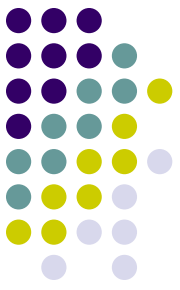


GLI ATTORI DEL SISTEMA

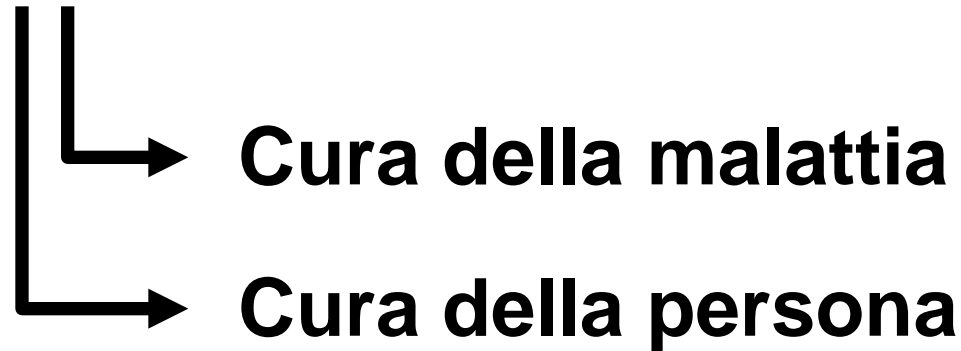
DAI COMPITI AI RUOLI

ALBINO BOTTAZZO

MARIA LIGIA MOTTES



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

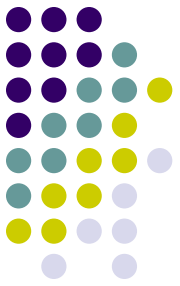


**Medicina scientifico tecnologica o
Medicina Biologica**



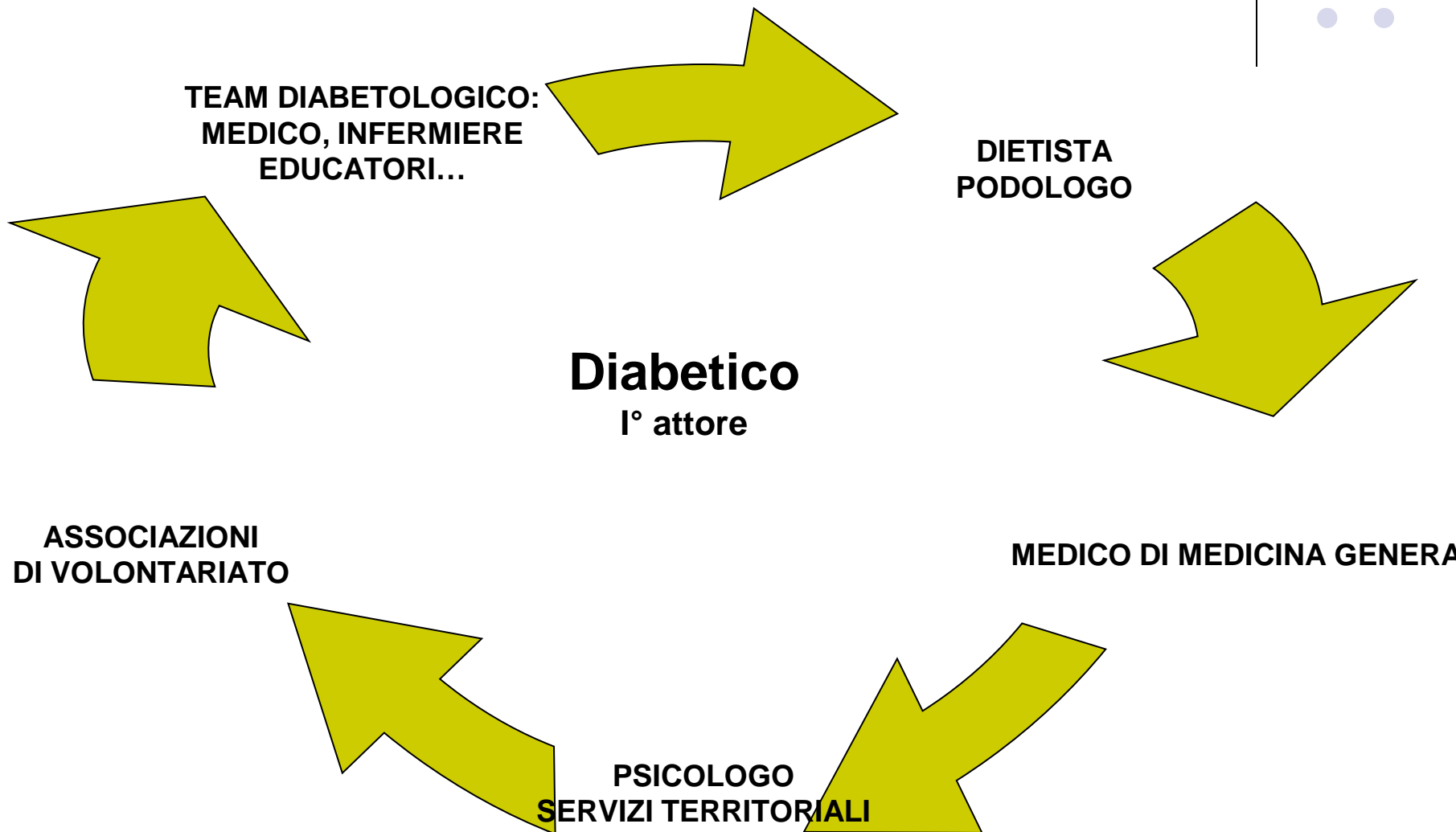
**Medicina centrata sul paziente o Medicina
Umanistica orientata alla salute.
Mette in primo piano il rapporto medico-paziente**

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.



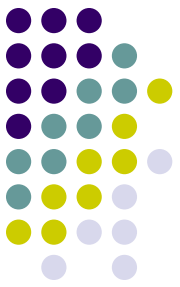
Il Centro Diabetologico

- 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



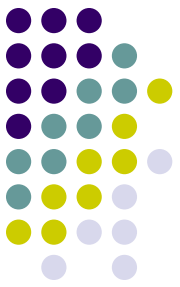
- Inquadramento delle persone neodiagnosticate con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con i MMG
- Presa in carico in collaborazione con i MMG, delle persone con diabete
- Gestione clinica diretta in collaborazione con i MMG ed altri specialisti
- Impostazione della terapia nutrizionale
- 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



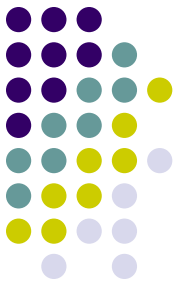
- Effettuazione, in collaborazione con i CD, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia
- Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il 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.

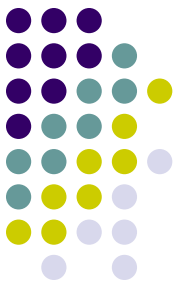
Cosa è cambiato?



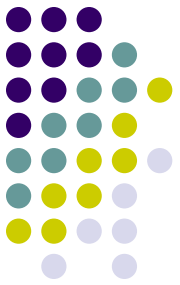
Il modello assistenziale tradizionale:

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.

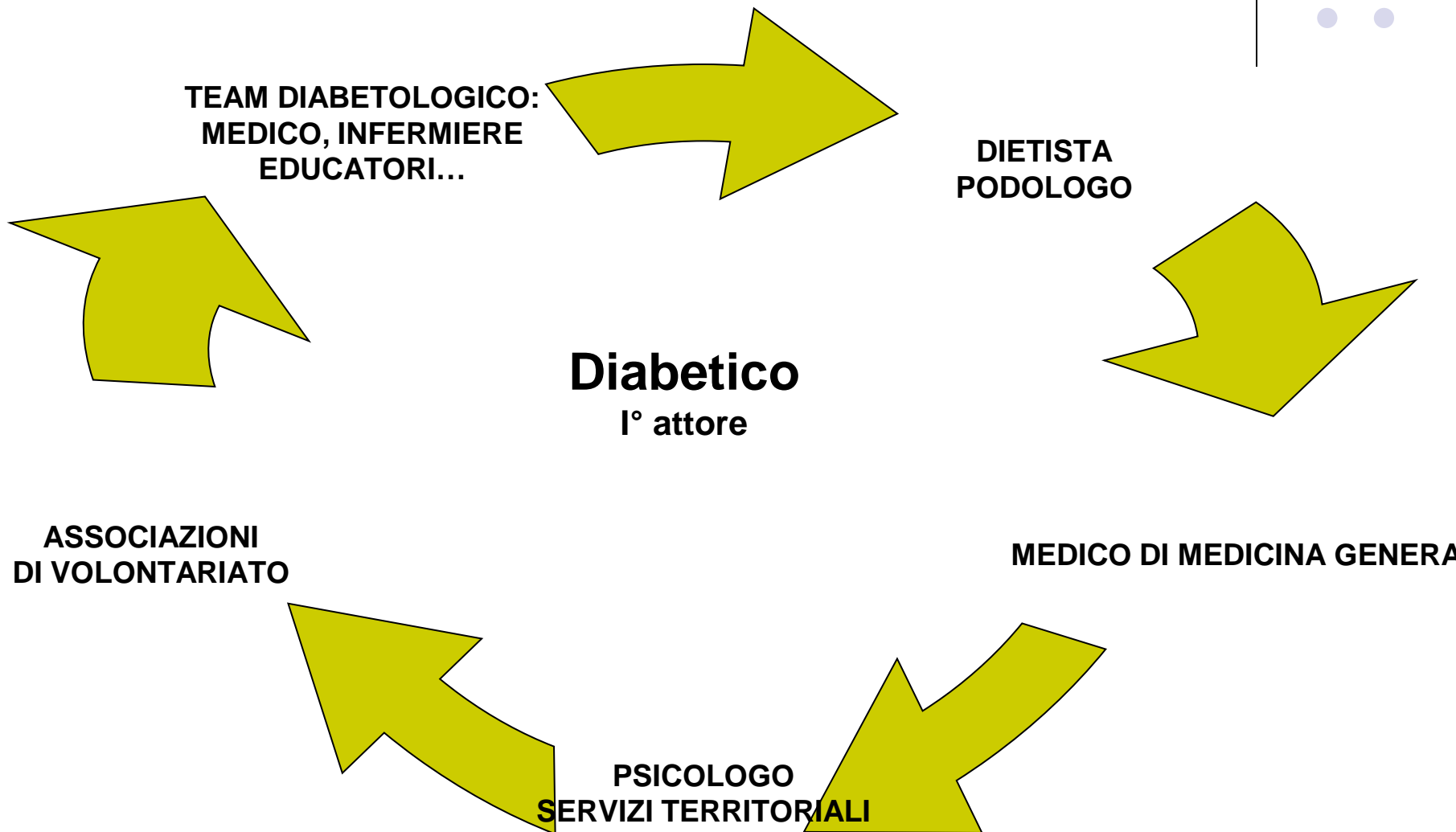
Il fare di ogni operatore avrà una ricaduta sul fare degli altri operatori.

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





GRADIA