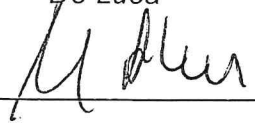
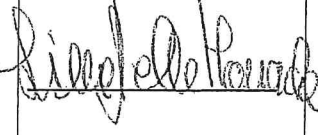
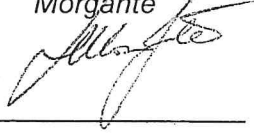


 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022
		Pag. 1 di 39

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE

PROPOSTO	FIRMA	VERIFICATO	APPROVATO
Responsabile UOSD Diabetologia II Livello D.ssa A.R. Aleandri		U.O.C. Risk Management, Qualità e Audit Clinico Dott. Maurizio Musolino 	Direzione Sanitaria Aziendale Dott.ssa Assunta De Luca 
Associazione Rieti Diabete APS Presidente Lina Delle Monache		U.O.S. Governo Clinico e Sistema Qualità Dott.ssa Antonella Stefania Morgante 	

Il presente documento è esclusivamente per uso interno. Per l'utilizzo esterno occorre chiedere l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria.

Gruppo di lavoro:

Direttore Distretto 1 – Dott. A. Boncompagni

Referente Distretto 2 – Dott. A. Boncompagni

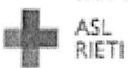
Direttore UOC Politica del Farmaco e dei Dispositivi Medici – Dott.ssa E. Giordani

Referente Centro Unico di Prenotazione – Dott.ssa R. Rossi

Incarico di Organizzazione Attività inerenti le Statistiche e l'Epidemiologia Sanitaria – Dott.ssa A. Beccarini

STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
14/12/2021	00	PRIMA STESURA
15/03/2022	01	REVISIONE

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 2 di 39

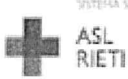
INDICE

1. INTRODUZIONE.....	3
2. OBIETTIVO DEL DOCUMENTO.....	8
3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI.....	8
4. MODALITA' OPERATIVE DEL PDTA.....	11
5. MATRICE DI RESPONSABILITA'	20
6. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	23
7. MODALITA' DI MONITORAGGIO.....	26
8. MODALITA' DI DIFFUSIONE.....	34
9. MODALITA' DI AGGIORNAMENTO	34
10. BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	35

ALLEGATI:

Allegato 1

Allegato 2

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDТА DIABETE	Cod. PDТА/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 3 di 39

1. INTRODUZIONE

I criteri per la scelta del problema di salute

La diffusione delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) è un problema importante a livello globale poiché in quasi tutte le nazioni e in tutte le fasce di reddito, uomini, donne e bambini è presente un aumento significativo del rischio d'insorgenza di queste patologie per molteplici motivi sia noti che non noti.

Le malattie principali che caratterizzano le MCNT sono quelle cardiovascolari (ictus, arteriopatia obliterante periferica e infarto acuto del miocardio), l'ipertensione, l'osteoporosi, il diabete mellito, la patologia tumorale e le malattie croniche respiratorie.

Il Diabete Mellito (DM) può essere considerato l'esempio paradigmatico delle MCNT e può essere definito come una Sindrome complessa ed eterogenea che riconosce cause diverse e differenti fattori patogenetici il cui denominatore comune è l'iperglicemia in presenza di un deficit della secrezione e/o dell'azione dell'insulina.

Tabella 1. Classificazione eziologica del diabete (WHO 2006, ADA 2014)

Diabete tipo 1 — È causato da distruzione beta-cellulare, su base autoimmune o idiopatica, ed è caratterizzato da una carenza insulinica assoluta (la variante LADA, <i>Latent Autoimmune Diabetes in Adults</i>, ha decorso lento e compare nell'adulto).
Diabete tipo 2 — È causato da un deficit parziale di secrezione insulinica, che in genere progredisce nel tempo ma non porta mai a una carenza assoluta di ormone, e che si instaura spesso su una condizione, più o meno severa, di insulino-resistenza su base multifattoriale.
Diabete gestazionale — Diabete diagnosticato nel secondo o terzo trimestre di gravidanza, che non è un diabete manifesto misconosciuto prima della gravidanza. È causato da difetti funzionali analoghi a quelli del diabete tipo 2; viene diagnosticato per la prima volta in gravidanza e in genere regredisce dopo il parto per poi ripresentarsi, spesso a distanza, preferenzialmente con le caratteristiche del diabete tipo 2.
Altri tipi di diabete – difetti genetici della beta-cellula (MODY, diabete neonatale, DNA mitocondriale) – difetti genetici dell'azione insulinica (insulino resistenza tipo A, leprecaunismo) – malattie del pancreas esocrino (pancreatite, pancreatectomia, tumori, fibrosi cistica) – endocrinopatie (acromegalia, Cushing, feocromocitoma, glucagonoma) – indotto da farmaci o sostanze tossiche (glucocorticoidi, altri agenti immunosoppressori, tiazidici, diazossido, farmaci per il trattamento dell'HIV/AIDS) – infezioni (rosolia congenita) – forme rare di diabete immuno-mediato – sindromi genetiche rare associate al diabete (Down, Klinefelter, Turner, Wolfram, Friedereich)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 4 di 39

Fattori di rischio e complicanze

Il DM è una patologia cronica degenerativa e nell'evoluzione della malattia vi è un elevato rischio di patologie multiorgano, che possono ridurre l'aspettativa di vita e la qualità della vita stessa con un elevato grado di disabilità. Le complicanze possono essere acute o croniche.

Le complicanze croniche principali nel DM sono:

1. Retinopatia diabetica caratterizzata da danno vascolare a livello del microcircolo della retina, con progressione verso la perdita delle facoltà visive. Vi è anche un aumento del rischio d'insorgenza di glaucoma e cataratta.
2. Nefropatia diabetica con la presenza di una progressiva riduzione della capacità filtrante del rene che può portare ad insufficienza renale cronica, dialisi e/o trapianto.
3. Neuropatia diabetica che secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) colpisce circa il 50% delle persone con diabete. Questa complicanza può causare una perdita delle capacità nocicettiva, propriocettiva, termica e tattile che determina un aumento del rischio di danni agli arti inferiori e nei casi più gravi può aumentare la probabilità di andare incontro ad amputazioni minori e maggiori. La neuropatia diabetica può inoltre causare disfunzioni cardiache, modifiche del tratto gastrointestinale ed è una delle principali cause d'impotenza maschile.
4. Malattie Cardiovascolari nelle persone con DM sono aumentate di circa 2-4 volte rispetto al resto della popolazione, soprattutto a causa di un'insorgenza precoce e maggiore della malattia aterosclerotica e dei fenomeni trombo embolici ad essa associati. Infine, circa il 50% delle cause di morte nel DM è determinato da malattie cardiovascolari associate a infarto acuto del miocardio, ictus ed arteriopatia obliterante periferica cronica degli arti inferiori.
5. Piede diabetico che può essere causato sia da una vasculopatia che da una neuropatia o da entrambe le condizioni. Questi difetti possono portare ad ulcerazioni e problemi di deambulazione, a causa del carico che il piede sopporta. In alcuni casi è necessaria l'amputazione, ed attualmente il piede diabetico è la causa più frequente di amputazione degli arti inferiori.

La prevenzione primaria del Diabete Tipo 2, vista la relazione concausale con la condizione di sovrappeso/obesità, presente nel 90-95% dei pazienti, si identifica con la prevenzione dell'eccesso ponderale e, più in generale, col contrasto agli stili di vita incongrui.

L'analisi epidemiologica, inoltre, evidenzia la coesistenza maggiore di altri fattori di rischio cardiovascolare nei diabetici (Ipertensione, Ipercolesterolemia) rispetto ai non diabetici.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 5 di 39

Fattori di rischio cardiovascolare	Popolazione diabetica	Popolazione NON diabetica	Popolazione generale
ipertensione	57%	19%	21%
ipercolesterolemia	46%	23%	25%
sovrappeso	44%	30%	31%
obesità	31%	9%	10%
sedentarietà	43%	32%	33%
abitudine al fumo	22%	31%	31%

Cenni di epidemiologia

Nel 2014 la prevalenza del diabete a livello mondiale è stata stimata del 9% tra gli adulti di età > di 18 anni (WHO, 2014). Nel 2012 un milione e mezzo di morti sono state causate direttamente dal diabete e si stima che più dell'80% di tali decessi siano occorsi nelle popolazioni più povere (WHO, 2012).

Dati recentemente pubblicati dall'International Diabetes Federation (IDF) sostengono che nel 2010 oltre 284 milioni di persone fossero affette da diabete e l'invecchiamento della popolazione, l'aumentata aspettativa di vita e l'aumentato introito calorico fanno ritenere che tale percentuale possa aumentare in maniera consistente nei prossimi decenni (soprattutto nei paesi demograficamente più vecchi, come l'Italia) le proiezioni non sono rassicuranti: si prevede, infatti, che nel 2030 i diabetici adulti (fascia d'età 20-79) saranno 438 milioni arrivando ad un tasso di prevalenza pari al 7,7%.

Pur meno frequente rispetto al diabete tipo 2 (un caso su dieci diabetici) il DMT1 presenta un elevato impatto sociale in quanto interessa soggetti in giovane età. L'incidenza è compresa tra i 6 e i 10 casi per 100.000 per anno nella fascia di età da 0 a 14 anni, ed è stimata in 6,7 casi per 100.000 per anno nella fascia da 15 a 29 anni, con differenze geografiche.

I dati riportati nell'annuario statistico ISTAT 2013 indicano che è diabetico il 5,4% degli italiani (5,3% delle donne e 5,6 % degli uomini), pari a oltre 3 milioni di persone. In Italia, secondo gli Annali AMD, il 60% dei pazienti che afferiscono ai reparti di diabetologia ha più di 65 anni, e il 25% più di 75. La prevalenza del diabete mellito nella popolazione over 65 è stimata in valori superiori al 20%. Nelle fasce d'età tra 18 e 64 anni la prevalenza è maggiore fra gli uomini, mentre oltre i 65 anni è più alta fra le donne. Per quanto riguarda la distribuzione geografica, la prevalenza è più alta nel Sud e nelle Isole, con un valore del 5,6%, seguita dal Centro con il 4,8% e dal Nord con il 4,4%.

Rispetto al 12,5% della popolazione senza diabete, il tasso standardizzato di ospedalizzazione risulta del 23,8% nei dati dell'Osservatorio ARNO e del 23,2% nel Dossier 179- 2009 della Regione Emilia-Romagna dedicato al diabete.

La mortalità per diabete di tipo 2 varia a seconda dell'età, del controllo glicemico e delle complicanze. Dagli studi effettuati è emerso che il diabete tipo 2 si associa ad un eccesso di mortalità del 35-40%, rispetto alla popolazione generale (Standardized Mortality Ratio - SMR), l'aspettativa di vita dei pazienti è di 5-10 anni inferiore alla norma. Il DM è la prima causa di cecità nell'adulto, dell'amputazione non traumatica dell'arto inferiore, infarto del miocardio e ictus e di maggior numero di casi di Insufficienza Renale.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 6 di 39

La valutazione del bisogno assistenziale

Epidemiologia e offerta assistenziale

La provincia di Rieti si estende per una superficie di 2.749 Km², è costituita da 73 comuni ed ha una popolazione residente, di 157.420 abitanti.

Il territorio della provincia di Rieti coincide con quello di competenza dell' Azienda Sanitaria Locale Rieti. L'Asl Rieti, tenuto conto delle linee guida di cui al decreto del commissario ad acta del 6/08/2014 n. 259, individua l'articolazione territoriale in due Distretti:

- il Distretto n°1: Rieti-Antrodoco-Sant'Elpidio;
- il Distretto n° 2: Salario-Mirtense.

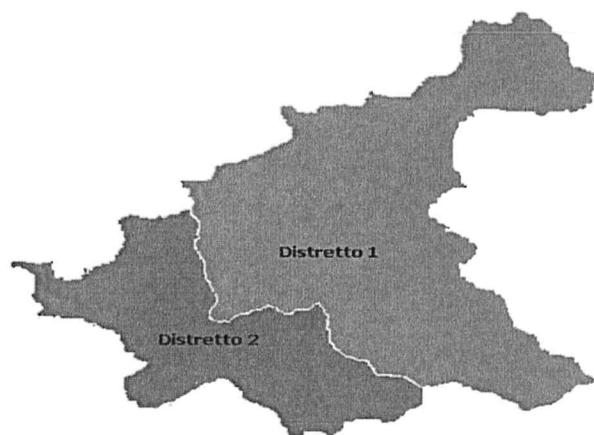


Fig. 1

La popolazione residente risulta distribuita nell'ambito dei due Distretti Sanitari come da tabella che segue.

AMBITO TERRITORIALE	Maschi	Femmine	Totale
Distretto 1	46.850	48.565	95.415
Distretto 2	30.790	31.215	62.005
TOT. ASL RIETI	77.640	79.780	157.420

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 7 di 39

Nell'ambito della ASL Rieti sono presenti i seguenti centri erogatori di attività diabetologica:

- P.O. Unificato Rieti-Amatrice,
- Casa della Salute di Magliano Sabina;
- n. 8 Poliambulatori:
 - Distretto 1: Via delle Ortensie-Rieti, Amatrice, Antrodoto, Sant'Elpidio, Leonessa.
 - Distretto 2: Poggio Mirteto, Passo Corese, Osteria Nuova.

Considerando che la prevalenza del diabete mellito è al 5.5% della popolazione generale italiana, ma che il Piano per la malattia diabetica della Regione Lazio evidenzia che al 31.12.13 la prevalenza del diabete mellito regionale è del 10.3 % con una variabilità tra diverse ASL, i dati relativi alla ASL di Rieti sono stimabili come segue:

AMBITO TERRITORIALE	Popolazione Residente	Stima di persone con Diabete Mellito (10,3% popolazione)
Distretto 1	95.415	9.828
Distretto 2	62.005	6.387
TOT. ASL RIETI	157.420	16.214

La valutazione delle risorse e degli obiettivi di budget

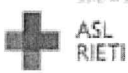
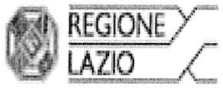
Al suo stato iniziale, il PDTA è attivo sul Distretto 1 e sul Distretto 2 con l'operatività di 1 giorno a settimana ciascuno in orario 8:30 – 14:00.

Con questa capacità, il PDTA può prendere in carico, rifacendosi al numero indicativo di visite annue per i pazienti diabetici descritti dal DCA regionale, al massimo 825 pazienti, un numero di pazienti arruolati che con tale capacità potrebbe essere ottenuto in circa 18 mesi.

Una volta raggiunto il numero massimo di capacità, sarà necessario aumentare i giorni di ambulatorio dedicati al PDTA in modo da prendere in carico un numero maggiore di paziente fino ad arrivare alle percentuali richieste dal DCA regionale.

Le stime del numero di pazienti arruolabili in base al numero di giorni di ambulatorio dedicati al PDTA (per distretto) è la seguente:

Numero di giorni di PDTA settimanali (per distretto)	Max num. Pazienti in carico in follow-up di controllo (totale)
1	825
2	1650
3	2475
4	3300
5	4125

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDТА DIABETE	Cod. PDТА/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 8 di 39

Una volta raggiunti i 5 giorni di ambulatorio dedicato al PDТА su entrambi i distretti, si può valutare, in base alla richiesta di arruolamenti da parte di pazienti diabetici, di prevedere sedute aggiuntive o di durata maggiore, nelle sedi definite o in nuove sedi per aumentare il numero di pazienti arruolati. Per ogni seduta aggiuntiva settimanale si renderà necessario incrementare il personale dedicato al PDТА con un rapporto teorico di 2 infermieri per ogni diabetologo e l'impiego di specialisti quali podologi, oculisti, cardiologi e chirurghi vascolari.

Da una stima del costo unitario per l'arruolamento del paziente e dall'analisi del costo del primo anno di follow-up emerge quanto segue in tabella sottostante.

	STIMA COSTO UNITARIO **	AS IS (825* PZ)	TO BE (4125 PZ)
Costo arruolamento pazienti in PDТА (costo unitario per paz euro tot ** stima effettuata)	€ 700,83	€ 578.184,75	€ 2.890.923,75
Costo Follow Up annuale	€ 121,88	€ 100.549,35	€ 502.746,75

*si indica capacità massima attuale con PDТА attivo su distretto 1 e distretto 2 per un giorno a settimana.

**costi unitari stimati secondo uno studio condotto dalla ASL RIETI con il supporto di TELOS con metodo Lean.

2. OBIETTIVO DEL DOCUMENTO

Definizione di uno strumento di gestione clinica del diabete sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

I centri e le strutture coinvolte

La rete assistenziale diabetologica (Deliberazione° 172 del 2019) del territorio della Asl Rieti, risulta così organizzata:

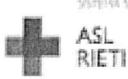
- **n. 2 Strutture Diabetologiche con funzioni di 2° livello:**
 - UOSD Diabetologia di II livello - c/o P.O. San Camillo de Lellis di Rieti, con funzioni di Coordinamento dei percorsi clinico-assistenziali;
 - Casa della Salute di Magliano Sabina.

La UOSD Diabetologia si occupa altresì dell'attività diabetologica ospedaliera (consulenze nei reparti di degenza e preospedalizzazione).

Al suo interno verrà attivato l'Ambulatorio di Diabetologia Pediatrica e l'Ambulatorio di transizione in rete con la struttura diabetologica di 3° livello della ASL di Viterbo.

La Struttura Diabetologica di II livello della Casa della Salute di Magliano Sabina assicura un accesso all'utenza di almeno 30 ore settimanali, distribuite in 5 giorni a settimana, con almeno un'apertura pomeridiana.

La Casa della Salute, come specificato nel Piano Regionale Diabete, deve costituire un ulteriore nodo del sistema di "rete reticolare", operando in "sinergia non replicativa ma complementare con le SD" e garantendo continuità assistenziale nei vari livelli di intensità di cura.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDТА DIABETE	Cod. PDТА/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 9 di 39

Pertanto, sulla scorta di quanto previsto dal Piano sulla malattia diabetica, la ASL di Rieti si impegna a sviluppare le seguenti linee operative di assistenza diabetologica presso la Casa della Salute:

- a) Assistenza clinica
 - Condivisione di PDТА con la Rete diabetologica;
 - b) Integrazione sociosanitaria
 - aderenza a programmi di formazione rivolti a tutti gli attori del sistema (operatori sanitari, MMG, associazioni di volontariato, utenti) e in particolare del PDТА;
 - c) Prevenzione
 - il Piano Regionale Diabete individua nella Casa della Salute uno dei nodi principali in cui realizzare la medicina di iniziativa, individuando i soggetti a rischio, realizzando programmi di prevenzione del Diabete Mellito e sviluppando la diagnosi precoce e la presa in carico dei nuovi casi.
- **n. 6 Punti di erogazione ambulatoriali di assistenza diabetologia**
 - Distretto 1: Ambulatorio diabetologico di Amatrice, S. Elpidio e Antrodoto;
 - Distretto 2: Ambulatorio diabetologico di Passo Corese, Osteria Nuova, Poggio Mirteto.

I punti di erogazione ambulatoriali, in collegamento con le strutture di II livello, garantiscono la prossimità del servizio.

L'ultimazione della messa in rete di tutti i nodi della Rete Diabetologica Aziendale ha lo scopo, tra l'altro, di archiviare correttamente e regolarmente i dati, partecipare alle attività di audit aziendale e regionale, aderendo alla Cartella Informatizzata Aziendale condivisa.

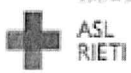
Gli attori del gruppo multidisciplinare

L'assistenza alle persone con diabete necessita del concorso operativo sia delle cure primarie (in primo luogo dei MMG) che dell'assistenza pluridisciplinare e pluriprofessionale operante nelle strutture specialistiche territoriali ed ospedaliere, nell'ambito di un coordinamento aziendale.

La partecipazione attiva e coordinata di tutti gli attori del processo di cura è richiamata esplicitamente nel testo dell' Accordo Stato-Regioni che recepisce il Piano sulla malattia diabetica, così come di seguito riportato: "affermare la necessità di una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato, proiettato verso un disegno reticolare "multicentrico", mirato a valorizzare sia la rete specialistica diabetologica sia tutti gli attori dell'assistenza primaria".

Nell'ambito del funzionamento della rete, i livelli di assistenza diabetologica sopra identificati devono essere assicurati mediante attività integrate erogate da:

- team multiprofessionale;
- medici di medicina generale (MMG);
- operatori dei distretti sanitari;

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDТА DIABETE	Cod. PDТА/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 10 di 39

- medici specialisti delle specialità coinvolte (cardiologo, chirurgo vascolare, oculista, neurologo, nefrologo);
- podologi operanti sul territorio;
- infermieri;
- psicologi;
- dietisti;
- educatori;
- Associazione di pazienti diabetici (Diabete Rieti APS);
- Sistemi informatici.

In riferimento agli specifici ruoli, gli attori principali dell'assistenza svolgono i seguenti compiti:

- la persona con diabete, debitamente informata, deve assumersi la responsabilità del proprio percorso assistenziale;
- il MMG è responsabile dello “screening”, della diagnosi e della prevenzione del DM2 e della gestione dei pazienti non complicati, in collaborazione con la SD secondo un protocollo specifico coadiuva il team diabetologico multidisciplinare nella gestione delle persone con DM2 con scompenso metabolico e/o complicati, delle persone con DM1 e con altre forme specifiche di diabete;
- il team diabetologico multiprofessionale deve essere costituito da medici, infermieri e da personale funzionalmente dedicati, quali lo psicologo, il podologo, l'educatore;
- l'associazione Rieti Diabete APS svolge funzioni di supporto sociale al paziente e al suo contesto familiare, facilitandone al contempo l'accesso alle cure proposte nell'ambito del PDТА e costituendo un punto di riferimento attivo per la Asl di Rieti in termini di collaborazione alle attività socio-sanitarie espletate e al loro miglioramento continuo.

Il Piano per la Malattia Diabetica indica che i team “...Partecipano alla diagnosi e alla cura di tutte le persone con diabete fin dal momento della diagnosi, con interventi più frequenti nei pazienti con situazione clinica a più alta complessità e meno frequenti nei pazienti a più bassa complessità, soprattutto nelle fasi di stabile buon compenso e in assenza di complicanze significative. La loro partecipazione alla cura si svolge sempre in integrazione con il MMG/PLS. Fungono anche da consulenti per i diabetici ricoverati per altra patologia”.

Considerata l'alta prevalenza delle patologie croniche e del diabete mellito in particolare, un disegno di rete efficace deve avere dei livelli specialistici “dedicati”, che non si sostituiscano agli attori dell'assistenza primaria, ma che ne siano il riferimento, in virtù di competenze ed expertise specifiche, in particolare per il supporto alla gestione dei pazienti a maggiore complessità.

Il team diabetologico contribuisce, in accordo con i MMG e in collaborazione con altri specialisti, alla definizione del PDТА personalizzato di ogni persona con diabete e alla definizione e verifica degli obiettivi terapeutici individuali.

Il team multiprofessionale e multidisciplinare opera in modo coordinato attraverso procedure condivise e revisionate periodicamente, con il coinvolgimento attivo delle persone con diabete. Le funzioni del team sono: assistenziali, in rapporto ai vari livelli di intensità di cura, di educazione terapeutica strutturata, epidemiologiche (raccolta dati clinici), di formazione di tutti gli altri operatori sanitari coinvolti nella cura. Coordinatore del team e del percorso assistenziale del paziente sarà il Responsabile della SD, cui spettano i seguenti compiti:

- funzionamento complessivo dell'organizzazione della SD;
- revisione dei percorsi assistenziali a garanzia del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- gestione dei dati clinici;
- integrazione e comunicazione con gli altri operatori della rete assistenziale.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDТА DIABETE	Cod. PDТА/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 11 di 39

Il team diabetologico e il MMG attivano, di concerto con la direzione del distretto, collaborazioni con il Dipartimento di prevenzione, i servizi sociosanitari distrettuali, le Associazioni riconosciute di persone con diabete, le Associazioni di volontariato ed eventuali altri Enti/Istituzioni.

Al fine di collegare i soggetti coinvolti nell'assistenza alla persona con diabete secondo una logica di rete professionale, strutturata per livelli d'intensità di cure e con un coordinamento unico a livello aziendale, è necessario rendere operativo il PDТА, precedentemente descritto, che preveda forme di collegamento interprofessionale finalizzate alla rilevazione e condivisione dei dati che scaturiscono dal percorso di cura. La condivisione dei dati clinici fra i vari attori della rete consente infatti di monitorare e programmare l'assistenza secondo criteri di efficienza ed efficacia, sulla base delle informazioni che derivano dall'attività.

4. MODALITA' OPERATIVE DEL PDТА

I criteri di inclusione /esclusione

Il criterio di inclusione è la diagnosi certa di diabete di tipo 2 in pazienti con diabete neo diagnosticato o diagnosticato in precedenza.

La diagnosi avviene con il verificarsi di una delle seguenti condizioni:

- glicemia a digiuno maggiore o uguale a 126 mg/dl (confermata con due rilievi di laboratorio);
- glicemia dopo 2 h dal carico di glucosio (75 grammi) uguale o maggiore di 200 mg/dl effettuata nei soggetti ad alto rischio per lo sviluppo di diabete;
- glicemia in qualunque momento della giornata uguale o maggiore di 200 mg/dl;
- paziente diabetico noto.

Sono esclusi dal percorso i pazienti con iperglicemia a digiuno (IFG), pazienti con ridotta tolleranza ai carboidrati (IGT), pazienti con diabete di tipo 1, pazienti con diabete gestazionale, paziente con altre forme di diabete (Modyetc...) e pazienti non residenti nella provincia di Rieti indipendentemente dalla diagnosi.

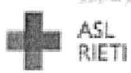
Gli aspetti clinici, assistenziali ed esistenziali del PDТА

Aspetti clinici

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDТА) è lo strumento attraverso il quale sono trasferite in un contesto operativo le raccomandazioni basate sulle prove di efficacia provenienti dalle Linee Guida, ed è la modalità clinico-organizzativa che garantisce all'utente la necessaria continuità assistenziale fra i vari livelli d'intensità di cura in una logica di rete.

In particolare, il PDТА si sostanzia in un piano di cura e/o assistenza multiprofessionale ed interdisciplinare costruito per assicurare nei confronti di specifiche categorie di pazienti la migliore sequenza di azioni da effettuare al fine di raggiungere, con efficienza ed efficacia ottimali, obiettivi di salute definiti a priori. Esso, in pratica, identifica i poli assistenziali più adeguati a risolvere lo specifico problema di salute dell'utente e predispone la sequenza e i tempi del processo assistenziale in modo condiviso tra i vari attori del processo.

Il PDТА di riferimento si propone di assicurare un'assistenza più appropriata, efficace e sostenibile alle persone con diabete. Esso comprende 3 profili di cura distinti in virtù delle caratteristiche della popolazione oggetto dell'intervento, valutata secondo il modello per intensità e complessità di cura

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDТА DIABETE	Cod. PDТА/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 12 di 39

previsto dal Chronic Care Model. I principali riferimenti per la definizione dei profili di cura sono rappresentati dal Documento degli Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito, dal Documento di indirizzo prodotto nell'ambito del Progetto Igea sui requisiti clinico-organizzativi essenziali per la gestione integrata del DM2 nell'adulto e dal Testo sui profili di assistenza per le malattie croniche a cura dell'AMD.

Profilo A. Popolazione a rischio per diabete (classe 7 Documento AMD-SID-SIMG)
Screening, diagnosi e prevenzione DM2: Protocolli A1/A2

Profilo B. 3 distinte tipologie di pazienti con DM2:

- Persone con Diabete Mellito neodiagnosticato o diagnosticato in precedenza ma non seguite presso una SD: Protocollo B1/B2 (in base alle condizioni cliniche)
- Persone con DM2 senza complicanze o con complicanze stabili e in buon compenso metabolico (classe 5 Documento AMD-SID-SIMG): Protocollo B1
- Persone con DM con complicanze non stabilizzate o con scompenso metabolico (classe 2,3,4 Documento AMD-SID-SIMG): Protocollo B2

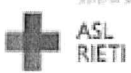
Profilo C. Gestione del paziente con DM1 e con altre forme specifiche di diabete

Aspetti assistenziali

La classificazione dei pazienti per intensità di cura

La classificazione dei pazienti per intensità di cura, contenuta nel Documento di Indirizzo Politico e Strategico per la buona assistenza alle Persone con Diabete (AMD-SID-SIMG 2010), rappresenta una sorta di triage della casistica utile per garantire un'appropriata presa in carico del paziente durante l'intera storia clinica. Essa, infatti, delinea operativamente i soggetti erogatori e i livelli di assistenza all'interno dei quali ogni singola persona con diabete deve essere presa in carico in base alle specifiche necessità cliniche e sociali del momento. Questa classificazione definisce le seguenti 7 classi di pazienti:

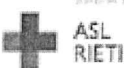
- Classe 1: pazienti critici e/o fragili, con complicanza e/o una situazione clinica per cui vi è un grave pericolo per la vita o l'autosufficienza (es: infarto acuto, coma, intervento di bypass, sepsi, amputazione; comunque, ogni situazione che comporti un ricovero ospedaliero urgente in terapia intensiva);
- Classe 2: pazienti che presentano una complicanza acuta in atto e che necessitano di un intervento specialistico urgente, anche in regime di ricovero, ma che non sono in immediato pericolo di vita e/o di disabilità (es: piede in gangrena, angioplastica, grave scompenso metabolico senza coma, recente e grave episodio di ipoglicemia con perdita di coscienza ma successivo recupero, paziente con diabete ricoverato in reparto non di terapia intensiva, ecc.);
- Classe 3: pazienti che richiedono un intervento specialistico o multidisciplinare non urgente, ma comunque indifferibile, a sua volta articolata nei seguenti 4 livelli:

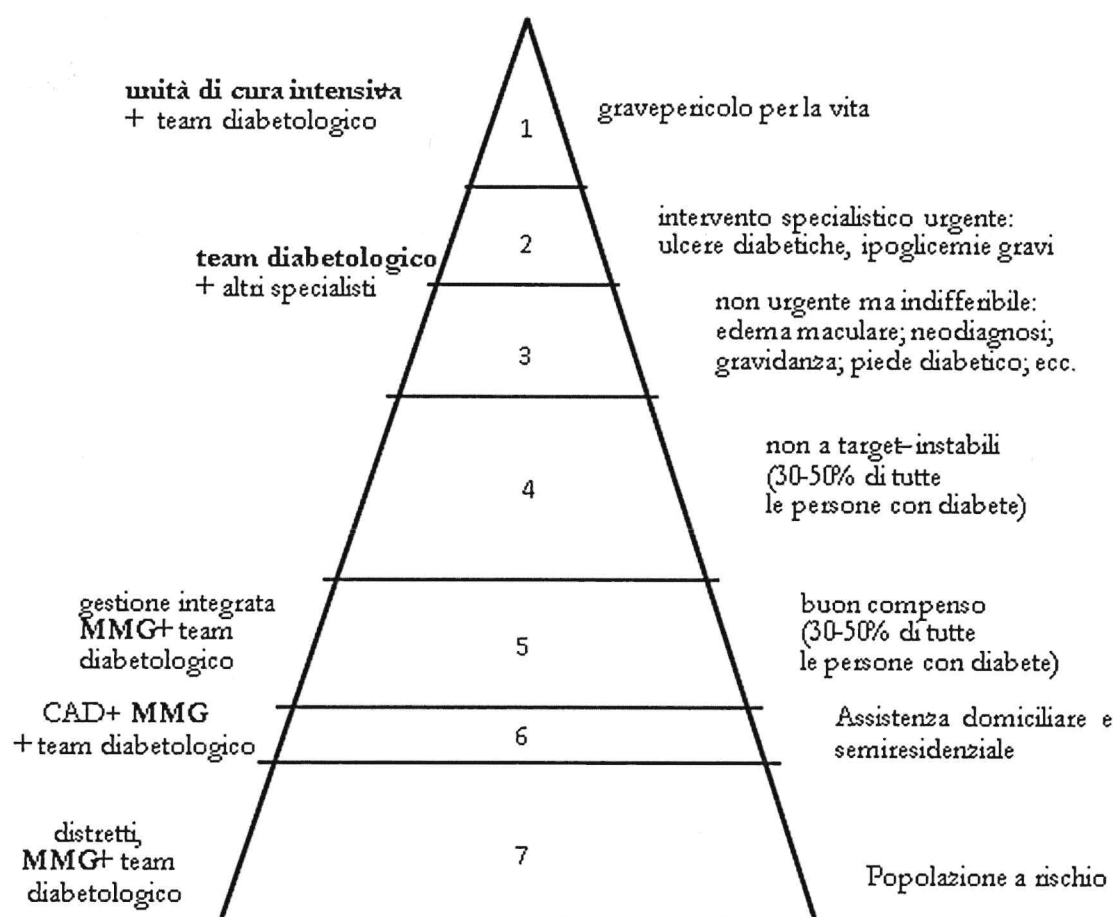
	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDТА DIABETE	Cod. PDТА/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 13 di 39

- a) diabete di nuova diagnosi per il quale è urgente procedere alla conferma diagnostica, all'inquadramento terapeutico e all'intervento di educazione terapeutica strutturata
 - b) diabete in gravidanza (diabete gestazionale e gravidanza in donna con diabete noto)
 - c) paziente con complicanza acuta in atto (es: ulcera piede senza infezione, retinopatia proliferante, controllo metabolico molto instabile)
 - d) pazienti diabetici da sottoporre allo screening annuale delle complicanze micro e macrovascolari
- Classe 4: pazienti con compenso metabolico instabile; non a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare; ad alto rischio di evoluzione rapida verso una qualsiasi complicanza; pazienti che hanno avuto un evento cardiovascolare recente; piede diabetico senza ulcera (intervento specialistico);
 - Classe 5: pazienti stabili, in buon compenso metabolico ($HbA1c < 7,0\%$), a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare, senza complicanze evolutive in atto (gestione integrata MMG);
 - Classe 6: pazienti con coesistenza di cronicità multiple e riduzione dell'autosufficienza, in molti casi allestiti in modo permanente o prevalente (assistiti CAD, RSA);
 - Classe 7: comprende tutta la popolazione sulla quale sono necessari interventi generali o specifici sullo stile di vita per ridurre il rischio di comparsa di diabete. Comprende anche i soggetti a rischio, sui quali il MMG deve attuare interventi di screening opportunistico per la diagnosi precoce di DM2 o di eventuali alterazioni del metabolismo glicidico. Le eventuali neodiagnosi rimandano alla Classe 3.

Nella Figura 1 è illustrata la rappresentazione grafica "a piramide" della classificazione dei pazienti per intensità di cura e i relativi livelli di responsabilità dell'assistenza.

I pazienti appartenenti alle classi 5, 6 e i soggetti a rischio della classe 7, sono presi in carico prevalente dal MMG. I pazienti appartenenti alle classi 4, 3, 2, sono presi in carico prevalente dalla SD, attraverso specifici protocolli, in sinergia con gli altri specialisti eventualmente coinvolti, oltre che con il MMG. I pazienti appartenenti alla classe 1 sono in carico prevalente alle specifiche degenze (DEU/UTIC etc.) che si avvalgono della consulenza del team diabetologico secondo protocolli condivisi.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022
		Pag. 14 di 39



ASPETTI ESISTENZIALI

GESTIONE DEL PROCESSO

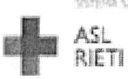
1 – IDENTIFICAZIONE PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE

Il MMG individua i pazienti affetti da diabete mellito tipo 2 (neo diagnosticato o con diagnosi nota) tra i propri assistiti, attraverso l'uso di flussi sanitari specifici, individuando contestualmente la residenza e l'ID di riferimento del MMG, predisponendo con tali informazioni un report specifico e dettagliato.

2 – PROPOSTA DI ARRUOLAMENTO

Il MMG, utilizzando la piattaforma MILLEWIN (e/o MEDICO 2000) integrata con PCS arruola il paziente che presenta una delle seguenti condizioni cliniche:

- glicemia a digiuno maggiore o uguale a 126 mg/dl (confermata con due rilievi di laboratorio);
- glicemia dopo 2 h dal carico di glucosio (75 grammi) uguale o maggiore di 200 mg/dl effettuata nei soggetti ad alto rischio per lo sviluppo di diabete;

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDТА DIABETE	Cod. PDТА/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 15 di 39

- glicemia in qualunque momento della giornata uguale o maggiore di 200 mg/dl;
- paziente diabetico noto.

Inviando un flusso su PCS contenente Nome, Cognome, Data di nascita, Recapito telefonico, ID MMG e prescrivendo, contestualmente, due ricette dematerializzate:

Ricetta n. 1

Codice	Descrizione
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute

Ricetta n. 2

Codice	Descrizione
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario

Nel caso in cui il MMG abbia già a disposizione i risultati di una parte degli esami ematochimici effettuati entro 60 giorni dalla prescrizione della visita, presenti nella ricetta 2, non dovrà richiederli. L'ingresso nei PDТА può avvenire, con la stessa modalità, anche attraverso il Medico specialista di azienda sanitaria.

3 - PRESA IN CARICO

Dopo il ricevimento del flusso di arruolamento e le prescrizioni, il *case manager* contatta il paziente e lo invita ad effettuare le analisi prescritte dal MMG e/o dallo specialista entro e non oltre una specifica data (in caso di scelta del paziente la *case manager* può anche prenotare gli esami su RECUP) e gli comunica di aver fissato l'appuntamento di primo accesso sulla base delle priorità indicate dai medici, tenuto conto degli slot ambulatoriali dedicati per la prima visita. Il medico specialista potrà vedere le prenotazioni sulla propria cartella, sulle liste di lavoro RECUP ed anche su PCS. Nel medesimo momento in cui viene inviato dal MMG il modulo di proposta di arruolamento vengono inviate le informazioni base da Millewin a Pcs (sintesi anamnestica, terapia farmacologica in atto, eventuale proposta terapeutica, eventuali esami già sostenuti).

4 – VISITA SPECIALISTICA DI PRIMO ACCESSO

Lo specialista diabetologo riceve il paziente presso la Casa della Salute di Magliano Sabina (distretto 2) o presso la ASL in via delle Ortensie a Rieti (distretto 1). In sede di visita accede a PCS per prendere visione sia delle informazioni clinico-anamnestiche, (trasmesse da Millewin/ Medico 2000 a PCS), sia del referto degli esami effettuati, di cui alla ricetta n. 2.

Il paziente viene visitato e riceve la conferma della diagnosi. Nel caso di diagnosi dubbia potrebbero essere necessari ulteriori esami, richiesti contestualmente ed eventualmente prenotati su RECUP dalla *Case Manager*. Dopo aver fatto sottoscrivere il consenso all'utilizzo dei dati per la presa in carico e per l'adesione al percorso, lo specialista rilascia la certificazione ai fini dell'esenzione ticket

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022
		Pag. 16 di 39

per patologie, accedendo a WEB CARE (<https://lazio.webcare.it>), formula il piano terapeutico per i presidi che potranno essere caricati su PCS.

Sulla base di quanto esposto si potrebbero determinare le seguenti condizioni cliniche:

a) sospetto diabete di tipo 1, lo specialista prescrive:

Ricetta 1a

Codice	Descrizione
89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale controllo di microinfusore

Ricetta 2a

Codice	Descrizione
90.11.1	C PEPTIDE
90.49.7	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD)
90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)

invitando il paziente ad effettuare gli esami (ricetta 2a) entro una settimana, e il case manager a fissare un nuovo appuntamento su RECUP per la visita endocrinologica successiva (ricetta 1a).

b) diabete di tipo 2, per cui lo specialista richiede eventuali esami ematochimici di completamento diagnostico e lo screening delle complicanze, come da linee guida

c)

Ricetta 1b

Codice	Descrizione
89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale controllo di microinfusore

Ricetta 2b (eliminare gli esami non necessari)

Codice	Descrizione
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)
90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]
90.30.2	LIPASI [S]
90.43.5	URATO [S/U/dU]
90.33.4	MICROALBUMINURIA
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 17 di 39

Ricetta 3b (eliminare gli esami non necessari)

Codice	Descrizione
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
-----	SCREENING DEL PIEDE DIABETICO
93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA Densità delle fibre
88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)

invitando il paziente ad effettuare gli esami (ricetta 2b) entro una settimana e il *case manager* a prenotare le prestazioni su RECUP, nonché la visita endocrinologica successiva (ricetta 1b);

- d) diabete gestazionale, lo specialista prescrive la visita per inviare il paziente presso l'ambulatorio dedicato.

5 – DEFINIZIONE DIAGNOSI

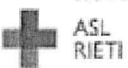
Il paziente, fatti gli esami richiesti, che dovranno essere disponibili su PCS (da Fascicolo Sanitario Elettronico), viene visitato dallo specialista presso la Casa della Salute a Magliano Sabina o presso la Asl in Via delle Ortensie a Rieti e valutati i referti emette le seguenti diagnosi tenendo conto della classificazione dei pazienti per intensità di cura ed i relativi livelli di responsabilità dell'assistenza:

- **Diabete di tipo 1** e altre forme specifiche di diabete (profilo C, DCA n. 581/2015): il paziente viene preso in carico dalla struttura diabetologia ed esce da questo percorso.
- **Diabete di tipo 2** il paziente a seconda del profilo sarà identificato come:
 - profilo B1, DCA n. 581/2015, persone con DM2 senza complicanze o con complicanze stabili e in buoncompenso metabolico (classe 5 Documento AMD-SID-SIMG) e sarà in carico al MMG, in collaborazione, con la struttura diabetologica.
 - profilo B2, DCA n. 581/2015, persone con DM2 con complicanze non stabilizzate o con scompenso (classe 2,3,4 Documento AMD-SID-SIMG), se classe 2/3 verrà preso in carico dal team diabetologico (che verrà supportato da altri specialisti), se classe 4 verrà preso in carico dal team diabetologico, altri specialisti, in collaborazione con il MMG.

6 – DIABETE DI TIPO 2 – PROFILO B1 – CLASSE 5

Nel caso di **paziente affetto da Diabete di Tipo 2 – Profilo B1 – Classe 5 non complicato o con complicanze stabili** che abbia raggiunto un compenso adeguato e stabile della glicemia e degli altri fattori di rischio cardiovascolare o un soddisfacente miglioramento di questi ultimi, viene assegnato al protocollo B1, nel quale la presa in carico è prevalente da parte del MMG con controlli ogni 3-6 mesi e follow-up a distanza presso la SD, secondo il piano di cura condiviso.

- Controlli presso il MMG (ogni 3-6 mesi):
 - visita medica generale, con controllo dei valori pressori e degli indici antropometrici;
 - HbA1c (3-6 mesi);

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 18 di 39

- valutazione auto-monitoraggio della glicemia (quest'ultimo se previsto);
 - assetto lipidico, funzione renale ed epatica, elettroliti o altri accertamenti, esame clinico per lo screening/valutazione delle complicanze, sulla base del piano di cura individuale concordato con la struttura diabetologica;
 - educazione terapeutica;
 - invio alla struttura diabetologica secondo il piano di cura individuale;
 - rinnovo annuale della prescrizione in WebCare del piano terapeutico per i presidi per autocontrollo garantito dal *case manager*;
 - vaccinazione antiinfluenzale ed antipneumococcica.
- Controlli presso la struttura diabetologica (secondo il PAI, anche con intervalli superiori ad una singola annualità (1/2/3 anni):
- visita medica generale e indagini di base per la valutazione del compenso metabolico e per lo screening/valutazione delle complicanze con eventuale approfondimento diagnostico;
 - verifica delle abilità di autocontrollo ed autogestione, counselling nutrizionale e sull'attività fisica (educazione terapeutica individuale o di gruppo).

Nel caso in cui il paziente si presenta in condizioni stabili sarà compito del MMG prescrivere con cadenza annuale la visita diabetologica (che potrà essere effettuata in presenza o come televisita) per il rinnovo del Piano Terapeutico dei presidi e gli esami necessari:

Ricetta 1

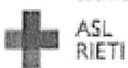
Codice	Descrizione
89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale controllo di microinfusore

Ricetta 2 (eliminare gli esami non necessari)

Codice	Descrizione
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4
90.14.1	COLESTEROLO HDL
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
90.43.2	TRIGLICERIDI
90.15.4	CREATININASI (CPK o CK)
90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]
90.30.2	LIPASI [S]
90.43.5	URATO [S/U/dU]
90.33.4	MICROALBUMINURIA
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario

Inviando le richieste su PCS. Il Case manager ricevuto l'alert provvederà agli appuntamenti e contatterà il paziente.

Dopo la visita lo specialista provvederà al rilascio del rinnovo annuale della prescrizione (WebCare) del piano terapeutico per i presidi per autocontrollo. La suddetta visita di controllo potrà, a seconda

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 19 di 39

dei casi, essere effettuata in presenza o come televisita. Quest'ultima, infatti, garantisce effettivo sostegno alla presa in carico dei pazienti a distanza e al mantenimento del paziente al proprio domicilio nella gestione della propria patologia, assicurando equità di accesso alle cure anche nei territori disagiati della nostra ASL. Utile in tal senso anche il teleconsulto con l'MMG e/o con gli altri specialisti coinvolti nel percorso.

Le attività di telemedicina e teleconsulto sono state definite con la pubblicazione del DCA n. 103 del 22 luglio 2020.

In caso sia necessaria una rivalutazione anticipata si può accedere alla struttura diabetologica o punto di erogazione con modalità di **urgenza** (U, presa in carico entro 72 ore dalla richiesta del MMG, attraverso prescrizione dematerializzata) o **non differibile** (B, presa in carico entro 10 giorni dalla richiesta), munendo il paziente di:

- esami ematochimici;
- terapia farmacologica in corso inviata dal MMG da MILLEWIN a PCS;
- diario delle glicemie o eventuale glucometro per lo scarico dei dati.

Qualsiasi prescrizione farmacologica dovrà essere effettuata attraverso una ricetta dematerializzata che indichi il farmaco.

7 – DIABETE DI TIPO 2 – PROFILO B2 – CLASSE 4,3,2

I pazienti con DM2 con complicanze non stabilizzate o scompensati dal punto di vista glicemico o che non abbiano raggiunto un soddisfacente miglioramento dei fattori di rischio cardiovascolare (classi 4,3,2 Documento AMD-SID-SIMG 2010) vengono assegnati al Protocollo B2 (controlli ravvicinati con presa in carico prevalente della SD alla quale accedono con modalità di urgenza - presa in carico entro 72 ore dalla richiesta del MMG, o non differibile - presa in carico entro 10 gg dalla richiesta del MMG).

Protocollo B2

Il Protocollo B2 prevede la gestione dei pazienti da parte della SD, con il supporto del MMG. A seconda del grado di scompenso e del tipo e dell'entità delle complicanze croniche, il paziente diabetico viene gestito in regime ambulatoriale, di day service e, ove necessario, gestito in ospedale in regime di ricovero attraverso percorsi prestabiliti e condiviso con le diverse unità operative intraospedaliere e con centri di riferimento clinico per problematiche specifiche di alta complessità. L'iter del paziente complicato prevede una più approfondita valutazione diagnostica e stadiazione della complicanza in atto, attraverso indagini specifiche e l'applicazione di appropriati protocolli terapeutici.

Una volta ottenuta una stabilizzazione delle complicanze croniche e/o del controllo glicemico ed un soddisfacente miglioramento degli altri fattori di rischio cardiovascolare il paziente può tornare al Protocollo B1.

L'elenco (e i recapiti) dei Centri e delle strutture coinvolte

I centri coinvolti nel PDTA, al momento, sono:

- Distretto 1 – sede di Rieti, Via delle ortensie n.28.
- Distretto 2 - Casa della salute di Magliano Sabina, voc. Filoni, 1;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022
		Pag. 20 di 39

5. MATRICE DI RESPONSABILITA'

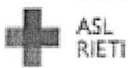
	MMG	DIABETOLOGO	CASE MANAGER	OPERATORE SISTEMA INFORMATICO	RECUP	PODOLOGO	CARDIOLOGO	CHIRURGO VASCOLARE	OCULISTA	PSICOLOGO	DIETISTA
IDENTIFICAZIONE SOGGETTI A RISCHIO	R										
PROPOSTA DI ARRUOLAMENTO	R PER GLI AMBITI DI COMPETEN ZA	R PER GLI AMBITI DI COMPETEN ZA	I		C						
CORRETTO FLUSSO INFORMATICO	I	I	I	R							
PRESA IN CARICO ASSISTENZIALE		C	R								
VISITA DI PRIMO ACCESSO		R	C								
ATTIVITA' DI SCREENING		I	C	C	C	R PER GLI AMBITI DI COMPETEN ZA	R PER GLI AMBITI DI COMPETEN ZA	R PER GLI AMBITI DI COMPETEN ZA	R PER GLI AMBITI DI COMPE TENZA		
VISITA DI CONTROLLO		R	C							C	C
PROFILO B1 FOLLOW-UP	R	C	C								
PROFILO B2 FOLLOW-UP	C	R	C			C	C	C	C	C	C

R: responsabile C: coinvolto I: informato

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI		
	PDTA DIABETE		Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022
			Pag. 21 di 39

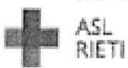
Matrice delle attività – parte 1

ATTIVITA'	CHI FA E RESPONSABILITA'	COME	QUANDO	DOVE	PERCHE'	DOCUMENTI / REGISTRAZIONI
IDENTIFICAZIONE SOGGETTI A RISCHIO	MMG	SULLA BASE DI UNA SERIE DI INFORMAZIONI ANAMNESTICHE, CLINICHE, DI LABORATORIO O TRAMITE L' AUSILIO DI QUESTIONARI VALIDATI	ATTIVITA' AMBULATORIALE	AMBULATORIO	PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE	REFERTI SCREENING
PROPOSTA DI ARRUOLAMENTO	MMG	SISTEMA INFORMATIVO MILLEWIN/PCS	ATTIVITA' AMBULATORIALE	AMBULATORIO	IL PAZIENTE PRESENTA CONDIZIONI CLINICHE CHE COMPORTANO UN ALTO RISCHIO DI SVILUPPARE IL DM2	IMPEGNATIVE DEMATERIALIZZATE CON RICHIESTA DI VISITA, ESAMI DI LABORATORIO
	DIABETOLOGO	SISTEMA INFORMATIVO PCS E CARTELLA INFORMATIZZATA DIABETOLOGICA SDC	ATTIVITA' AMBULATORIALE	AMBULATORIO	PAZIENTE DIABETICO	IMPEGNATIVE DEMATERIALIZZATE CON RICHIESTA DI VISITA, ESAMI DI LABORATORIO
CORRETTO FLUSSO INFORMATICO	OPERATORE SISTEMA INFORMATICO	GARANTENDO L' INTEGRAZIONE TRA I SISTEMI INFORMATICI (MILLEWIN, PCS, SMART DIGITAL CLINIC, REUP, DEDALUS)	DURANTE TUTTO LO SVOLGIMENTO DEL PERCORSO	DA REMOTO	- GARANTISCE UN CORRETTO FLUSSO DEI DATI DEL PAZIENTE - CONGRUITA' E FRUIBILITA' DELLE INFORMAZIONI PER TUTTI I SOGGETTI INVOLTI E RESPONSABILI DEL PROCESSO	FLUSSO INFORMATICO
PRESA IN CARICO ASSISTENZIALE	CASE MANAGER	PRENDE IN CARICO IL PAZIENTE FACILITANDO E COORDINANDO LE ATTIVITA' ASSISTENZIALI INCLUSE NEL PERCORSO E FAVORENDO L' EMPOWERMENT	DURANTE LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' SPECIFICHE	AMBULATORIO	AL FINE DI MIGLIORARE IL PROCESSO ASSISTENZIALE INTERMINI DI EFFICACIA, EFFICIENZA E APPROPRIATEZZA	UTILIZZO DEI SISTEMI INFORMATICI, TRIAGE TELEFONICO
VISITA DI PRIMO ACCESSO	DIABETOLOGO	VALUTAZIONE CLINICA ANAMNESTICA E DEGLI ESAMI DI LABORATORIO ED ELABORAZIONE DI UN PIANO DI CURA INDIVIDUALE	ATTIVITA' AMBULATORIALE	AMBULATORIO	DIAGNOSI E TERAPIA INIZIALE PER PREVENIRE LE COMPLICANZE A MEDIO-LUNGO TERMINE	ESESIONE, PIANO DI CURA, PIANO TERAPEUTICO PER PRESIDI, IMPEGNATIVE DEMATERIALIZZATE PER SCREENING DELLE COMPLICANZE

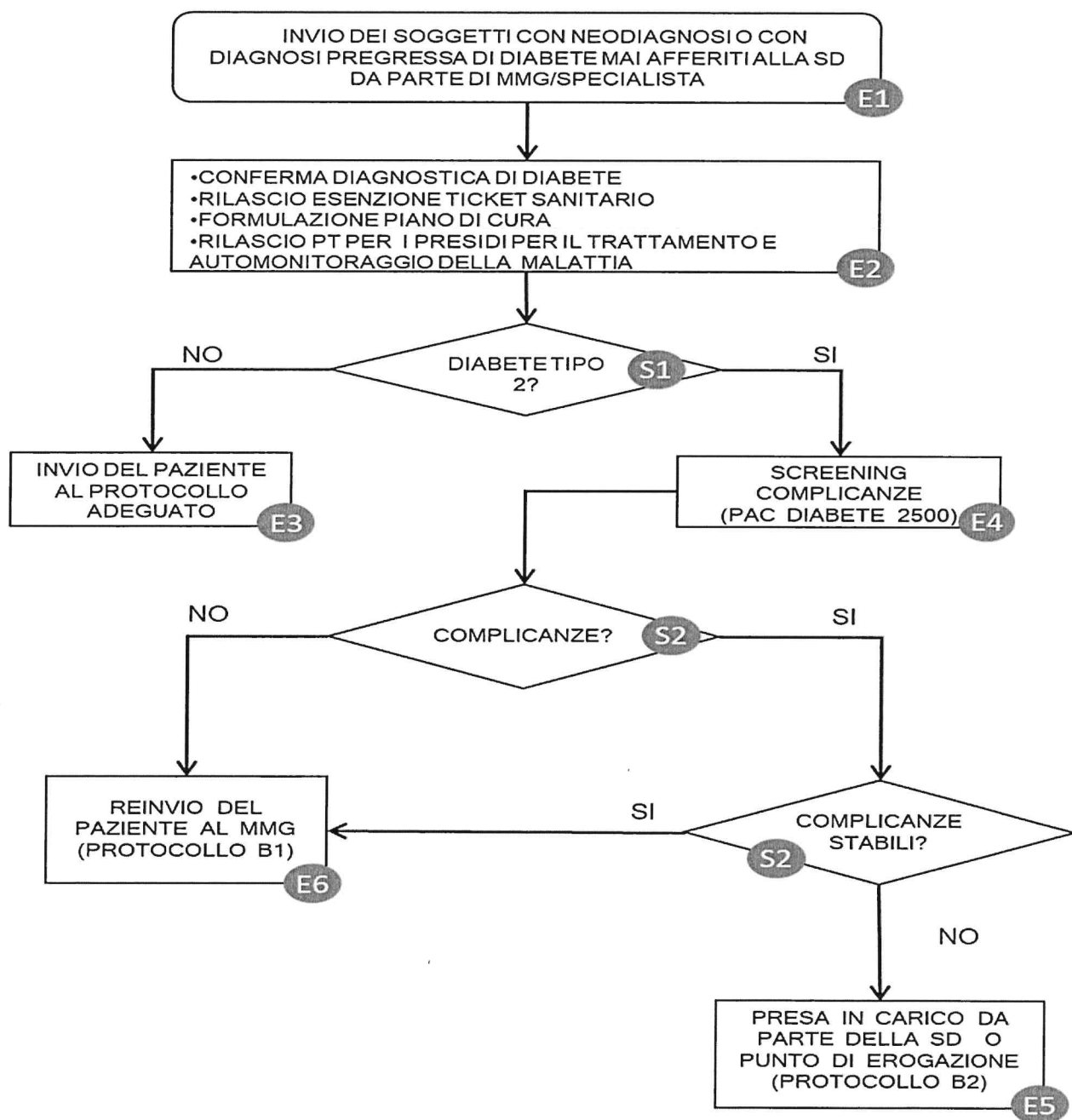
	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022
		Pag. 22 di 39

Matrice delle attività – parte 2

ATTIVITA'	CHI FA E RESPONSABILITÀ	COME	QUANDO	DOVE	PERCHÉ	DOCUMENTI / REGISTRAZIONI
ATTIVITA' DI SCREENING	PODOLOGO	SCREENING DEL PIEDE DIABETICO	ATTIVITA' AMBULATORIALE	AMBULATORIO	PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI ULCERAZIONE DEL	REFERTO SCREENING
	CHIRURGO VASCOLARE	ECO (COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI E ARTERIOSO DEGLI ARTI INFERIORI CONSULENZA VASCOLARE	ATTIVITA' AMBULATORIALE	AMBULATORIO	PER LA VALUTAZIONE DELLE COMPLICANZE VASCOLARI	REFERTO ESAMI STRUMENTALI ESEGUITI E/O CONSULENZA
	CARDIOLOGO	CONSULENZA CARDIOLOGICA ECG	ATTIVITA' AMBULATORIALE	AMBULATORIO	PER LA VALUTAZIONE DELLE COMPLICANZE	REFERTO ESAMI STRUMENTALI ESEGUITI E/O CONSULENZA
	OCULISTA	CONSULENZA OCULISTICA ESAME FONDO	ATTIVITA' AMBULATORIALE	AMBULATORIO	PER LA VALUTAZIONE DELLA RETINOPATIA	REFERTO FONDO OCULARE E CONSULENZA
VISITA DI CONTROLLO	DIABETOLOGO	PRESA VISIONE DEI REFERTI SPECIALISTICI E RIVALUTAZIONE CLINICA	ATTIVITA' AMBULATORIALE	IN PRESENZA O IN TELEVISITA	PER LA CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI PER INTENSITA' DI CURA E DEFINIRE IL PROFILO SECONDO IL DCA REGIONALE	REFERTO CONCLUSIVO
PROFILO B 1 FOLLOW-UP	MMG	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE COME INDICATO NEL DCA CON CONTROLLI OGNI 3/6 MESI	ATTIVITA' AMBULATORIALE	AMBULATORIO	PER GARANTIRE L' ADEGUATO FOLLOW-UP SECONDO I TEMPI STABILITI DALLE LINEE GUIDA	REGISTRAZIONE PARAMENTRI SULLA CARTELLA INFORMATIZZATA E REFERTI
PROFILO B 2 FOLLOW-UP	DIABETOLOGO	PREVALENTE PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE DA PARTE DELLA STRUTTURA DIABETOLOGICA	ATTIVITA' AMBULATORIALE	AMBULATORIO	PER UNA PIU' APPROFONDIRA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA E PER OTTENERE UN MIGLIORAMENTO DEL COMPENSO GLICOMETABOLICO FINALIZZATO ALLA PREVENZIONE E/O STABILIZZAZIONE DELLE EVENTUALI COMPLICANZE IN ATTO	REGISTRAZIONE PARAMENTRI SULLA CARTELLA INFORMATIZZATA E REFERTI

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 23 di 39

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 24 di 39

E1: Le persone con diabete neo-diagnosticato o diagnosticato in precedenza e/o non seguite da una SD, vengono conferite dal MMG alla SD o al punto di erogazione tramite specifica richiesta di "visita diabetologica secondo agenda dedicata con Codice Tracciante".

Il MMG invia il paziente per la presa in carico, avendo fornito tramite PCS i seguenti dati:

- sintesi anamnestica ;
- terapia farmacologica in atto;
- eventuale proposta terapeutica per la patologia diabetica;
- eventuali esami ematochimici e/o strumentali già effettuati.

E2: presso la SD o il punto di erogazione vengono prescritte le indagini idonee a confermare o meno la diagnosi nei casi sospetti di MODY, LADA, DM1 o di forme secondarie di diabete.

Lo specialista diabetologo provvede al rilascio della certificazione ai fini dell'esenzione per patologia (e di eventuali altre certificazioni) e alla formulazione del piano terapeutico per i presidi ritenuti necessari per l'automonitoraggio e il trattamento della malattia, da distribuire secondo le modalità stabilite dalla normativa regionale vigente.

S1: la SD conferma o meno la diagnosi di Diabete tipo 2

E3: nel caso in cui non venga confermata la diagnosi di Diabete Mellito di tipo 2, il paziente viene inviato ai protocolli specifici (esempio Profilo C per il Diabete Mellito di tipo 1)

E4: nel paziente in cui sia stata confermata la diagnosi di diabete tipo 2, la SD previo ottenimento del consenso informato (**Allegato 1**) effettua l'inquadramento diagnostico-terapeutico (screening delle complicanze), ove possibile in regime di day service (PAC 2500 per diabete), avvalendosi anche, se necessario, di strutture collegate.

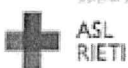
Lo screening delle complicanze comprende:

- fondo oculare (FO)
- ECG
- Screening del piede con stratificazione del rischio ulcerativo (visita podologica)
- Ecodoppler dei tronchi sovra aortici
- Microalbuminuria

S2: I pazienti con diabete tipo 2 che non presentano complicanze o con complicanze stabilizzate e che abbiano raggiunto un compenso adeguato e stabile della glicemia (classe 5 documento AMD-SID – SIMG 2010), e degli altri fattori di rischio cardiovascolari o un soddisfacente miglioramento di questi ultimi, vengono assegnati al protocollo B1.

I pazienti con diabete tipo 2 con complicanze non stabilizzate o scompensati dal punto di vista glicemico o che non abbiano raggiunto un soddisfacente miglioramento dei fattori di rischio cardiovascolare (classi 4-3-2 documento AMD- SID – SIMG 2010) vengono assegnati al Protocollo B2.

E5: Le persone con DM2 non complicato, o con complicanze stabili che abbiano raggiunto un compenso adeguato e stabile della glicemia (classe 5 documento AMD-SID-SIMG), e degli altri fattori di rischio cardiovascolare o un soddisfacente miglioramento di questi ultimi, vengono assegnati al Protocollo B1 e rinviati al MMG (**Allegato 2**)

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 25 di 39

SISTEMI INFORMATIZZATI

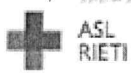
Un discorso a parte è da fare per i sistemi informatizzati che intervengono in modo fondamentale nella realizzazione del PDTA.

SISTEMI INFORMATIVI PRESENTATI

DENOMINAZIONE	TITOLARI
Millewin/Medico200	Medico di Medicina Generale
PCS	ASL Rieti
Smart Digital Clinic	ASL Rieti
CUP	ASL Rieti
Sistema Informatico	ASL Rieti

I sistemi indicati in tabella sono integrati e gestiti da Dedalus, che ha svolto quanto segue:

1. Mappare i sistemi adottati dai MMG predisponendo un report che associ al singolo MMG / PLS il sistema adottato, specificando quali sistemi sono già collegati con PCS;
2. Modificare SISTEMA PCS in modo tale da gestire "diagnosi principale" e "diagnosi secondaria"; la prioritarizzazione viene definita dal MMG;
3. Inserire su PCS il PDTA regionale del paziente affetto da diabete;
4. Inserire su PCS una notifica che comunica trasmissione modulo di adesione al paziente e ricezione modulo di adesione del paziente;
5. Inserire su PCS una agenda per appuntamenti per la presa in carico del paziente per gestire tutti gli appuntamenti tra MMG/specialista medico/infermiere/psicologo/paziente e familiari;
6. Inserire su PCS tutti gli status;
7. Collegare PCS a CUP per prenotazione appuntamenti;
8. Collegare PCS a cartella clinica per acquisizione e catalogazione referti digitali;
9. Modificare PCS introducendo una alberatura per la gestione dei referti;
10. Modificare PCS per attivare una chat di comunicazione tra MMG/specialista/infermiere/paziente.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDТА DIABETE	Cod. PDТА/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 26 di 39

7. MODALITA' DI MONITORAGGIO

Indicatori e audit

Il monitoraggio del percorso di cura è particolarmente importante per una patologia cronica come il Diabete Mellito e necessita, perciò, di un processo di *audit* ben strutturato e di un *panel* di indicatori che possano fornire un ritratto a 360 gradi dei livelli di performance e della qualità della cura offerta al paziente.

Il monitoraggio del PDТА verrà effettuato in collaborazione con la UOS SIS (Sistema informativo sanitario) e statistica sanitaria secondo i tempi definiti dalla frequenza di rilevazione indicata nei vari indici.

Verranno generati dei report attraverso i sistemi indicati come fonte dati e successivamente inviati alla Diabetologia.

La diabetologia che una volta analizzati i report e confrontati i risultati con i valori target, come da PDТА, valuterà se investigare o meno circa le cause di eventuali scostamenti dall'atteso e mettere in atto azioni correttive, in vista del monitoraggio successivo.

• INDICATORI DI PROCESSO

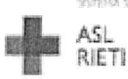
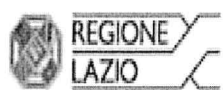
Raccomandazione	Monitorare applicazione PDТА (accordo collettivo regionale)
Indicatore	Proporzione di pazienti con DM2 arruolati nel PDТА (ASL - Via delle Ortensie e CdS Magliano) / sul totale dei pazienti con DM2 (stima Dep lazio)
Numeratore	n° pz coinvolti nel PDТА.
Denominatore	n. pazienti con DM2 identificati tramite SIS regionali/aziendali.
Fonte Dati	RECUP
Criteri di selezione	Il monitoraggio del PDТА è uno strumento utile alla razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria e a favorire gli esiti di salute
Target	(70% del totale dei pazienti con DM2 stimato da Deplazio)
Tempo di riferimento	1 anno
Frequenza rilevazione	TRIMESTRALE
Raccomandazione	Promuovere audit per miglioramento qualità dell'assistenza

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 27 di 39

Indicatore	Numero medio visite diabetologiche/anno (PDTA Profilo B1)
Numeratore	Numero totale visite effettuate a pazienti con DM2 nel periodo di riferimento
Denominatore	Numero di pazienti affetti da DM2 profilo B1
Fonte Dati	RECUP/PCS
Criteri di selezione	Il monitoraggio dell'uso delle risorse è uno strumento utile alla razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria e a favorire gli esiti di salute
Target	≤ 2 visite/anno *
Tempo di riferimento	1 anno
Frequenza rilevazione	TRIMESTRALE

Raccomandazione	Promuovere audit per miglioramento qualità dell'assistenza
Indicatore	Numero medio visite diabetologiche/anno (PDTA Profilo B2)
Numeratore	Numero totale visite effettuate a pazienti con DM2 profilo B2 nel periodo di riferimento
Denominatore	Numero di pazienti affetti da DM2 profilo B2
Fonte Dati	RECUP/PCS
Criteri di selezione	Il monitoraggio dell'uso delle risorse è uno strumento utile alla razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria e a favorire gli esiti di salute
Target	≤ 4 visite/anno*
Tempo di riferimento	1 anno
Frequenza rilevazione	TRIMESTRALE

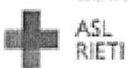
* Più alto è il valore dell'indicatore maggiore è l'intensità di cura e l'uso di risorse

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 28 di 39

- INDICATORI DI FOLLOW – UP

Raccomandazione	Aggiornamento SIS e copertura della popolazione
Indicatore	Proporzione di pazienti con DM2 con almeno due misurazioni di HbA1c in un periodo di 1 anno di follow-up**
Numeratore	Numero di pazienti diabetici con: -almeno due prestazioni di HbA1c nel sistema informativo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nell'anno successivo al dato indice OPPURE -almeno un ricovero ospedaliero in qualunque tipo di regime con diagnosi principale di diabete nell'ultimo anno
Denominatore	Popolazione assistita diabetica, età 35+ anni all'inizio dell'anno
Fonte Dati	PCS/SIAS
Criteri di selezione	La determinazione della HbA1c costituisce il marker più appropriato per la valutazione e il monitoraggio del controllo glicemico a medio e lungo-termine
Target	>30,81% (media regionale secondo DCA regionale)
Tempo di riferimento	1 anno
Frequenza rilevazione	semestrale

Raccomandazione	Aggiornamento SIS e copertura della popolazione
Indicatore	Proporzione di pazienti con diabete mellito di tipo 2 con almeno una misurazione di colesterolemia in un periodo di 1 anno di follow-up**

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022
		Pag. 29 di 39

Numeratore	Numero di pazienti diabetici con: - almeno una misurazione di colesterolemia HDL oppure di colesterolemia LDL oppure di colesterolemia totale nell'ultimo anno OPPURE - almeno un ricovero ospedaliero in qualunque tipo di regime con diagnosi principale di diabete nell'ultimo anno
Denominatore	Popolazione assistita diabetica, età 35+ anni all'inizio dell'anno
Fonte Dati	PCS/SIAS
Criteri di selezione	Livelli elevati di colesterolo nel sangue, (specie componente LDL), si associano ad aumentato rischio di complicanze cardiovascolari nel paziente diabetico
Target	>64,94% (media regionale secondo DCA regionale)
Tempo di riferimento	1 anno
Frequenza rilevazione	semestrale

Raccomandazione	Aggiornamento SIS e copertura della popolazione
Indicatore	Proporzione di pazienti con DM2 con almeno una misurazione di microalbuminuria in un periodo di 1 anno di follow-up**
Numeratore	Numero di pazienti diabetici con: - almeno una prestazione per misura microalbuminuria nell'ultimo anno OPPURE - almeno un ricovero ospedaliero in qualunque tipo di regime con diagnosi principale di diabete nell'ultimo anno
Denominatore	Popolazione assistita diabetica, età 35+ anni all'inizio dell'anno
Fonte Dati	PCS/SIAS
Criteri di selezione	La microalbuminuria è marker di una iniziale compromissione della funzione renale dovuto a danno del microcircolo renale. E' un fattore indipendente di rischio cardiovascolare

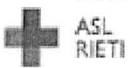
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022
		Pag. 30 di 39

Target	>27,55% (media regionale secondo DCA regionale)
Tempo di riferimento	1 anno
Frequenza rilevazione	semestrale

Raccomandazione	Aggiornamento SIS e copertura della popolazione
Indicatore	Proporzione di pazienti con DM2 con almeno una visita oculistica in un periodo di 1 anno** di follow-up
Numeratore	Numero di pazienti diabetici con: - almeno una prestazione relativa alla valutazione oculistica tra: - esame complessivo dell'occhio - fotografia del fundus oculi - esame del fundus oculi OPPURE - almeno un ricovero ospedaliero in qualunque tipo di regime con diagnosi principale di diabete negli ultimi 2 anni
Denominatore	Popolazione assistita diabetica, età 35+ anni all'inizio dell'anno
Fonte Dati	PCS/SIAS
Criteri di selezione	Il controllo periodico della retina consente di evidenziare e trattare precocemente lesioni retiniche ad alto rischio di danno visivo
Target	>24,65%
Tempo di riferimento	1 anno
Frequenza rilevazione	semestrale

**Indicatore calcolato secondo il protocollo Pre.vale

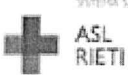
Raccomandazione	Disponibilità e corretta trascrizione delle informazioni
Indicatore	Proporzione di pazienti con diagnosi di DM2 con almeno 1 valutazione elettrocardiografica (ECG) nell'ultimo anno

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 31 di 39

Numeratore	Numero di pazienti diabetici con: - almeno una prestazione relativa alla valutazione oculistica tra: - esame complessivo dell'occhio - fotografia del fundus oculi - esame del fundus oculi OPPURE - almeno un ricovero ospedaliero in qualunque tipo di regime con diagnosi principale di diabete negli ultimi 2 anni
Denominatore	Numero assistiti con diagnosi di DM2
Fonte Dati	PCS/SIAS
Criteri di selezione	In tutti i pazienti diabetici è raccomandata l'effettuazione di almeno 1 ECG basale ogni anno
Target	90% (LAP 70%)
Tempo di riferimento	1 anno
Frequenza rilevazione	semestrale

• **INDICATORI DI ESITO**

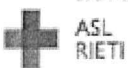
Raccomandazione	Promuovere audit per miglioramento qualità dell'assistenza
Indicatore	Proporzione di pazienti con HbA1c ≤7%
Numeratore	Numero di pazienti con HbA1c ≤7%
Denominatore	Numero totale di pazienti monitorati per il parametro nel periodo di riferimento
Fonte Dati	PCS/METEDA
Criteri di selezione	Gli esiti di salute intermedi e/o la presenza di fattori di rischio comportamentali sono un proxy di occorrenza di esiti clinici sfavorevoli nel medio-lungo periodo
Target	43.8% (fonte: Annali AMD 2012)
Tempo di riferimento	1 anno

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 32 di 39

Frequenza rilevazione	semestrale
-----------------------	------------

Raccomandazione	Promuovere audit per miglioramento qualità dell'assistenza
Indicatore	Proporzione di pazienti con C-LDL ≤ 100
Numeratore	Numero di pazienti con C-DL ≤ 100
Denominatore	Numero totale di pazienti monitorati per il parametro nel periodo di riferimento
Fonte Dati	PCS/METEDA
Criteri di selezione	Gli esiti di salute intermedi e/o la presenza di fattori di rischio comportamentali sono un proxy di occorrenza di esiti clinici sfavorevoli nel medio-lungo periodo
Target	48.1% (fonte: Annali AMD 2012)
Tempo di riferimento	1 anno
Frequenza rilevazione	semestrale

Raccomandazione	Valutare cambiamenti nello stato di salute Attribuibili all'assistenza ricevuta
Indicatore	Proporzione di pazienti con DM2 e diagnosi di Retinopatia diabetica in 1 anno su pazienti monitorati
Numeratore	Numero di pazienti con retinopatia diabetica
Denominatore	Numero totale di pazienti monitorati per retinopatia diabetica in 1 anno
Fonte Dati	PCS/ METEDA
Criteri di selezione	Un livello di assistenza integrata ottimale si associa a ridotta probabilità di occorrenza complicanze

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 33 di 39

Target	Stabilità dell'indice
Tempo di riferimento	1 anno
Frequenza rilevazione	semestrale

Raccomandazione	Valutare cambiamenti nello stato di salute Attribuibili all'assistenza ricevuta
Indicatore	Proporzione di pazienti con DM2 e diagnosi di nefropatia diabetica in 1 anno su pazienti monitorati
Numeratore	Numero di pazienti con nefropatia Diabetica (microalbuminuria – macroalbuminuria presenti)
Denominatore	Numero totale di pazienti monitorati per il parametro in 1 anno
Fonte Dati	PCS/ METEDA
Criteri di selezione	Un livello di assistenza integrata ottimale si associa a ridotta probabilità di occorrenza complicanze
Target	Stabilità dell'indice
Tempo di riferimento	1 anno
Frequenza rilevazione	semestrale

Raccomandazione	Valutare cambiamenti nello stato di salute Attribuibili all'assistenza ricevuta
Indicatore	Proporzione di pazienti con DM2 e storia di IMA (con codice ICD-9-CM: IMA o pregresso IMA, cardiopatia ischemica)
Numeratore	Numero di pazienti con storia di IMA
Denominatore	Numero totale di pazienti attivi/anno
Fonte Dati	PCS/ METEDA
Criteri di selezione	Un livello di assistenza integrata ottimale si associa a ridotta probabilità di occorrenza complicanze
Target	Stabilità dell'indice

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 34 di 39

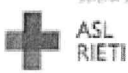
Tempo di riferimento	1 anno
Frequenza rilevazione	semestrale

8. MODALITA' DI DIFFUSIONE

Il presente PDTA è pubblicato sul sito aziendale ed è diffuso a tutti i responsabili delle UU.OO. coinvolte che devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori loro afferenti e dare riscontro dell'avvenuto recepimento, alla Segreteria Risk Management attraverso il modulo di distribuzione con le firme di tutti gli operatori.

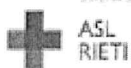
9. MODALITA' DI AGGIORNAMENTO

Avverrà periodicamente e ogni volta che ci sarà un nuovo aggiornamento di letteratura o normativo o modifica organizzativa interna.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022
		Pag. 35 di 39

10. BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Modello di riferimento Evidencebased: Chronic Care model e ExpandedChronic Care Model
- Documento Lazio Sanità ASP in collaborazione con AMD-SID-CARD: "Organizzazione dell'assistenza per la prevenzione la diagnosi e il trattamento della persona adulta con diabete nella Regione Lazio" redatto nel 2013;
- Legge Nazionale 16 marzo 1987, n. 115 – Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito;
- Deliberazione della Giunta Regionale 23.12.1993, n. 10763 – Recepimento atto intesa approvato dalla Conferenza tra Stato-Regioni nella seduta del 30 luglio 1992. Disposizioni per la prevenzione e cura del diabete mellito;
- Piano Nazionale per la Malattia Diabetica. Ministero della Salute – DG Programmazione Sanitaria - Commissione Nazionale Diabete. 2012;
- Piano per la malattia diabetica nella regione Lazio 2016-2018.
- Standard italiani per la cura del diabete mellito, 2021 – AMD/SID;
- Documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza alle persone con diabete. AMD/SID/SIMMG 2010;
- Organizzazione dell'assistenza per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento della persona adulta con diabete nella Regione Lazio. ASP, AMD, SID;
- World Health Organization. Definition and diagnosis of diabetesmellitus and intermediate hyperglycemia - report of a WHO/IDF consultation. 2006;
- Progetto Igea. Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 dell'adulto – Documento di indirizzo. Il Pensiero Scientifico Editore, 2008;
- Consensus AMD, SID, SIEDP, OSDI. Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio. Il Giornale di AMD 2012; 15: 9-25.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDТА DIABETE	Cod. PDТА/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 36 di 39

Allegato 1

CONSENSO INFORMATO SECONDO LINEA AZIENDALE

INFORMAZIONI EX ARTT. 13 E 14 REGOLAMENTO (UE) 2016/679 E MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDТА)

Gentile Signora/Egregio Signore,

in attuazione di quanto previsto dal DCA n. U00565 del 22.12.2017 "Presa d'atto dell'accordo sottoscritto tra la Regione Lazio e le OO.SS dei Medici di Medicina generale avente per oggetto "La nuova Sanità nel Lazio: Obiettivi di salute e Medicina d'iniziativa" e dalla Determinazione G15691 del 18.12.2020 "Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali – PDТА nella cronicità" della Regione Lazio, desideriamo fornirLe alcune informazioni sul trattamento dei dati personali, anche appartenenti a categorie particolari e specificatamente attinenti alla salute, che l'Asl di Rieti (di seguito anche solo "Asl") e il Suo Medico di Medicina Generale (di seguito anche solo "MMG") in qualità di autonomi titolari effettueranno secondo ragione qualora Lei scelga di intraprendere (ovvero di far intraprendere al terzo di cui Lei ha la responsabilità/legale rappresentanza) il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (di seguito anche solo "PDТА"). Specifica finalità di questo trattamento è permettere la partecipazione del paziente ad un percorso interdisciplinare di cura cui possono accedere, secondo ragione, gli specialisti della Asl e il MMG per rispondere ai bisogni complessi di salute del cittadino, promuovendo la continuità assistenziale e favorendo l'integrazione fra gli operatori. Il percorso si svilupperà attraverso una serie di interventi volti a:

- favorire una attività preventiva tesa ad individuare i soggetti con maggior rischio di sviluppare la malattia oggetto del PDТА
- formulare, promuovere e attuare specifici programmi di educazione terapeutica per una maggiore conoscenza della malattia da cui si è affetti
- migliorare la possibilità di accesso a percorsi clinico- assistenziali dedicati.

Base giuridica del trattamento che prevede espressamente la condivisione fra più professionisti sanitari, interni ed esterni all'Asl di Rieti, dei dati anche appartenenti a categorie particolari relativi all'interessato è da rinvenirsi nel consenso esplicito di quest'ultimo ai sensi dell'art.9, par. 2, let.a) del Regolamento (UE) 2016/679.

L'adesione al percorso è sempre facoltativa, ma nel caso in cui si decidesse di partecipare al PDТА, i dati personali necessari per l'accesso e la fruizione dello stesso che potranno essere trattati sono quelli anagrafici del paziente ed eventualmente di chi ne ha la responsabilità ovvero la legale rappresentanza e quelli relativi allo stato di salute del paziente stesso. I dati in questione saranno condivisi fra tutti i professionisti di questa Asl e il MMG coinvolti nel percorso di diagnosi, trattamento e cura del paziente salva sempre la possibilità per Lei di escluderne qualcuno comunicando, nel

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDТА DIABETE	Cod. PDТА/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 37 di 39

caso, la Sua scelta all'atto dell'attivazione del PDТА ovvero successivamente ai recapiti di seguito indicati. Resta inteso che, laddove decidesse di escludere un professionista dal percorso, la sua prestazione professionale non potrà essere svolta in quell'ambito. **E' comunque garantita la piena fruizione delle prestazioni di diagnosi e cura anche a chi scegliesse di non partecipare al PDТА.** E' sempre esclusa qualsiasi diffusione dei dati trattati per questa finalità.

Il trattamento dei dati relativo al PDТА è effettuato con procedure manuali e informatizzate e con l'ausilio di strumenti elettronici, adeguati a garantirne la sicurezza e la riservatezza, nel rispetto di quanto stabilito dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs 196/2003 come modificato dal D.Lgs 101/2018, esclusivamente da personale previamente autorizzato al trattamento da uno dei titolari autonomi e adeguatamente istruito ovvero allo scopo nominato Responsabile ex art. 28 del Regolamento (UE) 2016/679. Nell'ambito del PDТА, i dati saranno conservati in apposita cartella ambulatoriale per la durata di cinque anni dall'ultima prestazione erogata. I dati sono previa trasformazione in forma assolutamente anonima, potranno anche essere conservati oltre tale termine e utilizzati per finalità di studio e/o ricerca.

Titolari autonomi dei rispettivi trattamenti sono l'Asl con sede in Rieti, Via del Terminillo n. 42 e il Suo Medico di Medicina Generale.

La informiamo infine che i suoi dati personali trattati nell'ambito del PDТА, ogni interessato potrà esercitare i diritti previsti dagli art. 15 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare l'interessato ha il diritto di chiedere, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dalla legge. L'interessato ha anche il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. L'apposita istanza potrà essere inviata all'Asl di Rieti presso la sede di Via del Terminillo n. 42 – 02100 Rieti anche per il tramite del Responsabile della protezione dei dati personali contattabile all'indirizzo dpo@asl.rieti.it nonché per i trattamenti di sua titolarità, al Suo MMG. La revoca del consenso all'adesione al PDТА presentata nei confronti di uno dei titolari autonomi verrà considerata come formulata nei confronti di entrambi. L'interessato che ritenga che il trattamento dei propri dati personali effettuato nell'esecuzione di quanto disciplinato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, avrà il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it), come previsto dall'art.77 del Regolamento stesso o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento)

IL/la sottoscritto/a _____ CF _____

nato/a a _____ il _____ residente in

_____ via _____

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 38 di 39

in proprio

in qualità di () genitore con dichiarazione sostitutiva () tutore dell'assistito minorenne

()rappresentante legale dell'incapace_____ nato/a _____

a _____ il _____ residente in _____

via _____

con la presente dichiara di aver letto e compreso le informazioni che precedono e con la propria sottoscrizione, esprime il consenso all'inserimento proprio o del soggetto rappresentato nel

PDTA_____ (specificare)

Luogo_____ Data_____

Firma (leggibile)_____

Firma di chi riceve il consenso_____

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PDTA DIABETE	Cod. PDTA/110/2/2022 Rev. 01 Del 15/09/2022 Pag. 39 di 39

ALLEGATO 2

Lettera dimissione



ASL RIETI

Distretto 1- Sede Via delle Ortensie
Distretto 1- Casa della salute di Magliano



U.O.S.D. DIABETOLOGIA

Responsabile Dott.ssa Anna Rita Aleandri

PDTA DIABETE

REFERTO VISITA DIABETOLOGICA del

Sig./ Sig.ra
 data di nascita
 CF:

Diagnosi : dal

Ultimi accertamenti ed esami ematochimici:

Data	Descrizione	UM	Valore	Range Min	Range Max

Stato delle complicanze di malattia :

Tipo	Descrizione

Terapia diabetologica:

Pasti	Farmaco	Posologia	Frequenza

Trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare e altri farmaci:

Descrizione	Q.tà	Posologia	Frequenza
-------------	------	-----------	-----------

Conclusioni

Gli utenti in possesso di un glucometro devono portarlo ad ogni visita con il diario
E' fondamentale portare ad ogni visita tutta la documentazione sanitaria richiesta dal medico diabetologo e dal medico curante effettuata a partire dal

Cordiali saluti
 Dott./ Dott.ssa