

Con il Patrocinio di



ASPETTI CLINICI ED ORGANIZZATIVI IN DIABETOLOGIA

WHAT'S NEW

TORINO
27 gennaio 2024



Corso di
aggiornamento
ECM RES

SECONDA SESSIONE

La riorganizzazione dell'assistenza diabetologica

Moderatori: G. Borretta, S.E. Oleandri

11.45 Update sulla gestione integrata in Piemonte
E. Pergolizzi, F. Spolverato

IGEA: un progetto per la gestione integrata del diabete

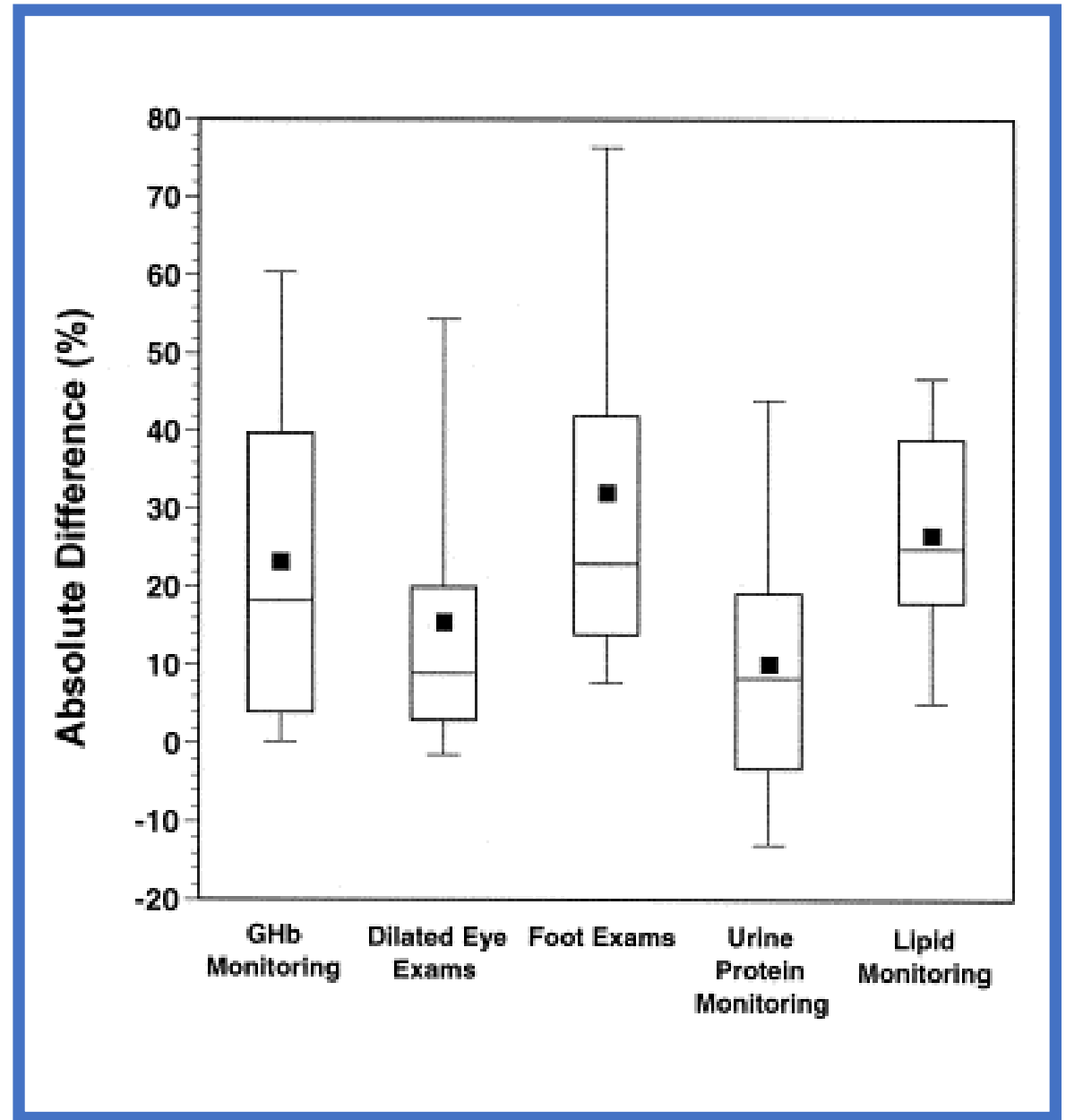
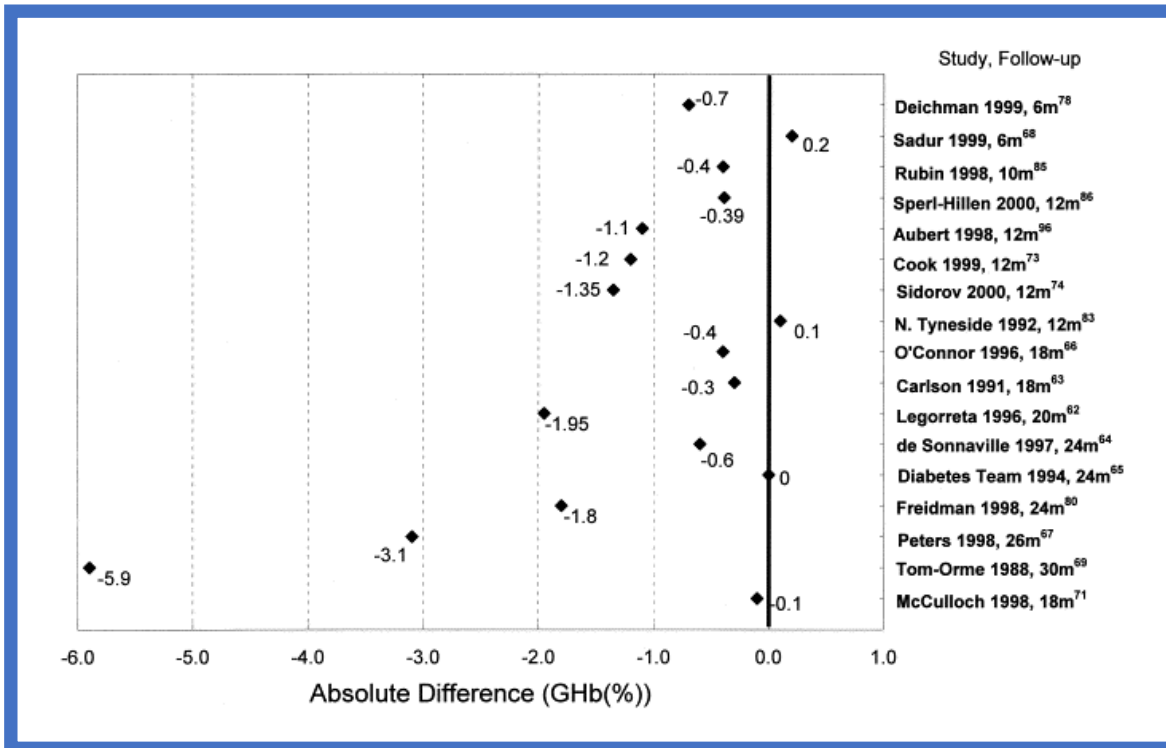
- [I presupposti](#)
- [Gli obiettivi](#)
- [Le attività](#)

Il progetto IGEA nasce dalla consapevolezza che il [diabete](#), con le sue complicanze, rappresenta ancora un grave problema sanitario per le persone di tutte le età e di tutte le aree geografiche e, nonostante i miglioramenti terapeutici e assistenziali, è ancora grande la distanza tra la reale qualità dell'assistenza erogata e quanto raccomandato in sede scientifica. Questa consapevolezza ha indotto il Ministero della Salute, con il

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, a impegnare fortemente il Servizio Sanitario Nazionale nei confronti di questa malattia. Le complicanze del diabete, in particolare, sono state tra le aree di intervento prioritarie previste dal Piano di Prevenzione 2004-2006

e quanto raccomandato in sede scientifica. Questa consapevolezza ha indotto il Ministero della Salute, con il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, a impegnare fortemente il Servizio Sanitario Nazionale nei confronti di questa malattia. Le complicanze del diabete, in particolare, sono state tra le aree di intervento prioritarie previste dal Piano di Prevenzione 2004-2006 e dal successivo [Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007](#) (allegato all'[Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005](#)) che ha previsto la realizzazione di progetti regionali finalizzati, nel caso del diabete, a prevenirne le complicanze tramite l'adozione di programmi di "disease management" (gestione integrata della malattia).

Sanità, ed all'Unione Europea, ha approvato una strategia complessiva contro le malattie non trasmissibili denominata "Gaining Health" (Guadagnare Salute) che, nell'ambito dell'assistenza alle malattie croniche incluso il diabete, punta al riorientamento dei servizi sanitari, grazie a modelli assistenziali adatti a prevenire le disabilità, alla deospedalizzazione e allo sviluppo delle cure primarie, e all'aumento delle competenze delle persone per l'autogestione della propria malattia.



Article

The effectiveness of disease and case management for people with diabetes: A systematic review

Susan L Norris MD, MPH^a, Phyllis J Nichols MPH^a, Carl J Caspersen PhD, MPH^a, Russell E Glasgow PhD^c, Michael M Engelgau MD, MSc^a, Leonard Jack Jr PhD, MSc^a, George Isham MD^d, Susan R Snyder PhD^b, Vilma G Carande-Kulis PhD^b, Sanford Garfield PhD^a, Peter Briss MD^b, David McCulloch MD^f, Task Force on Community Preventive Services

Figure. Forest Plot of the Estimated Program Effects on Glycemic Control

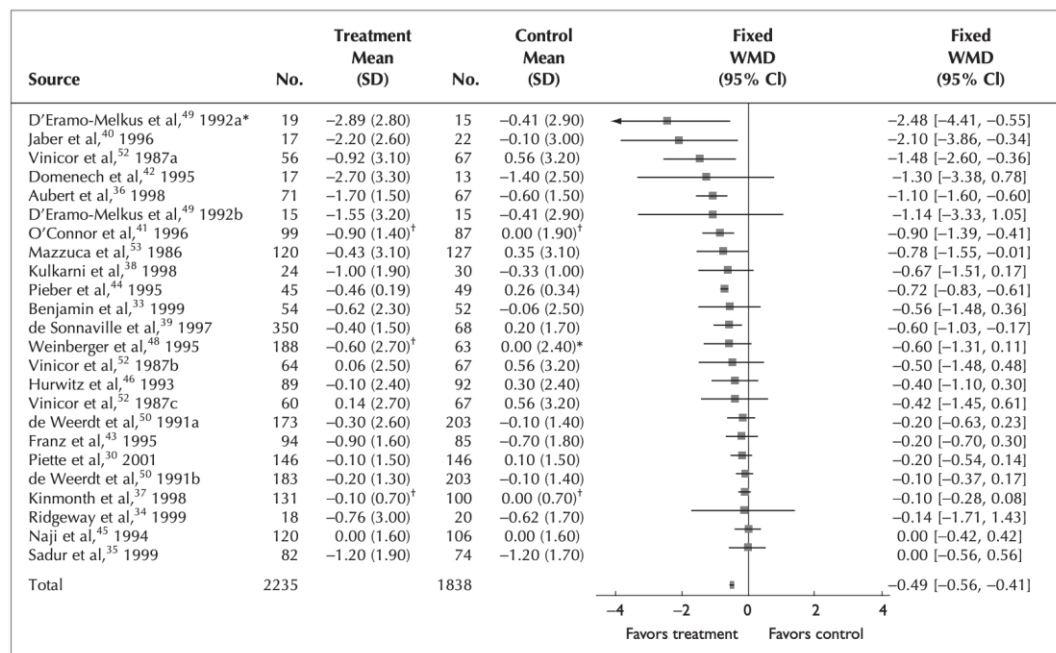


Table 1. Studies Assessing the Effect of Disease Management Programs on Processes of Care (Provider and Patient Compliance)*

Source	Outcome	Treatment No.	Control No.	Treatment Results	Control Results	Difference (95% CI)
Monitoring glycemic levels						
Hurwitz et al, ⁴⁶ 1993	No. of GHb tests per patient per year	86	78	2.4 (0.4)	0.9 (0.1)	1.5 (0.9-2.1)
Naji et al, ⁴⁵ 1994	No. of GHb tests performed per patient at end of follow-up	124	111	4.5 (0.1)	1.3 (0.1)	3.2 (3.0-3.4)
O'Connor et al, ⁴¹ 1996	Patients who had a GHb test, %	134	133	91	91	0
Piette et al, ³⁰ 2001	Score on self-reported home glucose monitoring test	146	146	0.2 (0.1)	0 (0.1)	0.2 (0.004-0.4)
Screening for retinopathy						
Hurwitz et al, ⁴⁶ 1993	No. of retinal examinations per patient per year	89	92	1.1 (0.08)	0.9 (0.08)	0.2 (0.04-0.36)
Naji et al, ⁴⁵ 1994	No. of retinal examinations performed per patient	124	111	1.1 (0.05)	0.9 (0.07)	0.2 (0.08-0.32)
Piette et al, ³⁰ 2001	Patients receiving an ophthalmologic examination, %	146	146	40	38	2
Screening for nephropathy						
Hurwitz et al, ⁴⁶ 1993	No. of urine tests per patient for microalbuminuria	89	92	3 (0.48)	2.3 (0.15)	0.7 (-0.01 to 1.4)
Jaber et al, ⁴⁰ 1996	Change in serum creatinine level	17	22	-18 (8.4)	0 (3.9)	-18 (-31 to -5)
Kinmonth et al, ³⁷ 1998	Patients tested for urinary microalbuminuria/creatinine ratio, %	126	101	28.6	26.7	1.9
Foot screening and referral to podiatrist						
Donohoe et al, ³¹ 2000	Patients receiving an annual foot examination, %	652	642	76	67	9
Hurwitz et al, ⁴⁶ 1993	Patients referred to podiatrist, %	86	78	8	13	-5
Litzelman et al, ⁴⁷ 1993	Patients referred to podiatrist, %	185	198	10.6	5	5.6
Litzelman et al, ⁴⁷ 1993	Patients who received foot examinations, %	185	198	68	28	40
Naji et al, ⁴⁵ 1994	No. of foot examinations performed per patient	124	111	1.4 (0.09)	0.5 (0.06)	0.9 (0.8-1.0)
Patient foot care						
Litzelman et al, ⁴⁷ 1993	Mean (SE) scores on self-reported foot care behaviors (lower scores denote better foot care)	185	198	1.9 (0.03)	2.12 (0.03)	-0.22 (-0.28 to -0.16)
Piette et al, ³⁰ 2001	No. of self-reported foot inspections	146	146	0.3 (0.1)	0.4 (0.1)	-0.1 (-0.2 to -0.004)
Sadur et al, ³⁵ 1999	Frequency of self-examining feet, No./wk	80	62	6.6 (4.4)	5.7 (4.4)	0.9 (-0.55 to 2.35)

Table 3. Studies Looking at Serum Lipids (LDL Cholesterol or Total Cholesterol and HDL Cholesterol)*

Source	Outcome	Treatment No.	Control No.	Treatment Results	Control Results	Difference (95% CI)
LDL cholesterol or total cholesterol						
Aubert et al, ³⁶ 1998	LDL cholesterol	71	67	-6	-10.2	4.2 (-8.16-3)
D'Eramo-Melkus et al, ⁴⁹ 1992	Total cholesterol (patient education alone)	15	15	-18.6 (39.8)	0.8 (54.9)	-19.4 (-54.1-15.5)
D'Eramo-Melkus et al, ⁴⁹ 1992	Total cholesterol (patient education and individual follow-up)	19	15	-19.7 (54.9)	0.8 (54.9)	-20.5 (-58.0-19.3)
de Sonnaville et al, ³⁹ 1997	Total cholesterol	350	68	-11.6 (46.4)	0 (38.7)	-11.6 (-23.2-0)
Franz et al, ⁴³ 1995	LDL cholesterol	89	75	-3.5 (34.4)	0.4 (41.8)	-3.9 (-15.5-7.7)
Kinmonth et al, ³⁷ 1998	Total cholesterol	130	101	1.9	0	1.9 (-34.8-38.7)
Pieber et al, ⁴⁴ 1995	Total cholesterol	45	49	-15.5 (45.2)	-1.9 (66.1)	-13.6 (-38.7-9.9)
Raz et al, ³¹ 1986	Total cholesterol	23	26	-12.3 (40.2)	5.8 (58.1)	-18.1 (-46.4-10.2)
Ridgeway et al, ³⁴ 1999	LDL cholesterol	18	20	-7 (7.5)	6 (5.1)	-13 (-17.2 to -8.8)
HDL cholesterol						
Aubert et al, ³⁶ 1998	HDL cholesterol	71	67	2 (5.9)	0.7 (5.9)	1.3 (-0.7-3.3)
de Sonnaville et al, ³⁹ 1997	HDL cholesterol	350	68	-1.9 (11.6)	-0.4 (15.5)	-1.5 (-3.9-3.9)
Franz et al, ⁴³ 1995	HDL cholesterol	94	85	-0.8 (11.6)	-2.7 (15.5)	1.9 (-3.9-7.7)
Raz et al, ³¹ 1986	HDL cholesterol	23	26	2.6 (4.3)	-0.6 (4.5)	3.2 (0.7-5.7)
Ridgeway et al, ³⁴ 1999	HDL cholesterol	18	20	-4 (1.3)	-3 (1.2)	-1 (-5.1-3.1)

Table 2. Studies Looking at Mean Change in Systolic Blood Pressure*

Source	Treatment No.	Control No.	Treatment Results	Control Results	Difference (95% CI)
de Sonnaville et al, ³⁹ 1997	350	68	0.8 (22.2)	-0.1 (23.5)	0.9 (-5.2-7.0)
Kinmonth et al, ³⁷ 1998	138	107	0.2	1.3	-1.1 (-3.3-1.1)
Pieber et al, ⁴⁴ 1995	45	49	-17 (20.5)	-7 (22.5)	-10 (-18.2-1.2)
Naji et al, ⁴⁵ 1994	120	106	5.6 (26.1)	2.5 (25.3)	3.1 (-3.6-9.8)
Vinacor et al, ⁵² 1987 (patient education)	69	67	-1.0 (16.5)	7.7 (18.0)	-8.7 (-14.5 to -2.9)
Vinacor et al, ⁵² 1987 (physician education)	62	67	3.9 (20.9)	7.7 (18.0)	-3.8 (-10.6-3.0)
Vinacor et al, ⁵² 1987 (patient and physician education)	58	67	4.6 (21.1)	7.7 (18.0)	-3.1 (-10.1-3.9)

MANAGERIAL

A Systematic Review of Diabetes Disease Management Programs

Kevin Knight, MD, MPH; Enkhe Badamgarav, MD, MPH; James M. Henning, MS; Vic Hasselblad, PhD; Anacleto D. Garzo, Jr, MPH; Joshua J. Qjman, MD, MSHS; and Scott R. Weingarten, MD, MPH

(Am J Manag Care. 2005;11:242-250)

Gli obiettivi

Il [disease management](#) è oggi considerato lo strumento più indicato per migliorare l'assistenza delle persone con malattie croniche. Queste persone, infatti, hanno bisogno, oltre che di trattamenti efficaci, anche di continuità di assistenza, informazione e sostegno per raggiungere la massima autogestione possibile. Secondo l'OMS, per attuare un intervento di disease management è

Il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno predisposto, a partire dal 2006, il progetto IGEA che prevede la definizione della strategia complessiva dell'intervento e il coordinamento e il supporto ai progetti regionali. L'obiettivo generale del progetto è quello di ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici, mettendo il paziente e non il sistema al centro dell'organizzazione assistenziale attraverso la realizzazione di un modello che:

- garantisca interventi efficaci per la totalità dei diabetici
- attui gli interventi secondo i principi della medicina basata sulle prove
- assicuri la possibilità di misurare sia la qualità delle cure che il miglioramento degli esiti
- assicuri la possibilità di attivare gradualmente un modello di assistenza su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle diverse realtà territoriali, ma garantendo comunque uniformità negli interventi.

- assicuri la possibilità di misurare sia la qualità delle cure che il miglioramento degli esiti
- assicuri la possibilità di attivare gradualmente un modello di assistenza su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle diverse realtà territoriali, ma garantendo comunque uniformità negli interventi.

LA GESTIONE INTEGRATA IN PIEMONTE



Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007

Ambito 2.1, Iniziativa 3 - Prevenzione Attiva delle Complicanze del Diabete Tipo 2

D301

MODELLO DI GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO TIPO 2

Il protocollo diagnostico-terapeutico

Per il paziente diabetico tipo 2, il modello "integrato" attualmente ritenuto più idoneo al raggiungimento degli obiettivi terapeutici condivisi, è il seguente:

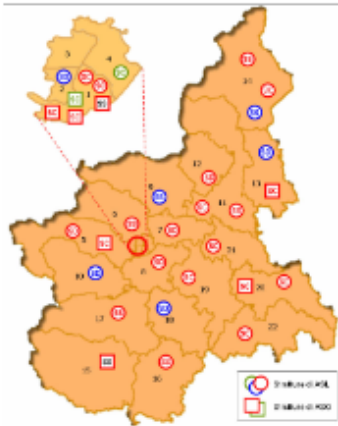
1. Il paziente neo-diagnosticato è inviato al SD per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up a vita
2. Successivamente il paziente è avviato ad un follow-up a lungo termine, integrato e condiviso tra MMG e Servizio specialistico
3. Il paziente si sottopone a visita presso la struttura diabetologica:
 - ➔ - con le scadenze concordate con il MMG, (in media una volta l'anno per i pazienti in compensazione accettabile e senza gravi complicanze)
 - ➔ - con maggiore frequenza (pur sempre in stretta collaborazione con il MMG) per i pazienti che presentano complicanze o un controllo metabolico cattivo o instabile.
 - ➔ - in qualsiasi momento si presentino nuovi problemi.

L'esperienza piemontese, è stata scandita da importanti "passaggi" normativi regionali, di cui i principali sono:



- La D.G.R. n. 40-9920 del 27.10.2008, sancisce l'avvio del modello sulla GI fra MMG e Servizi specialistici di diabetologia
- L'articolazione del PDTA Diabete è stata individuata dalla D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010, che ha completato il quadro d'indirizzo regionale sull'assistenza territoriale per la prevenzione, diagnosi e cura del diabete.
- Il Modello di Rete Regionale per la gestione, in forma integrata con le cure primarie, di tutte le attività specialistiche per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete è stata formalizzata con atto deliberativo n. 25-6992 del 30.12.2013 nell'ambito del Programma 13 "Reti assistenziali per intensità di cura" (Azione 13.2.3 "PDTA-Ambulatoriale Diabete Mellito").
- Con la D.D. n. 733 del 29.8.2014 sono stati approvati i progetti interaziendali per la sperimentazione di modelli di rete integrata territorio/ospedale.
- Con la D.D. n. 129 del 10.3.2015 è stato definito il percorso operativo per l'avvio dei progetti sperimentali e sono stati individuati il ruolo, le funzioni e le competenze del Centro di Accoglienza, d'indirizzo e supporto (C.A.I.S.) al PDTA-Diabete.
- Con la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2016 viene approvato il progetto organizzativo-funzionale della Rete territoriale Endocrino-Diabetologica del Piemonte, unitamente ai criteri per la composizione della Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale.

L'offerta anno 2008



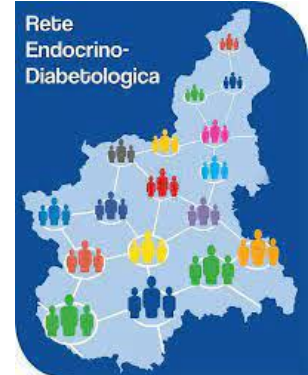
Rete dei Servizi di Specialità del Piemonte

ASL BI	ASL BIELLA	ASL BIELLA
ASL VC	ASL VERCELLI	ASL VERCELLI
ASL NO	ASL NIVARONE	ASL NIVARONE
ASL VCO	ASL VIGEVANO	ASL VIGEVANO
ASL AT	ASL ALESSANDRIA	ASL ALESSANDRIA
ASL AL	ASL ALBA	ASL ALBA
ASL TO3	ASL TORINO	ASL TORINO
ASL TO4	ASL TORINO	ASL TORINO
ASL TO5	ASL TORINO	ASL TORINO
ASL CN1	ASL CUNEO	ASL CUNEO
ASL CN2	ASL CUNEO	ASL CUNEO



Lista degli ambulatori di Endocrinologia Piemonte

ASL	Totale	V	R	P
ASL BI	1	1	0	0
ASL VC	1	1	0	0
ASL NO	1	1	0	0
ASL VCO	1	1	0	0
ASL AT	1	1	0	0
ASL AL	1	1	0	0
ASL TO3	1	1	0	0
ASL TO4	1	1	0	0
ASL TO5	1	1	0	0
ASL CN1	1	1	0	0
ASL CN2	1	1	0	0



30 strutture organizzative
62 ambulatori

Prescrizione DEMA di competenza del MMG

Ex 89.7	Prima visita per accertamento patologia
Ex 89.05	Rientro programmato o per nuovo problema dalla GID
Ex 89.01	Per richiesta piani terapeutici o altre certificazioni

Prescrizione DEMA di competenza del SD

Ex 89.05	Visita di accoglienza
Ex 89.03	Valutazione diabetologica complessiva con piano terapeutico
Ex 89.07	Consulto interdisciplinare di gruppo
Ex 89.01	Esami o visite nel percorso nel SD
Ex 94.42.2	Addestramento Istruzione Educazione terapeutica (ETS)

Strutture

ASL BI
ASL VC
ASL NO
ASL VCO
ASLAT
ASL AL
ASL CITTÀ DI TORINO
ASL TO3
ASL TO4
ASL TO5
ASL CN1
ASL CN2

ASO S. Antonio Biagio Alessandria
ASO Mauriziano Torino
ASO Città della Salute
ASO San Luigi
ASO S Croce e Carle Cuneo

Per gli esami di approfondimento nel percorso tra ex cod. 89.05 ed ex cod. 89.03, la ricetta dematerializzata è a carico della diabetologia.
Per gli esami di accompagnamento a ex cod. 89.05, per rientro programmato o in urgenza, la dematerializzata è a carico del MMG

...ative, la prima è che per
...ano censite in più di 90
...elle **12 Asl del Piemonte**
...e affrontare in maniera

...aso per la prima volta,
...la da oltre 20 anni,
...tologia. Questo ha fatto
...risorse e dei percorsi per

...ssessorato vi è stata la
...articolazione descrittiva
...poi e di come si realizza
...ortante è che l'assistenza

...non viene descritta solo con i codici di prima visita e visita di controllo, bensì
...con **6 codici che meglio riportano il sistema di presa in carico e di confronto**
...con altri specialisti proprio dell'attività diabetologica. L'attività educativa e
...di addestramento dei team diabetologici, che da sempre è di difficile
...rendicontazione, **trova descrizione nel codice 94.42.2.**

L'esperienza piemontese, è stata scandita da importanti "passaggi" normativi regionali, di cui i principali sono:



- La D.G.R. n. 40-9920 del 27.10.2008, sancisce l'avvio del modello sulla GI fra MMG e Servizi specialistici di diabetologia
- L'articolazione del PDTA Diabete è stata individuata dalla D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010, che ha completato il quadro d'indirizzo regionale sull'assistenza territoriale per la prevenzione, diagnosi e cura del diabete.
- Il Modello di Rete Regionale per la gestione, in forma integrata con le cure primarie, di tutte le attività specialistiche per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete è stata formalizzata con atto deliberativo n. 25-6992 del 30.12.2013 nell'ambito del Programma 13 "Reti assistenziali per intensità di cura" (Azione 13.2.3 "PDTA-Ambulatoriale Diabete Mellito").
- Con la D.D. n. 733 del 29.8.2014 sono stati approvati i progetti interaziendali per la sperimentazione di modelli di rete integrata territorio/ospedale.
- Con la D.D. n. 129 del 10.3.2015 è stato definito il percorso operativo per l'avvio dei progetti sperimentali e sono stati individuati il ruolo, le funzioni e le competenze del Centro di Accoglienza, d'indirizzo e supporto (C.A.I.S.) al PDTA-Diabete.
- Con la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2016 viene approvato il progetto organizzativo-funzionale della Rete territoriale Endocrino-Diabetologica del Piemonte, unitamente ai criteri per la composizione della Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale.
- **Con la D.D. n. 709 del 13.11.2017 è stata formalizzata l'operatività nella Regione Piemonte del PDTA-Diabete. sulla base della nuova articolazione dell'assistenza diabetologica sul territorio regionale, nell'ambito di un modello organizzativo di tipo hub&spoke e prevedendo anche le modalità e procedure per il coordinamento con la medicina generale nei diversi step in cui si articola il percorso.**

REGIONE PIEMONTE BU52 29/12/2022

Codice A1413C

D.D. 13 dicembre 2022, n. 2416

D.G.R. n. 27-4072 del 17.10.2016. Revisione e aggiornamento del percorso di salute diagnostico terapeutico-assistenziale Diabete Mellito (PSDTA-DM) nella sua articolazione uniforme a livello regionale, come definita dalla Rete Endocrino-Diabetologica del Piemonte.



ATTO DD 2416/A1413C/2022

DEL 13/12/2022

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400A - SANITA' E WELFARE

A1413C - Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari

OGGETTO: D.G.R. n. 27-4072 del 17.10.2016. Revisione e aggiornamento del percorso di salute diagnostico terapeutico-assistenziale Diabete Mellito (PSDTA-DM) nella sua articolazione uniforme a livello regionale, come definita dalla Rete Endocrino-Diabetologica del Piemonte.



Il presente PDTA deriva dall'aggiornamento di quello già esistente, come definito dalla D.D. 709 del 13.11.2017 ed è in armonia con il modello regionale per la Gestione Integrata del Diabete (GID) avviato nel 2008 (DGR 40-9920 del 27/10/2008) e consolidato a regime nel 2011 (DGR 18-2663 del 3/10/2011).



Obiettivi del presente aggiornamento del PSDTA sono:

- garantire la corretta gestione e presa in carico del paziente, assicurando un approccio multidisciplinare appropriato e qualificato;
- pianificare gli interventi diagnostici, terapeutici e assistenziali specifici;
- costruire un percorso ottimale, dal processo diagnostico al follow-up;
- identificare i centri di riferimento, gli attori responsabili, le competenze e i ruoli nell'ambito del PDTA;
- identificare gli indicatori di processo ed esito per la verifica dell'implementazione del PDTA
- contribuire a una corretta applicazione della Nota 100 AIFA per un utilizzo appropriato dei farmaci innovativi per il diabete di tipo 2;
- agevolare lo sviluppo della telemedicina in ambito territoriale in linea con il PNRR (M6.Salute).
- promuovere l'utilizzo di terapie innovative per pazienti ad altissimo rischio quali gli anticorpi anti-PCSK9 e gli oligonucleotidi (siRNA) recentemente autorizzati dall'AIFA



Il PSDTA Diabete si articola attraverso le seguenti fasi operative:

PRIMA VISITA

Il paziente con una diagnosi o un sospetto di “diabete mellito” è inviato al Servizio di Diabetologia, con richiesta motivata da:

- MMG,
- DEA,
- struttura ospedaliera di ricovero ordinario o diurno, anche per altra causa, con riscontro di iperglicemia
- altro specialista, in occasione di valutazione per problema pertinente.

Al Servizio dove viene visitato in “prima visita per sospetto/probabile diabete mellito di natura da determinare” (ex cod.89.7), nel corso della quale viene confermata oppure esclusa la diagnosi di diabete.



VISITA DI ACCOGLIENZA INDIRIZZO E SUPPORTO

Dopo la conferma della diagnosi, viene attivata la visita di accoglienza e di attivazione del PDTA– DM (ex cod. 89.05), nel corso della quale avviene la presa in carico e la definizione del quadro completo del paziente, attraverso:

- un primo approccio presso le varie strutture di Diabetologia;
- la raccolta dei dati, delle informazioni e l'anamnesi;
- la visita mirata;
- la compilazione della cartella clinica;
- il rilascio dell'attestato di patologia (procedura RRD);
- il consenso informato ed il primo approccio terapeutico;
- il programma dei test e degli approfondimenti diagnostici (definizione piano diagnostico).

Tale tipologia di visita viene effettuata anche nelle seguenti situazioni:

- per la presa in carico di paziente con diabete noto, trasferito da altro servizio di Diabetologia;
- visita per nuovo problema clinico in paziente con diabete noto;
- rientro programmato dalla GID.



APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI

Successivamente alla presa in carico viene attivato il percorso per l'effettuazione degli approfondimenti diagnostici programmati, come segue:

- definizione diagnostica del tipo di diabete mellito (nei casi che lo richiedono);
- definizione diagnostica delle complicanze;
- definizione diagnostica del problema "nuovo" in paziente con diabete noto, che richiede una rivalutazione del Piano terapeutico personalizzato.

In questa fase di diagnostica e terapia specialistica **sono possibili eventuali ricontrolli a breve (ex cod. 89.01, visita diabetologica di controllo)** e, una volta recepiti a livello regionale **i nuovi LEA** e definito il nuovo nomenclatore tariffario regionale, potranno essere utilizzate **le prestazioni monitoraggio dinamico della glicemia con educazione del paziente (cod. 99.99.2) e applicazione di microinfusore con addestramento del paziente (codice da definire).**



RIVALUTAZIONE COMPLESSIVA (STESURA)

La rivalutazione complessiva (ex cod. 89.03) è finalizzata a reinquadrare il paziente nell'ambito del piano di cura, comprensiva anche dell'addestramento del paziente e del care giver all'autogestione della malattia. Ha come obiettivo la definizione del piano di trattamento e si colloca al termine del percorso successivo alla visita di accoglienza presso il CAIS.

La casistica in relazione alla quale occorre procedere ad una rivalutazione complessiva è la seguente:

- al termine della stadiazione delle complicanze, per definire l'indirizzo terapeutico;
- al termine di cicli terapeutici "intensivi" per la normalizzazione del compenso glicemico, onde valutarne l'efficacia e decidere in merito;
- in caso di recidiva di scompenso o acutizzazione di una complicanza;
- nel corso del follow-up, per rivalutare l'eventuale nuovo indirizzo terapeutico;
- in ogni caso previsto di accesso non programmato, per rivalutare gli obiettivi terapeutici e ridefinire un nuovo piano di trattamento e di controlli programmati.



PIANO DI TRATTAMENTO

Viene quindi formulato il piano di trattamento personalizzato, condiviso con il MMG che deve indicare chiaramente:

- gli obiettivi terapeutici da raggiungere, i mezzi e gli strumenti adeguati allo scopo ed i risultati attesi
- i periodici controlli che devono essere eseguiti per il monitoraggio del compenso e lo screening delle complicanze
- le modalità da seguire per un eventuale reinvio anticipato al servizio di diabetologia.



CONSULTO INTERDISCIPLINARE

Nel corso della rivalutazione complessiva o in qualsiasi fase precedente, può essere necessario un consulto interdisciplinare (ex cod. 89.07) finalizzato a definire la “presa in carico” e il trattamento terapeutico più appropriato, da valutarsi collegialmente con approccio multidisciplinare.

La prestazione interdisciplinare viene effettuata con un obiettivo preciso e nell’ambito di un progetto personalizzato, a fronte delle seguenti situazioni:

- trattamento di complicanze o comorbidità la cui presenza modifica il rapporto rischio/beneficio del piano terapeutico individuale in essere e dei relativi controlli;
- necessità di un intervento coordinato con lo specialista di riferimento per complicanze conclamate (es. nefropatia, piede a rischio di amputazione, cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco, paziente oncologico, in cure palliative, gravidanza complicata, candidato ad intervento di chirurgia maggiore, epatopatia NASH ecc.).

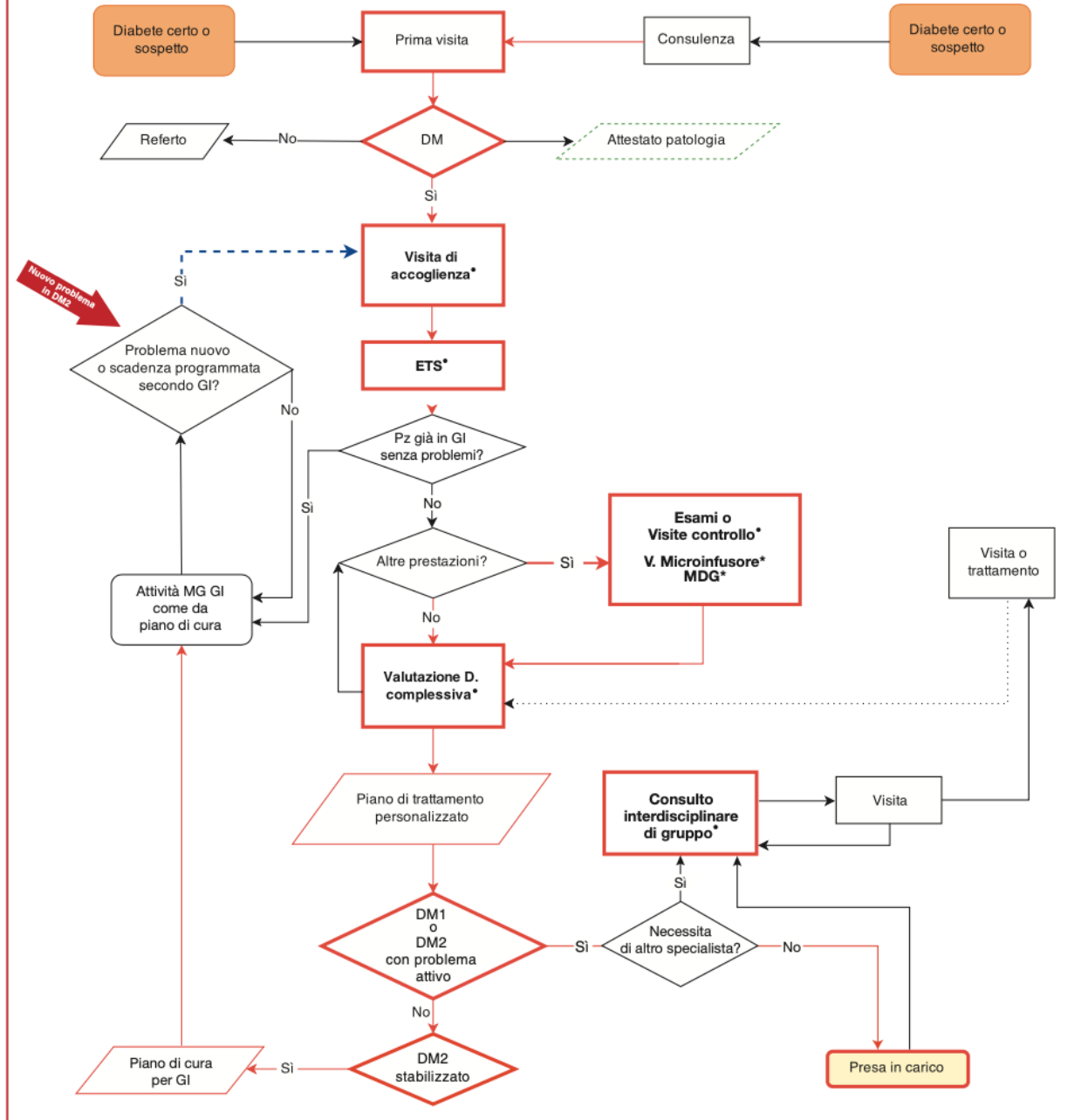


8 Telemedicina e teleconsulto

Alla luce di quanto previsto dalla D.G.R. 6-1613 del 3.7.2020 e delle impostazioni per un potenziamento e digitalizzazione della medicina territoriale del PNRR (M6.Salute) le seguenti prestazioni sono attuabili nella modalità di telemedicina

DESCRIZIONE ATTIVITA'	CODICE
Visita di accoglienza	8905.1
Educazione Terapeutica Strutturata	94.42.2
Valutazione complessiva	8903.06
Consulto interdisciplinare di gruppo	8907.3
Visita controllo	8901.47

Centro Accoglienza Indirizzo e Supporto PDTA diabete mellito tipo 1 e tipo 2
 Come da DGR 61/2010 e DD 546 del 15/09/2016 - Aggiornamento 2022





Direzione Sanità e Welfare

sanita@regione.piemonte.it

sanita@cert.regione.piemonte.it



Gruppo Tecnico Regionale

Area Endocrino-Diabetologica

- razionalizzazione dell'offerta dei diversi nodi e delle strutture della "Reti", governo delle interdipendenze al fine di garantire l'integrazione tra i diversi setting assistenziali e il raggiungimento dei LEA (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera)
- sviluppo delle pratiche basate sulla evidenza scientifica e miglioramento della sicurezza, dell'appropriatezza clinica e organizzativa
- individuare e censire i bisogni di salute, la domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria e i modelli organizzativi adottati
- formulare proposte organizzative, funzionali al perseguimento degli obiettivi ed al coordinamento delle attività di assistenza
- sviluppo e miglioramento dei percorsi di salute e diagnostici terapeutici ed assistenziali per garantire l'adeguata "presa in carico" del paziente in forma omogenea sul territorio
- analisi e miglioramento dell'accesso e delle liste e dei tempi di attesa
- razionalizzazione dell'uso delle risorse, con particolare riferimento ai farmaci, ai presidi, alle tecnologie e alla logistica
- formazione dei professionisti
- telemedicina
- ricerca
- interoperabilità dei sistemi informativi
- altri ambiti prioritari ritenuti di interesse