

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.

Premesso che:

- la definizione contenuta nel Piano Nazionale per il governo delle liste d'attesa 2019-2020 caratterizza i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziati a seconda della gravità del singolo caso;
- il PDTA permette di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento e alle risorse disponibili e consente il confronto e la misura delle attività e degli esiti, in particolare degli outcomes, con indicatori specifici, conducendo al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento.
- il PDTA descrive una specifica sequenza spaziale e temporale di attività e comportamenti che individuano chiaramente "chi fa cosa, come e quando", le modalità di collegamento funzionale dei diversi luoghi deputati all'assistenza, le regole affinché il paziente possa accedere a determinati servizi/prestazioni in maniera semplificata, chiara ed equa;
- il PDTA mira a garantire un livello minimo ed uniforme di qualità dell'assistenza su tutto il territorio regionale. Si tratta di uno strumento in continuo divenire, oggetto di monitoraggio e valutazione in termini di impatto clinico ed economico, mediante l'utilizzo di specifici indicatori, in una prospettiva di crescente miglioramento della qualità secondo il ciclo di Deming o PDCA (Plan-Do-Check-Act - Progettare- Gestire il cambiamento- Monitorare - Standardizzare), al fine di avvicinare sempre più il percorso effettivo al percorso ideale.

Dato atto che con la nota Prot. 00046035 del 28.12.2021 del Settore Programmazione Sanitaria della Direzione Sanità e Welfare è stato trasmesso alle Aziende Sanitarie il "Documento metodologico" di sviluppo percorsi di salute e diagnostici terapeutici assistenziali (PSDTA), al fine di uniformare progressivamente le diverse modalità operative con uno schema essenziale e

operativo, secondo una impostazione omogenea su base regionale ed aziendale.

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 nei Lea di cui al D.P.C.M. 12.1.2017, con la D.D. n. 81 dell'8.2.2017 è stato dato avvio alla Rete ED, definendo il percorso operativo per lo sviluppo delle relative attività.

Il PDTA per il trattamento del diabete è stata definito dalla D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010 quale percorso omogeneo a livello regionale e "cornice" di riferimento per tutti gli altri percorsi specificamente riferiti a singole patologie correlate al diabete. Trattandosi di un nuovo percorso, lo stesso è stato avviato in via sperimentale e gradualmente, contestualmente al processo di riorganizzazione della Diabetologia a livello territoriale ed ospedaliero e al consolidamento del modello di gestione integrata del Diabete (GID) fra medicina specialistica e medicina generale avviato con la D.G.R. n. 40-9920 del 27.10. 2008 e consolidato a regime con la D.G.R. n. 18-2663 del 3.10.2011.

Con la medesima deliberazione è stato altresì introdotto e disciplinato il Centro di Accoglienza, indirizzo e supporto al PDTA-Diabete (CAIS), quale servizio aziendale con funzioni di "cabina di regia" deputato a garantire, direttamente o indirettamente, tramite risorse umane, tecnologiche e strutturali, tutta la sequenza del percorso, ivi compresa l'integrazione multispecialistica qualora si renda necessaria in relazione alle pluripatologie correlate al diabete.

Con la D.D. n. 709 del 13.11.2017, nell'ambito del percorso di avvio e di sviluppo della Rete ED, come disciplinata dalla sopra citata D.G.R. n. 27-4072/2016 e in attuazione del cronoprogramma operativo di cui alla D.D. n. 81/2017, si è proceduto al primo aggiornamento 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.

Allo stato attuale, decorso un quinquennio dal precedente aggiornamento, l'evoluzione della normativa nazionale e regionale intervenuta nel periodo, unitamente alle nuove esigenze emerse soprattutto durante la fase emergenziale, hanno reso necessario l'adeguamento di percorsi terapeutici e di procedure divenuti, per certi versi, obsoleti a fronte delle crescenti necessità di

garantire la presa in carico tempestiva e l'assistenza continuativa a favore dei pazienti affetti da patologie croniche a rilevante impatto sociale come il diabete.

In particolare:

1) sul piano normativo e programmatico regionale,

- con la D.C.R. n. 306-29185 del 10.7.2018, in attuazione del Piano nazionale cronicità, sono state definite le linee d'indirizzo regionali per la presa in carico dei malati cronici ed individuato un insieme organico di interventi centrati sulla persona e orientati a sviluppare percorsi organizzativi prevalentemente territoriali, al fine di migliorare ed ottimizzare la tutela sanitaria dei pazienti e la loro qualità di vita;
- con la D.G.R. n. 6-1613 del 3.7.2020 è stata disciplinata la modalità di "visita da remoto", nell'ambito del progetto sulla Telemedicina, che consiste nell'erogazione di servizi per la cura e la salute, indipendentemente dal luogo in cui si trovano i soggetti coinvolti (erogatore e fruitore), con l'obiettivo di attenuare le difficoltà di accesso ai luoghi di cura e di far fronte alle sempre maggiori necessità di assistenza di tipo continuativo proprie delle persone che vivono in condizioni di fragilità e di cronicità e che sono spesso soggette a percorsi di cura ad alta complessità;

2) sotto l'aspetto scientifico,

- il 26.7.2021 sono state pubblicate sul Sistema nazionale linee guida dell'I.S.S. le "Linee Guida per il Trattamento del Diabete Mellito di tipo 2", elaborate dalle Società Scientifiche della Diabetologia;
- il 16.3.2022, sono state pubblicate sul medesimo sito le "Linee guida per la terapia del diabete mellito di tipo 1", elaborate dalle Società scientifiche della Diabetologia, Endocrinologia e Diabetologia pediatrica.

Tenuto conto di quanto sopra, su proposta del Coordinamento della Rete ED si è proceduto, nell'ambito del Gruppo di lavoro appositamente istituito in seno alla Rete, ad elaborare la revisione del PDTA Diabete di cui alla DD n. 709/2017, per attualizzarlo e ottimizzarlo rispetto all'obiettivo di perseguire la miglior qualità complessiva della cura per le persone affette da diabete; detta revisione è riportata nell'Allegato 1 e relativa flow chart di cui all'Allegato 1 bis, entrambi facenti parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Nella definizione del percorso aggiornato sono state seguite le indicazioni specificate nel manuale regionale "Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Percorsi Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte", delineando l'evoluzione del PDTA verso la tipologia del PSDTA, ovvero un percorso per la presa in carico del paziente nella complessità dei suoi bisogni di salute.

Unitamente al PSDTA,

- sono state confermate nell'Allegato 1, facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, le disposizioni sulla prescrizione dematerializzata e sui criteri di urgenza e invio concordati con la Medicina Generale, già in essere ai sensi della D.D. n. 709 del 13.11.2017, Allegato 2;
- sono stati integrati gli indicatori per il monitoraggio del PSDTA Diabete, in coerenza con il "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" di cui al D.M. 12.3.2019, operativo dal 2020;
- è stata redatta una ricognizione sintetica dell'attività svolta dalla Rete ED nel quinquennio 2017-2021 ed è stato definito un piano previsionale per lo sviluppo dell'attività della Rete nel periodo 2022-2025, , come riportato nel suddetto Allegato 1, facente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Considerato che il presente provvedimento e l'Allegato 1, facente parte integrante e sostanziale dello stesso, sostituiscono integralmente la sopra citata D.D. n.709/2017, la stessa viene pertanto

abrogata a tutti gli effetti.

Acquisito il parere favorevole e/o silenzio-assenso da parte delle ASL e delle AO/AOU, nonché della Commissione regionale ED a seguito di condivisione del documento con nota del Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari prot. n. 36137 del 29.9.2022.

Sentito il parere favorevole della Rete Endocrino-Diabetologica Regionale nella seduta del 14.7.2022.

Tutto ciò premesso e considerato,

IL DIRIGENTE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- 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;
- Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo Stato, Regioni e PP.AA. Del 15.9.2016;
- D.P.C.M. 12.1.2017 (Aggiornamento L.E.A.);
- D.M. 12.3.2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria";
- Aggiornamento Nota 100 Aifa e relativi allegati in data 28.5.2022;
- D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012 (P.S.S.R. 2012-2015);
- D.C.R. n. 306-29185 del 10.7.2018, "Linee di indirizzo regionali per il recepimento del Piano nazionale cronicità";
- D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010;
- D.G.R. n. 40-9920 del 27.10.2008 e s.m.i.;
- D.G.R. n. 27-4072 del 17.10.2016;
- D.G.R. n. 6-1613 del 3.7.2020;
- D.G.R. n. 48-4605 del 28.1.2022 "Rimodulazione Piano operativo regionale per il recupero delle liste d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici...";
- D.D. n. 81 dell'8.2.2017;
- D.D. n. 709 del 13.11.2017;
- D.D. n. 786 del 29.7.2020 (recepimento PSDTA dell'area endocrino-diabetologica);

determina

- di procedere al recepimento del documento di indirizzo sul Percorso di salute diagnostico-terapeutico-assistenziale (PSDTA) relativo al Diabete, come delineato nell'Allegato 1, facente parte integrante e sostanziale della presente determinazione, contenente anche:
 - le disposizioni sulla prescrizione dematerializzata e sui criteri di urgenza e invio concordati con la Medicina Generale, già in essere ai sensi della D.D. n. 709 del 13.11.2017, Allegato 2;
 - gli indicatori per il monitoraggio del PSDTA Diabete, in coerenza con il "Nuovo sistema

di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" di cui al D.M. 12.3.2019;

- di prendere atto dello schema ricognitivo dell'attività svolta dalla Rete ED nel quinquennio 2017-2021 e del piano previsionale per il proseguimento e sviluppo dell'attività della Rete nel periodo 2022-2025, come riportato in appendice al suddetto Allegato 1;
- di confermare la disciplina delle funzioni e delle competenze del Centro di Accoglienza, indirizzo e supporto al PSDTA DM come prevista dalla D.D. n. 129 del 10.3.2015, Allegato A;
- di dare atto che ai pazienti presi in carico nel PSDTA Diabete vengono garantite le relative prestazioni attraverso la programmazione e la contestuale prenotazione dei diversi accessi di controllo, come previsto dalla vigente normativa regionale per il governo dei tempi d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- di dare atto che a presente determinazione non comporta ulteriore impegno di spesa a carico del bilancio regionale ed aziendale;
- di dare atto che la presente determinazione aggiorna e sostituisce integralmente le disposizioni di cui alla D.D. n. 709 del 13.11.2017, la quale viene pertanto abrogata a tutti gli effetti.

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 (A1413C - Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari)

Firmato digitalmente da Franco Ripa

Allegato



Allegato 1

Assessorato alla Sanità,

Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria

Direzione Sanità e Welfare

Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari

**Sviluppo del percorso di salute
e diagnostico terapeutico-assistenziale
DIABETE MELLITO**

Novembre 2022

SOMMARIO

	Sommario	Pag.	2
1.	Introduzione e presentazione del Documento	Pag.	3
2.	Redazione	Pag.	3
3.	Lista di distribuzione	Pag.	3
4.	Rete ED della Regione Piemonte	Pag.	4
5.	Glossario, terminologia e abbreviazioni	Pag.	4
6.	Scopo	Pag.	4
7.	Analisi del problema di salute/patologia oggetto del PSDTA	Pag.	5
8.	Letteratura scientifica di riferimento	Pag.	6
9.	Contesto organizzativo di riferimento in cui si sviluppa il PSDTA	Pag.	6
10.	Criteri di ingresso/inclusione	Pag.	7
11.	Descrizione dello sviluppo complessivo del PSDTA	Pag.	8
12.	Rappresentazione in forma sintetica del PSDTA e schema	Pag.	11
13.	Diffusione ed implementazione del PSDTA	Pag.	13
14.	Verifica dell'applicazione ed indicatori	Pag.	13
15.	Piano di adeguamento	Pag.	15
16.	Aggiornamento	Pag.	16
17.	Archiviazione	Pag.	16
18.	Disposizioni su DEMA e criteri di urgenza	Pag.	16
19.	Riferimenti	Pag.	18
	APPENDICE: Rete Endocrino-Diabetologica regionale		
A.1	Ricognizione delle attività svolte (2017-2021)	Pag.	19
A.2	Attività previste per il periodo 2022-2025	Pag.	20

1. Introduzione e presentazione del Documento

Nel realizzare il presente PDTA sono state seguite le indicazioni 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 D.D. 709 del 13.11.2017, applicato dal 2017 a tutt'oggi, è stato revisionato, su indicazione della Direzione Sanità della Regione Piemonte, tramite un apposito tavolo tecnico composto da tutti i responsabili delle diabetologie delle ASL e AO/AOU regionali facenti parte della Rete Endocrino-diabetologica regionale.

In ogni riunione è stata eseguita una rivalutazione sulle possibili modifiche del percorso, con particolare attenzione all'uso della telemedicina e del teleconsulto. In data 18/02/2022 la proposta tecnica sulla revisione del percorso è stata approvata come documento unanime della Rete ED.

Nella Regione Piemonte risulta attualmente in carico per diabete al SSR circa il 7% della popolazione totale (pari a circa 300.000 assistiti). Le fasce di età 50-90 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.

2. Redazione

Committente: Regione Piemonte (D.G.R. n. 61-13646 del 22.3.2010 e D.G.R. n. 27-4072 del 17.10.2016)

Rete Endocrino-Diabetologica Regionale e Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale.

Data di stesura del primo documento		Febbraio 2010
Numero della revisione		2
Data di revisione		Novembre 2022

3. Lista di distribuzione

Destinatari a cui il PSDTA viene trasmesso, ai fini di una corretta conoscenza, informazione ed applicazione:

Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere

Rete Endocrino-Diabetologica Regionale

Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale

Associazioni dei pazienti diabetici

Direttori di Distretto e strutture responsabili della rete delle cure primarie

Direttori dei Dipartimenti area medica
Responsabili dell'assistenza integrativa ASL
Responsabili dei sistemi informativi ASR

4. RETE Endocrino-diabetologica della Regione Piemonte

La Rete Endocrino-diabetologica regionale (di seguito: Rete ED), istituita ai sensi della D.G.R. n. 27-4072 del 17.10.2016, è composta dai responsabili delle strutture di endocrinologia, malattie metaboliche e diabetologia delle ASL, AO, AOU della Regione Piemonte.

Le modalità operative e di coordinamento della Rete ED sono quelle definite ai sensi della suddetta deliberazione regionale e successivi provvedimenti attuativi.

La Rete ED opera confrontandosi periodicamente con la Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale, nell'ambito della quale sono rappresentate la medicina territoriale (distretti e rete MMG/PDLS) e le associazioni dei pazienti diabetici.

5. Glossario, terminologia e abbreviazioni

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
DEMA	Ricetta/impegnativa dematerializzata
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PSDTA	Percorso Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale
RETE ED	Rete Endocrino-Diabetologica Regionale
CAIS DM	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
TLM	Telemedicina
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza M6.Salute (punti M6C1 e M6C2)

6. Scopo

Come tutti i PSDTA, il presente percorso è uno strumento finalizzato all'ottimizzazione diagnostica-terapeutica-assistenziale, per definire in forma omogenea gli obiettivi, le fasi e gli ambiti di intervento, i ruoli e le modalità di valutazione e monitoraggio del percorso di cura in un arco di tempo ben definito.

Il PSDTA Diabete è stato definito per raggiungere gli obiettivi di salute e, nello specifico, per:

- descrivere il processo e le specifiche attività di sviluppo nell'organizzazione di riferimento;
- informare e formare il personale, gli utenti e i pazienti;

- ridurre la variabilità nei comportamenti;
- documentare le attività effettuate;
- migliorare la gestione complessiva e la qualità dei servizi erogati.

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).

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 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

7. Analisi del problema di salute oggetto del PSDTA Diabete

Il diabete è una delle più diffuse malattie croniche non trasmissibili e rappresenta una patologia complessa che necessita di un approccio multi-professionale e di un forte collegamento fra Diabetologie e Medicina Generale. Con una prevalenza in continua crescita, il diabete viene identificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) quale priorità globale per tutti i sistemi sanitari.

Gli italiani con diabete sono circa 4 milioni, e si stima che un ulteriore milione abbia la malattia senza che essa sia mai stata diagnosticata. In Piemonte i pazienti, con diagnosi confermata da servizi specialistici, risultano essere n. 314.072 (dato al 5.7.2022, fonte: RRD), dei quali 284.610 iscritti in AURA (Anagrafe regionale Assistiti) e 29.462 non presenti in AURA (pazienti fuori Regione, stranieri ecc).

Per quanto la curva epidemiologica sembrasse aver raggiunto un plateau nelle ultime valutazioni effettuate prima della pandemia COVID-19, recenti evidenze fanno temere un ulteriore significativo aumento della prevalenza della malattia legato proprio alle conseguenze della pandemia.

Se non diagnosticato, diagnosticato tardivamente e/o non trattato appropriatamente, anche a causa di un'insufficiente interazione tra Medicina Generale e Specialistica, il diabete può causare complicanze severe che possono interessare diversi organi e incidere negativamente sul

benessere della persona, condizionandone pesantemente la qualità di vita e abbreviandola in media di 6 anni.

La complessità nella gestione del diabete rappresenta una sfida per l'intero ecosistema sanitario. Coinvolge molteplici professionisti nell'attività di diagnosi, monitoraggio e trattamento, e inoltre impegna risorse sempre più rilevanti.

Secondo le stime, in Italia ogni paziente genera per i soli costi diretti un impatto economico per il Servizio Sanitario Nazionale pari a circa € 3.500 all'anno per un totale di circa 14 miliardi annui, di cui il 70% è attribuibile a ricoveri ospedalieri. A questi vanno aggiunti i costi indiretti che sono stati stimati essere di entità almeno pari ai costi diretti.

8. Letteratura scientifica di riferimento:

<https://www.siditalia.it/clinica/standard-di-cura-amd-sid>

<https://www.siditalia.it/news/3194-28-07-2021-pubblicate-le-linea-guida-sid-amd-la-terapia-del-diabete-mellito-di-tipo-2>

<https://www.agditalia.it/leggi-e-normative/piano-nazionale-sulla-malattia-diabetica-2/>

<https://idf.org/e-library/guidelines.html>

<https://osservatoriocronicita.it/index.php/sfide/il-piano-nazionale-cronicita>

<http://www.siedp.it/pagina/1327/15th+italian+diabetes+barometer+report+2021>

9. Contesto organizzativo di riferimento in cui si sviluppa il psdta diabete

L'ottimale sviluppo del PSDTA presuppone la presenza, nell'ambito dell'ASR, di un'équipe multidisciplinare (team diabetologico) con il contributo dalle seguenti figure professionali:

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

Tale équipe interagisce con i MMG di riferimento di ciascuna paziente nell'ambito del modello organizzativo GID: i MMG svolgono le attività di rispettiva competenza nell'ambito dei proprie ambulatori e/o presso le o Casa della Salute di cui alla D.G.R. n. 3-4287 del 19.11.2016 (a regime presso le Case della Comunità)

Tale équipe multiprofessionale, operante in forma integrata con i medici di famiglia, si colloca in un contesto organizzativo del SSR articolato in una rete di servizi generali destinati ai pazienti cronici:

Fra questi:

- i **Dipartimenti di Prevenzione**, che sviluppano, in modo proattivo, le attività di Promozione della Salute e di Prevenzione, integrandosi con gli altri Servizi dei Distretti.

- i **Distretti** che governano, analizzano e valutano i PSDTA nel territorio di propria competenza, garantendo l'opportuna integrazione e trasversalità tra i diversi servizi coinvolti;
- i **servizi di Cure domiciliari**: prendono in carico, assistono e curano le persone non autosufficienti al proprio domicilio.
- i **Centri specialistici competenti per patologia**, che prendono in carico i pazienti e programmano il follow up in collaborazione con le cure primarie.
- le **Strutture semiresidenziali territoriali**, che accolgono i pazienti nelle ore diurne e permettono la loro permanenza al domicilio.
- le **Strutture residenziali territoriali** che forniscono interventi integrati sanitari e socio sanitari a soggetti non autosufficienti, non assistibili al domicilio.
- le **Strutture/Attività riabilitative**, che forniscono interventi riabilitativi con finalità di recupero e/o mantenimento.
- la **Rete Ospedaliera complessiva, articolata in strutture ospedaliere Hub, Spoke, Base e Area disagiata**, per la gestione delle pluripatologie in forma acuta e/o post acuta, in collegamento con l'assistenza territoriale.
- i **Servizi sociali delle Aziende Sanitarie e Enti Gestori dei Servizi socio assistenziali**: valutano e soddisfano i bisogni sociali e assistenziali dei pazienti e dei loro familiari.
- le **Rete Informali**: si attivano per collaborare con i servizi sanitari, socio sanitari e sociali per ottimizzare le risposte ai pazienti e alle loro famiglie (volontariato, privato sociale, forme associative a supporto di pazienti e famiglie, ecc.).

10. Criteri di ingresso/inclusione

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.

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 PSDTA Diabete, concordate con la Medicina Generale, sono riportate al successivo punto 18.

Possibilità di accesso a tecnologie/servizi specialistici nelle sedi identificate

CAIS (Centri Accoglienza Indirizzo Supporto)
 Ambulatori di diabetologia
 Ambulatori per le complicanze

I pazienti inseriti nei PSDTA sono individuati con le caratteristiche del sospetto diagnostico e/o della diagnosi.

Per l'acuzie il riferimento è a modelli di classificazione univoci, ovvero l'ICD-9 CM o al nomenclatore ambulatoriale. Questo consente di ottenere dati uniformi dai sistemi informativi correnti e di semplificare il sistema di valutazione.

Per la cronicità invece l'arruolamento nel percorso viene effettuato in base a sistemi di stratificazione e stadiazione condivisi nell'ambito della RETE ED.

Anche per valutazioni di appropriatezza è opportuno considerare i codici delle ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) farmaceutiche consumate nello sviluppo degli specifici PSDTA. Nello sviluppo dei PSDTA va tenuto conto dell'indice di complessità dei pazienti, al fine di considerare i loro differenti bisogni e di effettuare le opportune operazioni di stratificazione e stadiazione.

11. Descrizione dello sviluppo complessivo del PSDTA diabete

Il PSDTA Diabete si articola attraverso le seguenti fasi operative:

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.

2. Presa in carico

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.

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.

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 prestazioni monitoraggio dinamico della glicemia con educazione del paziente (cod. 99.99.2) e applicazione di microinfusore con addestramento del paziente (codice da definire).

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.

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;
- modalità di presa in carico, in collaborazione con i MMG, delle persone con diabete di tipo 2 seguite con il protocollo di gestione integrata inclusi i pazienti affidati "sine die" alla Medicina Generale;
- obiettivi di controllo metabolico e di diagnosi precoce delle complicanze;
- modalità di gestione clinica diretta, in collaborazione con i MMG e gli altri specialisti, delle persone con instabilità metabolica;
- gestione delle complicanze croniche in fase evolutiva;
- modalità di trattamento con infusori sottocutanei continui d'insulina e/o sensori;
- modalità di gestione del diabete in gravidanza e del diabete gestazionale;
- impostazioni della terapia medica nutrizionale;
- modalità e obiettivi di educazione terapeutica in linea 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.

5. Valutazione interdisciplinare

Se nel corso della rivalutazione complessiva di cui al punto 3, oppure anche nella fase precedente (punto 2), 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, epatopatia NASH 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.

6 Educazione terapeutica

L'attività effettuata dal team 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 monitoraggio della malattia e somministrazione della terapia, nonché a sviluppare le competenze per attivare la capacità di compiere scelte appropriate quotidianamente.

7. Medicina di Genere

Il presente PSDTA tiene rispetta quanto previsto nel Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere di Ministero della Salute per *"fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della Medicina di Genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in modo omogeneo sul territorio nazionale"*.

La Medicina di Genere riguarda le differenze tra generi nella fisiologia e nella patologia in tutte le età della vita e rappresenta un approccio corretto che, attraversando tutte le discipline mediche, consente di assicurare ad ogni individuo la migliore cura tramite la personalizzazione delle terapie e la garanzia di percorsi diagnostico-terapeutici appropriati.

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

9 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.

9.1 Responsabilità

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
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	

12. **Rappresentazione in forma sintetica del PSDTA Diabete**

Le modalità operative di articolazione del PSDTA sono riassunte nel diagramma di flusso/flow-chart riportato nella figura che segue, quale rappresentazione grafica di un processo sanitario inteso come una sequenza di attività e snodi decisionali, realizzato secondo una modalità standard e riproducibile.

RETE ENDOCRINO-DIABETOLOGICA DELLA REGIONE PIEMONTE

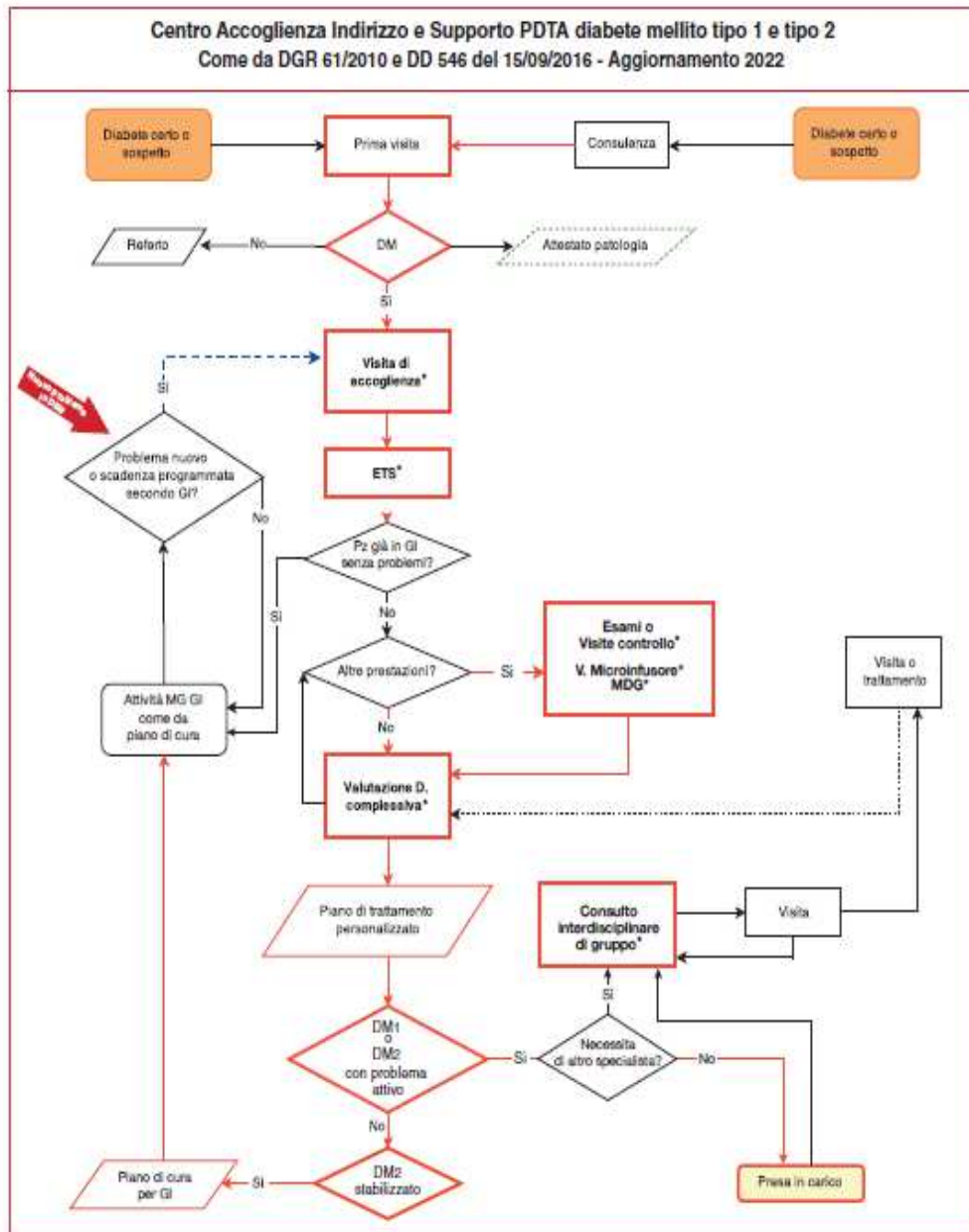


Figura. Modalità operative di articolazione del PSDTA

13. Diffusione ed implementazione del PSDTA (2022-2025)

Compete alla RETE Endocrino-Diabetologia regionale individuare e promuovere adeguate strategie di diffusione ed implementazione del presente PSDTA, che tengano anche conto delle condizioni di lavoro in cui si trovano ad operare i destinatari delle stesse.

L'implementazione è il processo di introduzione del PSDTA nella pratica corrente, utilizzando strategie di intervento appropriate, atte cioè a favorirne l'utilizzo e a rimuovere i fattori di ostacolo al cambiamento

Tale processo comporta anche la necessità di agire fattivamente rispetto alla soluzione di un problema; nel senso che non basta semplicemente presentare e diffondere le linee guida ma è necessario che queste entrino nella pratica clinica e siano radicate in un sistema culturale di cambiamento complessivo volto a un'assistenza migliore e più efficace.

Si individuano fin d'ora i seguenti macro-step nel percorso di sviluppo del PSDTA Diabete nel prossimo triennio:

1. Proseguimento dell'attività di rivalutazione del presente PDTA alla luce dei dati amministrativi regionali e degli indicatori individuati, con particolare attenzione alla TLM, analogamente a quanto fatto negli anni 2019-2021.
2. Formalizzazione regionale del PSDTA per la Gestione del piede diabetico
3. Potenziamento della 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 PSDTA e nella GID con i MMD, sia per agevolare la governance ed il monitoraggio del percorso, anche questo in linea con le direttive del PNRR.

14. Verifica dell'applicazione del PSDTA ed indicatori

La verifica dell'applicazione del PSDTA Diabete viene effettuata attraverso la valutazione di impatto, le autovalutazioni e gli audit.

La griglia di riferimento per la valutazione di impatto di base è illustrata nella tabella che segue.

		Indicatori		
		No	In parte	Si
1.	Presenza di gruppo di miglioramento regionale			X
2.	Individuazione del coordinatore del gruppo di miglioramento			X
3.	Presenza di documento di descrizione del processo a livello regionale (criteri di inclusione, presa in carico, fasi, snodi			X

	decisionali, cambio setting, indicatori, ecc.)			
4.	Evidenza di attività di valutazione e delle azioni di miglioramento, se efficaci e fattibili			X
5.	Presenza di dossier documentale regionale	X		

Le autovalutazioni sono realizzate dai responsabili aziendali afferenti alla RETE ED con il concorso del Settore Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari (A1413C), gli audit interni da personale afferente alla RETE ED e quelli esterni da personale non appartenente all'organizzazione.

L'audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi e la realizzazione del cambiamento.

Aspetti di struttura, processo ed esito vengono selezionati e valutati sistematicamente, in rapporto ad espliciti criteri. Dove è indicato, i cambiamenti vengono realizzati a livello individuale, di team o di servizio e vengono effettuati successivi monitoraggi per confermare il miglioramento dell'assistenza sanitaria erogata. (National Institute for Health and Clinical Excellence 2002).

Il processo dell'audit clinico può essere rappresentato come un ciclo, costituito da cinque passaggi chiave, gerarchicamente subordinati:

1. identificare l'ambito e lo scopo dell'audit clinico;
2. definire criteri, indicatori e standard;
3. osservare la pratica e raccogliere i dati;
4. confrontare i risultati con gli standard;
5. realizzare il cambiamento.

Ai fini di consentire una corretta gestione del PSDTA vengono raccolti dati che consentano il monitoraggio della qualità, della sicurezza e degli esiti dei servizi e delle attività erogate.

Gli indicatori di primo livello rappresentano indicatori direttamente implementabili sulla base dei flussi informativi disponibili e riguardano la valutazione della Rete negli aspetti più strettamente legati all'ospedalizzazione, nonché sull'uso integrato degli stessi flussi informativi, quali ad esempio SDO, che consentono anche una valutazione combinata dell'assistenza ospedale-territorio.

Gli indicatori di secondo livello non sono calcolabili direttamente a partire dai flussi informativi correnti, ma possono essere implementati attraverso l'uso integrato di sistemi informativi già esistenti o raccolti a livello locale con specifici approfondimenti.

L'elenco dei principali indicatori di monitoraggio del PSDTA Diabete è riportato nella tabella che segue.

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
% di pazienti con amputazione maggiore e minore	DB regionali	SEPI

ASL + ASO

DIABETE ASL + ASO	FONTE	CALCOLO
N° medio visite per pazienti tipo 2 visti dal servizio [§] NON insulina rapida per anno	DB regionali	Registro Diabete Piemonte
Tasso di ricovero MED//250.xx/ per servizio e per distretto (tipo 1 + tipo 2)	DB regionali	Registro Diabete Piemonte
Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni per servizio e 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
% pazienti in trattamento con farmaci NOTA 100 per Servizio anno	DB regionali	SEPI
Indicatori MINSAN ufficiali per ASL	MINSAN	—

^{*}Con riferimento agli standard nazionali ove presenti

[§]Visto dal servizio: avere almeno 1 visita diabetologica negli ultimi 2 anni + iscrizione RRD

15. Piano di adeguamento

A seguito della fase di verifica di cui al punto 14, verrà formulato ed attuato un piano di adeguamento del PSDTA.

Ovvero, in relazione alle criticità evidenziate nella fase di verifica, verrà pianificato l'intervento di adeguamento, riportando e dando evidenza:

- agli obiettivi del PSDTA;
- alle azioni correttive e preventive da effettuare per riallineare il percorso rispetto agli obiettivi

Il piano di adeguamento/miglioramento verrà formulato secondo il seguente schema:

	Obiettivi	Azioni	Tempi	Attori (responsabili, referenti soggetti coinvolti)

16. Aggiornamento

L'aggiornamento è l'attività di verifica che, a cadenza periodica, viene svolto per attestare che quanto proposto nel PSDTA sia sempre in linea con le evidenze scientifiche disponibili e con le eventuali modifiche degli assetti organizzativi del lavoro in ogni ambito coinvolto dal PSDTA. La nuova versione del PSDTA verrà classificata con il numero della revisione e la data.

17. Archiviazione

Il sistema d'archiviazione su supporto informatico permette una rapida identificazione e reperibilità dei documenti originali per la loro consultazione. Tutti i documenti relativi al PSDTA vengono archiviati su supporto informatico a livello regionale e aziendale, in modo da consentire l'immediata disponibilità ed accessibilità per la consultazione del personale.

18. Disposizioni su Dematerializzata e criteri di urgenza e invio concordati con la Medicina Generale, già in essere ai sensi della D.D. n. 709 del 13.11.2017

Si ribadisce 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.

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

CRITERI DI INVIO PAZIENTE DIABETICO (prima visita o visita di accoglienza)			
Classe di Priorità	Tempo massimo attesa	Patologia	Struttura di riferimento
EMERGENZA	PASSAGGI O IN DEA o PS	Stati di pre-coma o coma diabetico (iperosmolre, chetosico o ipoglicemico) e/o alterazione dello stato di vigilanza e di coscienza Piede infetto con stato settico Gangrena del piede Ischemia acuta del piede	Ospedale (DEA o PS)
CLASSE U URGENTE	72 h	Sintomatologia suggestiva di scompenso metabolico acuto: disidratazione e/o stato febbrile e/o chetosi e/o calo ponderale non voluto Ripetuti episodi di ipoglicemia che superano le capacità di autogestione del paziente Gravidanza in donna diabetica e diabete gestazionale Ulcera del piede o lesioni ischemiche e/o infette agli arti inferiori Nuova diagnosi in paziente con età <14 anni	CAIS o Centro HUB
CLASSE B	10 gg	Nuova diagnosi di diabete in paziente con Glicemia >300mg/dl (ricontrollata) e/o HbA1c>9 Introduzione in paziente diabetico noto di una terapia diabetogena (Steroidi ad alto dosaggio, Antineoplastici, ecc...) Nuova diagnosi in paziente con età < 30 anni	CAIS
CLASSE D	15-30 gg	Comparsa o peggioramento di complicanza significativa con necessità di revisione del piano terapeutico Superamento di 1.5 punto % di HbA1c rispetto ai al target stabilito per quel paziente nell'arco di almeno 3 mesi	CAIS
CLASSE P	-	Tutte le restanti indicazioni cliniche (le nuove diagnosi preferibilmente non > 90gg)	CAIS

Situazioni in cui è consigliabile non riprogrammare automaticamente al SD e lasciare alla gestione del MMG.

Pazienti TIPO 2 con più di 80 anni e con HbA1c ≤ 8

Pazienti TIPO 2, meno di 80 anni con iporali e/o GLP1-RA+ 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

18. Riferimenti normativi

- 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
- DGR 40-9920 del 27/10/2008
- DGR 18-2663 del 3/10/2011
- D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013
- DGR 27-4072 del 17/10/2016
- DD 81 del 8/2/201
- D.D.129 del 10.3.2015
- D.D. 709 del 13/11/2017
- D.G.R. 6-1613 del 3/7/2020
- <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

APPENDICE

Rete Endocrino-Diabetologica regionale

A.1 Ricognizione delle attività svolte (2017-2021), in attuazione della D.G.R. n. 27-4072 del 17.10.2016 e del percorso definito dalla D.D. n. 81 dell'8.2.2017

Elenco attività svolte e completate:

- analisi e ricognizione periodica delle sedi e relative risorse professionali delle strutture di diabetologia ed endocrinologia delle ASR;
- aggiornamento del PDTA Diabete di cui alla D.G.R. n. 61-13646 DEL 22.3.2010, come da provvedimento approvato con D.D. n. 709 del 13.11.2017;
- definizione PDTA diabetologia pediatrica, approvato con D.D. n. 786 del 29.7.2020, Allegato 1;
- definizione PDTA dislipidemie, approvato con D.D. n. 786 del 29.7.2020, Allegato 2 e 2.a;
- definizione PDTA obesità, approvato con D.D. n. 786 del 29.7.2020, Allegato 3;
- definizione proposta di linee d'indirizzo per l'articolazione della Rete regionale del Piede diabetico nell'ambito della Rete ED;
- individuazione e raccolta di indicatori di processo e di esito su attività diabetologiche 2016-2019;
- individuazione e raccolta indicatori di attività e appropriatezza in endocrinologia (osteometabolici);
- esportazione della cartella diabetologica fornita dalla software house Meteda nella Repository regionale, in collaborazione con il Settore regionale Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti;
- stesura linee di indirizzo Libre/Chetoni/Lispro biosimilare/Deroghe strisce in collaborazione con i Settori regionali Farmaceutico e Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- avvio all'utilizzo e criteri anti PCSK-9 in Piemonte;
- interventi di formazione comune con l'ortopedia e con le altre figure specialistiche e professionali competenti sul piede diabetico;
- stesura progetto sulle complicanze oculari e telemedicina;
- stesura criteri di appropriatezza prescrittiva CGM e CSSI/ Libre tramite PAG/RRD;
- stesura documento regionale sui criteri d'uso delle tecnologie nel diabete;
- partecipazione a gruppo di lavoro regionale sulla gestione di pazienti (non residenti o stranieri) non in AURA;
- promozione e supporto nella stesura della D.G.R. 6-1613 del 3/7/2020 sulla Telemedicina;
- individuazione delle attività ambulatoriali di endocrinologia e di diabetologia che possono essere svolte anche da remoto in modalità teleassistenza e televisita;

- progetto di ricerca lipidologico HoFH in Piemonte (individuazione possibili HF non diagnosticati);
- partecipazione attiva all'avvio PAG aghi e alle modifiche al software di prescrizione PAG aghi e strisce;
- partecipazione attiva alla creazione di un piano unico (PAG –strisce, lancette, sensori più PAS – aghi e siringhe);
- partecipazione attiva alla registrazione di piani di pazienti con prescrizione fatta in diabetologie extra regione;
- partecipazione attiva alla campagna di sostituzione dei glucometri;
- individuazione dei centri prescrittori e individuazione criteri prescrittivi per il Testosterone long acting;
- NOTA 100: collaborazione attiva con il Settore Farmaceutico nella stesura dei criteri regionali per l'applicazione della nota;
- analisi, in collaborazione con il gruppo osteometabolico, dei dati relativi a circa 30.000 fratture;
- tra il 2016 e il 2022 sono state svolte 23 riunioni della Rete ED con produzione di verbali depositati presso il Settore "Programmazione Servizi Sanitari e Socio Sanitari" della Regione Piemonte.

A.2 Attività previste per il periodo 2022-2025 in attuazione della D.G.R. n. 27-4072 del 17.10.2016

Elenco attività da avviare e/o sviluppare nel triennio 2022-2024:

Promozione, indirizzo e monitoraggio del processo, avviato con la D.G.R. n. 27-4072 del 17.10.2016, di rimodulazione della rete endocrino-diabetologica verso il modello di integrazione hub&spoke, attraverso il costante potenziamento del rapporto collaborativi, interattivo e d'integrazione tra strutture territoriali ed ospedaliere, sulla base dei PDTA già definiti e/o in fase di definizione.

Promozione e supporto metodologico ai fini dell'erogazione delle prestazioni specialistiche diabetologiche ed endocrinologiche in ambito distrettuale attraverso la rete delle Case della Salute (a regime: Case della Comunità ex PNRR), congiuntamente alla rete delle cure primarie sulla base del modello regionale della gestione integrata delle patologie croniche, già da anni consolidato per quanto attiene al diabete di tipo 2.

Stesura criteri e procedure di applicazione del PSDTA diabete aggiornato, con utilizzo della telemedicina in linea con il PNRR.

Revisione finale e stesura del PSDTA per il Piede diabetico e proposta organizzativa per la relativa Rete dei centri di erogazione.

Monitoraggio ed aggiornamento del PSDTA sul diabete in età pediatrica, ai fini del costante adeguamento ed ottimizzazione dello stesso rispetto ai bisogni di salute propri del paziente pediatrico.

Definizione di PSDTA relativi alle patologie osteometaboliche, ipogonadismo e tiroide.

Costante collaborazione con Settore Farmaceutico e assistenza integrativa per il monitoraggio della spesa di farmaci e presidi in ambito diabetologico, endocrinologico e metabolismo.

Collaborazione con Settori Farmaceutico e Sistema Informativo Regionale/CSI per l'implementazione del RRD su procedura PAG per la prescrizione di presidi per pazienti diabetici (strisce e materiale per l'automonitoraggio glicemico, sensori e infusori).

Aggiornamento del monitoraggio sulle modalità organizzative delle strutture/servizi di diabetologia e endocrinologia e del censimento sulle risorse umane e professionali negli stessi operanti.

Progettazione ed erogazione di interventi di formazione interna e con altri specialisti in ambito diabete, endocrinologia e metabolismo.

Proseguimento dell'attività di monitoraggio degli indicatori di applicazione del PSDTA diabete e di analisi dell'appropriatezza, processo ed esito.

Attività di ricerca, soprattutto epidemiologica e di outcome research, in collaborazione con centri regionali e universitari.

Definizione della gestione dei pazienti STP in particolare per presidi diagnostico terapeutici.

Attivazione dei codici NTR mancanti nel PSDTA diabete, per applicazione di microinfusore e sensore CGM/FGM, in coerenza con quanto previsto dai LEA.

In linea generale, supporto tecnico alla programmazione regionale e condivisione percorsi e procedure con la Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale sulle tematiche relative al diabete, endocrinologia e patologie del metabolismo.