

Rete Diabetologica Regionale

Piano di Rete 2022-2025

– STRUTTURA DI BASE	
ATTI COSTITUTIVI	<ul style="list-style-type: none"> – Legge n. 115 del 16 marzo 1987 recante "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito" – Legge regionale 27 giugno 1990 n. 28: "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito nella Regione autonoma Friuli Venezia Giulia" – Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome recante il "Piano sulla Malattia Diabetica " (repertorio atti n°: 233/CSR) del 6 dicembre 2012 – DGR n.1676 del 28 agosto 2015 con la quale la Regione recepisce il "Piano nazionale sulla malattia diabetica ed approva gli atti di indirizzo regionale sull'assistenza alle persone con diabete" – Conferenza permanente Stato-Regioni del 15.09.2016: accordo tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" – decreto regionale n.1466/SPS del 5 ottobre 2018 che modifica ed integra la composizione del tavolo tecnico per il diabete di cui al decreto n. 149 del 25 gennaio 2018 – Decreto ARCS n. 277 31/12/2020 "Rete della Cronicità-filiera Diabete" – Det. ARCS n. 61 26/01/2021 "costituzione "Rete Regionale per la gestione del paziente con Diabete" e successivo aggiornamento Det. ARCS n. 182 05/03/2021
MANDATO della RETE	<ul style="list-style-type: none"> – razionalizzare l'offerta regionale nell'ottica dell'equità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate 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, che necessitano, nell'ambito della valutazione specialistica, di una serie di risposte complesse ed articolate; – rendere il più possibile omogenea l'assistenza e promuovere la continuità assistenziale, favorendo l'integrazione fra gli operatori; – aumentare, definire, diffondere e rendere omogenee le competenze degli operatori sanitari in diabetologia ed adeguare

	<p>i comportamenti clinici e assistenziali degli stessi alle indicazioni riportate dalla letteratura e dagli standard di cura;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, sviluppando l'empowerment delle persone con diabete e delle comunità
<p>STRUTTURE PRESENTI SUL TERRITORIO</p>	<p>La Rete Diabetologica Regionale opera attraverso tre <i>setting</i> di cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambito delle cure primarie: ambulatori distrettuali, AFT, MMG - Ambulatori specialistici nei presidi ospedalieri - Centri diabetologici nei presidi ospedalieri Hub e Spoke <p>Sulla base dei bisogni di cura delle persone con diabete, dei livelli di assistenza richiesti per i pazienti, dell'organizzazione e delle competenze necessarie, la Rete garantisce la presa in carico attraverso 2 livelli di complessità clinico-organizzativa.</p> <p><u>1° Livello</u> costituito da MMG/PSL, specialisti di prossimità, ambulatoriali infermieristici distrettuali con personale dedicato e disponibilità di dietista;</p> <p><u>2° Livello</u> 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.</p>
<p>TECNOLOGIE AVANZATE IN AMBITO DIAGNOSTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio in continuo retrospettivo ("Holter like") della glicemia - ecocolordoppler arterioso arti inferiori (per il piede diabetico) - ossimetria transcutanea (per il piede diabetico)
<p>TECNOLOGIE AVANZATE IN AMBITO TERAPEUTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio in continuo della glicemia CGM - terapia insulinica con microinfusore (CSII) - sistemi integrati di monitoraggio glicemico in continuo e microinfusori - microinfusori con automatismo basale (PLGS o AHCL) - sistemi Hybrid closed loop (HCLs) - holter glicemici e terapia microinfusiva in età pediatrica
<p>POPOLAZIONE (fasce di età, patologia)</p>	

INCIDENZA	Piede diabetico- vedi allegato
PREVALENZA	
ALTRI DATI DI ATTIVITA'	
– MECCANISMI OPERATIVI	
(Modelli di presa in carico) HUB & SPOKE	<ul style="list-style-type: none"> – 1° Livello- gestione integrata la <i>gestione integrata</i> viene attivata per i pazienti affetti da diabete e malattie del metabolismo (Sindrome Metabolica, IGT, IFG, obesità, dislipidemie) tra gli operatori della Primary Care (AFT, Operatori Distrettuali, Personale Professionale, Assistenza Domiciliare di Base, ospedali di Comunità) e la rete dei Servizi Specialistici di Diabetologia e Malattie de Metabolismo. – 2° Livello- centri diabetologici Le strutture diabetologiche distribuite sul territorio regionale devono essere organizzate secondo le disposizioni della legge 115/87, che ha previsto l'istituzione di centri diabetologici, in relazione alla densità abitativa, con organizzazione assistenziale strutturata in team diabetologico multidisciplinari coordinato dal responsabile della struttura diabetologica di riferimento, che risponde dell'intero percorso assistenziale del paziente.
(Modelli di presa in carico) CENTRI DI RIFERIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Strutture di Malattie Metaboliche e Diabetologia
(Modelli di presa in carico) INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulatori e attività dedicati alla gestione integrata presso Distretti/CAP/AFT, Ospedali/Case di comunità - Medici di Medicina generale (MMG)/Pediatri di Libera Scelta (PLS)
(Modelli di presa in carico) STRUMENTI CONDIVISI	<ul style="list-style-type: none"> – Attivazione di PDTA condivisi e codificati per i vari stadi di patologia della gestione integrata, completo di un sistema di raccolta comune dei dati clinici in grado di generare in automatico gli indicatori di processo e di esito indispensabili alla attuazione del circuito della qualità, nonché gli indicatori di risultato intermedio e finale finalizzati al giudizio del sistema stesso. – Utilizzo della cartella diabetologica informatizzata a integrazione dei dati di G2clinico, come data base clinico unico regionale per il diabete
PDTA	<ul style="list-style-type: none"> – Determina n° 955 del 30/12/2021: "PDTA diabete mellito Tipo 2 nell'adulto"; – Determina ARCS n° 946 del 29/12/2021: PDTA per la gestione del diabete in eta' evolutiva

(Integrazione tra servizi) SISTEMA INFORMATIVO	tra	1. Presenza di cartella diabetologica informatizzata a integrazione dei dati di G2clinico
(Integrazione tra servizi) FLUSSO DI DATI	tra	1. Portale continuità per la documentazione clinica prevista 2. Fascicolo Sanitario Elettronico 3. Cartella informatizzata presso alcuni MMG
– PROCESSI SOCIALI Esplicitazione degli strumenti di integrazione tra i professionisti e gli operatori		
INDICATORI		-
IMPLEMENTAZIONE PERCORSO DI RETE		-
VALORIZZAZIONE PERCORSO DI RETE		<ul style="list-style-type: none"> - Consuetudine all'attività multidisciplinare e multiprofessionale fra professionisti delle strutture diabetologiche regionali, rappresentanti delle cure primarie, farmacisti e referenti delle associazioni dei pazienti diabetici; - Produzione negli anni di molteplici atti di indirizzo regionale, di cui fra i più recenti: <ul style="list-style-type: none"> - DGR n. 303 del 24 febbraio 2017 - Documento di consenso regionale sulla prescrizione e gestione del monitoraggio in continuo della glicemia nei pazienti diabetici; - DGR n. 1572 del 22 agosto 2017 - Linee di indirizzo regionali per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale; - DGR n. 1013 del 21 giugno 2019 - Lr 28/1990, art 7: Linee di indirizzo per l'educazione terapeutica rivolta alla persona con diabete;
(volontari, no profit) INIZIATIVE		-
(volontari, no profit) COLLABORAZIONI		- collaborazione all'attività educativa residenziale con i centri diabetologici di riferimento
INFORMAZIONI ai CITTADINI	ai	-
CARTA DEI SERVIZI		-
– PIANI DI INVESTIMENTO		
– RISORSE DEDICATE ALLA RETE		
PIANO DI GOVERNANCE DELLA	DI DELLA	

FARMACEUTICA DI RETE	
– TELEMEDICINA	
TELEVISITA	22 di cui 3 <18aa (primo semestre 2022, fonte CUP)
TELECONSULTO	
TELEMONITORAGGIO	
TELECONTROLLO	
TELEASSISTENZA	
– RISULTATI ESITI	
QUALE SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELLA RETE	<ul style="list-style-type: none"> – monitoraggio, attraverso prestazioni traccianti, del livello di aderenza e applicazione alle <i>best practice</i> e al PDTA, nonché valutazione dell'utilizzo di terapie di provata efficacia, utili a ridurre l'ospedalizzazione legata alle complicanze della malattia e migliorare il decorso clinico e la qualità della vita nei pazienti. <p>Per il monitoraggio e la condivisione dei dati si prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Audit clinici come leva per il "circolo virtuoso" del miglioramento, stimolando i professionisti verso l'accountability e l'aggiornamento continuo delle conoscenze – Analisi di report periodici per un benchmarking fra strutture regionali.
INDICATORI di PROCESSO	<ul style="list-style-type: none"> – Raccolta ed analisi degli indicatori declinati nel PDTA Diabete mellito tipo 2 nell'adulto e PDTA per la gestione del diabete in età evolutiva e messa in atto di azioni correttive in relazione alle criticità emerse
INDICATORI di ESITO	<ul style="list-style-type: none"> – Raccolta ed analisi degli indicatori declinati nel PDTA Diabete mellito tipo 2 nell'adulto e PDTA per la gestione del diabete in età evolutiva e messa in atto di azioni correttive in relazione alle criticità emerse
(grado di soddisfazione dei cittadini) QUALITA' PERCEPITA	Non tracciata
(grado di soddisfazione dei cittadini) UMANIZZAZIONE	Non tracciata
– RICERCA DI RETE	
Proposte-progetti; ambiti prevalenti	
PROGETTI IN CORSO	

PROPOSTE	
PROSPETTIVE A MEDIO LUNGO PERIODO	
ANALISI DI CONTESTO: TEMI APERTI (cantieri)	
Sulla verifica dello stato dell'arte condotta dalla Rete all'interno delle diverse aziende per identificare gli scostamenti rispetto ai criteri stabiliti, si evidenziano alcune criticità utili ad impostare il Piano di lavoro della Rete per il prossimo triennio	
CRITICITA'	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempi di attesa per prima visita/follow up 2. Migrazione dei pazienti fra i diversi centri <ul style="list-style-type: none"> – Necessità di definire modello delle competenze attese per le prestazioni hub/spoke 3. Telemedicina <ol style="list-style-type: none"> 1. Attualmente utilizzata in modo difforme dalle diverse strutture 4. Integrazione con la medicina generale <ol style="list-style-type: none"> 1. Attualmente garantita in modo difforme e comunque non strutturato
PUNTI DI FORZA	<ul style="list-style-type: none"> – multidisciplinarietà e multiprofessionalità – integrazione tra i diversi professionisti delle diabetologie – collaborazione con le Associazioni di volontariato nelle attività educative del paziente
PUNTI DI DEBOLEZZA	<ul style="list-style-type: none"> – carenza di risorse umane, – assenza di integrazione digitale tra i dossier clinici ospedale-territorio – integrazione clinica specialistica ospedaliera - territoriale non strutturata nelle diverse aziende
REALE UTILIZZO DELLE TECNOLOGIA	-
AZIONI	<ul style="list-style-type: none"> – Attuazione dei modelli di presa in carico (PDTA DM tipo 2) in accordo con quanto previsto dal PNRR – Applicazione a livello Regionale del PDTA Diabete in età evolutiva approvato con determina n. 946 del 29.12.2021 <ul style="list-style-type: none"> ○ Formazione per i <i>link professional</i> per l'implementazione PDTA del paziente con Diabete mellito in età evolutiva già individuati dalle singole Aziende ○ Formazione per le aziende sulla Scheda diabetologica per l'età pediatrica G2clinico – Produzione di un documento regionale di indirizzo che definisca il percorso di presa in carico per la persona adulta con diabete mellito di tipo 1 – Produzione di un documento regionale di indirizzo che aggiorni il percorso di prescrizione e gestione della tecnologia

(microinfusori-monitoraggio in continuo ed intermittente della glicemia) nelle persone con diabete

- Produzione di un documento regionale di indirizzo che definisca il **percorso di nutrizionale** della persona con diabete
- Produzione di un documento regionale di indirizzo che definisca il percorso di gestione e presa in carico del paziente con «**piede diabetico**»
 - progetto per **uniformare protesica** per il **piede diabetico**
 - sviluppo della **telemedicina per il piede diabetico**
- **Revisione ed aggiornamento dei documenti** in essere:
 - Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale
 - Linee di indirizzo regionali per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale
 - Linee di indirizzo per l'educazione terapeutica rivolta alla persona con diabete
- **Promozione di percorsi di comunicazione efficace** con l'obiettivo di sensibilizzare la cittadinanza alla necessità di osservare corretti stili di vita (attività fisica, stile nutrizionale) e aderire ai programmi di screening proposti per la prevenzione e la diagnosi precoce
- **Telemedicina:** evidenza di utilizzo per le prestazioni autorizzate delle piattaforme di telemedicina regionali

NOTE AD INTEGRAZIONE

L'analisi della normativa prevista, la mappatura condotta sullo stato dell'arte e l'analisi delle attività necessarie ha permesso di individuare alcune linee di attività oggetto di pianificazione da parte della rete.

In particolare si segnala, per il diabete in età evolutiva, la necessità di:

- Favorire con corsi di aggiornamento regolari la formazione sulla gestione del diabete tipo 1 nel personale scolastico;
- Promuovere interventi formativi sul rapido riconoscimento dei sintomi del diabete in ambiente scolastico per facilitare diagnosi tempestiva evitando per quanto possibile la chetoacidosi;
- Uniformare il protocollo di gestione dell'alunno con diabete in ambiente scolastico e ricreativo;
- Favorire un protocollo uniforme su tutto il territorio Regionale per la gestione dei farmaci salvavita (glucagone) a scuola

E' auspicabile che la Rete definisca anche temporalmente attraverso un Gantt triennale le attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi definiti.

Inoltre:

1. Supporto informatico
 - a. Analisi delle necessità informatiche per la raccolta degli indicatori nei PDTA
 - b. Analisi degli strumenti disponibili
2. Campagne informative per la popolazione con modalità da definire
3. Necessità di individuare strumenti di rendicontazione anche distrettuale del livello raggiunto di integrazione tra le strutture specialistiche di diabetologia e la medicina generale.

Si allega cronoprogramma progettualità 2022-2025

MACROAREE DI INTERVENTO	AZIONI PREVISTE	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Diabete nell'adulto	1. Attuazione dei modelli di presa in carico (PDTA DM tipo 2) in accordo con quanto previsto dal PNRR	X	x	x
	2. Produzione di un documento regionale di indirizzo che definisca il percorso di presa in carico per la persona adulta con diabete mellito di tipo 1	x		
Diabete in età evolutiva	1. Applicazione a livello Regionale del PDTA Diabete in età evolutiva approvato con determina n. 946 del 29.12.2021	x	x	x
	2. Formazione per i <i>link professional</i> per l'implementazione PDTA del paziente con Diabete mellito in età evolutiva già individuati dalle singole Aziende	x		
	3. Formazione per le aziende sulla Scheda diabetologica per l'età pediatrica G2clinico			
Diabete in età evolutiva in ambiente scolastico	1. Favore con corsi di aggiornamento regolari la formazione sulla gestione del diabete tipo 1 nel personale scolastico; 2. Promuovere interventi formativi sul rapido riconoscimento dei sintomi del diabete in ambiente scolastico per facilitare diagnosi tempestiva evitando per quanto possibile la chetoacidosi; 3. Uniformare il protocollo di gestione dell'alunno con diabete in ambiente scolastico e ricreativo; 4. Favorire un protocollo uniforme per la regione per la gestione dei farmaci salvavita (glucagone) a scuola		x	
Piede Diabetico	1. Produzione di un documento regionale di indirizzo PDTA che definisca il percorso di gestione e presa in carico del paziente con «piede diabetico»	x		
	2. progetto per uniformare protesica per il piede diabetico		x	

	3. sviluppo della telemedicina per il piede diabetico		x	
Definizione del percorso di nutrizionale della persona con diabete	produzione di un documento regionale di indirizzo	x		
Definizione percorso di prescrizione e gestione della tecnologia (microinfusori-monitoraggio in continuo ed intermitente della glicemia) nelle persone con diabete	Produzione di un documento regionale di indirizzo	x		
Piattaforme di telemedicina	Ricognizione nell' utilizzo per le prestazioni autorizzate delle piattaforme di telemedicina regionali	x		
Revisione ed aggiornamento dei documenti in essere:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documento di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale 2. Linee di indirizzo regionali per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale 3. Linee di indirizzo per l'educazione terapeutica rivolta alla persona con diabete 			x
Definizione della raccolta dati informatica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi delle necessità informatiche per la raccolta degli indicatori dei PDTA 2. Analisi degli strumenti disponibili 3. Definizione della metodologia di lavoro 4. Proposte di miglioramento 	x	x	x

Predisposizione ed utilizzo di strumenti comuni	1. Proposta di pacchetti prestazionali per attività complesse e multiprofessionali (es. microinfusori, monitoraggio in continuo) 2. Proposta e sviluppo di alcune attività in telemedicina (televisite/teleconsulto) 3. Monitoraggio delle attività e degli esiti della Rete Diabetologica	X	X	X
Promozione di percorsi di comunicazione e sensibilizzazione (stili di vita , programmi di screening)		x	x	x
Integrazione con la medicina generale/formazione e informazione		x	x	x