

NAPOLI, 17-20 maggio 2017

**XXI** CONGRESSO  
NAZIONALE

**AMD**

**AMD**

ASSOCIAZIONE  
MEDICI  
DIABETOLOGI

1974  
ANNO DI FONDAZIONE



PER UNA DIABETOLOGIA PREDITTIVA, PREVENTIVA, PERSONALIZZATA E PARTECIPATIVA

**PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA**

**Cosa possono fare i professionisti sanitari**

Concetta Suraci

*Vice Presidente Diabete Italia*

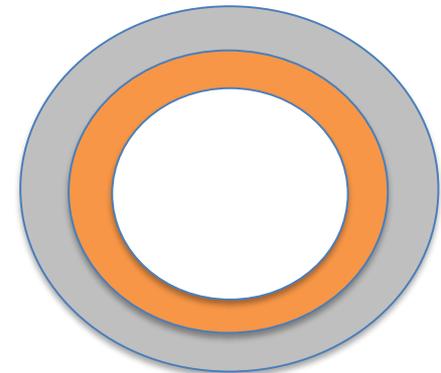
**diabete Italia**  
onlus

La dott.ssa Concetta Suraci ai sensi dell' art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell' Accordo Stato – Regione del 5 novembre 2009 dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti dalle seguenti Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche:

- MSD Italia

# Cosa possono fare i professionisti sanitari

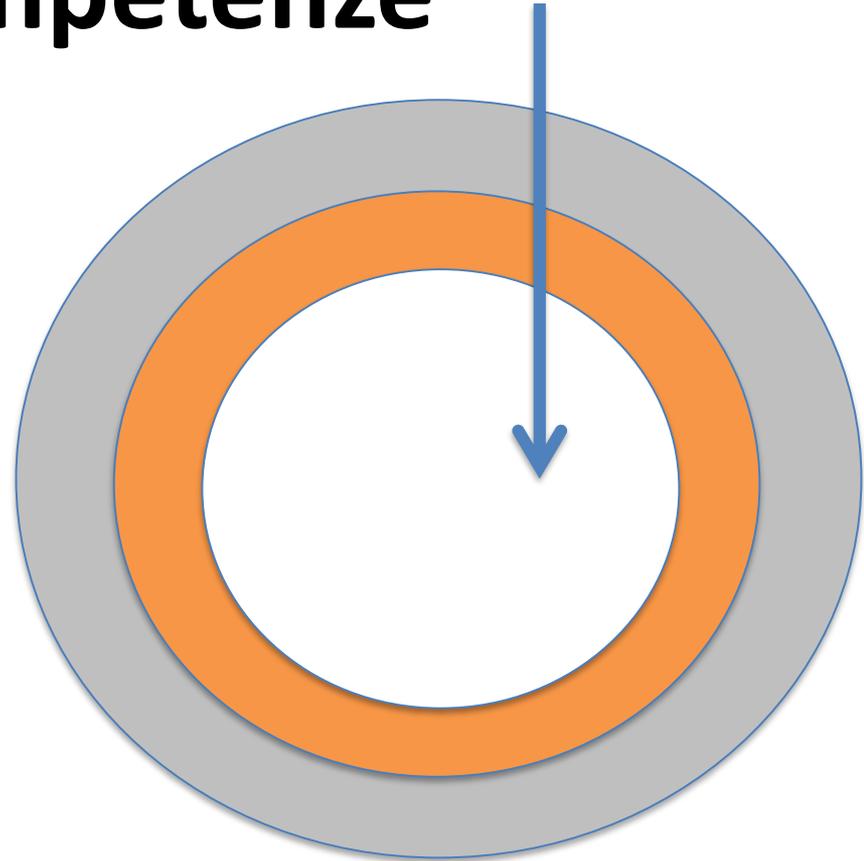
- A livello dell'assistenza clinica alla persona con diabete = servizi di diabetologia/cure primarie
- A livello dell'organizzazione dell'assistenza alla persona con diabete = rete diabetologica/  
rete multidisciplinare
- A livello di sistema dell'assistenza sanitaria = rapporti con Istituzioni



# I professionisti sanitari

- L'eterogeneità della patologia e i cambiamenti dettati dalla sua storia naturale comportano diverse esigenze assistenziali: vi sono pazienti con diverso grado di complessità e diversi punti di erogazione delle prestazioni (reparti di degenza per acuti, team diabetologici, ambulatori dei MMG/PLS) dei quali è necessario coordinare e integrare le diverse attività.
- Il **team diabetologico** contribuisce, in accordo con i **MMG/PLS** e in collaborazione con **altri specialisti**, alla definizione del PDTA personalizzato di ogni persona con diabete e alla definizione e verifica degli obiettivi terapeutici individuali.

# L'assistenza diabetologica le competenze



# Team Specialistici dedicati

- **Partecipano alla diagnosi e alla cura delle persone con diabete** fin dal momento della diagnosi, con interventi più frequenti nei pazienti con situazione clinica a più alta complessità e meno frequenti nei pazienti a più bassa complessità, soprattutto nelle fasi di stabile buon compenso e in assenza di complicanze significative.
- I livelli specialistici “dedicati” **non si sostituiscono agli attori dell’assistenza primaria MMG/PLS, con i quali si integrano** ma ne rappresentano un riferimento, in virtù di competenze ed expertise specifici
- Fungono anche da **consulenti per i diabetici ricoverati per altra patologia.**

# Funzione del team diabetologico

Il team diabetologico multiprofessionale opera in modo coordinato attorno ai problemi dell'assistenza alla persona con diabete, elaborando procedure interne ed esterne condivise e revisionate periodicamente e assicurando la condivisione delle informazioni anche ai pazienti.

Le sue funzioni sono:

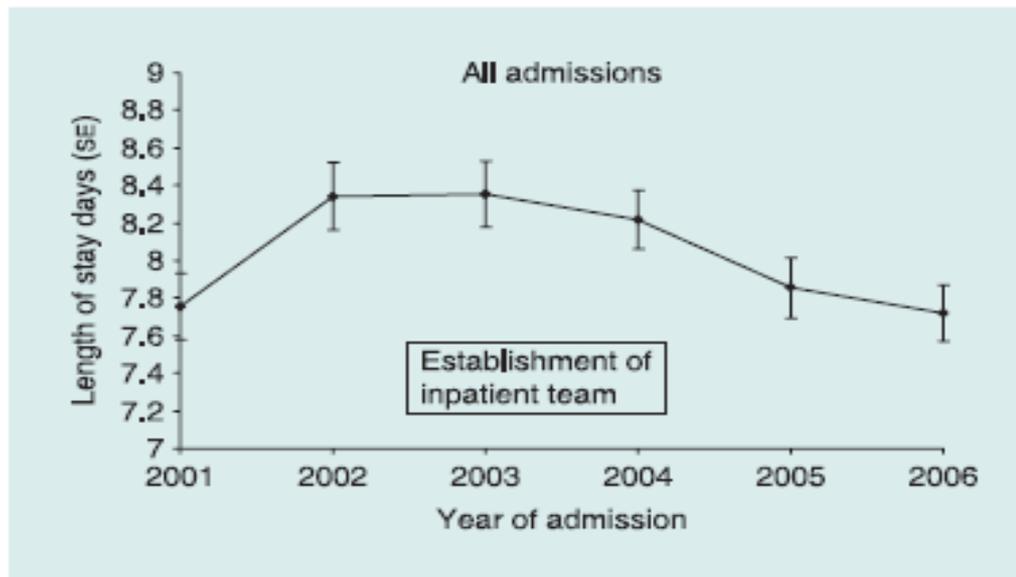
- a) assistenziali, in rapporto ai vari livelli di intensità di cura
- b) di educazione terapeutica strutturata
- c) di formazione di tutti gli altri operatori sanitari coinvolti
- d) epidemiologiche (raccolta dati clinici)

# Efficiacia del team diabetologico

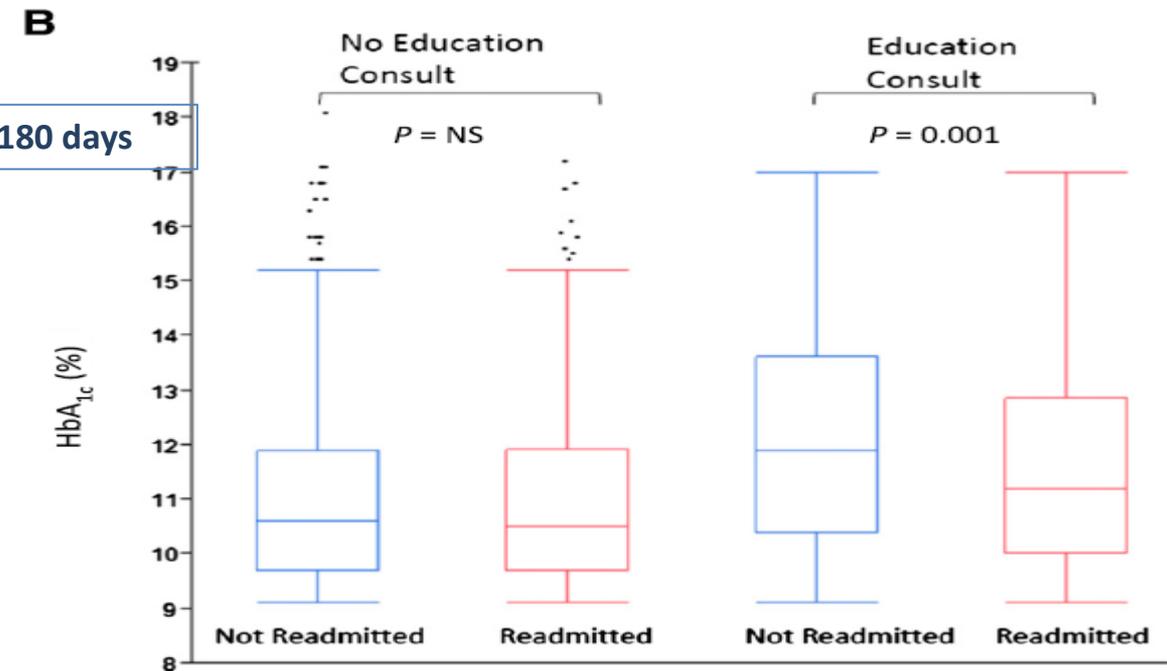
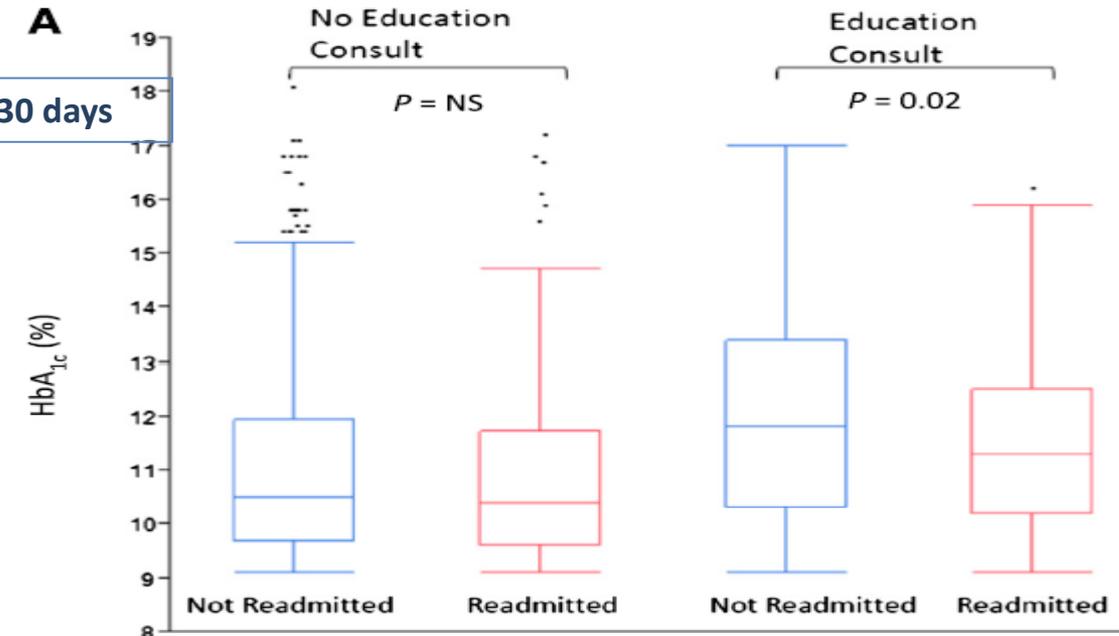
## Original Article: Treatment

### Diabetes care in hospital—the impact of a dedicated inpatient care team

D. Flanagan, E. Moore, S. Baker, D. Wright and P. Lynch



**FIGURE 1** Length of stay (mean  $\pm$  SE) for all patients admitted with a coded diagnosis of diabetes between 2001 and 2006. The introduction of the inpatient team is shown as a shaded box. The greatest reduction in length of stay is seen in the final year of the study.



# Inpatient Diabetes Education Is Associated With Less Frequent Hospital Readmission Among Patients With Poor Glycemic Control

SARA J. HEALY, MD<sup>1</sup>  
 DAWN BLACK, RN, BSN, CDE<sup>2</sup>  
 CARA HARRIS, CNP, CDE<sup>2</sup>

ANDREW LORENZ, BA<sup>3</sup>  
 KATHLEEN M. DUNGAN, MD, MPH<sup>2</sup>

been hospitalized, Jiang et al. (5) showed that 30% of these patients were hospitalized more than once within 1 year, and these patients accounted for a majority of

## Article: Care Delivery

# Impact of a chronic care model based on patient empowerment on the management of Type 2 diabetes: effects of the SINERGIA programme

N. Musacchio, A. Lovagnini Scher, A. Giancaterini, L. Pessina, G. Salis, F. Schivalocchi, A. Nicolucci\*, F. Pellegrini\* and M. C. E. Rossi\*

UOS Integrazione Cure Primarie e Specialistiche, Azienda Ospedaliera ICP, Milan and \*Dipartimento di Farmacologia Clinica ed Epidemiologia, Consorzio Mario Negri Sud, Santa Maria Imbaro, Italy

Accepted 19 January 2011

### Abstract

**Aims** Several chronic care models for diabetes have been implemented in Italy, although conclusive data on their effectiveness are lacking. In the Cusano-Milanino diabetes clinic, patients with Type 2 diabetes with a stable disease/therapy (i.e. a steady level of HbA<sub>1c</sub> without need for therapy changes) are included in the SINERGIA programme: diabetologists, nurses and dietitians empower patients and telemedicine resources are utilized efficiently.

**Methods** Clinical outcomes measured in the year before and after the initiation of SINERGIA were compared. A generalized hierarchical linear regression model for repeated measures was used.

**Results** Altogether, 1004 patients were included; baseline characteristics were (mean  $\pm$  SD): age  $66.6 \pm 6.2$  years, 54.1% male, diabetes duration  $10.8 \pm 7.7$  years, BMI  $29.5 \pm 4.8$  kg/m<sup>2</sup>, HbA<sub>1c</sub>  $6.9 \pm 0.9\%$  ( $52 \pm 14$  mmol/mol); 72.9% of patients were treated with anti-hypertensive drugs; 32.7% were treated with lipid-lowering drugs. After a median follow-up of 12 months (range 6–24 months), the proportion of patients with HbA<sub>1c</sub>  $\leq 7.0\%$  ( $\leq 53$  mmol/mol) increased from 32.7 to 45.8% ( $P < 0.0001$ ), while those with HbA<sub>1c</sub>  $\geq 9\%$  ( $\geq 75$  mmol/mol) decreased from 10.5 to 4.3% ( $P < 0.0001$ ). Patients with LDL cholesterol  $< 100$  mg/dl ( $< 2.59$  mmol/l) increased from 40 to 47% ( $P < 0.0001$ ), while those with LDL cholesterol  $\geq 130$  mg/dl ( $\geq 3.36$  mmol/l) decreased from 26.6 to 19.7%; blood pressure levels were slightly improved. The mean number of face-to-face encounters decreased from (median and range) 2.8 (2.3–3.4) to 2.3 (1.9–2.7) ( $P < 0.0001$ ) visits per patient/year.

**Conclusions** The SINERGIA model is effective in improving metabolic control and major cardiovascular risk factors, while allowing diabetologists to dedicate more time to patients with more acute disease.

# Terapia educativa

S (admin) Schede - IN STAR eta S (anni diabete 17)

## SELEZIONA UN NUOVO PERCORSO

X Chiudi

Interventi del Piede	▶	Screening e prevenzione del pi	▶
Cute/Terapia Iniettiva	▶	Variabilità Glicemica	▶
Terapia/Aderenza	▶	Assessment Nutrizionale	▶

# Terapia educativa

Modulo Assistenziale

Assessment Nutrizional  
13/02/2017 08:48  
Chiudi Percorso

Terapia/Aderenza  
13/02/2017 08:43  
Chiudi Percorso

Variabilità Glicemica  
13/02/2017 08:31  
Chiudi Percorso

Cute/Terapia Iniettiva  
13/02/2017 08:27  
Chiudi Percorso

Formazione e prevenzione  
13/02/2017 08:27  
Chiudi Percorso

Configura Prestazioni

Stampa Percorso

Cute/Terapia Iniettiva  
admin 17/02/2017

admin 14/02/2017

admin 13/02/2017

Salva Visita

Stampa Visita

**INDICATORE PROBLEMA**

Nessun problema riscontrato

Ipo-Lipoatrofie nei siti di iniezioni sottocutanee

Ecchimosi nei siti di iniezioni sottocutanee

Infezione nei siti di iniezione sottocutanea

**ATTIVITA' ASSISTENZIALI**

Ispezione siti di iniezione visiva e manuale

Insegnamento/procedure di autosomministrazione terapia iniettiva

Identificazione dei rischi per le aree iperlipodistrofiche

Controllo delle infezioni

Guida preventiva alle situazioni critiche

Facilitazione dell'apprendimento

Pianificazione della dimissione

Promozione coinvolgimento della famiglia

**INDICATORI DI PROCESSO/OUTCOMES**

Aderenza

1 - Scarsamente adeguato

Cura di sé: somministrazione sottocutanea dei farmaci

1 - Scarsamente adeguato

Conoscenze: regime terapeutico

2 - Moderatamente adeguato

Conoscenze: procedura terapeutica

0 - Non adeguato  
1 - Scarsamente adeguato  
2 - Moderatamente adeguato  
3 - Sostanzialmente adeguato  
4 - Totalmente adeguato

Note per la visita di venerdì 17 febbraio 2017

# Formazione degli operatori

La terapia insulinica intensiva è risultata efficace nel prevenire o ritardare le complicanze croniche della malattia diabetica.

Il gold standard della terapia insulinica intensiva è sicuramente l'infusione continua sottocutanea di insulina (CSII) mediante microinfusore. Tale tipo di trattamento richiede competenze specifiche da parte dell'equipe diabetologica. Pertanto il GISED (Gruppo di Studio per l'Educazione sul Diabete) in collaborazione con Diabete Italia, ha progettato un Corso di Formazione per équipes diabetologiche sul tema "LA TERAPIA INSULINICA CON MICROINFUSORE: DALLO STRUMENTO ALL'AUTOGESTIONE".

L'obiettivo che si intende raggiungere con il presente evento formativo è di far acquisire alle équipes diabetologiche le conoscenze e le competenze necessarie per una corretta educazione del paziente alla gestione della terapia con microinfusore, nell'ottica di una terapia intensiva che offra al paziente libertà di comportamento, garantendo al tempo stesso un ottimale compenso metabolico.

#### ACCREDITAMENTO ECM

Per il presente Corso è stato richiesto l'accREDITAMENTO ECM alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina del Ministero della Salute, per Medici (evento 2851-245246) e Infermieri (evento 2851-245247).

#### ISCRIZIONI

Il corso di formazione multiprofessionale è gratuito ed è rivolto a 18 TEAM diabetologici, formati ciascuno da un Diabetologo ed un Infermiere Professionale (18 Medici Diabetologi e 18 Infermieri Professionali).

#### SEDE

Star Hotel Terminus  
 Piazza Garibaldi, 91 - Napoli - Tel. 081-7793111

#### COME RAGGIUNGERE LA SEDE

Situato a lato della Stazione Ferroviaria (30 metri).  
 Dall'autostrada A1 Roma-Napoli, uscire a Napoli Centro e seguire le indicazioni per Piazza Garibaldi.  
 Dalla Fiera (8 km), metropolitana Stazione Campi Flegrei, direzione Giunturco, fermata Piazza Garibaldi.

6-8 Luglio 2006  
 Napoli  
 Star Hotel Terminus



**LA TERAPIA INSULINICA  
 CON MICROINFUSORE:  
 DALLO STRUMENTO  
 ALL'AUTOGESTIONE**

#### RESPONSABILI PROGETTO:

Daniela Bruttomesso,  
 Angela Girelli

#### GRUPPO DI PROGETTAZIONE COORDINAMENTO GISED

Daniela Bruttomesso, Giovanni Careddu,  
 Lina Clementi, Sandro Gentile, Angela Girelli,  
 Emanuela Orsi

#### Collaborano

#### GRUPPO DIABETE E TECNOLOGIE

Paolo Di Bartolo, Giorgio Grassi  
**Scuola Permanente  
 di Formazione Continua AMD**  
 Formatori AMD

Segreteria organizzativa  
 IDEA 99 s.r.l.

Via Facciolati, 29/B - 35127 PADOVA  
 Tel. 049 8024494 - Fax 049 8036085

Con il contributo educativo di



**ACCU-CHEK**  
 Vivi la vita. Come vuoi.

**diabete italia**

in collaborazione con  
**Scuola Permanente  
 di Formazione Continua AMD**



1974  
ANNO DI FONDAZIONE

1974  
ASSOCIAZIONE  
MEDICI  
DIABETOLOGI



O.S.D.I.  
*Operatori Sanitari  
di Diabetologia Italiani*

liani

**Appropriatezza clinico-assistenziale  
ed organizzativa**

e Util

# **TECNICHE INIETTIVE E USO DELL'INSULINA. PREVENZIONE DEL RISCHIO**

dale

Aggiornamento in tema di insulina  
a cura del Gruppo di Studio AMD-OSDI

G

Aula Multimediale Centro di Biotecnologie  
A.O.R.N. A. Cardarelli Napoli

23 giugno 2016

# **Formazione degli operatori la capillarizzazione**

**PREVENZIONE DELLE FERITE DA PUNTA NELLA  
GESTIONE E UTILIZZO DEI SISTEMI INIETTIVI  
DELL'INSULINA IN OSPEDALE**

**Ospedale San Giovanni Addolorata - ROMA - 14 dicembre 2016**

## Audit Clinico - Analisi per Problema: DIABETE MELLITO TIPO 2

[Aggiorna Analisi](#) | [Esporta](#)

[TUTTI](#) | [ASMA](#) | [BPCO](#) | [CANCRO](#) | [DEMENZA](#) | [DEPRESSIONE](#) | **DM2** | [EPILESSIA](#) | [FA](#) | [ICTUS-TIA](#) | [INSONNIA](#)

Analisi Sintetica	Indicatore	Personale	LAP	Ideale	HS	GPGNetwork	Informazioni
Analisi per Problema	DIABETE MELLITO TIPO 2 (16)						
	Prevalenza Diabete Mellito tipo 2	8,34%	5,50%	7,00%	7,50%	8,15%	<a href="#">Dettaglio Network</a>
GPG Score	Pazienti con DM2 e almeno una registrazione di BMI (ultimi 24 mesi)	35,34%	60,00%	80,00%	44,30%	54,86%	<a href="#">Dettaglio Network</a>
	Pazienti con DM2 e dato abitudine al fumo registrato (ever)	96,99%	60,00%	80,00%	90,52%	78,28%	<a href="#">Dettaglio Network</a>
ITOT Score	Pazienti con DM2 e almeno una registrazione di emoglobina glicata (ultimi 12 mesi)	77,44%	50,00%	80,00%	66,67%	72,94%	<a href="#">Dettaglio Network</a>
VAQC Score	Pazienti con DM2 e ultimo valore di HbA1c < 53 mmol/mol (< 7%), (età < 70) (ultimi 12 mesi)	66,67%	50,00%	70,00%	57,14%	57,99%	<a href="#">Dettaglio Network</a>
	Pazienti con DM2 e ultimo valore di HbA1c < 59 mmol/mol (< 7,5%), (età >= 70) (ultimi 12 mesi)	79,59%	50,00%	70,00%	76,60%	75,79%	<a href="#">Dettaglio Network</a>
Audit Benchmark	Pazienti con DM2 e almeno un esame di fondo oculare e/o una visita oculistica (ultimi 27 mesi)	67,67%	50,00%	70,00%	42,73%	46,63%	<a href="#">Dettaglio Network</a>
	Pazienti con DM2 e almeno una valutazione dei polsi periferici (ultimi 15 mesi)	13,53%	30,00%	50,00%	5,77%	5,44%	<a href="#">Dettaglio Network</a>
	Pazienti con DM2 e almeno una misurazione di PA (ultimi 12 mesi)	40,60%	50,00%	70,00%	42,22%	54,04%	<a href="#">Dettaglio Network</a>
	Pazienti con DM2 e ultimo valore di PA <= 140/85 mmHg (ultimi 12 mesi)	69,81%	50,00%	70,00%	70,37%	46,26%	<a href="#">Dettaglio Network</a>

# Raccolta dati MMG

 GPG Score	Pazienti con DM2 e almeno una misurazione di PA (ultimi 12 mesi)	40,60%		50,00%	70,00%	42,22%	54,04%	 <a href="#">Dettaglio Network</a>
	Pazienti con DM2 e ultimo valore di PA <= 140/85 mmHg (ultimi 12 mesi)	69,81%		50,00%	70,00%	70,37%	46,26%	 <a href="#">Dettaglio Network</a>
 ITOT Score	Pazienti con DM2 e almeno una registrazione di microalbuminuria (ultimi 15 mesi)	72,18%		50,00%	70,00%	41,94%	48,03%	 <a href="#">Dettaglio Network</a>
	Pazienti con DM2 e almeno una registrazione di creatininemia (ultimi 15 mesi)	84,96%		50,00%	70,00%	72,68%	73,70%	 <a href="#">Dettaglio Network</a>
 VAQC Score	Pazienti con DM2 e almeno una registrazione di colesterolo LDL (ultimi 15 mesi)	71,43%		50,00%	70,00%	58,65%	58,49%	 <a href="#">Dettaglio Network</a>
	Pazienti con DM2 e ultimo valore di colesterolo LDL < 2,59 mmol/mol (< 100 mg/dl) (ultimi 15 mesi)	63,04%		40,00%	60,00%	49,28%	46,61%	 <a href="#">Dettaglio Network</a>
 Audit Benchmark	Pazienti con DM2 e almeno una prescrizione di ACE-Inibitori/Sartani (ultimi 12 mesi)	78,63%		80,00%	90,00%	77,05%	79,84%	 <a href="#">Dettaglio Network</a>
	Pazienti con DM2 e vaccinazione antinfluenzale (ultimi 12 mesi)	0,00%		50,00%	70,00%	30,14%	36,51%	 <a href="#">Dettaglio Network</a>

# Raccolta dati Strutture Diabetologiche

**Elaborazione del 26/01/2015**

Periodo analizzato ai fini del calcolo degli indicatori dal 1/1/2014 al 31/12/2014

## INDICATORI AMD pazienti diabetici di tipo 1 e 2

### GENERALI / RAPPORTO CON DIABETICI ATTIVI

Indicatore	Tipo	Pazienti tipo 1		Pazienti tipo 2			
		Num.	Perc.	Bon.	Num.	Perc.	Bon.
01 - Distribuzione per classificazione diabete		360	11,07%		2739	84,20%	
02 - Numero primi accessi		49			458		
03 - Distribuzione per sesso della popolazione assistita	Maschi	169	46,94%	100,00%	1563	57,06%	100,00%
	Femmine	191	53,06%	100,00%	1176	42,94%	100,00%
04 - Età media della popolazione assistita		43,2		100,00%	68,7		100,00%
05 - Distribuzione della popolazione assistita per 9 classi d'età	<= 5	0	0,00%	100,00%	0	0,00%	100,00%
	da 5 a 15	1	0,28%	100,00%	0	0,00%	100,00%
	da 15 a 25	26	7,22%	100,00%	1	0,04%	100,00%

## DI VOLUME DI ATTIVITÀ

Indicatore	Tipo	Pazienti tipo 1		Pazienti tipo 2	
		Num.	Perc.	Num.	Perc.
07 - Diabetici visti nel periodo		360		2739	

## DI PROCESSO

Indicatore	Tipo	Pazienti tipo 1			Pazienti tipo 2		
		Num.	Perc.	Bon.	Num.	Perc.	Bon.
08 - Soggetti in autocontrollo glicemico		304	84,44%		1829	66,78%	
Indicatore	Tipo	Num.	Vis.	Num.	Paz.	Med.	Vis.
09 - Visite anno per gruppi di trattamento	Solo dieta	0	0	0,00	325	168	1,93
	Solo ipoglicemizzanti orali	9	4	2,25	3008	1470	2,05
	Solo insulina	1245	311	4,00	1066	416	2,56
	Insulina e ipoglicemizzanti	104	33	3,15	1155	455	2,54
Indicatore	Tipo	Num.	Perc.	Bon.	Num.	Perc.	Bon.
10 - Soggetti a cui è stata eseguita almeno una determinazione di HbA1c		347	96,39%		2539	92,70%	
11 - Soggetti con almeno una valutazione del profilo lipidico		311	86,39%		2356	86,02%	
12 - Soggetti con almeno una misurazione della pressione arteriosa		334	92,78%		2503	91,38%	
13 - Soggetti monitorati per nefropatia diabetica		272	75,56%		2102	76,74%	
14 - Soggetti monitorati per retinopatia diabetica		190	52,78%		1083	39,54%	
15 - Soggetti monitorati per neuropatia diabetica		199	55,28%		854	31,18%	
16 - Soggetti a rischio monitorati per il piede		39	3,52%		371	33,45%	
17 - Soggetti monitorati per il piede		222	61,67%		881	32,17%	

## DI RISULTATO INTERMEDIO

Indicatore	Tipo	Pazienti tipo 1			Pazienti tipo 2		
		Num.	Perc.	Bon.	Num.	Perc.	Bon.
18 - HbA1c (normalizzata a 6) media e d.s. (ultimo valore)		7,6±1,27	96,39%	7,1±1,29	92,70%		
19 - HbA1c (normalizzata a 6) media e d.s. (ultimo valore) per tipo di diabete	Tipo1						
	Tipo2						
	Secondario						
	Altro						
23 - Soggetti con HbA1c (normalizzata a 6) <= 7.0%		12435,73%	96,39%	147358,01%	92,70%		
24 - Soggetti con C-LDL < 100		15048,23%	86,39%	126754,28%	85,21%		
25 - Soggetti in trattamento ipolipemizzante con C-LDL >=130		15 4,82%	86,39%	185 7,93%	85,21%		
26 - Soggetti non in trattamento ipolipemizzante con C-LDL >=130		3611,58%	86,39%	233 9,98%	85,21%		
27 - Andamento per classi del C-LDL	<100	15048,23%	86,39%	126754,28%	85,21%		
	100-129	11035,37%	86,39%	64927,81%	85,21%		
	130-159	4414,15%	86,39%	28612,25%	85,21%		
	=>160	7 2,25%	86,39%	132 5,66%	85,21%		
28 - Soggetti con PA <= 130/80		20962,57%	92,78%	102640,99%	91,38%		
29 - Soggetti ipertesi con PA <= 130/80		4613,77%	92,78%	73829,48%	91,38%		
30 - Soggetti in trattamento anti ipertensivo con PA >=140/90		4413,17%	92,78%	105442,11%	91,38%		
31 - Soggetti non in trattamento anti ipertensivo con PA >=140/90		5817,37%	92,78%	32412,94%	91,38%		
32 - Andamento per classi della PAS	<=130	23570,15%	93,06%	118247,00%	91,82%		
	131-140	5115,22%	93,06%	58623,30%	91,82%		
	141-160	4413,13%	93,06%	52720,95%	91,82%		
	161-200	5 1,49%	93,06%	219 8,71%	91,82%		
	>200	0 0,00%	93,06%	1 0,04%	91,82%		
33 - Andamento per classi della PAD		<=80	25876,79%	93,33%	172968,80%	91,75%	

## DI ESITO

Indicatore	Tipo	Pazienti tipo 1		Pazienti tipo 2					
		Num.	Perc.	Bon. Num.	Perc.	Bon.			
38 - Soggetti con retinopatia diabetica su totale monitorati per retinopatia diabetica		66	34,74%	52	78%	276	25,48%	39	5,54%
39 - Soggetti con nefropatia diabetica su totale monitorati per nefropatia diabetica		36	13,24%	75	5,6%	350	16,65%	76	7,4%
40 - Soggetti con ulcera acuta del piede verificatasi nel periodo		0	0,00%			14	0,51%		
41 - Soggetti con storia di infarto del miocardio		6	1,67%			241	8,80%		
42 - Soggetti con amputazione minore		3	0,83%			17	0,62%		
43 - Soggetti con amputazione maggiore		0	0,00%			7	0,26%		
44 - Soggetti con storia di ictus		1	0,28%			65	2,37%		
45 - Soggetti in dialisi		3	0,83%			10	0,37%		
46 - Soggetti con cecità		5	1,39%			14	0,51%		

# DIA&INT IL PERCORSO DI IDENTITÀ E VALORIZZAZIONE

## ***OBIETTIVI***

- ▶ Identificare la specificità del diabetologo
- ▶ Misurare il valore delle attività specialistiche
- ▶ Giustamente collocarle nel sistema.

Dovevamo trovare i criteri da proporre  
per scegliere le attività e gli strumenti

**VOLEVAMO CRITERI OGGETTIVABILI, NON OPINIONI**

# Le 25 attività del team diabetologico dal portale DIA&INT

(tratte dagli Standard di Cura e bibliografate dal gruppo standard AMD)

Codice attività DIA&INT	Descrizione attività
A1	Assicurare l'inquadramento diagnostico specialistico e la valutazione biomedica
A2	Valutare la condizione psicosociale individuale (fattori economici, sociali, culturali, contesto familiare, etc);
A3	Valutare la fragilità (età, etnia, genere....) e altri fattori che possono influenzare la gestione del diabete
A4	Garantire la definizione e la condivisione del contratto di cura con la persona con diabete
A5	Garantire l'attività di terapia educativa come parte integrante del piano assistenziale
A6	Garantire lo screening e il trattamento appropriato delle complicanze croniche
A7	Implementare protocolli clinici per la prevenzione e il trattamento delle emergenze diabetologiche (ipo-iperglicemie, piede)
A8	Gestire l'iperglicemia in gravidanza (diabete gestazionale e gravidanza nelle donne con diabete) – Follow-up della donna con pregresso diabete gestazionale - Contraccezione nelle donne con diabete in età fertile
A9	Definire e gestire il piano terapeutico personalizzato appropriato (obiettivi metabolici, terapia farmacologica personalizzata, terapia medica nutrizionale)
A10	Gestire la transizione dell'adolescente con diabete al servizio di diabetologia dell'adulto
A11	Garantire l'assistenza diabetologica nel paziente ospedalizzato (critico e non critico)
A12	Garantire un autocontrollo strutturato (prescrizione, erogazione, registrazione, educazione, interpretazione dei risultati, verifica)
A13	Implementare programmi di screening e prevenzione del diabete mellito tipo 2
A14	Implementare programmi di miglioramento degli stili di vita
A15	Valutare e trattare i fattori di rischio cardiovascolare
A16	Favorire l'autonomizzazione alla gestione della terapia (anche con microinfusori per insulina)
A17	Favorire l'autonomizzazione alla gestione delle emergenze metaboliche
A18	Utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza
A19	Implementare la registrazione dei dati in una cartella clinica informatizzata condivisa
A20	Garantire percorsi di addestramento all'uso delle tecnologie
A21	Garantire le attività di certificazione medico-legale
A22	Favorire l'applicazione della logica del team building nella attività lavorativa
A23	Conoscere e condividere le strategie aziendali
A24	Assicurare una corretta comunicazione intra ed extrastruttura
A25	Garantire un'appropriata prescrizione ortesica

# Gli outcome dal portale DIA&INT (tratti dal PND e dal Manifesto dei Pazienti)

Codice Outcome DIA&INT	Descrizione Outcome
O1	Ottimizzazione del controllo metabolico in relazione al paziente (personalizzazione degli obiettivi del trattamento)
O2	Controllo e trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare
O3	Riduzione delle ospedalizzazioni/accessi DEA
O4	Riduzione delle giornate di degenza del paziente con diabete in qualsiasi reparto
O5	Aumento della appropriatezza nell'uso delle tecnologie
O6	Aumento della partecipazione attiva/adesione alla cura da parte della persona con diabete
O7	Prevenzione e cura delle donne diabetiche in gravidanza e delle donne con diabete gestazionale, al fine di ottenere outcomes materno-fetali come nelle donne non diabetiche
O8	Aumento delle competenze e delle strategie per prevenire il diabete di tipo 2
O9	Aumento delle competenze e delle strategie per trattare il diabete
O10	Riduzione della incidenza di complicanze croniche
O11	Riduzione della incidenza delle complicanze acute
O12	Ottimizzazione dell'offerta specialistica per situazioni specifiche con attivazione; di ambulatori dedicati (gravidanza, piede, terapia con microinfusori)
O13	Ottimizzazione dei processi formativi delle figure professionali coinvolte nella cura della persona con diabete
O14	Realizzazione ed implementazione dei percorsi di Gestione Integrata per la persona con diabete
O15	Organizzazione e realizzazione delle attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione/misura ed al miglioramento della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione e l'alimentazione continua di database clinici
O16	Aumento dello scambio di informazioni tra operatori della rete assistenziale diabetologica
O17	Ottimizzazione dei processi di integrazione tra gli attori coinvolti nell'assistenza diabetologica a livello ambulatoriale e/o ospedaliero, attraverso la realizzazione e l'implementazione di PD
O18	Ottimizzazione della risposta ai bisogni di certificazioni medico-legali della persona con diabete
O19	Riduzione delle disuguaglianze nell'assistenza alle fragilità ed alle condizioni di vulnerabilità socio-sanitaria

# Attività a impatto molto elevato

1 <sup>^</sup>	Terapia educativa
2 <sup>^</sup>	Terapia personalizzata
3 <sup>^</sup>	Valutazione biomedica
4 <sup>^</sup>	Valutazione Fragilità
5 <sup>^</sup>	Cartella informatizzata
6 <sup>^</sup>	Autocontrollo strutturato
7 <sup>^</sup>	Protocolli emergenze diabetologiche





**DIABETES  
INTELLIGENCE**

Benvenuto/a Rita Zilich

HOME Area Riservata Medici Archivio news Contatti Il mio profilo Esci

## Area Riservata Medici

In quest'area puoi compilare i questionari a te riservati

Dopo aver completato ogni questionario, potrai visualizzarne i risultati (statistiche in tempo reale)

### SROI

Matrice d'Impatto



Questionario

(Confermato e non più modificabile)



Statistica ranking Outcomes



Statistica ranking Attività



Frequenza



Questionario

(Confermato e non più modificabile)



Statistica ranking Frequenza



### SPECIFICITÀ

Specificità



Questionario

(Confermato e non più modificabile)



Statistica ranking Specificità



# Specificità: «la carta d'identità del diabetologo»

Il documento ufficiale che formalizza la specificità è il Core Competence Curriculum (CCC)



IL PROGETTO DIABETES INTELLIGENCE (DIA&INT)

J AMD 2017 | VOL. 20 | N. 2

## Core Competence Curriculum del diabetologo: Position Statement di AMD

### Diabetologist Core Competence Curriculum: AMD Position Statement

#### RIASSUNTO

**Background** Le esigenze di gestione della cronicità richiedono la garanzia non solo dell'innovazione tecnologica e terapeutica, ma anche di una medicina integrata e centrata sulla persona, come chiaramente esplicitato in tutti i modelli di gestione del cronico, Chronic Care Model (CCM) e altri.

Per questo l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) ritiene necessaria una rivisitazione delle conoscenze e delle competenze del diabetologo, per garantire un professionista qualificato rispetto alle esigenze di una diabetologia moderna.

AMD ha pertanto deciso di attivarsi con il progetto denominato Diabetes Intelligence (DIA&INT), il cui

indicato le loro valutazioni. In questo modo è stata costruita una graduatoria di specificità.

La valutazione dell'impatto di ciascuna delle attività diabetologiche sugli Outcome (realizzata tramite CAWI), per verificare quanto ciascuna delle attività può favorire l'implementazione del CCM. I calcoli sono stati effettuati in base agli algoritmi dello SROI, che hanno fatto emergere la sfera d'influenza di ciascuna delle 25 attività rispetto ai 19 outcome della diabetologia.

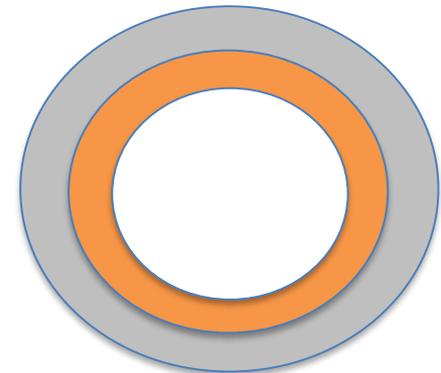
L'individuazione, per ciascuna delle 25 attività, delle conoscenze e abilità secondo quanto suggerito dagli Standard Italiani per la Cura del diabete mellito.

L'indicazione, per ciascuna delle 25 attività, del grado di specificità e priorità (priorità valutata in base a quanto

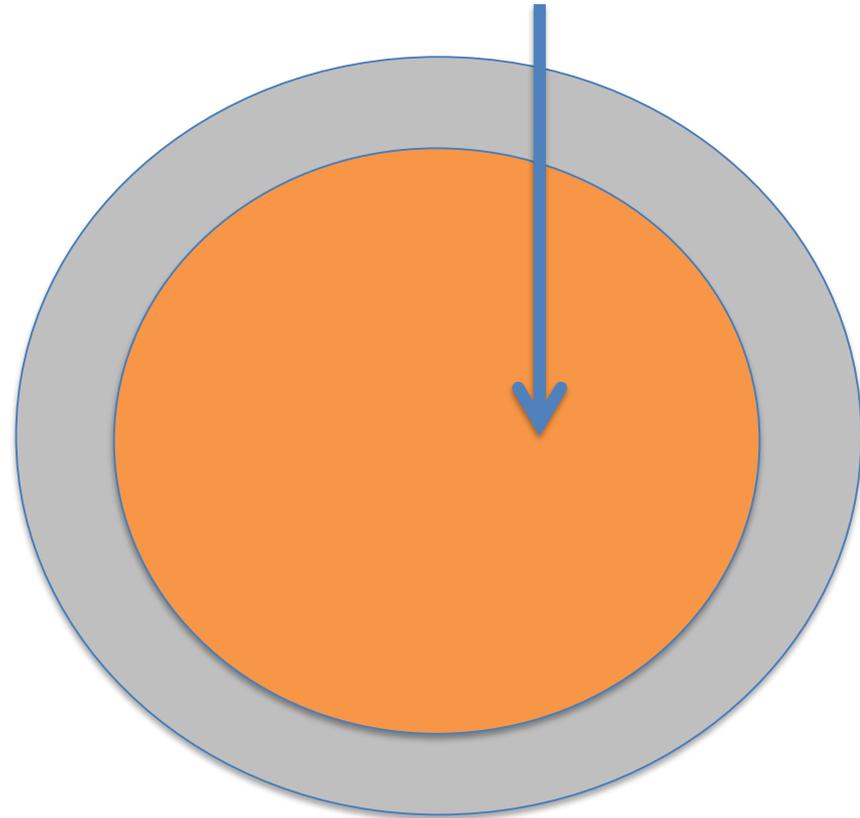


# Cosa possono fare i professionisti sanitari

- A livello dell'assistenza clinica alla persona con diabete = servizi di diabetologia/cure primarie
- A livello dell'organizzazione dell'assistenza alla persona con diabete = rete diabetologica/  
rete multidisciplinare
- A livello di sistema dell'assistenza sanitaria = rapporti con Istituzioni



# L'organizzazione dell'assistenza diabetologica



# Percorsi assistenziali

Per garantire la sicurezza e la appropriatezza degli interventi terapeutici, la **continuità del percorso assistenziale** e ridurre i costi delle degenze è indispensabile che il team diabetologico e il MMG/PLS siano coinvolti attraverso percorsi assistenziali condivisi, definiti a livello locale e approvati e sostenuti a livello aziendale.

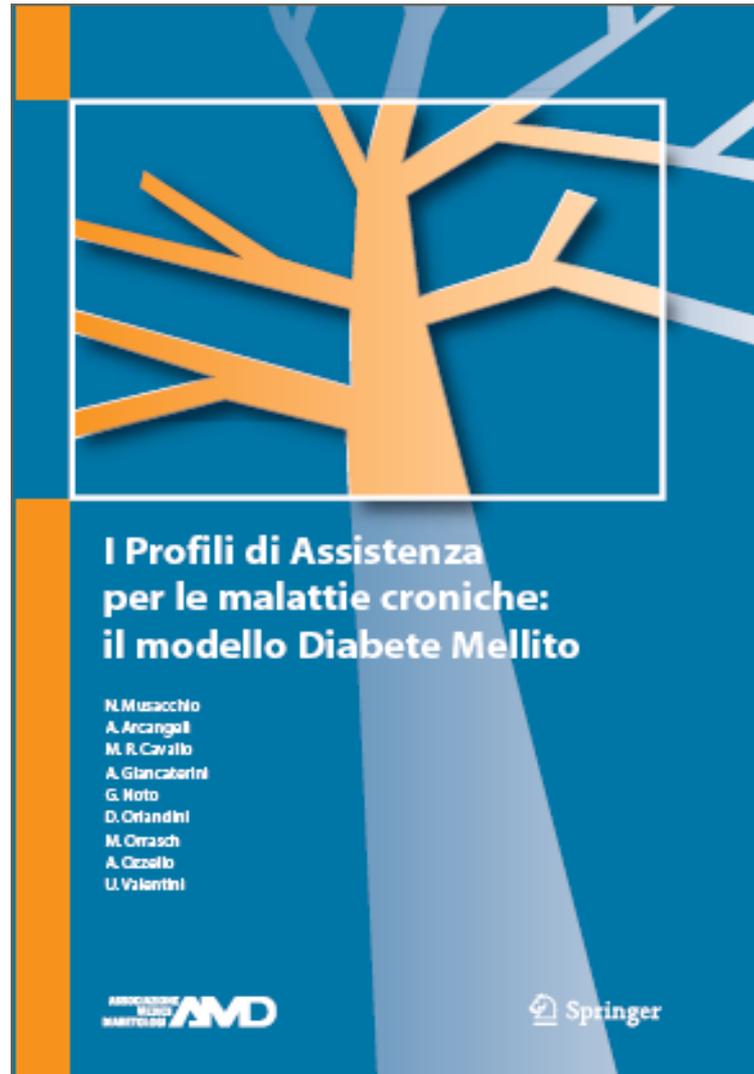
# Percorsi assistenziali

La visione del Piano è quella di una **rete integrata “multicentrica”**, che si prefigge di valorizzare i differenti contributi di tutti gli attori assistenziali che entrano in gioco nella gestione delle persone con diabete (MMG/PLS, team diabetologico, altri specialisti) e nei diversi setting di cura (territorio, ospedale).

Per tradurre questa visione in un nuovo Sistema di Cure, è necessario abbattere i muri che impediscono o ostacolano l’utilizzo degli **strumenti (gestione integrata, percorsi condivisi, follow up attivo, etc.)** indispensabili per ottenere risultati migliori in tutti i campi dell’assistenza.

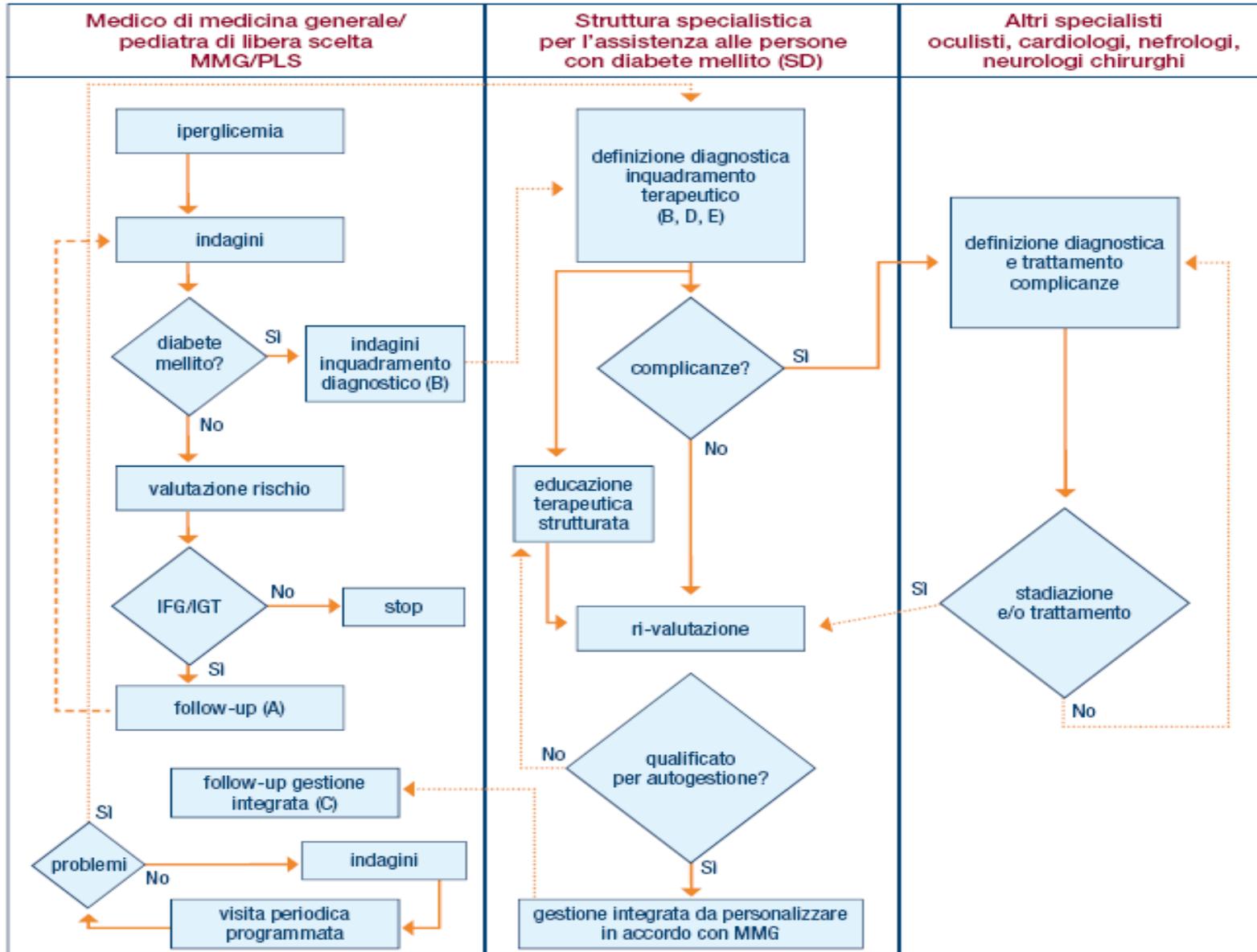
La funzione dei team diabetologici deve essere intesa come funzione “unica e continua”, che tende a svilupparsi lungo tutta la storia naturale di ogni singola persona con diabete e, quindi, lungo tutto il suo percorso assistenziale.

# Cosa hanno fatto i professionisti



Luglio 2008

I firmatari: AMD (Associazione Medici Diabetologi), SID (Società Italiana di Diabetologi), FIMMG, SIMG, SNAMI, SNAMID





**SIMG**  
Società  
Italiana  
di Medicina  
Generale



## DOCUMENTO DI INDIRIZZO POLITICO E STRATEGICO PER LA BUONA ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

Questo documento nasce dalla storica collaborazione tra la diabetologia e la medicina generale iniziata negli anni '90, e orientata a creare le condizioni necessarie per migliorare la qualità dell'assistenza alle persone con diabete integrando i diversi livelli assistenziali.

**L'assistenza diabetologica** su tutto il territorio nazionale non può prescindere dalla presa d'atto che essa è il prodotto dell'integrazione tra assistenza sanitaria di base e specialistica, in cui sono fondamentali il riconoscimento del **ruolo professionale del Medico di Medicina Generale**, cardine dell'assistenza sanitaria di base, e di quello della **rete italiana dei Servizi di Diabetologia, ospedalieri e territoriali**, più volte oggetto di studi internazionali.

## Transizione dei giovani con diabete mellito verso l'età adulta

*Passaggio dal pediatra al medico dell'adulto. Una proposta operativa nazionale*

SID Società Italiana di Diabetologia—Sezione Campania  
AMD Associazione Medici Diabetologici—Sezione Campania  
SIEDP Soc. It. di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica

**Transizione del Giovane con Diabete  
dalla Diabetologia Pediatrica  
alla Diabetologia dell'Adulto:  
Percorso Assistenziale Condiviso**

# Percorsi multidisciplinari

## 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*

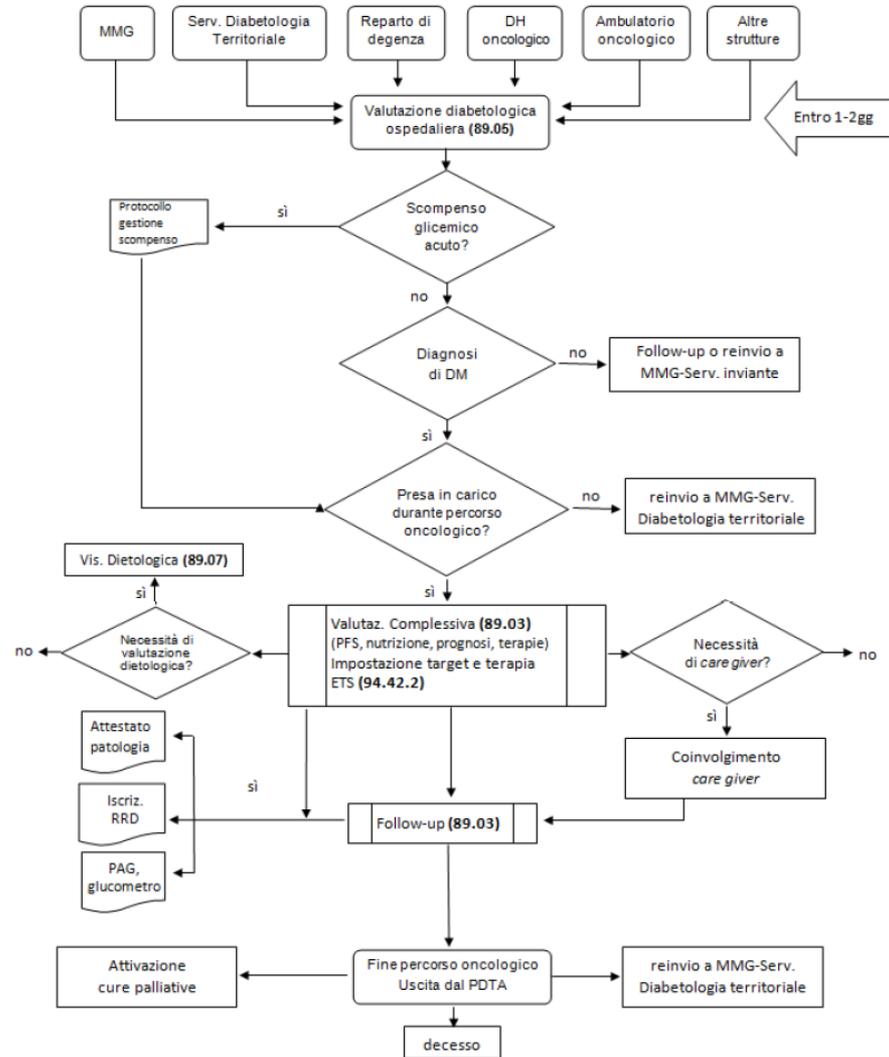
*Profilo di cura del paziente con iperglicemia ricoverato in Cardiologia*



*Il Giornale di AMD 2014;17:159-176*

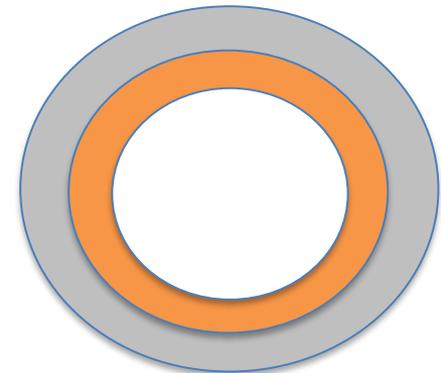
[http://www.aemmedi.it/pages/linee-guida\\_e\\_raccomandazioni/](http://www.aemmedi.it/pages/linee-guida_e_raccomandazioni/)

## Profilo di cura del paziente oncologico con diabete mellito ricoverato in ospedale



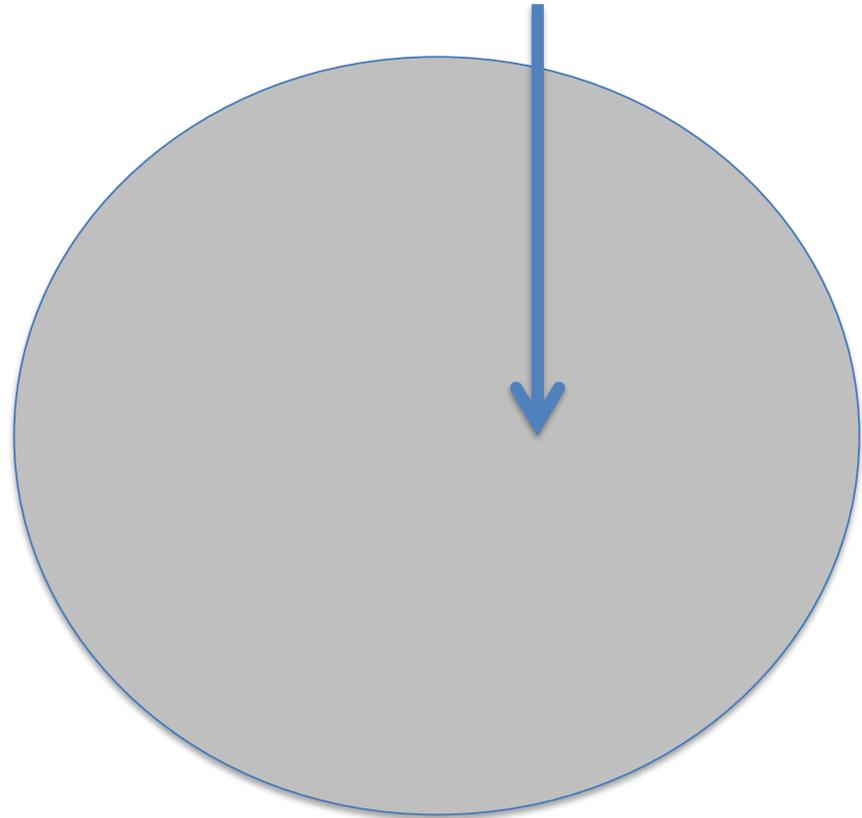
# Cosa possono fare i professionisti sanitari

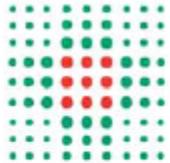
- A livello dell'assistenza clinica alla persona con diabete = servizi di diabetologia/cure primarie
- A livello dell'organizzazione dell'assistenza alla persona con diabete = rete diabetologica/  
rete multidisciplinare
- A livello di sistema dell'assistenza sanitaria = rapporti con Istituzioni



# L'assistenza diabetologica

## Rapporti con le Istituzioni





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Area Vasta Emilia Nord

# Penne pre-riempite per insulina

*Raccomandazioni per l'utilizzo delle penne pre-riempite per insulina nelle Unità Operative dei Presidi Ospedalieri AVEN*

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia Arcispedale S. Maria Nuova</p>  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia</p>	<b>PROCEDURA</b>	Pagina 1 di 9
<p><i>Direzione Professioni Sanitarie</i></p> <p><i>SS Diabetologia Ospedaliera Coordinamento Diabetologico Interaziendale</i></p>	<b>CONTINUITA' TERAPEUTICA-ASSISTENZIALE OSPEDALE - TERRITORIO DEL PAZIENTE DIABETICO, CHE HA INIZIATO PER LA PRIMA VOLTA LA TERAPIA INSULINICA IN CORSO DI RICOVERO OSPEDALIERO</b>	<b>PR15</b>
		EMESSO IL  <b>22/07/2016</b>

## LISTA DI DISTRIBUZIONE

**Direttori delle Strutture Ospedaliere Santa Maria Nuova**

**Coordinatori Infermieristici Strutture Ospedaliere Santa Maria Nuova**

**Direzione Professioni Sanitarie**

**Direzione Sanitaria dell'ASMN e dell'AUSL di RE**

**Diabetologia Ospedaliera**

**Farmacia Ospedaliera**

**Punto Unico di Accesso (PUA)**

**Diabetologie territoriali**

**Distribuzione Farmaci AUSL all'interno dell'ASMN**

**Dipartimento Farmaceutico**



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE  
Servizi Regionali

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1676 DEL 28 AGOSTO 2015



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

PROGRAMMA DI  
RIVOLTO A

Regione Friuli Venezia Giulia

ALLEGATO ALLA DELIBERA N. 1676 DEL 28 AGOSTO 2015



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

Documento di indirizzo  
regionale sull'Aspettativa di Vita  
Integrata alla Prevenzione  
Diabete

Anno 2015

1. Premessa
2. Offerta formativa regionale
3. Personale
4. Associazioni
5. Linee di indirizzo per i corsi

## Il diabete

Documento di indirizzo  
della

Direzione centrale salute, integrazione  
socio-sanitaria, politiche sociali e



REGIONE AUTONOMA  
FRIULI VENEZIA GIULIA

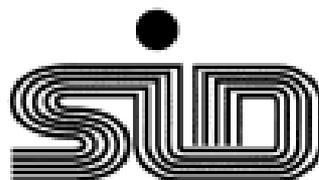
giunta regionale

### Delibera n° 303

Estratto del processo verbale della seduta del  
**24 febbraio 2017**

**oggetto:**

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SULLE MODALITÀ DI PRESCRIZIONE E GESTIONE DEL  
MONITORAGGIO IN CONTINUO DELLA GLICEMIA NEI PAZIENTI DIABETICI.



**Documento di consenso sulla prescrizione e gestione  
della terapia con microinfusori della Regione Lazio  
redatto dalle Società Scientifiche di Diabetologia  
AMD – SID – SIEDP**

**Il presente documento è una revisione aggiornata in relazione alle ultime Evidenze Scientifiche ed alla esperienza maturata in questi tre anni di applicazione della determina regionale B05070 del 6/8/2012.**

**PREMESSA**

**IL MICROINFUSORE NELLE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI**

L'interesse per la terapia insulinica con microinfusore, CSII (Continuous Subcutaneous Insulin Infusion) e la sua diffusione sono cresciuti moltissimo in quest'ultimo decennio. Ciò è stato determinato sia dal progressivo e continuo miglioramento delle pompe d'infusione (in termini di affidabilità tecnica, di accettabilità estetica e facilità d'uso), sia dall'esigenza di raggiungere un'ottimizzazione del controllo metabolico, condizione fondamentale per la prevenzione primaria e secondaria delle complicanze microangiopatiche del diabete tipo 1 (T1DM), come dimostrato, in maniera inconfutabile, dai grandi studi prospettici quali il DCCT (1) e l'UKPDS (2) Lo studio EDIC (3), inoltre, ha fatto comprendere come sia necessario raggiungere questo controllo molto precocemente, anche, in età pediatrica, giacché esiste una "memoria metabolica" in grado di proteggere nel tempo dalla comparsa delle complicanze, in caso di buon compenso glicemico pregresso.

*Handwritten signature*

## Regione Lazio

### Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 14 dicembre 2015, n. U00581

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

**VISTE** le Determinazioni regionali n. G07864 del 29.5.2014, n. G12315 del 2.9.2014 e n. G04901 del 24.5.2015 con le quali è stato istituito il Gruppo di Lavoro per la malattia diabetica con il compito di supporto tecnico scientifico alla competente Direzione regionale;

**CONSIDERATO** che il summenzionato Gruppo di Lavoro, ha elaborato il Documento "Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018", che definisce le linee per la programmazione e organizzazione dei servizi a favore delle persone con diabete, l'ottimizzazione e l'integrazione dei percorsi per la prevenzione, diagnosi, terapia e assistenza, i sistemi di valutazione tramite indicatori e l'uso di specifiche tecnologie;

## Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 14 dicembre 2015, n. U00581

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

### 3.6. Rete per l'assistenza al paziente diabetico nella Regione Lazio

Obiettivo della Rete è lo sviluppo di un approccio finalizzato a fornire un'assistenza qualificata durante l'intero decorso della malattia, evitando di fornire solo una risposta più o meno immediata al trattamento di singoli e separati episodi della malattia stessa. Si deve quindi superare la frammentarietà dell'erogazione di singole prestazioni ricostituendo l'unitarietà del percorso di cura, ed evitare che singoli tratti del percorso siano ripetuti più volte in ambiti differenti, come accade spesso nella realtà, creando duplicazioni e sprechi.

La malattia diabetica rappresenta un modello emblematico di patologia cronica. Affrontare nuove modalità di erogazione delle cure del diabete secondo una logica di integrazione delle unità organizzative e professionali costituisce quindi un'opportunità per la riqualificazione dell'assistenza nella maggior parte delle patologie croniche, tutte caratterizzate dal vincolo della continuità assistenziale come presupposto essenziale per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici e il miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

# Diabete. Piemonte definisce la rete territoriale endocrino-diabetologica per prevenzione e diagnosi precoce

*Gli indirizzi per la riorganizzazione sono contenuti in una delibera fresca di approvazione. Obiettivo: “Garantire ai pazienti una migliore assistenza attraverso l’omogeneità e la condivisione dei percorsi di cura fra tutti i servizi competenti e coinvolti in ciascuna area del territorio regionale, l’analisi e la soluzione collegiale dei problemi, l’appropriatezza clinica ed organizzativa, la formazione comune”.*

**Il modello di assistenza è basato su alcune priorità:**

- personalizzazione della terapia ovvero agire in modo personalizzato sia sullo stile di vita, sia sulle prescrizioni farmacologiche, sui tempi e sulle dosi di somministrazione;
- ottimizzazione del percorso diagnostico-terapeutico per adattarlo e renderlo appropriato a seconda delle esigenze e della situazione clinica del paziente;
- inserimento del paziente al centro di un “team integrato” costituito dal suo medico di famiglia, dal diabetologo e dagli altri operatori sanitari coinvolti nel processo di cura (infermieri, dietisti, ecc).

## MINISTERO DELLA SALUTE, BOZZA DECRETO

21 luglio 2014

**Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.**

### 8. Reti ospedaliere

#### 8.1. Aspetti generali

**8.1.1.** All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale:

- rete infarto;
- rete ictus;
- rete traumatologica;
- rete neonatologica e punti nascita;
- rete medicine specialistiche;
- rete oncologica;
- rete pediatrica;
- rete trapiantologica
- rete terapia del dolore
- rete malattie rare



Roma, 15 febbraio 2016

*Alla cortese attenzione Professor Francesco Bevere – Direttore Generale Agenas*

**Oggetto: “proposta di istituzione di un tavolo tecnico presso Agenas per la definizione della Rete Diabetologica nell’ambito delle reti delle medicine Specialistiche, previste dal Regolamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”**



Roma, 26 luglio 2016

# LEA= PRESTAZIONI

Gent.ma On.le  
Beatrice Lorenzin  
Ministro della Salute  
Viale Giorgio Ribotta, 5  
00144 Roma

**Oggetto: “Suggerimenti su una più uniforme applicazione dei LEA a livello nazionale”**

Gent.ma Sig.ra Ministro,

assicurare la tutela della salute mediante l'erogazione di attività/prestazioni e servizi (definizione LEA 2001) per ottenere obiettivi terapeutici (clinici, di salute, e di partecipazione attiva del paziente), per la diagnosi e il trattamento, farmacologico e non (anche comportamentale) del diabete e delle complicanze correlate, significa garantire la continuità di cure e permettere alla persona con diabete di mantenere nel tempo obiettivi terapeutici personalizzati. Tutto ciò può essere realizzato attraverso l'accessibilità a attività di provata efficacia, identificate nei livelli essenziali di assistenza come prestazioni facenti parte del nomenclatore tariffario nazionale e regionali, che siano integrate in Percorsi Diagnostico Terapeutico-Assistenziali (PDTA) appropriati a realizzare esiti di salute come la riduzione della morbilità e dei ricoveri, della mortalità prematura e l'aumento della durata di vita e della sua qualità.



**AMD**  
**ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI**

Preg.mo On. Mario Marazziti  
Presidente XII Commissione Affari Sociali  
Camera dei Deputati

p.c. Onorevoli Componenti della XII Commissione  
Camera dei Deputati

La ringraziamo per l'invito a partecipare ai lavori di questa Commissione: ciò consente ad una parte importante e consistente del mondo diabetologico nazionale di approfondire alcuni inderogabili aspetti assistenziali e nel contempo contribuire alla definizione dei contenuti del Decreto "Livelli essenziali di assistenza (LEA)", strumento fondamentale per adeguare il SSN ai reali bisogni della popolazione italiana. Infatti questo è lo strumento che identifica le prestazioni riconosciute, quindi erogabili, e che pertanto "governano e disciplinano" l'operato dei professionisti.



**Il Presidente**

Via Pisa, 21  
00162 Roma

Tel. +39 06.44240967  
Fax. +39 06.44292060

[www.siditalia.it](http://www.siditalia.it)

Roma, 5 dicembre 2016

**Oggetto: Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA - A.G. n. 358)**

Gentilissimi Senatori,

assicurare la tutela della salute mediante l'erogazione di attività/prestazioni e servizi (definizione LEA 2001) per ottenere obiettivi terapeutici (clinici, di salute, e di partecipazione attiva del paziente), per la diagnosi e il trattamento, farmacologico e non (anche comportamentale) del diabete e delle complicanze correlate, significa garantire la continuità di cure e permettere alla persona con diabete di mantenere nel tempo obiettivi terapeutici personalizzati. Tutto ciò può essere realizzato attraverso l'accessibilità a attività di provata efficacia, identificate nei livelli essenziali di assistenza come prestazioni facenti parte del nomenclatore tariffario nazionale e regionali, che siano integrate in Percorsi Diagnostico Terapeutico- Assistenziali (PDTA) appropriati a realizzare esiti di salute come la riduzione della morbilità e dei ricoveri, della mortalità prematura e l'aumento della durata di vita e della sua qualità.



**Diabete Italia**  
onlus



Roma, 6 dicembre 2016

**Preg.ma Senatrice Emilia De Biasi**

Presidente della XII Commissione - Igiene e Sanità  
Senato della Repubblica

**p.c. Componenti della XII Commissione**

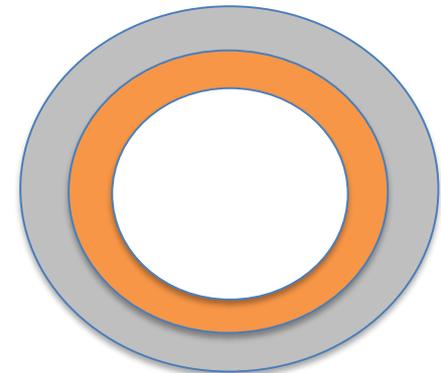
Senato della Repubblica

Diabete Italia ringrazia per l'invito a partecipare a questa audizione.

Diabete Italia raccoglie la voce di Società Scietifiche ed Associzioni Professionali che operano nel settore della diabetologia (AMD, SIEDP, SIMG e OSDI) e di Associazioni di Volontariato delle persone con diabete (Diabete Forum, ANIAD) e dei genitori di bambini diabetici (AGDI). In questa luce fa suo il documento presentato dalla Associazione Medici Diabetologi (AMD) la scorsa settimana nella audizione presso la XII Commissione Affari Sociali della camera dei Deputati e sottoscritto anche dalla Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP) e dalla Associazione degli Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani (OSDI) (*allegato 1*). Il documento è condiviso anche dalla Società di Medicina Generale (SIMG).

# Cosa possono fare i professionisti sanitari

- A livello dell'assistenza clinica alla persona con diabete = servizi di diabetologia/cure primarie
- A livello dell'organizzazione dell'assistenza alla persona con diabete = rete diabetologica/ rete multidisciplinare
- A livello di sistema dell'assistenza sanitaria = rapporti con Istituzioni

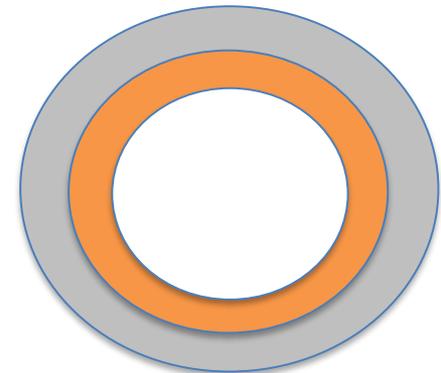


# Cosa possono fare i professionisti sanitari

- A livello dell'assistenza clinica alla persona con diabete = implementare le competenze tecniche e relazionali, misurare attività e processi, migliorare performance
- A livello dell'organizzazione dell'assistenza alla persona con diabete = perseguire l'integrazione, implementare i percorsi assistenziali nei diversi setting, assicurare sistemi informativi per il monitoraggio di processi/esiti
- A livello del sistema dell'assistenza sanitaria = sensibilizzare, fare lobbying, perseguire l'alleanza con le Associazioni di Volontariato

# Cosa possono fare i professionisti sanitari

- A livello dell'assistenza clinica alla persona con diabete = molto
- A livello dell'organizzazione dell'assistenza alla persona con diabete = abbastanza
- A livello del sistema dell'assistenza sanitaria



*grazie per l'attenzione*