

Direzione SANITA'

Settore Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale

DETERMINAZIONE NUMERO:

709

DEL: 13 NOV, 2017

Codice Direzione: A14000

Codice Settore: A1410A

Legislatura: 10

Anno: 2017

Non soggetto alla trasparenza ai sensi Artt. 15-23-26 del decreto trasparenza

Firmatario provvedimento: VITTORIO DEMICHELI

### Oggetto

D.G.R. 27-4072 del 17.10.2016. Attuazione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale Diabete Mellito (PDTA-DM) nella sua articolazione uniforme a livello regionale, come definita dalla Rete Endocrino-Diabetologica del Piemonte.

La D.G.R. n. 27-4072 del 17.10.2016 si inserisce nel contesto delle strategie regionali finalizzate al riequilibrio fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale in un'ottica di appropriatezza e di coerenza delle risposte erogate dal S.S.R. rispetto agli effettivi bisogni di salute, spostando in particolare quelle riferite alle patologie croniche ad elevato impatto sociale verso percorsi integrati fra medicina specialistica e medicina di territorio finalizzati a garantire la presa in carico globale della persona e la continuità delle cure.

In coerenza con la D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012 (PSSR 2012-2015), che aveva introdotto il principio del riordino del SSR mediante la realizzazione di reti assistenziali integrate, la suddetta D.G.R. n. 27-4072/2016, disponendo l'istituzione della Rete Endocrino-Diabetologica Regionale (Rete ED), ne ha definito quale obiettivo prioritario la "condivisione e l'omogenea applicazione di percorsi di cura (PDTA)" a livello regionale, dal territorio all'ospedale, nell'ottica di transitare da un sistema di risposta di tipo "prestazionale", fondato sull'erogazione di singole prestazioni, verso un approccio fondato sui "percorsi di cura", quali complessi di prestazioni coordinate e articolate per affrontare e risolvere l'insieme dei problemi clinico-assistenziali connessi alle patologie croniche trattate.

In attuazione di tali strategie, coerenti anche con i principi contenuti nel Piano Nazionale Cronicità, nel Piano Nazionale Diabete e con i nuovi Lea di cui al D.P.C.M. 12.1.2017, con la D.D. n. 81 dell'8.2.2017 è stato definito il percorso operativo per l'avvio della Rete ED Regionale e delle relative attività.

In una prima fase, secondo il cronoprogramma di cui alla D.D. n. 81/2017, Allegato 1, punto 5, la Rete ED, tramite le funzioni di coordinamento individuate, doveva procedere ai seguenti adempimenti:

- ricognizione delle attuali sedi di erogazione delle attività endocrino-diabetologiche e delle relative risorse professionali impiegate; nelle due Aree interaziendali Piemonte Occidentale e Piemonte Orientale;
- pianificazione interaziendale di un percorso omogeneo e condiviso per l'articolazione del PDTA Diabete, come definito dalla D.G.R. n. 61-13646 del 2010, in forma integrata con la medicina generale e con le sue forme organizzative operanti sul territorio, con particolare riferimento al modello avviato con la D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 (Case della salute strutturali e/o funzionali) e D.D. n. 438 del 30.6.2017;
- proposta degli indicatori di processo ed esito intermedio per monitorare l'andamento della sperimentazione nel primo triennio, come previsto dalla D.G.R. n. 27-4072/2016, Allegato A, punto 6.2 e 3.

La Rete ED ha ottemperato ai suddetti adempimenti e i coordinatori di area hanno proceduto alla presentazione e condivisione delle relative risultanze nella riunione plenaria di Rete tenutasi il 15.6.2017 presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e nell'incontro aperto con le direzioni aziendali e distrettuali, con il personale operante nelle équipes di disciplina e con la Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale tenutosi il 28.9.2017 presso la sede della Regione Piemonte, come di seguito riportato:

- 1) partendo dall'analisi epidemiologica e dell'impatto del Diabete in Piemonte, in termini di stato di salute e di impegno del SSR, come illustrato nell'incontro della Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale nell'incontro del 7.3.2017, è stata presentata la rilevazione/censimento della realtà esistente sull'assistenza endocrino/diabetologica nelle due Aree interaziendali della Rete ED.

In particolare, sull'area diabetologica, per ciascuna prestazione prevista dal PDTA di cui alla DGR n.61-13646/2010 sono state rilevate le attuali sedi di erogazione ASL/AO/AOU (e di conseguenza punto di partenza per l'avvio del PDTA interaziendale) e le rispettive risorse impiegate.

In ciascuna area sono state altresì individuate le principali attività di alta specialità svolte all'interno degli ospedali Hub

Sull'area endocrino-metabolica, sulla base di un questionario di rilevazione appositamente prodotto dalla Rete ED, è stata censita tutta l'attività erogata in ogni A.S.R., sia nell'ambito di strutture di disciplina ED (branca 19), sia nell'ambito di strutture afferenti ad altra disciplina (es. Medicina, Oncologia, ecc.), al fine di avere un quadro preciso dell'attuale risposta erogata dal S.S.R. e specificamente destinata a questo tipo di patologie;

- 2) è stato condiviso il PDTA regionale del Diabete, come previsto dalla DGR 61-13646/2010 e articolato nelle relative prestazioni in modo uniforme su tutto il territorio, secondo la descrizione di cui all'Allegato 1 e relativo schema di cui all'Allegato 1 bis, entrambi facenti parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 3) è stata presentata la proposta di condivisione del PDTA Diabete con la Medicina Generale, come riportata nell'Allegato 2 facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 4) sono stati proposti gli indicatori per il monitoraggio del PDTA Diabete, come riportati nell'Allegato 3 facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Nei suddetti incontri è stato inoltre proposto e condiviso il seguente percorso successivo:

- avvio di tre tavoli tecnici tematici operanti sull'area delle patologie endocrino-metaboliche, ciascuno coordinato da un componente della Rete ED individuato nell'incontro stesso,

appositamente finalizzati alla definizione di specifici PDTA per il trattamento delle seguenti patologie:

- 1) obesità;
- 2) dislipidemie;
- 3) patologie tiroidee;

- richiesta alla Regione e al coordinamento della Rete ED di garantire:

a) il raccordo e la coerenza dell'operato di tali tavoli tecnici tematici con la più generale attività dei gruppi di lavoro regionali istituiti in attuazione della D.G.R. n. 17-4817 del 27.3.2017, *"Il 'Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019'. Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali"*, con particolare riferimento alle prestazioni relative alla visita endocrinologica;

b) la governance specifica, nell'ambito dell'area specialistica ambulatoriale, dei PDTA endocrino-diabetologici, con particolare riferimento alla normativa sulle classi di priorità e alla gestione delle prenotazioni in coerenza con i tempi previsti nel percorso;

c) l'interoperabilità, su tutto il territorio regionale, fra l'applicativo in uso presso le strutture specialistiche della Rete ED ed il portale MMG per la Gestione Integrata del Diabete;

d) l'erogazione coordinata fra le attività della Rete ED e le attività endocrinologiche svolte al di fuori delle strutture afferenti alla Rete stessa, una volta definiti i relativi PDTA;

- definizione, da parte dei suddetti tavoli tematici, di una proposta di indicatori per il monitoraggio dell'andamento e dell'impatto dei PDTA di cui ai punti 1, 2, 3;

- proseguimento delle attività dei tavoli tecnici già operanti sulle aree del Piede Diabetico e della Diabetologia Pediatrica, ai fini della individuazione degli specifici PDTA e della relativa articolazione delle prestazioni erogate su livelli d'intensità/complexità, nell'ambito del modello hub&spoke di cui alla D.G.R. n. 27-4072/2017 e secondo gli indirizzi già stabiliti con la D.D. n. 81/2017, Allegato 1, punti 3 e 4.

In attuazione del Piano d'azione previsto dalla citata D.D. n. 81/ 2017, Allegato 1, preso atto della ricognizione delle attività e del censimento delle strutture operanti per l'assistenza specialistica endocrino-diabetologica nelle aree interaziendali Piemonte Occidentale e Piemonte Orientale e considerata la coerenza del percorso prospettato per l'avvio della Rete ED e dei relativi PDTA con la sopra richiamata normativa regionale, si ritiene di:

- procedere alla validazione del progetto di rete interaziendale, preordinato all'erogazione del PDTA Diabete in modo appropriato su tutto il territorio regionale, come delineato dalla D.G.R. n. 61-13646/2010 e come articolato nello schema di percorso "quadro", omogeneo a livello regionale, di cui agli Allegati 1 e 1 bis e secondo le modalità operative concordate con la Medicina Generale e riportate nell'Allegato 2, tutti facenti parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- stabilire che, a far data dall'1.12.2017, le prescrizioni ambulatoriali per la prevenzione, diagnosi e cura del diabete sono estese a tutte le prestazioni previste nel PDTA definito con D.G.R. n. 61-13646/2010, da erogarsi secondo il percorso descritto ed illustrato nei sopra citati Allegati 1 e 1 bis facenti parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ferma restando la

coerenza con le disposizioni regionali emanate in attuazione del D.P.C.M. n. 12.1.2017 (nuovi LEA);

- confermare la disciplina delle funzioni e delle competenze dei Centri di Accoglienza, indirizzo e supporto al PDTA DM come prevista dalla D.D. n. 129 del 10.3.2015;
- dare atto che ai pazienti presi in carico nel suddetto PDTA verranno garantite le relative prestazioni attraverso la programmazione e la contestuale prenotazione dei diversi accessi di controllo, ai sensi della D.G.R. n. 17-4817 del 27.3.2017, avente ad oggetto "Il 'Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019'. Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali"; Allegato A, punto 2.5 e segg.;
- monitorare, entro il primo semestre 2018, gli interventi avviati a livello aziendale per garantire l'interoperabilità dell'applicativo in uso presso le strutture endocrino-diabetologiche ASL/AO/AOU, sia nelle aree interaziendali della Rete ED, sia con il portale regionale per la Gestione Integrata del Diabete con la medicina generale;
- approvare gli indicatori di monitoraggio dell'andamento e dell'impatto del PDTA Diabete, come riportati nell'Allegato 3 facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che costituiranno oggetto di apposita relazione illustrativa, da redigersi entro il 10.9.2018, con riferimento al periodo 1.12.2017-30.6.2018; entro il 10.3.2019, con riferimento al 2° semestre 2018; entro il 10.3.2020 con riferimento all'anno 2019;
- demandare a successivo provvedimento, da emanarsi entro l'anno 2018, ad avvenuto monitoraggio dell'andamento e dell'impatto del PDTA DM dalla sua attivazione fino al 30.6.2018:
  - a. l'individuazione di un piano per il progressivo riordino delle prestazioni diabetologiche secondo il modello hub&spoke integrato con l'organizzazione territoriale della medicina generale, sulla base del principio sancito dalla D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i. e ripreso dalla D.G.R. n. 27-4072/2016 per la Rete ED, per cui l'attività delle reti specialistiche deve essere articolata secondo livelli diversificati di complessità delle prestazioni erogate dai presidi ospedalieri (hub) e dagli ambulatori/presidi territoriali (spoke);
  - b. avvio di un percorso tecnico finalizzato alla definizione, entro il 2019, di un apposito PDTA per la gestione della retinopatia diabetica, considerato l'elevato impatto su SSR di tale complicanza del diabete;
  - c. identificazione di un primo PDTA delle patologie tiroidee, da condividere e co-gestire con la medicina generale, nonché di analoghi PDTA per obesità e dislipidemie; contestuale avvio di un analogo percorso di lavoro per la gestione dell'endocrinologia pediatrica e per le altre patologie endocrine prevalenti sul territorio.
  - d. il monitoraggio degli interventi posti in essere o programmati a livello aziendale per la riconduzione funzionale alla Rete ED delle attività endocrino-metaboliche oggi svolte nell'ambito di strutture aziendali non afferenti alla Rete stessa.

Il Dirigente

Visto il Piano nazionale sulla malattia diabetica, approvato con l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 6.12.2012 e recepito dalla Regione Piemonte con la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Programma 13, Azione 13.2.3;

Visto il Piano nazionale Cronicità, approvato con Accordo Stato-Regioni del 15.9.2016;

Visto il D.P.C.M. 12.1.2017 (aggiornamento L.E.A.),

Vista la D.G.R. n. 27-4072 del 17.10.2016 (Rete Endocrino-Diabetologica Regionale e Commissione ED),

vista la D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010 (PDTA Diabete Mellito),

viste la D.D. n. 81 dell'8.2.2017 e la D.D. n. 129 del 10.3.2015, Allegato A,

vista la D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 e la D.D. n. 438 del 30.6.2017 (sperimentazione Case della Salute),

vista la D.G.R. n. 17-4817 del 27.3.2017, "Il 'Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019'. Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali".

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto in conformità a quanto disposto dalla D.G.R. n. 1 – 4046 del 17.10.2016,

d e t e r m i n a

per le motivazioni in premessa indicate, preso atto del censimento della realtà esistente e tenuto conto delle proposte avanzate:

- di procedere alla validazione del progetto di rete interaziendale, preordinato all'erogazione del PDTA Diabete in modo appropriato su tutto il territorio regionale, come delineato dalla D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010 e come articolato nello schema di percorso "quadro", omogeneo a livello regionale, di cui agli Allegati 1 e 1 bis e secondo le modalità operative concordate con la Medicina Generale, come riportate nell'Allegato 2, tutti facenti parte integrante e sostanziale della presente determinazione;
- di stabilire che, a far data dall'1 dicembre 2017, le attività ambulatoriali per la prevenzione, diagnosi e cura del diabete sono da considerarsi come percorsi codificati dal susseguirsi delle prestazioni previste nel PDTA definito con D.G.R. n. 61-13646/2010, da erogarsi secondo quanto descritto ed illustrato nei sopra citati Allegati 1 e 1 bis facenti parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ferma restando la coerenza con le disposizioni regionali emanate in attuazione del D.P.C.M. n. 12.1.2017 (nuovi LEA);
- di confermare la disciplina delle funzioni e delle competenze del Centro di Accoglienza, indirizzo e supporto al PDTA DM come prevista dalla D.D. n. 129 del 10.3.2015, Allegato A;
- di dare atto che ai pazienti presi in carico nel suddetto PDTA verranno garantite le relative prestazioni attraverso la programmazione e la contestuale prenotazione dei diversi accessi di controllo, come previsto della D.G.R. n. 17-4817 del 27.3.2017, avente ad oggetto "Il 'Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica

*Ambulatoriale per il triennio 2017-2019'. Primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali", Allegato A, punto 2.5 e segg.;*

- di monitorare, entro il primo semestre 2018, gli interventi avviati a livello aziendale per garantire l'interoperabilità dell'applicativo in uso presso le strutture endocrino-diabetologiche ASL/AO/AOU, sia nelle aree interaziendali della Rete ED, sia con il portale regionale per la Gestione Integrata del Diabete con la medicina generale;
- di approvare gli indicatori di monitoraggio dell'andamento e dell'impatto del PDTA Diabete, come riportati nell'Allegato 3 facente parte integrante e sostanziale della presente determinazione, che costituiranno oggetto di apposita relazione illustrativa dell'andamento e dell'impatto del PDTA Diabete, da redigersi entro il 10.9.2018, con riferimento al periodo 1.12.2017-30.6.2018; entro il 10.3.2019, con riferimento al 2° semestre 2018; entro il 10.3.2020 con riferimento all'anno 2019;
- di demandare a successivo provvedimento, da emanarsi entro l'anno 2018, ad avvenuto monitoraggio dell'andamento e dell'impatto del PDTA DM dalla sua attivazione fino al 30.6.2018:
  - a. l'individuazione di un piano di progressivo riordino delle prestazioni diabetologiche secondo il modello hub&spoke, nell'ambito del quale opera la rete ED, integrato con l'organizzazione territoriale della medicina generale;
  - b. avvio di un percorso tecnico finalizzato alla definizione, entro il 2019, di un apposito PDTA per la gestione della retinopatia diabetica;
  - c. identificazione di un primo PDTA delle patologie tiroidee, da condividere e co-gestire con la medicina generale, nonché di analoghi PDTA per obesità e dislipidemie; contestuale avvio di un analogo percorso di lavoro per la gestione dell'endocrinologia pediatrica e per le altre patologie endocrine prevalenti sul territorio;
  - d. il monitoraggio degli interventi posti in essere o programmati a livello aziendale per la riconduzione funzionale alla Rete ED delle attività endocrino-metaboliche oggi svolte nell'ambito di strutture aziendali non afferenti alla Rete stessa.

La presente determinazione non comporta impegno di spesa.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso innanzi al T.A.R. entro il termine di 60 giorni ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla notificazione o dall'intervenuta piena conoscenza.

La presente determinazione sarà pubblicata sul B.U.R.P. ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

IL DIRIGENTE

Dr. Vittorio DEMICHELII



Il Funzionario estensore  
Dott.ssa Elisabetta Siletto

ID: PDTA 14760-2445-74752

**PDTA PAZIENTE  
AFFETTO DA DIABETE**

**Documento a cura della RETE Endocrino-diabetologica della Regione Piemonte**

Carlo Bruno GIORDA	ASL TO5 – Coordinatore regionale Rete ED e Area Piemonte Occidentale
Luigi GENTILE	ASL ASTI – Coordinatore Area Piemonte Orientale
Annarita LEONCAVALLO	ASL CITTA' DI TORINO
Piero GRISERI	ASL CITTA' DI TORINO
Alberto BLATTO	ASL CITTA' DI TORINO_OMV
Alessandro OZZELLO	ASL TO3
Riccardo FORNENGO	ASL TO4
Franco TRAVAGLINO	ASLBI
Marco BUSCHINI	ASL NO
Fausto ROBERTI	ASL VCO
Salvatore OLEANDRI	ASL CN1
Annamaria NUZZI	ASL CN2
Simona GARRONE	ASL AL
Ezio GHIGO	ASO CITTA' DELLA SALUTE
Emanuela ARVAT	ASO CITTA' DELLA SALUTE
Marco GALLO	ASO CITTA' DELLA SALUTE
Fabio BROGLIO	ASO CITTA' DELLA SALUTE
Ivana RABBONE	ASO CITTA' DELLA SALUTE_ex OIRM
Luca MONGE	ASO CITTA' DELLA SALUTE_ex CTO
Franco CAVALOT	ASO San Luigi
Gianluca AIMARETTI	ASO Maggiore della Carità Novara
Giorgio BORRETTA	ASO S Croce e Carle Cuneo
Egle ANSALDI	ASO S. Antonio Biagio Alessandria
Paolo LIMONE	ASO Mauriziano Torino
Elisabetta SILETTO	Regione Piemonte - Direzione Sanità_Settore Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale, Coordinamento Commissione Regionale Endocrino-Diabetologica

**Con il contributo di rappresentanti MMG: Andrea Pizzini\_ASL Città di Torino, Sergio Di Bella\_ASL Biella, Vincenzo Cicciarella\_ASL TO3.**

PDTA DEL PAZIENTE AFFETTO DA DIABETE



## INDICE

1	LEGENDA/GLOSSARIO .....	3
2	PREMESSA .....	3
3	SCOPO E OBIETTIVI.....	4
4	METODOLOGIA .....	5
5	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
6	RESPONSABILITA'.....	6
7	MODALITA' OPERATIVE.....	6
7.1	Diagnosi .....	6
7.2	Preso in carico .....	6
7.3	Approfondimenti diagnostici .....	7
7.4	Piano di trattamento .....	7
7.5	Valutazione interdisciplinare.....	7
8	SVILUPPO DI PROGETTO.....	8
9	ALLEGATI.....	9
10	BIBLIOGRAFIA .....	9





## 1 LEGENDA/GLOSSARIO

Acronimo	Descrizione
SSR	Servizio Sanitario Regionale
ASR	Azienda Sanitaria Regionale
DEA	Dipartimento di Emergenza e Accettazione
MMG	Medico di Medicina Generale
AO/AOU	Azienda Sanitaria Ospedaliera/Azienda Ospedaliera Universitaria
ASL	Azienda Sanitaria Locale
GID	Gestione Integrata del Diabete
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
RETE ED	Rete Endocrino-Diabetologica Regionale
CAIS	Centro di accoglienza, indirizzo e supporto al PDTA Diabete
SD	Servizio di Diabetologia
ADG	Automonitoraggio domiciliare glicemico
RRD	Registro regionale diabetici
LEA	Livelli essenziali di assistenza
NTR	Nomenclatore tariffario regionale



## 2 PREMESSA

Il diabete mellito è una malattia cronica complessa che richiede continui e molteplici interventi sui livelli glicemici e sui fattori di rischio cardiovascolare, finalizzati alla prevenzione delle complicanze acute e croniche. Essi richiedono un'attività educativa della persona con diabete, finalizzata all'acquisizione delle nozioni necessarie all'autogestione della malattia e il trattamento delle complicanze della malattia, qualora presenti. L'efficacia dell'insieme di questi interventi nel migliorare gli esiti della malattia è sostenuta da sempre più numerose prove scientifiche.

Nella Regione Piemonte risultano attualmente in carico al SSR 152.434 soggetti di sesso maschile e 139.332 di sesso femminile affetti da diabete mellito. Le fasce di età 50-95 sono quelle a maggior prevalenza (fonte dati: RRD).

La valutazione specialistica di un paziente diabetico rappresenta un'attività complessa, costituita da un percorso di attività e prestazioni che consentono di:

- disporre di un quadro clinico anamnestico completo del paziente;
- eseguire una valutazione completa e una stadiazione delle possibili complicanze croniche della malattia diabetica;
- redigere un piano diagnostico e terapeutico personalizzato, da condividere con il MMG e da verificare ed eventualmente riadattare all'accesso successivo (riferito a tutti i pazienti diabetici, anche a quelli non seguiti in gestione integrata);
- integrare tale piano con i percorsi di altri specialisti coinvolti per la cura delle complicanze;
- effettuare un primo livello di educazione terapeutica, pertinente con il suddetto piano diagnostico terapeutico personalizzato.

## 3 SCOPO E OBIETTIVI

Il presente PDTA deriva dall'aggiornamento di quello già esistente, come definito dalla DGR 61-13646 del 22.3.2010, fino ad oggi sperimentato solo nell'Area interaziendale Piemonte Nord EST ed è in armonia con il modello regionale GID avviato nel 2008 (DGR 40-9920 del 27/10/2008) e consolidato a regime nel 2011 (DGR 18-2663 del 3/10/2011).

La versione aggiornata del PDTA dedicato al paziente diabetico ha l'obiettivo di offrire a tutti i professionisti coinvolti nel processo di cura della patologia identificata linee d'indirizzo semplici e applicabili uniformemente su tutto il territorio regionale e di guidare la codifica amministrativa del percorso.

Lo scopo del PDTA è anche di definire e di applicare un unico sistema procedurale all'interno del S.S.R., condiviso dai professionisti sanitari che si occupano della gestione dei pazienti diabetici.

### **Obiettivi del percorso 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



## 4 METODOLOGIA

Nel realizzare il presente PDTA sono state seguite le tappe fondamentali specificate nel manuale "Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Percorsi Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte".

Il percorso di cui alla DGR 61-13646/2010 è stato analizzato con tutti i responsabili delle diabetologie delle ASL e AO/AOU regionali in appositi incontri tra marzo e giugno 2017: il lavoro è stato suddiviso tra quadranti del Piemonte orientale e occidentale.

In ogni riunione è stato eseguito un brain-storming sulle possibili modifiche del percorso e in data 15/6/2017 il lavoro sui percorsi effettuato nelle due Aree interaziendali è stato approvato come documento uniforme della Rete ED per tutta la Regione.

## 5 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente percorso è applicabile a tutti i pazienti che afferiscono alle ASR del Piemonte (ASL/AO/AOU) affetti da diabete di tipo 2, tipo 1 e diabete secondario.

Non rientra in tale PDTA il diabete gestazionale o pregravidico.

### **Professionisti coinvolti**

Medico diabetologo (sia dipendente che ambulatoriale), infermiere, dietista, ove presente psicologo e podologo. Altri specialisti delle complicanze, quali nefrologo, cardiologo, oculista, neurologo ecc. Medici di medicina generale.

### **Possibilità di accesso a tecnologie/servizi specialistici nelle sedi identificate**

CAIS (Centri Accoglienza Indirizzo Supporto)

Ambulatori di diabetologia

Ambulatori per le complicanze

### **Modelli organizzativi**

Disponibilità di un'équipe multidisciplinare (team diabetologico con il contributo dalle seguenti figure professionali):

- medico diabetologo
- infermiere dedicato in diabetologia
- dietista
- amministrativo
- psicologo
- podologo

Ambulatorio del Medico di MMG o Casa della Salute di cui alla D.G.R. n. 3-4287 del 19.11.2016.

**Indicatori di qualità:** si rinvia all'Allegato 3



## 6 RESPONSABILITA'

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
LEGENDA: Responsabile (R); Coinvolto (C); Informato (I)			
Descrizione dell'attività	Operatore		
	DIABETOLOGO E TEAM DI DIABETOLOGIA	MMG	SPECIALISTI DI COMPLICANZE
Prima visita per accertamento patologia	R	I	
Rientro programmato o per nuovo problema dalla GID	I	R	
Rilascio piani terapeutici o altre certificazioni	R	I	
Visita di accoglienza	R	I	
Valutazione D Complessiva con piano	R	I	C
Consulto interdisciplinare di gruppo	R	I	R
Esami o visite nel percorso nel SD	R	I	R
Addestramento Istruzione Educazione (ETS)	R	I	
Assistenza nella fase di presa in carico del MMG (GID)	I	R	

## 7 MODALITA' OPERATIVE

### 7.1 Diagnosi

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

- a) MMG,  
oppure
- b. DEA,  
oppure
- c. struttura ospedaliera di ricovero ordinario o diurno, anche per altra causa, con riscontro di iperglicemia,  
oppure
- d. 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.

### 7.2 Presa in carico

Dopo la conferma della diagnosi, viene attivata la visita di accoglienza indirizzo e supporto al 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;

#### PDTA DEL PAZIENTE AFFETTO DA DIABETE



- 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.

### 7.3 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 (1).

In questa fase di diagnostica e terapia specialistica sono possibili eventuali ricontrolli a breve (ex cod. 89.01) e, una volta recepiti a livello regionale i nuovi LEA e definito il nuovo nomenclatore tariffario regionale, potranno essere utilizzate le seguenti prestazioni: microinfusore e monitoraggio dinamico della glicemia.

A seguito della prima visita di accoglienza può emergere la necessità, per casi di particolare complessità, di eseguire ulteriori accertamenti per meglio definire l'indirizzo terapeutico, al termine dei quali viene effettuata una **rivalutazione complessiva** (ex cod. 89.03), 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.

La rivalutazione complessiva 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.

### 7.4 Piano di trattamento

Viene quindi formulato il piano di trattamento personalizzato, condiviso con il MMG(2), per rispondere ai bisogni di:

- definizione del diabete neodiagnosticato e inquadramento terapeutico.  
Il piano deve indicare chiaramente gli obiettivi terapeutici da raggiungere, i mezzi e gli strumenti adeguati allo scopo ed i risultati attesi, nonché le motivazioni che rendono necessario un follow up per tutta la vita;
- presa in carico, in collaborazione con i MMG, delle persone con diabete di tipo 2 seguite con il protocollo di gestione integrata;
- controllo metabolico e diagnosi precoce delle complicanze;
- gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG e gli altri specialisti, delle persone con: grave instabilità metabolica;
- complicanze croniche in fase evolutiva;
- trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina;
- diabete in gravidanza e diabete gestazionale;
- impostazione della terapia medica nutrizionale;
- effettuazione dell'educazione terapeutica pertinente con il piano di cura personalizzato 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.



## 7.5 Valutazione interdisciplinare

Se nel corso della rivalutazione complessiva di cui al punto 7.1, oppure anche nella fase precedente (punto 7.4), viene ritenuto 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, questo viene attivato dal servizio di Diabetologia proponente ed erogato nel punto di accesso qualificato, secondo l'organizzazione che la Rete ED si è data in ciascuna area interaziendale.

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, ecc.).

La prestazione interdisciplinare è altresì attivata, oltre che nelle suddette situazioni, anche per le seguenti necessità:

- personalizzare la cura in particolari categorie di pazienti (anziani fragili; diabete secondario; diabete gestazionale e gravidanza in diabete), pazienti cogestiti con il nefrologo o con l'angiologo o situazioni di complessità per la continuità assistenziale (scuola o ambiente di lavoro; pazienti assistiti in strutture socio-sanitarie, in cure domiciliari; in genere, pazienti non autosufficienti o non autonomi o non deambulanti);
- supportare i pazienti con l'intervento dello psichiatra/psicologo (disturbi del comportamento) per problemi relazionali che interferiscono con le possibilità di alleanza terapeutica.

## 7.6 Educazione terapeutica

L'attività effettuata in relazione alle esigenze relative ad interventi di educazione terapeutica, individuale o di gruppo, che si presentano nelle diverse fasi del percorso, finalizzata a migliorare la compliance alla terapia e/o le funzioni di autocontrollo/automisurazione e l'autogestione del trattamento e/o del follow up, viene codificata come "formazione per l'autogestione e /o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi" (ex cod. 94.42.2).

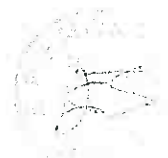
La predetta prestazione è finalizzata a far apprendere al paziente o al caregiver le modalità di misurazione della malattia e somministrazione della terapia, nonché a sviluppare le competenze per attivare la capacità di compiere scelte appropriate quotidianamente.

## 7.7 Criteri di invio

Per l'accesso alla visita ambulatoriale diabetologica devono essere seguiti i criteri di priorità clinica predeterminati a livello regionale, in rapporto alla diagnosi/sospetto diagnostico. Le indicazioni di priorità per la prima visita e/o la visita di accoglienza al CAIS per la presa in carico del paziente nel PDTA Diabete, concordate con la Medicina Generale, sono riportate nell'Allegato 2.

Le modalità operative di articolazione del PDTA sono riassunte nel diagramma di flusso (Allegato 1 bis).

## 8 SVILUPPO DI PROGETTO



1. Eventuale rivalutazione del presente PDTA alla luce dei dati amministrativi regionali e degli indicatori individuati.
2. Elaborazione del PDTA "Gestione piede diabetico" e "Diabete in età pediatrica" e "Diabete in gravidanza"
3. Sviluppo di una rete informatica comune in cui condividere i dati clinici di tutti i pazienti inseriti in questo percorso, sia per l'interoperabilità fra ASR nell'erogazione del PDTA e nella GID con i MMD, sia per agevolare la governance ed il monitoraggio del PDTA..

## 9 ALLEGATI

Allegato 1 bis: flow- chart PDTA diabete

Allegato 2: Sommario sintetico dei criteri e modalità operative concordate con la Medicina **Generale**.

Allegato 3: Indicatori di qualità e impatto

La documentazione relativa al censimento delle attività endocrino-diabetologiche svolte e delle attività di alta complessità erogate all'interno delle strutture HUB (AO/AOU) nelle Aree interaziendali Piemonte Occidentale e Piemonte Orientale è agli atti del Settore Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale ed è stata illustrata alle ASR e alla Commissione ED nell'incontro del 20.9.2017.

### Note

<sup>(1)</sup>In questo caso si tratta di paziente già in possesso di attestato di patologia e di esenzione per le visite di controllo.

<sup>(2)</sup> Come previsto fra le competenze dei servizi di Diabetologia nel documento "Linee guida per l'assistenza integrata alla persona con diabete mellito tipo 2" siglato il 31.7.2008 dalle OO.SS. (DGR 40-9920 del 27.10.2008 e DGR 18 2663 del 3.10.2011; D.D. 979 del 23.12.2008 protocollo operativo).

In questa fase si tirano le fila di quello che si è fatto nel percorso precedente e si procede alla definizione del piano di trattamento.

Le prestazioni di cui al punto 2), sono propedeutiche alla successiva prestazione di rivalutazione complessiva afferente al PDTA-DM.

La valutazione periodica che si rende necessaria durante il percorso, secondo il Piano di trattamento di cui al punto 2.c, finalizzata alla verifica del buon compenso metabolico ed alla diagnosi **precoce** delle complicanze, viene codificata come ex cod. 89.05. L'ex cod. 89.01 viene utilizzato nel percorso per accertamenti in itinere o per visite medico legali.

### BIBLIOGRAFIA

- Piano Nazionale Diabete e Piano Nazionale Cronicità
- Regione Piemonte-CSI-IRES-Università di Torino, Dipartimento di Scienze Mediche: "Il Diabete in Piemonte 2011-2015", a cura della prof.ssa Graziella Bruno, referente tecnico RRD
- DGR 61-13646 del 22/03/2010
- D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013
- DGR 27-4072 del 17/10/2016
- DD 81 del 8/2/2017



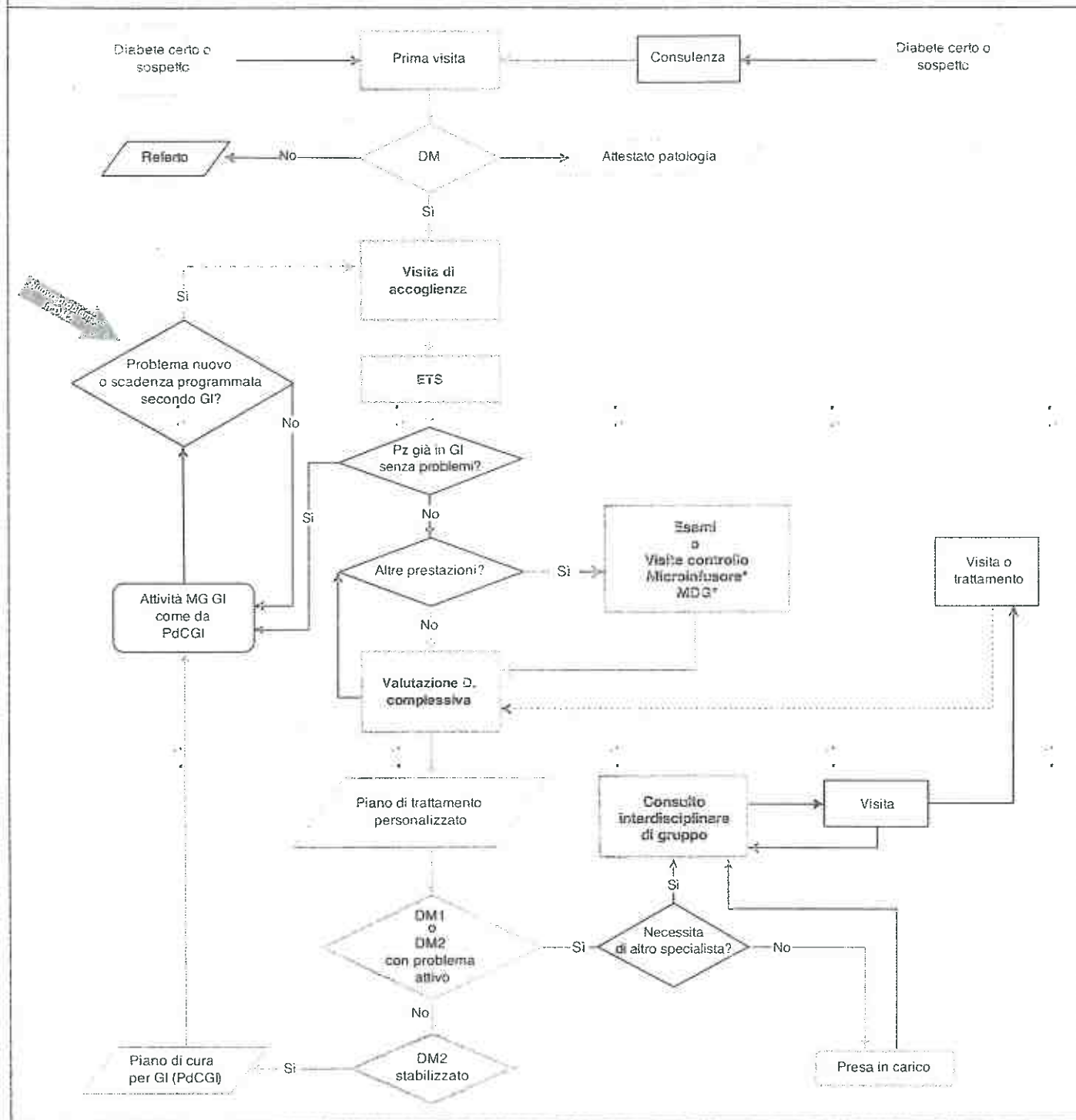
- D.D.129 del 10.3.2015
- Standard Italiani per la cura del diabete mellito 2016 – Associazione Medici Diabetologi e Società Italiana di Diabetologia
- DGR 40-9920 del 27/10/2008
- DGR 18-2663 del 3/10/2011





RETE ENDOCRINO-DIABETOLOGICA DELLA REGIONE PIEMONTE

Centro Accoglienza Indirizzo e Supporto PDA diabete mellito tipo 1 e tipo 2  
 Come da DGR 91/2010 e DD 548 del 15/09/2016 - Allegato A. Aggiornamento 2017



- DM1 = diabete tipo 1
- DM2 = diabete tipo 2
- ETS = educazione terapeutica strutturata
- GI = gestione integrata
- MDG = monitoraggio dinamico della glicemia
- MG = medico di medicina generale
- PdC = piano di cura
- Pz = paziente

\* Prestazioni che saranno attivate a seguito del recepimento dei nuovi LEA



**Rete Endocrino-diabetologica della Regione Piemonte.**

**Sommario sintetico delle decisioni prese nella riunione con la rappresentanza della Medicina Generale.**

Incontro 24.5.2017:

Rappresentanti MMG: Andrea Pizzini, Sergio Di Bella, Vincenzo Ciciarella.

Rappresentanti Rete ED: Carlo Bruno Giorda, Gianluca Aimaretti, Luigi Gentile.

Viene visionato con il rappresentanti della Medicina Generale (MG) il PDTA diabete aggiornato al 2017. Viene ribadita la necessità che il Medico di Medicina Generale (MMG) sia sempre informato con referto incluso quando il paziente è prevalentemente seguito dal Servizio di Diabetologia (SD) (ad esempio consulto interdisciplinare).

**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)

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

**Criteri e classi di urgenza per invio al SD (CAIS) di pazienti.**

<b>CRITERI DI INVIO PAZIENTE DIABETICO (prima visita o visita di accoglienza)</b>			
<b>Classe di Priorità</b>	<b>Tempo massimo attesa</b>	<b>Patologia</b>	<b>Struttura di riferimento</b>
<b>EMERGENZA</b>	PASSAGGI O IN DEA o PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stati di pre-coma o coma diabetico (iperosmolare, chetotico o ipoglicemico) e/o alterazione dello stato di vigilanza e di coscienza</li> <li>2. Piede infetto con stato settico</li> <li>3. Gangrena del piede</li> <li>4. Ischemia acuta del piede</li> </ol>	Ospedale (DEA o PS)
<b>CLASSE U URGENTE</b>	72 h	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto: disidratazione e/o stato febbrile e/o chetosi</li> <li>6. Ripetuti episodi di ipoglicemia che superano le capacità di autogestione del paziente</li> <li>7. Gravidanza in donna diabetica e diabete gestazionale</li> <li>8. Ulcera del piede o lesioni ischemiche e/o infette agli arti inferiori</li> <li>9. Nuova diagnosi in paziente con età &lt;14 anni</li> </ol>	CAIS o Centro HUB
<b>CLASSE B</b>	10 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Nuova diagnosi di diabete in paziente con Glicemia &gt;300mg/dl (ricontrollata) e/o HbA1c&gt;9</li> <li>11. Introduzione in paziente diabetico noto di una terapia diabetogena (Steroidi ad alto dosaggio, Antineoplastici, ecc...)</li> <li>12. Nuova diagnosi in paziente con età &lt; 30 anni</li> </ol>	CAIS
<b>CLASSE D</b>	15-30 gg	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Comparsa o peggioramento di complicanza significativa con necessità di revisione del piano terapeutico</li> <li>14. Superamento di 1.5 punto % di HbA1c rispetto al target stabilito per quel del paziente nell'arco di almeno 3 mesi</li> </ol>	CAIS
<b>CLASSE P</b>	-	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Tutte le restanti indicazioni cliniche (le nuove diagnosi preferibilmente non &gt; 90gg)</li> </ol>	CAIS

Situazioni in cui è consigliabile non riprogrammare automaticamente al SD

- Pazienti con più di 80 anni e con HbA1c ≤ 8
- Pazienti TIPO 2, meno di 80 anni con iporali + basale e HbA1c a target personalizzato
- Pazienti TIPO 2, meno di 80 anni con solo iporali e HbA1c a target personalizzato
- Pazienti TIPO 2, meno di 80 anni con solo dieta e HbA1c a target personalizzato

## RETE ED \_ INDICATORI SU ATTIVITA' REGIONALI DIABETE

## ASL

DIABETE ASL	FONTE	CALCOLO
N° incontri con equipe di MG per distretto per discussione PDTA DIABETE per anno	Direzioni Distretti	Coordinatore Rete ED
N° pazienti tipo 2 in GID per Servizio/ N° pazienti tipo 2 residenti nel distretto o ASL	DB regionali	Registro Diabete Piemonte
% di pazienti con codifica codici branca 85 visti dal servizio nell'anno	DB regionali	SEPI

## ASL + ASO

DIABETE ASL + ASO	FONTE	CALCOLO
N° medio visite per pazienti tipo 2 visti dal servizio <sup>§</sup> NON insulina per anno	DB regionali	Registro Diabete Piemonte
Tasso di ricovero MED/CH/250.xx/ per servizio (tipo 1 + tipo 2)	DB regionali	Registro Diabete Piemonte
Tasso di ricovero MED/CH/250.xx/ per distretto	DB regionali	Registro Diabete Piemonte
% pazienti visti per ipoglicemia c/o DEA (EMUR) per servizio anno	Registro EMUR	SEPI
% pazienti visti per ipoglicemia c/o DEA o 118 (EMUR) per distretto anno	Registro EMUR	SEPI
% pazienti visti per iperglicemia c/o DEA (EMUR) per servizio anno	Registro EMUR	SEPI
% pazienti visti per iperglicemia c/o DEA o 118 (EMUR) per distretto anno	Registro EMUR	SEPI
% pazienti sottoposti screening RD (con fundus o v oculistica) per servizio su 2 anni	DB regionali	Registro Diabete Piemonte
% pazienti sottoposti screening RD (con fundus o v oculistica) per distretto su 2 anni	DB regionali	Registro Diabete Piemonte

<sup>§</sup>Visto dal servizio: avere almeno 1 visita diabetologica negli ultimi 2 anni + iscrizione RRD