

## Allegato A)

### PERCORSO DIAGNOSTICO- TERAPEUTICO ASSISTENZIALE RELATIVO A PAZIENTI CHE NECESSITANO DI ASSISTENZA DIABETOLOGICA

Il percorso delineato individua, sulla base delle raccomandazioni formulate a livello nazionale e internazionale per identificare i livelli minimi di assistenza diabetologica, le attività che devono essere realizzate per assicurare a tutti i soggetti diabetici, o a rischio di sviluppare la malattia diabetica, in ciascuna ASL della Regione Piemonte, la valutazione specialistica diabetologica.

In ottemperanza alle disposizioni regionali definite in attuazione del progetto “Prevenzione delle complicanze del diabete” di cui al P.N.P. 2005-2008, ogni ASL ha nominato un apposito Comitato Diabetologico che ha contribuito alla definizione del Piano della Qualità dell’assistenza diabetologica e del relativo modello organizzativo.

Il Piano della Qualità è un documento volto a definire obiettivi, risorse, responsabilità, sistemi di comunicazione e valutazione delle attività/processi e dei percorsi di assistenza diabetologica ed è finalizzato a descrivere le modalità operative e clinico-organizzative adottate in ciascun ambito territoriale di ASL per assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza diabetologica definiti per tutti gli utenti con diabete mellito, utilizzando la Gestione Integrata per il tipo 2 e assicurando livelli di qualità dell’assistenza coerenti con gli indirizzi contenuti nelle linee guida cliniche nazionali ed internazionali.

Nell’ambito di un apposito modello facente parte integrante del Piano di Qualità, ciascuna A.S.L. ha inoltre definito le proprie modalità organizzative per assicurare i livelli di assistenza diabetologica, attraverso appositi servizi qualificati, a livello regionale, come Centri di accoglienza, di indirizzo e supporto al Percorso diagnostico e terapeutico assistenziale del diabete mellito (di seguito: CA PDTA – DM).

Il percorso Diabete Mellito (DM) di cui al presente provvedimento viene sperimentato sul territorio contestualmente ad un monitoraggio regionale, con l’obiettivo di dotare la rete dei servizi aziendali di tutti gli elementi e strumenti utili ad assicurare ai pazienti diabetici (o a rischio diabetico) un’assistenza specialistica diabetologica con caratteristiche qualitativamente omogenee su tutto il territorio regionale.

A tal fine ciascuna Azienda sanitaria provvede, entro il termine e secondo gli indirizzi definiti a livello regionale entro novanta giorni dall’approvazione della presente deliberazione:

- all’aggiornamento del Piano di Qualità in essere e del relativo piano di organizzazione per l’assistenza diabetologica, per il periodo 2010-2012;
- alla correlazione del medesimo con il Piano di qualità dell’assistenza diabetologica della/e ASO, le quali procedono alla prima stesura del Piano in forma coordinata ed integrata con l’ASL di riferimento territoriale, con gli obiettivi di:
  - o ottimizzare la programmazione e la distribuzione sul territorio dei volumi di attività e prestazioni;
  - o coordinare le attività diabetologiche svolte a livello territoriale, nell’ambito della gestione integrata con i MMG, con le attività svolte a livello ospedaliero, onde pervenire ad una efficace articolazione sul territorio della risposta diabetologica offerta dalla rete in livelli di erogazione differenziati per complessità di cura.

## **A) Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il Diabete mellito**

La valutazione specialistica di un paziente diabetico rappresenta un'attività complessa, costituita dall'insieme delle attività e prestazioni che consentono di :

- disporre di un quadro clinico anamnestico completo del paziente;
- eseguire una valutazione completa delle possibili complicanze croniche della malattia diabetica;
- stendere 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);
- effettuare un primo livello di educazione terapeutica, pertinente con il suddetto piano diagnostico terapeutico personalizzato.

Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il Diabete mellito (PDTA-DM), si svolge attraverso le seguenti fasi:

1) il paziente con una diagnosi, o un sospetto, di “diabete mellito” è inviato, con richiesta motivata, da:

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

al Centro di accoglienza, di indirizzo e supporto al PDTA-DM, dove viene visitato in “prima visita per sospetto/probabile diabete mellito di natura da determinare” (cod.89.7), nel corso della quale viene confermata oppure esclusa la diagnosi di diabete.

2) Dopo la conferma della diagnosi, viene attivata la visita presso il Centro di accoglienza, di indirizzo e supporto al PDTA-DM (cod. 89.05), nel corso della quale avviene:

a. la presa in carico e la definizione del quadro completo del paziente, attraverso:

- il primo approccio presso il Centro PDTA-DM o presso le varie strutture di Diabetologia;
- la raccolta dei dati e 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.

b. Viene quindi attivato il percorso per l'effettuazione degli approfondimenti diagnostici:

- la definizione diagnostica del tipo di diabete mellito ( nei casi che lo richiedono);
- la definizione diagnostica delle complicanze;
- la definizione diagnostica del problema “nuovo” in paziente con diabete noto, che richiede una rivalutazione del Piano terapeutico personalizzato.(1)

c. Viene formulato il piano di trattamento personalizzato (cod. 89.03), 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.

Note

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

2) 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. rappresentative a livello nazionale della Medicina Generale e della Diabetologia. 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 "anamnesi e valutazione definite brevi" (cod. 89.01), analogamente a tutte le visite specialistiche di controllo e follow up.

3) 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 (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 deve essere successiva alla visita presso il Centro di accoglienza ed alla definizione del piano di trattamento.

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.

La rivalutazione complessiva, se necessaria in presenza delle suddette condizioni, può essere effettuata una sola volta all’anno nel periodo di valenza nel PDTA-DM del paziente.

4) Se nel corso della rivalutazione complessiva di cui al punto 3), oppure anche nella fase precedente di cui al punto 2), viene ritenuto necessario un consulto interdisciplinare (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 l’ASL si è data nell’ambito del Piano della Qualità e del relativo piano di organizzazione.

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, candidato ad intervento di chirurgia maggiore, ecc.).

La prestazione interdisciplinare è altresì attivata, oltre alle suddette situazioni, per le seguenti necessità:

- personalizzare la cura in particolari categorie di pazienti (pediatria; anziani fragili; diabete secondario; diabete gestazionale e gravidanza in diabete) 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.

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, finalizzate 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” (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.

### Criteri di invio

Per l’accesso alla visita diabetologica devono essere seguiti i criteri di priorità clinica predeterminati a livello regionale, in rapporto alla diagnosi/sospetto diagnostico.