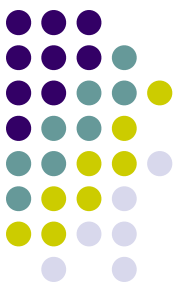


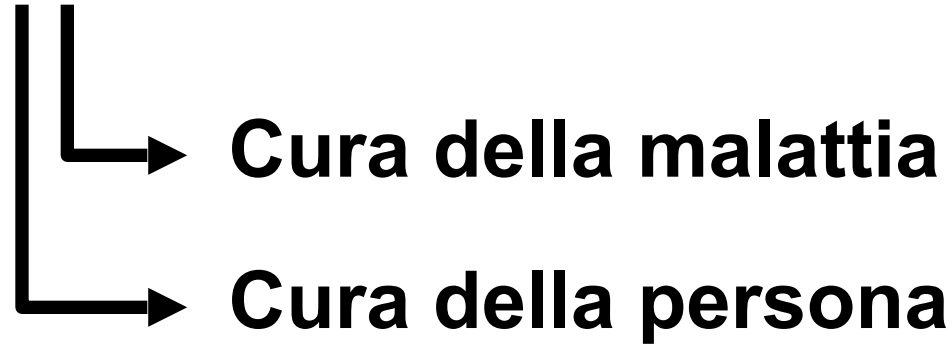
GLI ATTORI DEL SISTEMA

DAI COMPITI AI RUOLI

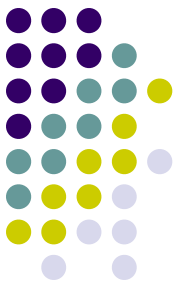
ALBINO BOTTAZZO



## La salute del paziente



Nel 1946 con l'atto di Costituzione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) si definiva il concetto di salute: *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale che non consiste solo nell'assenza di malattia o di infermità”*



## Due modi di intendere la Medicina

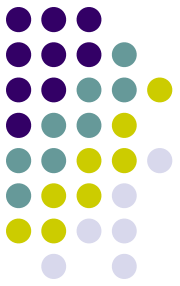


**Medicina scientifico tecnologica o Medicina Biologica**



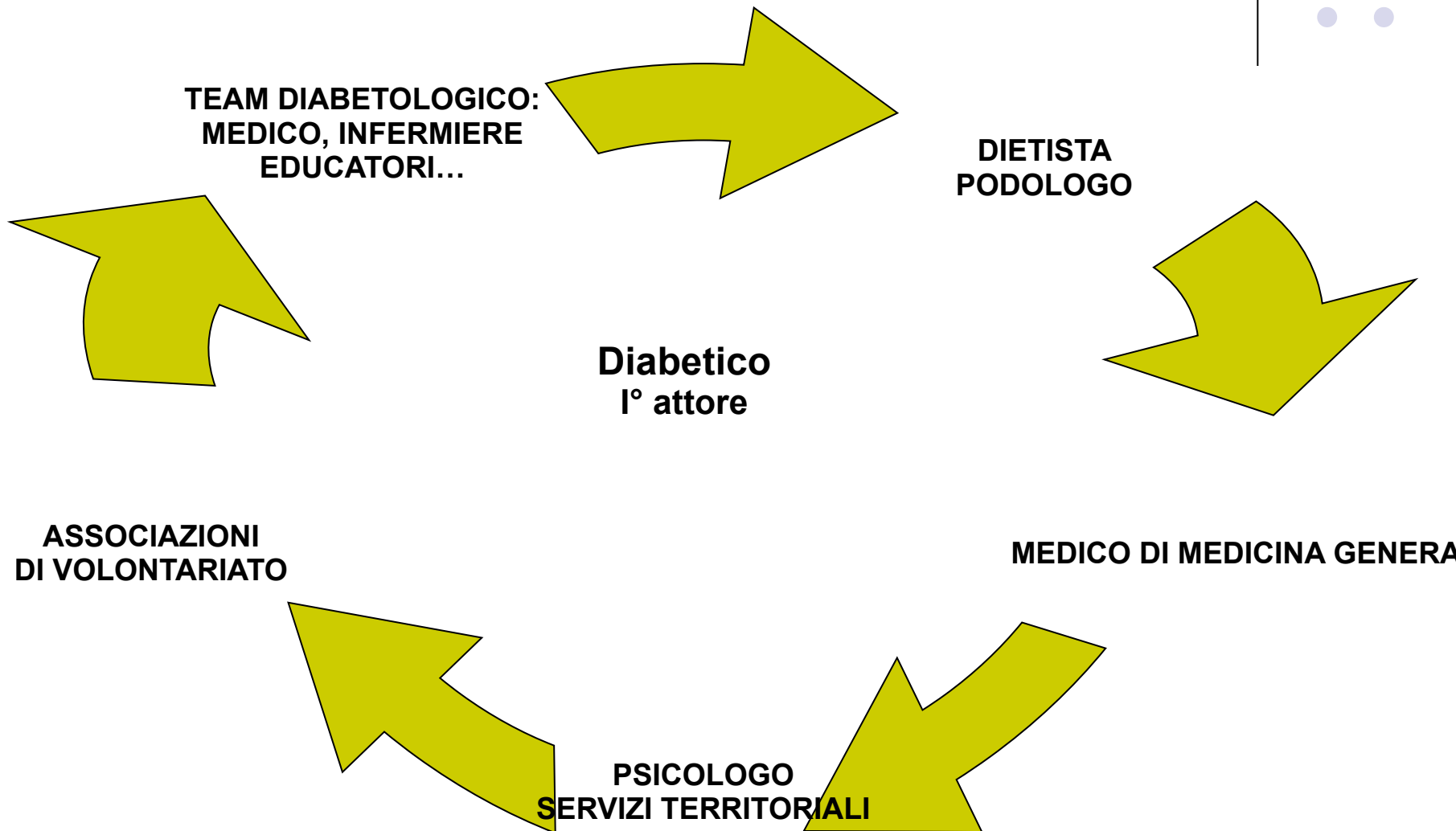
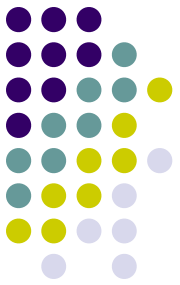
**Medicina centrata sul paziente o Medicina Umanistica orientata alla salute.  
Mette in primo piano il rapporto medico-paziente**

# Progetto IGEA cos'è?



Un insieme di azioni e interventi che intendono favorire il miglioramento dell'assistenza alle persone con diabete e a prevenire le complicanze attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata della malattia

# Attori del sistema



## **Modalità organizzative per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 nell'adulto**

- Il paziente è inviato al Centro Diabetologico (CD) per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita.
- Il paziente viene seguito in modo attivo, secondo una medicina di iniziativa, da parte del proprio MMG, al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti.
- Il paziente effettua una visita generale almeno ogni sei mesi presso l'MMG.
- Il paziente effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze.
- Il paziente accede, inoltre, al CD per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.

## **La gestione integrata del diabete – Opportunità e ruoli**

### **Modalità organizzative per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 nell'adulto**

- La persona con diabete è inviata al Centro Diabetologico (CD) per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita.
- La persona viene seguita in modo attivo, secondo una medicina di iniziativa, da parte del proprio MMG, al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti.
- La persona effettua una visita generale almeno ogni sei mesi presso l'MMG.
- La persona effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze.
- La persona accede, inoltre, al CD per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.



## Il Centro Diabetologico

- Inquadramento delle persone con diabete neodiagnosticato con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con gli MMG.
- Presa in carico, in collaborazione con gli MMG, delle persone con diabete.
- Gestione clinica diretta, in collaborazione con gli MMG e gli altri specialisti, delle persone con: grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina; diabete in gravidanza e diabete gestazionale.
- Impostazione della terapia nutrizionale.
- Effettuazione, in collaborazione con gli MMG, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Valutazione periodica, secondo il Piano di Cura adottato, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico, alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con gli MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.
- Attività di aggiornamento rivolta agli MMG in campo diabetologico.

## Il Medico di Medicina Generale

- Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale.
- Presa in carico, in collaborazione con i CD, delle persone con diabete e condivisione del Piano di Cura personalizzato.
- Valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico, alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Effettuazione, in collaborazione con il CD, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato.
- Organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete.
- Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il CD di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.

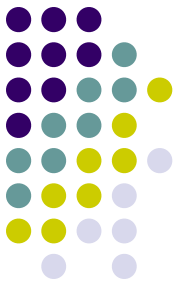
# La gestione integrata del diabete opportunità e ruoli: il Centro Antidiabetico



- Inquadramento delle persone neodiagnosticate con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con i MMG
- Presa in carico in collaborazione con i MMG, delle persone con diabete
- Gestione clinica diretta in collaborazione con i MMG ed altri specialisti
- Impostazione della terapia nutrizionale
- Effettuazione, in collaborazione con i MMG, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone con diabete, rivolti in particolare all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia

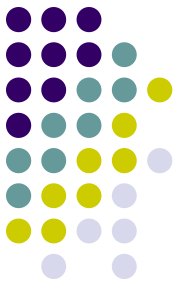


# La gestione integrata del diabete opportunità e ruoli: il Centro Antidiabetico



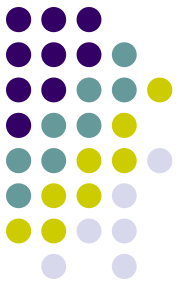
- Valutazione periodica, secondo il Piano di Cura adottato, dei pazienti diabetici di Tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico, alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle complicanze
- Raccolta di dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con i MMG di riferimento
- Attività di aggiornamento rivolta ai MMG

# La gestione integrata del diabete opportunità e ruoli: il Medico di Medicina Generale



- Identificare la popolazione a rischio di malattia diabetica tra i propri assistiti
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti
- Identificazione delle donne con diabete gestazionale tra i propri assistiti
- Presa in carico in collaborazione con i CD, delle persone con diabete e condivisione del Piano di Cura personalizzato
- Valutazione periodica mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze

# La gestione integrata del diabete opportunità e ruoli: il Medico di Medicina Generale

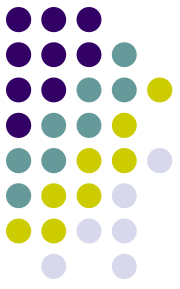


- Effettuazione, in collaborazione con i CD, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia
- Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura Personalizzato
- Organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete
- Raccolta di dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il CD di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.



## La persona con diabete nella gestione integrata

- Acquisizione di un ruolo attivo e centrale nella gestione della propria malattia
- Condivisione del Piano di Cura e del calendario delle visite e degli incontri con il medico di medicina generale, il diabetologo e gli altri professionisti sanitari
- Partecipazione alle attività di educazione strutturata
- Acquisizione di competenze nella gestione della malattia, coerentemente con le proprie esigenze
- Accesso ai propri dati clinici anche in formato elettronico.

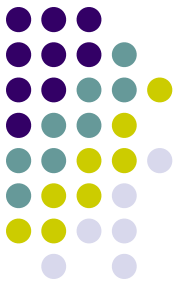


# Cosa è cambiato?

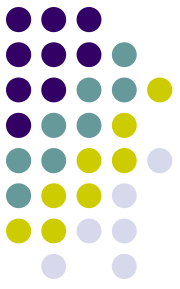
## **Il modello assistenziale tradizionale:**

L'attuale sistema assistenziale in Italia è di tipo settoriale-specialistico per cui ciascun soggetto erogatore: MMG, diabetologi, dietologi...è qualificato per fornire assistenza con diversi gradi di complessità clinico-assistenziale

# COSA E' CAMBIATO?



- Le mansioni rimangono le stesse
- Ciò che cambia è l'aspetto complementare di ogni singola attività nel progetto generale.
- L'operatore da singolo prescrittore diventa un attore di un concerto a più mani
- Il diabetico “oggetto della cura” diventa “soggetto” con il ruolo di primo attore nella gestione della patologia



# Cosa è cambiato?

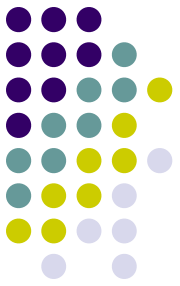
## Passaggio dai compiti ai ruoli:

**Compito:** è predefinito, è un'attività individuale

**Ruolo:** è un complesso sistema che prevede un rapporto di complementarietà più o meno stretto con altri ruoli, in vista di un obiettivo comune.

Il fare di ogni operatore avrà una ricaduta sul fare degli altri operatori.

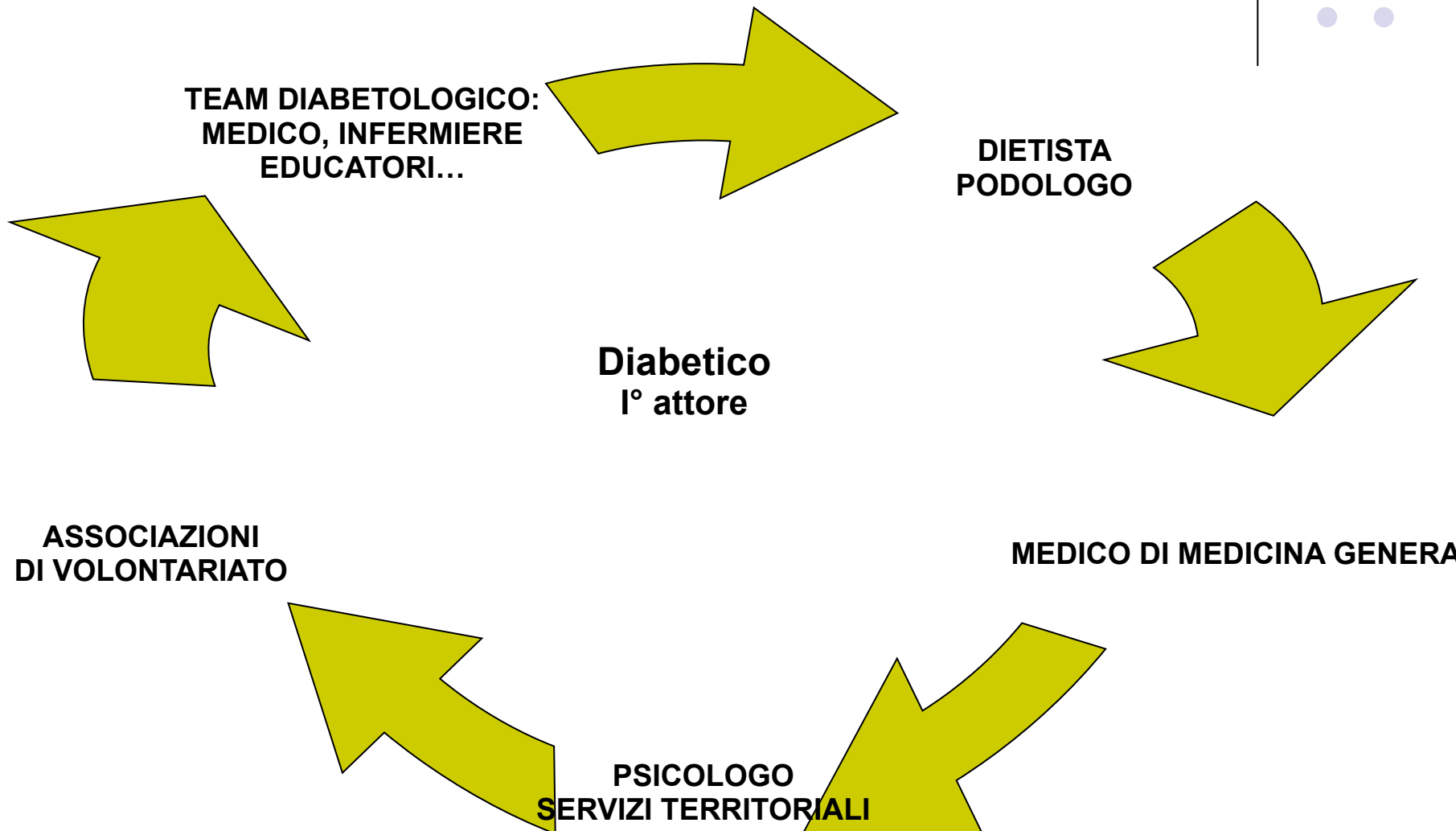
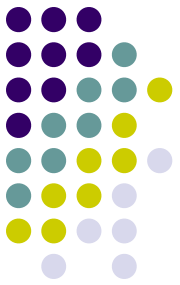
# Ruolo delle associazioni di volontariato

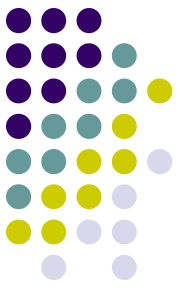


Operare in modo complementare per aiutare, favorire, facilitare il lavoro di tutti i protagonisti coinvolti nella gestione integrata del diabete mellito di Tipo 2 nell'adulto.



# Attori del sistema





# Armonia fra tutti i ruoli

Se ciò avverrà in modo compiuto si otterrà una  
sinfonia di vita armoniosa





**GRAZIE**