CONGRESSO
SID AMD LAZIO 2015
IL PAZIENTE DIABETICO AL CENTRO:
RICERCA, ASSISTENZA E INNOVAZIONE

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

Il paziente diabetico al centro:
i modelli ideali e la realtà

Il ruolo del dietista

Silvia Carletti
Dietista
U.O.C. Dietologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche
Ospedale Sandro Pertini
Roma

Di cosa parliamo?

- La figura del Dietista in Europa e in Italia e quadro normativo della professione
- Scenario diabete
- Ruolo del Dietista nel modello diabete secondo le linee guida
- Ruolo del Dietista nei modelli organizzativi ideali
- Ruolo del Dietista nei modelli organizzativi reali

La figura del Dietista in Europa e in Italia e quadro normativo della professione

La figura del Dietista in Europa e in Italia e quadro normativo della professione

European Dietitians

La Federazione delle Associazioni dei Dietisti Europei (EFAD) ha definito il dietista "Una persona con una qualifica legalmente riconosciuta in nutrizione e dietetica che applica la scienza della nutrizione all'alimentazione e all'educazione di gruppi di persone e di individui sia in stato di salute, sia di malattia".

Flags Member Associations

http://www.efad.org

La figura del Dietista in Europa e in Italia e quadro normativo della professione

Tappe fondamentali della storia della professione:

Approvazione del Profilo Professionale (D.M. n.744 del 1994).
Il Profilo traccia in modo corretto le competenze della figura professionale e ne delinea chiaramente il confine con quelle della figura medica e di altri Operatori Sanitari nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Elaborazione del Codice di Etica Professionale 1995.
Elaborato sul modello anglosassone per libera scelta degli associati e non per obbligatorietà giuridica, a tutela degli interessati, dell'utenza e delle istituzioni.

La figura del Dietista in Europa e in Italia e quadro normativo della professione

Ministero della Salute

Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del Dietista

Roma, 14/09/1994 - Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n.744

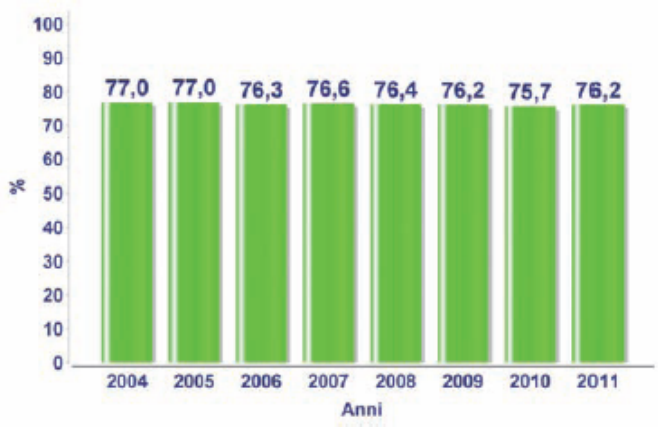
Articolo 1. Il dietista è l'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante, competente per tutte le attività finalizzate alla corretta applicazione dell'alimentazione e della nutrizione ivi compresi gli aspetti educativi e di collaborazione all'attuazione della politiche alimentari, nel rispetto della norma vigente.

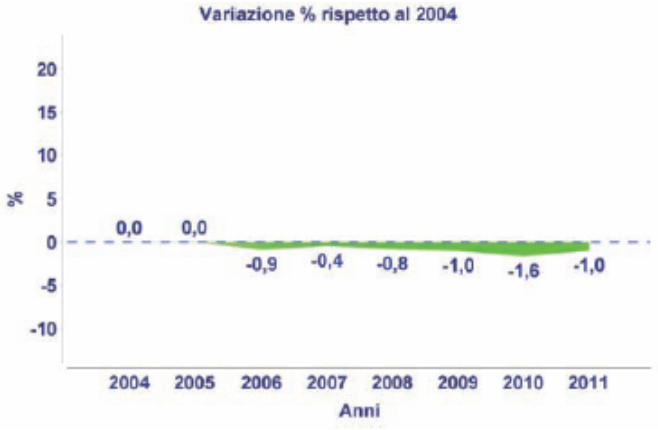
http://www.gazzettaufficiale.it

Scenario diabete

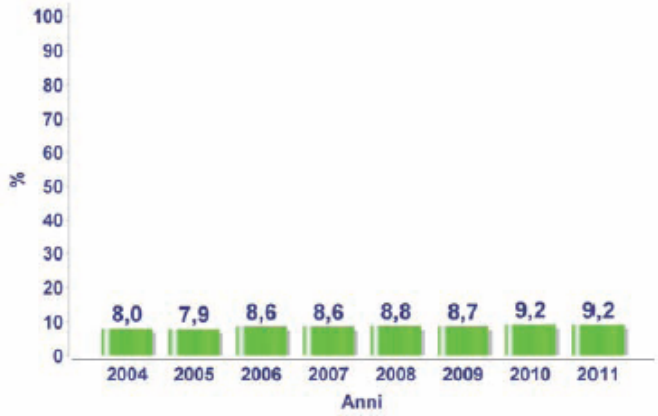
Annali AMD 2012

Soggetti con BMI <27 kg/m²





Soggetti con BMI ≥30 kg/m²



http://www.aemmedi.it/pages/annali_amd/

Risultati nazionali dello studio QUADRI (QUalità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane) 2004

Rapporti ISTISAN 07/10

Tabella 3. Prevalenza di sovrappeso e obesità per Regione

Regione	Sovrappeso			Obesità		
	% soggetti	IC 95%		% soggetti	IC 95%	
Abruzzo	43	33	53	31	25	38
Basilicata	42	31	53	39	28	50
Bolzano, P.A.	46	39	53	25	20	32
Calabria	41	35	47	29	23	35
Campania	36	28	44	32	26	39
Emilia Romagna	42	36	49	35	27	42
Friuli Venezia Giulia	41	33	49	38	29	46
Lazio	44	37	51	29	22	36
Liguria	39	29	50	33	24	43
Lombardia	40	33	47	30	23	37
Marche	37	27	48	33	23	43
Molise	39	29	50	26	18	37
Piemonte	40	34	47	31	23	39
Puglia	37	28	45	38	30	45
Sardegna	41	31	52	19	12	28
Sicilia	38	33	44	36	29	42
Toscana	44	37	52	35	30	41
Trento, P.A.	39	29	50	32	23	42
Umbria	60	49	69	23	15	33
Valle d'Aosta	37	27	48	33	23	44
Veneto	40	32	48	33	26	39
Italia	**40**	**39**	**49**	**32**	**30**	**34**

L'obesità costituisce uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza del diabete di tipo 2. La riduzione di peso non è sempre, da sola, sufficiente a normalizzare il controllo metabolico, può, tuttavia, favorire il mantenimento di livelli di glicemia adeguati, nonché il controllo dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia, entrambe associate ad un incremento del rischio di complicanze

Nello studio QUADRI, le persone con diabete intervistate riferiscono che alcune figure professionali andrebbero potenziate, in particolare quella dello psicologo, del podologo e del dietista che non sempre sono previste nell'organico del CD.

http://www.epicentro.iss.it/igea/pdf/Istisan_Quadri.pdf

Risultati nazionali dello studio QUADRI
(QUalità dell'Assistenza
alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane) 2004

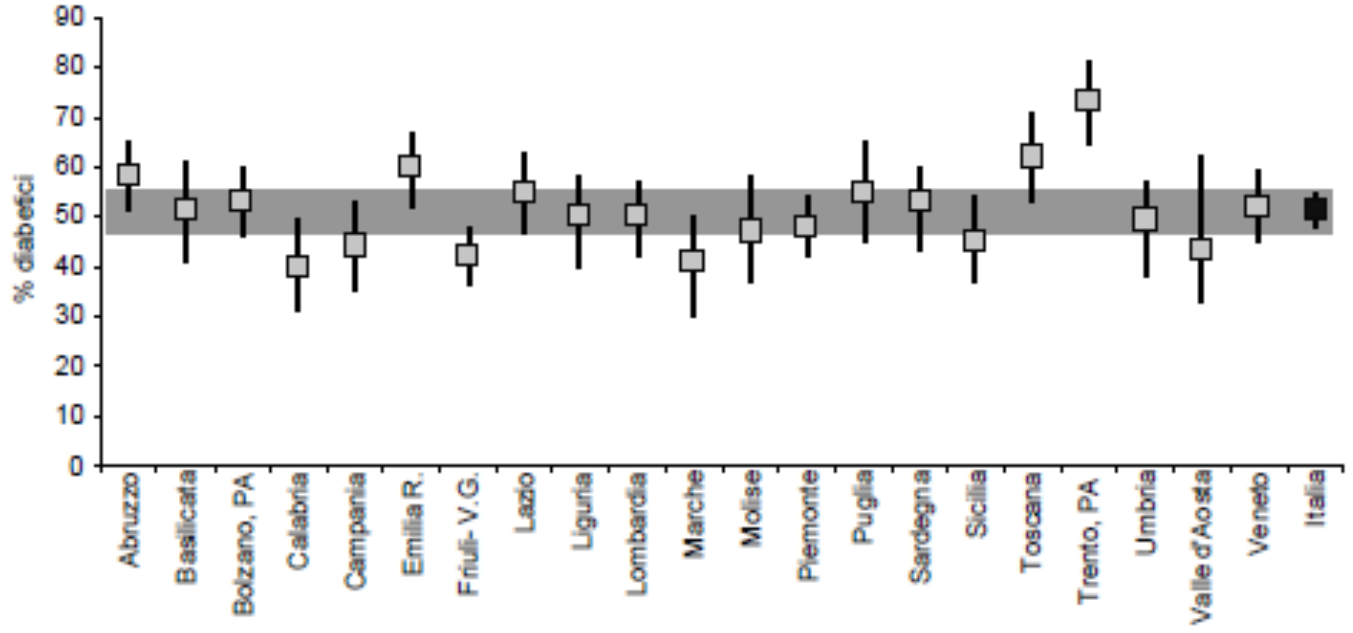


Figura 12. Pazienti diabetici in eccesso di peso impegnati a dimagrire al momento della rilevazione nelle diverse Regioni italiane

Nello studio QUADRI il 72% delle persone con diabete è risultato in eccesso di peso; fra queste persone l'83% è stato informato di essere in sovrappeso, l'82% ha ricevuto consigli per dimagrire ma soltanto una persona su due (51%) è attualmente impegnata a perdere peso. Nella sono mostrate, per singola regione, le percentuali dei diabetici impegnati a dimagrire tra coloro che sono in eccesso di peso.

http://www.epicentro.iss.it/igea/pdf/Istisan_Quadri.pdf

Prevalenza e incidenza delle complicanze del diabete: studio DAI

2004

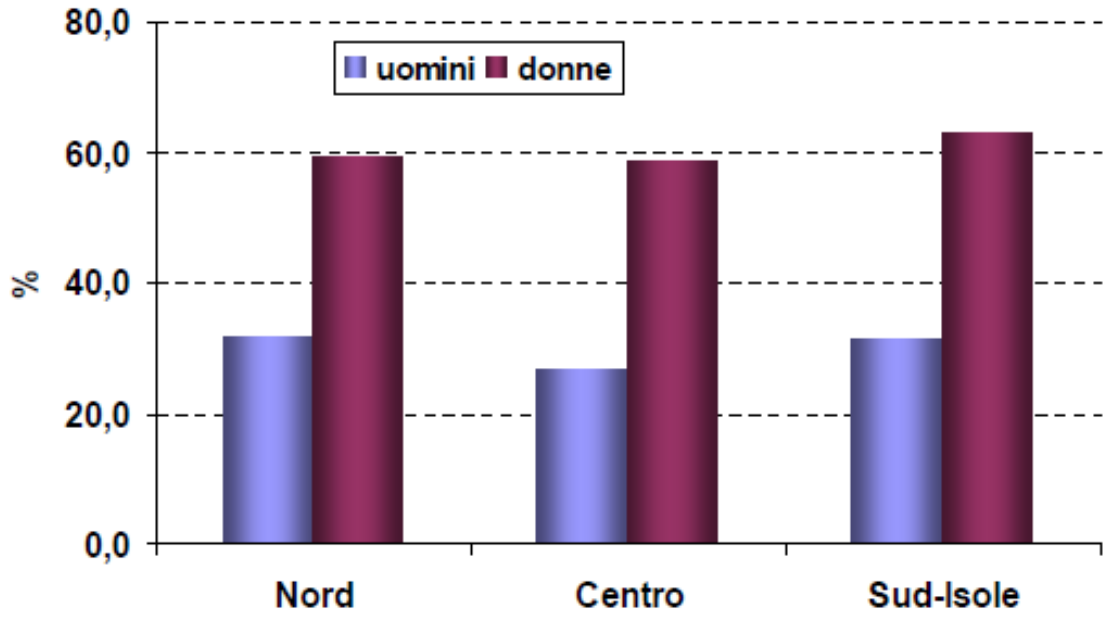


Figura 6. Percentuale di obesi per area geografica

Il 48% dei centri non dispone di dietisti.
Soltanto nel 14% dei servizi, i dietisti dedicano in media più di un'ora all'anno alla cura di ciascun paziente diabetico.

Vi è una relazione inversa tra il tempo dedicato alle visite e il numero di pazienti in carico al servizio: più numerosi sono i pazienti e minore è il tempo che gli operatori hanno a disposizione per assisterli.

http://www.iss.it/binary/publ/cont/07-25.1190813740.pdf

2006

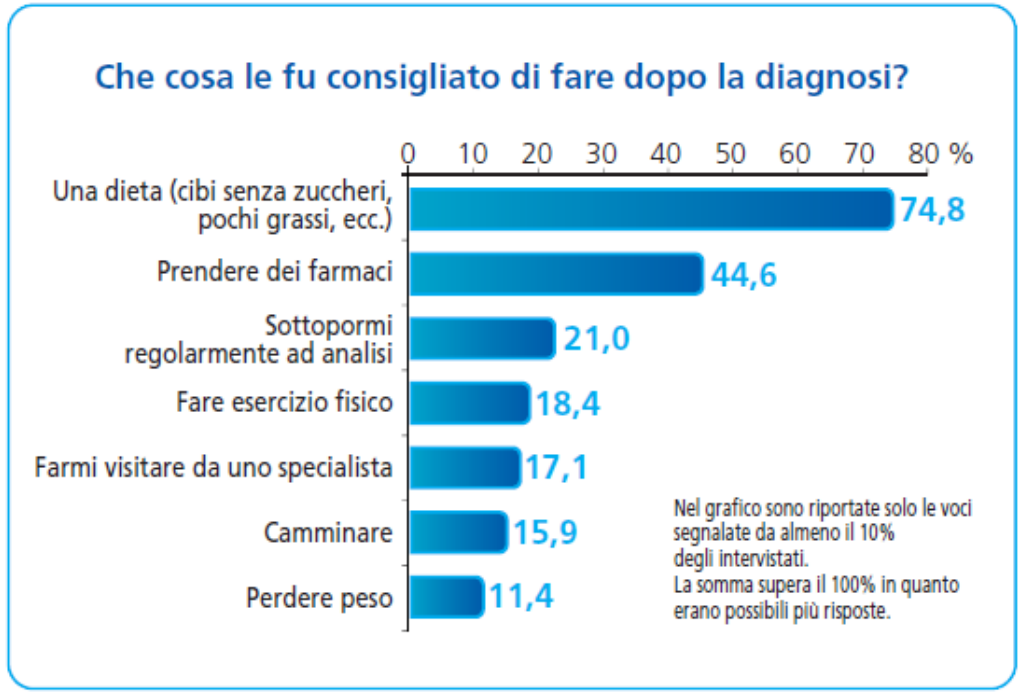


Fig. 32 - Percezione delle persone con diabete sui consigli ottenuti al momento della diagnosi di diabete

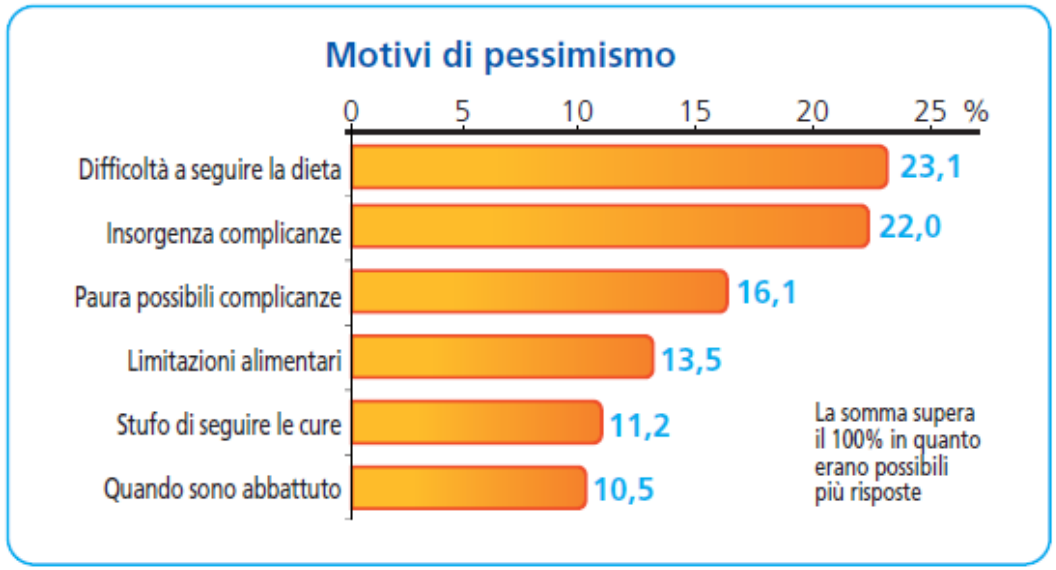
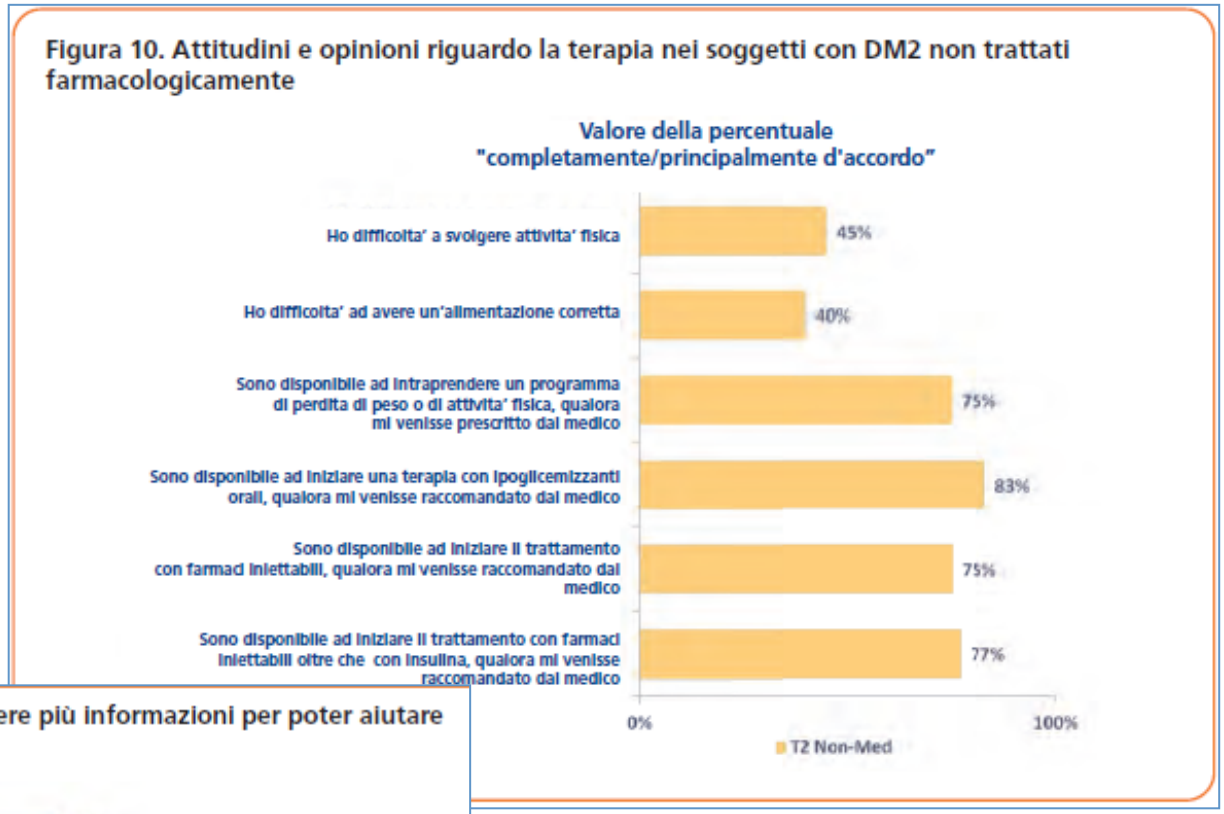
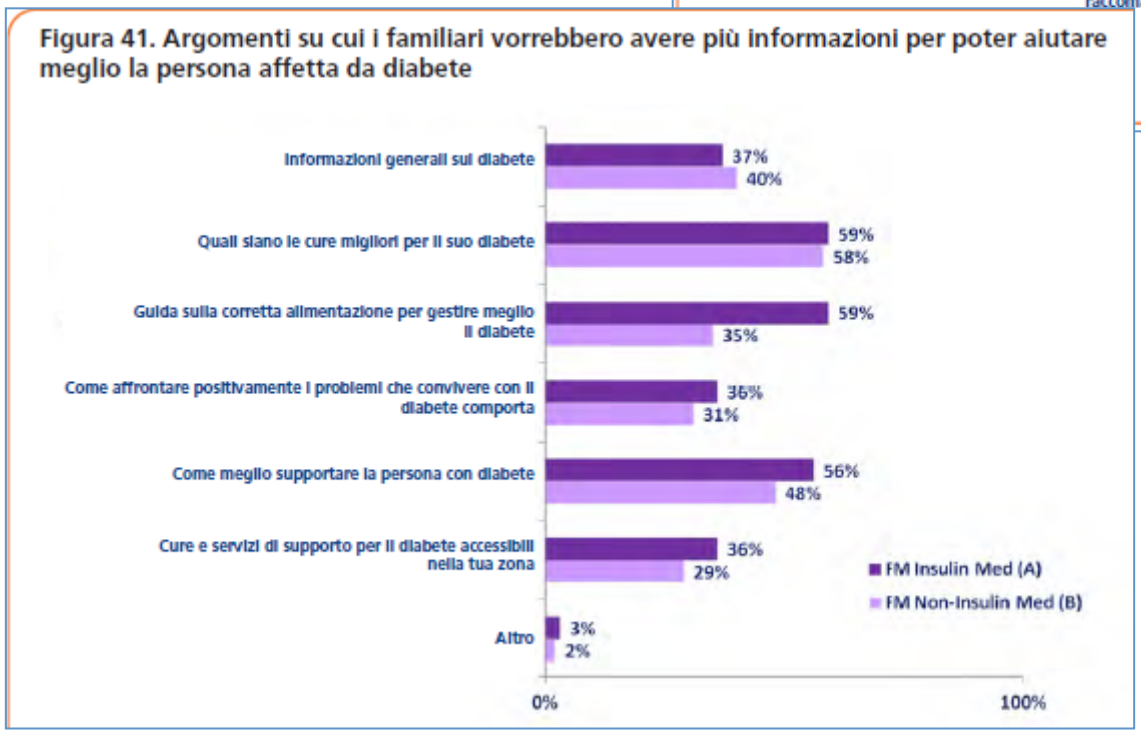


Fig. 28 - Atteggiamento nei confronti del diabete, motivi di pessimismo

http://www.salute.gov.it

2013





http://www.ibdo.it

Ruolo del Dietista nel modello diabete secondo le linee guida

Ruolo del Dietista nel modello diabete in USA, Europa e in Italia secondo le linee guida

Diabetes Care®

THE JOURNAL OF CLINICAL AND APPLIED RESEARCH AND EDUCATION

January 2015 Volume 38, Supplement 1

Standards of Medical Care in Diabetes—2015

People with diabetes should receive medical care from a collaborative, integrated team with expertise in diabetes. This team may include physicians, nurse practitioners, physician's assistants, nurses, dietitians, pharmacists, and mental health professionals. Individuals with diabetes must also assume an active role in their care.

Nutrition therapy is an integral component of diabetes prevention, management, and self-management education. All individuals with diabetes should receive individualized medical nutrition therapy (MNT), preferably provided by a registered dietitian who is knowledgeable and skilled in providing diabetes MNT.

http://professional.diabetes.org

Table 4.1—Nutrition therapy recommendations

To

Eff

Table 3.1—Components of the comprehensive diabetes evaluation

Medical history

- Age and characteristics of onset of diabetes (e.g., DKA, asymptomatic laborato
- Eating patterns, physical activity habits, nutritional status, and weight history; g
  development in children and adolescents
- Presence of common comorbidities, psychosocial problems, and dental diseas
- Diabetes education history
- Review of previous treatment regimens and response to therapy (A1C records
- Current treatment of diabetes, including medications, medication adherence ar
  thereto, meal plan, physical activity patterns, and readiness for behavior chan
- Results of glucose monitoring and patient's use of data
- DKA frequency, severity, and cause
- Hypoglycemic episodes
  - Hypoglycemia awareness
  - Any severe hypoglycemia: frequency and cause
- History of diabetes-related complications
  - Microvascular: retinopathy, nephropathy, neuropathy (sensory, including hist
    lesions; autonomic, including sexual dysfunction and gastroparesis)
  - Macrovascular: coronary heart disease, cerebrovascular disease, and periphe
    disease

Referrals

- Eye care professional for annual dilated eye exam
- Family planning for women of reproductive age
- Registered dietitian for medical nutrition therapy
- DSME/DSMS
- Dentist for comprehensive periodontal examination
- Mental health professional, if needed

DKA, diabetic ketoacidosis; DSMS, diabetes self-management support; TSH, thyroid
hormone.

MEDICAL NUTRITION THERAPY IN THE HOSPITAL

The goals of medical nutrition therapy are to optimize glycemic control, provide adequate calories to meet metabolic demands, and create a discharge plan for follow-up care (2,26). The American Diabetes Association (ADA) does not endorse any single meal plan or specified percentages of macronutrients, and the term "ADA diet" should no longer be used. Current nutrition recommendations advise individualization based on treatment goals, physiological parameters, and medication use. Consistent carbohydrate meal plans are preferred by many hospitals as they facilitate matching the prandial insulin dose to the amount of carbohydrate consumed (27). Because of the complexity of nutrition issues in the hospital, a registered dietitian, knowledgeable and skilled in medical nutrition therapy, should serve as an inpatient team member. The dietitian is responsible for integrating information about the patient's clinical condition, meal planning, and lifestyle habits and for establishing treatment goals to determine a realistic plan for nutrition therapy (28).

Ruolo del Dietista nel modello diabete in USA, Europa e in Italia secondo le linee guida

European Dietitians

Briefing Paper on the Role of the Dietitian in the Prevention and Management of Gestational and Type 2 Diabetes Mellitus

Ottobre 2012

Dietitians, as members of integrated multidisciplinary teams, have a central role to play in the prevention and management of diabetes in both adults and children at every stage of the disease course[1]. Dietary and lifestyle modification are considered the cornerstones of effective diabetes prevention and self-management. Dietitians are uniquely qualified to translate the science of nutrition and apply it to nutrition counseling, promoting healthy nutrition in diabetes, and to public health initiatives, reducing the burden of preventable disease through good nutrition.

http://www.efad.org

Ruolo del Dietista nel modello diabete in USA, Europa e in Italia secondo le linee guida

Briefing Paper on the Role of the Dietitian in the Prevention and Management of Gestational and Type 2 Diabetes Mellitus

European Dietitians

Ottobre 2012

Diabetes interventions involving dietitians have proven efficacy for improving a range of outcomes in type 2 diabetes. Group education and care, delivered by trained dietitians and nurses is associated with significantly lower HbA1c (7.6% vs. 8.4%, $p<0.05$), decreased insulin resistance (Homeostasis Model Assessment index 6.9 vs. 9.2, $p<0.05$) and better quality of life (65 vs. 78.4, $p<0.001$) than those obtained by a medically and pedagogically qualified team[22]. In sub optimally controlled type 2 diabetes (HbA1c >7%) despite optimised hypoglycaemic drug treatment, a dietitian-led intervention was shown to significantly improve glycaemic control, weight and waist circumference and led to a significant decrease in saturated fat intake, compared to controls[34].

22. Trento M, Basile M, Borgo E, et al. A randomised controlled clinical trial of nurse-, dietitian- and pedagogist-led Group Care for the management of Type 2 diabetes. *J Endocrinol Invest.* Nov 2008;31(11):1038-1042.

34. Coppell KJ, Kataoka M, Williams SM, Chisholm AW, Vorgers SM, Mann JI. Nutritional intervention in patients with type 2 diabetes who are hyperglycaemic despite optimised drug treatment Lifestyle Over and Above Drugs in Diabetes (LOADD) study: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;341.

http://www.efad.org

Ruolo del Dietista nel modello diabete in USA, Europa e in Italia secondo le linee guida

Quaderni del Ministero della Salute
n. 10, luglio-agosto 2011

Appropriatezza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito

Alimentazione

È indicata un'individualizzazione del programma alimentare, basata su obiettivi terapeutici, parametri fisiologici e terapia farmacologica concomitante. È pertanto auspicabile che la prescrizione nutrizionale sia effettuata da un dietista, membro del team diabetologico ed esperto in terapia medica nutrizionale.

http://www.quadernidellasalute.it

Ruolo del Dietista nel modello diabete in USA, Europa e in Italia secondo le linee guida

ANDID
Associazione Nazionale Dietisti

2014

Ruolo del Dietista nella gestione nutrizionale del paziente diabetico

- Centralità del paziente
- Ruolo del dietista
- Formazione e aggiornamento
- Valutazione dell'efficacia della prestazione

Il documento si basa sulle linee guida dell'American Diabetes Association (ADA)

http://www.andid.it

Ruolo del Dietista nel modello diabete in USA, Europa e in Italia secondo le linee guida

Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014

E. TERAPIA MEDICA NUTRIZIONALE E NUTRACEUTICI

1. TERAPIA MEDICA NUTRIZIONALE

RACCOMANDAZIONI

Le persone affette da alterazioni glicemiche o diabete devono ricevere, preferibilmente da un dietologo o da un dietista, esperti in terapia medica nutrizionale (MNT, *medical nutrition therapy*) del diabete e quindi inseriti nel team diabetologico, una MNT individualizzata al fine di raggiungere gli obiettivi terapeutici.
(Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)

Le persone con diabete dovrebbero ricevere una consulenza nutrizionale da un dietista con conoscenza delle componenti della MNT del diabete, prima possibile dopo la diagnosi e per tutto il corso del follow-up (13).

http://www.standarditaliani.it

Ruolo del Dietista nel modello diabete in USA, Europa e in Italia secondo le linee guida

Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014

VIII. Cura del diabete in contesti specifici

A. CURA DEL DIABETE IN OSPEDALE

Alimentazione

E' indicata una individualizzazione del programma alimentare, basata su obiettivi terapeutici, parametri fisiologici e terapia farmacologica concomitante. Sarebbe pertanto auspicabile che la stesura del piano nutrizionale sia effettuata da un dietista, membro del team diabetologico ed esperto in terapia medica nutrizionale.

http://www.standarditaliani.it

Strategie di terapia medica nutrizionale nel diabete

Sergio Leotta
Lucia Fontana
Gabriele Forlani
Santina Abbruzzese
Maria Altomare
Silvia Carletti

STATEMENT 1

Il calo ponderale è raccomandato per tutti i soggetti adulti in sovrappeso od obesi. Il metodo migliore per ottenere e mantenere risultati positivi è la modificazione dello stile di vita che può essere raggiunta attraverso diverse strategie di Terapia Medica Nutrizionale (TMN), attuate attraverso un approccio multispecialistico da un team esperto e formato.

STATEMENT 2

L'aderenza alla dieta è uno degli aspetti più critici della cura del diabete.

RACCOMANDAZIONI

Le persone affette da alterazioni glicemiche o diabete devono ricevere, preferibilmente da un dietologo o da un dietista esperti in Terapia Medica Nutrizionale del diabete e quindi inseriti nel team diabetologico, una Terapia Medica Nutrizionale individualizzata al fine di raggiungere gli obiettivi terapeutici.
Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)

Un approccio multispecialistico è necessario per integrare la Terapia Medica Nutrizionale in un più complessivo programma terapeutico.
(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

La consulenza dietologica delle persone con alterazioni glicemiche o diabete deve tenere in considerazione le esigenze personali, la disponibilità ai cambiamenti, i target metabolici, il tipo di diabete, il tipo di trattamento ipoglicemizzante, il livello di attività fisica, lo stile di vita.
(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

Molti pazienti ottengono buoni risultati con approcci di terapia medica sotto forma di percorsi di Educazione Terapeutica Strutturata (ETS) preferenzialmente di gruppo al fine di ottimizzare l'intervento dal punto di vista dell'efficienza. L'educazione è più efficace se pianificata e organizzata per piccoli gruppi di pazienti.
(Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)

http://www.aemmedi.it

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Commissione Nazionale Diabete

Piano sulla malattia diabetica

http://www.salute.gov.it

RIQUADRO 10 - IL "TEAM SPECIALISTICO DEDICATO"

Il Piano utilizza il termine "team diabetologico" proprio a sottolineare che, in considerazione della complessità del diabete mellito, oltre allo specialista specifico (diabetologo) vi è necessità di integrare nel disegno assistenziale altri specialisti (neurologo, oculista, dietologo, etc.) e altre figure cardine dell'assistenza: l'infermiere (che riveste un ruolo primario anche attraverso il follow up infermieristico), il/la dietista (che favorisce il raggiungimento degli obiettivi terapeutici e garantisce costantemente al team informazioni sullo stato nutrizionale del paziente, sul grado di adesione al piano dietetico e sui progressi effettuati nel raggiungimento degli obiettivi nutrizionali), l'assistente sociale (professionista necessario nella valutazione dei parametri socio-familiari indispensabili per individuare tutti i fattori non-clinici da tenere in considerazione nella "stadiazione" dei pazienti e figura indispensabile nei casi "complicati" da difficoltà socio-familiari), lo psicologo (figura importante per il sostegno del team e per la sua formazione negli ambiti di gestione della comunicazione/relazione, della programmazione e gestione dei programmi di educazione strutturata), il podologo (considerata la specificità del piede diabetico) e cosi via.

Ruolo del Dietista nei modelli organizzativi ideali

SENATO DELLA REPUBBLICA

XVI LEGISLATURA

Doc. XVII
n. 16

DOCUMENTO APPROVATO DALLA 12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

nella seduta del 4 ottobre 2012

Relatori: BAIO e DE LILLO

A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

proposta dalla Commissione stessa nella seduta del 7 febbraio 2012, svolta nelle sedute dell'8 febbraio 2012 (pomeridiana), del 29 febbraio 2012, del 28 marzo 2012, del 3 aprile 2012 (antimeridiana), del 17 aprile 2012, dell'8 maggio 2012, del 15 maggio 2012, del 22 maggio 2012, del 29 maggio 2012, del 14 giugno 2012, del 26 giugno 2012, del 3 luglio 2012, del 17 luglio 2012, del 25 luglio 2012, del 2 agosto 2012, del 18 settembre 2012, del 3 ottobre 2012 e conclusa nella seduta del 4 ottobre 2012

SULLA PATOLOGIA DIABETICA IN RAPPORTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ED ALLE CONNESSIONI CON LE MALATTIE NON TRASMISSIBILI

(Articolo 48, comma 6, del Regolamento)

Comunicato alla Presidenza il 9 ottobre 2012

http://www.senato.it

Lo scopo è quello di delineare le lacune e le opportunità afferenti alla presa in carico delle persone con diabete, proponendo di mutuare le *best practices* riscontrate a livello territoriale.

La regione Toscana ha adottato nel corso del 2011 la delibera n.108 del 28 febbraio 2011, revocando la precedente delibera n.622 del 2000. La filosofia che ispira il provvedimento è quella di far ricorso ad una medicina non più di attesa, ma «proattiva», adottando il *Chronic Care Model*, sperimentato in molte realtà mondiali nell'ambito delle patologie croniche.

diche che, qualora necessario, per eventuali modifiche procedurali. La delibera presenta, inoltre, tre aspetti peculiari di grande interesse. Riconosce la figura dell'infermiere esperto, al quale si può riconoscere il ruolo di «*case manager*» come primo riferimento organizzativo per la persona con diabete, la sua famiglia e tutti gli operatori coinvolti nel piano di cura. Identifica la figura del dietista esperto, con particolari competenze in ambito educativo quali le tecniche della comunicazione, della motivazione e del *problem solving* da utilizzare per favorire il cambiamento dello stile di vita da parte del diabetico. Infine, ispirandosi ad esperienze già collaudate in altri Paesi europei come la Francia, istituisce la figura del diabetico guida perché collabori nel definire i bisogni dei pazienti, nell'educazione all'autocontrollo e all'autogestione della malattia.

Presso la struttura di diabetologia, sia ospedaliera sia territoriale, è garantita l'assistenza dietistica attraverso la corrente presenza del dietista, come figura professionale organica del team.

Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA)
per la gestione del diabete mellito nell'adulto

3. Organizzazione delle strutture specialistiche

Le strutture specialistiche diabetologiche sono articolate in 2 livelli così definiti (vedi Allegato 2):

1° livello: struttura specialistica ambulatoriale, territoriale o ospedaliera;
2° livello: struttura specialistica ospedaliera, operante a livello dipartimentale, dotata di autonomia funzionale e, compatibilmente con i vincoli posti dalla normativa regionale vigente, apicalità, con disponibilità diretta o indiretta di posti letto ordinari e/o di DH e disponibilità delle figure specialistiche e delle tecnologie necessarie alla gestione del paziente diabetico nelle condizioni di scompenso e/o complicanze più gravi e complesse.

In tutte le strutture è presente il "team" diabetologico, composto almeno da specialista diabetologo, infermiere dedicato e dietista, quest'ultima come figura professionale organica del team o afferente ad altre U.O.

La Regione si impegna altresì a supportare l'implementazione del presente piano rispetto ai livelli assistenziali previsti, attraverso una razionale assegnazione delle risorse alle strutture coinvolte ed una valorizzazione del ruolo di figure non mediche necessarie all'assistenza, quali infermiere dedicato, dietista, podologo e possibilmente psicologo ed esperto di attività fisica.

2012

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

Il concetto di LEA diabetologico

Ogni Azienda Sanitaria dovrebbe assicurare (direttamente o tramite apposite convenzioni con strutture diabetologiche presenti in aziende ospedaliere o universitarie) a tutti i soggetti affetti da diabete tipo 1 e tipo 2 livelli minimi di assistenza diabetologica; dovrebbe assicurare a tutte le donne in gravidanza lo screening del diabete gestazionale e a quelle con diabete gestazionale in atto e alle donne diabetiche in gravidanza livelli minimi di assistenza diabetologica.

A tutti i soggetti affetti da diabete tipo 1 e tipo 2:

- un'informazione corretta e completa sul diabete, sulle sue complicanze, sull'efficacia della modificazione degli stili di vita…
- un approccio dietetico personalizzato
- la terapia educazionale come parte integrante del piano terapeutico che comprenda, secondo le esigenze, …… la gestione dell'attività fisica e di una corretta alimentazione

Alle donne con diabete gestazionale in atto e alle donne diabetiche in gravidanza:

- il counseling su corretta alimentazione e attività fisica
- la terapia medica e nutrizionale adeguata, con frequenti rivalutazioni
- la rivalutazione metabolica dopo il parto

Consensus AMD SID SIEDP OSDI

Il Giornale di AMD 2012;15:9-25

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

Il dietista funzionalmente dedicato alla Struttura di Diabetologia partecipa all'elaborazione del programma terapeutico valutando lo stato nutrizionale del paziente ed elaborando un programma nutrizionale e di attività fisica personalizzato. Partecipa alla formazione del team sulla terapia medica nutrizionale. Infine, interagisce con l'intero team per favorire la modificazione dello stile di vita del paziente.

In particolare deve sapere:

- valutare gli elementi del quadro clinico e gli esami bioumorali relativi allo stato glicometabolico e nutrizionale;
- identificare e valutare le conoscenze e le abilità del paziente relative alla malattia e alla sua autogestione;
- motivare il paziente sulla necessità del cambiamento dello stile di vita e dell'approccio nutrizionale;
- identificare obiettivi nutrizionali individuali;
- impostare il piano nutrizionale secondo criteri educativi, in relazione al quadro clinico e alla storia dietetica;
- concordare con il paziente il piano nutrizionale;
- monitorare l'adesione del paziente al piano nutrizionale e valutarne i risultati (valutare il diario alimentare e quello dei profili glicemici);
- conoscere le caratteristiche e i meccanismi di azione dei diversi tipi di insulina e dei farmaci ipoglicemizzanti;
- educare il paziente all'utilizzo di liste di scambio, all'identificazione delle porzioni, al calcolo del contenuto in carboidrati del pasto, all'utilizzazione del rapporto insulina/carboidrati al corretto uso degli algoritmi per la terapia insulinica;
- organizzare e tenere percorsi di educazione alimentare e comportamentale di gruppo.

È essenziale che il dietista che lavora in diabetologia possegga una formazione specifica e fruisca di un aggiornamento continuo in ambito diabetologico e abbia abilità e competenze specifiche in ambito educativo, in particolare per quanto riguarda le tecniche della comunicazione, della motivazione e del problem solving.

In particolare si sottolinea l'importanza del Dietista nelle Strutture Specialistiche Pediatriche di Diabetologia, per l'acquisizione di un'adeguata alimentazione salutare della famiglia e del paziente, tenuto conto delle mutevoli necessità del soggetto nel corso del suo sviluppo.

ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI
1974 ANNO DI FONDAZIONE

2012

DOCUMENTO PER LA RIORGANIZZAZIONE IN TEAM MULTIPROFESSIONALE DI STRUTTURE AZIENDALI DI DIABETOLOGIA SUL TERRITORIO

5. CARATTERISTICHE E REQUISITI MINIMI DELLE STRUTTURE DI MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA TERRITORIALI

a) Team multi - professionale dedicato;
b) Percorsi Assistenziali (PA);
c) Integrazione con la Medicina generale, la medicina del territorio e l'Ospedale;
d) Valutazione delle performance operative.

a) Team multi - professionale dedicato

Il Team descritto nel documento che eroga prestazioni diabetologiche è costituito da medici specialisti, infermieri e dietisti dedicati con conoscenze specifiche clinico assistenziali ed educative. Infermiere e dietista devono essere funzionalmente dedicati con formazione in campo diabetologico al fine di operare in maniera specifica nei percorsi educazionali mirati alla gestione della patologia diabetica come l'autocontrollo glicemico, l'addestramento all'utilizzo di insulina e dei devices, la terapia nutrizionale personalizzata.

Tutti i componenti del team dislocati nei diversi distretti dovranno collaborare con una rotazione pianificata secondo le richieste e i bisogni del territorio assicurando a tutti i distretti le stesse prestazioni e quindi l'uguaglianza nella cura.

Il principio della territorializzazione dell'assistenza andrà applicato, quando possibile, a tutti gli Operatori Sanitari medici e non medici, in particolare per il Podologo e la Dietista, in relazione ai bisogni nei diversi distretti.

ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI

1974
ANNO DI FONDAZIONE

2014

http://www.aemmedi.it

I PERCORSI ASSISTENZIALI OSPEDALE-TERRITORIO

Attività		Funzioni				
Cosa fare	Come agire	Diabetologo	Medico di reparto	Infermiere di reparto	Infermiere Diabetologia	Altro
Verifica esigenze per la terapia alla dimissione (educazione, esenzioni, presidi)	**Osservazione ed intervista al ricoverato, verifica abilità autocontrollo e terapia**	I	I	R	C	
Esenzione ticket	Compilazione modulo	R	I	I	I	I MMG
Prescrizione presidi	Compilazione modulo	R	I	I	I	I MMG
Fornitura presidi	Fornire presidi necessari per i primi giorni dopo la dimissione	I	I	I	R	I MMG
Educazione terapeutica	Intervento sul paziente personalizzato sulle esigenze, istruzioni scritte	I	I	I	R	I MMG
Prescrizione dietetica	Intervento educativo, prescrizione	C	C	I	I	R Dietista
Indicazioni terapeutiche per dimissione	Consulenza conclusiva e/ o relazione diabetologica	R	C	I	I	I MMG, diabetologo territorio, struttura riabilitazione
Programmazione follow up	Agenda	I	I	I	R	I MMG, diabetologo territorio

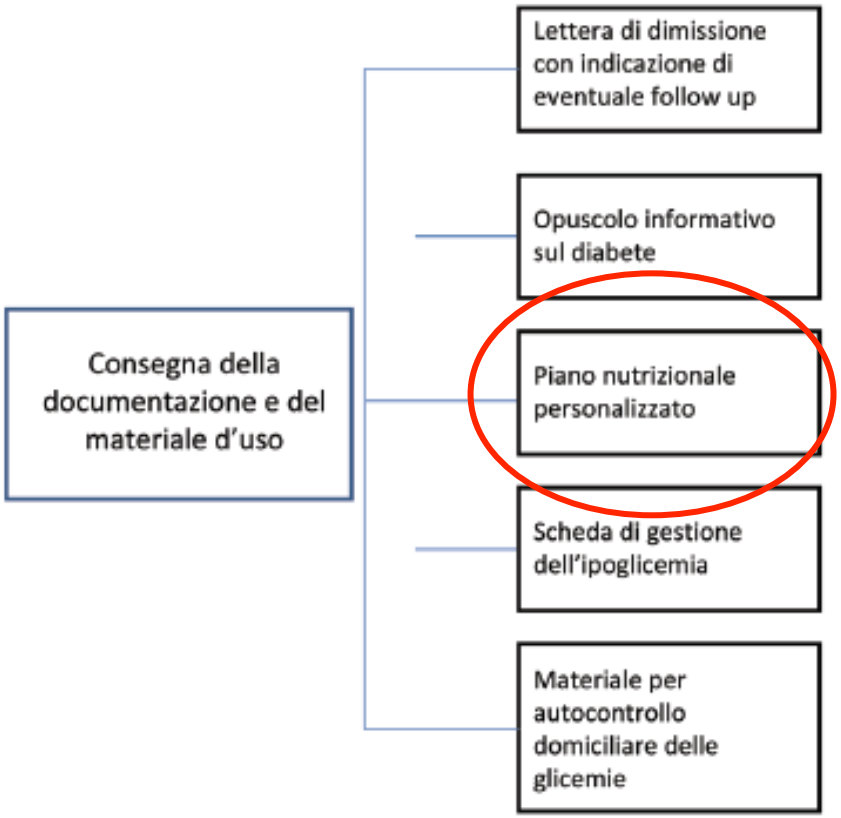
ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI
1974 ANNO DI FONDAZIONE
2014

I PERCORSI ASSISTENZIALI OSPEDALE-TERRITORIO

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

Alla dimissione: ASSICURARE LA CONTINUITÀ DELLE CURE



http://www.aemmedi.it

Ruolo del Dietista nei modelli organizzativi reali

La caratterizzazione dell'offerta assistenziale diabetologica nella regione Lazio

2006

Gruppo Regionale Diabete

Censimento delle strutture diabetologiche, offerta assistenziale e personale operante

Si è indagata la presenza del team che includesse diabetologo e infermiere dedicati o parzialmente utilizzati, e dietista dedicato o parzialmente utilizzato o volontario.
Il team si intende anche qualora fosse assente il dietista ma la struttura si avvalesse di consulenza nutrizionale disponibile nella stessa sede.

Personale delle strutture diabetologiche per adulti

ASL	N. Centri	Team (dietista*)	Team (cons. nutrizionale)	Solo diabetol. + infermiere	solo Diabetologo	Medico ≠ diabetologo
RM A	10	3	0	2	5	0
RM B	10	6	1	2	1	0
RM C	9	0	1	6	2	0
RM D	8	1	1	2	4	0
RM E	11	3	6	1	1	0
RM F	5	2	1	2	0	0
RM G	13	1	1	9	1	1
RM H	11	1	2	8	0	0
FR	13	1	1	9	0	2
LT	8	0	0	7	0	1
RI	7	0	0	6	0	1
VT	7	0	0	7	0	0
totale	112	18	14	61	14	5

* Dietista volontario in 3 strutture della RMB

16%

Il Dietista nel modello organizzativo
UOC Diabetologia Ospedale S.Pertini

Indicatori AMD Pertini
1/1/14 - 31/12/14

n. 360 pazienti tipo 1 (11,07%)
n. 2739 pazienti tipo 2 (84,20%)

n. 91 pazienti con diabete gestazionale

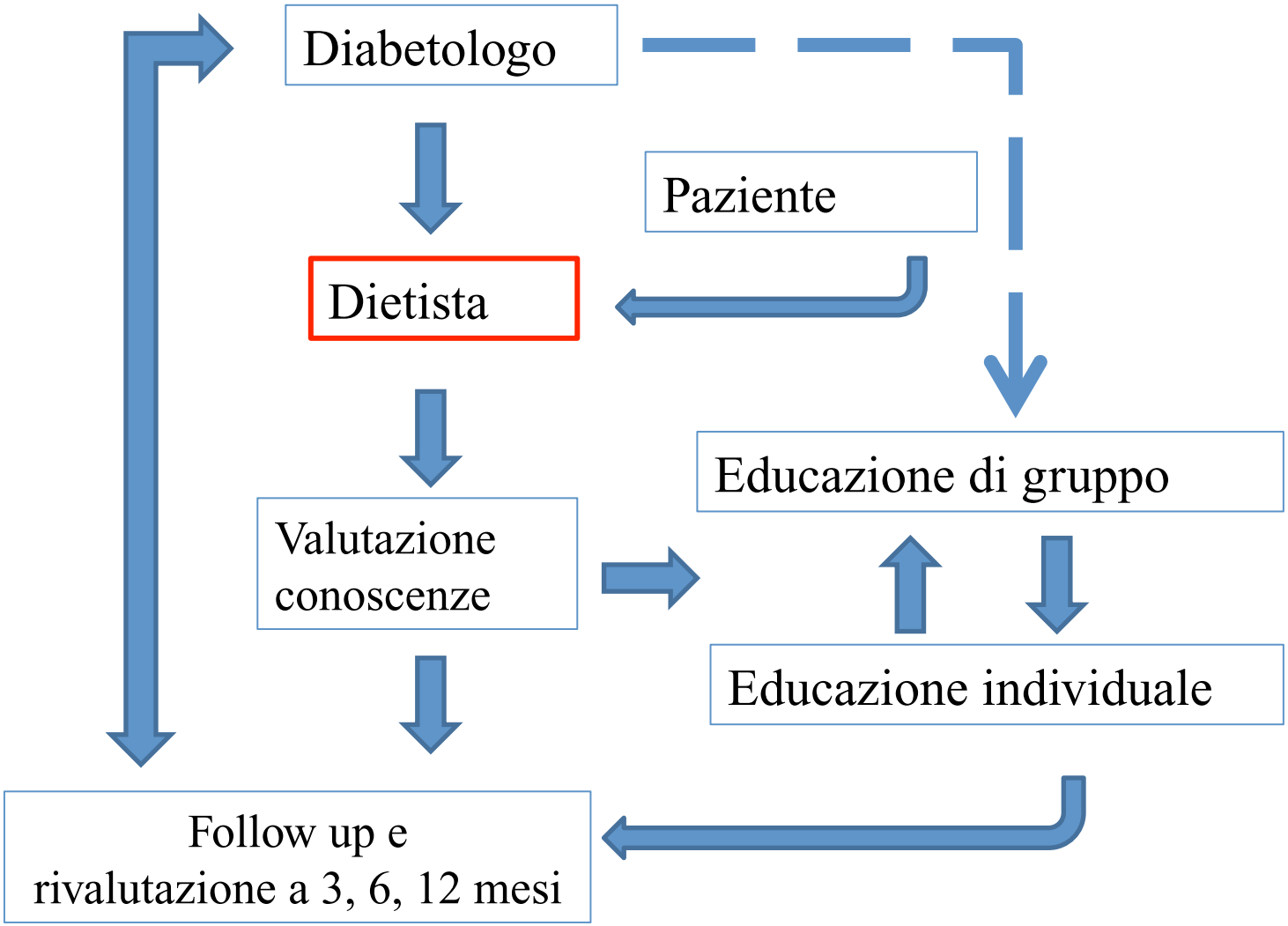
DELIBERAZIONE N. 415 DEL 21.06.2013

Progetti "Realizzazione di un accesso preferenziale presso gli ambulatori nutrizionale e del Piede Diabetico della U.O.C. Dietologia e Diabetologia dell'Ospedale Pertini di pazienti diabetici seguiti presso altre strutture diabetologiche territoriali della ASL Roma B"

150 pazienti dall'inizio del progetto (sett/2013)

Casal Bertone
La Rustica
Via Cartagine

Il Dietista nel modello organizzativo
UOC Diabetologia Ospedale S.Pertini



Il personale "dedicato" è un ulteriore strumento di valore nell'assistenza, non solo perché questo implica disponibilità di tempo, acquisizione di maggiori competenze, e, quindi, di potenziale maggiore efficacia, ma anche perché la "visibilità" e la "riconoscibilità", sia dei servizi sia degli operatori, da parte dei pazienti sono una prerogativa di risultato.

Grazie