

XXIX Congresso Congiunto
SID AMD Friuli Venezia Giulia

La diabetologia
nel post COVID
tra resilienza e
ripartenza



UDINE
19 marzo 2022

**III SESSIONE
FACCIAMO IL PUNTO:
RETI CLINICHE IN REGIONE**

MODERATORI: Roberta Chiandetti - Trieste
Giorgio Zanette - Pordenone

Rete diabetologica del'adulto

Riccardo Candido

**Centro Diabetologico Distretto 4
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano
Isontina**

Disclosure

Il sottoscritto Dott. Riccardo Candido dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti dalle seguenti Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche:

- Boehringer Ingelheim, Eli Lilly Italy, Mundipharma Pharmaceuticals, Novo Nordisk, Abbott, MSD Italia, Sanofi-Aventis, Roche Diabetes Care Italy, Menarini Diagnostics Srl.

Dichiara altresì il proprio impegno ad astenersi, nell'ambito dell'evento, dal nominare, in qualsivoglia modo o forma, aziende farmaceutiche e/o denominazione commerciale e di non fare pubblicità di qualsiasi tipo relativamente a specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici, ecc.).



DETERMINAZIONE DEL RESPONSABILE

“SC COORDINAMENTO RETI CLINICHE”

N. 61

DEL 26/01/2021

OGGETTO

Rete della Cronicità - Filiera Diabete: costituzione “Rete Regionale per la gestione del paziente con Diabete”

DETERMINAZIONE DEL RESPONSABILE

"SC COORDINAMENTO RETI CLINICHE"

N. 61

DEL 26/01/2021

OGGETTO

Rete della Cronicità - Filiera Diabete: costituzione "Rete Regionale per la gestione del paziente con Diabete"

DETERMINA

per i motivi di cui in premessa, che si intendono integralmente riportati

1. di attivare il gruppo di coordinamento "Rete regionale per la gestione del paziente con Diabete" che risulta essere così composto:

Diabete in ETÀ EVOLUTIVA	Diabete nell'ADULTO	PIEDE DIABETICO

Rete della Cronicità

Filiera Diabete

Il governo della RCFD è affidato alla Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute attraverso una propria struttura organizzativa denominata **“Coordinamento Reti Cliniche” (CRC)**, come previsto dall’art. 3 della Legge Regionale n° 27 del 17 dicembre 2018 e dal Decreto ARCS N. 209 del 30.09.2020.

Le criticità

Ciascuna delle Aziende Sanitarie regionali **garantisce un'offerta diabetologica**, ma emerge con chiarezza come questa sia **quantitativamente** e **organizzativamente diversificata** ed **eterogenea**, non solo fra le diverse aziende, ma anche all'interno delle stesse, con **diverse modalità di accesso**, **tempi d'attesa disomogenei**, per **erogazione delle prestazioni** e **competenze impiegate**.

L'organizzazione diabetologica regionale attuale

- Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) nel contesto dei Dipartimenti di medicina ospedalieri e dei Dipartimenti di assistenza territoriale.
- Strutture Semplici di strutture complesse di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo
- Ambulatori Divisionali Dipartimentali o delle Medicine nel contesto dei Dipartimenti di medicina.
- Ambulatori Distrettuali che afferiscono alle Medicine o alle SSD.

Obiettivi della Filiera

- **Razionalizzare l'offerta** regionale nell'ottica dell'equità e dell'appropriatezza delle prestazioni promuovendo l'utilizzo congruo delle risorse.
- **Definire le caratteristiche delle strutture diabetologiche** per dare riscontro, in forma omogenea a livello regionale, ai bisogni dei pazienti affetti da diabete mellito.
- **Rendere il più possibile omogenea l'assistenza** e promuovere la continuità assistenziale, favorendo l'integrazione fra gli operatori.

Obiettivi della Filiera

- **Aumentare, definire, diffondere e rendere omogenee le competenze degli operatori sanitari in diabetologia ed adeguare i comportamenti clinici e assistenziali degli stessi alle indicazioni riportate dalla letteratura e dagli standard di cura.**
- **Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie e delle innovazioni farmacologiche e garantire un adeguato accesso alle stesse per la persona con diabete.**
- **Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di associazioni riconosciute di persone con diabete.**

Organizzazione della Filiera Diabete della rete della Cronicità in Regione

I livelli minimi di assistenza diabetologica devono essere assicurati da ogni Azienda Sanitaria della regione mediante le attività integrate di:

- Strutture di Malattie Metaboliche e Diabetologia
- Ambulatori dedicati alla gestione integrata presso Distretti/CAP/AFT
- Medici di Medicina generale (MMG)/Pediatri di Libera Scelta (PLS)
- Operatori dei Distretti
- Medici specialisti di prossimità delle specialità coinvolte

Organizzazione della Filiera Diabete della rete della Cronicità in Regione

- È fondamentale che in ogni Azienda Sanitaria sia previsto un **unico coordinamento funzionale e trasversale** fra i diversi setting di cura, per evitare duplicazioni di intervento e variabilità delle prestazioni erogate.
- Tale **coordinamento** ha anche il **compito di formare e aggiornare tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo** di assistenza (MMG e altri specialisti) alla cura e gestione della malattia diabetica.

Organizzazione della Filiera Diabete della rete della Cronicità in Regione

- **La Filiera Diabete della Rete della Cronicità (RCFD) è articolata in tre aree geografiche corrispondenti alle tre aziende sanitarie e si raccorda con le attività previste dal Piano regionale per la cronicità.**
- **Eventuali attività diabetologiche, espletate presso ambulatori afferenti ad altre discipline, in particolare Medicina Interna e Geriatria, si raccordano funzionalmente con la struttura aziendale della Rete Diabetologica per quanto riguarda i percorsi clinici e organizzativi nell'ambito della rete stessa.**

Abilità e competenze dei professionisti del team

- Gestione della persona con diabete.
- Gestione della tecnologia avanzata.
- Prevenzione e gestione delle complicanze.
- Gestione della gravidanza e diabete.
- Prevenzione e gestione delle lesioni del piede diabetico.
- Aspetti educativi e comunicativi.

Ambiti clinici della filiera Diabete dell'Adulto

- Diabete mellito tipo 2 (TDM2)
- Diabete mellito tipo 1 (TDM1)
- Diabete mellito in gravidanza
- Percorso nutrizionale



ARCS
Azienda Regionale
di Coordinamento
per la Salute

SC Coordinamento Reti Cliniche

Versione n. 00
del 30/12/2021

Diabete nell'Adulto

PDTA Diabete mellito di tipo 2

Gruppo redazionale- Diabete nell’adulto

Annapaola Agnoletto	Direttore Distretto Sanitario Cividale del Friuli- ASUFC
Roberta Assaloni	Dirigente Medico SSD Diabetologia Gorizia-Monfalcone ASUGI
Giacomo Benedetti	Direttore SO Distretto 2 Direttore ff DAT Trieste - ASUGI
Riccardo Candido	Direttore S.S. Centro Diabetologico Distretto 4 - ASUGI
Michela Casson	Infermiera S.S. Centro Diabetologico Distretto 4 - ASUGI
Silvana Cum	Dietista S.S. di Diabetologia Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina ASUGI
Andrea Da Porto	Dirigente medico SOC Clinica Medica Ambulatorio di Diabetologia e Malattie Metaboliche - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Friuli Centrale - ASUFC
Laura Di Gaspero	Infermiere - Distretto Sanitario Cividale del Friuli - ASUFC
Elena Frattolin	Presidente Coordinamento Regionale Associazioni Diabetici- CRAD
Silvia Galasso	Dirigente medico-SOC di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo - Nutrizione Clinica azienda ospedaliera universitaria – ASUFC
Lorenza Marcolongo	MMG ASUFC
Ivan Rizzetto	MMG ASFO
David Turello	Direttore del Distretto di Gemona, Canal del Ferro, Valcanale Direttore del Distretto della Carnia - ASUFC
Giorgio Zanette	Responsabile S.S.D. Endocrinologia e malattie del metabolismo ASFO

Revisione

Dr. Candido Riccardo *S.S. Centro Diabetologico Distretto 4 – ASUGI*
Dr.ssa Chiandetti Roberta *Azienda regionale di Coordinamento per la Salute - ARCS*

Revisori AGREE

Dr. Basilio Pintaudi *SC Diabetologia Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Milano*
Dr. Marco Gallo *Direttore S.C. Endocrinologia e Malattie Metaboliche AOSS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria - Alessandria*

Scopo e campo di applicazione

- **Descrizione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA)** della Persona affetta da DM2 nel rispetto di quanto contenuto nella Determina ARCS n. 61 del 26/01/2021: *“Rete della Cronicità - Filiera Diabete: costituzione “Rete Regionale per la gestione del paziente con Diabete”*
- Tale documento intende **aggiornare, integrare e sostituire nelle parti comuni** quanto previsto dal *“Documento di Indirizzo sull’Assistenza Integrata alla Persona con Diabete in F.V.G. del 2015”*.
- Obiettivo prioritario del PDTA è la **gestione della persona con diabete tipo 2 nelle varie fasi di malattia e negli specifici setting sull’intero territorio regionale.**

Struttura del documento

1. La Prevenzione – primaria e secondaria
2. Individuazione delle persone a rischio o affette da diabete mellito
3. Attività preventiva nel prediabete – IFG e IGT
4. Inquadramento epidemiologico
5. Criteri di accesso al 1° livello (gestione integrata) della persona con DM2
6. Stratificazione del bisogno clinico assistenziale
7. Percorso della persona con DM2

Struttura del documento

- 8. Rinnovo piano terapeutico AIFA del paziente diabetico tipo 2 stabile
- 9. Gestione delle complicanze
- 10. Protocolli di gestione comune DM1 e DM2
- 11. Accesso alla Rete dei Servizi Socio – Sanitari
- 12. Telemedicina
- 13. Attori, azioni e responsabilità
- 14. Indicatori

Punti chiave

Sulla base dei **bisogni di cura** delle persone con diabete, dei **livelli di assistenza** richiesti per i pazienti, dell'**organizzazione** e delle **competenze necessarie**, sono stati sviluppati 2 livelli di complessità clinico-organizzativa:

- **1° Livello** costituito da **MMG/PSL, specialisti di prossimità, ambulatori infermieristici distrettuali (Case della Comunità) con personale dedicato e disponibilità di dietista.**
- **2° Livello** costituito dalle **strutture diabetologiche con sede territoriale o ospedaliera con team dedicato** (medico, infermiere e dietista con formazione ed esperienza nel settore diabetologico, psicologo ove indicato, podologo) in **numero adeguato al bacino di utenza e specificamente qualificati sulla base di una formazione professionale continua** alla gestione del paziente con diabete.

5. Criteri di accesso al 1° livello (gestione integrata) della persona con DM2

- Tutte le persone affette da **DM2** seguite ambulatorialmente, **esenti da complicanze micro - macro vascolari medio – severe**.
- Persone in buon compenso metabolico **senza complicanze o con complicanze lievi e stabilizzate** (vedi Tabella n°1), in terapia **antidiabete orale e/o con insulina basale**.
- L'invio in **gestione integrata** da parte del Medico Diabetologo al MMG avviene **con il referto di visita diabetologica (PdC) e successiva presa in carico da parte del MMG nell'ambito delle Case della Comunità o di altre forme aggregate presenti sul territorio**.
- Nel caso in cui la persona con diabete **non abbia un compenso glicemico adeguato** (per età e/o comorbidità) **rimane in carico al Servizio Diabetologico** fino al raggiungimento del target terapeutico.

6. Stratificazione del bisogno clinico assistenziale

Alta intensità. Persona di **nuova diagnosi con iperglicemia marcata** “glicemia da prelievo venoso > 250 e/o **sintomi di scompenso** (poliuria-polidipsia)”, (glicemia > 250 mg/dl), senza acidosi metabolica che **può essere trattato farmacologicamente e reidratato ambulatorialmente** sotto monitoraggio glicemico intensivo da parte del Team diabetologico fino a stabilizzazione della glicemia e della terapia ipoglicemizzante.

6. Stratificazione del bisogno clinico assistenziale

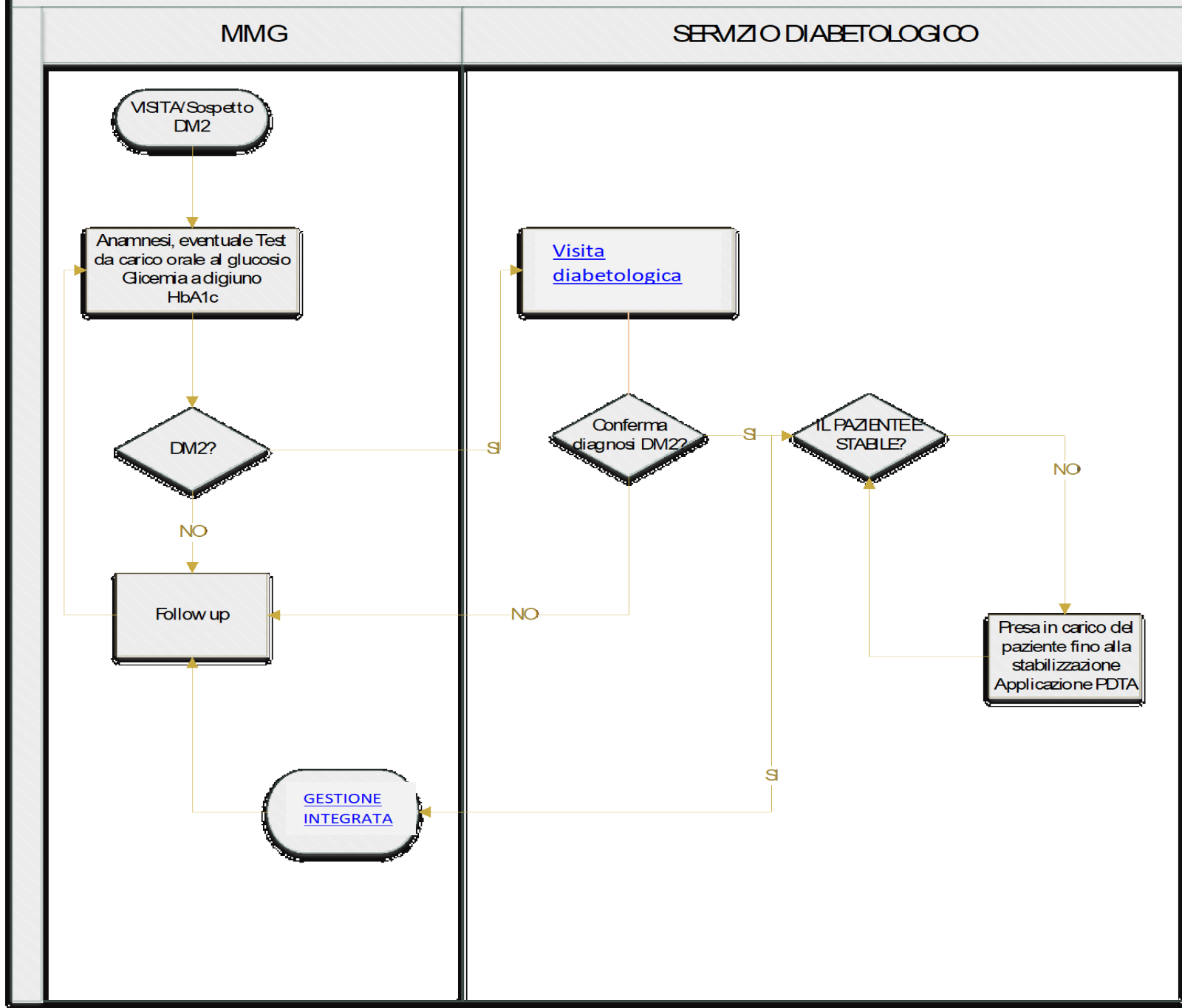
Media intensità. Persona con DM2 di **nuova diagnosi non critico ma instabile** già (o meno) in trattamento con ipoglicemizzanti orali o in sola dieta, **che ha necessità di una rivalutazione diagnostico-terapeutica a causa di un aggravamento del quadro clinico o della comparsa di una nuova complicanza o peggioramento di complicanza preesistente.** Il diabetologo, mentre rivaluta la terapia farmacologica, prende in carico il paziente fino a stabilizzazione del quadro clinico.

6. Stratificazione del bisogno clinico assistenziale

Bassa intensità. Persona con **nuova diagnosi di DM2** non ancora in trattamento che **necessità d'inquadramento diagnostico ed eventuale terapia**. Il medico che pone diagnosi, MMG o specialista, **rilascerà esenzione per patologia e programma la valutazione nutrizionale** (individuale o di gruppo) possibilmente garantita da dietista con competenze specifiche. Il paziente se stabile, qualora anche in trattamento con farmaci che richiedono piano terapeutico AIFA, **è inviato al MMG per l'avvio della gestione integrata del DM2.**

Percorso di presa in carico Diabete Mellito Tipo 2 nell'adulto

- Fase 1 – Sospetto diagnostico da parte del Medico di Medicina Generale o Medico Specialista (ospedaliero o territoriale)
- Fase 2 - Conferma Diagnosi presso SD (2° livello come individuato nel documento “Rete della cronicità filiera diabete”)
- Fase 3. - Presa in carico da parte del MMG e Infermiere cronicità/comunità della persona con DM 2
- Fase 4 - FOLLOW UP – Presa in Carico Integrata



Diabete nell'Adulto

PDTA Diabete mellito di tipo 2

Tabella 2. Indicazioni a visita presso il Servizio Diabetologico

-
- Esordio /diagnosi
 - Fallimento alla terapia
 - Indicazione ad uso di farmaci erogabili solo dallo Specialista diabetologo con evidenza di protezione danno d'organo cardiovascolare e/ o renale indipendentemente dal valore di Hb glicata
 - Complicanze di grado medio-severo
 - Situazioni di compenso metabolico non ottimizzato (Hb glicata superiore agli obiettivi individuali)
-

Gestione in regime di urgenza

Emergenza assoluta

Paziente in fase acuta e rispondente ai criteri di seguito riportati dovrà essere inviato in Pronto Soccorso:

- **Chetoacidosi:** glicemia > 250 mg/dl + presenza di chetoni nel sangue capillare o nelle urine + segni clinici di acidosi (alito acetone, vomito, dolori addominali, polipnea) e/o disidratazione e/o compromissione del sensorio;
- **Iperosmolarità non chetosica:** iperglicemia severa (>400 mg/dl), disidratazione, compromissione del sensorio;
- **Ipoglicemia grave con neuroglicopenia:** glicemia < 50 mg/dl senza risoluzione dopo trattamento;
- **Grave ed estesa lesione trofica del piede e/o segni d'infezione severa (SIRS/Sepsi)** (si fa riferimento al PDTA piede diabetico in corso di stesura alla data del recepimento del presente documento).

Urgenza

A. Urgenza 24 ore (priorità di richiesta “U”), invio entro 24 ore in caso di:

- **Scompenso acuto** (glicemia > 250 mg/dl e/o chetonemia/chetonuria senza segni clinici di acidosi e/o disidratazione e/o compromissione del sensorio);
- **Piede diabetico con ulcerazione e o segni d'ischemia critica AAll** (si fa riferimento al PDTA piede diabetico in corso di stesura).

Urgenza

B. Urgenza differita (7-10 giorni, priorità di richiesta “B”): l’appuntamento sarà concordato fra MMG/Diabetologo SD

- **diabete prima diagnosi tipo 2 con caratteristiche di scompenso** (importante calo ponderale, poliuria, polidipsia, glicosuria);
- **diabete tipo 2 in scompenso nonostante il potenziamento della terapia** (importante calo ponderale, poliuria, polidipsia, glicosuria);
- **comparsa di complicanze micro/macrovascolari** dovute al diabete che rendono necessaria la prescrizione della terapia insulinica;
- **dopo un ricovero ospedaliero con prescrizione di terapia insulinica** o con modifica della terapia ipoglicemizzante nell’ambito del controllo alla dimissione in regime di post-ricovero;
- **pazienti a cui è stata prescritta terapia con farmaci iperglicemizzanti** e che abbiano presentato un **incremento dei valori glicemici tale da rendere necessaria la prescrizione di terapia insulinica**;
- **diabete gestazionale** (si veda PDTA regionale “Documento gestazionale”).

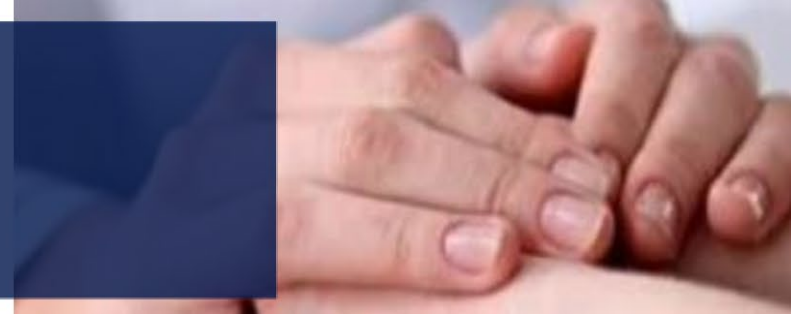
Valutazione AGREE

AGREE è uno strumento metodologico “generico” che può essere applicato anche al LG sviluppate a livello locale/regionale, gestite in qualsiasi setting assistenziale, per raccomandazioni relative a tutti gli interventi sanitari: preventive, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliative, etc.

AREA		PUNTEGGIO
1	Obiettivi e ambiti di applicazione	94,44%
2	Coinvolgimento dei soggetti portatori di interesse (<i>stakeholders</i>)	94,44%
3	Rigore metodologico	65,63%
4	Chiarezza espositiva	97,22%
5	Applicabilità	81,25%
6	Indipendenza editoriale*	75,00%
	Score totale 80,80%	

***punto 6: Indipendenza editoriale** Su suggerimento del primo valutatore è stata aggiunta la dichiarazione sul conflitto d'interesse dei componenti del gruppo che ha elaborato il PDTA; la dichiarazione era assente al momento di valutazione del documento

LA GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO NEL PNRR



La bozza del documento «**Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale**» - che verrà inviata in questi giorni alle Regioni - servirà per l'implementazione dell'atteso «**Dm71**», il decreto ministeriale che disegnerà la Sanità di prossimità».

- La **rete delle cure** sarà strutturata secondo un modello «**hub&spoke**», con Case della Comunità (CdC) principali o hub (ogni 40-50 mila abitanti) collegate ad altre spoke e agli ambulatori di medici e di pediatri di famiglia;
- Nelle **CdC hub**, anche grazie alla **telemedicina**, ai cittadini sarà garantita la presenza delle équipes di medici e infermieri ma anche programmi di medicina d'iniziativa e prevenzione, punti prelievo, screening, piccola diagnostica e **visite con specialisti**, come il **diabetologo**.

Responsabile del procedimento:
Reti Cliniche
Mail: reticliniche@arcs.sanita.fvg.it

Alla c. a. dei Direttori Sanitari

Oggetto: Richiesta *link professional* per implementazione PDTA del paziente con DIABETE MELLITO di Tipo 2 nell'adulto

Gentili in indirizzo,

in ottemperanza all'applicazione del " MODELLO PER LA GESTIONE DELLE RETI CLINICHE DI PATOLOGIA" di cui al Decreto ARCS n. 209 del 30/09/2020 si chiede alle S.S. V.V. l'identificazione e la comunicazione dei *link professional* aziendali per il percorso in oggetto entro venerdì 11 marzo all'indirizzo mail: reticliniche@arcs.sanita.fvg.it.

Si anticipa che per il PDTA in oggetto è in fase di programmazione l'evento formativo che si terrà il **12 aprile 2022**. Per una migliore declinazione dei *link professional* richiesti ed in accordo con il Responsabile

Attività future della filiera Diabete dell'Adulto

- Diabete mellito tipo 1 (TDM1)
- Percorso nutrizionale

Linee di indirizzo regionali sull'appropriata prescrizione e gestione dei microinfusori e dei sensori per il monitoraggio continuo della glicemia, integrati e non, per le persone con diabete mellito