

XXVI Riunione

Scientifica Regionale

SID-AMD

IL DIABETE:
UNA MALATTIA
COMPLICATA?

29-30 Novembre 2024

Cagliari

Hotel Regina Margherita

Non si fa presto a dire Diabete: la presa in carico

Francesca Spanu

SSD Diabetologia - PO San Giovanni di Dio

Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari

IV SESSIONE: IL TEAM DIABETOLOGICO

Moderatori: Concetta Clausi, Alfonso Gigante, Gisella Meloni

Tavola rotonda: Educazione Terapeutica Strutturata: *Assunta Stella Belgiorno (Dietista), Adelina Porru (Infermiera) e Francesca Spanu (Medico)*

16:40 Dall'accoglienza al supporto educativo: sconfiggere la paura del buco *Adelina Porru*

17:00 Non si fa presto a dire diabete: presa in carico *Francesca Spanu*

17:20 L'importanza di imparare a dialogare con il cibo: il diario alimentare *Assunta Stella Belgiorno*



XXVI Riunione

Scientifica Regionale

SID-AMD

IL DIABETE: UNA MALATTIA COMPLICATA?

29-30 Novembre 2024

Cagliari

Hotel Regina Margherita

La dr.ssa Francesca Spanu dichiara di NON aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti da Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche

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

IV SESSIONE: IL TEAM DIABETOLOGICO

Moderatori: Concetta Clausi, Alfonso Gigante, Gisella Meloni

Tavola rotonda: Educazione Terapeutica Strutturata: **Assunta Stella Belgiorno** (Dietista), **Adelina Porru** (Infermiera) e **Francesca Spanu** (Medico)

16:40 Dall'accoglienza al supporto educativo: sconfiggere la paura del buco **Adelina Porru**

17:00 Non si fa presto a dire diabete: presa in carico **Francesca Spanu**

17:20 L'importanza di imparare a dialogare con il cibo: il diario alimentare **Assunta Stella Belgiorno**



Il Team Diabetologico

.. partendo dall'inizio

IV SESSIONE: IL TEAM DIABETOLOGICO

Moderatori: Concetta Clausi, Alfonso Gigante, Gisella Meloni

Tavola rotonda: Educazione Terapeutica Strutturata: *Assunta Stella Belgiorno (Dietista), Adelina Porru (Infermiera) e Francesca Spanu (Medico)*

16:40 Dall'accoglienza al supporto educativo: sconfiggere la paura del buco *Adelina Porru*

17:00 Non si fa presto a dire diabete: presa in carico *Francesca Spanu*

17:20 L'importanza di imparare a dialogare con il cibo: il diario alimentare *Assunta Stella Belgiorno*

Perché - noi tutti lo sappiamo - il diabete è una malattia cronica

Ha un inizio

Una storia ... un tempo ...

Una fine



E in un tempo ... in un luogo ... la persona incontra noi ... me ... te, che non siamo solo individui ... ma siamo un Team



Perché - noi tutti lo sappiamo - il diabete è una malattia cronica

Ha un inizio

Una storia ... un tempo ...

Una fine

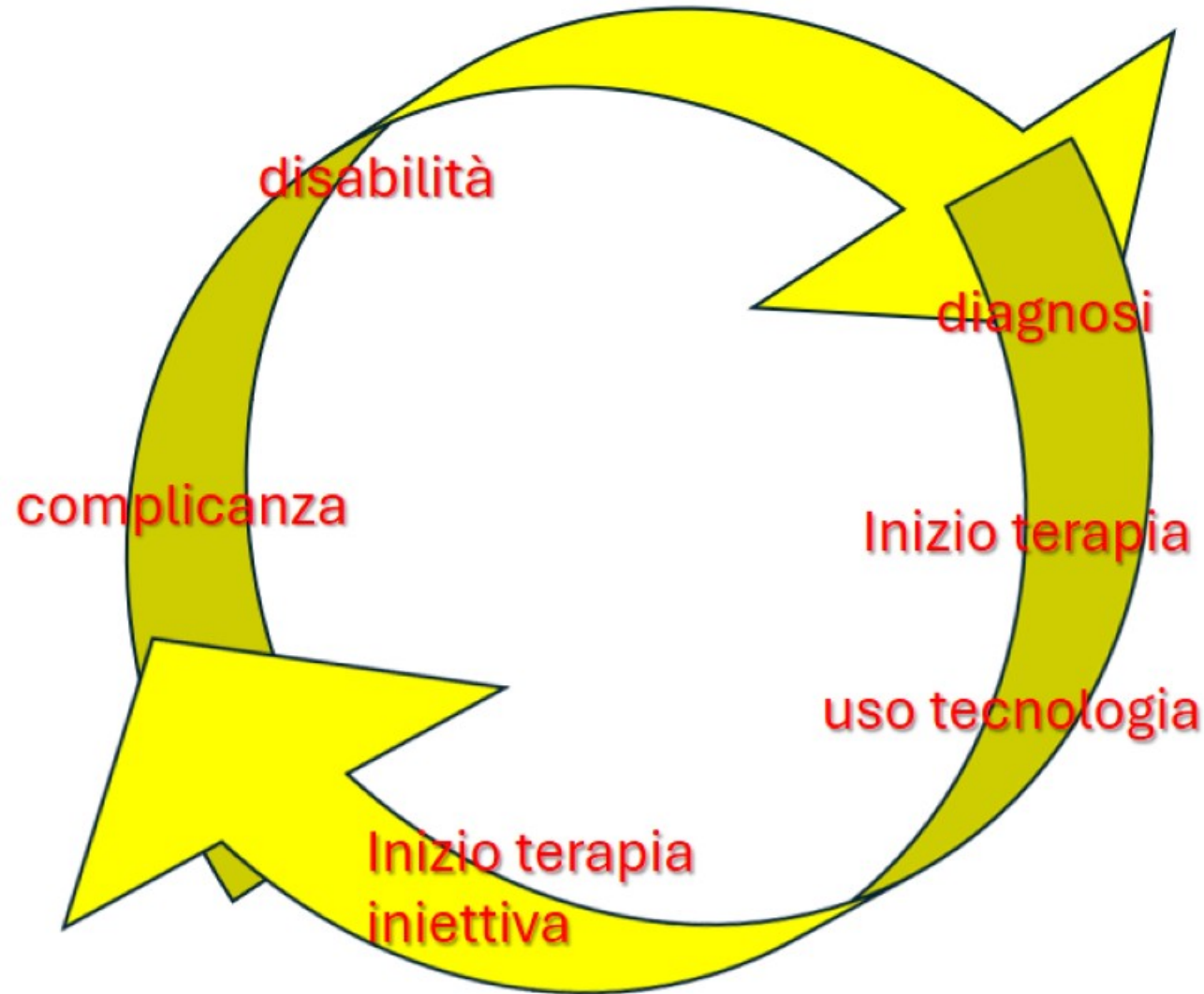


E in un tempo ... in un luogo ... la persona incontra noi ... me ... te, che non siamo solo individui ... ma siamo un Team

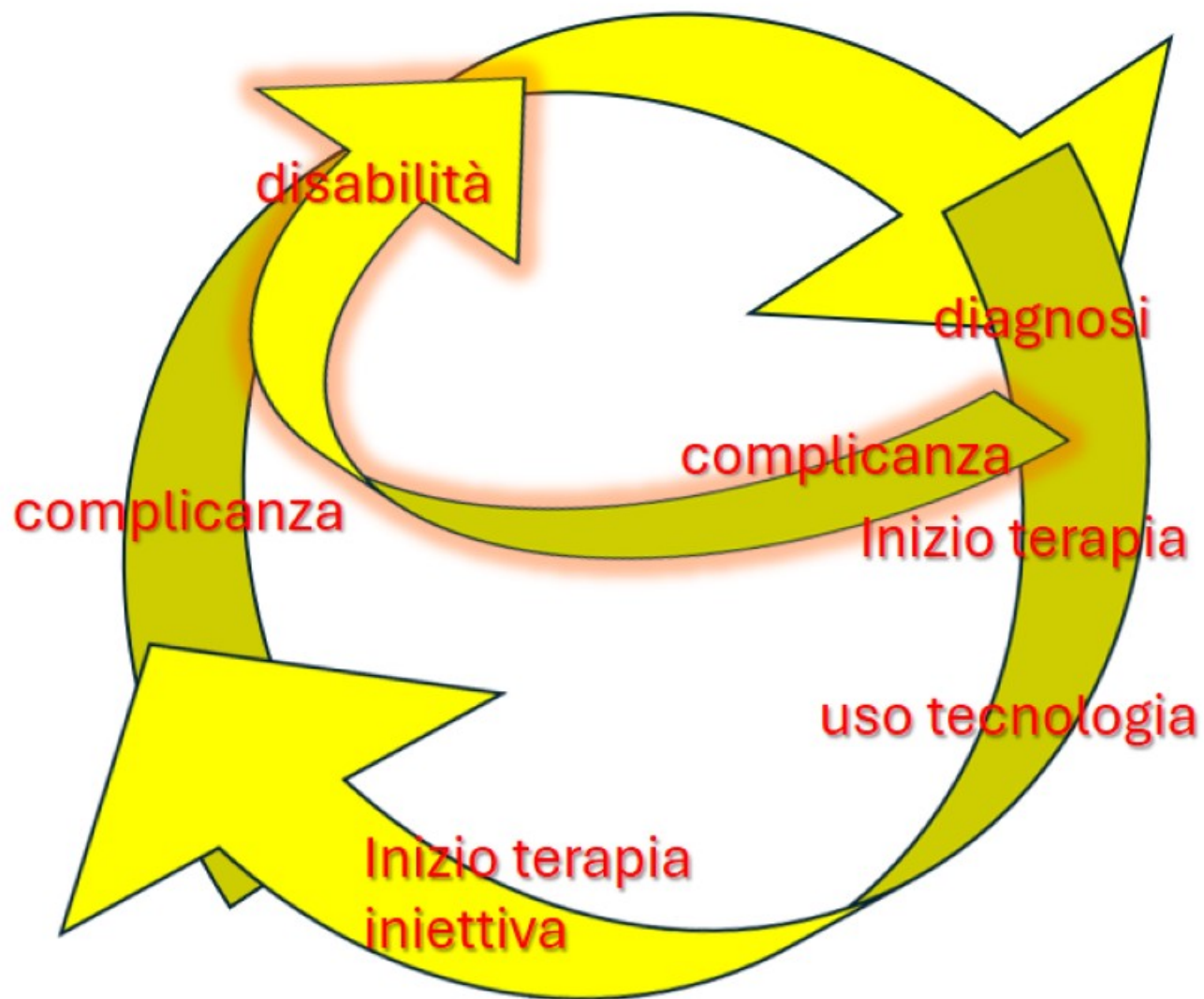
E dobbiamo essere consapevoli del momento in cui stiamo entrando nella storia di quella persona



E dobbiamo essere consapevoli del momento in cui stiamo entrando nella storia di quella persona



E dobbiamo essere consapevoli del momento in cui stiamo entrando nella storia di quella persona



E in tutti i momenti di questa lunga storia niente ci salva dalla monotonia ... abitudine ... routine



Per cui presidiamo:

Tecniche di autocontrollo

Tecniche di iniezione

Cura del piede

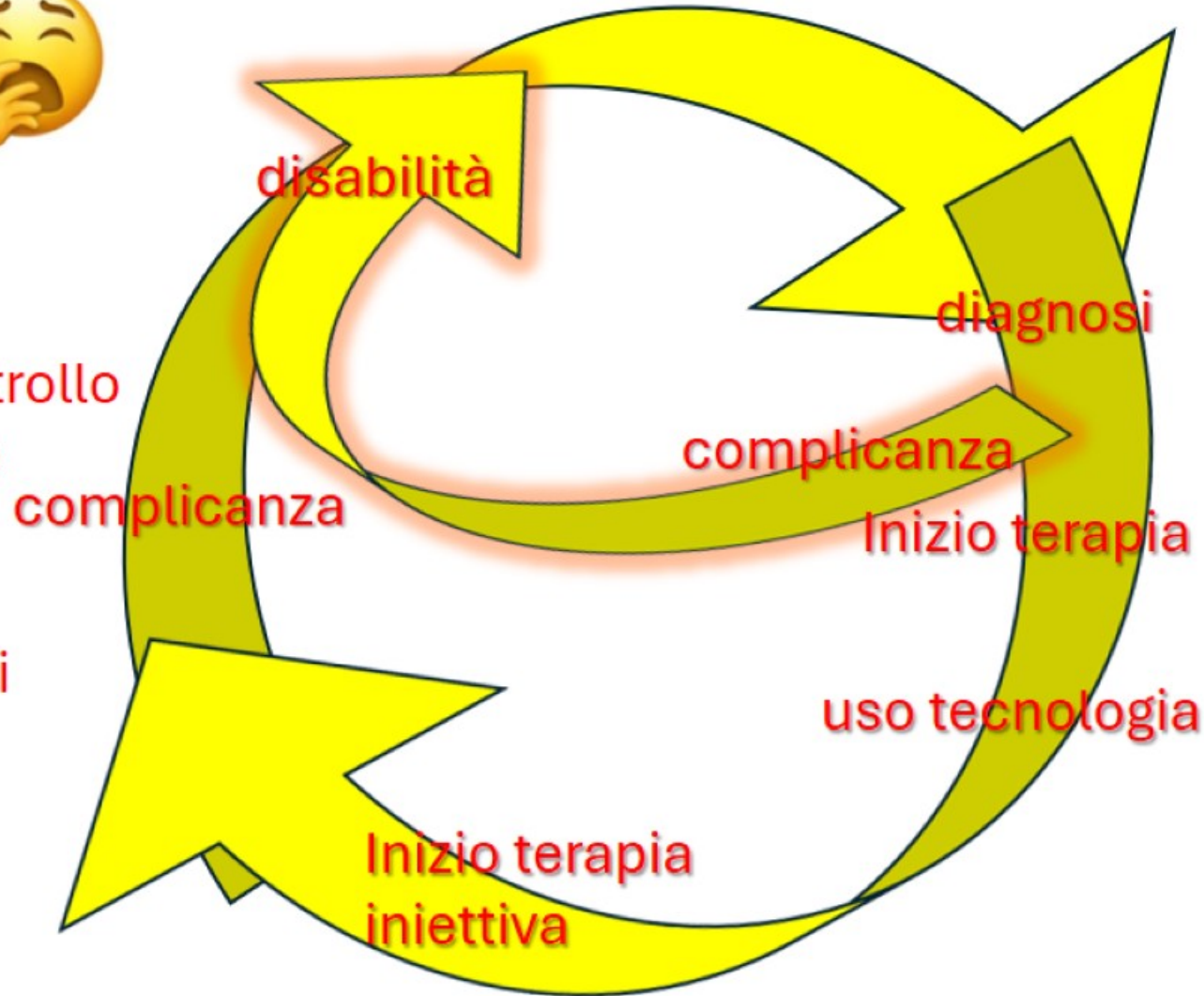
Abitudini alimentari

Conta dei carboidrati

Idratazione

Attività fisica

Tabagismo



IMPRINTING IN DIABETOLOGIA



Fermo immagine ...
macchine indietro
tutta ...



Fermo immagine ... macchine indietro tutta ...

VENERDÌ 13 OTTOBRE 2017

- 10.00** Registrazione dei partecipanti
- 10.30** Saluto del Presidente Regionale AMD
- 11.00** Introduzione al Corso
Alfonso Gigante - Francesca Spanu
- 11.30** La letteratura sull'imprinting in Diabetologia
Paola Pisanu
- 12.00** Lavori di gruppo
Simulazione di una prima visita da parte di una equipe Diabetologica.
Tutor:
Ilaria Pelligra - Tiziana Congiu
- 13.00** Dibattito in plenaria sui Lavori di Gruppo
Moderatori:
Adele Porru - Alfonso Gigante
- 13.30** Light Lunch
- 14.30** La complessità della personalità del paziente con diabete. Quali strumenti?
Alessio Lai

- 15.00** Imprinting e terapia non farmacologica
Francesca Spanu - Romina Lecis
- 15.30** Lavori di gruppo
Come organizzare un Servizio di Diabetologia per un approccio efficace
Tutor:
Ilaria Pelligra - Tiziana Congiu
- 16.30** Dibattito in plenaria sui Lavori di Gruppo
Moderatori:
Alessio Lai - Paola Pisanu
- 17.00** Coffee break
- 17.30** Dall'autocontrollo della glicemia alla cura di sé
Adele Porru - Carla Porcu
- 18.00** Imprinting e terapia farmacologica precoce. Giocare d'anticipo
Alfonso Gigante - Caterina Dessi
- 18.30** Considerazioni conclusive
- 19.00** Fine lavori della giornata

SABATO 14 OTTOBRE 2017

- 09.00** Ricontestualizzazione
Alfonso Gigante
- 09.30** La Rete Diabetologica Sarda sarà in grado di dare al paziente cure appropriate sin dall'esordio di malattia?
Francesca Spanu
- 10.00** Il linguaggio e la comunicazione durante la prima visita. Una lingua nuova da decifrare
Adele Porru
- 10.30** Coffee break
- 11.00** Lavoro di gruppo
Io mi ricordo/Eu me lembro. Con l'aiuto di un'immagine aiutiamo il paziente a capire i problemi della rete di cure.
Tutor:
Alfonso Gigante - Paola Pisanu
- 12.00** Dibattito in plenaria sui Lavori di Gruppo
Moderatori:
Alfonso Gigante - Adele Porru
- 12.30** Tavola rotonda
I modelli organizzativi nella Diabetologia Sarda: esiste una via per l'accoglienza delle persone con nuova diagnosi di diabete?
Ilaria Pelligra - Tiziana Congiu
- 13.00** Il contratto tra la struttura diabetologica e la persona con diabete
Francesca Spanu
- 13.30** Conclusione e Compilazione Tesi
- 14.00** Fine lavori

IMPRINTING IN DIABETOLOGIA



IN SESSIONE IL TEAM DIABETOLOGICO
Moderatori: *Concetta Fenu, Alfonso Gigante, Ilaria Pelligra*
Tavola rotonda: *L'evoluzione terapeutica del diabete: Adele Porru, Paola Pisanu, Caterina Dessi, Adele Porru, Tiziana Congiu, Francesca Spanu, Ilaria Pelligra*
16.45: *Dall'accoglienza al supporto educativo: scovare la paura del diabete*
17.00: *Non si fa presto a dire diabete: prima in corso*
17.20: *L'importanza di imparare a dialogare con il cibo: il diano alimentare*
Adele Porru

Fermo immagine ... macchine indietro tutta ...

VENERDÌ 13 OTTOBRE 2017

10.00 Registrazione dei partecipanti

10.30 Saluto

11.00 Introdu

Alfonse

11.30 La lette

Diabete

Paola P

12.00 Lavori

Simula

di una

Tutor:

Ilaria P

13.00 Dibattit

Gruppo

Moder

Adele I

13.30 Light L

14.30 La com

pazient

Alessio

SABATO 14 OTTOBRE 2017

09.00 Ricontestualizzazione

14.00 Fine lavori

L'imprinting non è un comportamento innato ma neppure una forma di apprendimento possibile durante tutto l'arco della vita: esso ha caratteristiche intermedie, poiché rimane legato sia alle informazioni che il nuovo nato riceve dal mondo esterno sia alla predisposizione genetica, con una sorta di "finestra" temporale durante la quale il suo sistema nervoso è sensibile a "stampare" l'immagine del genitore o di chi viene riconosciuto come tale. (K Lorenz)



IN SESSIONE IL TEAM DIABETOLOGICO
Moderatori: Giuseppe Favari, Stefano Rigo, Maria Teresa
Santoro, Stefania. L'evoluzione terapeutica del diabete. Roberto Della
Borghetta, Elisabetta, Adriana Piana, Informatica e Francesca Spina, Medici
16.40 Dall'esperienza al supporto educativo: scoprirete la paura
del diabete. Adriana Piana
17.00 Non si fa presto a dire diabete: prima in corso. Francesca Spina
17.20 L'importanza di imparare a dialogare con il cibo: il diabete alimentare
Roberto Della Borghetta

«Quando nasci al diabete

In quel periodo, ascoltando in sala d'attesa, i discorsi di altri pazienti, che chiamavano il centro, forse per assonanza con i centri anti malarico, anti tubercolare, ecc., “Centro Antidiabetico”, pensai che tale appellativo non fosse del tutto errato; infatti sostenevo, ironizzando con me stesso, che il fine ultimo di tale Centro, magari inconsapevole, era più quello di liberare l'umanità dal flagello delle persone ammalate di diabete che non risolvere i problemi del diabetico.

Ero così convinto che tale fosse l'inconsapevole fine del Centro, che per svariati anni mi curai quasi esclusivamente da solo.

Antonio



Quale imprinting?

In quel periodo, ascoltando in sala d'attesa, i discorsi di altri pazienti, che chiamavano il centro, forse per assonanza con i centri anti malarico, anti tubercolare, ecc., “Centro Antidiabetico”, pensai che tale appellativo non fosse del tutto errato; infatti sostenevo, ironizzando con me stesso, che il fine ultimo di tale Centro, magari inconsapevole, era più quello di liberare l'umanità dal flagello delle persone ammalate di diabete che non risolvere i problemi del diabetico.

Ero così convinto che tale fosse l'inconsapevole fine del Centro, che per svariati anni mi curai quasi esclusivamente da solo.

Antonio



- Avere una glicemia a digiuno “buona”
- Non mangiare dolci o fare abbuffate
- Non dire le bugie

Quale contratto non esplicito il Centro “Antidiabetico” aveva fatto con Antonio?

Ricordo, con un certo disagio, che bisognava presentarsi al controllo con glicemie basali basse, per la paura di essere severamente redarguiti dal medico, che era sempre diverso e che chiedeva, talvolta con aria da sacra inquisizione, partendo dal presupposto che il paziente diabetico è sicuramente più bugiardo degli altri, se si erano mangiati dolci o se ci si era abbuffati nei giorni precedenti.

- Sei diabetico quindi sappiamo che sei bugiardo
- Se ti rimprovero farai quello che ti dico
- Io so quello che è bene per te



IN SESSIONE IL TEAM DIABETOLOGICO	
Moderatori: Giancarlo Favari, Alberto Rigamonti, Roberto Valsani	
Tavola rotonda: L'evoluzione terapeutica del diabete. Assunto Stella Belgioioso (Chimica), Adriana Parola (Informatica) e Francesca Spasari (Medicina)	
16-40	Dall'accoglienza al supporto educativo: scovare la paura del buio. Adriana Parola
17-00	Non si fa presto a dire diabeto: prima in corso. Francesca Spasari
17-20	Comportarsi di persona a dialogare con il cibo: il dante alimentare. Assunto Stella Belgioioso

Ne avevamo ragionato e discusso insieme

- L'imprinting condiziona la presa in carico
- È importante essere consapevoli dei nostri messaggi sia verbali che non verbali
- È importante capire il «canale» attraverso cui la persona con diabete può essere raggiunto
- Nei momenti critici riattivare la attenzione ... come fosse la prima volta

Uno strumento : il Contratto

- Esplicito impegno bilaterale per un ben definito corso d'azione (Eric Berne)
- Un contratto è un impegno Adulto di effettuare un cambiamento preso con se stessi e/o qualcun altro (James e Jongeward)

I quattro requisiti (Steiner) del contratto

- Consenso reciproco
- Remunerazione valida
- Competenza (dell'operatore e del paziente)
- Obiettivo legale



Scopo del contratto di cambiamento

- Deve essere messo in positivo
- Deve essere raggiungibile data la situazione e le risorse attuali
- Deve essere specifico ed osservabile
- Deve essere sicuro (sia sicurezza fisica che adeguatezza sociale)
- Deve essere fatto in modo Adulto
- Deve essere chiaro (espresso in termini da essere comprensibile ad un bambino di otto anni)
- Comporterà sempre un qualche costo: esplicitatelo e chiedetevi se volete ancora il cambiamento
- Deve contenere l'impegno ad azioni specifiche



Scopo del contratto di cambiamento

- Deve essere messo in positivo
- Deve essere raggiungibile data la situazione e le risorse attuali
- Deve essere specifico ed osservabile
- Deve essere sicuro (sia sicurezza fisica che adeguatezza sociale)
- Deve essere fatto in modo positivo
- Deve essere chiaro (espresso in termini da essere comprensibile ad un bambino di otto anni)
- Certo, porterà sempre un qualche costo: esplicitatelo e chiedetevi se volete ancora il cambiamento
- Deve contenere l'impegno ad azioni specifiche

Cosa esplicitiamo proponendo il cambiamento dello stile di vita?



IN SESSIONE IL TEAM DIABETOLOGICO
Moderatori: Giancarlo Favari, Miriam Ruggieri, Maria Veltri
Parlerà: Roberto C. L'Esposito, Simona Scatena, Assunta Stella, Belenque Chiodini, Adriana Perna Informatici e Francesca Spina Medici
16-40 Dall'esperienza al supporto educativo: scoprirete la paura del tuo Adolfini Perna
17-40 Non si fa presto a dire diabete: prima in corso Francesca Spina
17-20 L'importanza di imparare a dialogare con il cibo: il diano alimentare Assunta Stella Belenque

Raggiungere l'autonomia

- Riconoscere alla persona le risorse in suo possesso
- Esaminare le barriere che la persona vede nel suo cammino
- Usare il problem-solving non la passività



In diabetologia lo chiamiamo

Empowerment



Elementi importanti da definire alla diagnosi

- Impegno nel tempo di risposta
 - Ancora prima del contatto con noi c'è il contatto con la “prenotazione”: quanto impronta sentire che per la tua malattia il tempo di risposta sono 10 ... 14 mesi ?
- Presenza di Operatori riconoscibili, con ruoli chiari e definizione delle disponibilità
 - Presentazione ... cartelli o Carta dei servizi con orari segreteria ed orari operatori



Elementi importanti da definire alla diagnosi

- Setting definito
 - Partendo dall'ambiente che assicuri comodità e riservatezza
- Garanzia di una progettualità e un percorso personalizzato
- Richiesta di una reciprocità nel fornire il servizio
- Insomma impegno ad ESSERCI reciprocamente



Questo è il contratto tra Cittadino e l'Organizzazione

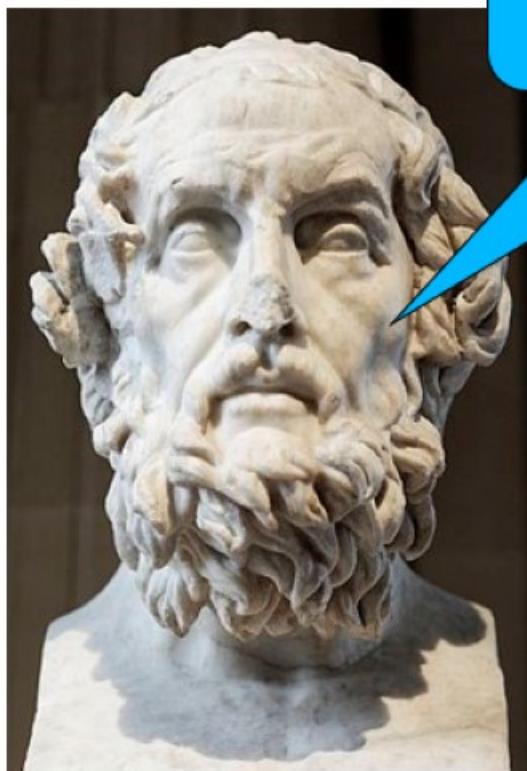


E a “casa” nostra?



IN SESSIONE IL TEAM DIABETOLOGICO
Moderatori: Giuseppe Favari, Michele Rigamonti, Marco Meloni
Parlerà in italiano: Elisabetta Tognoni, Simona Scattolon, Assunta Stella
Parlerà in inglese: Adeline Pierre, Francesca Spasari, Francesca Spasari
16-00: Dall'ascolto al supporto educativo: scopriremo la paura del diabete
17-00: Non si fa presto a dire diabete: prima in corso Francesca Spasari
17-20: Comportarsi di persona a diabete con il cibo: il diabete alimentare Assunta Stella, Elisabetta Tognoni

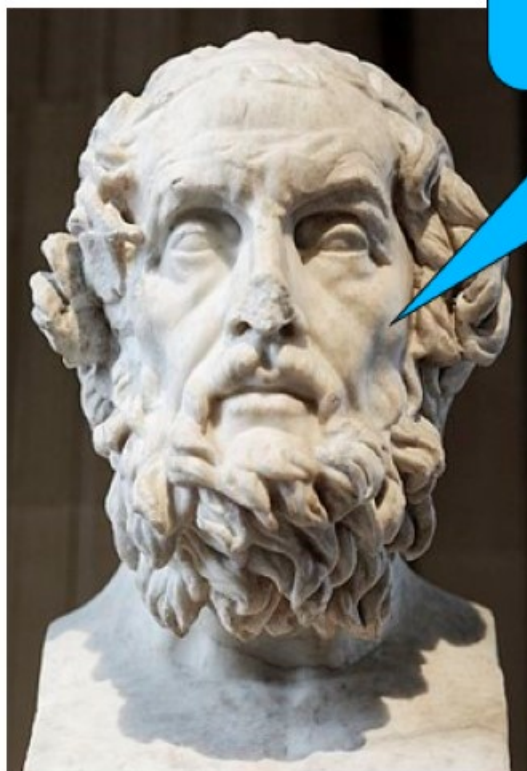
Passaggio da “orale” a “scritto”



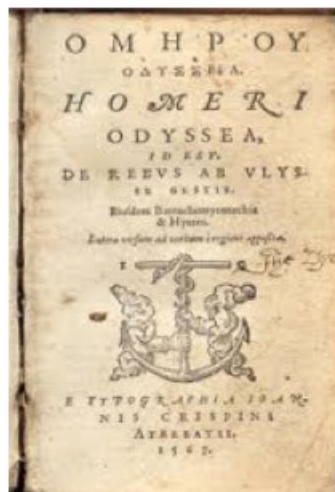
« Ἄνδρα μοι ἔννεπε, Μοῦσα,
πολύτροπον, ὃς μάλα πολλά
πλάγχθη, ἐπεὶ Τροίης ἱερὸν
πτολίεθρον ἔπερσεν »



Passaggio da “orale” a “scritto”



« Ἄνδρα μοι ἔννεπε, Μοῦσα,
πολύτροπον, ὃς μάλα πολλά
πλάγχθη, ἐπεὶ Τροίης ἱερὸν
πτολίεθρον ἔπερσεν »



Narrami, o Musa,
dell'uomo dall'agile
mente, che tanto
vagò, dopo che
distrusse la sacra
città di Troia.

Passaggio da “orale” a “scritto”

Le sue glicemie
devono essere buone



Passaggio da “orale” a “scritto”

Le sue glicemie
devono essere buone



Tabella 9. Obiettivi glicemici in diabetici adulti tipo 1 e 2

HbA _{1c} <53 mmol/mol (<7,0%)* (≤48 mmol/mol [≤6,5%] in singoli pazienti)
Glicemia a digiuno e preprandiale 70-130 mg/dl
Glicemia postprandiale [§] <160 mg/dl

* Facendo riferimento ai valori di 20-42 mmol/mol (4,0-6,0%) della popolazione non diabetica, con il metodo utilizzato dal DCCT.

[§] La misurazione della glicemia postprandiale deve essere effettuata tra 1 e 2 ore dopo l'inizio del pasto (IDF 2011).

Sig. Mario Rossi con diabete di nuova
insorgenza
Obiettivi glicemia
Prima di mangiare
Due ore dopo inizio del pasto

Tu farai l'autocontrollo/userai un sensore... noi ci impegnamo a

- Guardare i valori che hai trovato
- Spiegarti come leggerli
- Individuare con te i punti forti e le criticità
- Fare ipotesi sulle cause
- Elaborare una strategia per risolvere le criticità
- Verificare i risultati insieme



Tu farai l'autocontrollo/userai un sensore...
noi ci impegnamo a

- Guardare i valori che hai trovato
 - Spiegarti come leggerli
 - Individuare la criticità
 - Fare...
- il data management e
del dato alla persona**

**il data management e
dato alla persona con diabete**

la restituzione

una strategia per risolvere le criticità

unire i risultati insieme



Management of newly diagnosed patients with type 2 diabetes: what are the attitudes of physicians? A SUBITO!AMD survey on the early diabetes treatment in Italy

Concetta Suraci · Franca Mulas · Maria Chiara Rossi ·
Sandro Gentile · Carlo Bruno Giorda

Received: 23 September 2011 / Accepted: 18 January 2012
© Springer-Verlag 2012

- Valutare opinioni e atteggiamento dei diabetologi su terapia, priorità e barriere nella gestione di un primo accesso ad una diabetologia

Grazie a Paola Pisanu per questa e le successive tre diapositive



Risultati

- Ruolo chiave dell'educazione
- Necessità di raggiungere presto il target di HbA1c
- Variabilità nel tempo della seconda visita non per atteggiamenti diversi dei medici ma per differente organizzazione
- Le barriere di tipo organizzativo prevalgono nel sud dove vi sono più evidenti carenze strutturali/organizzative

Azioni di miglioramento

- Necessità di interventi per rendere l'organizzazione dell'assistenza più omogenea
- Ridurre l'inerzia clinica



Factors associated with a rapid normalization of HbA1c in newly diagnosed type 2 diabetes patients seen in a specialist setting

C. B. Giorda • M. F. Mulas • V. Manicardi •
C. Suraci • P. Guida • L. Marafetti •
E. Nada • S. Gentile

Received: 10 January 2012 / Accepted: 5 September 2012
© Springer-Verlag 2012



IN SESSIONE IL TEAM DIABETOLOGICO
Moderatori: Giancarlo Favari, Roberto Rigamonti, Roberto Petrelli
Parole in libertà: L'evoluzione terapeutica del diabete. Assunto della
Belgian Diabetes Association (BDA) e Francesca Spina (Mediolanum)
16-45 Dall'esperienza al supporto educativo: scovare la paura
del diabete. Assunto della BDA
17-00 Non si fa presto a dire diabete: prova in corso. Francesca Spina
17-20 L'importanza di imparare a dialogare con il cibo. Il diabete alimentare.
Assunto della BDA

Identificare fattori clinici e organizzativi capaci di
predire un rapido e efficace raggiungimento del
controllo metabolico in pazienti con DMT2 di nuova
diagnosi

Conclusioni

- Raggiungere un buon compenso con miglioramento di BMI, circonferenza addome, assetto lipidico e PA è possibile
- Per miglior risultato : diagnosticare il diabete prima possibile
 - prima dell'esposizione a iperglicemie pericolose
 - prima del deterioramento delle beta cellule
- Le risorse umane e l'organizzazione hanno un ruolo cruciale: più importante della differenza tra le classi dei farmaci





01

INTRODUZIONE

Stefano Del Missier
Direttore Editoriale IHPB

La presente pubblicazione nasce grazie alla presa d'atto di un fenomeno conosciuto, ma che non è mai stato affrontato in termini di policy sanitaria, ovvero di un approccio e di un'analisi che fossero orientati a rappresentare il problema in termini di sistema sanitario e, in quanto tale, in termini d'indirizzi per modificare lo status quo garantendo maggior efficacia ed efficienza al sistema stesso senza generare impatti negativi sulle cure ai pazienti. Il diabete è una patologia cronica con un tasso di crescita esponenziale e con esiti di comorbidità senza paragoni. Fare in modo che i pazienti, già alle prese con una vita complicata e complessa, possano ridurre al minimo gli eventi acuti della malattia rappresenta un obiettivo di policy sanitaria non più procrastinabile.

Eppure, i numeri dicono che ancora troppo spesso il paziente diabetico incorre in stati acuti della malattia che comportano un ricovero d'urgenza: un fatto che abbiamo voluto indagare e per il quale riteniamo sia indispensabile attivare le migliori risorse del paese per porvi un rimedio.



LA CENTRALITÀ DEL PRONTO SOCCORSO: UN CHRONIC CARE MODEL NEL DIABETE

Francesco Rocco Pugliese

Direttore del Dipartimento di Emergenza, Urgenza Roma 2, Direttore UOC Medicina e Chirurgia d'Accettazione, Ospedale Sandro Pertini, Roma

Sanità di iniziativa

La realtà quotidiana è in parte diversa da quanto disegnato nel "PDTA diabete", poiché i pazienti diabetici continuano ancora ad accedere ai servizi di emergenza per mancato controllo glicemico, ed i servizi di emergenza, talvolta, sono i primi a porre diagnosi di diabete anche nella popolazione adulta. A causa del forte impatto economico e sociale che i pazienti cronici comportano per il sistema salute, sono stati proposti diversi modelli che hanno cercato di arginare il problema.

Tra i modelli proposti vi è il Chronic Care Model (CCM) che, nella sua versione

Expanded, prevede un approccio che garantisce una relazione proattiva operatore-paziente in grado di portare il sistema sanitario da un concetto di sanità d'attesa, e quindi di cura della malattia, ad un concetto di sanità di iniziativa, e quindi di prevenzione e di formazione del paziente e dei caregivers.

Tutto ciò si traduce in un enorme beneficio economico-sociale che vede una netta diminuzione dei ricoveri nelle strutture ospedaliere e una maggiore qualità di vita per i pazienti cronici, a fronte di investimenti mirati e relativamente contenuti. L'analisi di B-Have sugli accessi al Pronto Soccorso di cui si è detto, dice molto delle criticità che devono essere affrontate e sulle quali lavorare per migliorare l'organizzazione delle strutture di offerta e per definire percorsi di presa in carico per il corretto setting di gestione fra quotidianità ed emergenza. Diversi sono gli spunti di lavoro che una lettura approfondita della survey suggerisce.

L'informazione del paziente/caregiver deve avvenire contestualmente all'accesso in Pronto Soccorso, e comunque prima della dimissione, attraverso una maggiore consapevolezza della patologia, dell'importanza dell'aderenza/persistenza terapeutica, dell'utilizzo dei dispositivi di monitoraggio continuo della glicemia autogestiti, della rilevazione di criteri di rischio per la progressione della patologia, e infine della prenotazione diretta dei successivi controlli. La reale presa in carico del paziente diabetico deve prevedere un percorso assistenziale multiprofessionale, multidisciplinare e talora interaziendale, predefinito e condiviso con tutti gli attori, compreso il paziente stesso, senza discontinuità, in un sistema a rete.

La frammentazione dell'assistenza è un problema chiave per le persone con bisogni sanitari complessi quali i pazienti con una condizione cronica, perché richiedono cure da diversi fornitori in più contesti sanitari. Senza un'adeguata integrazione

Rientro rapido nella rete territoriale

determina anche un costo per il sistema. Per i bisogni sanitari complessi a rischio di cure frammentate bisogna prevedere un'assistenza continua, coordinata e di alta qualità per tutta la vita di una persona, che miri a prevenire e gestire le complicanze croniche, migliorando la salute della popolazione e le esperienze dei pazienti, riducendo i costi pro capite dell'assistenza sanitaria e promuovendo l'equità capitaria.

Multiprofessionale Multidisciplinare Interaziendale

Il paziente non dovrebbe mai essere lasciato "solo" nel percorso assistenziale, prevedendo una gestione calendarizzata puntuale per la fase cronica della patologia e la reale/tempestiva presa in carico del paziente in caso di acuzie/subacuzie, anche con una gestione ospedaliera, ma

con il più rapido rientro nella rete territoriale. Tuttavia, affinché il PDTA specifico sia realmente efficiente nella gestione dei pazienti, è indispensabile il monitoraggio/verifica periodico dei risultati raggiunti con eventuale introduzione di miglioramenti innovativi nel percorso.



The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model

Victoria J Barr¹, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts, Darlene Ravensdale, Sandy Salivaras

Affiliations

PMID: 14674182 DOI: 10.12927/hcq.2003.16763

Abstract

Given the increasing incidence of chronic diseases across the world, the search for more effective strategies to prevent and manage them is essential. The use of the Chronic Care Model (CCM) has assisted healthcare teams to demonstrate effective, relevant solutions to this growing challenge. However, the current CCM is geared to clinically oriented systems, and is difficult to use for prevention and health promotion practitioners. To better integrate aspects of prevention and health promotion into the CCM, an enhanced version called the Expanded Chronic Care Model is introduced. This new model includes elements of the population health promotion field so that broadly based prevention efforts, recognition of the social determinants of health, and enhanced community participation can also be part of the work of health system teams as they work with chronic disease issues.

Nurse24.it

WOUND CARE CON TUTOR DEDICATO

DIVENTARE INFERMIERE

STUDENTI

INFERMIERI

SPECIALIZZAZIONI

HOME > SPECIALIZZAZIONI > MANAGEMENT

MODELLI ORGANIZZATIVI

Chronic Care Model, il sistema salute va verso il paziente

Pubblicato il 10.08.18 di Davide Mori Aggiornato il 10.08.18



Il Chronic Care Model (CCM) è un modello assistenziale che non porta più il paziente verso l'ospedale, ma il sistema salute verso il cittadino attraverso la ramificazione dei servizi sul territorio, l'impiego di strutture come le case della salute, la maggiore erogazione di prestazioni da parte dei distretti sanitari, la forte presenza di medici di base e l'introduzione di figure come l'infermiere di famiglia ed il case manager.

Il CCM, nella sua versione **Expanded**, prevede un approccio che garantisce una **relazione proattiva operatore-paziente**, che cerca di portare il sistema sanitario da un concetto di sanità d'attesa - e quindi di cura della malattia - ad un concetto di sanità di iniziativa - e quindi di prevenzione e formazione del paziente e dei caregivers.

Tutto ciò si traduce in un **enorme beneficio economico-sociale** che vede una netta diminuzione dei ricoveri nelle strutture ospedaliere e una maggiore qualità di vita per i pazienti cronici, a fronte di investimenti mirati e relativamente contenuti.

SID-AMD
IL DIABETE: UNA MALATTIA COMPLICATA?
29 Settembre 2018
Dott. Roberto Scatena
Moderatori: Concetta Fanciulli, Roberto Scatena, Roberto Scatena
Parla l'esperto: Concetta Fanciulli, Roberto Scatena, Roberto Scatena
16-40 Dall'accoglienza al supporto educativo: scoprirete la paura del diabete
17-40 Non si fa presto a dire diabete: prima in corso Francesca Spasari
17-20 Conoscete il diabete? Conoscete il diabete? Conoscete il diabete? Conoscete il diabete?
Assunto: Roberto Scatena





**MARIANGELA
GHIANI**
*Dirigente Medico
Endocrinologo
ASSL Cagliari,
U.O. Diabetologia
distretto Quartu-
Parteolla*

COINVOLGIMENTO

DISTRETTI SOCIOSANITARI



**RICCARDO
CANDIDO**
*Presidente
Nazionale AMD,
Professore
Associato di
Endocrinologia
Università degli
Studi di Trieste*

Dobbiamo ripensare l'organizzazione del territorio, proporre modelli di integrazione multiprofessionali e multidisciplinari, reperibilità specialistica a livello territoriale e di teleconsulto con la medicina generale. Un altro aspetto da considerare è quello sociale: la legge 115 risale a un momento in cui il mondo della diabetologia e della sanità era differente. Ora si impone, e l'impegno ricade anche sui professionisti, un cambiamento dei modelli organizzativi in grado di migliorare l'assetto generale, nella consapevolezza della carenza di risorse e del supporto determinante offerto dalla tecnologia che, tuttavia, per essere costo/efficace richiede un'opportuna formazione.



**LINA DELLE
MONACHE**
*Presidente
Federdiabete
Lazio*

Un paziente formato, coinvolto nel percorso di cura e responsabilizzato, riesce a gestire la propria malattia, mantenendo un buon compenso glicemico senza la necessità di ricorrere al pronto soccorso. Malgrado il costo elevato, i device sono costo-efficaci, credo sia necessario estenderne la prescrivibilità all'intera popolazione diabetica. Il sistema organizzativo potrebbe essere migliorato coinvolgendo i distretti sociosanitari con l'inclusione nel sistema anche di un rappresentante delle associazioni di pazienti, come prevede il DM 77.

MULTIPROFESSIONALITA' MULTIDISCIPLINARIETA'

FORMAZIONE

ALLEANZA

RETE

In diabetologia sono stati compiuti passi importanti dal punto di vista sia terapeutico che tecnologico, avanzamenti che oggi ci consentono di instaurare un'alleanza con il paziente, salvaguardando il suo benessere e allontanando lo spettro delle complicanze. Se opportunamente educato il paziente riesce a comprendere e apprezzare questo valore e quasi sempre a gestirsi in autonomia. Si verifica, invece, l'esatto contrario quando il paziente non è adeguatamente ingaggiato e inserito nella rete. I dati dimostrano, infatti, che i pazienti che sono seguiti da un centro diabetologico, il più delle volte, vengono trattati con farmaci e tecnologie moderne rispetto a quelli che non godono di tale assistenza. È tuttavia importante chiedersi se chi accede al pronto soccorso è sfuggito alle maglie della rete territoriale oppure non è controllato in maniera adeguata. In altre parole: occorre elaborare un identikit del paziente diabetico in PS che costituisca un database in grado di stabilire quando, come e dove il paziente è stato seguito. La vita del diabetico scorre sotto il segno della cronicità e gli educatori non devono mai dare nulla per scontato, ma adattare a lui (o al suo caregiver), di volta in volta, la terapia e la tecnologia.



Per riassumere

La “presa in carico” della persona con diabete
presuppone una Rete Diabetologica
Multiprofessionale, Che assicuri assistenza equa e
sostenibile, Che utilizzi dati condivisi, Che sia inserita
in un sistema di aggiornamento continuo e verificato



Ma come si arriva alla presa in carico???

Cosa dovrei fare con in mano la mia impegnativa?



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
Regione Autonoma della Sardegna			
COGNOME E NOME / INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA: CA	CODICE ASL: 308	DISPOSIZIONI REGIONALI MMG
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S):	ALTRO: 0	PRIORITA' PRESCRIZIONE	
QUESTO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONE: 1	TIPO RICETTA: Assist. SSN	DATA: 14/11/2024	COD.FISCALE MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE	COGNOME E NOME DEL MEDICO:		
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
89.7 879V01 VISITA DIABETOLOGIA E MAL.METABOLICHE		1	---
ALTRA TIPOLOGIA DI ACCESSO			

Rilasciata ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010,n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2

CUP
REGIONALE

CONSULENZA
OSPEDALIERA

ACCESSO
DIRETTO

PRIORITA'
(RAO)

CUP
AZIENDALE

E ANCORAquanto conta la scelta della persona.....???



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
Regione Autonoma della Sardegna			
COGNOME E NOME / INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
ESENZIONE:	SIGLA PROVINCIA: CA	CODICE ASL: 308	DISPOSIZIONI REGIONALI MMG
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S):	ALTRO: 0	PRIORITA' PRESCRIZIONE	
QUESTO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONE: 1	TIPO RICETTA: Assist. SSN	DATA: 14/11/2024	COD.FISCALE MEDICO:
CODICE AUTENTICAZIONE	COGNOME E NOME DEL MEDICO:		
PRESCRIZIONE		QTA	NOTA
89.7 879V01 VISITA DIABETOLOGIA E MAL.METABOLICHE		1	---
ALTRA TIPOLOGIA DI ACCESSO			

Prescritto ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010,n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2

Risiedo a XXX ma
lavoro a YYY e mi
verrebbe più
comodo essere
seguito a YYY

Sono in gravidanza
e vorrei essere
seguita in modo da
limitare gli
spostamenti...

Risiedo a XXX ma
lavoro ma studio a
ZZZ, vorrei trovare
qui una
Diabetologia

Ho un'altra
malattia per cui
devo fare controlli
e vorrei essere
seguito nello
stesso ospedale

Brancoliamo nel buio???



IN SESSIONE IL TEAM DIABETOLOGICO
Moderatori: Giuseppe Favari, Alberto Rigante, Marco Meloni
Parlerà in italiano: L'evoluzione terapeutica del diabete: Alberto Stella
Belgiana (Chirurgia), Adeline Pierre (Informatica) e Francesca Sparo (Medicina)
16-00: Dall'accoglienza al supporto educativo: scovare la paura
del diabete Adeline Pierre
17-00: Non si fa presto a dire diabete: prova in corso Francesca Sparo
17-20: Comportarsi di persona a dialogare con il cibo: il diabete alimentare
Alberto Stella Belgiana

Brancoliamo nel buio???

Forse possiamo accendere una luce



IN SESSIONE IL TEAM DIABETOLOGICO
Moderatori: Giuseppe Favari, Michele Rigo, Marco Meloni
Parlerà in italiano: L'evoluzione terapeutica del diabete: Assunta Stella Belgarda (Chieti), Adriana Perna (Bari) e Francesca Spina (Modena)
16-40 Dall'accoglienza al supporto educativo: scovare la paura del buio: Adriana Perna
17-40 Non si fa presto a dire diabete: prima in corso: Francesca Spina
17-20 Comportarsi di persona a dialogare con il cibo: il dante alimentare Assunta Stella Belgarda

Brancoliamo nel buio???

Forse possiamo accendere una luce



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DELIBERAZIONE N. 5/37 DEL 23.02.2024

Oggetto: Linee di indirizzo per la riorganizzazione della Rete diabetologica regionale pediatrica e relativo PDTA, della Rete diabetologica adulti e della fase della transizione.



LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DIABETOLOGICA DELL'ADULTO NELLA REGIONE SARDEGNA



Sommario

1. Premessa e dati epidemiologici
2. Obiettivi
3. Strumenti
4. Azioni
5. Organizzazione dei Servizi
6. Requisiti e Dotazioni dei Servizi
7. Dati Assistenziali aggregati per ASL
8. Modello di assistenza per intensità di cura
9. Telemedicina
10. L'ambulatorio della Transizione
11. Piede diabetico: proposta di organizzazione per la Rete
12. La formazione in diabetologia

Sommario

1. INDIRIZZI PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLA DIABETOLOGIA PEDIATRICA
2. TRANSIZIONE DALL'AREA DELL'ETÀ PEDIATRICA

Allegato 1 sub a)

RETE DIABETOLOGICA DELL'ADULTO



Centri non prescrittori

Centri prescrittori



IN SESSIONE IL TEAM DIABETOLOGICO

Relatori: Giuseppe Lippi, Roberto Rigo, Roberto Rigo

Relatore invitato: Francesco Turchetta, Presidente Associazione Italiana Diabetici (AID), Roberto Rigo, Presidente Associazione Italiana Diabetici (AID), Roberto Rigo, Presidente Associazione Italiana Diabetici (AID)

16:45: Dall'esperienza al supporto educativo: scoprirete la paura del diabete. **Relatore:** Roberto Rigo

17:00: Non si fa presto a dire diabete: prova a farlo. **Relatore:** Francesco Turchetta

17:20: L'importanza di imparare a dialogare con il cibo. **Relatore:** Roberto Rigo

8. Modello di assistenza per intensità di cura

Le strutture specialistiche, in conformità a percorsi condivisi e omogenei, rappresentano le sedi per la presa in carico dei pazienti e per il governo del loro processo d'assistenza e applicano i percorsi di diagnosi e cura specifici personalizzati per rispondere ai bisogni del singolo paziente.

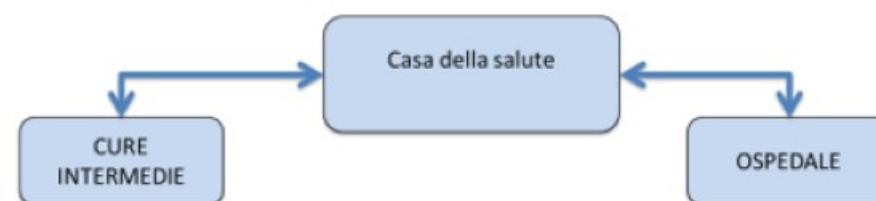
Questa configurazione specialistica s'interfaccia da un lato con le cure primarie per la condivisione dei percorsi assistenziali, dall'altro con la rete ospedaliera per la gestione della più elevata complessità clinico-assistenziale, il tutto in sinergia con le Case della Salute, prossime Case di Comunità secondo il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), in chiave di maggiore prossimità e capillarità, definendo così un ruolo specifico del Diabetologo all'interno della Missione 6 del PNRR. All'interno della rete un tavolo tecnico formato dagli operatori competenti pianifica la realizzazione dei percorsi per le cronicità sulla base delle risorse presenti e del contesto geografico.



PDTA - DM Branca (CODICE PDTA.....)



Con una interazione tra ospedale, cure primarie e Case della Salute (Case di Comunità)



8. Modello di assistenza per intensità di cura

Le strutture specialistiche, in conformità a percorsi condivisi e omogenei, rappresentano le sedi per la presa in carico dei pazienti e per il governo del loro processo d'assistenza e applicano i percorsi di diagnosi e cura specifici personalizzati per rispondere ai bisogni del singolo paziente.

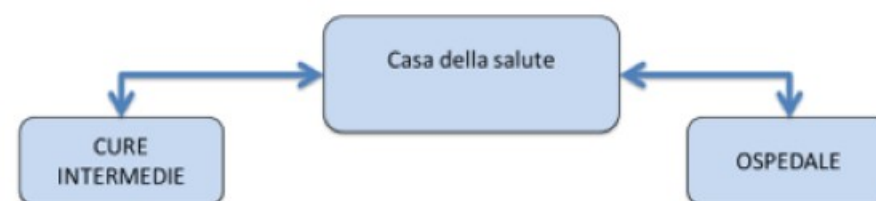
Questa configurazione specialistica s'interfaccia da un lato con le cure primarie per la condivisione dei percorsi assistenziali, dall'altro con la rete ospedaliera per la gestione della più elevata complessità clinico-assistenziale, il tutto in sinergia con le Case della Salute, prossime Case di Comunità secondo il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), in chiave di maggiore prossimità e capillarità, definendo così un ruolo specifico del Diabetologo all'interno della Missione 6 del PNRR. All'interno della rete un tavolo tecnico formato dagli operatori competenti pianifica la realizzazione dei percorsi per le cronicità sulla base delle risorse presenti e del contesto geografico.

PDTA - DM Branca (CODICE PDTA.....)

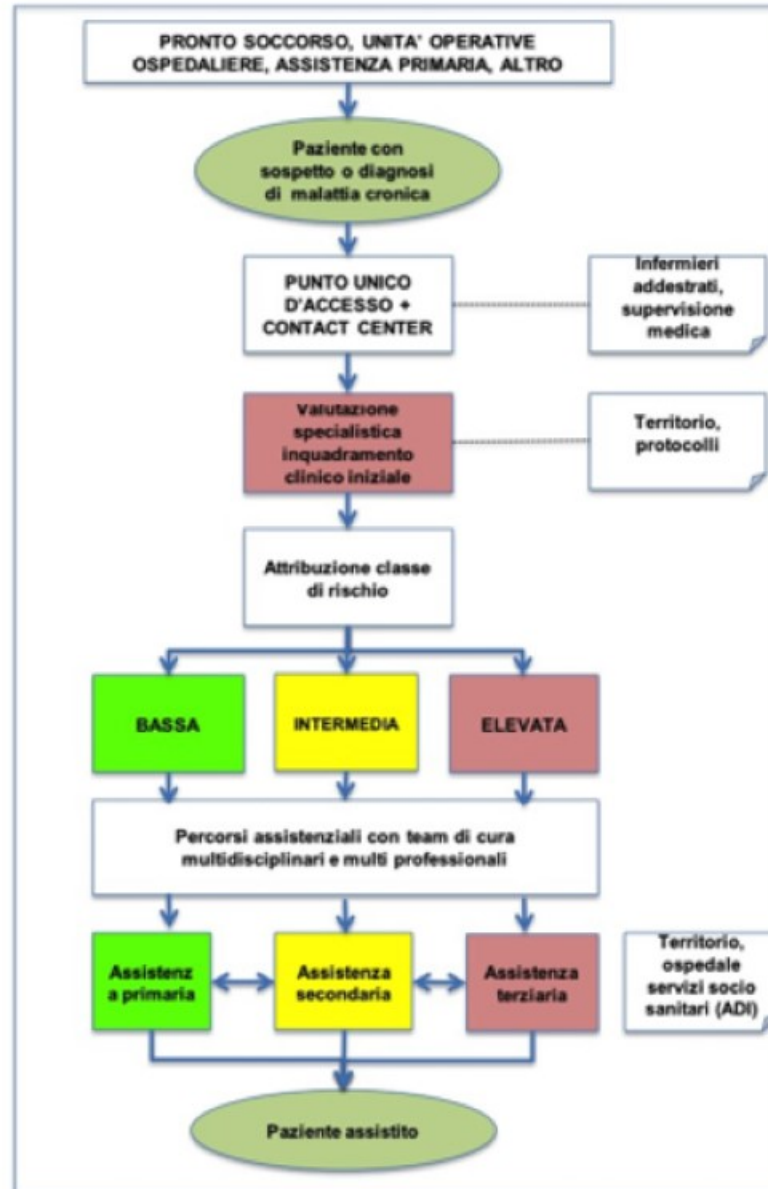
Le strutture specialistiche, in conformità a percorsi condivisi e omogenei, rappresentano le sedi per la presa in carico dei pazienti e per il governo del loro processo d'assistenza e applicano i percorsi di diagnosi e cura specifici personalizzati per rispondere ai bisogni del singolo paziente.



Con una interazione tra ospedale, cure primarie e Case della Salute (Case di Comunità)



Un modello a diversi livelli di intensità di cura attribuisce al momento della prima diagnosi di malattia cronica il carattere di **ELEVATA INTENSITA'** di cura, trascorso il quale il paziente, secondo la sua condizione clinica continua l'assistenza sanitaria in base al suo livello di complessità e secondo il PDTA previsto e standardizzato.



Un modello a diversi livelli di intensità di cura attribuisce al momento della prima diagnosi di malattia cronica il carattere di ELEVATA INTENSITA' di cura, trascorso il quale il paziente, secondo la sua condizione clinica continua l'assistenza sanitaria in base al suo livello di complessità e secondo il PDTA previsto e standardizzato.



Un modello a diversi livelli di intensità di cura attribuisce al momento della prima diagnosi di malattia cronica il carattere di ELEVATA INTENSITA' di cura, trascorso il quale il paziente, secondo la sua condizione clinica, continua l'assistenza sanitaria in base al suo livello di complessità e secondo il PDTA previsto e standardizzato.



La nostra Rete

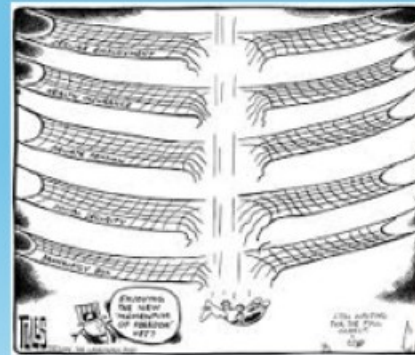
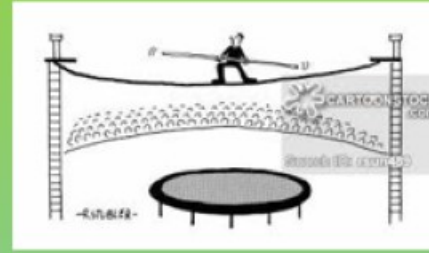


- Dietista
- Infermiere
- Medico
- Psicologo (?!? avercelo!)
- Persona con diabete – Familiari – Care givers...



La Rete

- Rete che ti protegge
- Rete che ti avvolge
- Rete che non c'è
- Rete sfilacciata
- Rete che ti intrappola
- Rete che ti contiene
- Rete che ti nutre



A group of seven people are posing for a photo in a hallway. On the left, a woman wears a pink and white striped hijab and a yellow, white, and blue striped shawl. Next to her is another woman in a purple and white striped hijab and a matching shawl, wearing glasses. In the center, a woman in a black t-shirt and a woman in a blue top with a black and white striped shawl are smiling. To their right, a man in a green polo shirt and a woman with grey hair are visible. In the back, a man with grey hair and a woman with dark hair are also part of the group. The man in the green shirt has a yellow bag slung over his shoulder and is waving with his right hand. The hallway has white walls and a door frame with 'HUPLEX' written on it. A colorful abstract graphic is on the left side of the image.

Rete che arriva anche oltremare