

DICHIARAZIONE CONFLITTO D'INTERESSE DOCENTI

In ottemperanza alla normativa ECM ed al principio trasparenza delle fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario, il **docente deve "rilasciare al provider o all'organizzatore la dichiarazione di conflitto d'interessi (ultimi 2 anni rapporti diretti con aziende) e che successivamente debba informare l'aula all'atto della sua presentazione o comunque prima della lezione/relazione dichiarandolo ai discenti"**.

Sanofi Aventis

ROCHE diagnostic

Ely Lilly

Novo Nordisk

Congresso AMD-SID Emilia-Romagna

L'ASSISTENZA DIABETOLOGICA
IN EMILIA-ROMAGNA:
UN IMPEGNO PER TUTTI

9 e 10 ottobre 2015



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Continuità tra Ospedale e Territorio



Valeria Manicardi
Coordinatore Diabetologia
Interaziendale
Direttore UIMD Osp di
Montecchio

Diabete in Ospedale _Di cosa parliamo?

Tema a lungo trascurato anche se assorbe la maggior quota di risorse dedicate al diabete

- **In ospedale il diabete costituisce una realtà trasversale a tutti i reparti:** è presente in almeno un paziente su quattro in area medica (st.FADOI) e in un paziente su tre in terapia intensiva/aree Critiche e nelle rianimazioni
- **Il ricovero ospedaliero è dovuto**
 - sia ad eventi metabolici acuti legati alla malattia (*iperglicemia, iperosmolarità, chetoacidosi o ipoglicemie*),
 - ma più frequentemente ad eventi acuti che richiedono un ricovero urgente (ictus, infarto miocardico, infezioni, frattura o trauma) o ad interventi chirurgici in elezione
- I **tempi di degenza** sono in media più lunghi a parità di patologia
- **Tema inserito nel Piano Nazionale Diabete nelle Aree di miglioramento**
- **L'iperglicemia ed l'ipoglicemia sono indicatori indipendenti di prognosi negativa in qualunque setting assistenziale**

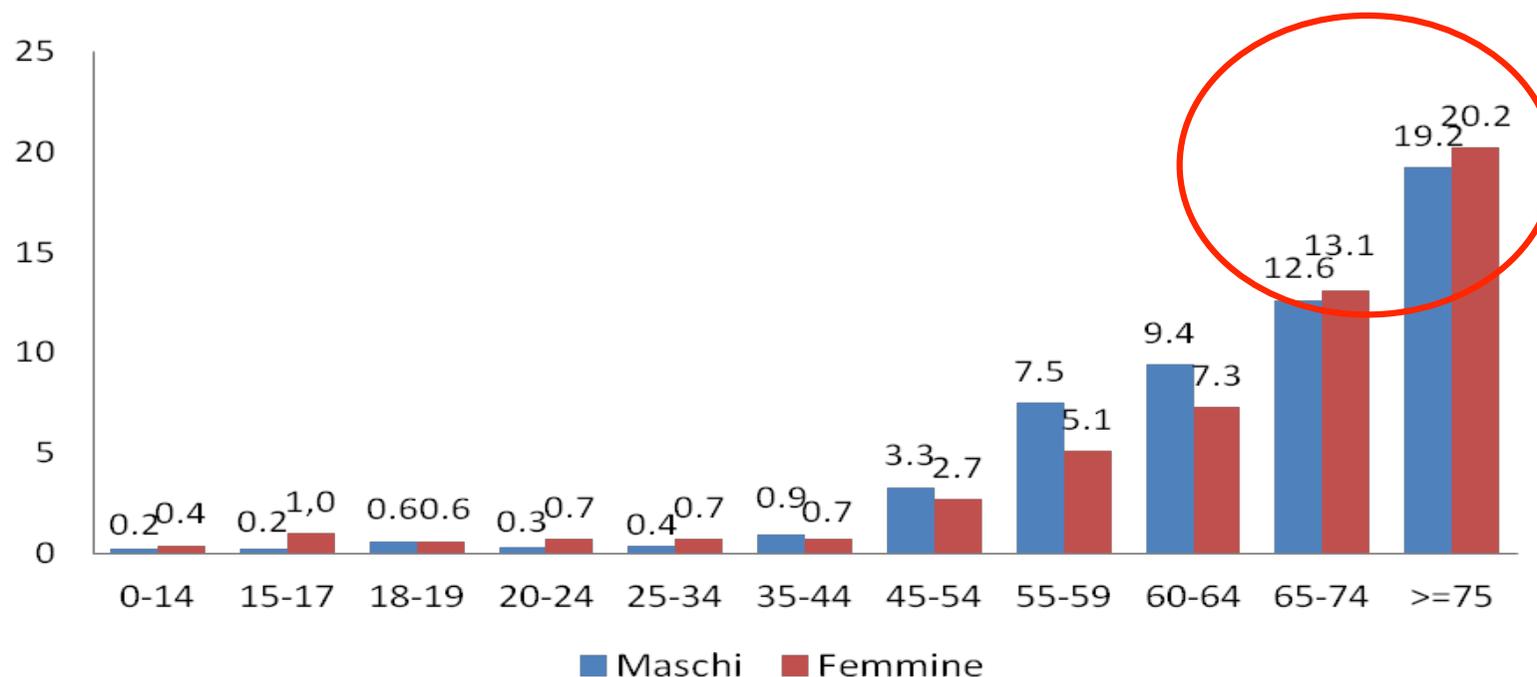
Il diabete in ospedale:

di cosa parliamo ?

- Percorsi assistenziali dedicati (*PS-AIC-Chir*)
- Appropriatelyzza Terapeutica :
 - protocolli di trattamento (Iper-IpoG)
 - gestione della terapia Insulinica
 - uso delle Penne in ospedale
- Continuità Assistenziale Osp-Territorio:
presa in carico pre-dimissione

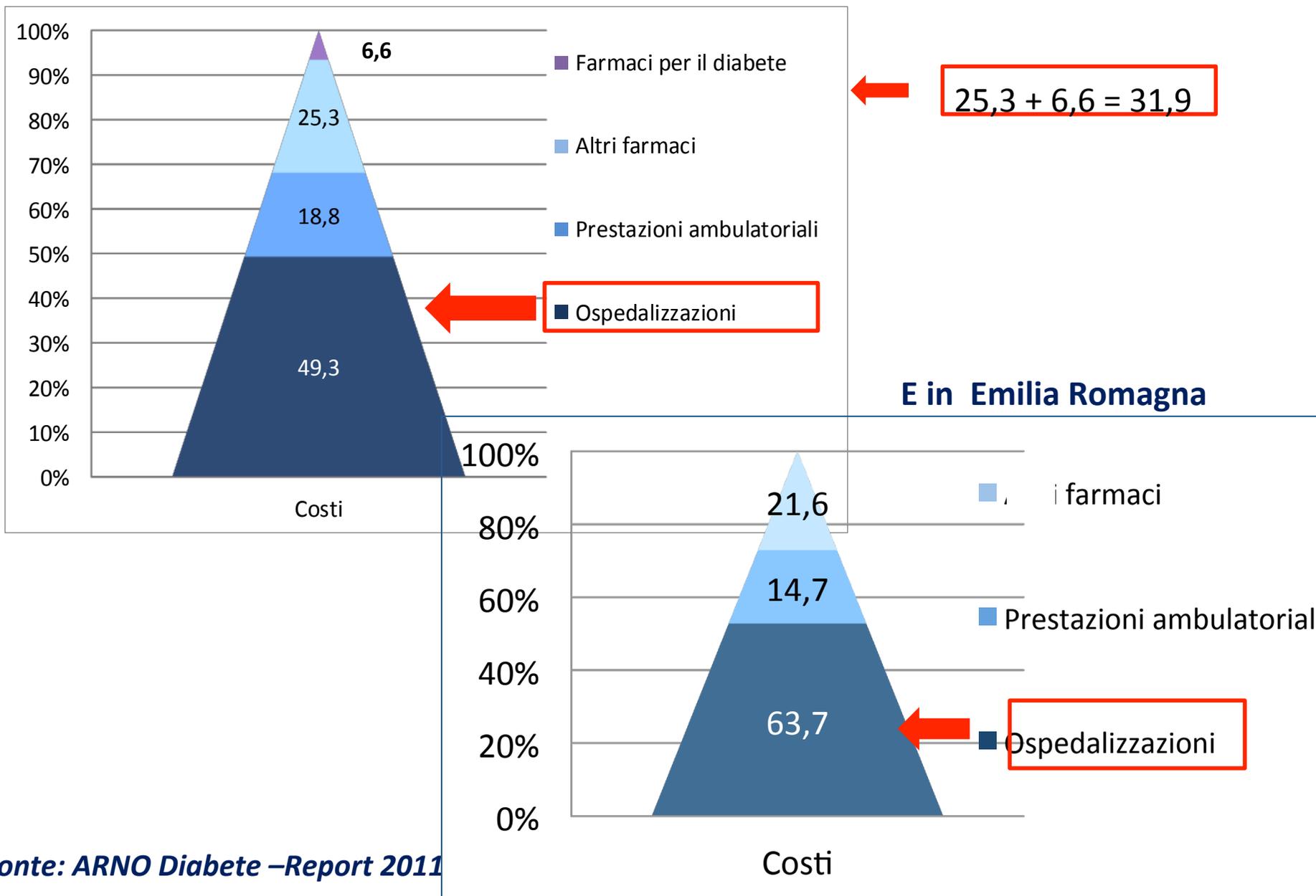
Età e Diabete

Prevalenza di diabete in relazione alle fasce di età (dati ISTAT 2010)



Il 60 – 70 % dei Diabetici in Italia ha una età > a 65 a

I costi del diabete in Italia



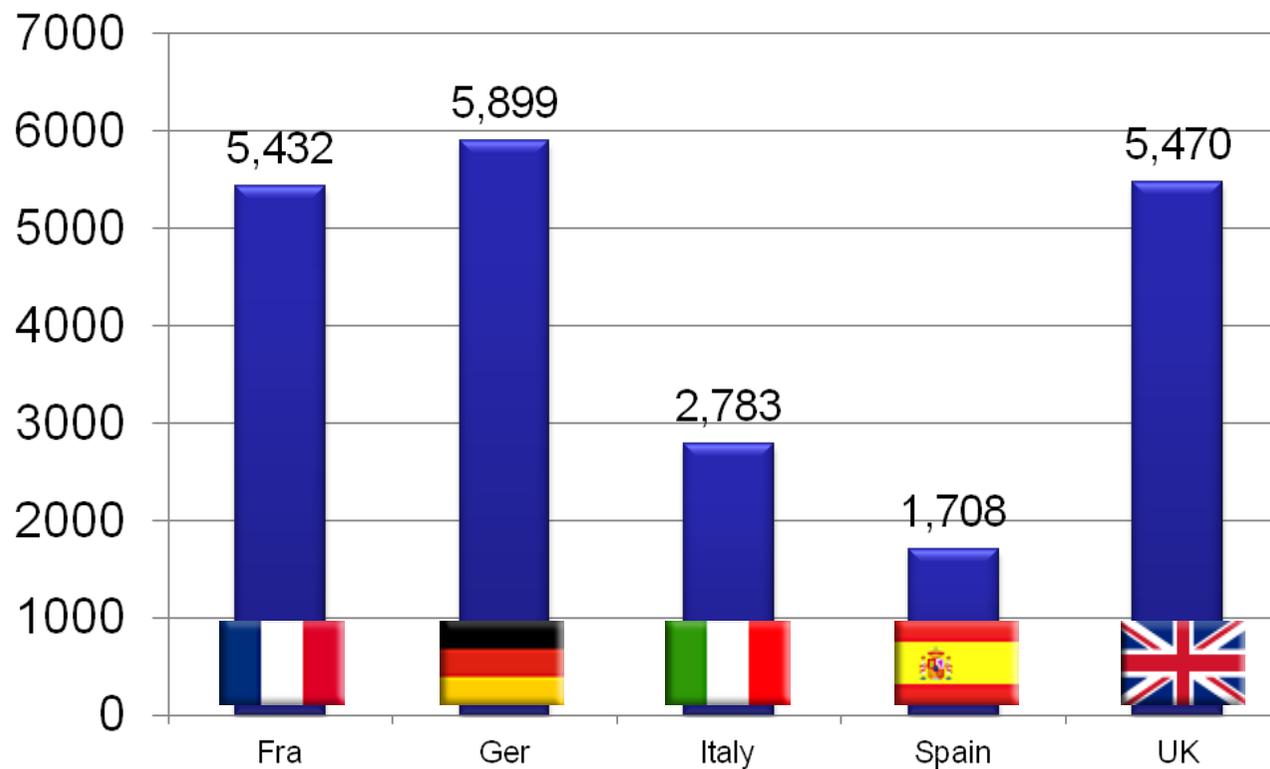
Fonte: ARNO Diabete –Report 2011

I costi del diabete

Costo medio per soggetto con diabete (€)

Fonte: London School of Economics 2011

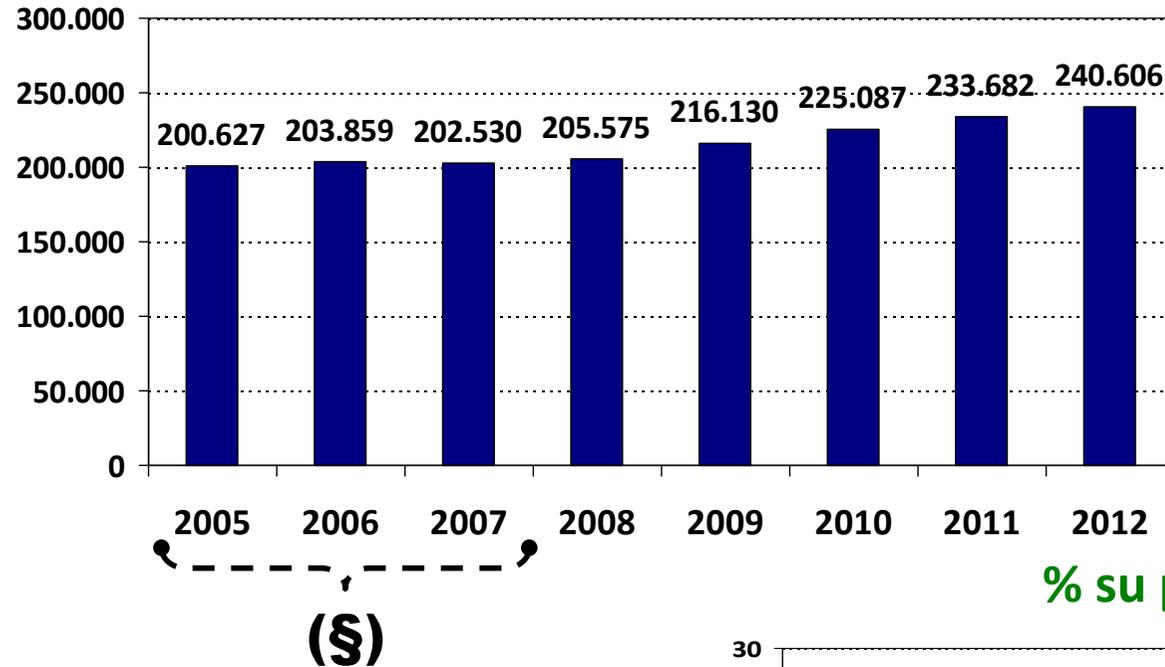
Costi diretti



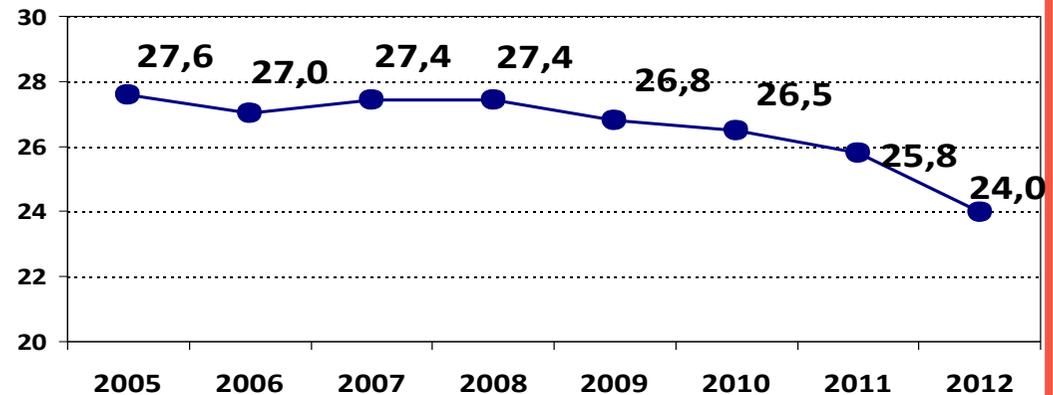
N.B. per la Spagna, utilizzando altre fonti, il costo potrebbe raggiungere i 3,015 €

Popolazione adulta (>= 35 anni) con diabete in trattamento, E-R (2005-2012)

Agenzia sanitaria e sociale regionale



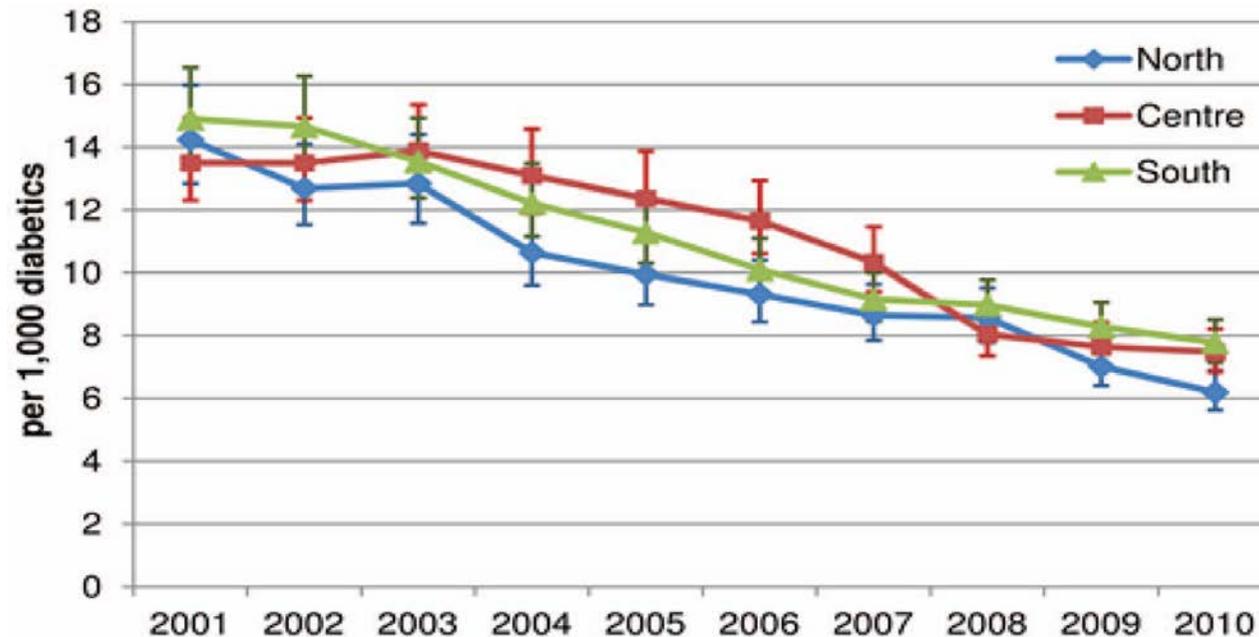
Ricoveri % su popolazione con diabete



Temporal Trend in Hospitalizations for Acute Diabetic Complications: A Nationwide Study, Italy, 2001–2010

Flavia Lombardo¹, Marina Maggini¹, Gabriella Gruden², Graziella Bruno^{2*}

¹ National Institute of Health, Rome, Italy, ² Department of Medical Sciences, University of Turin, Turin, Italy



Acute
Diabetic
Complication
3,5 %

- 51,1 %

Riduzione dei Ricoveri per Complicanze acute (3,5% del totale dei ricoveri in Diabetici : Chetoacidosi, Coma iperosmolare, Coma Ipoglicemico) in 10 anni è del 51,1% e del 28,9% di tutti i ricoveri.

- Ridurre del 10% i ricoveri significa risparmiare oltre 60 mln di €/anno

Spending Review del Diabetologo



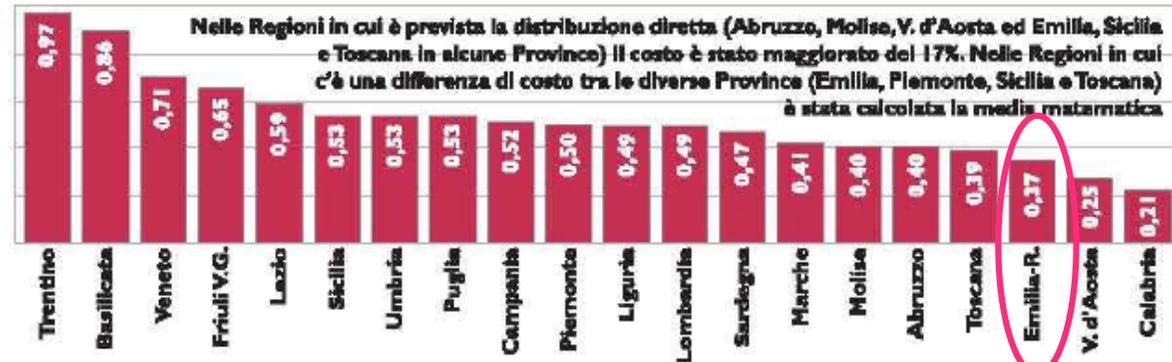
Proposta per ridurre la spesa legata a una patologia a impatto epidemiologico imponente

La spending del diabetologo

Razionalizzando la spesa per presidi e ricoveri risparmi da 1,2 miliardi

Una delle sfide maggiori che gli operatori sanitari sono chiamati a fronteggiare in questi tempi è il mantenimento degli standard assistenziali raggiunti nell'ultimo decennio nonostante la progressiva riduzione del finanziamento del Ssn. Infatti, al di là di proclami e camuffamenti tipici di alcuni comunicati politici, è provato che la spesa per la Sanità negli ultimi 3 anni si è ridotta, in particolare nel 2011 sono stati stanziati 312 milioni in meno che nel 2010. Nel bre-

Figura 1 - Rimborso medio delle strisce da parte del Ssn Regione per Regione (anno 2012 - euro)

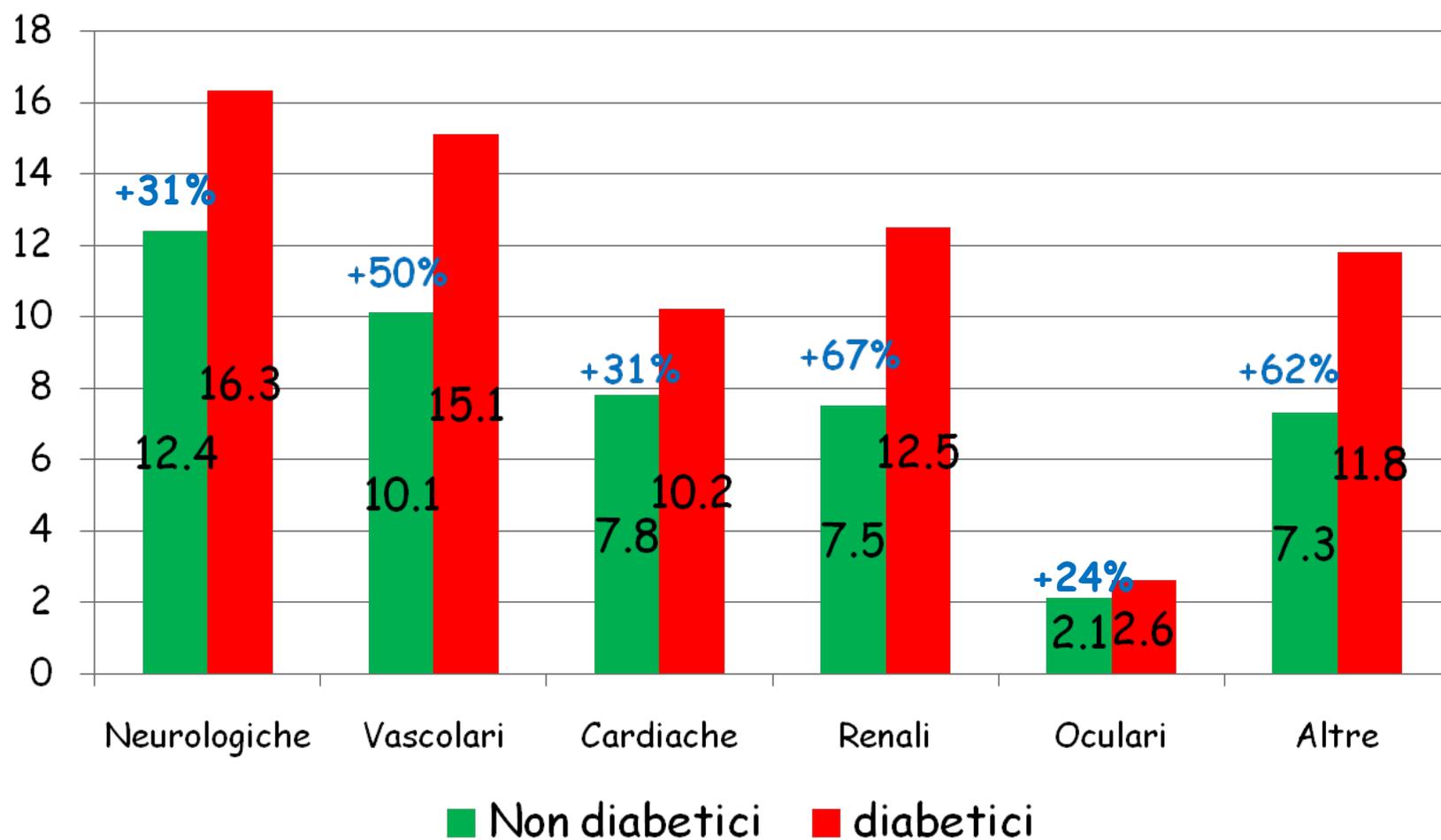


che ai ricoveri per tutte le altre cause, in particolare per complicanze, che secondo l'Istat nel 2010 sono state 698.506, allora una riduzione anche solo del 10% si traduce in 61,5 milioni di spesa in meno. E si tratta sicuramente di sottostime, considerando che nel 30-40% dei ricoveri di pazienti con diabete non viene riportato il codice di codifica nelle Sdo. È altamente probabile che la spesa risparmiata sia almeno doppia.

Riduzione della degenza

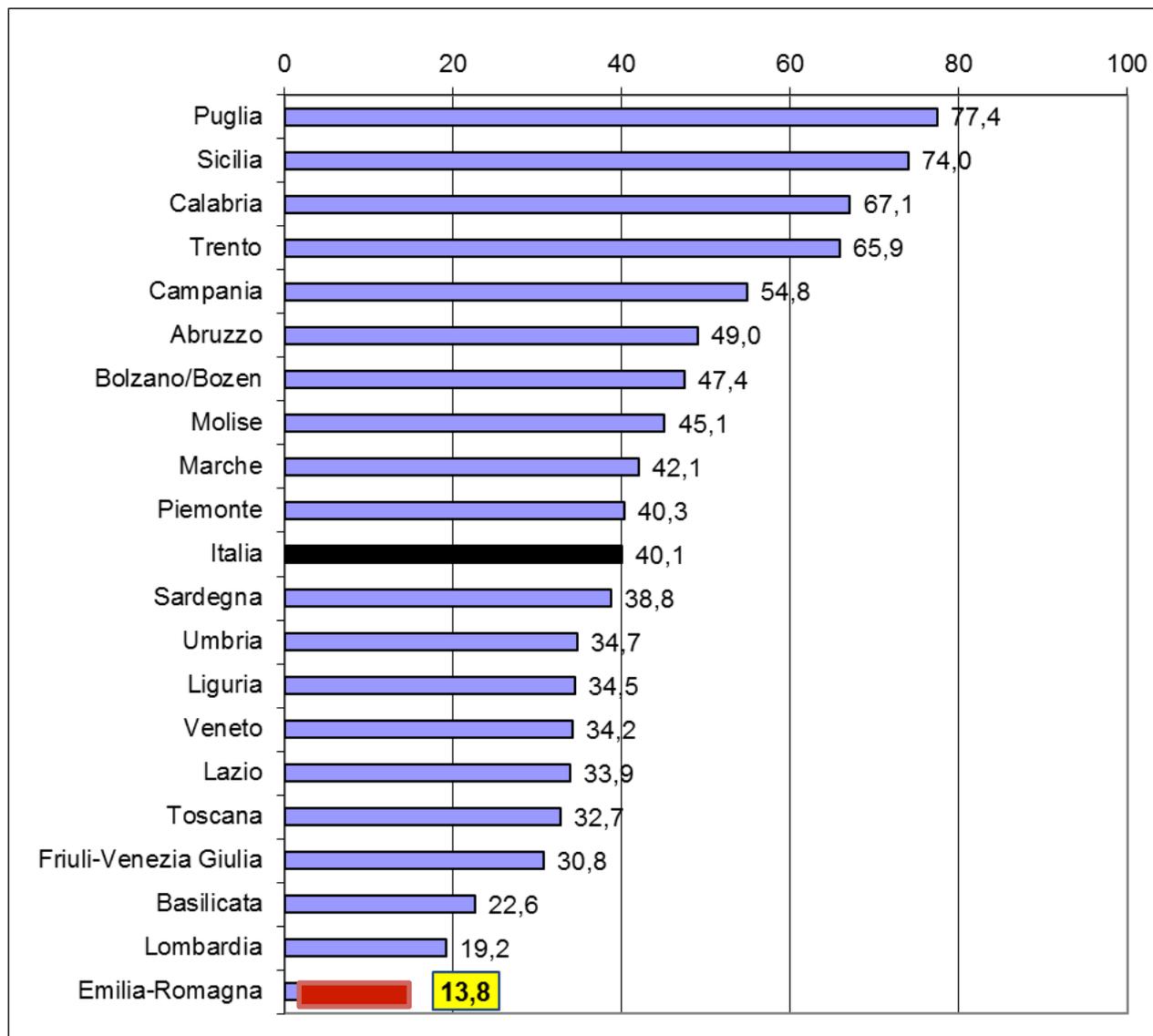
- La riduzione dei Ricoveri per Complicanze acute è il risultato del lavoro della rete dei servizi di Diabetologia, e dell'educazione terapeutica dei Team Diabetologici.
- **Ridurre del 10% i ricoveri significa risparmiare oltre 60 mln di €. anno**

Degenza media per causa di ricovero in diabetici e non diabetici.



Giorda CB, Manicardi V Il Diabete 2004; 16: 388- 401

Tasso di giornate di degenza per ospedalizzazione per patologie correlate al diabete standardizzato per età per 100.000 abitanti



<http://www.istat.it/it/archivio/71090>

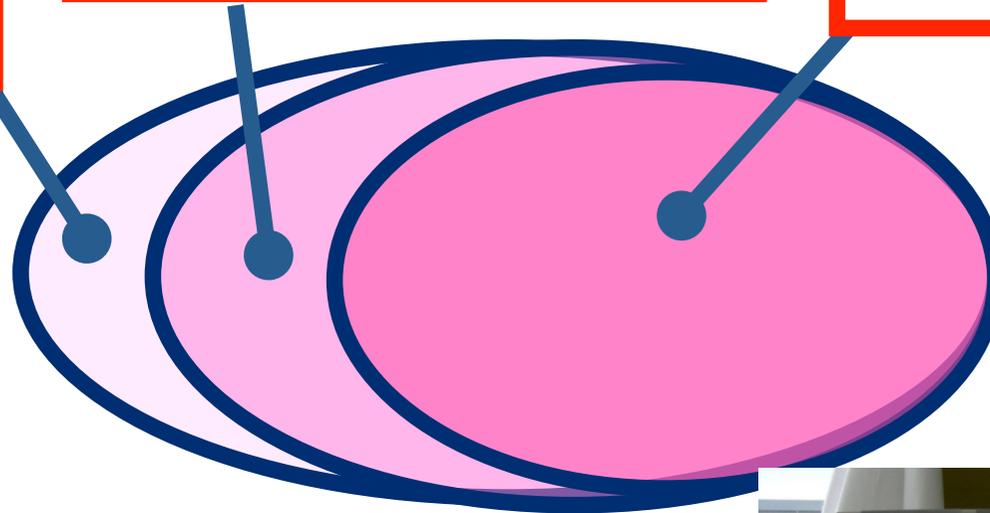
Valeria Manicardi

Iperglicemia in Ospedale

Iperglicemia in paziente NON diabetico: "da stress"

Iperglicemia in paziente diabetico non diagnosticato

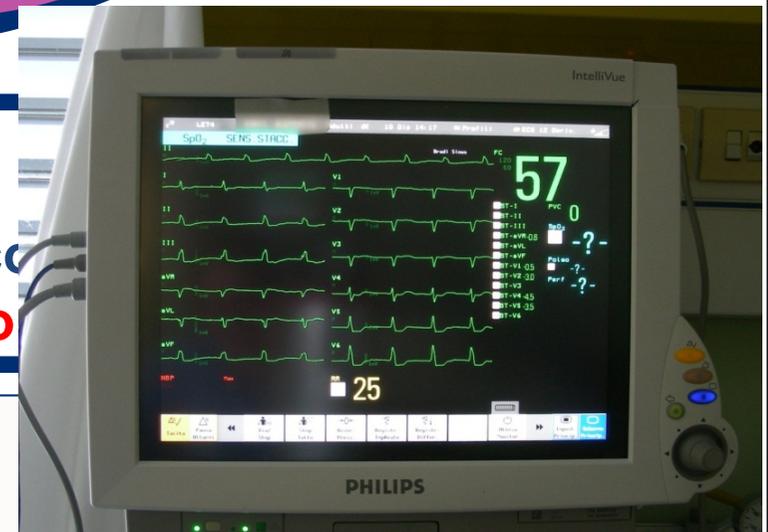
Iperglicemia in paziente diabetico noto



A qualunque gruppo appartenga,

**L'iperglicemia è un fattore prognostico
deve essere sempre trattata, evitando**

La Glicemia è l'unico parametro vitale non monitorato automaticamente nelle terapie intensive



ORIGINAL ARTICLE

Hypoglycemia and Risk of Death in Critically Ill Patients

The NICE-SUGAR Study Investigators*

ABSTRACT

BACKGROUND

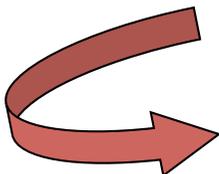
Whether hypoglycemia leads to death in critically ill patients is unclear.

- ❑ “Transient hypoglycemic hemiparesis”. *J Natl Med Assoc.* 2002 Nov;94(11):999-1001 - Case Report (18 yr old F- DT1)
- ❑ **Transient hypoglycemic hemiparesis is a rare but important presentation of hypoglycemia that is frequently misdiagnosed as stroke, and - if misdiagnosed - could result in permanent neurological damage.**

P<0.001) and 2.10 (95% CI, 1.59 to 2.77; P<0.001), respectively. The association with death was increased among patients who had moderate hypoglycemia on more than 1 day (>1 day vs. 1 day, P=0.01), those who died from distributive (vasodilated) shock (P<0.001), and those who had severe hypoglycemia in the absence of insulin treatment (hazard ratio, 3.84; 95% CI, 2.37 to 6.23; P<0.001).

CONCLUSIONS

In critically ill patients, intensive glucose control leads to moderate and severe hypoglycemia, both of which are associated with increased mortality. The association exhibits a dose-response relationship with distributive shock. However, these data are limited by the Australian National Health and Medical Research Council SUGAR ClinicalTrials.gov number, NCT00220987.)



Il Cervello ha bisogno di zucchero !!!

**LG 2011
AAACE-ADA**



Contents lists available at ScienceDirect

Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism

journal homepage: www.elsevier.com/locate/beem



10

Special considerations for the diabetic patient in the ICU;
targets for treatment and risks of hypoglycaemia

Sarah E. Siegelaar, Medical Doctor, PhD Student^{a,*}, Joost B.L. Hoekstra,
Professor of Internal Medicine^b, J. Hans DeVries, Internist-endocrinologist^c

^aDepartment of Internal Medicine, Academic Medical Centre, Meibergdreef 9, Room F4-257, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands

- **Iperglicemia grave (= > 200) :**
**Mortalità è > nei NonDiab con Iperglicemia di nuovo
riscontro o da Stress vs Diabetici noti**
- **Ipoglicemia :**
Mortalità è > nei Diabetici (*Pazienti più fragili*)

**In ogni Ospedale deve essere presente una
Struttura diabetologica (Team) per gestire :**

A. Percorsi di presa in carico dal PS

- urgenze, OBI,.. per ridurre i ricoveri impropri

**B. Assistenza al paziente diabetico ricoverato: critico,
e urgente: condivisione Protocolli di gestione
dell'Iperglicemia e Ipoglicemia**

C - Percorso pre-operatorio del paziente diabetico.

**D - Dimissione “protetta” o presa in carico pre-
dimissione : - consulenza inferm. Strutturata**

- Educazione paziente all'autogestione

- **.....Formazione Continua in ospedale**

Il documento condiviso Percorsi di cura clinico-organizzativi

Il Giornale di AMD 2014;17:159-176

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. Messeri Ioli

Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)

G. Pagliarini

Società Italiana di Chirurgia (SIC)

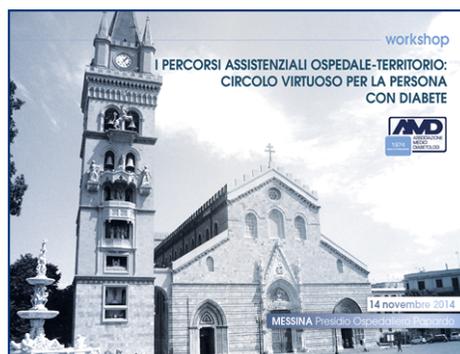
G. Leoni, C. Nigro

Società Italiana Medici Emergenza Urgenza (SIMEU)

A.M. Ferrari, M. Guarino

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

C. Barletta



http://www.aemmedi.it/pages/linee-guida_e_raccomandazioni/

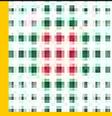


Progetto di Ricerca Finalizzata Università-Ospedale AREA GOVERNO CLINICO

«Governance del paziente Diabetico in diversi setting assistenziali»

**Capofila : Università di Parma – Ivana Zavaroni
Montecchio – Ferrara –Bologna – Modena - Carpi**

- **AUDIT RETROSPETTIVO PER 3 MESI IN 3 AREE:
MEDICA-CHIRURGICA-CRITICA**
- **FORMAZIONE CONDIVISA PER 4 MESI CON CONDIVISIONE
DI PROTOCOLLI DI TRATTAMENTO**
- **RE - AUDIT PER 3 MESI DOPO LA FORMAZIONE**

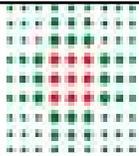


Dati preliminari pre-intervento su **467** pazienti :

- **il 18% dei pazienti non era diabetico noto (neodiagnosi in corso di ricovero)**
- La % di pazienti con glicemia all'ingresso ≥ 200 mg/dl si riduceva alla dimissione del 30% in TI e MI e del 15% in CH.
- **Il monitoraggio glicemico è stato correttamente eseguito nell'80% in MI, nel 48% nelle TI e nel 34% in CH.**
- Il target glicemico adeguato è stato raggiunto nel 42% dei pazienti, con un tempo medio di raggiungimento di 3 giorni.
- **Il 29% dei pazienti ha presentato almeno un episodio di ipoglicemia (3% almeno una ipoglicemia severa).**
- Solo nel 40% dei pazienti critici è stato utilizzato un protocollo di terapia insulinica infusiva.
- **Le situazioni più carenti dei tre setting assistenziali è nelle aree chirurgiche**



I BISOGNI INEVASI in ambito Ospedaliero
AREA GOVERNO CLINICO



I percorsi assistenziali ospedale-territorio

Il paziente diabetico ospedalizzato è un paziente complesso.....

è indispensabile che la Struttura Specialistica Diabetologica sia coinvolta fin dall'inizio nel percorso di cura attraverso percorsi assistenziali

- **procedura per la corretta Gestione del paziente Diabetico** o con Iperglicemia ricoverato devono essere condivise in loco
- **continuità di cura attraverso una Dimissione Protetta** condivisa con il Serv diabetologico di riferimento

A - Il paziente diabetico che deve essere sottoposto a un intervento chirurgico in elezione – Percorsi Pre-Operatori

B - Il paziente diabetico in Pronto soccorso : percorsi per le urgenze – OBI – Protocolli

C - Dimissione “protetta” o presa in carico pre-dimissione

D - formazione continua rivolta a tutti gli operatori sanitari



Protocolli di trattamento Insulinico Intensivo nei Pazienti Critici di area medica e chirurgica

**La Proposta Operativa
di AMD - SID – OSDI della
Regione Emilia Romagna**

Aprile 2009

APP

3.1.1 - ALGORITMO per INFUSIONE di INSULINA RAPIDA nel paz Critico in CORSO di I.M.A/EPA/ICTUS/Insuff Resp per 48/72 ore in pazienti Diabetici e/o con Iperglicemia grave (>200-250)

1° via: INFUSIONE IN POMPA SIRINGA di 49,5 ml. di SOL. FISIOL + 50 U.I. di INSULINA RAPIDA (R) (= 0,5 ml) che determina una concentrazione di

2° via: GIK -Infonder 60 cc/h

di idratazione (30 -

ale di 10 u ev

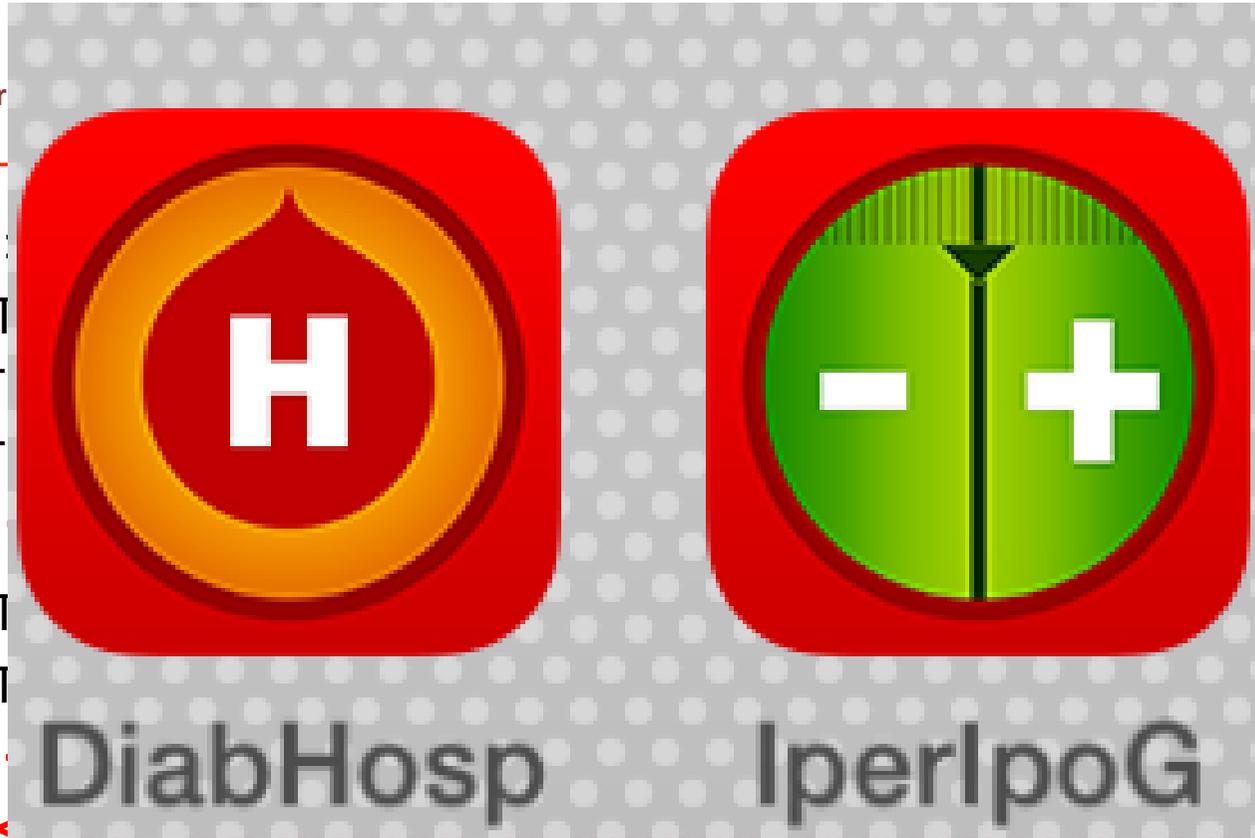
in 2via ←

NOTTE)

NOTTE)

ompa)

NO 2-4 ORE



DiabHosp

IperIpoG

- SE GLIC. T
- SE GLIC. T
- SE GLIC. T
- SE GLIC. T
- **SE GLIC.**
- SE GLIC. T
- SE GLIC. T
- SE GLIC.
- SE GLIC.

- + STIK ogni ora e adeguamento infusione EV Insulina in pompa)
- SE CI SONO SINTOMI da IPOGLICEMIA USARE GLUC. AL 30% per 2 ore e controllo stik ogni ora)

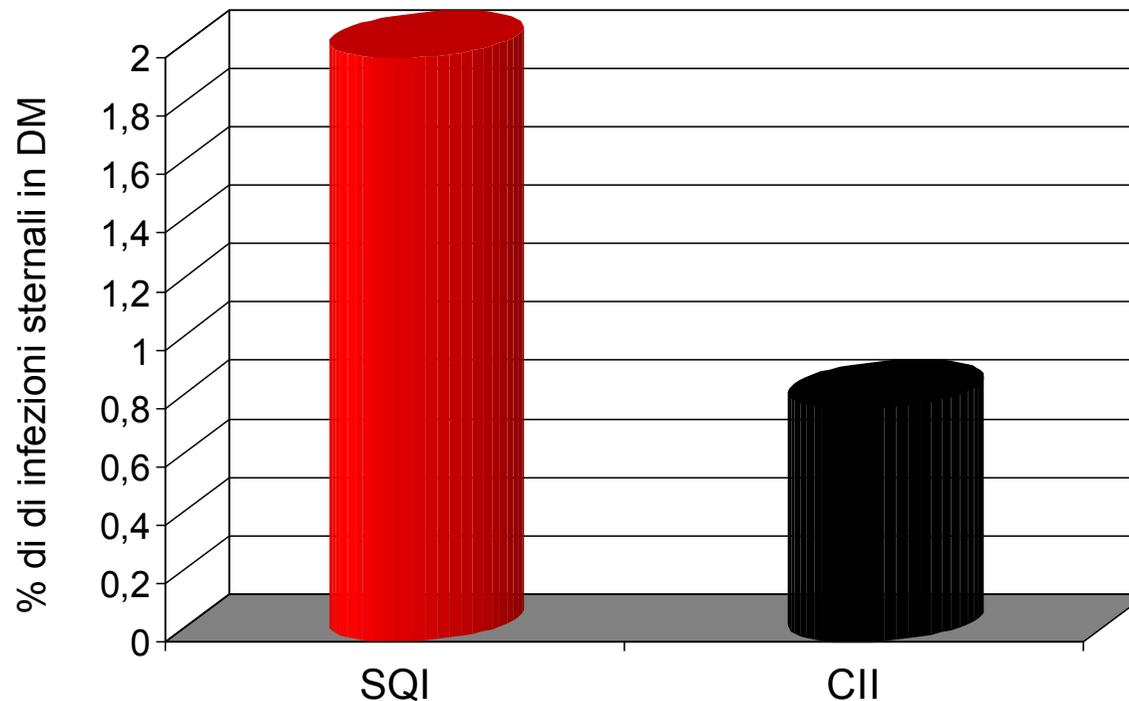
• CONTROLLO STIK dopo 1ora, per verifica dose (U/ora) poi OGNI 2 ORE PER LE PRIME 12 ore, poi OGNI 4 ore, se glicemie stabili

• Quando 3 glic successive sono => 140 < 180 → embricare la TER. INSULINICA S.C. AI PASTI con HUMALOG o NOVORAPID o APIDRA, poi sospendere la pompa al momento della prima dose di Ins. LANTUS o LEVEMIR serale.

Controllo della glicemia e riduzione del rischio di infezioni sternali

Ann Thorac Surg 1999; 67; 352-362

L'uso di protocolli di terapia insulinica infusiva continua riduce l'incidenza di infezioni "sternali" (Ann Thorac Surg 1999; 67; 352-362)





International Journal of Q in Health care , 2001

La **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Org. (JCAHO)** ha identificato i 5 Farmaci a più alto rischio di errore nella somministrazione che possono compromettere la sicurezza del paziente :

Safety

1 – **INSULINA** → **Fonti principali di errore :**

- 2 – Oppiacei e narcotici
- 3 – Fosfato di Potassio
- 4 – Eparina sodica
- 5 – Cloruro di Sodio

- Lack of coordination between feeding and administration of medications, leading to mistiming of insulin action
- Insufficient frequency of blood glucose monitoring
- Orders not clearly or uniformly written
- Failure to recognize the need for changes in insulin requirements because of advanced age, renal failure, liver disease, change in clinical status, use of corticosteroids, or interruption or changes in feeding

Strategie per evitare errori:

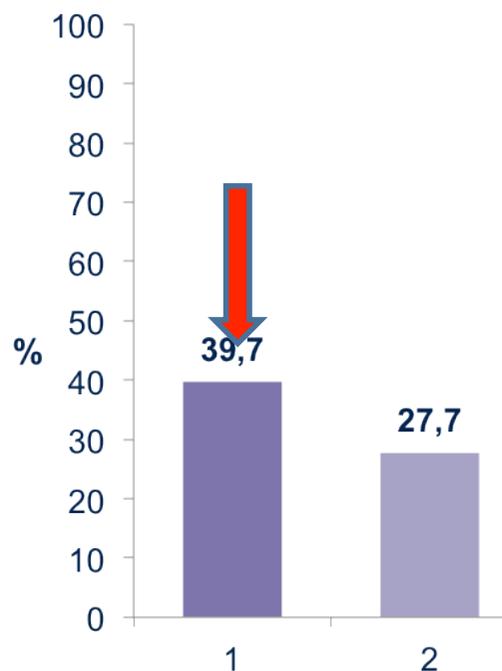
- Ter informatizzata
- checklists
- **Adozione di Protocolli scritti**
- comunicazione adeguata in dimissione

TRIALOGUE – AMD-FADOI –SID

Gestione del paziente Diabetico in Area Medica

IERI ?

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



1. direttamente alle cure del medico di medicina generale con indicazione a rivolgersi al proprio Diabetologo di riferimento
2. viene dimesso con un appuntamento già fissato per il diabetologo
- 3.

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 nelpattume



 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA <small>Azienda Unità Sanitaria Locale di Feggo Civita</small>	ISTRUZIONE OPERATIVA	Pagina 1 di 2
	Ospedale di Montecchio SOS di Diabetologia	Presa in carico del Paziente Diabetico per addestramento pre-dimissione

OGGI

Il Medico di reparto invia la richiesta di Consulenza Diabetologica (almeno 3 gg prima della prevista dimissione) segnalando le necessità di

- 1. Addestramento all'uso di insulina (**Penne Monouso**)**
- 2. Autocontrollo glicemico**
- 3. Educazione Nutrizionale (Dietista)**



L'Infermiera/e, entro 24-48 ore, esegue la consulenza registrando la prestazione:

- inserisce il paziente nella cartella diabetologica (MSC)**
- assegna un appuntamento di visita diabetologica (che verrà indicata sulla lettera di dimissione)**
- Consegna al paz il materiale e i PT per gestire la terapia**

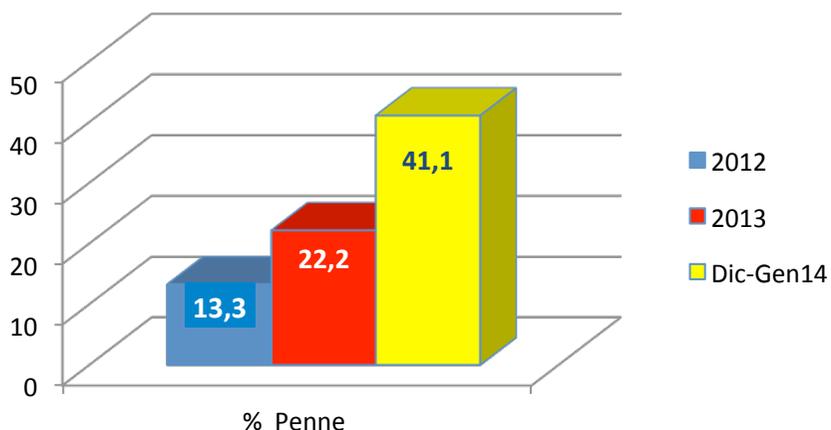
Lascia in cartella scheda compilata della prestazione effettuata

Consulenza Strutturata Diabet. pre dimissione

Consulenze del Team Diabetologico presso l'AoSMN di Reggio Emilia :

Corsi di Formazione : 400 Inf. Formati

Anno	Cons Medico	Cons Inferm
2011	696	391
2012	759	556
2013	1053	559



La Presa in Carico pre-Dimissione presso l'Ospedale di Montecchio (AUSL di Reggio Emilia):

N° paz	Medicina	Chirur
307	252	55
entro 24 h	78%	85%
Entro 48 h	22 %	15%
Dimissione	Penne	100%

Costi Anno	2012	2013
€	22950	22104

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	PROCEDURA	Pagina 1 di 7
DIREZIONE SANITARIA	GESTIONE tramite PSC della TERAPIA INSULINICA EV e SC nel PAZIENTE DIABETICO/IPERGLICEMICO RICOVERATO CORRETTO USO delle PENNE PRE-RIEMPITE	Codice PR12
		Rev 0 del 21 /08/ 2015

1. SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di **uniformare in tutta l’Azienda USL di Reggio emilia la gestione della terapia insulinica** del paziente diabetico ricoverato in ospedale e la **sua prescrizione sia in infusione endovenosa, che per via sottocutanea, tramite il programma informatizzato dedicato (PSC).**

La PR descrive inoltre le corrette modalità di utilizzo delle Penne pre-riempite di Insulina, in applicazione al documento già approvato in AVEN (1), che diventa la modalità preferenziale di somministrazione di insulina per via sottocutanea,

In dimissione.....

Il medico dovrà prescrivere in dimissione SOLO le penne pre-riempite.



Prescrizione di INSULINA EV

Il medico dovrà cliccare sul tasto “+ FARMACO” nella classe di terapia ENDOVENA:

Endovena **+ Farmaco** Estemporanea

Si aprirà la pagina ELENCO FARMACI in cui è inserito il campo di ricerca “FARMACO”. In tale campo il medico dovrà digitare la tipologia di insulina “umana” da prescrivere.

Nella colonna “COCKTAIL” è preimpostata una “facilitazione informatizzata” identificata con la descrizione “POMPA SIRINGA: Insulina Umana Regolare 50 UI in fisiologica 50 ml”.

Cocktail
EV POMPA SIRINGA: Insulina Umana Regolare 50 UI in fisiologica 50 ml

Selezionando il cocktail preimpostato sarà possibile prescrivere la pompa di insulina inserendo la velocità di inizio infusione (Fig.4, riquadro rosso) in base alla glicemia rilevata.

La determinazione della velocità dovrà essere fatta mediante la consultazione dell’allegato **POSOLOGIA** (Fig.4, riquadro blu), dove è riportato l’Algoritmo per l’infusione insulinica EV in pazienti diabetici. Dopo aver cliccato sul tasto “Aggiorna”, la prescrizione sarà attiva e visibile nella grafica informatizzata.

Fig.4.

INSUMAN RAPID 100 UI/ML FLAC		(50 UI - 0.5 ml)	
FISIOLOGICA 100 ML FLAC EV		(0.495 flac - 49.5 ml)	

10:00	50	pari a	0.5	 POSOLOGIA
Turni	UI	pari a	ml	
Freq.		pari a	da 00:00 a 23.59	

	ml/h in	h	per massimo	h
---	---------	---	-------------	---

5



Dimissione protetta del Diabetico che fa insulina

Il Medico del reparto attiva almeno 3 gg prima della dimissione il personale infermieristico della Diabetologia per addestrare il pz

evita lo spreco di
flaconi di
Insulina

CONTINUITA'
assistenziale
Ospedale-Territorio

**Paziente Istruito e
tutelato in grado di
autogestirsi**

Prerequisito : Il Team Diabetologico in Ospedale → è una necessità

Da una continuità ospedale Territorio
precaria



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



Ad una agile, solida e protetta



Appropriatezza Organizzativa : il Team Diabetologico in Ospedale

- Per garantire una continuità Ospedale →
→ Territorio che non sia a rischio

Il Diabetologo in Ospedale: una necessità per il paziente

E' irrinunciabile **gestire l'iperglicemia nei pazienti ospedalizzati** con schemi di trattamento insulinico intensivo validati e condivisi, semplici e sicuri.

La **gestione ottimale del paziente diabetico** in ospedale richiede :

- ❑ una **formazione continua** rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti
- ❑ la **consulenza infermieristica strutturata** per addestrare i pazienti all'uso della terapia insulinica e dell'autocontrollo
- ❑ un'attenta e competente **“continuità di cura”**, e una **“dimissione protetta” dall'ospedale al territorio**

Ruolo del team in Ospedale



- ✓ **Percorsi di presa in carico con il PS
(urgenza – OBI)**
- ✓ **Protocolli di gestione dell'Iperglicemia grave e dell'Ipoglicemia condivisi con i reparti specialistici**
- ✓ **Percorsi pre-operatori**
- ✓ **Consulenza Infermieristica strutturata**
- ✓ **Presa in carico pre-dimissione**

**Il TEAM : una necessità per il
paziente con Diabete !**

PNDM - Il Diabetologo in Ospedale: una opportunità per l'organizzazione

La struttura specialistica di Diabetologia Ospedaliera si fa carico della costruzione dei percorsi assistenziali con il Pronto Soccorso, il DH, Day Service, i Reparti di degenza medica e chirurgica

- ❑ **Per garantire alle persone con diabete i trattamenti appropriati alla situazione clinica e la continuità di cura**
- ❑ **Il team diabetologico come care manager del Diabetico in ospedale migliora gli esiti, riduce le giornate di degenza e i costi (Sole 24 ore 2013)**
- ❑ **.....è fondamentale che in ogni presidio sia attivo un team diabetologico intraospedaliero**

Necessità

PND : il Team Diabetologico

Alla luce di quanto sopra, 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) epidemiologiche (raccolta dati clinici); d) di formazione di tutti gli altri operatori sanitari coinvolti. Per un'uniforme assistenza al diabete su tutto il territorio nazionale è auspicabile che vengano rispettati standard che permettano un'adeguata organizzazione del servizio e un efficace intervento sul bacino d'utenza.

valorizzazione e ruolo del Team Diabetologico

Opportunità

In sintonia con quanto detto, la funzione dei team diabetologici deve, anzitutto, 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.

Abbatere i muri significa pensare a una funzione specialistica "unica", indipendente dall'allocazione fisica delle Strutture, individuando idonee soluzioni gestionali interaziendali quando tali funzioni siano distribuite tra diverse Aziende sanitarie. Una funzione "unica", quindi, lungo la quale i pazienti circolano in modo non occasionale, ma, guidati dal proprio "percorso assistenziale", vengano attivamente indirizzati verso quei contesti che siano in grado di rispondere meglio alle esigenze assistenziali specifiche, valutate attraverso la

.....care manager del diabetico in ospedale: una opportunità per l'organizzazione

American College of Endocrinology and American Diabetes Association Consensus Statement on Inpatient Diabetes and Glycemic Control

A call to action

THE ACE/ADA TASK FORCE ON INPATIENT DIABETES*

proved overall outcomes as the result of improved glycemic control was only just emerging. In 2004, the American College

Linee Guida

- In patients with acute MI, elevated glucose levels are a predictor of mortality in patients with and without diabetes

Hyperglycemia in hospitalized medical and surgical studies suggest hyperglycemia in general m

L'utilizzo della consulenza del Team diabetologico riduce del 56 % la lunghezza della degenza , con un risparmio di 2.353 \$ per paziente

Data derived from cardiac surgical patient populations. Hyperglycemia is an independent predictor of infection in patients with diabetes undergoing a cardiac surgical procedure (25). Furthermore,

stop-
two-
ctions

**LOS =
length of
stay**

- Pomposelli et al. (26) found that a single blood glucose level >220 mg/dl on the 1st postoperative day is a sensitive predictor of nosocomial infection.

Question 2: Is cost a barrier to improved inpatient care?

Hyperglycemia is an independent predictor of hospital LOS in trauma patients

- The use of a diabetes team consultation resulted in a 56% reduction in hospital LOS, for a cost reduction of \$2,353 per patient (30).

II TEAM

- NATIONAL DIABETES INPATIENT AUDIT (NaDIA) - 2011 -

- La maggior parte dei pazienti inclusi nell'audit (66,6%) è stata ricoverata per ragioni mediche diverse dal diabete, mentre solo il **9,0%** è stato ricoverato per ragioni strettamente legate al diabete.
- Di questo **9% di pazienti, quasi la metà (47,0%)** è stata ricoverata per piede acuto.
- Le persone con diabete hanno una maggior probabilità di essere ricoverate in emergenza rispetto ai non diabetici (84.5% contro 80.8%).
- L'età media delle persone ricoverate con diabete é di 75 anni, paragonata con i 65 anni di età media delle persone non diabetiche.
- **Troppi ospedali (50%) non hanno un "diabetes team" per fornire una consulenza specialistica durante il ricovero e ancora minore è la percentuale di ricorso a una valutazione diabetologica pre-ricovero (30%).**
- Nel 22% dei ricoverati l'insulina viene prescritta in modo fisso, senza titolazione.

National Health System (NHS) con la collaborazione del National Institute of Clinical Excellence (NICE) - <http://www.ic.nhs.uk/nda>



II TEAM



...il TEAM ...diabetologico in ospedale :
Necessità ed Opportunità

Museo Enzo Ferrari



Museo Enzo Ferrari, Via Paolo Ferrari, 85 Modena

