

IO SPERIAMO CHE ME LA CAVO

Maria Chantal Ponziani





■ Ai sensi dell'art 3 .3 sul Conflitto di interessi dichiaro sotto la mia responsabilità di effettuato relazioni in Congressi sponsorizzati da

Astra-Zeneca

Bristol Meyer Squibb

Chiesi

Eli Lilly

Merks Sharp and Dohme

Novartis

Pfeizer

Sanofi Aventis

Sigma Tau

Simesa



La storia di Giovanni

Giovanni ha 65 anni è pensionato, vedovo con una figlia che risiede a circa 50 Km di distanza. Vive solo ed è completamente autonomo.



Anamnesi remota di Giovanni

Da circa 10 anni è affetto da Diabete Mellito in trattamento con associazione Glibenclamide /Metformina 2,5/400 mg 1 cpr x 3 al dì .

Dopo la morte della moglie, avvenuta cinque anni or sono, non ha più effettuato né controlli degli esami ematici né visite diabetologiche. Dallo stesso periodo ha aumentato il consumo di bevande alcoliche



Anamnesi prossima di Giovanni

Giovanni viene ricoverato in un Reparto di Chirurgia Generale con quadro di pancreatite acuta. Al momento del ricovero sono presenti :

quadro di grave scompenso glicemico

Insufficienza Renale di grado severo

importante rialzo degli enzimi epatici



Anamnesi prossima di Giovanni

Il paziente viene posto a digiuno ed inizia una nutrizione parenterale associata a terapia insulinica infusiva secondo protocollo Joslin.

La situazione clinica evolve favorevolmente senza necessità di intervento chirurgico e il paziente riprende ad alimentarsi per os



Consulenza diabetologica: mercoledì

Paziente affetto da Diabete Mellito di tipo 2 in terapia domiciliare con Glibenclamide + Metformina. E' stato ricoverato per pancreatite acuta associata a quadro di severo scompenso glicemico ed ha effettuato terapia insulinica infusiva. Le condizioni cliniche attuali sono migliorate e il paziente ha ripreso alimentazione per os. Persistono insufficienza renale cronica di grado moderato/severo e rialzo degli enzimi epatici. E' possibile passare a terapia insulinica sottocutanea con schema tetra-iniettivo (insulina lispro ai pasti ed insulina glargine alle 22.00 secondo posologia in allegato), che il paziente dovrà proseguire anche a domicilio.

A domicilio il paziente dovrà effettuare l'autocontrollo glicemico al fine di ottimizzare la posologia insulinica. Siamo a disposizione per effettuare terapia educativa (all'insulino-terapia, all'autocontrollo, alla gestione delle ipoglicemie) e per la compilazione dei necessari piani terapeutici. Si prega di contattare la Caposala del nostro reparto per organizzare i tempi di effettuazione della terapia educativa.

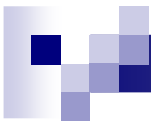


Continua la storia: venerdì/sabato

Nella giornata di venerdì viene decisa la dimissione del paziente (il paziente effettuerà nel tardo pomeriggio una TC addome di controllo)

Il Chirurgo di Guardia , vista la TC addome, prepara la lettera di dimissione nella quale viene confermata l'insulino-terapia secondo lo schema fornito dal diabetologo. Si reca quindi dal paziente per fornire le indicazioni terapeutiche relative alla patologia motivo del ricovero (astensione dalle bevande alcoliche, dieta ipolipidica.....)

La lettera di dimissione viene affidata al personale infermieristico con indicazione di consegnarla al paziente nella mattina di sabato



Continua la storia: sabato

L'infermiera di turno nel consegnare la lettera di dimissione si rende conto che il paziente non ha mai effettuato insulino-terapia e non è stato istruito .

Si accorge, inoltre, di non avere in Reparto nessun flacone di insulina Lispro da poter consegnare al paziente per la necessaria continuità terapeutica. Dispone, invece, di insulina Glargine .



Cosa fa l'infermiera ?

1. Telefona al Medico e chiede se può consegnare al paziente un flacone di insulina umana regolare (“si fanno tutte e due prima dei pasti “)

2. Telefona al Medico e chiede se può consegnare al paziente delle pastiglie di Glibenclamide/Metformina (“...le prendeva prima e poi è solo fino a quando trova il suo Medico”)

3. Consegna la lettera e non fa nulla

4. Si ricorda di avere in frigo una penna di insulina Lispro del signor Arturo, già dimesso, e la consegna a Giovanni



“Sì, può darle l’insulina rapida”

L’infermiera spiega al paziente come si effettua l’insulina mediante siringa e consegna un flacone di insulina umana regolare e un flacone di insulina Glargine



Cosa succede ?

Giovanni va a casa, chiede in prestito ad un vicino diabetico il glucometro e pratica l'insulina regolarmente ma:

1. **Manifesta un episodio ipoglicemico sintomatico nel tardo pomeriggio**
2. **Riscontra valori molto alti dopo i pasti**
3. **Riscontra valori molto alti a digiuno**
4. **Sta bene e non si verificano eventi spiacevoli**



Manifesta un episodio ipoglicemico sintomatico nel tardo pomeriggio e...

1. Si fa accompagnare in Pronto Soccorso

2. Chiama il 118

3. Prende acqua e zucchero come la povera zia Evelina

4. Si beve qualche bicchierino di Cognac per tirarsi sù



Chiama il 118

Il 118 giunge a casa e conferma l'episodio ipoglicemico (glicemia 45 mg/dL), che viene risolto a domicilio. Viene consigliato a Giovanni di sospendere al momento l'insulina e di contattare al più presto il Medico curante



Ma Giovanni

Giovanni non pratica l'insulina a cena e dopo cena controlla la glicemia. Il valore risulta superiore a 300 mg/dL e su consiglio di un amico diabetico viene praticata subito la dose di insulina rapida prevista a cena e ad un'ora di distanza la dose di analogo Glargine.....



E....

Giovanni manifesta una seconda ipoglicemia severa verso mezzanotte con intervento del 118, che questa volta consiglia il ricovero in DEA .


Il paziente viene trattenuto tutta la notte, viene praticata terapia infusiva con soluzioni glucosate e al mattino viene effettuata consulenza diabetologica e conseguente terapia educativa.

Giovanni, comunque, si presenta restio a proseguire il trattamento insulinico



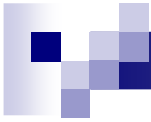
A casa

Giovanni : “Bene ho ancora quattro scatole di pastiglie per il diabete. Non la faccio proprio l’insulina con tutto quello che mi è successo. Poi credo che il dottore non saprà niente del ricovero se non gli porto la lettera di dimissione così continuerà a scriverle. Devo solo nascondere il foglio del Pronto Soccorso, che non lo veda mia figlia “



La mancata educazione del paziente ha determinato:


- Effetti clinici (due episodi ipoglicemici severi, perdita del paziente al follow-up)
- Effetti psicologici (rifiuto dell'insulina)
- Effetti per la collettività (per due volte è stato utilizzato il 118 e inoltre il paziente ha trascorso una notte in ospedale)



Ma le cose non sono andate così



Rewind



La mancata educazione del paziente ha determinato:

- Effetti clinici (due episodi ipoglicemici severi, perdita del paziente al follow-up)
- Effetti psicologici (rifiuto dell'insulina)
- Effetti per la collettività (per due volte è stato utilizzato il 118 e inoltre il paziente ha trascorso una notte in ospedale)



A casa

Giovanni : “ Bene ho ancora quattro scatole di pastiglie per il diabete. Non la faccio proprio l’insulina con tutto quello che mi è successo. Poi credo che il dottore non saprà niente del ricovero se non gli porto la lettera di dimissione così continuerà a scriverle. Devo solo nascondere il foglio del Pronto Soccorso , che non lo veda mia figlia “



E....

Giovanni manifesta una seconda ipoglicemia severa verso mezzanotte con intervento del 118 , che questa volta consiglia il ricovero in DEA .

Il paziente viene trattenuto tutta la notte , viene praticata terapia infusiva con soluzioni glucosate e al mattino viene effettuata consulenza diabetologica e conseguente terapia educativa.

In occasione della consulenza diabetologica il paziente si presenta restio a proseguire il trattamento insulinico



Ma Giovanni

Giovanni non pratica l'insulina a cena e dopo cena controlla la glicemia. Il valore risulta superiore a 300 mg/dL e su consiglio di un amico diabetico viene praticata subito la dose di insulina rapida prevista a cena e ad un'ora di distanza la dose di analogo Glargine.....



Chiama il 118

Il 118 giunge a casa e conferma l'episodio ipoglicemico (glicemia 45 mg/dL), che viene risolto a domicilio. Viene consigliato a Giovanni di sospendere al momento l'insulina e di contattare al più presto il Medico curante



Manifesta un episodio ipoglicemico sintomatico nel tardo pomeriggio e...

1. Si fa accompagnare in Pronto Soccorso
2. Chiama il 118
3. Prende acqua e zucchero come la povera zia Evelina
4. Si beve qualche bicchierino di Cognac per tirarsi sù



Cosa succede ?

Giovanni va a casa, chiede in prestito ad un vicino diabetico il glucometro e pratica l'insulina regolarmente **ma:**

1. **Manifesta un episodio ipoglicemico sintomatico nel tardo pomeriggio**
2. **Riscontra valori molto alti dopo i pasti**
3. **Riscontra valori molto alti a digiuno**
4. **Sta bene e non si verificano eventi spiacevoli**



“Sì, può darle l’insulina rapida”

L’infermiera spiega al paziente come si effettua l’insulina mediante siringa e consegna un flacone di insulina umana regolare e un flacone di insulina Glargine




Cosa fa l'infermiera ?

1. Telefona al Medico e chiede se può consegnare al paziente un flacone di insulina umana regolare (“si fanno tutte e due prima dei pasti “)

2. Telefona al Medico e chiede se può consegnare al paziente delle pastiglie di Glibenclamide/Metformina (“le prendeva prima e poi è solo fino a quando trova il suo Medico”)

3. Consegna la lettera e non fa nulla

4. Si ricorda di avere in frigo una penna di insulina Lispro del signor Arturo, già dimesso, e la consegna a Giovanni



“ Si può darle le pastiglie, ma gli dica di fare l’insulina notturna e di andare dal medico lunedì ”

L’infermiera spiega al paziente come si effettua l’insulina mediante siringa e consegna un flacone di insulina Glargine . Dice al paziente di assumere prima dei tre pasti una pastiglia (Glibenclamide/Metformina) e di fare l’insulina prima di coricarsi

Nella mente di Giovanni



“Che bello posso riprendere le pastiglie , non devo fare tutte quelle punture e..... ma allora non c'è una grande differenza tra pastiglie e insulina si possono sostituire l'una con l'altra senza problemi !!!”



La serata di Giovanni

Giovanni non ha molto appetito e a cena mangia un pezzetto di formaggio con due grissini accompagnato da un bicchiere di vino (!!!). Prima di cena prende la pastiglia per il diabete e pratica l'insulina (il vicino di casa diabetico da anni dice che la puntura di insulina si può fare sia a cena sia prima di coricarsi)



Cosa succede ?

1. Manifesta un episodio ipoglicemico notturno severo
2. Riscontra valori molto alti dopo i pasti
3. Riscontra valori molto alti a digiuno
4. Sta bene e non si verificano eventi spiacevoli



La serata di Giovanni

Verso le 22.00 si sente un po' strano , ma non capisce di cosa si tratta e decide di bere un bicchierino di grappa per tirarsi un po' su... Alle 23.00 , come d'abitudine, la figlia telefona e non ricevendo risposta chiede al vicino di casa di andare vedere se è successo qualcosa



Il vicino suona il campanello e

1. Non riceve risposta e attraverso una finestra vede il corpo di Giovanni riverso a terra
2. Giovanni viene ad aprire ubriaco e per questo non ha sentito il telefono
3. Giovanni non viene ad aprire , ma da una finestra si vede che sta ascoltando musica con le cuffie
4. Non riceve risposta e poiché tutte le finestre sono chiuse chiama i pompieri



Arrivano i pompieri

I pompieri entrano in casa dove trovano Giovanni a terra privo di coscienza. All'arrivo del 118 la glicemia capillare risulta 35 mg/dL. Viene avviata terapia infusiva con soluzioni glucosate. Giovanni riprende coscienza , ma appare fortemente obnubilato e viene condotto in ospedale.



In ospedale

Giovanni trascorre la notte in DEA proseguendo con l'infusione di glucosio. Al mattino la glicemia è superiore a 100 mg/dL e viene sospesa la terapia infusiva con l'intenzione di dimettere il paziente. Mentre sta aspettando la lettera di dimissione Giovanni sta male con nuovo riscontro di ipoglicemia. Si decide per il ricovero.



Il ricovero

Occorrono più di 48 ore perché Giovanni possa essere svincolato dalle soluzioni glucosate. Giovanni, inoltre, si accorge di avere meno forza nella mano destra e di trascinare la gamba da quel lato. I Medici confermano uno sfumato deficit brachio-crurale destro.



Consulenza diabetologica

Il consulente diabetologo attribuisce l'episodio ipoglicemico ad almeno tre fattori :

- ridotto introito di carboidrati a cena
- abuso di alcool
- uso di ipoglicemizzanti orali in paziente con insufficienza renale (clearances < 30 mL/min)


Viene confermata insulino-terapia.

Giovanni, però, non è molto convinto e pensa che a causare tutto sia stata l'insulina



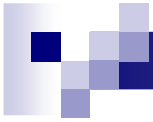
A casa

Giovanni torna a casa e decide di non assumere nessuna medicina per un po' e pensa che se non dovesse sentirsi bene allora andrà dal Medico per un consiglio



La mancata educazione del paziente ha avuto :

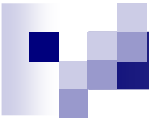
- effetti clinici (severa ipoglicemia reliquato neurologico, perdita del paziente al follow-up)
- effetti psicologici (rifiuto di ogni terapia e anche di un rapporto a breve con il Medico di Famiglia)
- effetti per la collettività (pompieri, 118 e nuovo ricovero del paziente)



Ma le cose non sono andate così



Rewind



La mancata educazione del paziente ha avuto :

- effetti clinici (severa ipoglicemia reliquato neurologico, perdita del paziente al follow-up)
- effetti psicologici (rifiuto di ogni terapia e anche di un rapporto a breve con il Medico di Famiglia)
- effetti per la collettività (pompieri, 118 e nuovo ricovero del paziente)



A casa

Giovanni torna a casa e decide di non assumere nessuna medicina per un po' e pensa che se non dovesse sentirsi bene allora andrà dal Medico per un consiglio



Consulenza diabetologica

Il consulente diabetologo attribuisce l'episodio ipoglicemico ad almeno tre fattori :

- ridotto introito di carboidrati a cena
- abuso di alcool
- uso di ipoglicemizzanti orali in paziente con insufficienza renale (clearances < 30 ml/min)

Viene prescritta insulino-terapia ed effettuata la terapia educativa . Giovanni , però , non è molto convinto e pensa che a causare tutto sia stata l'insulina



Il ricovero

Occorrono più di 48 ore perché Giovanni possa essere svincolato dalle soluzioni glucosate . Giovanni , inoltre, si accorge di avere meno forza nella mano destra e di trascinare la gamba da quel lato. I Medici confermano uno sfumato deficit brachio-crurale destro .



In ospedale

Giovanni trascorre la notte in DEA proseguendo con l'infusione di glucosio . Al mattino la glicemia è superiore a 100 mg e viene sospesa la flebo con l'intenzione di dimettere il paziente. Mentre sta aspettando la lettera di dimissione Giovanni sta nuovamente male con nuovo riscontro di ipoglicemia . Si decide per il ricovero.



Arrivano i pompieri

I pompieri entrano in casa dove trovano Giovanni a terra privo di coscienza. All'arrivo del 118 la glicemia capillare risulta 35 mg . Viene avviata terapia infusiva con soluzioni glucosate. Giovanni riprende coscienza , ma appare fortemente obnubilato e viene condotto in ospedale.



Il vicino suona il campanello e

1. Non riceve risposta e attraverso una finestra vede il corpo di Giovanni riverso a terra
2. Giovanni viene ad aprire ubriaco e per questo non ha sentito il telefono
3. Giovanni non viene ad aprire , ma da una finestra si vede che sta ascoltando musica con le cuffie
4. Non riceve risposta e poiché tutte le finestre sono chiuse chiama i pompieri



La serata di Giovanni

Verso le 22.00 si sente un po' strano , ma non capisce di cosa si tratta e decide di bere un bicchierino di grappa per tirarsi un po' su... Alle 23.00 , come d'abitudine, la figlia telefona e non ricevendo risposta chiede al vicino di casa di andare vedere se è successo qualcosa



Cosa succede ?

1. Manifesta un episodio ipoglicemico notturno severo
2. Riscontra valori molto alti dopo i pasti
3. Riscontra valori molto alti a digiuno
4. Sta bene e non si verificano eventi spiacevoli




La serata di Giovanni

Giovanni non ha molto appetito e a cena mangia un pezzetto di formaggio con due grissini accompagnato da un bicchiere di vino (!!!). Prima di cena prende la pastiglia per il diabete e pratica l'insulina (il vicino di casa diabetico da anni che la puntura di insulina la può fare sia a cena sia prima di coricarsi)

Nella mente di Giovanni



“Che bello posso riprendere le pastiglie , non devo fare tutte quelle punture e..... ma allora non c'è una grande differenza tra pastiglie e insulina si possono sostituire l'una con l'altra senza problemi !!!”



“ Si può darle le pastiglie, ma gli dica di fare l’insulina notturna e di andare dal medico lunedì ”

L’infermiera spiega al paziente come si effettua l’insulina mediante siringa e consegna un flacone di insulina Glargine . Dice al paziente di assumere prima dei tre pasti una pastiglia (Glibenclamide/ Metformina) e di fare l’insulina prima di coricarsi



Cosa fa l'infermiera ?

1. Telefona al Medico e chiede se può consegnare al paziente un flacone di insulina umana regolare (“si fanno tutte e due prima dei pasti “)
2. Telefona al Medico e chiede se può consegnare al paziente delle pastiglie di Glibenclamide/Metformina (“le prendeva prima e poi è solo fino a quando trova il suo Medico”)
3. Consegna la lettera e non fa nulla
4. Si ricorda di avere in frigo una penna di insulina Lispro del signor Arturo, già dimesso, e la consegna a Giovanni



Consegna la lettera e non fa nulla

L'infermiera consegna a Giovanni la lettera di dimissione. Lo avverte di non avere a disposizione l'insulina raccomandandogli di trovare il modo di farsela prescrivere al più presto.



Cosa fa Giovanni

1. Va in farmacia
2. Va dalla Guardia Medica (GM)
3. Cerca il proprio Medico
4. Chiede aiuto ad un vicino



Giovanni va in farmacia

Il farmacista dice di potergli dare la macchinetta per le glicemia gratis (“...le istruzioni sono in italiano...”) e le “striscette” a pagamento, ma di non potergli dare l’insulina senza prescrizione



Cosa fa Giovanni

1. Va in farmacia
2. Va dalla Guardia Medica (GM)
3. Cerca il proprio Medico
4. Chiede aiuto ad un vicino



Giovanni va in Guardia Medica

La GM dice di potergli scrivere l'insulina, ma non la "macchinetta" e le strisce e di non avere tempo per insegnarli come si fa l'insulina



Cosa fa Giovanni

1. Va in farmacia
2. Va dalla Guardia Medica (GM)
3. Cerca il proprio Medico
4. Chiede aiuto ad un vicino



Giovanni va dal Medico di Famiglia

Il Medico risponde al cellulare , ma si trova ad un Convegno. Dice di avere lasciato alcune ricette firmate alla moglie sulle quali potrà essere prescritta l'insulina.

Non è possibile prescrivere strisce aghi e macchinetta.



Cosa fa Giovanni

1. Va in farmacia
2. Va dalla Guardia Medica (GM)
3. Cerca il proprio Medico
4. Chiede aiuto ad un vicino



Giovanni chiede aiuto ad un vicino

Il vicino di casa si dice disponibile a controllare a Giovanni le glicemie con il proprio glucometro. Le insuline che pratica hanno nomi diversi e non sa se vanno bene per Giovanni



Giovanni è un po' confuso ..

Decide di passare dalla moglie del proprio Medico a prendere le ricette per l'insulina e di accettare la proposta del vicino per la rilevazione della glicemia. Quando, però, torna in farmacia scopre che le insuline di cui ha bisogno devono essere prenotate e arriveranno lunedì



A questo punto

1. **Lascia perdere tutto fino a lunedì**
2. Torna nel Reparto dell'Ospedale per chiedere un aiuto
3. **Si reca in Pronto Soccorso**
4. **Telefona alla GM per sapere se può fare le insuline del suo vicino di casa**



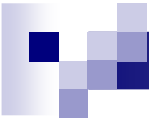
L'ultimo tentativo

- Giovanni telefona di nuovo alla Guardia Medica e chiede se può utilizzare l'insulina Glulisine e l'insulina Detemir al posto dell'insulina Lispro e dell'insulina Glargine ricevendo risposta positiva. E' piuttosto sconfortato e pensa che forse questa terapia non è così importante se "si può rimanere senza farla per giorni"



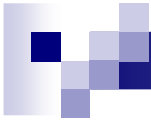
Infatti

Giovanni “ Se l’insulina fosse un salvavita sarebbe più facile ottenerla. Sarà perché ci sono le pastiglie che possono sostituirla. Ma chi me lo fa fare di prendermi questo grattacapo. Riprendo le mie pastiglie e quando vado dal Medico non gli racconto niente. A mia figlia dico che i Dottori mi hanno detto che l’insulina mi fa male e mi hanno dato di nuovo le pastiglie”



La mancata educazione del paziente ha avuto :


- effetti psicologici (perdita della fiducia nei confronti delle strutture Sanitarie)
- Effetti clinici (perdita del paziente al follow-up)
- effetti educazionali negativi (sottovalutazione dell'importanza di mantenere un buon compenso glicemico e di effettuare regolarmente la terapia insulinica)



Ma le cose non sono andate così



Rewind



La mancata educazione del paziente ha avuto :

- effetti psicologici (perdita della fiducia nei confronti delle strutture Sanitarie)
- Effetti clinici (perdita del paziente al follow-up)
- effetti educazionali negativi (sottovalutazione dell'importanza di mantenere un buon compenso glicemico e di effettuare regolarmente la terapia insulinica)



Infatti

Giovanni “ Se l’insulina fosse un salvavita sarebbe più facile ottenerla. Sarà perché ci sono le pastiglie che possono sostituirla . Ma chi me lo fa fare di prendermi questo grattacapo. Riprendo le mie pastiglie e quando vado dal Medico non gli racconto niente. A mia figlia dico che i Dottori mi hanno detto che l’insulina mi fa male e mi hanno dato di nuovo le pastiglie”



L'ultimo tentativo

- Giovanni telefona di nuovo alla Guardia Medica e chiede se può utilizzare l'insulina Glulisine e l'insulina Detemir al posto dell'insulina Lispro e dell'insulina Glargine ricevendo risposta positiva. E' piuttosto sconfortato e pensa che forse questa terapia non è così importante se "si può rimanere senza farla per giorni"



A questo punto

1. **Lascia perdere tutto fino a lunedì**
2. Torna nel Reparto dell'Ospedale per chiedere un aiuto
3. **Si reca in Pronto Soccorso**
4. **Telefona alla GM per sapere se può fare le insuline del suo vicino di casa**



Giovanni è un po' confuso ..

Decide di passare dalla moglie del proprio Medico a prendere le ricette per l'insulina e di accettare la proposta del vicino per la rilevazione della glicemia. Quando, però, torna in farmacia scopre che le insuline di cui ha bisogno devono essere prenotate e arriveranno lunedì



Giovanni chiede aiuto ad un vicino

Il vicino di casa si dice disponibile a controllare a Giovanni le glicemie con il proprio glucometro. Le insuline che pratica hanno nomi diversi e non sa se vanno bene per Giovanni



Cosa fa Giovanni

1. Va in farmacia
2. Va dalla Guardia Medica (GM)
3. Cerca il proprio Medico
4. Chiede aiuto ad un vicino



Giovanni va dal Medico di Famiglia

Il Medico risponde al cellulare , ma si trova ad un Convegno. Dice di avere lasciato alcune ricette firmate alla moglie sulle quali potrà essere prescritta l'insulina.

Non è possibile prescrivere macchinetta, strisce ed aghi .



Cosa fa Giovanni

1. Va in farmacia
2. Va dalla Guardia Medica (GM)
3. Cerca il proprio Medico
4. Chiede aiuto ad un vicino



Giovanni va in Guardia Medica

La GM dice di potergli scrivere l'insulina, ma non la "macchinetta" e le strisce e di non avere tempo per insegnarli come si fa l'insulina



Cosa fa Giovanni

1. Va in farmacia
2. Va dalla Guardia Medica (GM)
3. Cerca il proprio Medico
4. Chiede aiuto ad un vicino



Giovanni va in farmacia

Il farmacista dice di potergli dare la macchinetta per le glicemia gratis (“...le istruzioni sono in italiano...”) e le “striscette” a pagamento , ma di non potergli dare l’insulina senza prescrizione



Cosa fa Giovanni

1. Va in farmacia
2. Va dalla Guardia Medica (GM)
3. Cerca il proprio Medico
4. Chiede aiuto ad un vicino



Consegna la lettera e non fa nulla

L'infermiera consegna a Giovanni la lettera di dimissione . Lo avverte di non avere a disposizione l'insulina raccomandandogli di trovare il modo di farsela prescrivere al più presto.



Cosa fa l'infermiera ?

1. Telefona al Medico e chiede se può consegnare al paziente un flacone di insulina umana regolare (“si fanno tutte e due prima dei pasti “)

2. Telefona al Medico e chiede se può consegnare al paziente delle pastiglie di Glibenclamide/Metformina (“le prendeva prima e poi è solo fino a quando trova il suo Medico”)

3. Consegna la lettera e non fa nulla

4. Si ricorda di avere in frigo una penna di insulina Lispro del signor Arturo, già dimesso, e la consegna a Giovanni



In frigo c'è la soluzione

L'infermiera si ricorda di avere in frigo una penna di insulina lispro appartenente ad un paziente dimesso. Consegna a Giovanni la penna (senza aghi) ed un flacone di insulina Glargine con due siringhe. Spiega come si effettua l'iniezione sia con la siringa sia con la penna. Giovanni è in difficoltà a comprendere il funzionamento della penna, ma non osa chiedere all'infermiera di ripetere la spiegazione.



A casa

- Giovanni chiede aiuto al vicino di casa, che gli fa vedere come si usa la penna e gli presta un po' di aghi e una nuova penna. Infatti è molto perplesso sul fatto che Giovanni usi una penna appartenuta ad altra persona per il rischio di contrarre patologie come l'epatite. All'ora di pranzo Giovanni prende la lettera di dimissione per sapere la dose di insulina. Sulla lettera c'è scritto:


Insulina Lispro 5 + 10 +10 U

Insulina Glargine 20 U alle 22.00




Cosa fa Giovanni

1. Chiede al vicino spiegazioni sul dosaggio
2. Telefona in Reparto per avere chiarimenti
3. Somma le unità riportate e pratica 25 U prima di pranzo
4. Somma le unità e le divide per tre e pratica 8 Unità prima di pranzo



Giovanni pensa di dover sommare le unità e pratica 25 U prima di pranzo. Aspetta anche 20 minuti prima di iniziare a mangiare come faceva la povera zia Evelina. Poco dopo l'inizio del pasto comincia a sentirsi male (tremori, sudorazione fredda, batticuore, difficoltà di concentrazione). Riesce a chiamare la figlia chiedendo aiuto; la figlia chiama il 118.




All'arrivo del 118 Giovanni è privo di coscienza. La glicemia capillare è 32 mg/dL. Viene avviata terapia infusiva con soluzione glucosata e il paziente viene trasportato in ospedale. Viene dimesso la sera con indicazione a non praticare al momento l'insulina e ad effettuare una visita diabetologica urgente il giorno successivo. Giovanni torna a casa con la convinzione che l'insulina gli fa male (nonostante gli sia stato spiegato l'errore di somministrazione) con la ferma intenzione di chiedere al Diabetologo una cura differente



E....

Giovanni “Non ci vado alla visita diabetologica e riprendo le mie pastiglie. A mia figlia dico che questo è stato il consiglio del Dottore del 118. Al mio Dottore non faccio sapere nulla e vado solo dalla Segretaria a farmi prescrivere le pastiglie “



La mancata educazione del paziente ha determinato :

- effetti clinici (severa ipoglicemia con perdita di coscienza, perdita del paziente al follow-up)
- effetti psicologici (perdita di fiducia nei confronti della struttura sanitaria, che lo ha esposto ad un rischio di contagio e non l'ha adeguatamente istruito alla terapia, rifiuto della terapia insulinica)
- effetti per la collettività (118 e nuovo ricovero del paziente)



L'esperienza attuale del paziente con la Struttura Sanitaria

- Il paziente prende contatto con la Struttura Sanitaria per un problema acuto
- L'attenzione dei Sanitari è focalizzata sui sintomi e sugli esami di laboratorio, non sul controllo a lungo termine della malattia e sulla prevenzione
- **Non viene posta attenzione alle sue conoscenze e ai suoi comportamenti nel gestire la malattia**
- **Non viene preparato un piano di cura**
- Le cure sembrano dipendere dall'improvvisazione del momento
- Assenza di adeguata comunicazione tra le figure professionali coinvolte



Qual è la strategia ottimale per la dimissione ?

- Al momento del ricovero bisogna raccogliere informazioni su storia precedente del diabete o dell'iperglicemia, modalità di gestione della malattia e grado di compenso glicemico
- Bisogna, inoltre, accertare precocemente le capacità cognitive, il livello culturale, l'acuità visiva, le abilità manuali, il contesto socio-economico e familiare

Reviews/Commentaries/ADA Statements
CONSENSUS STATEMENT

**American Association of Clinical
Endocrinologists and American Diabetes
Association Consensus Statement on
Inpatient Glycemic Control**

DIABETES CARE, VOLUME 32, NUMBER 6, JUNE 2009



I contenuti dell'educazione nel paziente già diabetico (*Diabetes Care 2004; 27; 553-596*)

- Stabilire le conoscenze attuali e le capacità di autogestione del diabete e valutare come possano aver influenzato la salute del paziente e le cause dell'ospedalizzazione
- Identificare quesiti e bisogni specifici




Domande alle quali rispondere prima della dimissione (Diabetes Care 2004; 27; 553-596)

- Il paziente necessita di un piano di DSME (Diabetes Self Management Education)?
- Il paziente può prepararsi i pasti ?
- Il paziente è in grado di effettuare l'autocontrollo glicemico ?
- Il paziente è in grado di assumere i farmaci o l'insulina correttamente?
- C'è qualche familiare in grado di supportare il paziente ?
- E' necessaria un'assistenza domiciliare per facilitare la gestione domiciliare ?

Il ricovero non è il momento più idoneo all'impostazione di un programma educativo organico sulla malattia diabetica. **Tuttavia, un intervento educativo su alcuni aspetti essenziali - quali le modalità di iniezione dell'insulina, i principi dell'autocontrollo - deve essere fornito al diabetico prima della dimissione.** (Livello di prova VI, Forza della raccomandazione B) – *Standard Italiani per la cura del diabete*





Quali sono le necessità di un soggetto con patologia cronica

Una relazione continua “**supporto continuo alla guarigione**” con un team di cura capace di affrontare le necessità relative a :

- Trattamento efficace (clinico, comportamentale, di supporto),
- Informazioni e supporto per una gestione autonoma (self-management),
- Follow-up sistematico e trattamento adeguato alla gravità clinica,
- Trattamento più intensivo per chi non raggiunge gli obiettivi
- Coordinamento delle cure tra le diverse figure professionali coinvolte




Barriere all'efficace gestione delle patologie croniche

- Mancato rispetto (o mancata conoscenza) delle Linee Guida
- Perdita di coordinamento tra diverse figure professionali
- Perdita di follow-up attivo per assicurare i migliori outcomes
- Pazienti inadeguatamente preparati alla gestione della loro

Modello di cura tradizionale





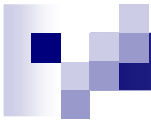
Barriers to Effective Chronic Disease Management

- **Rushed practitioners not following established practice guidelines (according to surveys)**
- **Lack of care coordination**
- **Lack of active follow-up to ensure the best outcomes**
- **Patients inadequately trained to manage their illnesses**

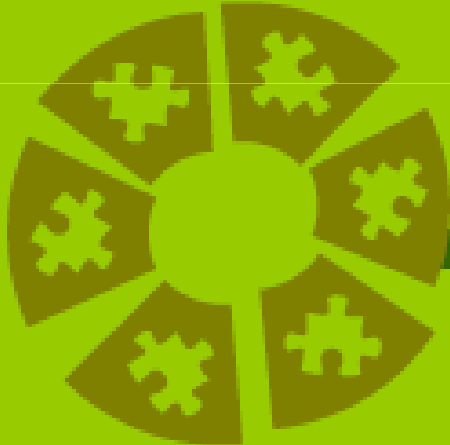


What Patients with Chronic Illnesses Need

- **Coordination of care across settings and professionals**
- **Systematic follow-up and assessment tailored to clinical severity**
- **A care team and practice system organized to meet their needs for Information and support for their self-management,**



The Chronic Care Model





Punti chiave nel Chronic Care Model

- Evidence-based

- Valorizzando l'eccellenza (e l'evidenza) rispetto all'autonomia

- Centrato sul paziente

- Ogni paziente è il solo paziente

- Basato sulla popolazione



Themes in the Chronic Care Model

- Evidence-based

- Valuing excellence (and evidence) over autonomy

- Patient-centered

- Each patient is the only patient

- Population-based



Quali sono i pazienti “informati e attivati” ?

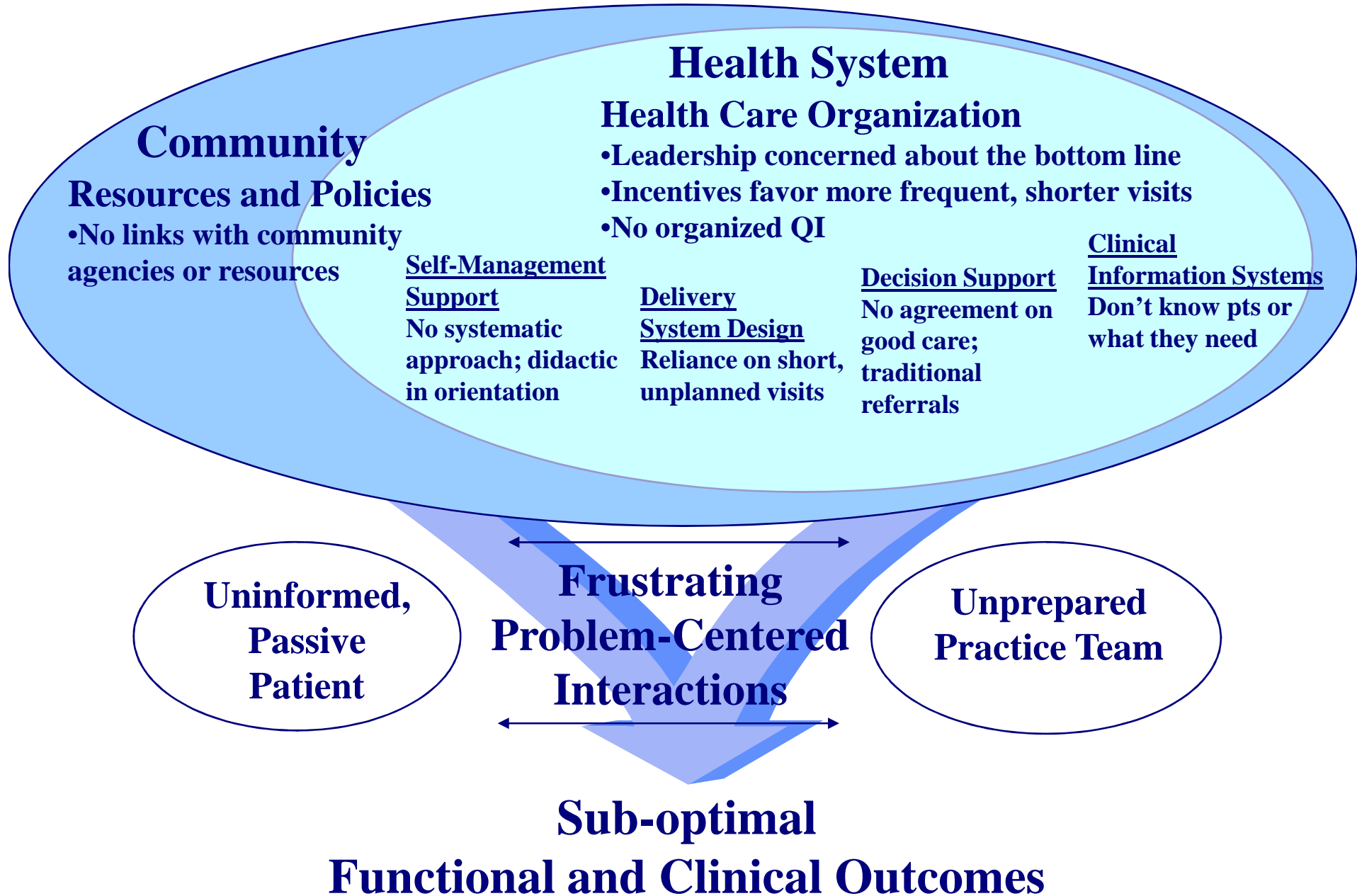
- Sono pazienti che hanno motivazioni, informazioni , abilità e fiducia necessari per prendere decisioni efficaci sulla loro salute e gestirla a casa, sul lavoro e a scuola . Le Linee Guida aiutano .
- Sono in contatto con un team preparato in una relazione continua
- Familiari e caregivers sono coinvolti nell'autogestione del paziente
- Il fornitore di assistenza sanitaria è una guida



What are “informed, activated patients” ?

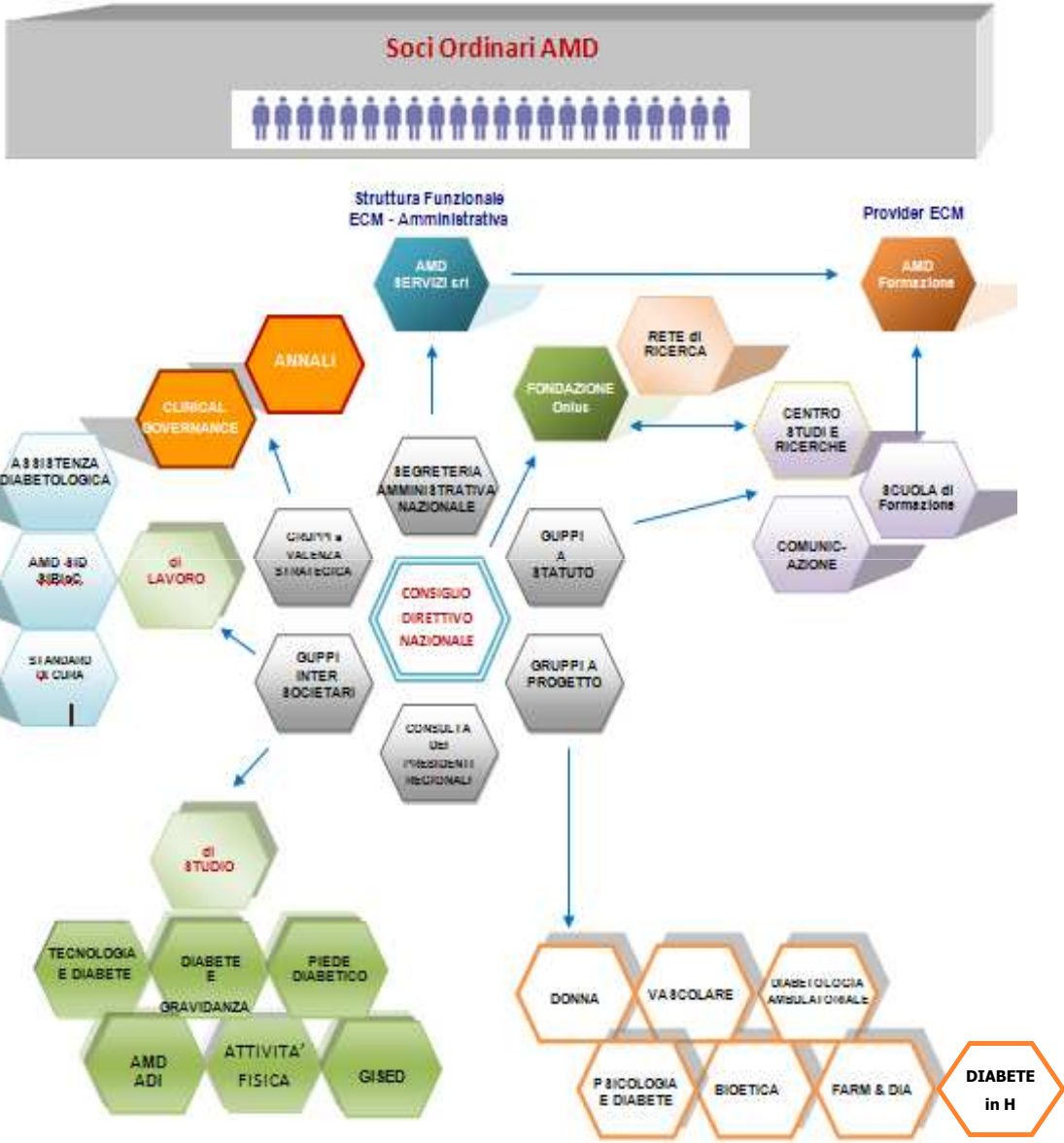
- **They have the motivation, information, skills, and confidence necessary to effectively make decisions about their health and manage it at home, work and school environment. Guidelines help.**
- **Are linked to a prepared practice team in a continuous relationship.**
- **Family and caregivers are engaged in the patient’s self-management.**
- **The health care provider is a guide.**

Usual Care Model

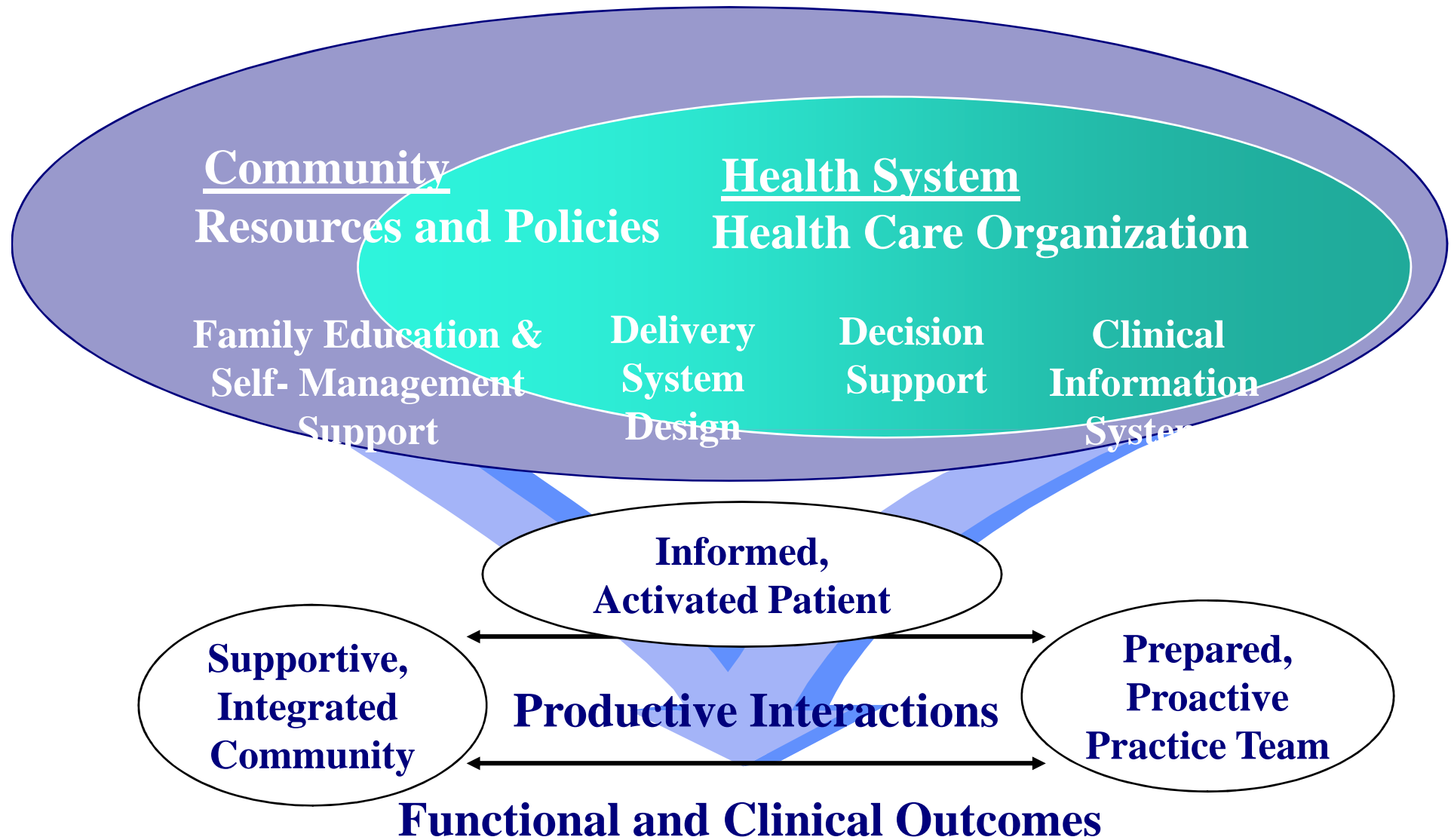


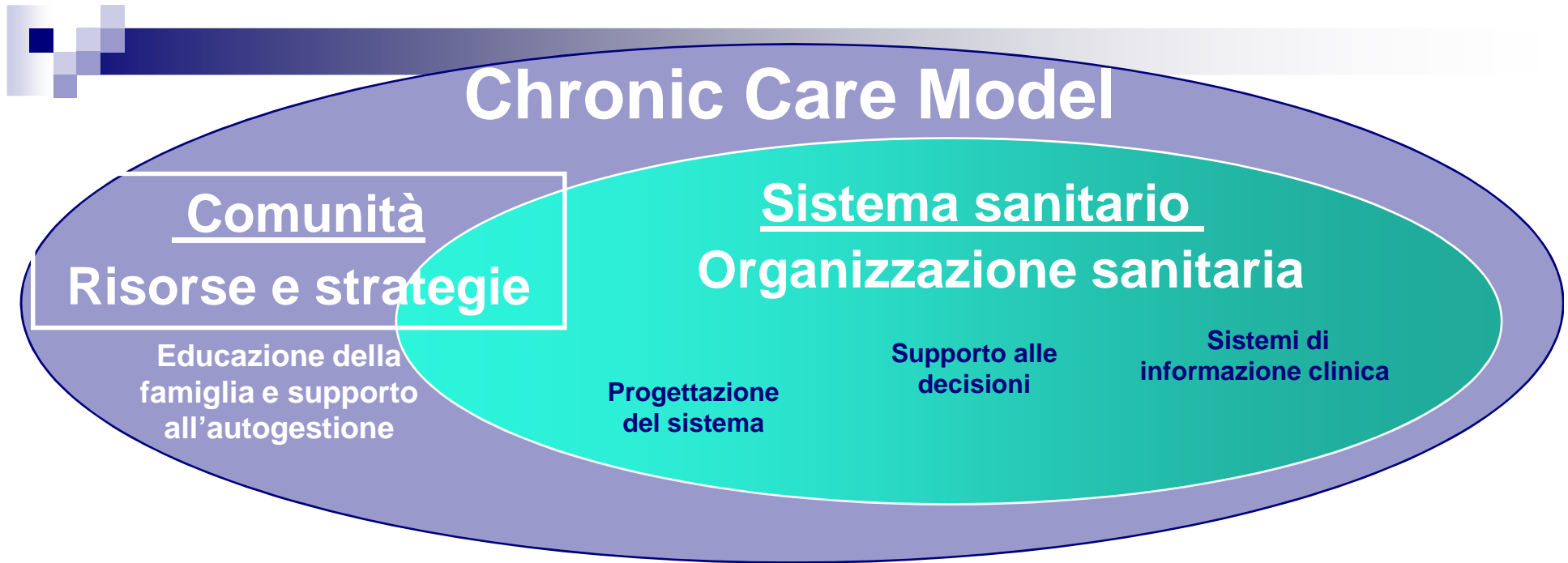
Cronic care model





The Chronic Care Model





- Utilizzare le risorse della comunità per venire incontro ai bisogni del paziente
- Incoraggiare il paziente a partecipare a programmi della comunità (esercizio fisico, gruppi di auto-aiuto)
- Creare partnership con organizzazioni della comunità per supportare o sviluppare interventi al fine di colmare carenze in aree di bisogno



Diabete.it
Parliamone insieme



diabete **no** grazie

International Diabetes Federation

presenta

La campagna di informazione e sensibilizzazione

sul



2009

Con il Patrocinio del **Ministero della Salute**





Chiedete
Alimenti e ambienti sani.

Scegliete
✓ la salute

OGGI CONTRO IL DIABETE

Le cure vitali sono un

Diritto

non un privilegio.

Educazione, Farmaci, Tecnologia.

OGGI CONTRO IL DIABETE

Diabete Italia

Giornata Mondiale del Diabete 2011

Sotto l'alto Patronato della Presidenza della Repubblica

Con il patrocinio di:
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ministero dell'Interno, Salute e Politiche Sociali
Ministero dell'Università, Ricerca e Politiche Scientifiche
Ministero della Pubblica Istruzione, Attività e Sport
Ministero delle Attività Sportive e del Turismo
Ministero della Sanità
Ministero della Cultura
Ministero delle Politiche Regionali
Ministero delle Politiche Europee

dieta equilibrata +
allenamento costante =
**BATTI SUL TEMPO
IL DIABETE!**

**GIORNATA MONDIALE DEL
DIABETE
12-13 NOVEMBRE 2011**

PER CONOSCERE LA PIAZZA PIÙ VICINA
800-674044

www.DIABETEITALIA.it

Antonio Rossi
Campione Olimpico

Con il contributo delle aziende e associazioni partner:

Dirigete il **ITALIA**

In collaborazione con **IL MATTINO**

Il Diabete non discrimina

giovani ragazzi
poveri ricchi
uomini donne

OGGI CONTRO IL DIABETE

Il Diabete Uccide

1 persona ogni 8 secondi

OGGI CONTRO IL DIABETE

Chronic Care Model



- Creare cultura , organizzazione e sistemi che promuovano un'alta qualità di cure
- Supportare in modo visibile il miglioramento a tutti i livelli di organizzazione
- Promuovere efficaci strategie a sostegno di un cambiamento del sistema
- Incoraggiare un'aperta e sistematica discussione degli errori e dei problemi di qualità per migliorare le cure
- Mettere a punto incentivi basati sulla qualità delle cure

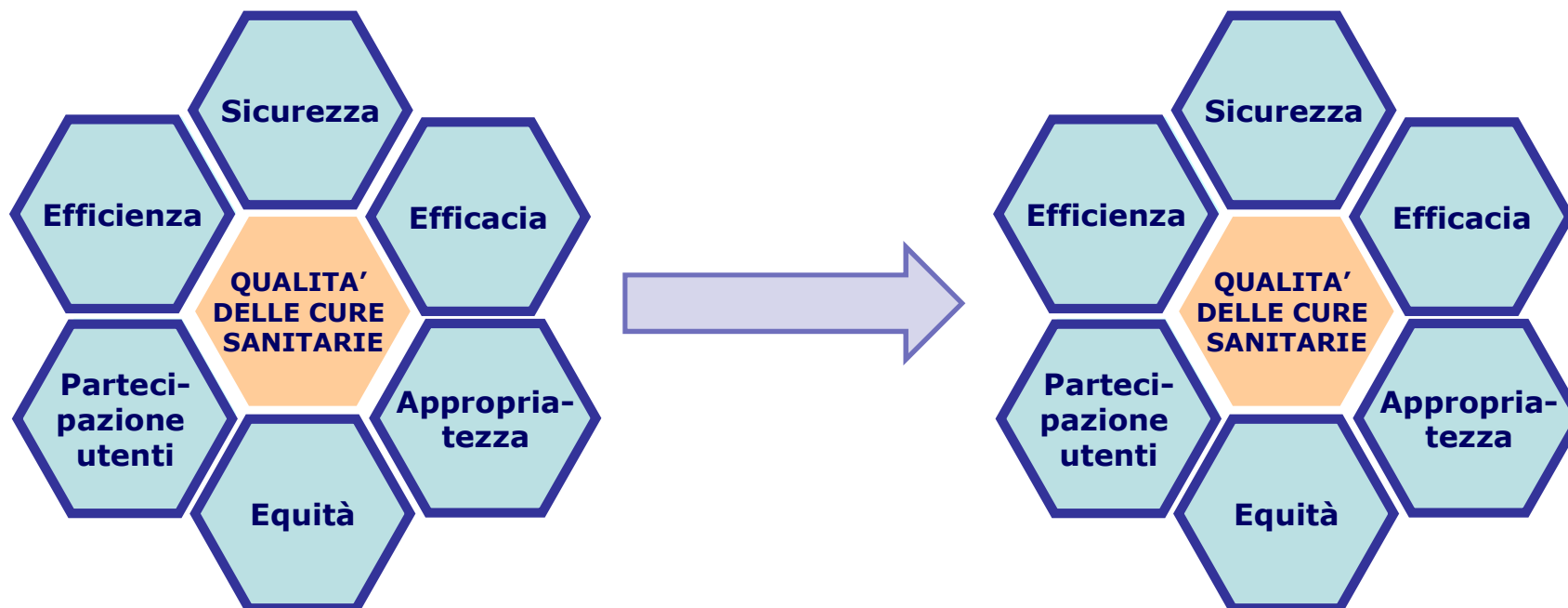
CLINICAL: le professioni sanitarie

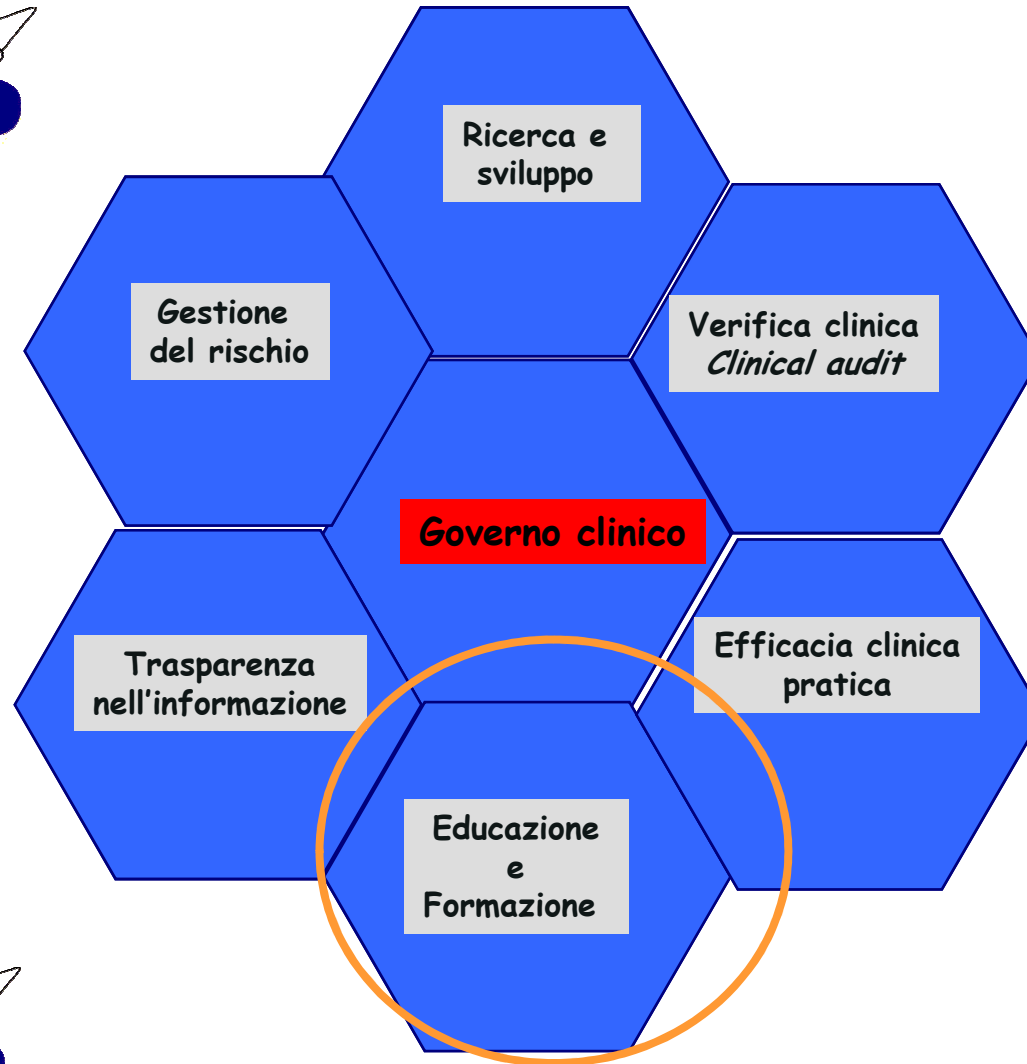
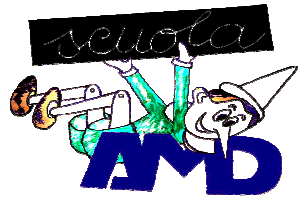
GOVERNANCE: gestione dei processi ... per il miglioramento

GESTIONE (MANAGERIALE -ORGANIZZATIVA) CLINICA DELL'ASSISTENZA

CG è un sistema di valori e strumenti per migliorare la qualità della pratica clinica: un insieme di obiettivi, strategie, responsabilità, strumenti finalizzati ad "allineare" i processi clinici a mete di qualità, sicurezza per migliorare gli esiti di salute in risposta ai criteri di equità, accessibilità, partecipazione, efficacia, efficienza, appropriatezza, sostenibilità che sono richiamati nei PSN

Da declinazione Teorica a Metodo applicabile ad ogni Processo







VIII Giornate Diabetologiche Astigiane

AMD Piemonte VdA, AMD Liguria, AMD Lombardia,
AMD Veneto Trentino Alto Adige,
AMD Friuli Venezia Giulia

"UNA MEDICINA TRANSAZIONALE PER GARANTIRE FIN DA SUBITO, TRAMITE LA FENOTIPIZZAZIONE DEL PAZIENTE CON DM2, L'OTTIMIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CURA, PER IL MIGLIORAMENTO DEGLI ESITI DI SALUTE DELLA PERSONA CON DIABETE".

Corso di Formazione Interdisciplinare AMD per
equipe di rete di assistenza diabetologica
in Collaborazione con Scuola di Formazione AMD
e Consulta Presidenti Regionali AMD



ASTI - HOTEL SALERA
30 Giugno - 1 e 2 Luglio 2011

RAZIONALE

Il corso di formazione è indirizzato ad equipe di rete di assistenza diabetologica. L'obiettivo generale è quello di realizzare una condivisione di conoscenze e capacità, tecniche e relazionali, orientate in una dimensione di processo per migliorare la qualità dell'assistenza alle persone con il diabete e modificare gli esiti della malattia, promuovendo la trasformazione evolutiva del singolo operatore nella logica del lavoro in team.

INFORMAZIONI SCIENTIFICHE

Responsabile Scientifico e Direttore del Corso: Dott. Luigi Gentile
Segreteria scientifica: Dott. Luigi Gentile, Dott. Alessandro Ozzello

Docenti

Mariano Agrusta, Luigi Gentile, Sandro Gentile, Carlo Giorda, Giorgio Grassi, Valeria Manicardi, Giuseppe Marelli, Nicoletta Musacchio, Alessandro Ozzello, Maria Antonietta Pellegrini, Umberto Valentini

Moderatori

Adolfo Ciavarella, Marco Comoglio, Angela Girelli, Guglielmo Ghisoni, Luca Monge, Aldo Morea, Antonio Pipitone, Luigi Sciangula, Franco Tomasi, Laura Tonutti, Carla Tortul, Maria Stella Trabacca

Tutors

Giacomo Guaita, Luca Lione, Giuseppe Marelli, Massimo Michelini, Paola Ponzani, Laura Tonutti

PROVIDER ACCREDITATO ID N. 275

ECM Service S.r.l.

E.C.M.

Il Corso è stato accreditato per n.60 tra Medici Chirurghi (categorie professionali: malattie metaboliche e diabetologia, nefrologia, medicina generale, direzione medica di presidio ospedaliero), Infermieri e Farmacisti e riconoscerà n. 17,5 crediti ECM. L'assegnazione dei crediti formativi sarà subordinata alla partecipazione effettiva all'intero programma formativo, alla verifica di apprendimento e al rilevamento delle presenze. L'attestato di partecipazione riportante il numero di crediti formativi verrà inviato al domicilio del partecipante dopo aver effettuato tali verifiche. ECM Service Srl è accreditato dalla Commissione Nazionale ECM a fornire programmi di formazione continua per tutti gli operatori sanitari. ECM Service Srl si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività ECM.

Sede del corso

HOTEL SALERA - Via Mons. Giuseppe Marelli, 19
14100 ASTI - Tel. 0141 410169

PROVIDER ACCREDITATO ID.275 e SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Ecm Service S.r.l.

Via T. Invrea, 9/13 - 16129 Genova
Tel. 010.505385 - fax 010.8992719
e.orengo@ecmservice.it - www.ecmservice.it



L'iniziativa è stata realizzata con il contributo incondizionato di

Merck Serono

MERCK

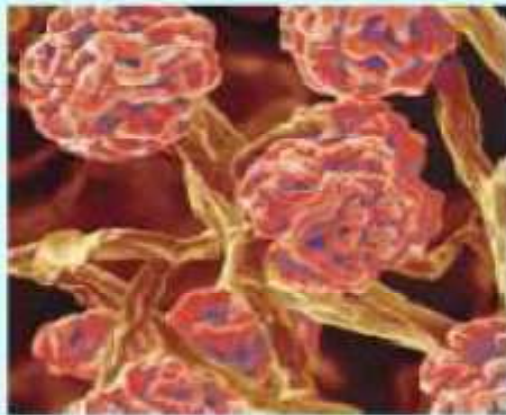
MSD



Roche

ACCU-CHEK®

**Il Laboratorio nel PDTA
Diabete Mellito nella fase di
gestione ospedaliera:
agire tempestivamente ed
appropriatamente ottenendo il
migliore controllo glicemico, per
migliorare la qualità delle cure e la
prognosi del paziente**



**20 febbraio 2010
8,30 – 19,00**



Accuratezza del dato glicemico e
management del DM2:
fin da SUBITO oltre l'HbA1c



PROGRAMMA SCIENTIFICO

Roma, 1-2 dicembre 2010



Accuratezza del dato glicemico e
management del DM2:
fin da SUBITO oltre l'HbA1c



PROGRAMMA SCIENTIFICO

Firenze, 24 - 25, Ottobre 2010





Il grande progetto 2009-2013 della Diabetologia Italiana

L'EVIDENZA

Migliore è il compenso metabolico nelle prime fasi della malattia, migliore sarà la prognosi del paziente nel tempo

"The earlier, the better"

L'OBIETTIVO PRINCIPALE

Migliorare il compenso metabolico alla diagnosi/esordio/presa in carico **Il più tempestivamente possibile** al fine di ridurre il peso delle complicanze nei successivi 5 anni

GLI OBIETTIVI SECONDARI

- ✓ Valorizzare le competenze uniche e insostituibili del team diabetologico nella complessa gestione del diabete
- ✓ Valorizzare l'organizzazione già esistente della rete italiana di Servizi di Diabetologia di cui AMD è espressione
- ✓ Potenziare al massimo il know-how complessivo dei diabetologi italiani attraverso un intervento concreto, condiviso e corale
- ✓ Selezionare Servizi di Diabetologia che lavorino in modo appropriato ed efficace

AREE E MODALITÀ DI INTERVENTO



TEMPI DI REALIZZAZIONE

2009 -2013

ATTORI

- ✓ Servizi di Diabetologia collegati con AMD
- ✓ Presidenza, Consigli Direttivi Nazionali e Regionali, Gruppi di studio
- ✓ Aziende del settore e Istituzioni

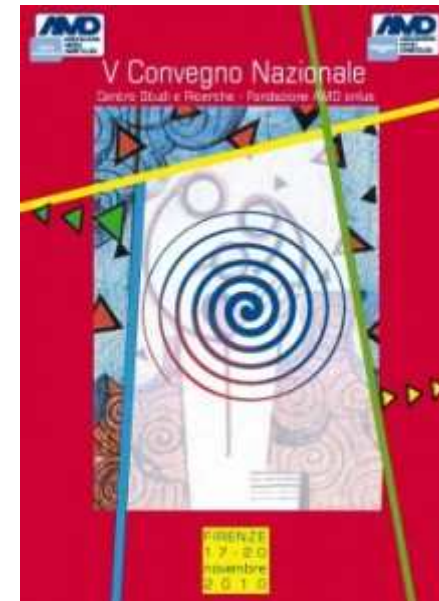
AMD

La prima società scientifica con un obiettivo chiaro, etico, a medio-lungo termine www.aemmedi.it/subito

GISED

AMD

comunicAZIONE



Chronic Care Model

Community

Resources and Policies

**Family Education &
Self-Management
Support**

Health System

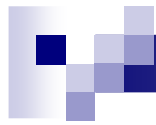
Health Care Organization

Delivery
System
Design

Decision
Support

Clinical
Information
System

- Emphasize patient/parent active role**
- **Collaborative care planning/problem solving**
 - **Ongoing educational process**
 - **Connections between family/patient and social support**
 - **Standardized assessments of self-management**
 - **Written management plan with goal setting**



Chronic Care Model



Enfatizzare il ruolo attivo del paziente e dei parenti

- Piano di cure condiviso , orientato ai problemi
- Iniziare un processo educativo
- Contatti tra la famiglia del paziente e i servizi sociali
- Valutazione standardizzata dell'autogestione
- Scrivere un piano di trattamento con gli obiettivi

Chronic Care Model

Comunità

Risorse e strategie

Educazione della
famiglia e supporto
all'autogestione

Sistema sanitario

Organizzazione sanitaria

Progetta
zione del
sistema

Supporto
alle
decisioni

Sistemi di
informazione
clinica

- Enfatizzare il ruolo attivo del paziente e dei parenti**
- **Piano di cure condiviso , orientato ai problemi**
 - **Iniziare un processo educativo**
 - **Contatti tra la famiglia del paziente e i servizi sociali**
 - **Valutazione standardizzata dell'autogestione**
 - **Scrivere un piano di trattamento con gli obiettivi**

Therapeutic Education: What a Diabetes Center Should Provide

Therapeutic education is the key to improving the quality of life of people with diabetes. Patients are becoming increasingly aware of their condition and are seeking the educational programs and therapeutic education that have effectively reduced...

MINIMUM PREREQUISITES FOR AN EDUCATIONAL PROGRAM

Background of diabetes: The overall health knowledge of the adult population of your local diabetic population includes knowledge of diabetes, its complications, and the need for medical attention. The educational program should be designed to meet the needs of the population...

Diabetes Center, University of Colorado Health Sciences Center, Denver, Colorado

DESG Teaching Letter Number 21 - Therapeutic Education What a Diabetes Center Should Provide. This page contains the main body of the article, including sections on 'Therapeutic Education', 'Background of diabetes', 'Minimum prerequisites for an educational program', 'Content of the educational program', and 'Teaching methods'.

DESG Teaching Letter Number 21 - Therapeutic Education What a Diabetes Center Should Provide. This page contains the main body of the article, including sections on 'Therapeutic Education', 'Background of diabetes', 'Minimum prerequisites for an educational program', 'Content of the educational program', and 'Teaching methods'.

DESG Teaching Letter Number 21 - Therapeutic Education What a Diabetes Center Should Provide. This page contains the main body of the article, including sections on 'Therapeutic Education', 'Background of diabetes', 'Minimum prerequisites for an educational program', 'Content of the educational program', and 'Teaching methods'.





DIABETES CONVERSATIONS

Diabete tipo 2

Acquisire conoscenze



Associazione Parlamentare
per la tutela e la promozione
del diritto alla prevenzione



Associazione
Diabete Italia

SECONDA SEZIONE

ASPETTATIVE E RESPONSABILITÀ DELLA PERSONA CON DIABETE E DEI FAMILIARI

La persona con diabete e/o i familiari non sono sempre al centro del percorso assistenziale e degli obiettivi del trattamento farmacologico e nutrizionale a lungo termine, come definiti dalle attuali linee guida terapeutiche. La persona con diabete e i familiari possono credere erroneamente che la situazione sia "sotto controllo" a causa della mancanza di sintomi e sospendere le adatte terapie o modificarle in modo incongruo. La persona con diabete e i familiari devono ricevere una corretta informazione sulle cause di scompenso e sui fattori di rischio per lo sviluppo di complicanze, affinché siano consapevoli dell'importanza di condurre uno stile di vita sano, in linea con le proprie possibilità e i propri bisogni.

Occorre pertanto:

1. **Educare** la persona con diabete e i familiari affinché possano vivere in base alle proprie aspirazioni.
2. **Aiutare** le famiglie a gestire il diabete facendo formazione continua e fornendo informazioni, strumenti e servizi che tengano conto delle necessità delle singole persone.
3. **Stimolare** gli operatori sanitari (specialisti, medici curanti, infermieri, psicologi, nutrizionisti, podologi, ecc.) ad ascoltare attivamente e per un tempo congruo la persona con diabete e i familiari per conoscerne i bisogni, le aspirazioni e le aspettative.
4. **Indurre** gli operatori sanitari a spiegare gli obiettivi terapeutici, verificarne sempre la comprensione, e a sviluppare schemi di cura (personalizzati, condivisi, espliciti in forma scritta e orale) che indichino il trattamento da seguire abitualmente e il comportamento da tenere in eventuali situazioni di urgenza.
5. **Invitare** tutti gli operatori socio-sanitari a prendersi cura degli aspetti psicologici e sociali della persona con diabete e dei familiari.

Associazione Parlamentare
per la tutela e la promozione
del diritto alla prevenzione



Associazione
Diabete Italia

TERZA SEZIONE

EDUCAZIONE CONTINUA DELLA PERSONA CON DIABETE

L'educazione continua della persona con diabete, dei familiari e del contesto socio-relazionale è uno strumento indispensabile per il successo terapeutico, per prevenire e riconoscere eventuali complicanze e per raggiungere una piena autonomia nella gestione quotidiana del diabete. È importante riconoscere alla terapia educativa un ruolo centrale prevedendo corsi strutturati.

Occorre pertanto:

1. **Formare** il personale sanitario all'educazione terapeutica e le organizzazioni di volontariato all'educazione sanitaria della persona con diabete e dei familiari, in funzione delle loro specifiche esigenze cliniche e socio-culturali.
2. **Condividere** con la persona gli obiettivi e le scelte terapeutiche, avendone dato piena informazione, al fine di facilitare la gestione del diabete nella vita quotidiana.
3. **Concordare** la cura, l'alimentazione salutare e l'attività fisica costante e personalizzata.
4. **Avvalersi** di un gruppo multidisciplinare completo con competenze specifiche (mediche, psicologiche, nutrizionali, infermieristiche, sociali) utili a rimuovere le barriere a una corretta gestione del diabete.
5. **Assicurare** uniformità di accesso alla terapia educativa su tutto il territorio nazionale.

MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

Associazione Parlamentare
per la tutela e la promozione
del diritto alla prevenzione



Associazione
Diabete Italia

Roma, 01 Luglio 2008

DAWN
Dipartimento di Anatomia e Fisiologia

Chronic Care Model



Ruoli e compiti di tutte le figure coinvolte (team, scuola, familiari)

- Cure basate su Linee Guida accettate
- Team primario di cura in grado di garantire continuità assistenziale
- Regolare follow-up

Therapeutic Education: What a Diabetes Center Should Provide

Therapeutic education is the key to improving the quality of life of people with diabetes. Patients are becoming increasingly aware of their condition and are taking the educational programs and therapeutic education that have effectively reduced...

MINIMUM PREREQUISITES FOR AN EDUCATIONAL PROGRAM

Background of diabetes: The overall health knowledge of the adult population of your local diabetic population includes: Diabetes, diabetes control level, diet, insulin, and insulin therapy. Diabetes care: Diabetes care involves the use of insulin, oral hypoglycemic agents, and other medications. Diabetes complications: Diabetes complications include retinopathy, nephropathy, neuropathy, and other complications.

Diabetes Center: A diabetes center should provide a variety of services including: Individualized instruction, Group instruction, Self-management education, and Diabetes self-management education.

DESG Teaching Letter Number 21 - Therapeutic Education What a Diabetes Center Should Provide



It will result in a higher quality of life for the individual with diabetes. The goal is to ensure that the individual with diabetes is able to live a healthy and productive life.

Psychological aspects

Diabetes is a chronic disease that requires a long-term commitment to treatment. The individual with diabetes must be able to cope with the psychological aspects of the disease, such as stress, anxiety, and depression.

Diabetes is a chronic disease that requires a long-term commitment to treatment. The individual with diabetes must be able to cope with the psychological aspects of the disease, such as stress, anxiety, and depression.

Diabetes is a chronic disease that requires a long-term commitment to treatment. The individual with diabetes must be able to cope with the psychological aspects of the disease, such as stress, anxiety, and depression.

TEACHING METHODS

Diabetes education should be provided in a variety of formats, including individualized instruction, group instruction, self-management education, and diabetes self-management education.



DESG Teaching Letter Number 21 - Therapeutic Education What a Diabetes Center Should Provide

CONTENT OF THE EDUCATIONAL PROGRAM

The educational program should cover the following topics: Diabetes, diabetes control, diet, insulin, and insulin therapy. Diabetes care: Diabetes care involves the use of insulin, oral hypoglycemic agents, and other medications.

- What is diabetes?
Diagnosis and treatment
Diabetes complications
Diabetes self-management education
Diabetes self-management education
Diabetes self-management education
Diabetes self-management education

Diabetes is a chronic disease that requires a long-term commitment to treatment. The individual with diabetes must be able to cope with the psychological aspects of the disease, such as stress, anxiety, and depression.

Diabetes is a chronic disease that requires a long-term commitment to treatment. The individual with diabetes must be able to cope with the psychological aspects of the disease, such as stress, anxiety, and depression.

TEACHING METHODS

Diabetes education should be provided in a variety of formats, including individualized instruction, group instruction, self-management education, and diabetes self-management education.

Individual learning

Individual learning is a method of teaching that allows the individual to learn at their own pace and in their own environment. This method is particularly useful for individuals who have busy schedules or who prefer to learn on their own.

Group learning

Group learning is a method of teaching that allows the individual to learn from others and to receive feedback from the instructor. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn in a classroom setting.

Self-management education

Self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.

Diabetes self-management education

Diabetes self-management education is a method of teaching that allows the individual to learn how to manage their diabetes on their own. This method is particularly useful for individuals who prefer to learn on their own.



DESG Teaching Letter Number 21 - Therapeutic Education What a Diabetes Center Should Provide



STUDIO QUADRI

QUalità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle
Regioni Italiane

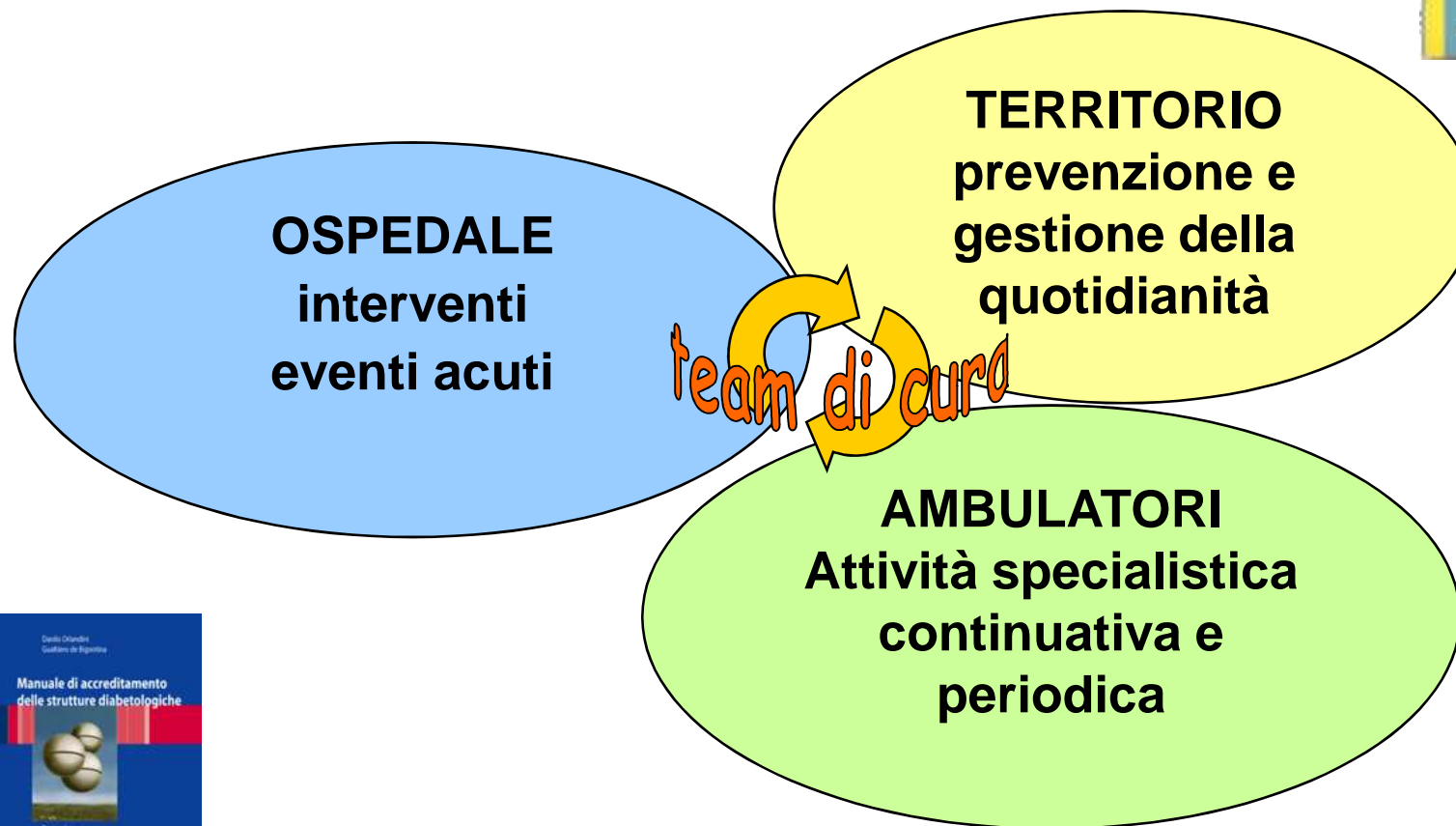
Nancy Binkin, CNESPS, ISS, Roma

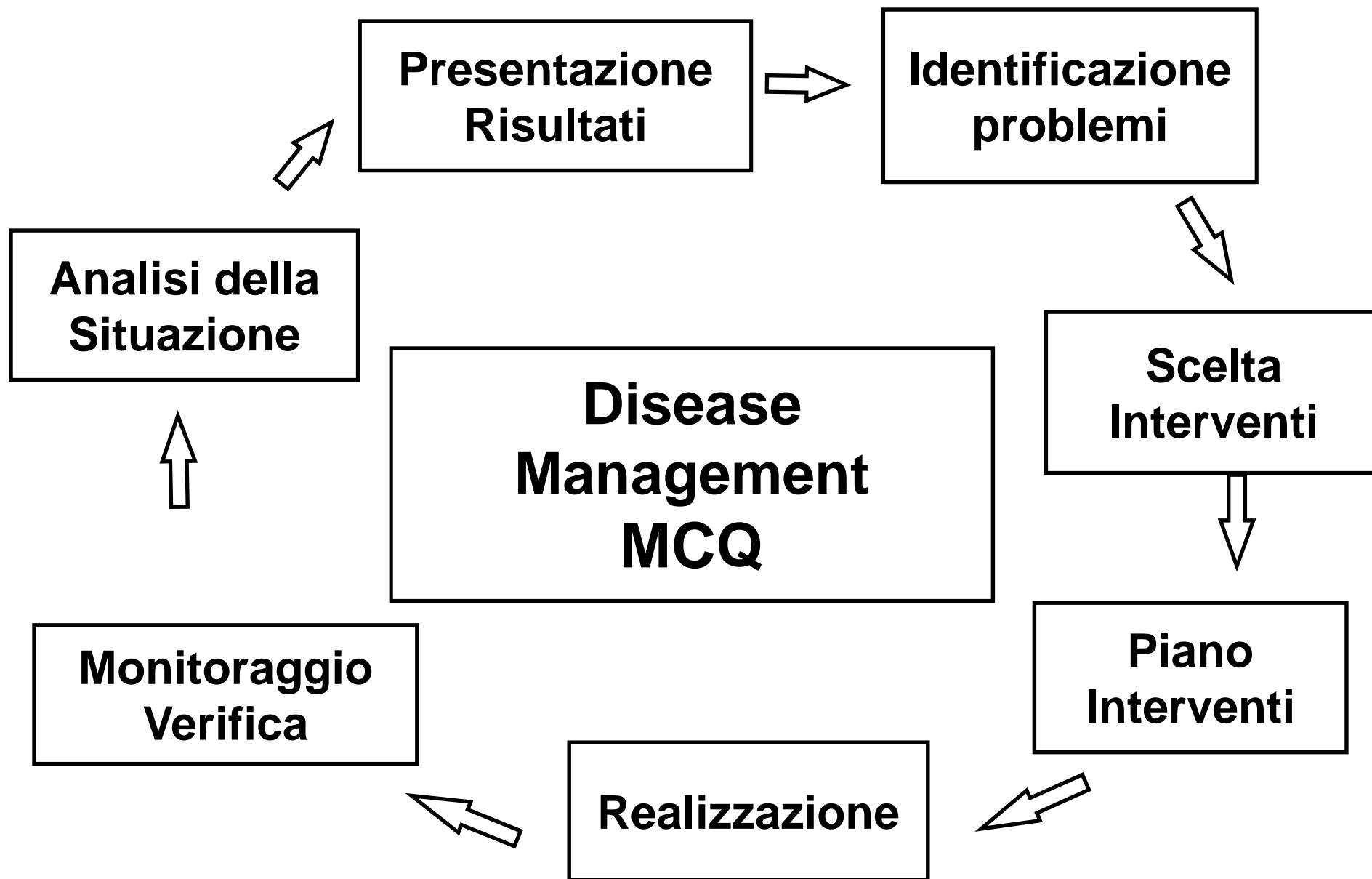
Novembre 2005

PARTNERS:



Il Percorso Diagnostico Terapeutico PDTA : un processo di cura integrata fondata sul team





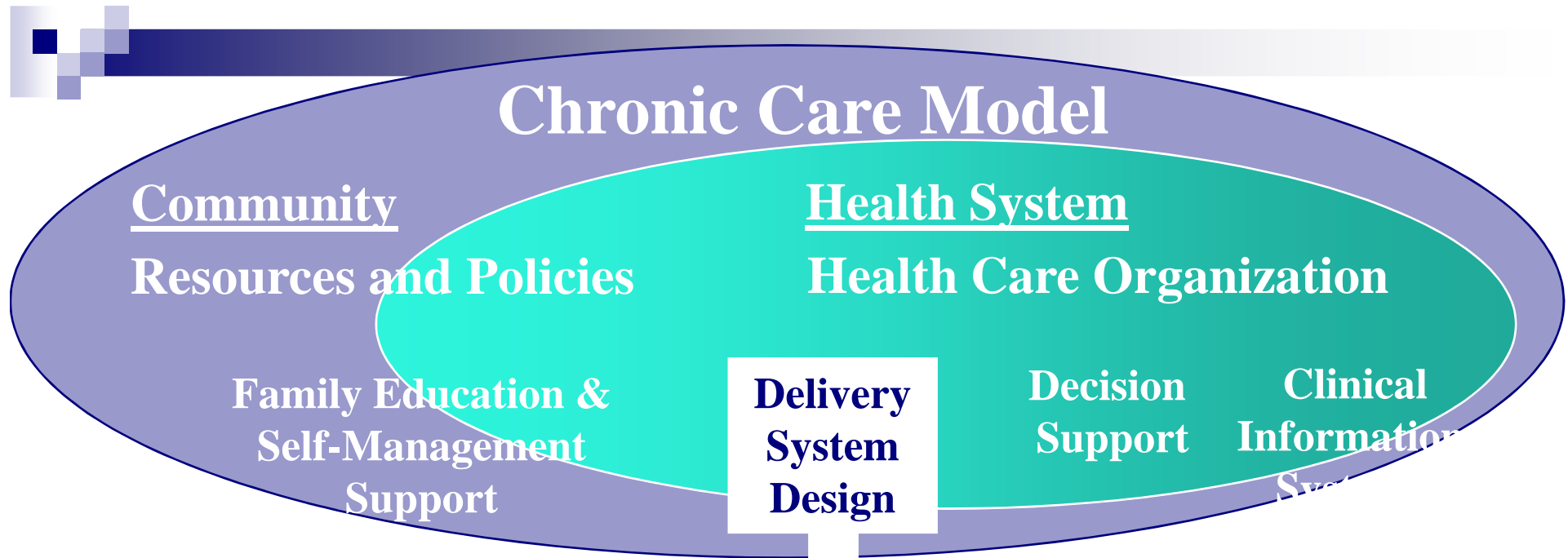


Progetto Sinergia: “PDTA”diabete distretto di Cusano

Implementazione di un **modello organizzativo**

Caratterizzato da una forte autonomizzazione del paziente e da percorsi sanitari diversificati mirati alla valorizzazione delle diverse figure professionali

Come organizzare il braccio specialistico in un PDTA



Team roles and tasks (practice team, school, parents)

- **Care based on accepted guidelines**
- **Primary care team assures continuity**
- **Regular follow-up care**



Chronic Care Model

Comunità

Risorse e strategie

Educazione della famiglia e
supporto all'autogestione

Sistema sanitario

Organizzazione sanitaria

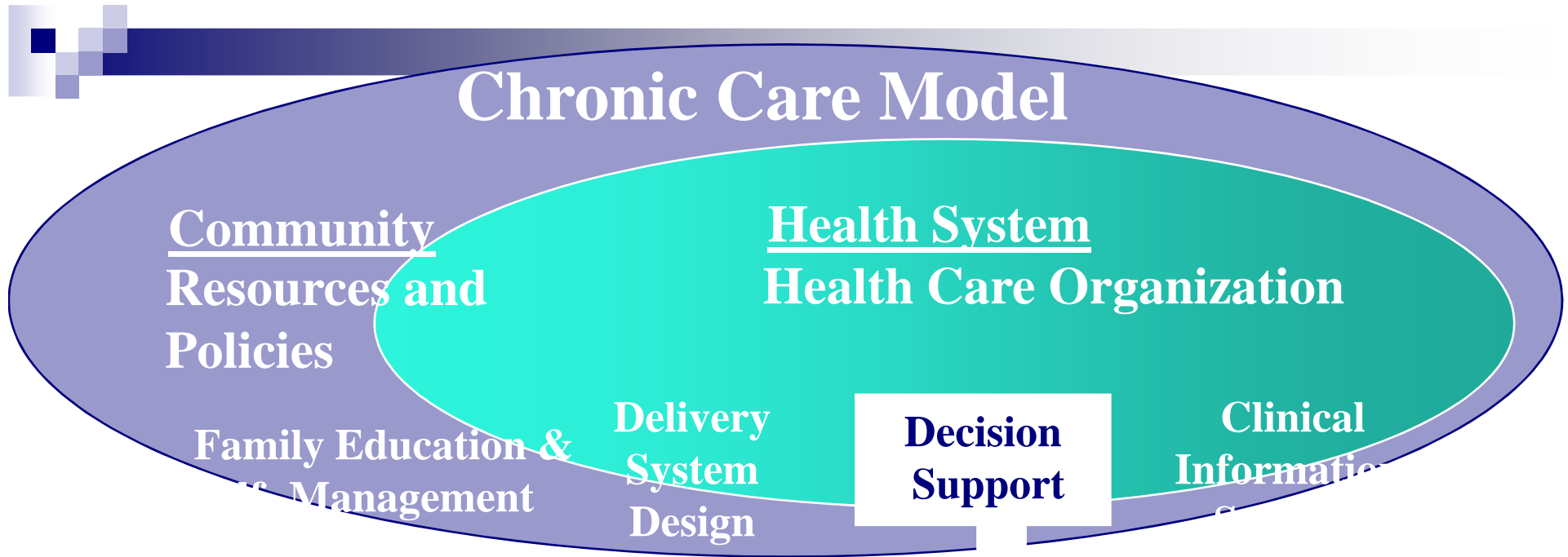
Progettazione
del sistema

Supporto alle
decisioni

Sistemi di
informazione clinica

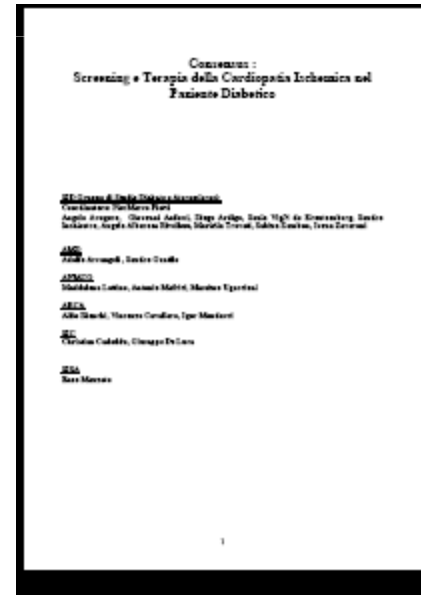
- Linee Guida evidence-based
- Programmi di formazione
- Valorizzazione delle competenze
- Linee Guida per pazienti





Evidence-based guidelines

- **Provider education**
- **Referrals and specialist expertise**
- **Guidelines for patients**



Chronic Care Model



Registri per rintracciare le informazioni clinicamente utili in modo tempestivo

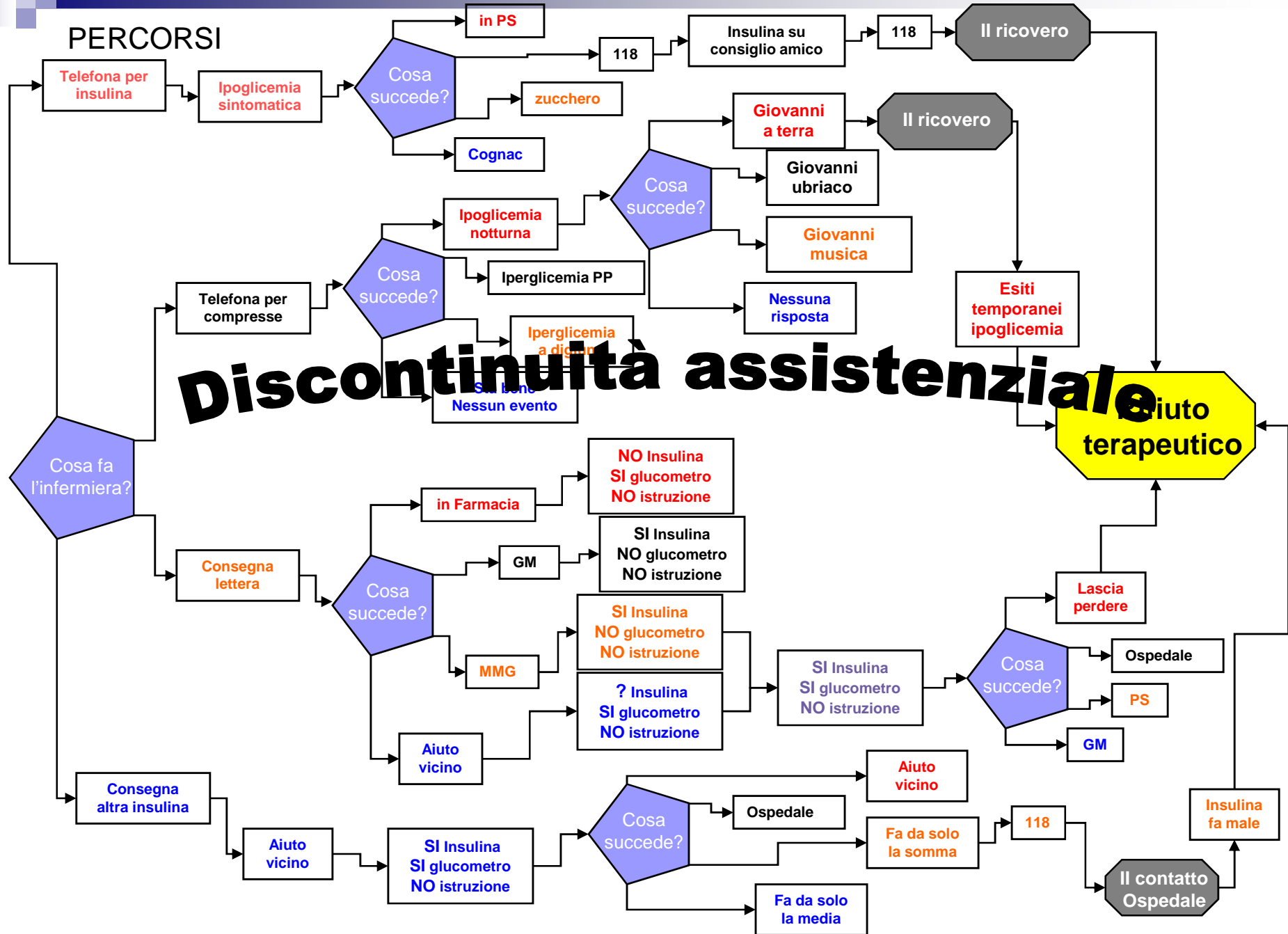
- Registrare dati per avere un feed-back
- Promemoria di cura
- Assicurare un follow-up pianificato nel tempo
- Identificazione e trattamento intensivo di sottogruppi di pazienti
- Piani di cura individuali



Progetto *Reminders AMD*

AMD ha invitato i produttori di cartelle cliniche informatizzate destinate all'uso clinico in diabetologia ad inserire nei loro programmi dei *reminders* in grado di aiutare l'utente

PERCORSI



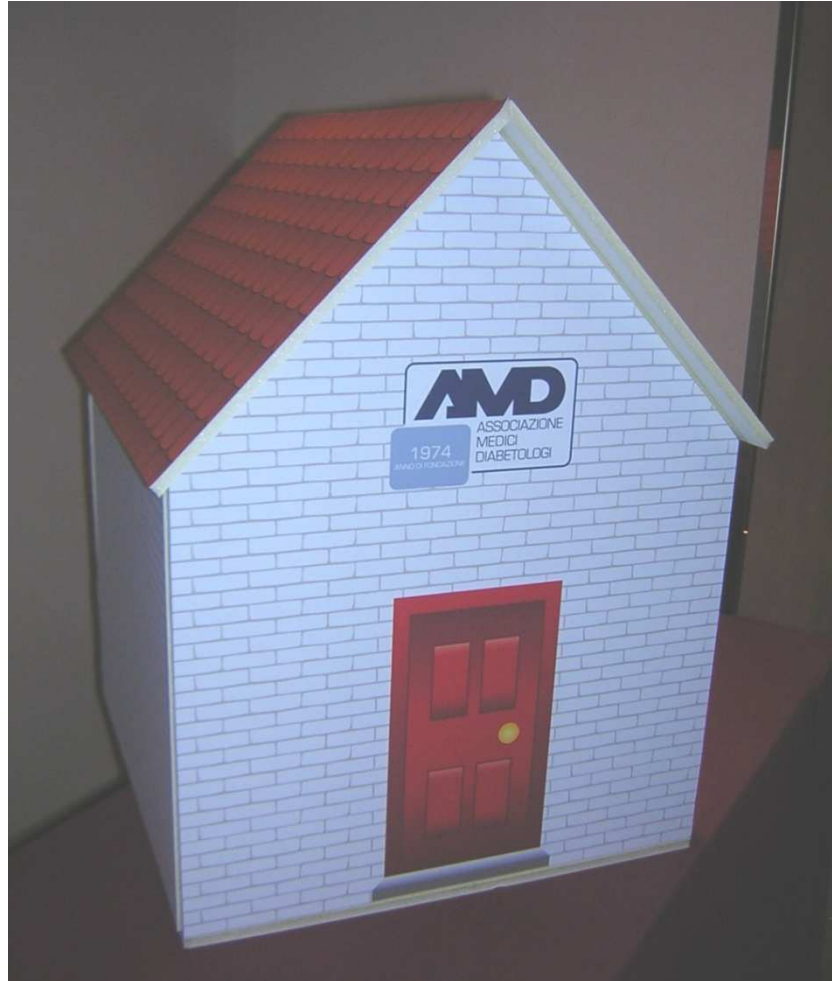
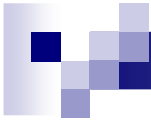
Discontinuità assistenziale

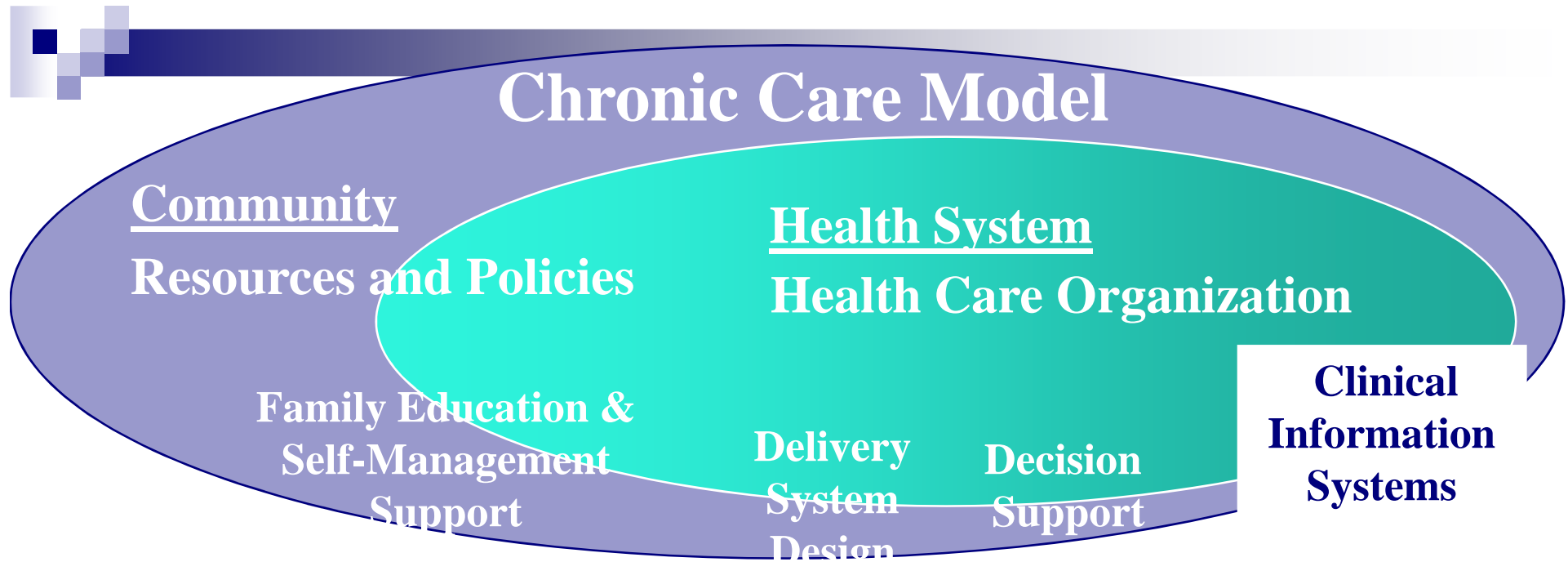


Annali AMD 2010

INDICATORI DI QUALITÀ
DELL'ASSISTENZA
DIABETOLOGICA
IN ITALIA.

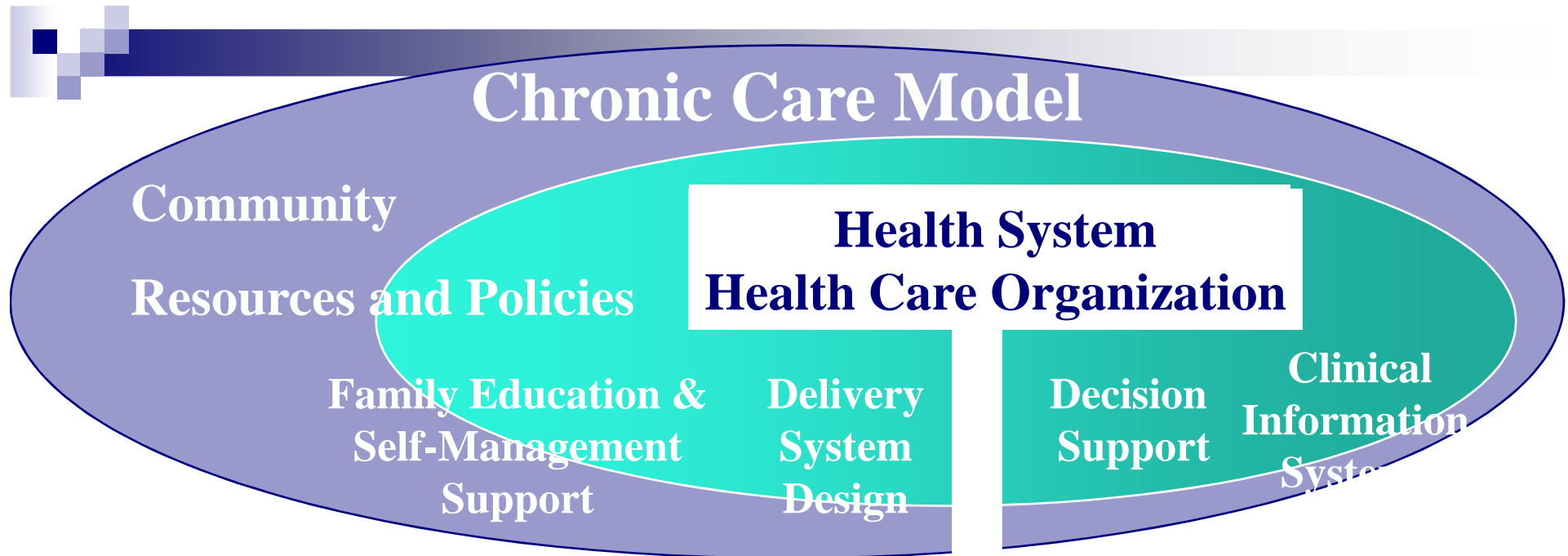
4-2010
Aristide Cimino, Denis Fico,
Carlo F. Corallo, Paolo Andreucci,
Antonio Mitrani, Fabio Pellegrini,
Anna Chiara Rossi, Salvatore Tassi,
Giuseppe Vignozzi





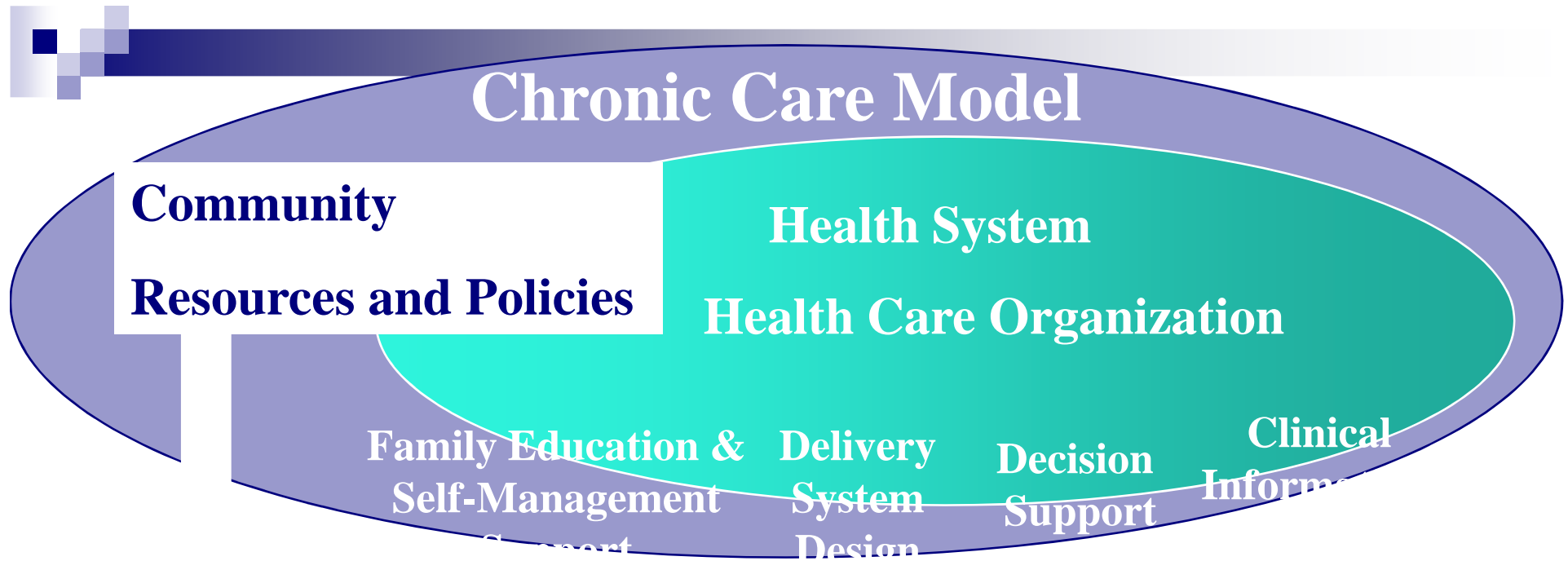
Registry to track clinically useful and timely information

- **Registry reports/data for feedback**
- **Care reminders**
- **Assure timely planned follow-up**
- **Identification/proactive care of relevant patient subgroups**
- **Individual patient care planning**



Specific goals in organizations strategic/business plan

- **Senior leader support**
- **Organization adopts performance improvement model**
- **Provider incentives support organizational goals**



Partnerships

- **Key school contact identified**
- **Input**
- **Educational services available**

Come possiamo riconoscere una interazione produttiva ?



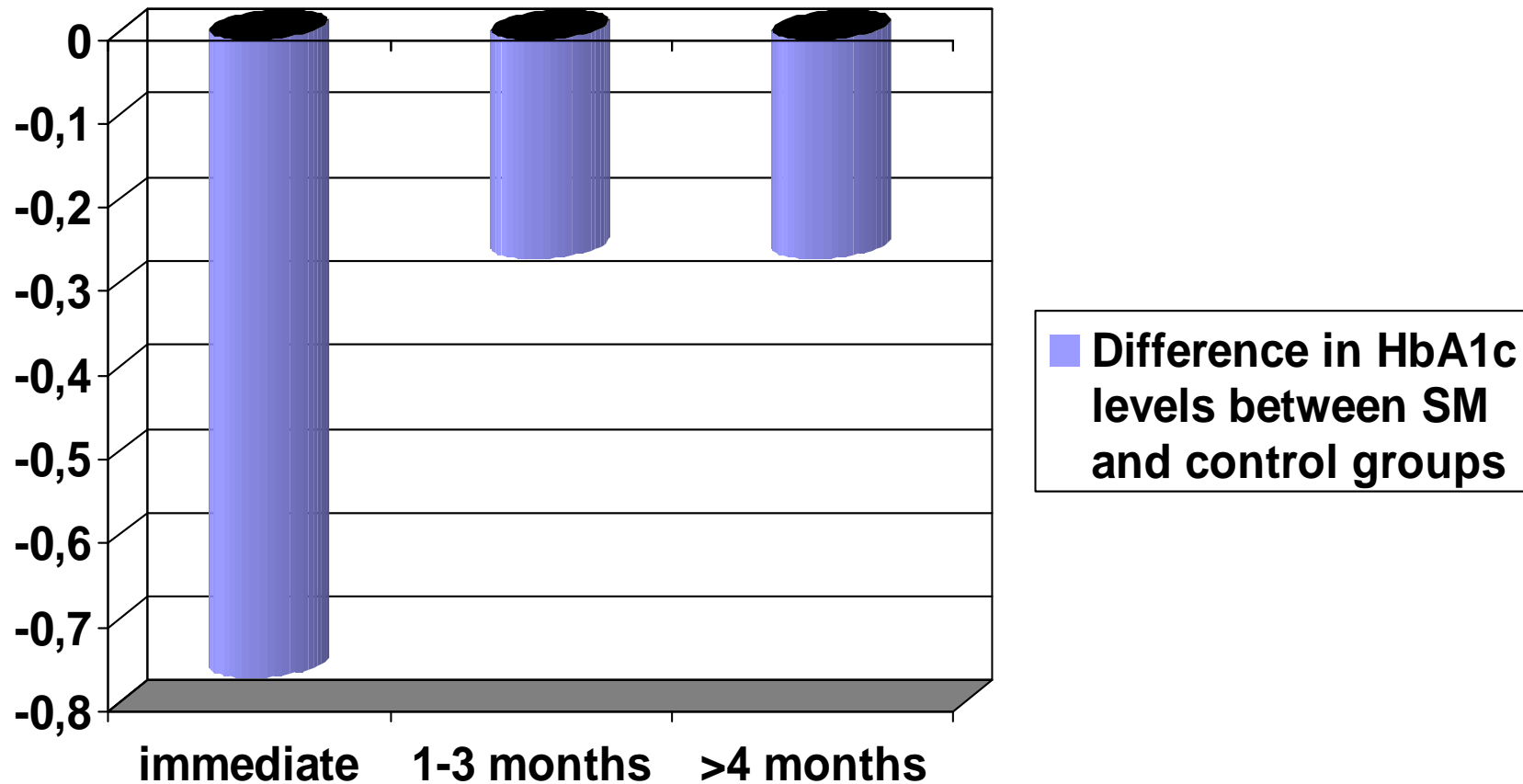
- **Decisione sugli obiettivi del self-management**
Aderenza alle Linee Guida
- **Messa a punto del trattamento clinico mediante protocolli (Treat to target)**
- **Scenario di collaborazione relativamente agli obiettivi e alla soluzione dei problemi che esiti in un piano di cure condiviso**
- **Pianificazione di un follow-up attivo**



Effects of Self-management Education on Glycemic Control

- 31 RCTs evaluated effects on HbA1c
- Average 6 contacts and 9 contact hours
- Most often delivered by nurse-dietician-physician team
- 2/3 in groups
- Reduction in HbA1c increased with contact time (1% for every added 24 hours of contact)

Effects of Self-management Education on HbA1c Levels across 31 RCTs



Norris et al, Diabetes Care 2002; 25:1159




Three Types of Measures

- **If you can't measure what you are doing, you can't improve**
- **Outcome Measures (voice of the customer or patient):**
- **Process Measures (voice of the workings of the system):**
- **Balancing Measures (looking at a system from different directions/dimensions)**
- **IT systems essential**




Outcome Measures (voice of the customer or patient):

- **Outcome Measures (voice of the customer or patient):**
How is the system performing? What is the result?
- For diabetes: Average hemoglobin A1c level for population of patients with diabetes
- For access: Number of days to appointment
- For critical care: Intensive Care Unit (ICU) mortality
- For medication systems: Adverse drug events per 1,000 doses



Process Measures (voice of the workings of the system):

- **Are the parts/steps in the system performing as planned?**
- **For diabetes: Percentage of patients with hemoglobin A1c level measured twice in the past year**
- **For access: Average daily clinician hours available for appointments**
- **For critical care: Use of adverse drug event chart review**



Balancing Measures (looking at a system from different directions/dimensions):

- Are changes designed to improve one part of the system causing new problems in other parts of the system?
- For reducing time patients spend on a ventilator after surgery: Make sure reintubation rates are not increasing
- For reducing patients' length of stay in the hospital: Make sure readmission rates are not increasing



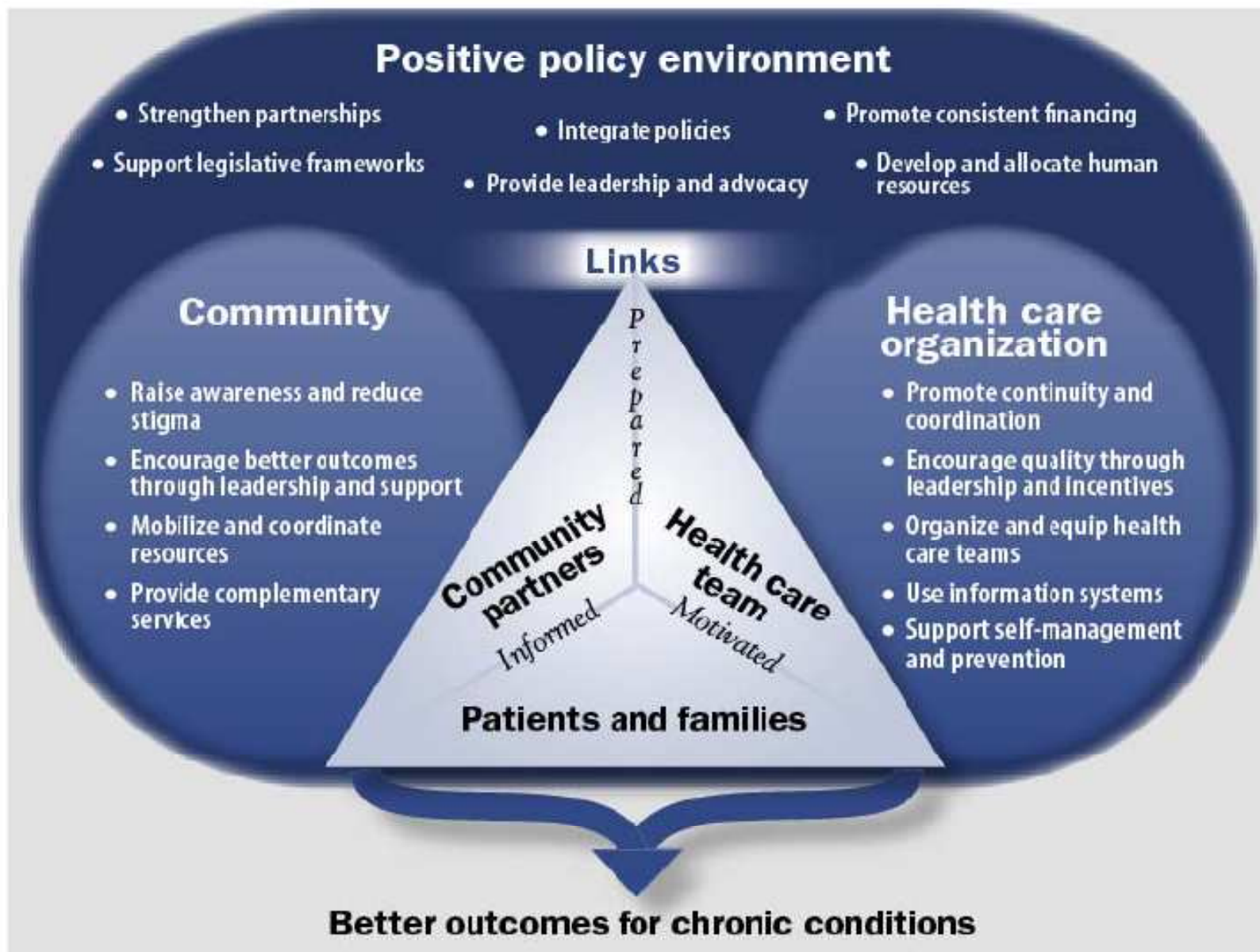
The six elements of the Chronic Care Model

Element	Description	Principles for redesigning care	Examples of embedding the principles
1	Self-management support: Empower and prepare people to manage their health and health care.	<ul style="list-style-type: none"> • Emphasise the person's central role in managing their health. • Use effective self-management strategies including assessment, goal-setting, problem-solving and follow-up. • Organise internal and community resources for self-management. 	<ul style="list-style-type: none"> • Describe the person's role in managing their health at each consultation • Teach people how to use problem-solving and goal-setting for issues that concern them • Determine the roles of the team to carry out self-management support and provide ongoing training
2	Delivery system design: Assure the delivery of effective, efficient clinical care and self-management.	<ul style="list-style-type: none"> • Define roles and distribute tasks among team members. • Use planned care that supports evidence-based guidelines. • Provide clinical case management services for people with complex needs. • Ensure regular follow-up. • Give care that people understand and is culturally relevant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determine processes for care and assign team members to tasks • Organise planned visits to review current status, deliver evidence-based services and optimise disease management • Develop selection criteria, procedures and services for people with more complex needs • Develop a process for follow-up
3	Decision support: Promote clinical care that is consistent with scientific evidence and people's preferences.	<ul style="list-style-type: none"> • Embed evidence-based guidelines into daily clinical practice. • Integrate specialist expertise and primary care. • Provide education to health professionals using methods that are successful in achieving practice change. • Share evidence-based guidelines and information with people. 	<ul style="list-style-type: none"> • Complete a risk assessment prior to visit • Use checklists based on evidence-based guidelines to aid appropriate referrals and monitoring • Use protocols and standing orders to guide treatment and assessment. • Develop a communication tool for referral to specialist care • Use case studies and problem-solving exercises for health professional education • Use an Internet chat room to discuss guidelines with people and what it means to them →



The six elements of the Chronic Care Model *(continued)*

Element	Description	Principles for redesigning care	Examples of embedding the principles
4	Clinical information systems: Organise individual and population data to facilitate efficient and effective care.	A registry is an information system that can track individuals as well as populations of people. It is a necessity when managing chronic illness or preventive care.	<ul style="list-style-type: none"> • Build in reminders for appointments, tests and self-management for providers and people • Identify relevant subpopulations for proactive care. • Facilitate individual care planning. • Share information with people and providers to coordinate care. • Monitor performance of the team and care system.
5	Health care organisations: Create a culture, organisation and mechanism that promotes safe, high quality care.	Health care systems need to create an environment in which organised efforts to improve the care of people with chronic disease takes hold and flourishes.	<ul style="list-style-type: none"> • Visibly support improvement at all levels of the organisation, beginning with the senior leader. • Promote effective improvement strategies aimed at system change. • Encourage open and systematic handling of quality problems. • Provide incentives based on quality of care. • Facilitate coordinated care within and across agencies.
6	Community resources and policies: Mobilise community resources to meet the needs of people.	To improve the health of the population, health care agencies need to reach out and form powerful alliances and partnerships with state programs, local agencies, schools, faith organisations, businesses, and clubs.	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporate quality into the business plan, mission statement and budget • Regularly review the quality of clinical care according to guidelines • Use an improvement model to continuously improve the system • Create a process for reporting quality problems and reward teams for reaching quality goals • Promote multi-disciplinary team work in the care of people
		<ul style="list-style-type: none"> • Encourage people to participate in effective community programs. • Form partnerships with community agencies to support and develop interventions that fill gaps in needed services. • Advocate for government policies to improve care 	<ul style="list-style-type: none"> • Make a resource guide of community services and provide it to people • Link people to community services and track outcomes with health programs • Invite community programs to participate in care and redesign efforts • Work with community groups to change policy →



Come possiamo riconoscere un'interazione produttiva ?



- **Decisione sugli obiettivi del self-management
Aderenza alle Linee Guida**
- **Messa a punto del trattamento clinico mediante
protocolli (Treat to target)**
- **Scenario di collaborazione relativamente agli obiettivi
e alla soluzione dei problemi che esiti in un piano di
cure condiviso**
- **Pianificazione di un follow-up attivo**



ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI



Grazie per l'attenzione

*Semplicità di propositi è una delle
qualità principali per avere successo
nella vita*

J.D.Rockefeller Jr. 1874-1960



Diapo d'errore di link