveri per scompenso cardiaco

A prescindere dal controllo glicemico, le terapie che includono le Sulfaniluree dovrebbero essere progressivamente sospese o sostituite con altre terapie

Procedure Amministrative

La cartella ambulatoriale informatizzata deve essere redatta per ciascun paziente, sia per motivi clinico – gestionali che medico legali e deve contenere oltre ai dati anagrafici, anamnestici, esame obiettivo e diario, anche:

- le prescrizioni esami;
- i referti degli esami;
- i moduli di consenso informato con la relativa scheda informativa ove richiesta;
- lo schema terapeutico consigliato.

Al fine di garantire una migliore fruibilità del percorso si ritiene necessaria l'attivazione, da parte dell'Azienda di uno sportello di accettazione CUP (CUP di II livello) presso le Strutture Specialistiche Diabetologiche insieme all'utilizzo della ricetta dematerializzata.

Informatizzazione

Il contributo di ciascun operatore nell'ambito del PDTA per la Gestione Integrata della Persona con Diabete tipo 2 in ogni punto del sistema creerà le basi per un virtuoso circuito di ottimizzazione dei percorsi, che condurrà alla riduzione dei bisogni di cura, alla riduzione delle liste di attesa, al miglioramento della qualità di vita dei pazienti e degli operatori sanitari, nonché alla riduzione della spesa sanitaria.

La completa informatizzazione, inoltre, deve contribuire in maniera essenziale alla creazione dell'Osservatorio Regionale della Malattia Diabetica.

PRIMA VISITA DIABETOLOGICA

Aggiornamento del Manuale RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) redatto dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) dopo parere favorevole della commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 16/12/2020.

CLASS_RAO 032	PRIMA VISITA DIABETOLOGICA Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabete gestazionale 2. Risccontro di gravidanza in donna diabetica 3. Scompenso glicemico severo: valori di emoglobina glicata > 11% (o > 97 mmol/mol) 4. Scompenso glicemico severo (glicemia > 300mg/dl) di nuova insorgenza con sintomi/segni: poliuria, polidipsia, calo ponderale 5. Sospetto di diabete mellito tipo 1 di nuova insorgenza 6. Altro (10%)*
U (PEDIATRIA)	72 h	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabete di prima insorgenza (inquadramento diagnostico e terapeutico) 2. Iperglicemia di prima insorgenza di paziente in trattamento per neoplasia o fibrosi cistica 3. Ipoglicemie ricorrenti 4. Altro (10%)*
B ²	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Iperglicemia di prima insorgenza di paziente in trattamento per neoplasia 2. Insufficienza renale cronica severa (GFR < 30 ml/min) in diabete 3. Ipoglicemie ricorrenti 4. Scompenso glicemico: valori di emoglobina glicata compresi tra 9% e 11% (o tra 75 mmol/mol e 97 mmol/mol) di nuova insorgenza 5. Ulcera piede non complicata in diabete mellito 6. Altro (10%)*
B (PEDIATRIA)	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Scompenso glicemico: emoglobina glicata ≥7% (o 53 mmol/mol) 2. Altro (10%)*

CLASS_RAO 032	PRIMA VISITA DIABETOLOGICA Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabete di primo riscontro (inquadramento diagnostico e terapeutico) 2. Quadri acuti di complicanze croniche in paziente diabetico (neuropatia diabetica dolorosa, claudicatio III-IV stadio, evoluzione epatopatia cronica, recente infarto del miocardio, recente episodio di cerebrovasculopatia, recente intervento di chirurgia maggiore) 3. Altro (10%)*
D (PEDIATRIA)	30 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE
P	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE
P (PEDIATRIA)	120 gg	INDICAZIONI CLINICHE NON PREVISTE

* Qualsiasi condizione clinica non prevista dalle “parole chiave” che si ritiene giustifichi l'attribuzione a quello specifico raggruppamento. Presuppone in ogni caso la descrizione in dettaglio delle condizioni cliniche.

² La scheda è stata modificata secondo le indicazioni del Gruppo Tecnico di Lavoro