



CONGRESSO

AMD-SID

Lazio 2016



***Notizie  
dalla regione:  
ricerca, assistenza e  
politiche sanitarie***

***La persona con diabete nel team  
diabetologico: i modelli ideali e la realtà***

***Diabete e Ospedale***

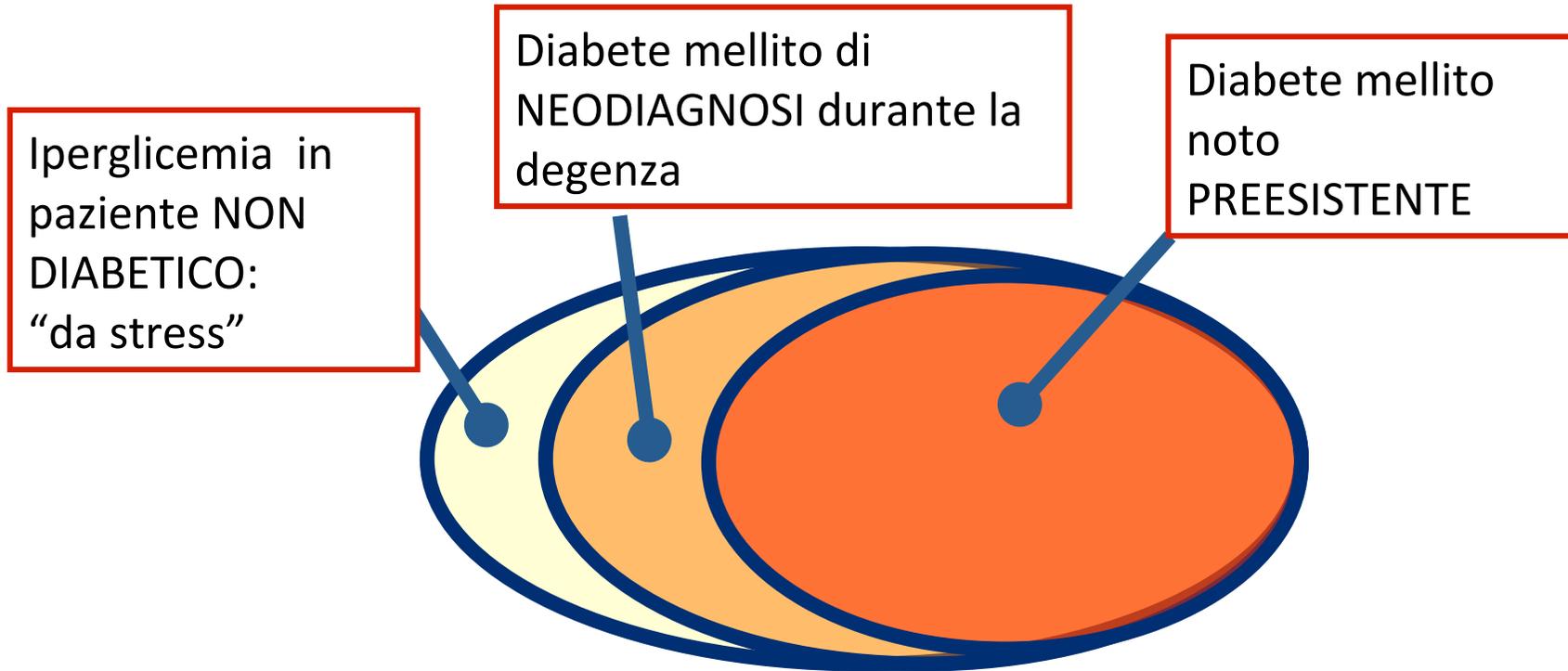
*Enrica Salomone*

*ACISMOM Roma*

*U.O.C. Diabetologia e Dietologia, S. Spirito Roma*

- La dr.sa ENRICA SALOMONE dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti dalle seguenti Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche:
  - JOHNSON & JOHNSON
  - SANOFI

# Diabete in Ospedale



*A qualunque gruppo appartenga,  
l'iperglicemia è un fattore prognostico sfavorevole e  
deve essere sempre trattata, evitando le ipoglicemie*

*I target terapeutici devono essere ragionevoli e sicuri per migliorare la prognosi.*

# Obiettivi glicemici

Standard italiani  
per la cura del diabete mellito  
2016

- **Pazienti critici:**  
(terapia intensiva medica  
o chirurgica)

Valori glicemici 140-180 mg/dl, in funzione del rischio stimato di ipoglicemia.

**(Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)**

- **Pazienti non critici**  
(medicina e chirurgia generale)

Glicemie pre-prandiali: < 140

Glicemie post-prandiali: < 180 mg/dl

Target Glicemici più stringenti possono essere perseguiti in soggetti clinicamente stabili e in precedente controllo glicemico ottimale

Meno stringenti possono essere accettati in presenza di severe comorbidità

# Il ricovero nei diabetici

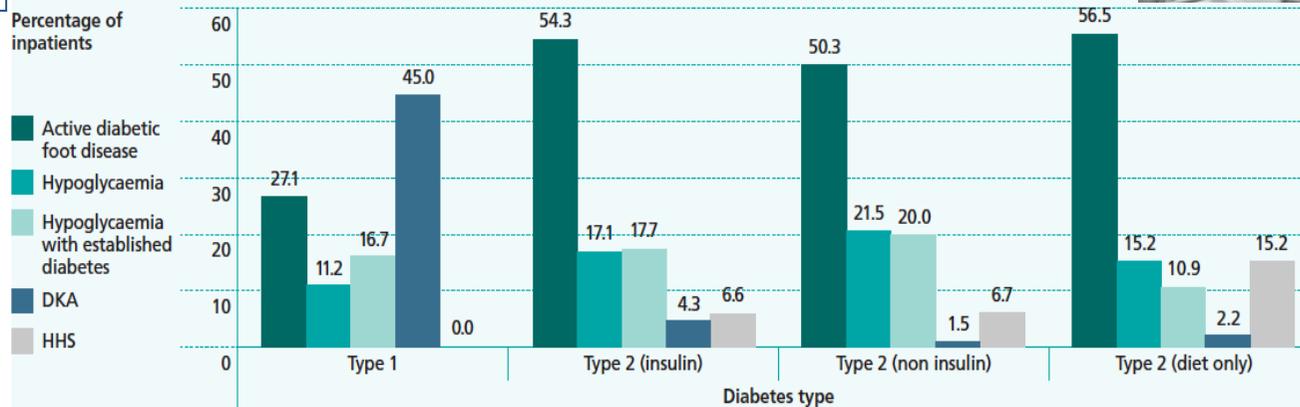
- Tasso standardizzato di ospedalizzazione popolazione diabetica vs non diabetica: 31.2%
- In ospedale il diabete è presente:
  - in almeno un paziente su quattro in degenza generale
  - in un paziente su due/tre in terapia intensiva cardiologica
- Il ricovero ospedaliero è dovuto:
  - ad eventi metabolici acuti legati alla malattia (***iperglicemia, iperosmolarità, chetoacidosi o ipoglicemie***), che **richiedono un ricovero urgente (ictus, infarto miocardico, infezioni, frattura o trauma)** o ad interventi chirurgici in elezione
  - **più frequentemente ad eventi acuti**
- Il 19% delle persone con diabete effettua almeno un ricovero o un accesso in day hospital in un anno
- Il rischio di ospedalizzazioni è aumentato nel diabetico rispetto al non diabetico di pari sesso e età:
  - +188 % per scompenso cardiaco,
  - +129% per infarto miocardico
  - +120% per insufficienza respiratoria
  - +46% per aritmia

# The National Diabetes Inpatient Audit (NaDIA) 2011

National Diabetes Inpatient Audit 2011



Chart 6  
Percentage of inpatients admitted for management of diabetes by diabetes type, England



**DIABETES UK**  
CARE. CONNECT. CAMPAIGN.

230  
Ospedali in  
Inghilterra e  
Galles

Dalla lettura dei risultati

- **Meno del 10% dei ricoveri** avviene per cause direttamente correlate al diabete ( ipoglicemie e piede acuto)
- **L'85% dei casi in emergenza** per cause mediche/chirurgiche

- ➔ Troppi ospedali (50%) non hanno un team diabetologico
- ➔ Nel 22% dei casi l'insulina viene prescritta senza titolazione (*frequenti ipoglicemie*)



# National Diabetes Inpatient Audit 2012

Key findings about the quality of  
care of inpatients with diabetes in  
England and Wales

Report for the audit period 2012

Copyright © 2012, Health and Social Care Information Centre, National Diabetes Inpatient Audit 2012. All rights reserved.

## miglioramenti

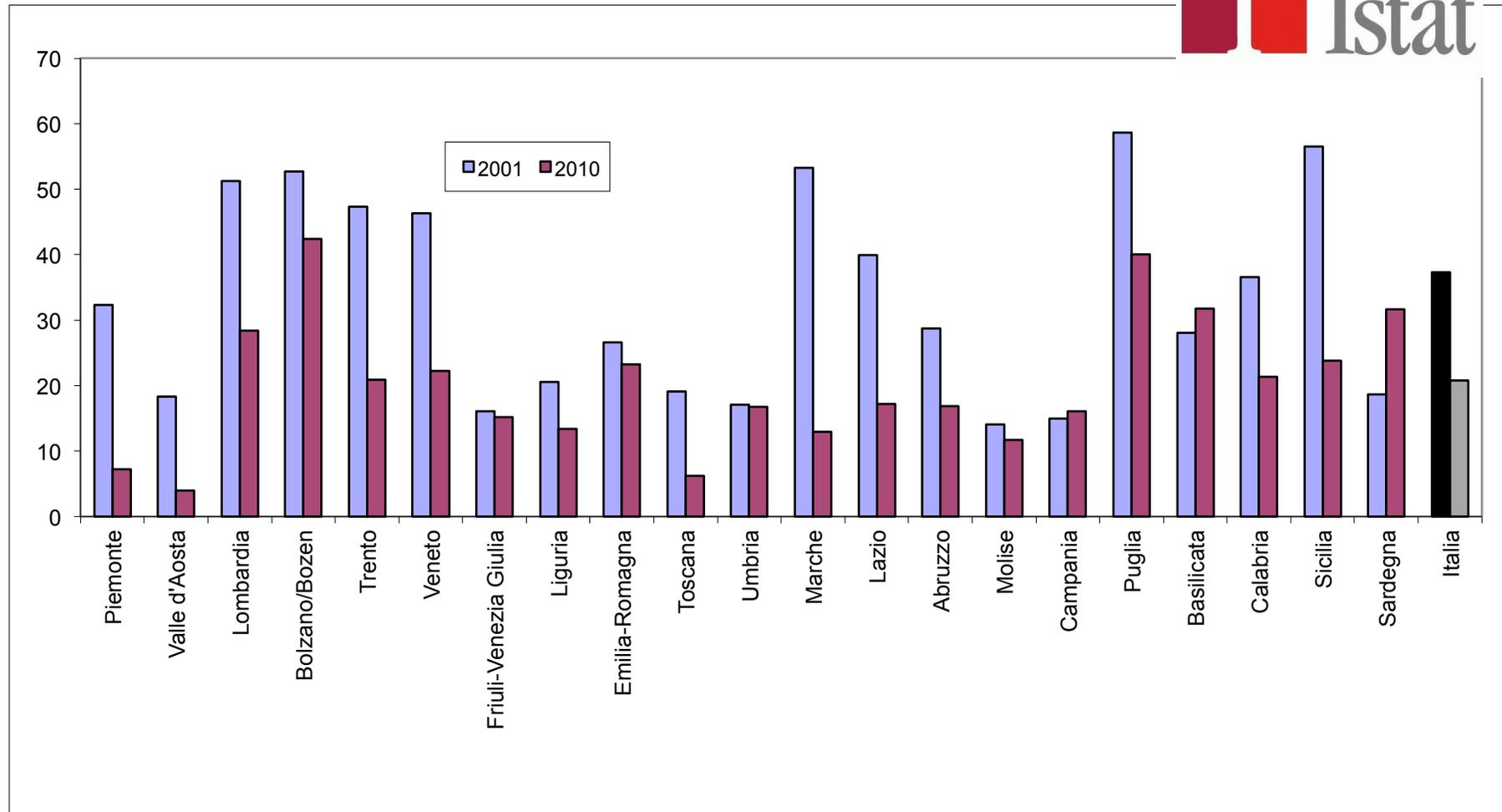
- Nell'apprendimento e automonitoraggio
- Più infermieri dedicati
- Miglioramento gestione terapeutica

## criticità

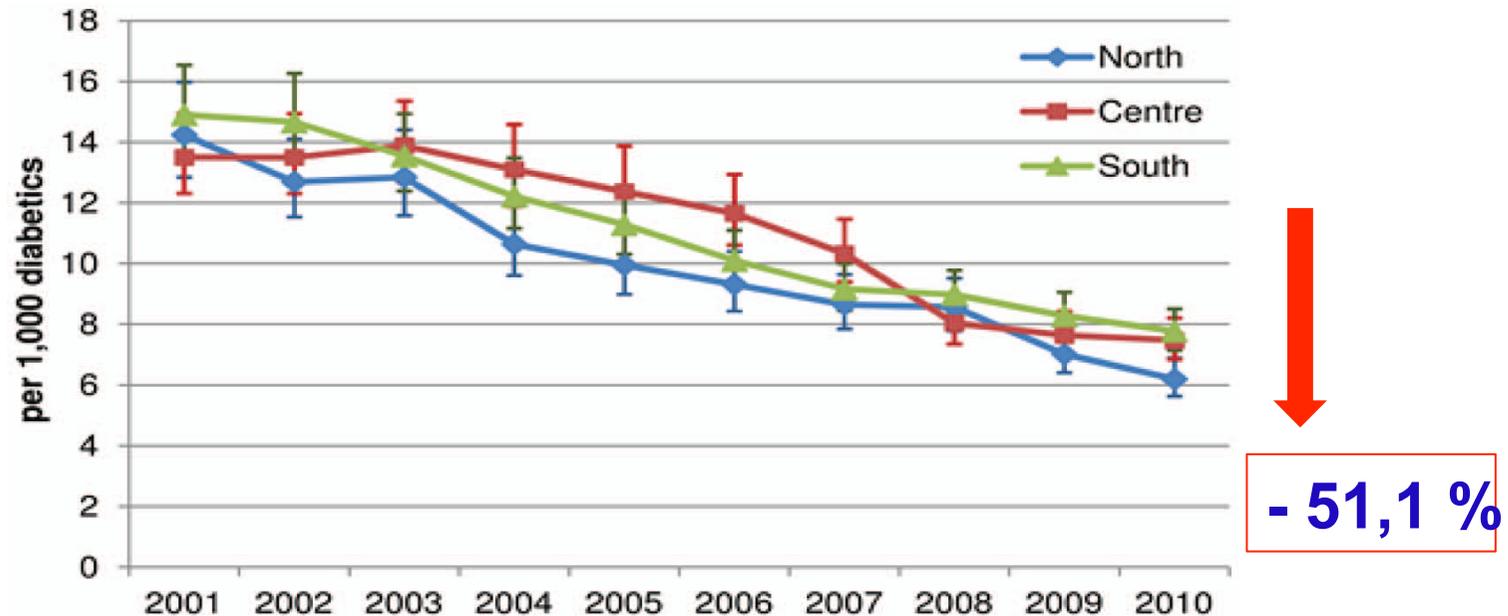
- Nessun miglioramento gestione piede
- Permanenza ancora di troppi eventi ipoglicemici gravi
- Riduzione della consulenza diabetologica
- Riduzione del tempo assegnato per l'assistenza dietetica



# Tassi di ospedalizzazione standardizzati per età (18 anni e oltre) per 100.000 abitanti per diabete non controllato senza complicanze

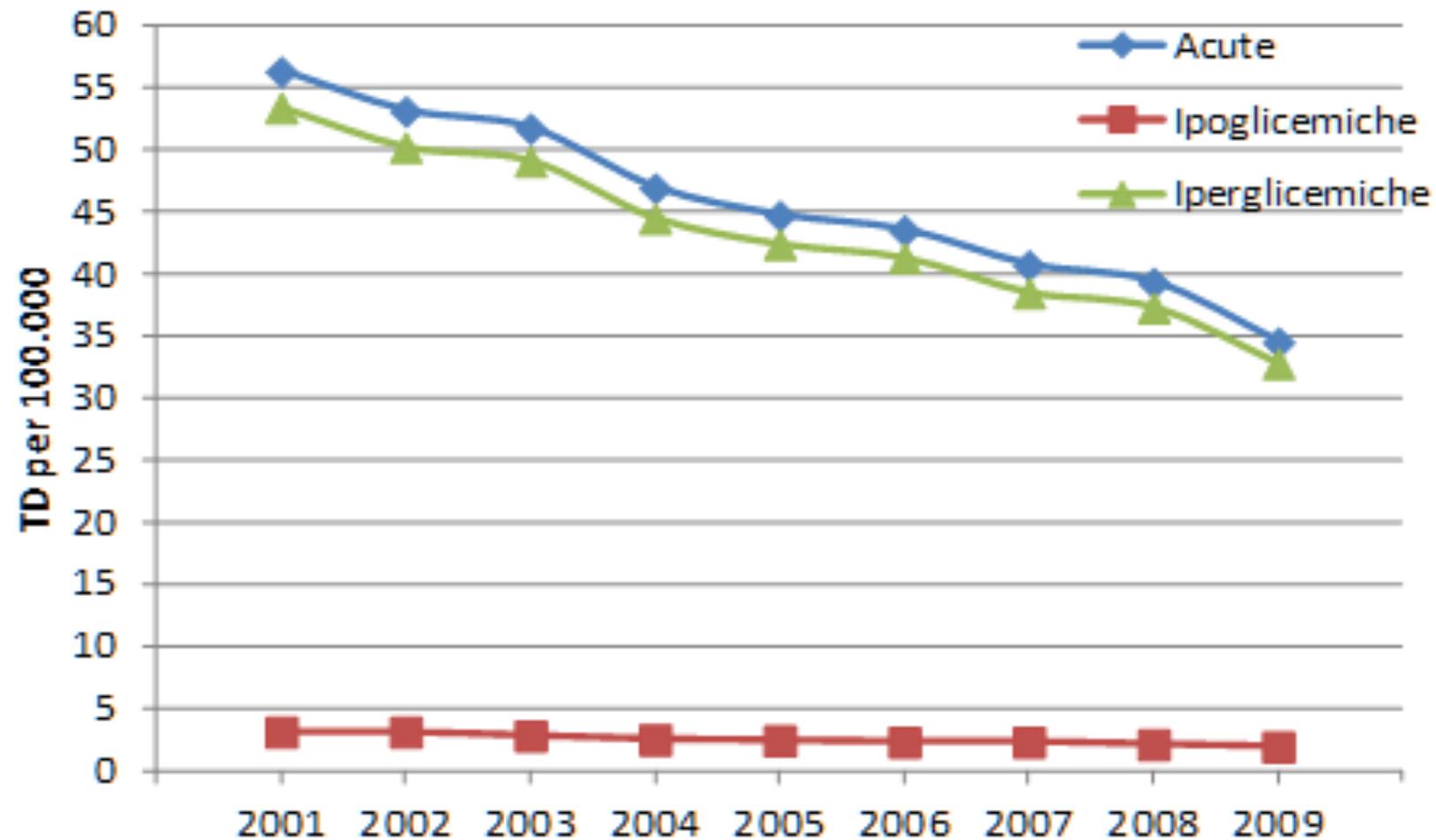


# Ricoveri per complicanze acute del diabete

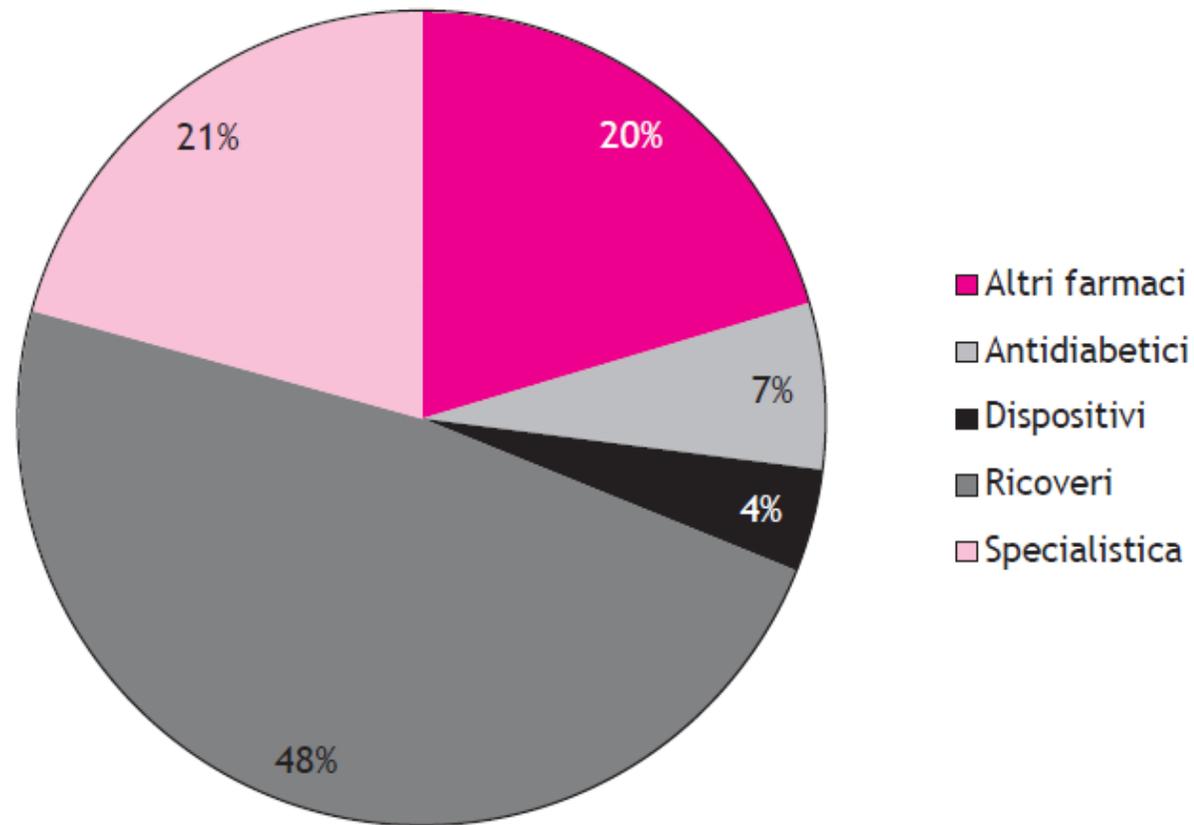


*Riduzione dei Ricoveri per Complicanze acute (3,5% del totale dei ricoveri in Diabetici : Chetoacidosi, Coma iperosmolare, Coma Ipoglicemico ) in 10 anni è crollato del 51,1%*

## Tassi di dimissione standardizzati per complicanze acute del diabete



## Diamo ancora i numeri....

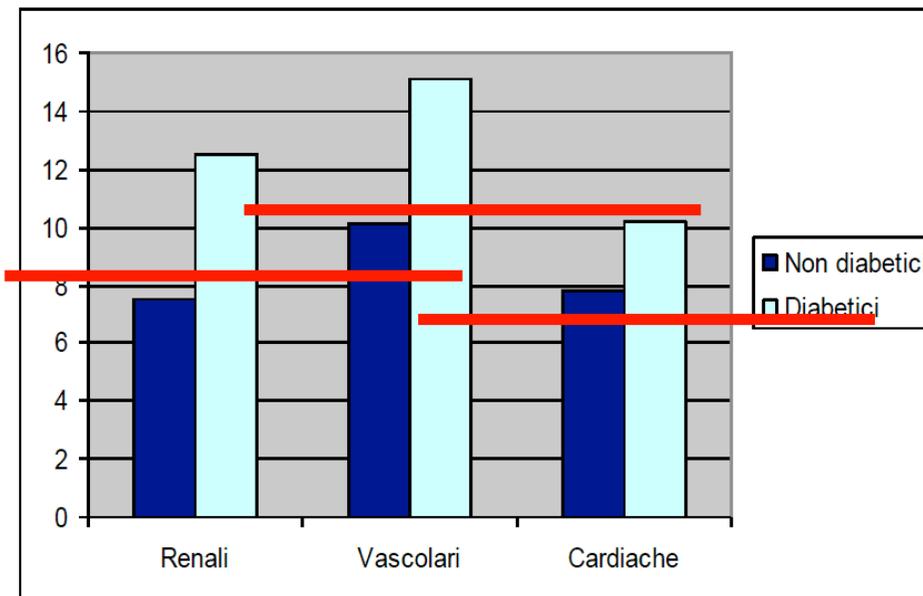


**TABLE OF EXISTING EVIDENCE OF IMPACT OF SPECIALIST INVOLVEMENT  
ON MANAGEMENT AND OUTCOMES OF DIABETES CARE**

	AUTORE E RIVISTA	TYPE OF STUDY	SIZE	MAIN OUTCOME	CONCLUSION
<b>HOSPITAL UTILIZATION</b>	Levetan et al. <i>Am J Med</i> 1995 <sup>15</sup>	RCT	70	Lenght of stay	In-hospital diabetes team linked with reduction of lenght of stay
	Koproski et al. <i>Diabetes Care</i> 1997 <sup>16</sup>	RCT	179	Lenght of stay	In-hospital diabetes team linked with reduction of lenght of stay
	Groeneveld et al. <i>Scand J Prim Health Care</i> 2001 <sup>18</sup>	RCT	246	HbA1c + hospital admission	Shared care reduces hospital admission and improves in-hospital HbA1c
	Cavan et al. <i>Diabet Med</i> 2001 <sup>19</sup>	OBS	819	Lenght of stay	In-hospital diabetes team linked with reduction of lenght of stay
	Sampson et al. <i>Diabet Med</i> 2006 <sup>22</sup>	OBS	14.722	Lenght of stay	In-hospital diabetes team linked with reduction of lenght of stay
	Giorda et al. <i>Diabet Med</i> 2006 <sup>23</sup>	OBS	120.000	Lenght of stay+hospital admission	In-hospital diabetes team linked with reduction of lenght of stay and of admission
	Flanagan et al. <i>Diabet Med</i> 2008 <sup>20</sup>	OBS	28016	Lenght of stay	In-hospital diabetes team linked with reduction of lenght of stay
	Flanagan et al. <i>Diabet Med</i> 2010 <sup>21</sup>	OBS	2287	Lenght of stay	In-hospital diabetes team linked with reduction of lenght of stay
	Mahto. <i>QSM</i> 2009	OBS	1459	Lenght of stay and hospital admission	In-hospital diabetes team linked with reduction of lenght of stay

# Impatto dell'assistenza diabetologica sulla durata della degenza ospedaliera

Effetti della presenza di diabete sulla degenza media ospedaliera per alcune cause di ricovero E DELLA PRESENZA DI UN S. DI DIABETOLOGIA



# contributo all'abbattimento dei costi dei ricoveri

se recuperiamo 1/10 delle consulenze...

il 20% delle degenze: circa 38000 / anno

Il 10% di esse (3800) rappresenterebbe circa 127 consulenze per diabetologo / anno

Valutando 1 ora ciascuna (compresa logistica) il costo sarebbe pari a **6.997**

***Generando però un risparmio sui costi di degenza pari a:  $2,28 \times 127 \times 603 = \underline{174.604}$  €/anno per ciascun operatore***

il costo per coprire 3800 consulenze/anno in più in Liguria: **209.912** €, pari al costo di 2,23 diabetologi

il risparmio di questo intervento: **5.238.120** €

# manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete

I **diritti** comprendono la parità di accesso all'informazione, all'educazione terapeutica, al trattamento del diabete e alla diagnosi e cura delle complicanze.

**Favorire** nelle situazioni di ricovero in reparti non specifici, il coinvolgimento del diabetologo nelle scelte terapeutiche o una assistenza diabetologica qualificata

# Management of Hyperglycemia in Hospitalized Patients in Non-Critical Care Setting: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline

Guillermo E. Umpierrez, Richard Hellman, Mary T. Korytkowski, Mikhail Kosiborod, Gregory A. Maynard, Victor M. Montori, Jane J. Seley, and Greet Van den Berghe

7.1 We recommend that hospitals provide administrative support for an interdisciplinary steering committee targeting a systems approach to improve care of inpatients with hyperglycemia and diabetes. (1 ⊕⊕⊕○ )

7.3 We recommend that institutions provide accurate devices for glucose measurement at the bedside with ongoing staff competency assessments. (1 ⊕○○○ )

**REGIONE LAZIO**



# **Decreto del Commissario ad acta**

(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

**N. U00581 del 14/12/2015**

**Proposta n. 19057 del 02/12/2015**

**Oggetto:**

"Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018".



### 3.4.4. La gestione della persona con diabete in ospedale: i percorsi specifici

la mortalità e i costi. Per questi motivi la corretta gestione della persona con diabete in ospedale richiede una **formazione continua rivolta a tutti gli operatori sanitari** coinvolti e comprende anche la messa a punto **di interventi educativi indirizzati ai pazienti per favorire l'autogestione della malattia;** in tal senso il ricovero ospedaliero può così diventare un'opportunità per migliorare l'assistenza stessa.

Per garantire la sicurezza e l'appropriatezza degli interventi terapeutici e la continuità del percorso assistenziale **è indispensabile che la SD sia coinvolta fin dall'inizio nel percorso di cura.** A tale proposito è fondamentale che in ogni presidio ospedaliero sia attiva una SD o sia comunque garantito un collegamento funzionale con una SD di competenza territoriale. È indispensabile che anche all'interno dell'ospedale siano definiti dei percorsi assistenziali che coinvolgano il Pronto Soccorso, il day hospital, il day service e i reparti di degenza medica e chirurgica al fine di garantire al soggetto con diabete i trattamenti appropriati alla situazione clinica e la continuità di cura alla dimissione. Nelle realtà ove non sussista tale struttura, la funzione deve essere garantita con consulenza esterna o con specifica formazione di medici di area medica (internisti, geriatri) e di infermieri dell'organico. **Nell'ambito del trattamento delle persone con diabete in ospedale sono individuabili quattro momenti fondamentali che richiedono percorsi specifici.**

## Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio\*

---

*Gruppo di lavoro*

Maria Teresa Branca, Raffaella Buzzetti, Domenico Fedele, Carlo B. Giorda, Valeria Manicardi, Domenico Mannino, Maria Franca Mulas, Leonardo Pinelli, Sebastiano Squatrito, Concetta Suraci



### **Assistenza al paziente con diabete ricoverato in ospedale**

Sono individuabili quattro percorsi fondamentali

- **Percorso pre-operatorio del paziente diabetico**
- **Accesso dei pazienti Diabetici in Pronto soccorso**
- **Assistenza al paziente diabetico ricoverato**
- **Dimissione “protetta” o presa in carico pre-dimissione**

## Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio\*

---

Gruppo di lavoro

Maria Teresa Branca, Raffaella Buzzetti, Domenico Fedele, Carlo B. Giorda, Valeria Manicardi, Domenico Mannino, Maria Franca Mulas, Leonardo Pinelli, Sebastiano Squatrito, Concetta Suraci



### **Assistenza al paziente con diabete ricoverato in ospedale**

In tutti i pazienti con diabete – già noto o neodiagnosticato – che accedono al ricovero ospedaliero per qualunque causa: coinvolgimento della Struttura Diabetologica di competenza

*nelle realtà periferiche ove non sussista tale struttura, la funzione deve essere garantita con consulenza esterna o con specifica formazione di medici di area medica (internisti, geriatri) e di infermieri dell'organico*

*La funzione dell'ospedale diviene in questo modo complessiva:*

- ✓ fornire al paziente con diabete l'assistenza di cui necessita, garantendogli un trattamento adeguato del compenso metabolico
- ✓ fornire indicazioni sul proseguo dell'assistenza
- ✓ nel caso del paziente *neodiagnosticato*, la *presa in carico* e l'*educazione terapeutica strutturata* indispensabili per renderlo autonomo e in grado di autogestirsi, prima della dimissione

## I percorsi assistenziali ospedale-territorio

*Profilo di cura del paziente diabetico ricoverato per un intervento chirurgico d'elezione*

*Profilo di cura del paziente con iperglicemia in DEU*

*Profilo di cura del paziente con iperglicemia ricoverato in Cardiologia*



### Board di progetto

#### *Associazione Medici Diabetologi (AMD)*

*A. Ceriello, F. Chiaramonte, A. Cimino, A. De Monte,  
A. De Micheli, C.B. Giorda, A.R. Leoncavallo, V. Manicardi,  
D. Mannino, G. Marelli, L. Monge, N. Musacchio,  
M.C. Ponziani, A. Sergi, A. Sforza, G. Stagno, C. Suraci*

#### *Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)*

*D. Gabrielli, F. Mazzuoli*

#### *Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO)*

*A. Battista, R. Cunsolo, R. Lanzetta, G. Messori Ioli*

#### *G. Pagliarini*

*Direttore SOC Anestesia Area Sud -AUSL Reggio Emilia*

#### *Società Italiana di Chirurgia (SIC)*

*G. Leoni, C. Nigro*

#### *Società Italiana Medici Emergenza Urgenza (SIMEU)*

*A.M. Ferrari, M. Guarino*

#### *Federazione Italiana Medicina di Emergenza-Urgenza e delle Catastrofi (FIMEUC)*

*C. Barletta*

## I PERCORSI ASSISTENZIALI OSPEDALE-TERRITORIO PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON DIABETE MELLITO: un percorso formativo AMD

### *Gruppo Diabete e Inpatient*

*C. Suraci (coordinatore) - C. De Francesco, I. Mangone, M. Michelini, L. Morviducci, M. Patrone, I. Pelligra (componenti)  
A. Antonelli, V. Borzi, A. Botta, F. Chiaramonte, R. Cunsolo, A. De Monte, R. Lanzetta, A. R. Leoncavallo, A. Maffettone, V.  
Manicardi, G. Marelli, V. Paciotti, E. Salomone, A. Sforza, G. Stagno (consulenti esterni)  
M.C. Ponziani (Referente CDN)*

**Premessa.** Il 25% dei pazienti ricoverati ed il 10% dei pazienti che devono essere sottoposti ad un intervento chirurgico sono affetti da diabete mellito. Questi pazienti presentano un rischio aumentato di insorgenza di complicanze e di infezioni correlate all'assistenza e richiedono degenze medie più elevate. Per una loro appropriata presa in carico è necessaria la predisposizione di protocolli assistenziali specifici. I pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico richiedono un percorso pre-operatorio che consenta di eseguire l'intervento in una fase di controllo metabolico adeguato e la predisposizione di schemi di trattamento dell'iperglicemia nel post-operatorio. In sintesi il paziente diabetico ospedalizzato è complesso e richiede un'attenta e competente "continuità di cura" e una "dimissione pro-tetta" dall'ospedale al territorio: occorrono la presa in carico da parte del team diabetologico, per la gestione ottimale e la consulenza infermieristica strutturata, per addestrare i pazienti all'uso della terapia insulinica e dell'autocontrollo glicemico domiciliare.

**Scopo.** Recependo il mandato del CDN di AMD nel 2011 il Gruppo a Progetto Diabete in Ospedale ha avviato un progetto al fine di dettagliare in Percorsi Diagnostico Terapeutici i contenuti delineati nel Documento interassociativo AMD-SID-SIEDP-OSDI sull'assistenza. Il progetto mira ad adeguare la gestione del paziente diabetico ai principi di Clinical Governance (l'organizzazione dei servizi tramite percorsi, il confronto interdisciplinare e la misurazione delle performance).

**Metodi.** Il progetto è stato pianificato come un percorso di formazione interattiva e applicazione per la costruzione, disseminazione ed implementazione di percorsi di gestione del diabetico in una logica di medicina centrata sulla persona e di continuità assistenziale durante il ricovero e tra Ospedale e Territorio. Dopo la raccolta dei bisogni attraverso un questionario (Fig. 1) è stato costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare (*Board di progetto*) con il coinvolgimento dei delegati delle Società Scientifiche di riferimento per cardiologi, anestesisti, chirurghi, urgentisti e direttori sanitari che nel corso di un primo workshop residenziale (ottobre 2012) ha individuato i punti da presidiare per la stesura dei protocolli di presa in carico del paziente: sono state evidenziate le attività assistenziali e cliniche necessarie ad una corretta gestione del malato, in modo da garantire l'integrazione tra le diverse figure professionali e di ottimizzare tutti gli interventi. Il gruppo ha quindi elaborato 3 Profili di Cura (Cardiologia, Chirurgia, DEU) che sono stati, in una seconda fase, condivisi/revisionati con diabetologi (64), cardiologi (7), chirurghi (5), DEU (9) e Direttori Sanitari(6) nel corso di due eventi formativi (luglio e ottobre 2013 - ) e questi sono stati raccolti in un Documento approvato dalla Società Scientifiche coinvolte e pubblicato sul sito di AMD ([http://www.aemmedi.it/pages/linee-guida\\_e\\_raccomandazioni/](http://www.aemmedi.it/pages/linee-guida_e_raccomandazioni/)) e sul Giornale di AMD (2014;17:159-176)



**Gruppo  
INPATIENT  
2013-2015**



***Gruppo Diabete ed  
Ospedale***

***Gruppo Diabete e PDTA***  
*GdL intersocietario AMD-SID Lazio*

**La Gestione del Diabete  
In Ospedale:  
la clinica, la realtà,  
i percorsi**

NHI Hotel Leonardo da Vinci  
via dei Gracchi, 324  
00192 Roma

**23 maggio 2015**

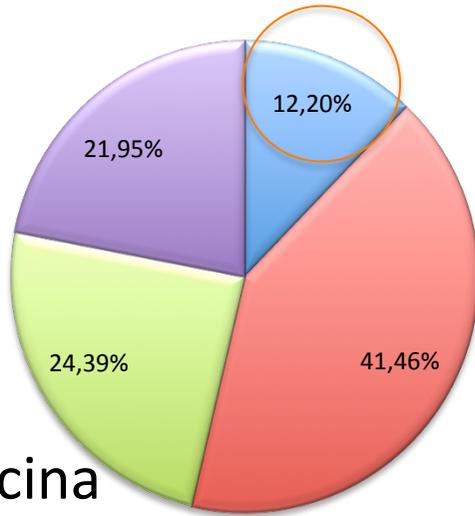
**Responsabili Scientifici**

Elisa Forte  
Concetta Suraci

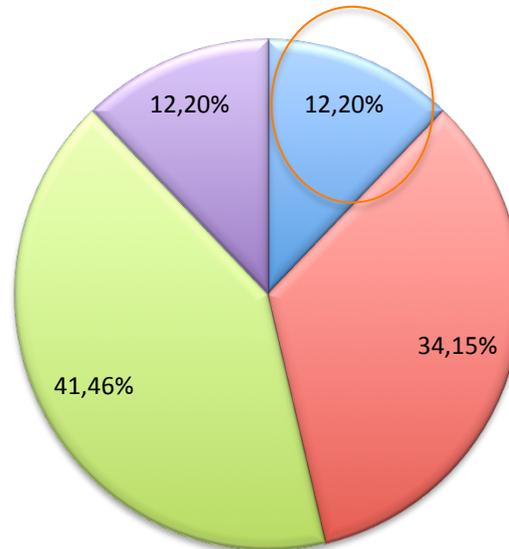
# Esiste un percorso assistenziale condiviso tra Reparti e Diabetologia per il paziente diabetico neo-diagnostico?

- a) SI formalizzato
- b) SI non formalizzato
- c) No
- d) NO perchè la Diabetologia fa parte della Medicina o perchè non esiste DEU, Cardiologia, Chirurgia

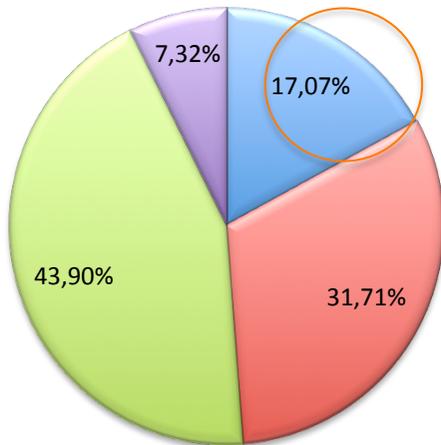
Medicina



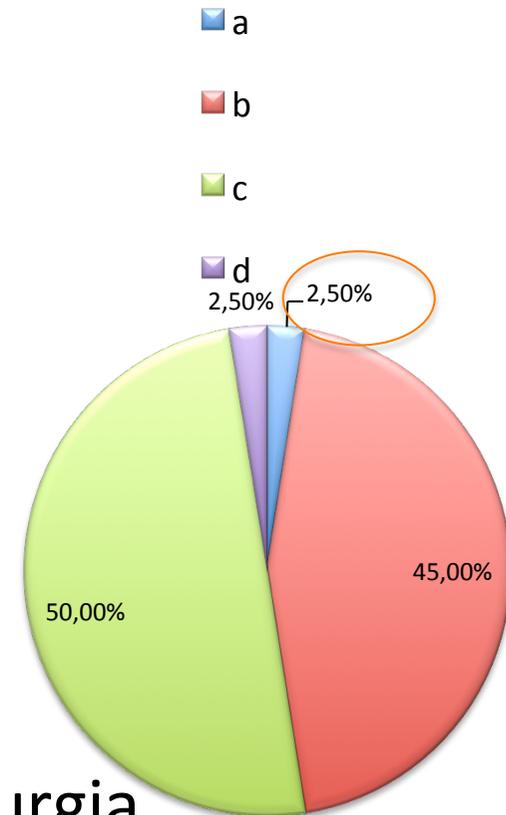
Cardiologia



DEU

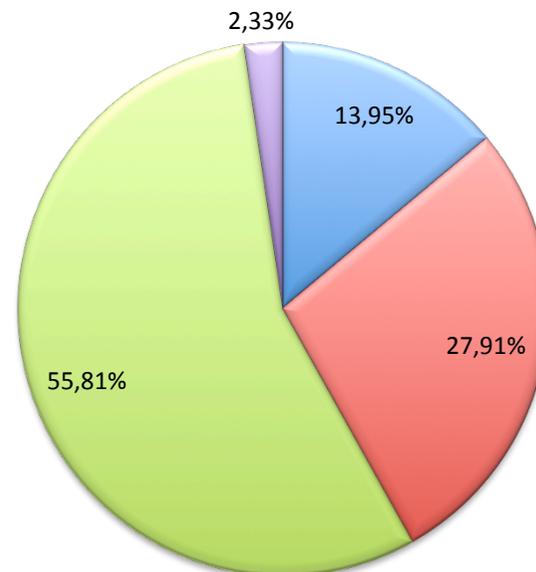


Chirurgia



- a) Nessuno
- b) Personale del reparto
- c) Team diabetologico
- d) Nessuna risposta

**Nel tuo Ospedale per il paziente con diabete neo diagnosticato o già noto che viene avviato alla terapia insulinica chi si occupa dell'addestramento alla gestione della terapia insulinica/ autocontrollo/alimentazione al momento della dimissione?**



**A + B + D 44,19%**

# La gestione della persona con diabete ricoverata per altra patologia

- 91 **Prevenzione degli eventi avversi correlati alla presenza di complicanze del diabete (ipotensione ortostatica, danno renale acuto da mezzo di contrasto e ulcere da pressione)**  
*Vincenza Spallone*
- 105 **Opportunità del ricovero: screening e stadiazione delle complicanze croniche**  
*Marco Comaschi*
- 115 **Addestramento, istruzione, educazione**  
*Emanuela Orsi*
- 119 **La consulenza diabetologica**  
*Antonio C. Bossi*
- 127 **La consulenza infermieristica**  
*Katja Speese*
- 135 **Dimissione e continuità ospedale-territorio**  
*Angelo De Pascale*

# Dimissione e continuità ospedale-territorio

Reviews/Commentaries/Position Statements

TECHNICAL REVIEW

## Management of Diabetes and Hyperglycemia in Hospitals

STEPHEN CLEMENT MD, CDE<sup>1</sup>  
SUSAN S. BRAITHWAITE, MD<sup>2</sup>  
MICHELLE F. MAGEE, MD, CDE<sup>3</sup>  
ANDREW AHMANN, MD<sup>4</sup>  
ELIZABETH P. SMITH, RN, MS, CANP, CDE<sup>1</sup>

REBECCA G. SCHAFER, MS, RD, CDE<sup>5</sup>  
IRL B. HIRSCH, MD<sup>6</sup>  
ON BEHALF OF THE DIABETES IN HOSPITALS  
WRITING COMMITTEE

• Un  
(fa  
ran  
occ  
cor  
tio

Table 7—Goals of inpatient DSME

- Assess current knowledge and practices of diabetes self-management and how they impact patient's health status and reason for hospitalization
- Initiate diabetes education for patients newly diagnosed with diabetes
- Provide information on basic self-management skills to help ensure safe care postdischarge
- Team approach with other health professionals (e.g., physicians, nurses, dietitians, case managers, and social workers) coordinating care in the hospital and post discharge
- Provide information on community resources and diabetes education programs for continuing education
- The diabetes educator serves as a resource for nursing staff and other health care providers



## Dimissione e continuità ospedale territorio



- **continuità assistenziale**: processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro, sia esso domicilio, ospedale o altra realtà
  - ✓ *oltre al mero controllo glicemico, occorre prendere in considerazione: l'interazione con nuovi farmaci, eventuali temporanee controindicazioni dei farmaci antidiabetici, eventuale uso di terapia insulinica introdotta nel corso del ricovero, necessità dietetiche, gestione dell'ipoglicemia, monitoraggio razionale delle glicemie*
- **“dimissione protetta”**: l'insieme delle azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro e che si applica ai pazienti “fragili”, spesso anziani, affetti da patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità per assicurare la continuità del percorso di cura e assistenza

# il percorso e la rete



## TRIALOGUE

# La gestione dell'iperglicemia in area medica. Istruzioni per l'uso

Gruppo di lavoro

G.P. Beltramello<sup>1</sup>, V. Manicardi<sup>2</sup>, R. Trevisan<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Unità di Medicina Interna, Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa (VI); <sup>2</sup> Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale "E. Franchini", Montecchio Emilia (RE); <sup>3</sup> USC Diabetologia, Ospedali Riuniti di Bergamo



Documento condiviso di Associazione Medici Diabetologi (AMD), Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) e Società Italiana di Diabetologia (SID)

Consensus document of the Associazione Medici Diabetologi (AMD), Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) and Società Italiana di Diabetologia (SID)

### Partecipanti del progetto TRIALOGUE

#### AMD

**Coordinatori:** Carlo Bruno Giorda (Torino), Sandro Gentile (Napoli)

**Expert Panel:** Raffaella Fresa (Cava de' Tirreni, Salerno), Valeria Manicardi (Montecchio E., Reggio Emilia), Maria Chantal Ponziani (Novara).

#### FADOI

**Coordinatori:** Carlo Nozzoli (Firenze), Mauro Campanini (Novara)

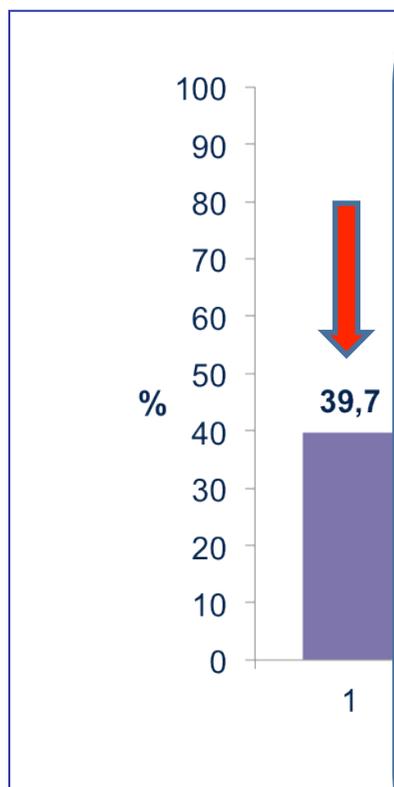
**Expert Panel:** Gian Pietro Beltramello (Bassano del Grappa, Vicenza), Giuseppe Campagna (Latina), Audenzio D' Angelo (Palermo), Luigi Magnani (Voghera), Domenico Panuccio (Bologna), Giuseppe Seghieri (Pistoia)

#### SID

**Coordinatori:** Gabriele Riccardi (Napoli), Stefano Del Prato (Pisa)

**Expert Panel:** Alberto Bruno (Torino), Domenico Mannino (Reggio Calabria), Roberto Trevisan (Bergamo)

## Il paziente diabetico prossimo alla dimissione viene affidato a: (n=660)



### ESITO :

- Paziente dimesso con Insulina in Flaconi da 1000 UI
- Arriva in 2 gg al Servizio di diabetologia  
Senza programmazione
- Spesso non ha fatto l'insulina perché non è riuscito , non ha capito bene....
- Viene addestrato all'uso delle penne
- ....e il flacone va nel .....pattume



**OSPEDALE**



**TERRITORIO**

➤ **PAZIENTE**

- Passivo
- Accetta
- informato
- Collaborativo

➤ **ATTO MEDICO**

- visibile
- Attenzione al problema
- Outcome misurabili

➤ **PAZIENTE**

- Partecipa
- Condivide
- Educato
- Autonomo

➤ **ATTO MEDICO**

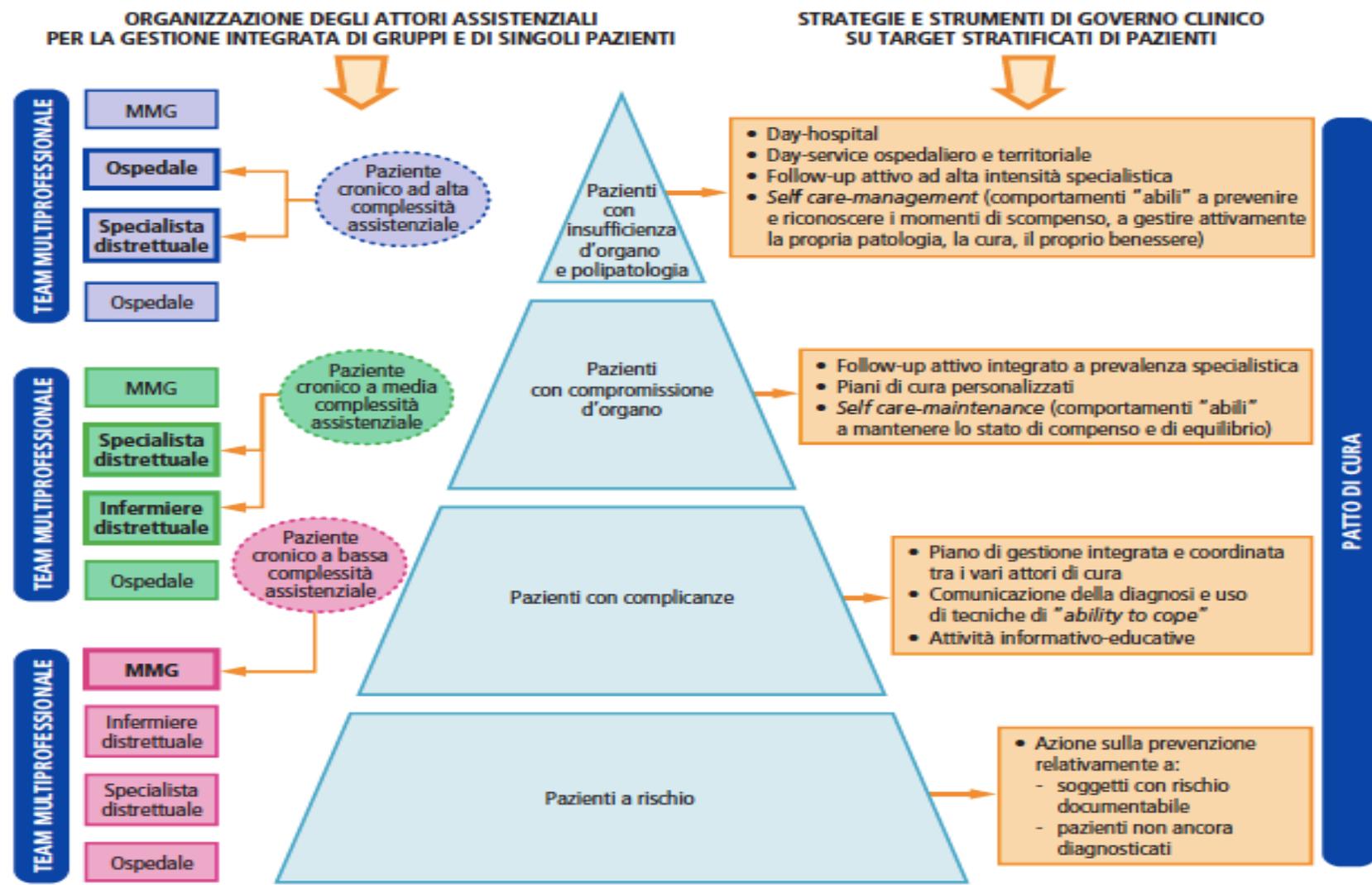
- silenzioso
- Attenzione alla persona
- Outcome difficilmente misurabili

**ACUZIE**



**CRONICITA'**

# Chronic Care Model

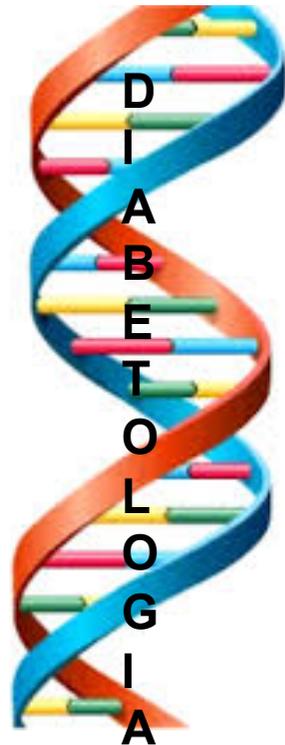


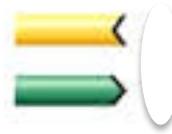
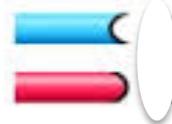
# continuità ospedale-territorio



**APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA**  
***IL TEAM DIABETOLOGICO***

# Il team diabetologico



-  multiprofessionalità  
appropriatezza organizzativa
-  interdisciplinarietà  
3 E: etica, efficacia, efficienza

# conclusioni

- Ricoveri per diabete si riducono
- Crollati i ricoveri per complicanze acute legate al diabete
- Permane elevato l'impatto sui costi
- La consulenza diabetologica appropriata riduce le giornate di degenza
- Nel piano regionale per la MD è presente l'indicazione ad attivare PDTA intraospedalieri
- Ruolo fondamentale formazione del personale
- Necessità di attivazione di PDTA Ospedale - territorio

...rimbocchiamoci le maniche ....



# ringraziamenti

- Gruppo Diabete Inpatient
- ACISMOM CD Negro e Togliatti
- U.O.C. Dietologia e Diabetologia S.Spirito
- *Annamaria, Antonella.....*

Grazie per l'attenzione