

TEMA 4

Presa in carico e *follow up* attivo nella gestione multidimensionale della persona con diabete mellito tipo 2 in Regione Veneto

Taken in charge and active follow up in multidimensional management of patient affected by type 2 diabetes mellitus in Veneto Region

Corradina Alagona¹, Vera Frison², Alberto Marangoni³, Milena Sira Zanon⁴

¹UOS Diabetologia, Ospedale San Martino, AULSS1, Belluno. ²UOS Diabetologia, Ospedale di Cittadella, AULSS 6, Cittadella (PD). ³UOS Diabetologia, Ospedale San Bassiano, AULSS 7, Bassano del Grappa (VI). ⁴UOS Diabetologia, AULSS 4, San Donà di Piave (VE).

Corresponding author: adaalagona@hotmail.com



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation Alagona C, Frison V, Marangoni A, Zanon MS. Presa in carico e follow up attivo nella gestione multidimensionale della persona con diabete mellito tipo 2 in Regione Veneto. JAMD 26:S76-S80, 2023.

DOI 10.36171/jamd23.26.S3.12

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Published November, 2023

Copyright © 2023 C. Alagona. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its supporting Information files.

Funding The Author received no specific funding for this work.

Competing interest The Author declares no competing interests.

Abstract

Diabetic disease is characterized by high clinical complexity. New organizational models that take into consideration these aspects should be developed.

Specifically, the present work aims to develop a follow up model for diabetic patients that considers, compatibly with geographical and organizational diversity, the delivery and use of new technologies available today such as telemedicine. This new assistance approach could be applied to bedridden patients, with terminal illness, in intensive insulin therapy and to renew treatment plan and/or the therapeutic plan.

The professional figures of the diabetes team but also the General Practitioners (GPs) are involved in this process.

To test the validity of the procedure or model, two process indicators and two outcome indicators were identified to be periodically measured.

KEY WORDS type 2 diabetes mellitus; clinical pathway; telemedicine.

Riassunto

La malattia diabetica si caratterizza per complessità clinica ed elevata prevalenza. Diventa prioritario quindi elaborare dei nuovi modelli organizzativi che tengano conto di questi aspetti.

Nello specifico il presente lavoro ha cercato di sviluppare un modello di follow up dei pazienti diabetici che tenga conto, compatibilmente con le diversità geografiche e organizzative, delle nuove tecnologie disponibili come la telemedicina. Questa nuova modalità assistenziale può essere applicata a pazienti allettati, con malattie in fase terminale, in terapia insulinica intensiva e per rinnovare il piano di cura e/o il piano

terapeutico. Nel processo sono coinvolte le figure professionali del team diabetologico e il Medico di Medicina Generale (MMG).

Per testare la validità del percorso sono stati identificati due indicatori di processo e due indicatori di esito da misurare periodicamente.

PAROLE CHIAVE diabete mellito tipo 2; Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA); telemedicina.

Introduzione

Con l'aumento della vita media cresce anche l'incidenza delle malattie croniche che sono la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità. Il Piano Nazionale della Cronicità⁽¹⁾ prevede l'ingresso precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare. L'assistenza ai malati cronici necessita di un adattamento dei servizi con la rimodulazione delle attività ambulatoriali, privilegiando i teleconsulti rispetto alle tradizionali visite in presenza. Il Piano Nazionale Diabete 2013⁽²⁾ ha introdotto il concetto di patient centered model quale approccio più efficace per affrontare una patologia di lunga durata, multifattoriale e ad alta prevalenza. Diventa centrale il concetto di cittadino-paziente che deve divenire consapevole (empowered) e coinvolto (engaged) nel processo di cura. La sfida del prossimo futuro sarà rimodulare la gestione del follow up di questi pazienti potenziando, ove possibile, il ricorso alla telemedicina ed alle nuove tecnologie.

Il presente lavoro vuole proporre un follow up attivo del paziente affetto da Diabete Mellito di Tipo 2 (DM2), a partire da alcune Unità Operative in Veneto (AULSS 1-4-6-7), che coinvolga Diabetologi, infermieri dedicati, dietiste e Medici di Medicina Generale (MMG), in modo da offrire una gestione customizzata del follow up (assistenza primaria, gestione integrata tra Diabetologo e MMG, gestione esclusivamente specialistica, visite in presenza o teleconsulti) attraverso lo sviluppo della telemedicina.

Descrizione del progetto

il Piano Socio-Sanitario Regionale del Veneto⁽³⁾ raccomanda l'implementazione di modelli organizzativi che favoriscano la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato delle risorse. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale

del Veneto per la gestione integrata del Diabete Tipo 2 (DM2) del 2015⁽⁴⁾ serve a contestualizzare le linee guida in una realtà organizzativa; descrive obiettivi ed azioni condivise nella presa in carico dell'assistito nel territorio ed in ospedale e consente di integrare le attività in un contesto in cui diverse professioni collaborano nell'assistenza e cura della persona con un problema di salute e/o assistenziale. Esso individua il percorso di riferimento per le diverse fasi dell'assistenza al paziente affetto da DM2, definendo le azioni (cosa/come), le responsabilità (chi), le tempistiche (quando) e gli indicatori da misurare (attività di processo ed esiti intermedi), con l'obiettivo di migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza di ogni intervento.

Il MMG effettua lo screening nei soggetti a rischio e invia il paziente diabetico al Centro Diabetologico (CAD) per la presa in carico. Successivamente, il MMG invia il paziente al CAD, secondo gli intervalli programmati o in caso di necessità. L'équipe del CAD effettua, in relazione alle esigenze cliniche, la valutazione di secondo livello, eventuali accertamenti specialistici e/o ulteriori trattamenti terapeutici, concorda con il MMG il nuovo piano clinico-terapeutico-assistenziale personalizzato e gestisce ogni caso con un approccio multidisciplinare, e in base alle risorse organizzative.

Mediante un DGR, la Regione Veneto nel 2020⁽⁵⁾ ha riconosciuto la possibilità agli Enti del SSR (Sistema Sanitario Regionale) di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina secondo quanto definito nel documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali"⁽⁶⁾, quale misura necessaria per limitare il rischio di contagio durante la pandemia COVID-19.

In accordo alle Linee Guida e ai criteri enunciati nella Missione 6 del DM 77 del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza PNRR⁽⁷⁾, si propone l'avvio di un ambulatorio di secondo livello di telemedicina (TM) la cui attività comprende: *i*) televisite: agende "riservate" a controlli con prenotazione a carico esclusivo del mini-CUP della Diabetologia; *ii*) telenursing: terapia educativa del diabetico in telemedicina; *iii*) teleconsulto con MMG/altri specialisti; *iv*) controllo dietistico da remoto.

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria che consente l'erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie a distanza da parte di un professionista sanitario nelle diverse fasi del bisogno assistenziale dei pazienti o servizi di consulenza a favore di altri professionisti sanitari. Essa è fondamentale per riorganizzare l'assistenza

territoriale poiché riduce le distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi; consente l'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse; facilita la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, consentendo una migliore operatività dei gruppi di lavoro.

Secondo il DM 77/2022, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina devono aumentare l'accessibilità e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure soprattutto nella cronicità; la telemedicina deve integrarsi con l'ecosistema digitale sanitario e in particolare con il fascicolo sanitario elettronico ed estendersi a più regioni del SSN.

Il DM 77/2022 individua il domicilio come luogo di cura: questo sarà possibile grazie all'innovazione tecnologica; promuove servizi sanitari personalizzati grazie all'utilizzo dell'intelligenza artificiale; incentiva l'*empowerment* del cittadino-paziente che diventa parte attiva del processo di cura.

Il presente progetto è rivolto a pazienti affetti da DM2, con particolare attenzione ai pazienti allettati, con malattie in fase terminale, in terapia insulinica intensiva per i quali si ritiene utile la frequente analisi dei profili glicemici per l'ottimizzazione del controllo glicemico e ai pazienti cui si rende necessario rinnovare il piano di cura e/o il piano terapeutico.

In occasione della televisita-telenursing, il paziente viene contattato tramite l'applicazione dedicata della cartella informatizzata: l'infermiere verifica l'avvenuta condivisione dei dati glicemici, la misurazione del peso e della pressione arteriosa, la disponibilità di documentazione relativa ad accertamenti svolti dal paziente e li annota in cartella. L'infermiere effettua l'intervento educativo con il paziente/caregiver e raccoglie informazioni rispetto allo stile di vita, alla presenza di effetti collaterali dei farmaci ipoglicemizzanti (tra cui ipoglicemia) e all'utilizzo delle tecnologie, spiega come rilevare eventuali lipodistrofie e indica come prevenirle; i dati raccolti vengono inseriti nella scheda infermieristica della cartella informatizzata. Se si ritiene necessario un rinforzo educativo, viene concordato un appuntamento per ulteriore verifica in teleassistenza o presenza.

Il diabetologo, dopo aver verificato il compenso glicemico e l'assenza di effetti collaterali riconducibili ai farmaci diabetologici, conferma o modifica la terapia in atto, redige un referto di televisita, verifica la scadenza del programma di cura per i presidi, prescrive le impegnative per visita di controllo (se

è confermata presa in carico) e per esami, compila eventuale scheda Nota 100. Qualora il compenso metabolico sia giudicato non adeguato e/o il paziente presenti effetti collaterali ai farmaci diabetologici, il diabetologo valuta le opportune modifiche alla terapia e, se necessario, programma una visita ambulatoriale oppure una rivalutazione telematica con la tempistica opportuna. Se necessaria una consulenza dietistica, viene rilasciata l'impegnativa per la prenotazione.

L'infermiere prenota, infine, l'appuntamento per la visita di controllo successiva (se viene confermata presa in carico), programma con il paziente interventi educativi per l'avvio nuove terapie e/o *follow up* telefonici o videochiamate, prenota, se necessario, un appuntamento per verifica infermieristica. Il referto relativo al consulto medico e/o infermieristico e/o dietistico viene inviato al paziente dai sanitari interessati (medico specialista, infermiere, dietista) per via telematica.

Nel "controllo dietistico da remoto", il dietista contatta l'utente/caregiver, richiede e valuta le informazioni relative al monitoraggio del peso e alle abitudini alimentari rilevabili dal diario alimentare, oppure, se non presente il diario alimentare, effettua un'anamnesi alimentare. Effettua colloquio di educazione alimentare, concordando obiettivi nutrizionali da raggiungere. Qualora necessario, redige piano nutrizionale, lo spiega e, contestualmente, lo condivide tramite piattaforma. Allo stesso modo, condivide la refertazione del "controllo dietistico da remoto". Al termine del colloquio, concorda e invia promemoria di prenotazione del controllo dietistico successivo.

Nel caso in cui, durante il follow up del paziente, il MMG rilevi la necessità di rivalutazione del paziente da parte del Centro Diabetologico, potrà scegliere se inviare il paziente a visita o se chiedere il teleconsulto, chiamando direttamente il diabetologo per discutere il caso e semplificare/velocizzare i tempi di risposta ed eventuale modifica del piano terapeutico-assistenziale del paziente. In Figura 1 è stata riportata la *flowchart* del processo proposto.

Al fine di monitorare l'effettiva applicazione e l'efficacia di questo progetto sono stati identificati due indicatori di processo (1 e 2) e due indicatori di esito (3 e 4).

1. Valutazione della disponibilità di erogazione delle visite secondo la tempistica richiesta per aumentare la percentuale di visite erogate rispettando le priorità indicate, rispetto all'anno precedente. Numeratore: numero di richieste pervenute con una data pri-

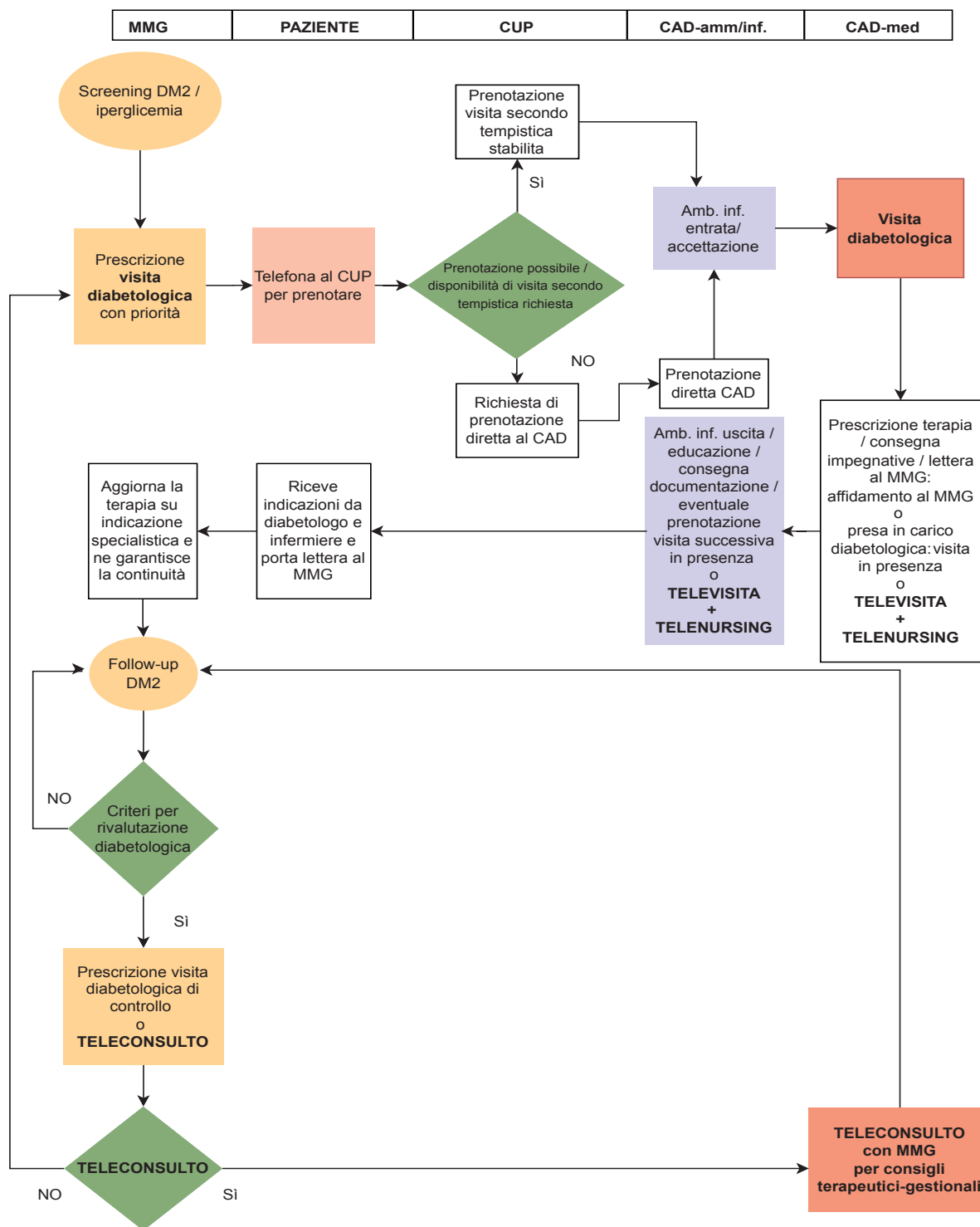


Figura 1 | Flow chart proposta presa in carico e cura del paziente diabetico (T2) con piattaforma di telemedicina.

orità. Denominatore: numero di posti dedicati alle visite richieste con una determinata priorità.

2. Valutazione del numero di richieste di visite al CAD da parte del CUP per ridurre la percentuale di richieste non soddisfatte dai posti a CUP, rispetto all'anno precedente. Numeratore: numero di richieste pervenute con una determinata priorità. Denominatore: numero di posti dedicati alle visite richieste con quella priorità.

3. Valutazione della disponibilità di erogazione delle visite in telemedicina secondo la tempistica richiesta per aumentare la percentuale di visite erogate in telemedicina rispettando la priorità indicata, rispetto all'anno precedente. Numeratore: numero di richieste pervenute con una determinata priorità. Denominatore: numero di posti dedicati alle visite richieste con quella priorità.

4. Valutazione della dimissione dei pazienti dal CAD e affidamento al MMG per la gestione integrata. Tale indicatore è espresso dal numero di richieste di visite al CAD con quesiti inappropriati. L'obiettivo è la riduzione percentuale, rispetto all'anno precedente, del rientro al CAD di pazienti con quesiti inappropriati.

Conclusioni

La presa in carico olistica del soggetto diabetico deve basarsi sui suoi bisogni socio-assistenziali. È la cosiddetta "Sanità di Iniziativa", modello assistenziale di prevenzione e gestione delle patologie croniche che prende in carico l'assistito in tutte le fasi della malattia grazie ad un follow up proattivo supportato anche dalla telemedicina. Il progetto

presentato propone prestazioni diversificate basate sulle peculiarità degli assistiti per una gestione customizzata della cura.

Bibliografia

1. ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Piano Nazionale della Cronicità, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016. Disponibile a: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf. Ultimo accesso: 20 Aprile 2023.
2. Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Commissione Nazionale Diabete. Piano sulla Malattia diabetica, 2013. Disponibile a: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf. Ultimo accesso: 26 Aprile 2023.
3. Regione Veneto. Legge Regionale n. 23 del 29 Giugno 2012. Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale Veneto 2012-2016. Disponibile a: <https://www.regione.veneto.it/web/guest/normativa>. Ultimo accesso: 26 Aprile 2023.
4. Regione Veneto. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale per la gestione integrata della persona con Diabete Tipo 2 – ALLEGATO A alla DGR n. 759 del 14/5/2015. Disponibile a: http://www.diabeticiveneto.it/wp-content/uploads/2014/01/759_AllegatoA_298814.pdf. Ultimo accesso: 26 Aprile 2023.
5. Regione Veneto. DGR 568 del 5/5/2020 Attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza: Telemedicina. Disponibile a: <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DetailDgr.aspx?id=419799>. Ultimo accesso: 26 Aprile 2023.
6. Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Conferenza Stato - Regioni, 17 dicembre 2020.
7. Decreto del Ministero della Salute 77 del 23 maggio 2022 (DM77). Missione 6 Salute. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.