



PALAZZO DEI CONGRESSI
RICCIONE (RN)
12-14 MAGGIO
2016

XII CONGRESSO NAZIONALE **OSDI**

NURSING E TECNOLOGIA

CONOSCENZE E ORGANIZZAZIONE
PER LA QUALITÀ DELLE CURE
ALLE PERSONE CON DIABETE



PRESIDENTE ASSOCIAZIONE OSDI

Katja Speese

RESPONSABILE DI PROGETTO

Roberta Chiandetti

COMITATO ORGANIZZATIVO

Consiglio Direttivo Nazionale OSDI

Lia Cucco

Raffaella Fiorentino

Marcella Lai

Elisa Levis

Vilma Magliano

Alberto Pambianco

Silvana Pastori

Clara Rebora

Tiziana Risolo



RELATORI E MODERATORI

- Abramo Ernesto, *Genova*
Aiello Antimo, *Campobasso*
Baio Emanuela, *Milano*
Barbero Silvio, *Torino*
Bellini Elisa, *Mariano Comense (CO)*
Beltramello Giampietro, *Bassano del Grappa*
Bonora Enzo, *Verona*
Branca Maria Teresa, *Specchia (LE)*
Bressan Barbara, *Trento*
Bruttomesso Daniela, *Padova*
Calafiore Riccardo, *Perugia*
Callegari Roberta, *Genova*
Candido Riccardo, *Trieste*
Cassoni Marina, *Arcore (MI)*
Cerutti Franco, *Torino*
Chiandetti Roberta, *Udine*
Cricelli Claudio Alberto, *Firenze*
Cucco Lia, *Pescara*
Cusanno Stella, *Pescara*
De Rossi Cinzia, *Torino*
Di Bartolo Paolo, *Ravenna*
Di Ponte Franca, *Campobasso*
Favaretti Carlo, *Udine*
Fiorentino Raffaella, *Catanzaro*
Ganassi Marco, *Reggio Emilia*
Gatta Claudia, *Biella*
Gennaro Renzo, *Trento*
Giorgino Francesco, *Bari*
Grassi Giorgio, *Torino*
Hicks Debbie, *Londra*
La Penna Giuliana, *Pescara*
Lai Marcella, *Cagliari*
Lamenza Giovanni, *Bologna*
Leotta Sergio, *Roma*
Magaudda Paolo, *Padova*
Magliano Vilma, *Chivasso (TO)*
Mannino Domenico, *Reggio Calabria*
Musacchio Nicoletta, *Cusano Milanino (MI)*
Palese Alvisa, *Udine*
Pastori Silvana, *Mariano Comense (CO)*
Porru Adele, *Cagliari*
Purrello Francesco, *Catania*
Ragonese Mauro, *Roma*
Rebora Clara, *Genova*
Risolo Tiziana, *Parma*
Rossi Maria Chiara, *Pescara*
Schirru Maria Adele, *Torino*
Sciangula Luigi, *Mariano Comense (CO)*
Speese Katja, *Rovereto (TN)*
Strauss Kenneth, *Bruxelles*
Suprani Tosca, *Cesena*
Suraci Concetta, *Roma*
Toffoletti Valentina, *Udine*
Tonutti Laura, *Udine*
Zucchini Stefano, *Bologna*



GIOVEDÌ 12 MAGGIO 2016

	POLISSENA A	POLISSENA B	COSTANZA
14.00-14.30	L'ASSOCIAZIONE COME SFIDA PER UNA CURA DI QUALITÀ		
14.30-16.00	IL VALORE DELLA TECNOLOGIA NEL DIABETE		
16.00-16.30	COFFEE BREAK		
16.30-18.00	LA PERSONA CON DIABETE IN OSPEDALE		
18.00-19.00	ASSEMBLEA DEI SOCI		

VENERDÌ 13 MAGGIO 2016

	POLISSENA A	POLISSENA B	COSTANZA
COFFEE STATION DALLE 10 ALLE 12			
9.00-11.30	INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ NEL DIABETE		
11.30-13.00	COMUNICAZIONI ORALI		
13.00-14.00	LUNCH		
COFFEE STATION DALLE 15.00 ALLE 17.00			
14.00-15.30	LA PERSONA CON DIABETE E IL SUO PERCORSO DI CURA TRA CASA E OSPEDALE Sanofi	IL PIEDE DIABETICO: PRIMA CHE SIA TROPPO TARDI	
15.30-17.00	L'ORGANIZZAZIONE A SUPPORTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA	IL MICROINFUSORE: QUALE USO PER QUALE PAZIENTE Medtronic Italia	
17.00-18.30	LA TRANSIZIONE DAL CENTRO PEDIATRICO AI PDTA DELL'ADULTO	LO SCARICO DATI E L'HOLTER GLUCEMICO	

SABATO 14 MAGGIO 2016

	POLISSENA A	POLISSENA B	COSTANZA
COFFEE STATION DALLE 9.15 ALLE 10.30			
9.15-10.15	OLTRE IL TRAPIANTO	L'IMPORTANZA DELLA CONNETTIVITÀ NELLA GESTIONE DELLE PERSONE CON DIABETE A.Menarini Diagnostics	LE REGOLE D'ORO PER UNA CORRETTA TECNICA DI INIEZIONE BD
10.30-12.00	TAVOLA ROTONDA CURARE IL DIABETE E CURARE LA CRONICITÀ		
12.00-13.00	PREMIAZIONE POSTER E COMUNICAZIONI ORALI COMUNICAZIONE DEL NUOVO DIRETTIVO		

Nel diabete la cura centrata sulla persona richiede un'attenzione particolare non solo all'esperienza di malattia e di cura ma anche ai sistemi che lavorano per soddisfare le esigenze individuali delle persone. La relazione di cura implica la comunicazione, il rispetto, la condivisione delle responsabilità, l'accesso all'informazione e all'educazione, in una prospettiva olistica. A livello di sistema l'approccio centrato sul paziente richiede organizzazione e sistemi che lo pongano al centro della cura, con particolare attenzione al coordinamento, all'integrazione e alla continuità delle cure stesse.

La tecnologia sanitaria può essere una strategia chiave per sostenere la cura centrata sul paziente attraverso la capacità di garantire un miglior accesso, la continuità, la comunicazione, il processo decisionale condiviso e l'autogestione.

Trattare di Health Technology Assessment significa quindi confrontarsi su un approccio di cura multidimensionale e multidisciplinare; un approccio che vuole analizzare le implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali per la cura della persona con diabete attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo.

L'obiettivo del XII Congresso Nazionale OSDI è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali delle cure, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società.



Giovedì 12 maggio

13.30 Apertura Segreteria

SALA POLISSENA A

14.00-14.30 L'associazione come sfida per una cura di qualità:
Cerimonia di inaugurazione del XII Congresso Nazionale OSDI
Apertura congresso e saluti autorità

Il valore della tecnologia nel Diabete. Conoscenze e organizzazione per la qualità delle cure alle persone con diabete

Moderatori: Marina Cassoni, Alvisa Palese

- 14.30-14.50 HTA e impatto sulla cura
Carlo Favaretti
- 14.50-15.15 L'intreccio tra nuove tecnologie e società nel mondo della salute
Paolo Magaudda
- 15.15-15.40 L'Associazione come innovazione per la qualità della cura
Katja Speese
- 15.40-16.00 Discussione
- 16.00-16.30 Coffee break

La persona con diabete in ospedale: quando la degenza può cambiare gli equilibri

SIMPOSIO CONGIUNTO AMD-ANÍMO-FADOI-OSDI

Moderatori: Enzo Bonora, Roberta Chiandetti

- 16.30-16.45 L'applicazione digitale può avere un ruolo nella gestione dell'iperglicemia nel paziente acuto/critico ricoverato?
Giampietro Beltramello
- 16.45-17.00 La persona con diabete ricoverata: criticità e opportunità di cura condivisa
Claudia Gatta
- 17.00-17.15 Il contributo dello Specialista nel percorso condiviso
Domenico Mannino
- 17.15-17.30 Educazione del paziente e dimissione in sicurezza: chi fa cosa, dove, come e quando
Marco Ganassi
- 17.30-18.00 Discussione
- 18.00-19.00 Assemblea dei soci

ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE OSDI

Il seggio per le elezioni dei nuovi membri del Consiglio Direttivo Nazionale OSDI si trova presso la Sede Congressuale e resterà aperto nella sola giornata di venerdì 13 maggio dalle ore 10 alle ore 17.00.

I risultati delle votazioni saranno comunicati alla Chiusura del Congresso.



Venerdì 13 maggio



È PREVISTO UN SERVIZIO DI COFFEE STATION DALLE 10 ALLE 12 NELL'AREA CATERING

SALA POLISSENA A

Innovazione e sostenibilità nel diabete

Moderatori: Nicoletta Musacchio, Katja Speese

- 9.00-9.30** Tecnologia e cura
Giorgio Grassi
- 9.30-10.00** Le nuove terapie farmacologiche a favore del miglioramento della cura
Francesco Giorgino
- 10.00-10.30** La tecnologia a favore dell'aderenza
Lia Cucco
- 10.30-11.00** La sostenibilità della terapia nutrizionale
Silvio Barbero
- 11.00-11.30** Discussione

Comunicazioni orali

Moderatori: Elisa Bellini, Maria Teresa Branca

- 11.30-11.40** Terapia insulinica sottocute nel paziente adulto ospedalizzato tramite penne preimpilate: nuova procedura, aderenza prescrittiva e farmaco utilizzazione
Marco Ganassi
- 11.40-11.50** PDTA per il diabete in età pediatrica. La nostra esperienza
Barbara Bressan
- 11.50-12.00** Follow-up infermieristico strutturato: può essere di aiuto nella compliance del paziente in CSII?
Cinzia De Rossi

- 12.00-12.10** La transizione: un passaggio-progetto tra IRCCS Gaslini e Ospedale Villa Scassi
Roberta Callegari
- 12.10-12.40** Discussione
- 12.40-13.00** La percezione degli infermieri sulla qualità della vita delle persone con diabete: proposta di ricerca
Roberta Chiandetti, Maria Chiara Rossi
- 13.00-14.00** *Lunch*
Dalle 13.00 alle 14.00 gli autori dei poster saranno presenti nell'area a loro dedicata per rispondere a eventuali domande

SALA POLISSENA A



È PREVISTO UN SERVIZIO DI COFFEE STATION DALLE 15 ALLE 17 NELL'AREA CATERING

La persona con diabete ed il suo percorso di cura tra casa e ospedale

Moderatore: Giampaolo Colletti

- 14.00-15.30** Possiamo misurare la qualità e l'appropriatezza della cura erogata alla persona con diabete?
Il medico dice che...
Riccardo Candido
L'infermiere dice che...
Roberta Chiandetti
Viaggio virtuale nella cartella MyStar Connect



Venerdì 13 maggio

SALA POLISSENA A

L'organizzazione a supporto della qualità dell'assistenza

Moderatori: Raffaella Fiorentino, Concetta Suraci

- 15.30-15.50** Un'organizzazione efficace ed efficiente per rispondere al sempre maggior afflusso mantenendo alta la Qualità dell'assistenza!
Luigi Sciangula
- 15.50-16.15** Le competenze avanzate nei modelli organizzativi a supporto dell'assistenza della persona con diabete: uno sguardo alle più recenti evidenze internazionali
Silvana Pastori
- 16.15-16.35** Dal dire al fare: l'esperienza di un ambulatorio infermieristico in una Casa della Salute
Tiziana Risolo
- 16.35-17.00** Discussione

La transizione dal Centro Pediatrico ai PDTA dell'adulto

Moderatori: Valentina Toffoletti, Laura Tonutti

- 17.00-17.20** Linee guida a supporto del delicato momento della transizione: fattibilità e criticità
Franco Cerutti
- 17.20-17.40** Il ruolo del team della diabetologia dell'adulto dedicato ad accogliere i ragazzi
Giuliana La Penna
- 17.40-18.00** Il team della diabetologia pediatrica all'interno di un processo complesso e dinamico: dall'esordio alla transizione
Clara Rebora
- 18.00-18.15** Quando il diabete è della famiglia: il punto di vista del genitore
Giovanni Lamenza
- 18.15-18.30** Discussione

SALA POLISSENA B



È PREVISTO UN SERVIZIO DI COFFEE STATION DALLE 15 ALLE 17 NELL'AREA CATERING

Il piede diabetico: prima che sia troppo tardi

Moderatori: Renzo Gennaro, Marcella Lai

- 14.00-14.25** Piede diabetico: un problema sanitario, economico e sociale
Antimo Aiello
- 14.25-14.50** Screening del piede come strumento di prevenzione
Franca Di Ponte
- 14.50-15.15** Appropriately organizzativa per migliorare la qualità dell'assistenza
Katja Speese
- 15.15-15.30** Discussione

Il microinfusore: quale uso e per quale paziente

Moderatori: Giorgio Grassi, Clara Rebora

- 15.30-15.50** Il microinfusore in Italia: stato dell'arte
Daniela Bruttomesso
- 15.50-16.15** La tecnologia nella quotidianità: a casa e a scuola
Tosca Suprani
- 16.15-16.35** Tecnologie avanzate per la cura del diabete: CSII e CGM. Il punto di vista infermieristico
Cinzia De Rossi
- 16.35-17.00** Discussione



Venerdì 13 maggio

SALA POLISSENA B

Lo scarico dati e l'holter glicemico

Moderatori: Marcella Lai, Mauro Ragonese

- 17.00-17.25** L'utilità dell'holter Glicemico nella persona con Diabete
Sergio Leotta
- 17.25-17.50** Monitoraggio continuo del glucosio (CGM): preparazione, posizionamento e scarico dei dati
Ernesto Abramo
- 17.50-18.15** Il monitoraggio in continuo della glicemia: un'opportunità educativa da cogliere
Adele Porru
- 18.15-18.30** Discussione

ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE OSDI

Il seggio per le elezioni dei nuovi membri del Consiglio Direttivo Nazionale OSDI si trova presso la Sede Congressuale e resterà aperto nella sola giornata di venerdì 13 maggio dalle ore 10 alle ore 17.00.

I risultati delle votazioni saranno comunicati alla Chiusura del Congresso.

NURSING E TECNOLOGIA

CONOSCENZE
E ORGANIZZAZIONE
PER LA QUALITÀ
DELLE CURE
ALLE PERSONE
CON DIABETE

PALAZZO DEI CONGRESSI
RICCIONE (RN)
12-14 MAGGIO
2016

Sabato 14 maggio



È PREVISTO UN SERVIZIO DI COFFEE STATION DALLE 9.15 ALLE 10.30 NELL'AREA CATERING

SALA POLISSENA B

9.15-10.15

SPOTLIGHT

L'importanza della connettività nella gestione delle persone con diabete

Paolo Di Bartolo

SALA COSTANZA

9.15-10.15

TAVOLA ROTONDA

Le regole d'oro per una corretta tecnica di iniezione

Moderatore: Sara Gatto

Intervengono:

Debbie Hicks

Katja Speese

Kenneth Strauss



16

Sabato 14 maggio



È PREVISTO UN SERVIZIO DI COFFEE STATION DALLE 9.15 ALLE 10.30 NELL'AREA CATERING

SALA POLISSENA A

Oltre il Trapianto

Moderatori: Renzo Gennaro, Vilma Magliano

9.15-9.30 Tra la realtà e la paura... la speranza
Stella Cusanno

9.30-9.45 Cellule staminali e terapia del diabete
Riccardo Calafiore

9.45-10.00 Accompagnare la persona con diabete nelle cure innovative
Lia Cucco

10.00-10.15 Discussione

Curare il Diabete e Curare la cronicità

10.30-12.00 TAVOLA ROTONDA

Moderatore: Roberta Chiandetti

Intervengono: Emanuela Baio (Comitato Nazionale per i Diritti della Persona con Diabete),
Claudio Alberto Cricelli (SIMG), Nicoletta Musacchio (AMD),
Maria Adele Schirru (IPASVI), Concetta Suraci (Diabete Italia),
Katja Speese (OSDI), Francesco Purrello (SID), Stefano Zucchini (SIEDP)

12.00-13.00 CHIUSURA DEI LAVORI CONGRESSUALI

PREMIAZIONE POSTER E COMUNICAZIONI ORALI
Roberta Chiandetti, Katja Speese

RISULTATI DELLE VOTAZIONI E PRESENTAZIONE DEL NUOVO
CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE OSDI

XII CONGRESSO NAZIONALE OSDI

**NURSING
E TECNOLOGIA**

CONOSCENZE
E ORGANIZZAZIONE
PER LA QUALITÀ
DELLE CURE
ALLE PERSONE
CON DIABETE

PALAZZO DEI CONGRESSI
RICCIONE (RN)
12-14 MAGGIO
2016

INFORMAZIONI
GENERALI
E SCIENTIFICHE



SEDE CONGRESSUALE

Palazzo dei Congressi
Viale Virgilio, 17
47838 Riccione
Tel. 0541 474200

ORARI DI SEGRETERIA

Giovedì 12 maggio dalle 13.00 alle 19.00
Venerdì 13 maggio dalle 8.00 alle 19.00
Sabato 14 maggio dalle 8.15 alle 13.30

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

QUOTA DI ISCRIZIONE € 600 + IVA 22%

La quota di partecipazione comprende: partecipazione ai lavori congressuali, kit congressuale, attestato di partecipazione, coffee breaks, colazione di lavoro, cena sociale, raccolta abstract

CENA SOCIALE

La cena sociale avrà luogo venerdì 13 maggio alle ore 20.30 presso il Grand Hotel Rimini - Parco Federico Fellini. All'entrata sarà indispensabile esibire l'invito alla cena consegnato a tutti i partecipanti con il badge ed il kit congressuale.

COMUNICAZIONI E POSTER

Gli autori delle comunicazioni accettate avranno a disposizione 10 minuti di tempo per la presentazione in plenaria; dovranno consegnare entro le ore 9.30 di venerdì 13 maggio presso il Centro Slide in sede Congressuale il file in power point della loro presentazione.

I poster selezionati dalla Commissione OSDI dovranno essere esposti sugli appositi pannelli presso il Centro Congressi. Gli autori troveranno sul pannello loro riservato il titolo del loro abstract.

I poster dovranno essere affissi entro le ore 17.00 di giovedì 12 maggio e dovranno essere ritirati entro le ore 13.30 di sabato 14 maggio.

Premiazione: alla fine dei lavori congressuali verranno premiati il migliore poster e la migliore comunicazione orale.

BADGE

Ogni partecipante regolarmente iscritto riceverà un badge con codice a barre che consente l'accesso alle Sessioni Scientifiche. Il badge, inoltre, rileva la presenza effettiva all'evento e regola di conseguenza l'assegnazione dei crediti ECM. È quindi necessario passare il badge allo scanner elettronico ad ogni ingresso e uscita dalle sale dei lavori congressuali.

ATTESTATI DI PARTECIPAZIONE

L'attestato di partecipazione verrà rilasciato dalla Segreteria Organizzativa al termine del Congresso, dopo le ore 13.00 di Sabato 14 maggio. Potranno essere consegnati attestati prima di tale termine ma sarà specificata la data e l'ora del rilascio.

NURSING E TECNOLOGIA

CONOSCENZE
E ORGANIZZAZIONE
PER LA QUALITÀ
DELLE CURE
ALLE PERSONE
CON DIABETE

PALAZZO DEI CONGRESSI
RICCIONE (RN)
12-14 MAGGIO
2016

WI-FI

La sede congressuale è cablata per la connessione con wireless (nome Palariczione wifinity). Una volta collegati ad internet si aprirà in automatico la pagina con l'immagine del Congresso. Cliccando "Accesso a internet" si può scegliere la forma di navigazione:
Accesso Self service: inserendo il proprio nome, cognome, indirizzo mail
Accesso Facebook: si naviga con le credenziali Facebook
Accesso G+: si naviga con le credenziali Google+

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

Il Congresso è stato accreditato per le categorie: Infermieri, Infermieri Pediatrici, Assistenti Sanitari, Medici Chirurghi (Specializzazione in Malattie Metaboliche e Diabetologia, Endocrinologia). Si rende noto che ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi è indispensabile la presenza effettiva al 100% della durata complessiva dei lavori e almeno il 75% delle risposte corrette ai questionari di valutazione dell'apprendimento.

Al termine di ogni giornata/sessione accreditata il partecipante dovrà riconsegnare compilati scheda anagrafica, questionario di apprendimento e questionario di valutazione, ritirabili all'ingresso delle singole sale di svolgimento. La rilevazione della presenza sarà effettuata tramite lettura del badge elettronico dei partecipanti con gli scanner elettronici posti all'ingresso delle sale.

ISCRIZIONE AI SIMPOSI

L'accesso alle singole Sessioni congressuali sarà libero e consentito fino al raggiungimento della capienza massima della Sala. Non è prevista pre-iscrizione.

SEGRETERIA NAZIONALE ASSOCIAZIONE OSDI



Referente
Carmela Vecchi - email: segreteria@osdi.it

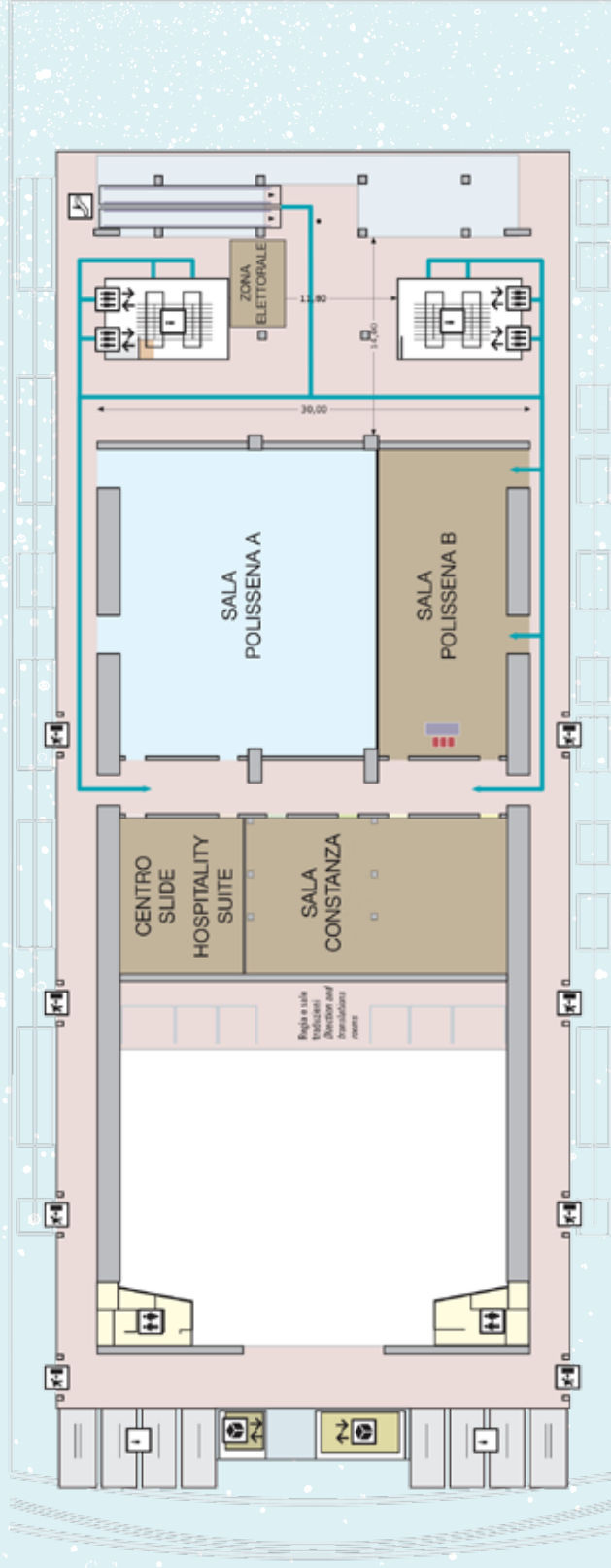
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

PLANNING

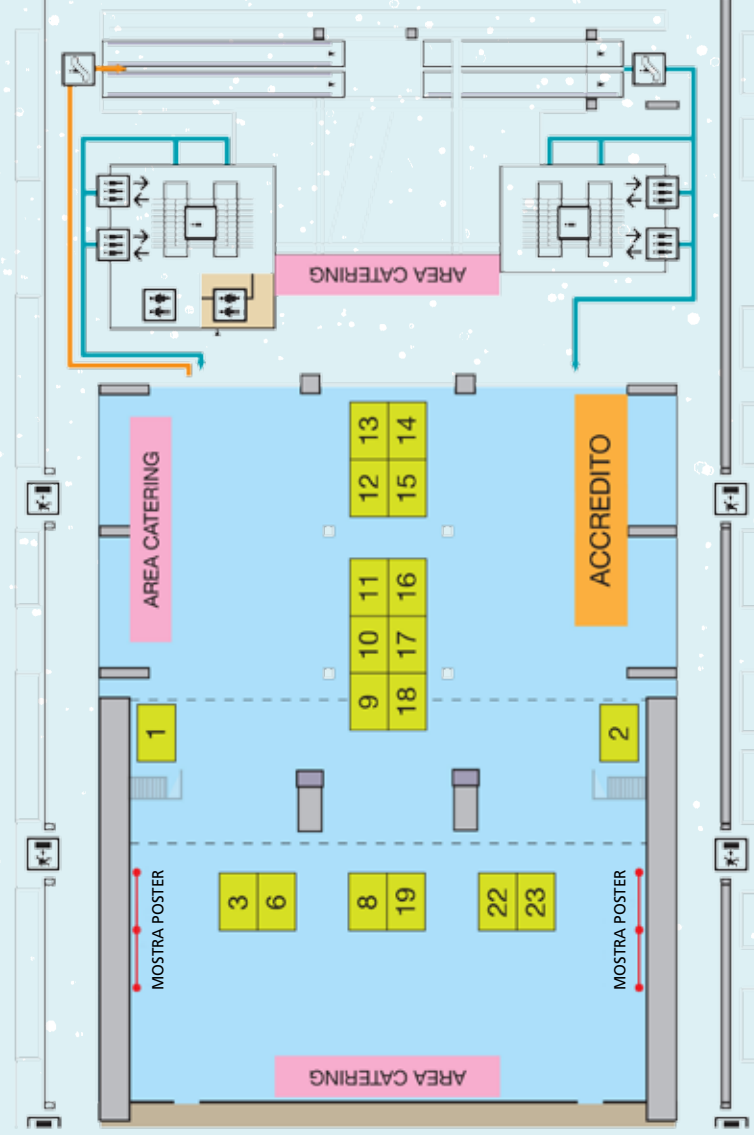
WE DRIVE YOUR EDUCATION
Planning Congressi
Via Guelfa 9 - 40138 Bologna
Tel. 051/300100 - Fax 051/309477

Referenti
Vanessa Grotti - coordinamento generale e-mail: v.grotti@planning.it
Cristina Clozza - ECM e abstract e-mail: c.clozza@osdi.it
Ramona Cantelli - sponsor, iscrizioni e prenotazioni alberghiere - e-mail: r.cantelli@planning.it

XII CONGRESSO NAZIONALE OSDI
PALAZZO DEI CONGRESSI DI RICCIONE - 4° LIVELLO



XII CONGRESSO NAZIONALE OSDI
PALAZZO DEI CONGRESSI DI RICCIONE - 3° LIVELLO



1	Roche	12-13	Bayer
2	Associazione OSDI	14	Meteda
3	Harmonium	15	Fora Diamond
6	Artsana	16-17-18	Sanofi
8-19	A.Menarini Diagnostics	22	BD
9-10-11	Lifescan	23	Brunofarmaceutici



XII CONGRESSO NAZIONALE **OSDI**

NURSING E TECNOLOGIA

CONOSCENZE
E ORGANIZZAZIONE
PER LA QUALITÀ
DELLE CURE
ALLE PERSONE
CON DIABETE

PALAZZO DEI CONGRESSI
RICCIONE (RN)
12-14 MAGGIO
2016



ABSTRACT



IL VALORE DELLA TECNOLOGIA NEL DIABETE. CONOSCENZA E ORGANIZZAZIONE PER LA QUALITÀ DELLE CURE ALLE PERSONE CON DIABETE

HTA E IMPATTO SULLA CURA

Carlo Favaretti

Presidente della Sezione di Health Technology Assessment dell'European Public Health Association (EUPHA)

La valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment – HTA) è un elemento cruciale in tutti i sistemi sanitari.

Il concetto di tecnologia sanitaria è più ampio di quello al quale normalmente si fa riferimento. Le tecnologie sanitarie comprendono, infatti, non solo le attrezzature sanitarie e i dispositivi medici, ma anche i farmaci, i sistemi diagnostici, le procedure mediche e chirurgiche, i percorsi assistenziali e gli assetti strutturali, organizzativi e manageriali nei quali viene erogata l'assistenza sanitaria. Le tecnologie sanitarie sono quindi rappresentate da tutte le applicazioni pratiche della conoscenza che sono utilizzate per promuovere la salute e prevenire, diagnosticare e curare le malattie.

Il rapido aumento delle conoscenze scientifiche e delle loro possibili applicazioni, l'aumento dei costi e l'incertezza nella scelta allocativa delle risorse, l'intreccio tra questioni scientifiche, sociali ed etiche, la frequente confusione tra il mezzo (le tecnologie) e il fine (la salute dei singoli e della comunità), l'incertezza dei legami tra efficacia clinica e tecnologie rendono sempre più necessaria una esplicita attività di valutazione.

La valutazione delle tecnologie sanitarie è proprio la complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione.

Tradizionalmente, la valutazione delle tecnologie sanitarie rappresenta il ponte tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori. Ma la valutazione delle tecnologie sanitarie è anche un'occasione strutturata d'incontro tra le diverse esigenze e aspettative di tutte le parti interessate all'assistenza sanitaria, che ne consente il successivo bilanciamento su criteri espliciti e condivisi tra le parti stesse. È il contesto nel quale i decisori politici, chi ha responsabilità organizzative, i professionisti, i pazienti e i fornitori contribuiscono al processo decisionale (cosa fare, come fare, quando fare, se fare, ...) e rispondono reciprocamente di tali decisioni (accountability).

La valutazione delle tecnologie sanitarie è quindi uno degli strumenti di governance integrata che le strutture sanitarie, ai diversi livelli, possono utilizzare per gestire l'assistenza sanitaria. Può essere applicato al livello generale delle scelte legislative e delle decisioni degli organismi di regolazione nazionale e regionale, al livello intermedio delle scelte gestionali nelle singole aziende sanitarie e al livello delle scelte professionali compiute dai singoli nella pratica assistenziale quotidiana.

Quest'ultimo aspetto è essenziale per la sostenibilità dei sistemi sanitari del futuro.



L'INTRECCIO TRA NUOVE TECNOLOGIE E SOCIETÀ NEL MONDO DELLA SALUTE

Paolo Magaudda

Università di Padova, Dipartimento FISPA (Sezione di Sociologia)

La presentazione offre una prospettiva sociologica rispetto ad alcune implicazioni sociali delle nuove tecnologie nel mondo della salute, sia a livello professionale sia rispetto alle aspettative e al ruolo dei cittadini.

La riflessione sociologica sulle nuove tecnologie ci dice che, se l'innovazione tecnica offre senza dubbio nuove opportunità e vantaggi, non tutto si sviluppa sempre in modo lineare e senza problemi. Le implicazioni delle nuove tecnologie mediche sono sempre più spesso oggetto di discussioni pubbliche e di dibattiti tra i cittadini; inoltre, è spesso necessario uno specifico lavoro per adattare le nuove tecnologie a particolari organizzazioni, culture e contesti. La presentazione affronta queste ambivalenze discutendo tre particolari dimensioni del rapporto tra tecnologie, medicina e contesto sociale.

Una prima parte introduttiva verterà sulle speranze e i timori che la società riconosce nelle nuove tecnologie mediche, nel presente e nel prossimo futuro. I cittadini guardano in genere alle innovazioni tecnologiche nel mondo della salute con grandi speranze e aspettative, ma non senza una serie di timori e inquietudini, come per esempio nel caso delle discussioni etiche attorno a nuove applicazioni mediche, al tema del "postumano" e delle ansie che circondano il superamento dei limiti naturali della vita umana.

Una seconda parte approfondirà la questione dell'introduzione delle nuove tecnologie nei contesti professionali della medicina e nel rapporto con i pazienti. Raramente le nuove tecnologie si integrano senza problemi nei contesti delle professioni mediche; spesso è invece necessario uno sforzo per adattare queste tecnologie al lavoro pratico e alle aspettative dei cittadini, mettendo così in gioco le competenze professionali degli operatori, per esempio nella gestione della relazione tra medico, paziente e nuovi strumenti medici.

Una terza parte, infine, espanderà ulteriormente la riflessione sul rapporto tra tecnologie e salute, concentrandosi sulla recente diffusione, tra pazienti e cittadini, di dispositivi digitali personali per il monitoraggio della propria salute, per esempio attraverso l'uso di smartphone e piattaforme web. In prospettiva futura, questa forma di digital health personalizzata apre nuovi scenari sul ruolo dei pazienti e sulla loro consapevolezza rispetto alla gestione della propria salute. Eppure anche queste tecnologie digitali non sono prive di incertezze, per esempio in relazione alla tutela dei dati sanitari digitalizzati contenuti in smartphone e altri dispositivi.

Lo scenario complessivo che emerge da queste riflessioni sul rapporto tra società, medicina e tecnologie è quello di un particolare parallelismo tra lo specifico mondo della sanità e il più vasto contesto sociale: nello stesso modo in cui le innovazioni tecnologiche stanno trasformando il mondo delle professioni sanitarie, esse stanno modificando anche il più generale rapporto tra i cittadini e la propria salute.

L'ASSOCIAZIONE COME INNOVAZIONE PER LA QUALITÀ DELLA CURA

Katja Speese

Presidente OSDI

Ambulatorio Diabetologico e Servizio di Prevenzione e Cura Piede Diabetico
Ospedale Santa Maria del Carmine - Rovereto (TN)

Associarsi vuol dire stare insieme e condividere un progetto comune.

Da sempre OSDI ha assunto questo impegno associativo e ha promosso progetti per il conseguimento di finalità culturali e professionali per tutti gli associati. Siamo convinti che il valore di una associazione si misura dal grado di partecipazione, dalla cooperazione e dal pluralismo delle persone che ne fanno parte. Questi principi ci hanno permesso, nel corso degli anni, di raggiungere risultati di grande spessore culturale e professionale e di percorrere la strada dell'evoluzione della figura dell'infermiere e delle sue competenze.

Quanto sopra a partire dalla stesura delle *Raccomandazioni assistenziali in campo diabetologico*, un volume che si inserisce nel percorso culturale dell'infermiere, perché basato sulla rinuncia dei dogmatismi e delle prassi consolidate nella scelta, invece, del percorso accidentato e difficile della medicina basata sull'evidenza. Un lavoro che per la sua innovatività ha aperto prospettive di grande interesse nella formazione dell'infermiere e ha dato corso ad altri progetti ambiziosi come il Modulo Assistenziale. Lo scopo principale del modulo è quello di definire un set di esiti, espresso in un linguaggio omogeneo e misurabile che permetterà di misurare la qualità dell'assistenza erogata oltre a consentire di identificare e registrare le attività, sia autonome che collaborative, svolte dall'infermiere nella doppia funzione quindi di misurazione qualitativa e quantitativa dell'assistenza.

Anche la formazione è stata sempre al centro della nostra Mission e la revisione del regolamento della Scuola Osdi (SFO) ha messo in pratica l'evoluzione concettuale della "formazione". D'altra parte, l'attuale dibattito sull'evoluzione delle competenze, nella sostanza, si concretizza in una maggiore forza culturale che l'infermiere deve possedere per confrontarsi quotidianamente nel difficile compito dell'assistenza.

La maggior parte degli studi sul ruolo degli infermieri dimostrano che gli infermieri con competenze specialistiche sono in grado di ridurre la durata dei ricoveri ospedalieri, le riammissioni, gli accessi al pronto soccorso, impattando non solo sui costi ma anche e soprattutto sugli esiti e sul miglioramento della qualità di vita del paziente. Questo presuppone che oltre alle competenze specialistiche siano necessarie modifiche dell'assetto organizzativo, tali da permettere all'infermiere di mettere a frutto le proprie competenze, così come avviene nel resto del mondo.

Certamente siamo ancora lontani dall'attuazione di tali prospettive, il nostro infermiere specialist, il cui contributo è determinante per il miglioramento degli esiti dei pazienti assistiti, esiste solo in alcune realtà decentrate e dipende solo dalla volontà e dalla sensibilità di alcune aziende sanitarie, che, inserendolo nel gruppo professionale, di fatto riconoscono quello che la letteratura ormai esprime da tempo. In linea generale, siamo ancora in attesa di una definizione e formalizzazione delle competenze avanzate dell'infermiere e dalla declinazione delle nuove aree di formazione post laurea.

L'Associazione OSDI continua a credere e a lavorare affinché la figura dell'infermiere sia valorizzata e potenziata, collaborando con tutti coloro che hanno lo stesso intento, sia nei tavoli tecnici delle istituzioni sia con le altre società scientifiche del settore diabetologico.



LA PERSONA CON DIABETE IN OSPEDALE: QUANDO LA DEGENZA PUÒ CAMBIARE GLI EQUILIBRI.

SIMPOSIO CONGIUNTO
AMD-ANÍMO-FADOI-OSDI

L'APPLICAZIONE DIGITALE PUÒ AVERE UN RUOLO NELLA GESTIONE DELL'IPERGLICEMIA NEL PAZIENTE ACUTO/CRITICO RICOVERATO?

Giampietro Beltramello

Dipartimento di Area Medica. S.C. di Medicina Interna Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa (Vicenza)

Circa il 38% dei pazienti ricoverati sono iperglicemici. Di questi in circa un terzo l'iperglicemia è di nuovo riscontro. La presenza di iperglicemia all'ingresso in ospedale si associa ad un aumento della durata del ricovero, delle complicanze e della mortalità soprattutto nei soggetti non noti per essere diabetici. A tutt'oggi i dati disponibili in letteratura non sono univoci sull'efficacia dello stretto controllo glicemico, durante il ricovero, nel ridurre le complicanze e la mortalità sia a breve che a medio - lungo termine. Esistono peraltro segnalazioni che lo stretto controllo della glicemia in ospedale migliora gli outcomes in particolare in alcuni setting assistenziali come quelli chirurgici o nelle Unità di terapia intensiva. Dal 2010 nella S.C. di Medicina Interna dell'Ospedale di S. Bassiano è in uso il protocollo di YALE modificato per l'infusione di insulina endovena nei pazienti con grave iperglicemia o comunque con iperglicemie molto instabili. Il protocollo è a prevalente gestione infermieristica. Prima dell'avvio dell'uso del protocollo furono condotti numerosi e ripetuti corsi di formazione sul campo rivolti agli infermieri. La guida all'uso corretto del protocollo ed i dati raccolti (glicemie e dosaggio di insulina infusa e.v.) venivano registrati su supporto cartaceo. Dal 2010 al 2013 sono stati trattati 42 pazienti di cui la maggior parte nel 2010-2011. Nel 2012-2013 furono trattati solo 3 pazienti. La drastica diminuzione dei casi trattati fu attribuita all'elevato turnover infermieristico (circa il 33 - 38 % nel 2012-13) e quindi alla difficoltà di garantire una adeguata formazione degli infermieri sull'uso corretto del protocollo. Quale possibile soluzione fu avviata l'informatizzazione del protocollo. L'uso dell'applicazione digitale fu realizzata ed avviata nel 2014-15. In 10 mesi furono trattati 21 casi con buoni risultati sul controllo della glicemia (a 24 ore glicemia media = 119 mg/dl \pm 19,4), nessun evento ipoglicemico e riduzione del tempo di assistenza infermieristica di circa 30 m' per paziente.

Lo strumento dell'applicazione digitale per il trattamento dell'iperglicemia con il protocollo di YALE modificato nel paziente ricoverato si è dimostrato efficace, sicuro (nessun caso di ipoglicemia) e vantaggioso in termini di risparmio di tempo e di facilità d'uso.



LA PERSONA CON DIABETE RICOVERATA: CRITICITÀ E OPPORTUNITÀ DI CURA CONDIVISA

Claudia Gatta

CPSE ASL BI - Biella

Tra i pazienti ricoverati negli ospedali le persone con diabete sono largamente presenti; essi, inoltre, vanno incontro a esiti clinici peggiori, con costi gestionali più elevati, rispetto al paziente non diabetico. Essendo le Medicine Interne i reparti più diffusi sul territorio nazionale (rapporto 4:1 con le Diabetologie), risulta quindi di fondamentale importanza l'avvio di percorsi di collaborazione clinica multidisciplinare, così come di progetti di cura condivisi tra i reparti medici e i team diabetologici che svolgono un ruolo centrale nel percorso di cura e devono essere coinvolti fin dall'inizio. Proprio a questo scopo è stato elaborato dalle società scientifiche di Medicina Interna e di Diabetologia (sia mediche che infermieristiche) il progetto Trialogue, con l'obiettivo di fornire indicazioni pratiche e condivise che possano trovare immediato impiego nella pratica clinica con cui gli operatori sanitari si confrontano quotidianamente.

Dal punto di vista assistenziale infermieristico le raccomandazioni principali riguardano:

Gestione dell'ipoglicemia sintomatica

Nel paziente diabetico ricoverato è fondamentale prevenire le crisi ipoglicemiche e educare il paziente alla rilevazione precoce dei segni e sintomi prodromici.

Inoltre è stata codificata la "La regola del 15"⁽¹⁾ come procedura nel caso di ipoglicemia in paziente cosciente.

(1) Consiste nella somministrazione di 15 g di zuccheri semplici per os e controllo della glicemia dopo 15 minuti. Se la glicemia è <100 mg/dl, ripetere la somministrazione di 15 g di zuccheri semplici e ricontrrollare la glicemia dopo altri 15 minuti, fino ad avere una glicemia > 100 mg/dl.

Educazione terapeutica strutturata del paziente

Le persone affette da diabete devono ricevere un'educazione circa l'autogestione della malattia già dal momento della diagnosi, con periodici richiami successivi al fine di mantenere nel tempo la formazione acquisita; è pertanto auspicabile che i reparti operino in stretta collaborazione con il team diabetologico di riferimento.

Nel caso in cui in ospedale non fosse presente un team diabetologico, è necessario che il paziente sia avviato all'autogestione dagli infermieri del reparto oppure, nel caso di paziente già in grado di autogestirsi, il momento dell'ospedalizzazione potrebbe risultare utile al fine di rafforzare le conoscenze del paziente sulla malattia diabetica e per la verifica da parte dell'infermiere della sua autonomia e capacità di eseguire l'autocontrollo glicemico e la somministrazione della terapia insulinica.

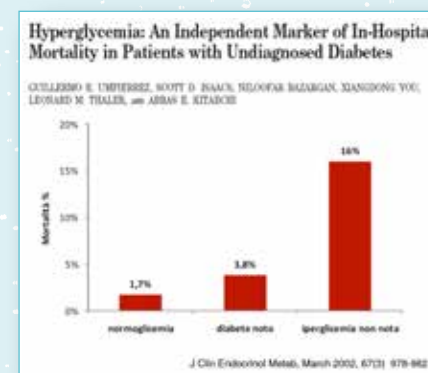
Anche se l'educazione del paziente deve essere garantita dalle varie figure professionali del team diabetologico, negli ospedali in cui tale attività non è prevista sarebbe utile strutturare alcune procedure condivise per poter strutturare il percorso e gli interventi facendo in modo che la persona assistita si senta presa in carico anche dopo la dimissione.

Il paziente diabetico di nuova diagnosi o che deve fare terapia insulinica deve essere rifornito del materiale necessario (comprendente la modulistica per esenzione per patologia e la corretta richiesta per i presidi) e nella lettera di dimissione deve esserci la data per il primo accesso al servizio di diabetologia di riferimento.

IL CONTRIBUTO DELLO SPECIALISTA NEL PERCORSO CONDIVISO

Domenico Mannino

Direttore UOC Diabetologia Endocrinologia, Azienda Ospedaliera Bianchi - Melacrino - Morelli, Reggio Calabria



È ormai evidente che nei reparti ospedalieri di degenza vi sia una elevata presenza di persone con diabete mellito. L'iperglicemia aumenta il rischio di disturbi predisponenti al ricovero, compreso la coronaropatia, le malattie vascolari cerebrali e periferiche, la nefropatia, le infezioni e la amputazione delle estremità inferiori ed è quindi una condizione assai frequente tra i pazienti ricoverati in ospedale e la prevalenza stimata dei soggetti con diabete mellito oscilla tra 12,4 ed il 25%.

Questo dato dipende dall'aumento dei casi di diabete nella popolazione, dall'invecchiamento generale e dal fatto che i pazienti diabetici sono ricoverati con una frequenza quattro volte superiore rispetto ai non diabetici. A ciò si deve aggiungere che anche i diabetici ben controllati e le persone senza diabete possono presentare uno

stato di insulino-resistenza e quindi di iperglicemia in situazioni di stress e in occasione di gravi malattie o traumi. Com'è risaputo, lo stress aumenta il livello degli ormoni contro-insulari (catecolamine, glucocorticoidi, glucagone e ormone della crescita e delle citochine) con conseguente aumento della gluconeogenesi, della lipolisi e riduzione dell'utilizzazione periferica di glucosio. Queste azioni combinate tra loro determinano un aumento anche molto evidente della glicemia.

Negli ultimi anni sono aumentate le segnalazioni che dimostrano come un corretto controllo della glicemia nei pazienti critici sia in grado di ridurre gli eventi avversi. Da vari Autori è stato evidenziato come un controllo stretto della glicemia sia in grado di ridurre, nei pazienti critici, la morbilità e la mortalità. Una metanalisi condotta su 20 studi e più di 95.000 pazienti ha dimostrato una relazione diretta tra glicemia ed eventi cardiovascolari (IMA, morte improvvisa, stroke). L'iperglicemia acuta può contribuire all'aumento della mortalità con vari meccanismi: aumento delle infezioni nosocomiali, infezioni chirurgiche (da 3 a 4 volte più frequenti), aumentato rischio trombotico, ridotta resistenza miocardica all'ischemia, aumento dei radicali liberi, ridotta risposta al danno neurologico. A queste alterazioni dovute all'iperglicemia si devono associare i danni, noti o no, dovuti al diabete e quindi all'iperglicemia cronica come: neuropatia sensitivo-motoria ed autonoma, ridotta funzionalità renale, vasculopatia pluridistrettuale. La degenza media dei pazienti diabetici è, inoltre, significativamente maggiore della popolazione generale dei ricoverati, e il grado di compenso metabolico alla dimissione non è ottimale in quasi l'80% dei dimessi. Il compenso metabolico, se non ricercato e ottenuto in modo ottimale, incide sfavorevolmente sulla evoluzione della patologia concomitante che ha richiesto il ricovero, a volte con la comparsa o l'aggravamento delle complicanze croniche che accompagnano la malattia e che sono causa di allungamento dei giorni di degenza e di aggravio della spesa oltre che di peggioramento della qualità di vita del paziente. Infine vi sono i costi legati all'ospedalizzazione; secondo i dati dell'osservatorio Arno, in Italia il 50% dei costi diretti per l'assistenza è dovuto ai ricoveri ospedalieri, il 18% all'assistenza territoriale, il 32% all'assistenza farmacologica complessiva di cui solo il 6% a farmaci specifici per il diabete.



EDUCAZIONE DEL PAZIENTE E DIMISSIONE IN SICUREZZA: CHI FA COSA, DOVE, COME E QUANDO

Marco Ganassi

Responsabile infermieristico struttura Diabetologia Osp. S. Maria Nuova di Reggio Emilia

Il diabete mellito è una malattia metabolica cronica, difficile da affrontare e risolvere, perché spesso “complicato”. L'attuale contesto sanitario chiede ai diversi livelli istituzionali di operare scelte sulle priorità di intervento e sugli obiettivi delle politiche sanitarie in un'ottica di razionalizzazione economica. Il dibattito sull'efficacia clinica, sociale ed economica dei programmi di prevenzione è diventato un obiettivo primario delle politiche pubbliche estremamente complesso, interdisciplinare e trasversale. Nelle malattie ad andamento cronico, i programmi di prevenzione si basano sul concetto di riduzione del rischio piuttosto che sulla semplice presenza o assenza della malattia. Alcuni studi hanno dimostrato come eccessivi investimenti nella ricerca di tecnologie e di interventi sofisticati non hanno apportato risultati significativi, in termini di “salute”, mentre investimenti su corretta informazione, educazione e formazione hanno raggiunto a bassi costi risultati migliori. Dati riguardanti la “compliance” dei malati cronici hanno inoltre evidenziato percentuali inferiori al 50% ed è noto come tale percentuale sia da attribuire alla mancanza di un approccio “educativo” e “formativo” del paziente. Nell'ultimo decennio, in seguito all'acquisizione di nuove conoscenze in tema di epidemiologia e fisiopatologia della malattia diabetica, una maggiore attenzione è stata riservata alla qualità e al tipo di assistenza erogata ai diabetici. Il diabete infatti non è più solo “iperglicemia” da monitorare e correggere con la dieta e l'utilizzo di farmaci, siano essi ipoglicemizzanti orali o insulina; il diabete è preminentemente complicanza d'organo, richiede un'attenta valutazione ai fini sia di una possibile diagnosi precoce sia di una successiva monitorizzazione, allo scopo di prevenire le complicanze tardive, quali la macroangiopatia, la microangiopatia, la neuropatia e l'ulcera diabetica del piede con il quadro clinico caratteristico del “piede diabetico”. L'evoluzione del concetto di assistenza e il riconoscimento della necessità di un percorso di educazione formativa del paziente, ha portato, accanto alla figura medico-specialistica, nuove competenze professionali, quali l'infermiere esperto, la dietista, lo psicologo. Le spinte culturali al cambiamento di ruolo all'interno della professione infermieristica, costituiscono una reale provocazione nell'assunzione di una maggiore “responsabilità personale e professionale” nell'educazione-formazione del paziente diabetico all'autogestione della PATOLOGIA, per poter garantire una dimissione in sicurezza e definire chi fa cosa, dove come e quando.

La regione Emilia Romagna ha deliberato: “per una corretta e completa presa in carico del paziente diabetico, occorre che tutti i centri diabetologici (ospedalieri e territoriali) siano dotati di TEAM MULTIDISCIPLINARI”.

INNOVAZIONE E SOSTENIBILITÀ NEL DIABETE



TECNOLOGIA E CURA

Giorgio Grassi

Diabetologo presso la Struttura Operativa di Diabetologia dell'Azienda sanitaria ospedaliera San Giovanni Battista di Torino (Le Molinette)

Gli ultimi 90 anni hanno visto notevoli progressi nella gestione del diabete di tipo 1 e di tipo 2.

La scoperta dell'insulina nel 1922 ha segnato una nuova era per consentire il controllo glicemico a lungo termine, riducendo morbilità e mortalità. Trent'anni dopo apparivano i primi agenti orali per il diabete, le biguanidi e sulfaniluree per la forma tipo 2, mentre ora il panorama dei farmaci orali si è arricchito di diverse nuove classi di molecole con diversi meccanismi d'azione.

Molti i miglioramenti nelle formulazioni di insulina nel corso dei decenni, in particolare gli analoghi insulinici ad azione rapida e prolungata che imitano più da vicino la fisiologica secrezione di insulina, aumentando la flessibilità e l'efficacia di gestione del diabete.

Gli ultimi due decenni hanno visto importanti progressi nella tecnologia per la cura del diabete, che hanno prodotto sistemi di monitoraggio del glucosio più accurati e adatti ad una registrazione in continuo del dato e dispositivi di somministrazione dell'insulina: i microinfusori. La sfida più forte vede l'integrazione tra sistemi per il monitoraggio glicemico continuo e microinfusori per insulina integrati con funzioni automatiche che vanno nella direzione del "Pancreas Artificiale", in particolare nella prevenzione/protezione dall'ipoglicemia. La prevenzione e la cura del diabete, in particolare tipo 1, è il Santo Graal, ancora sfuggente a causa della mancanza di comprensione dettagliata delle cause genetiche e immunologiche che sono alla base del diabete e sicuramente, le tecnologie per la cura, sostengono noi operatori sanitari in questa battaglia.

LE NUOVE TERAPIE FARMACOLOGICHE A FAVORE DEL MIGLIORAMENTO DELLA CURA

Francesco Giorgino

Università degli Studi di Bari Aldo Moro

Negli ultimi anni sono emerse importanti evidenze a favore di una individualizzazione dei target terapeutici e della scelta della terapia ipoglicemizzante nel paziente con diabete tipo 2. I livelli di HbA1c nei pazienti affetti da diabete di tipo 2 devono essere adattati per il singolo paziente in modo da bilanciare la riduzione del rischio di complicanze microvascolari con il rischio di ipoglicemia. Un obiettivo ragionevole della terapia potrebbe essere un valore di HbA1c $\leq 7,0\%$ per la maggior parte dei pazienti (utilizzando un dosaggio allineato con gli studi DCCT/UKPDS in cui il limite superiore della norma è $6,0\%$). I risultati dello studio ACCORD suggeriscono che un obiettivo di HbA1c tra $7,0\%$ e $7,9\%$ può essere più sicuro per pazienti affetti da diabete di tipo 2 di lunga durata e/o ad alto rischio per la presenza di malattia cardiovascolare. Livelli di HbA1c lievemente superiori a $7,0\%$ (ma, ad esempio, inferiori a $8,0\%$) andrebbero anche perseguiti per pazienti anziani e per quelli con un'aspettativa di vita limitata (ad esempio, inferiore a 5 anni). Obiettivi meno ambiziosi di trattamento possono essere opportuni per pazienti con una storia di grave ipoglicemia. Pertanto, se è vero che la terapia dell'iperglicemia deve essere in generale attuata senza compromessi, è opportuno perseguire un trattamento più aggressivo alla diagnosi e individualizzare i target. La scelta del farmaco ipoglicemizzante deve tener conto degli effetti del farmaco sulla glicemia a digiuno e sulla glicemia post-prandiale, considerando che alcuni farmaci sono attivi su una di queste componenti in modo prevalente, e della alterazione glicemica maggiormente evidente nel singolo paziente la cui correzione può consentire di raggiungere il target di HbA1c prefissato. Inoltre, essa deve tener conto dei possibili effetti indesiderati del singolo farmaco e delle controindicazioni o cautele nell'uso, in considerazione delle caratteristiche cliniche del paziente. Alcune classi di farmaci, in aggiunta all'effetto ipoglicemizzante, hanno mostrato di possedere effetti extra-glicemici di possibile interesse per il trattamento del paziente diabetico di tipo 2, quali la capacità di ridurre il peso corporeo, di correggere alcuni fattori di rischio cardiovascolari rallentando la velocità di deterioramento della funzione beta-cellulare. Anche queste caratteristiche possono essere prese in considerazione nella definizione della strategia ipoglicemizzante.



LA TECNOLOGIA A FAVORE DELL'ADERENZA

Lia Cucco

Docente Corso di Laurea in infermieristica, Scuola di Medicina e Scienze della Salute, Università G. D'Annunzio Chieti-Pescara

L'aderenza è un fenomeno multidimensionale che interessa in particolare le persone affette da malattie croniche, alle quali si chiede di maturare nuovi comportamenti, finalizzati a pratiche di cura, self-care e monitoraggio, necessarie per prevenire complicanze invalidanti ed interferenti con la qualità di vita. È noto che il diabete, e in particolare il diabete di tipo 2 (DMT2), sia una delle condizioni cliniche nelle quali si registra un basso livello di coerenza nell'adesione.

I costi economici e sociali derivanti dalla non aderenza, stanno indirizzando la ricerca e lo sviluppo tecnologico verso prodotti che siano in grado di contribuire a ridurre quei fattori, tra di loro interagenti, che oggi sono considerati i principali ostacoli alla non aderenza e che sono riferibili non solo ai pazienti e ai curanti, ma anche agli aspetti sociali ed economici e al sistema sanitario.

L'aderenza viene compiutamente intesa come "il grado in cui il comportamento di una persona, nell'assunzione dei farmaci, nel seguire una dieta e/o nell'apportare cambiamenti al proprio stile di vita, corrisponde alle raccomandazioni concordate con i sanitari". L'innovazione tecnologica può offrire strumenti per semplificare e ricordare la terapia, per facilitarne la somministrazione, per aiutare nel self-care, per la raccolta dati, per migliorare la comunicazione e il coinvolgimento del paziente, per incentivare stili di vita sani, per essere di supporto decisionale, per ridurre il dolore.

La nuova comunicazione digitale, attraverso i social e i dispositivi mobili, può diventare uno strumento di lavoro per supportare le persone a distanza, rafforzare la fiducia nelle loro capacità di co-gestire la propria malattia, infondere tranquillità e sicurezza, facilitare l'uso appropriato dei servizi sanitari.

L'adesione a qualsiasi cura riflette, però, un comportamento legato alle condotte di salute e pertanto le innovazioni tecnologiche applicate al diabete rimangono comunque strumenti che vanno contestualizzati in programmi educativi volti ad aumentare l'empowerment. In una società caratterizzata dalla tecnologia e dall'innovazione, non basta apprendere una professione, ma è necessario imparare ad apprendere ed acquisire capacità di riadattamento e riconversione.

LA SOSTENIBILITÀ DELLA TERAPIA NUTRIZIONALE

Silvio Barbero

Vice Presidente Università degli Studi di Scienze Gastronomiche - Pollenzo (BRA - CN)

Nella storia dell'umanità, il cibo e l'alimentazione hanno avuto sempre un ruolo centrale.

Non solo come evidente elemento di sopravvivenza (viviamo perché mangiamo), ma perché attraverso i modelli di produzione, distribuzione e consumo del cibo si sono determinate le condizioni di qualità della vita, di libertà e di equilibrio con la natura da parte delle comunità.

Il cibo è sempre stato fonte di salute e di cura, la tradizione locale e contadina ha sempre, attraverso lo sviluppo di prodotti e specie animali locali, mantenuto in equilibrio questo rapporto.

Lo sviluppo quantitativo delle produzioni agroalimentari per molto tempo ha garantito il fabbisogno sempre crescente di cibo e la lotta alla fame.

Negli ultimi 30/40 anni lo scenario mondiale si è progressivamente modificato e pur di fronte ad enormi progressi sul fronte della sicurezza alimentare, assistiamo al prevalere di fenomeni negativi.

La drammatica perdita di biodiversità ha ridotto a poche varietà e razze il panorama agroalimentare mondiale. Il produttivismo industriale spinto in agricoltura, ha comportato un uso massiccio ed esagerato di prodotti chimici e la perdita di fertilità dei suoli.

La riduzione e la perdita di produzioni locali di piccola e media scala, ha determinato uno spostamento di merci da una parte all'altra del pianeta, facendo perdere valore a concetti come sostenibilità, identità alimentare, stagionalità, filiera locale.

Si può dire che in queste condizioni, il modello di produzione, distribuzione, consumo del cibo che si è affermato, pur rendendo disponibili migliaia di prodotti in tutto il mondo, sta determinando una situazione in cui "il cibo invece che curare rischia di ammalare".

In questa situazione è necessario riflettere sulle conseguenze che un certo modello di produzione alimentare può determinare sulla salute delle persone, ma anche dell'ambiente e sulla sostenibilità complessiva sul Pianeta. Bisogna mettere in discussione stili alimentari e di vita che hanno sviluppato nei paesi ricchi (ma oggi anche in quelli poveri) malattie come il diabete.

Bisogna riconsiderare il tema del cibo come una nuova centralità, combattendo la marginalizzazione e la banalizzazione dei problemi alimentari e il concetto di "cibo come semplice carburante".

È necessario aprirsi ad un concetto più olistico del cibo e della gastronomia che analizzi a 360° le conseguenze dei nostri stili produttivi e alimentari.

Emerge, in questi contesti e con questa nuova visione, un concetto diverso di qualità alimentare e produttiva che accanto alla scontata esigenza della sicurezza alimentare delle produzioni inserisca altri elementi di valutazione. Tre sono a nostro avviso gli elementi che compongono le linee-guida a cui produttori e consumatori (che noi vorremmo sempre più co-produttori) dovranno in futuro orientarsi: il **buono**, il **pulito**, il **giusto**.

Un cibo deve essere buono, deve avere una qualità organolettica che permetta di riconsiderare come valore la sensorialità e il piacere. In un percorso di rivendicazione del diritto al piacere attraverso al cibo (a casa, a scuola, negli ospedali e nelle mense collettive) questo elemento deve essere considerato come necessario e non subordinato a pure logiche economiche.

Un cibo deve essere pulito perché la qualità si misura anche sull'impatto che quel prodotto, nelle sue varie fasi realizzative, produce sull'ambiente, sugli ecosistemi, sul paesaggio.



XII CONGRESSO NAZIONALE **OSDI**

**NURSING
E TECNOLOGIA**

CONOSCENZE
E ORGANIZZAZIONE
PER LA QUALITÀ
DELLE CURE
ALLE PERSONE
CON DIABETE

PALAZZO DEI CONGRESSI
RICCIONE (RN)
12-14 MAGGIO
2016

38

La sostenibilità ambientale della produzione diventa quindi elemento legato alla qualità ma anche al benessere delle persone e della Terra.

Un cibo deve essere "giusto"

In un mercato globalizzato, dove l'agricoltura e soprattutto i contadini sono spesso marginalizzati e sottopagati, introdurre il concetto di etica e giustizia sociale come elemento significativo della qualità di un prodotto ridà valore alla ormai sempre più bistrattata economia primaria.

In definitiva dobbiamo tornare a dare al cibo un "valore" e non solo un prezzo.

E in questo recupero del "valore del cibo" c'è un pezzo importante della ricerca di un nuovo modello di vita e di alimentazione che potrà portarci non solo salute ma, ricostruendo un equilibrio tra essere umano e ambiente, un vero benessere.

LA PERSONA CON DIABETE E IL SUO PERCORSO DI CURA TRA CASA E OSPEDALE



LA PERSONA CON DIABETE ED IL SUO PERCORSO DI CURA TRA CASA E OSPEDALE

Roberta Chiandetti

*Coordinatore Infermieristico Medicina Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Udine
Past President Nazionale OSDI- Membro Comitato Coordinamento Diabete Italia*

Parlare di "patient empowerment" è oggi argomento sempre più centrale e strategico rispetto alla necessità di implementare nuovi modelli di cura ma ciò non può prescindere dalla responsabilizzazione del paziente stesso e della sua consapevolezza sui diversi interventi che si rendono necessari durante la vita e nelle diverse fasi di malattia. Il modello di cura delle malattie croniche e del diabete inevitabilmente sta quindi andando verso la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, sempre più policentrico con grosse interazioni fra il mondo sanitario e quello socio-assistenziale. Di fatto, solo una Rete di assistenza tra primo e secondo livello ben coordinata, può migliorare l'efficacia delle cure per le persone con diabete; il passaggio da un sistema a bassa intensità di cura ad uno a medio-alta intensità, favorisce la qualità e l'appropriatezza, pur in un momento storico caratterizzato dal ridimensionamento delle risorse messe in campo.

In questo contesto, la misurazione della qualità dell'assistenza sanitaria, nelle sue diverse dimensioni, in particolare di efficacia, efficienza e appropriatezza, e la valutazione degli outcome, è andata sviluppando, soprattutto negli ultimi anni, un'importanza crescente, tanto per gli aspetti clinico-professionali che per la sostenibilità economica e di governo delle scelte assunte.

Per questo motivo diventa fondamentale che tutti i gruppi professionali siano in grado di rendere visibile il proprio lavoro, riducendo la variabilità nella pratica clinica attraverso l'utilizzo delle evidenze scientifiche disponibili e di processi standardizzati atti a garantire continuità tra le strutture, in particolare nei sistemi a rete integrati.

La capacità di documentare correttamente la propria attività, può partire anche da uno strumento il cui obiettivo prioritario è quello di implementare modelli di cura del diabete centrati sulla persona, con un attivo coinvolgimento nell'autogestione e con il supporto di tutto il team di cura.

L'utilizzo del MODULO ASSISTENZIALE pertanto, consente di fornire una base informativa per le scelte assistenziali, di identificare e consentire la rintracciabilità di tutte le attività svolte, l'integrazione delle competenze interprofessionali e polifunzionali e la valutazione della qualità dell'assistenza.

Inoltre, verranno tracciati indicatori in grado di rendere visibili le scelte professionali operate e dichiarate le fonti scientifiche di riferimento; ciò facendo la gestione della documentazione clinica diventa documento di progettazione elaborato sulla base dei bisogni dichiarati o rilevati da ogni singolo paziente.

IL PIEDE DIABETICO: PRIMA CHE SIA TROPPO TARDI



PIEDE DIABETICO: UN PROBLEMA SANITARIO, ECONOMICO E SOCIALE

Antimo Aiello

U.O.C. Diabetologia-Endocrinologia P.O. Campobasso – A.S.Re.Molise

Il piede può essere considerato un organo di senso. Il Piede Diabetico è una complicanza d'organo caratterizzata da ulcerazione, infezione e/o distruzione di tessuti profondi associata ad anomalie neurologiche ed a vari gradi di vasculopatia periferica degli arti inferiori. La storia naturale del piede diabetico inizia con disturbi di natura neuropatica e perdita della sensibilità fino all'ulcera, che complicata da ischemia e infezione arriva nel 10-30% dei casi all'amputazione, minore o maggiore. Il 60% degli interventi di amputazione sono preceduti da un'ulcera infetta. Fattori di Rischio per Ulcere e Amputazioni sono: lunga durata del diabete (≥ 15 anni), cattivo controllo glicemico, storia di complicazioni retiniche e/o renali, il sesso maschile. Nel 2007 il trattamento del diabete e delle sue complicanze negli Stati Uniti ha generato \$ 116.000.000.000 di costi diretti di cui il 33% era legato al trattamento delle ulcere del piede. Le amputazioni in pazienti diabetici rappresentano circa il 60% di tutti i ricoveri per amputazione non traumatica registrati in Italia. Nella popolazione diabetica si effettuano più amputazioni minori mentre la frequenza delle amputazioni maggiori è simile nelle due popolazioni (nel 2009 è pari a 3,8 per 100.000). Tuttavia va osservato che i diabetici rappresentano solo il 5% della popolazione, pertanto rapportando i tassi di amputazione maggiore per la corrispondente popolazione a rischio, nel 2009 si osserva che il tasso nella popolazione diabetica è oltre 20 volte superiore rispetto a quello della popolazione non diabetica. Le amputazioni sono più frequenti fra gli uomini, e sono fortemente associate all'età, con valori prossimi allo zero prima dei 40 anni e successivamente crescenti esponenzialmente con l'età. In Italia negli anni 2003-2012 il numero delle amputazioni agli arti inferiori sembra essersi ridotto. Il numero totale delle amputazioni è diminuito da 3,6 a 2,7 (per 1000 soggetti) (-23,4%), quello delle amputazioni minori da 2,2 a 1,9 (-13,1%), quello delle maggiori da 1,2 a 0,7 (-38,1%) ($p < 0,0001$). Nello stesso periodo di tempo, il numero totale delle rivascularizzazioni è progressivamente aumentato. Nel 2003 4 soggetti diabetici (per 1000 soggetti) sono stati sottoposti a procedure di rivascularizzazione, di cui 2,5 a rivascularizzazione endoluminale e 1,4 a rivascularizzazione chirurgica. Nel 2012 le procedure di rivascularizzazione erano 4,7 di cui 4,1 endoluminali e 0,6 chirurgiche. Il trend risultava + 61,3% per le procedure endoluminali e -55,5% per quelle chirurgiche. I problemi del piede diabetico impongono un notevole onere economico, ed i costi aumentano in modo sproporzionato alla gravità della condizione. Rispetto ai pazienti diabetici senza ulcere del piede, il costo delle cure per i pazienti con un'ulcera del piede è di 5,4 volte superiore dopo il primo episodio di ulcera e 2,8 volte più alti nel secondo anno: i pazienti diabetici con ulcera del piede accedono di più al pronto soccorso, sono più frequentemente ricoverati in ospedale, e richiedono degenze più lunghe. Attivare un team per gestire le ulcere del piede diabetico riduce i tassi di amputazione a lungo termine dal 82% al 62%. I percorsi di salvataggio d'arto possono includere procedure costose, ma l'approccio di squadra porta gradualmente a migliori programmi di screening e di prevenzione ed a un accesso tempestivo alle procedure di salvataggio d'arto, riducendo i costi a lungo termine.

LO SCREENING DEL PIEDE COME STRUMENTO DI PREVENZIONE

Franca Di Ponte

U.O.C. Diabetologia presidio ospedaliero di Campobasso

La prevenzione del piede diabetico avviene attraverso un'efficace attività di screening. Lo screening è un processo di valutazione di soggetti asintomatici volto a identificare quelli più probabilmente affetti dalla malattia d'interesse. Tutti i pazienti con diabete mellito devono essere sottoposti ad un esame completo del piede almeno una volta l'anno. Nei pazienti a elevato rischio l'ispezione dei piedi deve essere effettuata ad ogni visita. Il team per la cura del piede diabetico dovrebbe includere medici specializzati nella cura del piede diabetico e personale con competenze in campo educativo.

Gli infermieri si trovano nella posizione di promuovere il mantenimento di piedi sani, di identificare i problemi in uno stadio precoce, di influenzare favorevolmente le pratiche di self-care, e di inviare in consulenza le persone ad alto rischio per un'assistenza specializzata.

La sequenza di eventi che conducono all'ulcerazione e all'amputazione a carico degli arti inferiori nei diabetici è un processo complesso che comporta numerosi fattori, la cui combinazione aumenta le probabilità di una lesione o di un'infezione al piede.

Fare prevenzione attraverso lo screening neuropatico, arteriopatico, e l'educazione alla cura del piede permette di interrompere la progressione della patologia verso gli stadi più evoluti.

Lo screening neuropatico è eseguibile attraverso: anamnesi, questionari, ispezione del piede, sensibilità cutanea e riflessi.

Lo screening arteriopatico è eseguibile attraverso: anamnesi, ricerca dei segni di ischemia, palpazione dei polsi arteriosi periferici, esecuzione dell'ABI.

Le persone con diabete dovrebbero riconoscere potenziali problemi ai piedi e poi prendere i provvedimenti opportuni, grazie all'educazione terapeutica.

L'educazione deve essere semplice, pertinente, coerente e ripetuta più volte. Gli atteggiamenti che rendono più efficace l'educazione sono: l'empatia e ascolto attivo.

Il programma educativo deve essere concordato, condiviso e documentato, oltre ad essere diversificato per tipo di diabete, età del paziente, livello socio culturale.

Gli obiettivi da raggiungere sono di conoscenza, di comportamento e di atteggiamento, tali da dare dei risultati che consentono un cambiamento dello stile di vita.

Sulla base di una relazione di aiuto l'assistenza diventa terapeutica in senso psicologico, cioè capace di rassicurare, sostenere e diminuire il disagio della malattia.



APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA.

Katja Speese

Presidente OSDI

*Ambulatorio Diabetologico e Servizio di Prevenzione e Cura Piede Diabetico
Ospedale Santa Maria del Carmine - Rovereto (TN)*

Il diabete mellito è una delle patologie a maggior impatto socio-sanitario. Secondo i dati dell'Osservatorio Arno Diabete, il tasso di prevalenza del diabete in Italia è pari al 5.8%. Con l'aumento dell'età media della popolazione aumenta anche l'incidenza di complicanze correlate al diabete. Di queste i problemi a carico del piede costituiscono la causa più frequente di amputazione non traumatica degli arti inferiori. I piedi dei pazienti diabetici possono andare incontro a neuropatia, malattia arteriosa periferica, deformità, infezioni, ulcere e gangrena. Questi problemi hanno un forte impatto sulla qualità di vita dei pazienti; da una ridotta mobilità che può portare alla perdita del lavoro, alla depressione dovuta ad un cambiamento della propria situazione di vita. Un ritardo nella diagnosi e gestione aumenta la morbidità e la mortalità e contribuisce ad un incremento nel numero di amputazioni maggiori. Le evidenze disponibili raccomandano che in ogni Ospedale sia costituito un team multidisciplinare per la cura del piede diabetico nei pazienti ricoverati e attivato un percorso assistenziale personalizzato.

L'obiettivo primario del Servizio di Prevenzione e Cura del piede diabetico è la PREVENZIONE che attraverso lo screening del piede crea una classificazione di rischio di ulcerazione che ci dà l'opportunità di iniziare un percorso educativo sulla corretta prevenzione e cura del piede nei pazienti con diabete. Vengono creati dei percorsi educativi di gruppo ed in collaborazione con il reparto di FKT è stato istituito la "Scuola del Piede" dove vengono indirizzate le persone con iniziale rischio sia di neuropatia che di arteriopatia. È stato dimostrato che attraverso esercizi strutturati si riesce a recuperare l'articolarietà, resistenza allo sforzo ed infine arrivare ad una riduzione della claudicatio nei pazienti con iniziale AOP.

Attraverso la creazione di protocolli aziendali condivisi è possibile strutturare un percorso di gestione della persona affetta da piede diabetico personalizzato che inizia da una corretta diagnosi, attraverso lo screening del piede alla condivisione di un PDTA adeguato, ove il Diabetologo e l'Infermiere Esperto sono i responsabili dell'attivazione e gestione dell'intero percorso. Il team diabetologico è responsabile della presa in carico della persona con piede diabetico dal momento del ricovero ospedaliero fino alla dimissione programmando i follow up successivi e dando, attraverso la consulenza infermieristica, le indicazioni necessarie per la presa in carico presso il Servizio Territoriale di competenza alla dimissione, mantenendo uno stretto contatto di collaborazione anche attraverso immagini fotografiche e consulenze via email. Anche dopo completa guarigione è auspicabile mantenere dei controlli periodici di prevenzione di possibili ricadute.

Questo tipo di appropriatezza organizzativa assicura una migliore qualità dell'assistenza ed una migliore qualità di vita della persona riducendo i costi di medicazioni, degli accessi ambulatoriali, dei ricoveri ospedalieri ed amputazioni.

L'ORGANIZZAZIONE A SUPPORTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA



LE COMPETENZE AVANZATE NEI MODELLI ORGANIZZATIVI A SUPPORTO DELL'ASSISTENZA DELLA PERSONA CON DIABETE: UNO SGUARDO ALLE PIÙ RECENTI EVIDENZE INTERNAZIONALI

Silvana Pastori

S.S. Interdipartimentale di Diabetologia ed Endocrinologia - ASST Lariana S. Anna Como - Presidio di Mariano Comense

La ricerca in merito alle competenze avanzate porta in evidenza come la professione "infermiere" sia determinante nel processo di prevenzione e cura nella persona con diabete. Tutti noi siamo a conoscenza di come la patologia diabete incida sulla spesa sanitaria a livello Nazionale ed Europeo, spesa sostenuta principalmente dalle complicanze acute e croniche. Modelli di prevenzione in letteratura riconoscono nell'educazione terapeutica strutturata un punto di forza; Standard di cura italiani (AMD-SID) e modelli organizzativi europei al loro interno sottolineano l'importanza di avere, all'interno dei Team di cura, personale infermieristico qualificato, preparato con il quale strutturare percorsi di terapia educativa personalizzata.

Percorsi di educazione strutturata permettono al paziente diabetico di acquisire una profonda conoscenza e consapevolezza di sé e dei propri bisogni di salute, egli assume la responsabilità della gestione del proprio percorso all'interno dell'organizzazione sociosanitaria ed è incoraggiato e motivato a sviluppare un'autogestione completa – self-management, self-care – delle proprie criticità.

Le risposte trovate in letteratura evidenziano una profonda differenza di "considerazione" della figura infermieristica; in molti paesi europei la figura dell'infermiere di diabetologia ricopre ruoli organizzativi di gestione in assoluta autonomia o in team dove la competenza è riconosciuta supportata e considerata nella stesura di protocolli mirati alla prevenzione e cura nelle patologie croniche.

In questi paesi, le persone con diabete "possono" essere seguite nel loro percorso di vita solo da "Infermieri certificati"; la certificazione avviene attraverso un percorso di formazione scolastico che continua sul campo all'interno di reparti o Ambulatori dedicati all'interno di un Team.

In Italia non esiste un curriculum formativo in diabetologia, né tantomeno un riconoscimento o un attestato per coloro che hanno acquisito esperienza in questo campo, solo da pochi anni sono stati istituiti i master di I livello. La nostra formazione dal 1989 ad oggi per molti è stata acquisita attraverso l'associazione OSDI supportata da AMD-SID; purtroppo nonostante il nostro bagaglio culturale e di esperienza sul campo la nostra professionalità non viene riconosciuta; a tutt'oggi, colleghi che hanno maturato negli anni esperienza, "competenza", con un bagaglio culturale importante in specifiche realtà operative, vengono spostati dall'oggi al domani solo per motivi aziendali, annullando di fatto l'arricchimento professionale e tecnico coltivato.

DAL DIRE AL FARE: L'ESPERIENZA DI UN AMBULATORIO INFERMIERISTICO IN UNA CASA DELLA SALUTE.

Tiziana Risolo, Maria Cristina Cimicchi

Amb. Diabetologico Casa della Salute di Colorno, DCP - AUSL di Parma

Il management del diabete richiede la creazione di percorsi di cura multidimensionali e multiprofessionali focalizzati sulla globalità dei bisogni, oltre che l'effettiva partecipazione del paziente in un sistema organizzato di cura, con processi integrati ed interdipendenti tra loro, dove quello educativo rappresenta il punto cardine.

L'idea di un progetto di miglioramento dell'Ambulatorio Diabetologico nato nel 2008 quasi come una sfida infermieristica, ha rappresentato un forte stimolo per una strategia di cambiamento con la creazione di un ambulatorio infermieristico dove essere non solo parte attiva di tutto il processo educativo, ma anche interpretare un ruolo più complesso rispetto all'esecuzione di procedure infermieristiche standardizzate.

L'ambulatorio è stato ufficializzato dall'Azienda USL e affianca l'ambulatorio clinico con 3 ore di apertura settimanali in spazi dedicati e con prese in carico autogestite.

La sua apertura ha finalizzato l'obiettivo educativo infermieristico e reso possibile la complessa gestione della cronicità.

La selezione dei pazienti da educare è stata eseguita sia dall'infermiere che dal Diabetologo stesso in corso di pre-visita o durante la valutazione specialistica. Raddoppiare il tempo dedicato sommando quello medico a quello infermieristico, ha reso più facile il percorso educativo e il riconoscimento dei bisogni formativi individuali.

Il punto di forza è stato il "prendersi cura" con l'ascolto attivo, l'analisi e la comprensione dei bisogni della persona con diabete, instaurando una giusta relazione, concordando obiettivi e condividendo i progressi senza giudicare gli errori. Questo ha reso più facile l'accettazione della malattia e la valorizzazione delle capacità personali. Per acquisire le giuste competenze è stato seguito un percorso di formazione condiviso da tutto il Team con la partecipazione ad eventi formativi esterni (OSDI) o organizzati nel contesto aziendale.

Diversi studi hanno evidenziato che la valorizzazione dell'attività infermieristica negli interventi educativi sui pazienti diabetici ne potenzia il risultato. Sicuramente gli interventi educativi con rinforzi regolari sono stati quelli che hanno prodotto i risultati migliori nella gestione della malattia. La strategia di cambiamento condivisa da tutto il team e orientata verso un modo nuovo di lavorare ha reso possibile non solo un'azione efficace ed efficiente nel processo educativo del paziente, ma ha contribuito alla crescita professionale di tutto il team migliorandone anche le dinamiche comportamentali. Realizzare un programma educativo a sola gestione infermieristica ha enfatizzato i principi del "Chronic Care Model" che vede il paziente l'attore principale di un cambiamento.



IL MICROINFUSORE: QUALE USO E PER QUALE PAZIENTE

LA TECNOLOGIA NELLA QUOTIDIANITÀ: A CASA E A SCUOLA

Tosca Suprani, Vanna Graziani

Ambulatorio di diabetologia pediatrica di Cesena e Ravenna, Ausl Romagna

Il diabete di tipo 1 (DMT1) può insorgere in età infantile, adolescenziale o nella prima età adulta in soggetti predisposti geneticamente e, per ragioni non chiarite, sembra essere in aumento soprattutto nei paesi occidentali e in particolare nei bambini in età scolare e prescolare.

In Italia, i valori di incidenza sono variabili da regione a regione, in media di circa 10-12 casi/anno/100.000 abitanti. L'incremento medio annuale durante il decennio 1990-1999 è stato pari al 3,6% ed è possibile stimare una prevalenza in età pediatrica, 0-18 anni, compresa tra 1,0 e 1,3% nell'Italia Peninsulare e tra 3,2% e 4,0% in Sardegna.

Le famiglie sono negli anni cambiate, talvolta possono essere monogenitoriali o prive di una rete familiare in grado di supportare i genitori, a volte il mondo del lavoro coinvolge entrambi i genitori e per queste ragioni diventa spesso difficile occuparsi sempre in prima persona del controllo del diabete. Sono poche le AUSL che riescono a garantire un'assistenza infermieristica ai bambini con diabete inseriti in un contesto scolastico e non ancora autosufficienti.

I bambini trascorrono a scuola la maggior parte della giornata. Un insegnante che ha in classe un bambino con il diabete dovrebbe sapere come aiutare il paziente in qualsiasi momento della vita scolastica (intervallo, mensa, gita/uscite, attività sportive).

La tecnologia a nostra disposizione, grazie alla maggiore accuratezza e semplicità d'uso, può essere usata per dare un aiuto prezioso agli insegnanti. In questo modo i compiti relativi all'esecuzione del monitoraggio glicemico e all'erogazione dell'insulina diventano procedure accessibili per l'insegnante e minimamente invasive per il bambino. L'ausilio della tecnologia deresponsabilizza l'insegnante dal dover prendere decisioni e dal dover praticare manovre invasive sul bambino.

Infatti, per il bambino più piccolo l'insulina viene erogata attraverso il microinfusore o tramite penna su l'port, mentre il bambino più grande è autonomo nella somministrazione, necessitando solo di supervisione all'atto dell'iniezione o dell'erogazione del bolo con pompa. Da qui il nome del progetto: "La maestra aiuta il bambino con diabete, la tecnologia aiuta la maestra".

Il progetto prevede che, subito dopo la diagnosi, ospedale, territorio, scuola e famiglia inizino una collaborazione stretta e continuativa per condurre il bambino diabetico ad acquisire autonomia nella gestione della malattia ed a riprendere il prima possibile la sua routine quotidiana a scuola e in famiglia. Come raccordo tra ospedale, servizi sanitari territoriali e istituti scolastici, è stata individuata la figura dell'infermiera dedicata, che si occupa dei rapporti tra gli operatori coinvolti e della formazione del personale, rappresentando un punto di riferimento per la famiglia e per gli insegnanti.



TECNOLOGIE AVANZATE PER LA CURA DEL DIABETE: CSII E CGM. IL PUNTO DI VISTA INFERMIERISTICO

Cinzia De Rossi, Grassi Giorgio

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

Introduzione:

Il diabete di tipo 1 si inserisce nella vita di una persona coinvolgendola nella sua totalità per quanto riguarda gli aspetti emotivi, psicologici, sociali e fisici. Richiede una continua attenzione verso l'autocura, una capacità di adattamento e abilità di coping. La CSII (*Continuous Subcutaneous Insulin Infusion*) con microinfusore è attualmente considerata il "gold standard" per il trattamento del diabete mellito di tipo 1. Obiettivo del lavoro è evidenziare il ruolo educativo infermieristico nel percorso verso l'autonomia gestionale della terapia con CSII e CGM.

Metodi

L'educazione all'autogestione del diabete (DSME, *Diabetes Self-Management Education*), come affermano gli standard italiani del 2014 per la cura del diabete mellito, è un processo di facilitazione delle conoscenze, abilità e comportamenti fondamentale nella cura del diabete, ma utile allo stesso tempo anche ai soggetti a rischio poiché aiuta a sviluppare e mantenere comportamenti che possono prevenire o ritardare la comparsa della patologia. L'obiettivo principale dell'educazione terapeutica al paziente diabetico in CSII è quello di far sviluppare le capacità decisionali in modo tale che la persona faccia parte a tutti gli effetti del team di cura con cui condividerà obiettivi di miglioramento dei risultati clinici, dello stato di salute e della qualità di vita. Questo avviene lungo un percorso a tappe quali: valutazione, addestramento tecnico, follow-up.

Risultati

Attraverso il follow-up infermieristico, l'operatore ha la possibilità di evidenziare le problematiche, procedere in modo organico e strutturato nell'educazione terapeutica, supportare la persona assistita nella gestione delle difficoltà quotidiane che comporta una terapia complessa come la CSII e il CGM.

Conclusioni

L'educatore assume dunque il ruolo di facilitatore e deve vedere la persona assistita come risorsa ineludibile e fulcro del processo di cura.

La DSME è una terapia importante tanto quanto quella farmacologica in quanto ad essa si associa il miglioramento della conoscenza della malattia, delle modalità di autocura, delle abilità di problem solving e degli outcome clinici.

I migliori risultati sono ottenuti tramite una presa in carico globale della persona assistita basata su percorsi educativi individualizzati di lunga durata che prevedono continui rinforzi educativi nel follow-up.

LA TRANSIZIONE DAL CENTRO PEDIATRICO AI PDTA DELL'ADULTO



LINEE GUIDA A SUPPORTO DEL DELICATO MOMENTO DELLA TRANSIZIONE: FATTIBILITÀ E CRITICITÀ

Franco Cerutti

Professore Associato di Pediatria, Università degli Studi di Torino

Nell'adolescente e nel giovane adulto con diabete tipo 1 la presa di coscienza della malattia e il rapporto con il sistema sanitario di cura possono essere critici. Infatti in questo periodo l'adolescente deve rispondere a richieste interne (forte spinta a costruire la propria identità, volontà di allontanarsi dall'immagine del ragazzo che è stato in passato e dai modelli adulto-genitoriali che hanno guidato la sua vita) ed esterne (nuove amicizie e relazioni, la scuola, i pari età e la forza di omogeneizzazione al gruppo di riferimento) e non sempre la condizione di diabete trova una adeguata collocazione nella vita del ragazzo, rischiando di essere "dimenticata, negata e 30 anni, allungando quindi il periodo adolescenziale ben oltre la fascia 18-24 anni. L'approccio all'interno della struttura pediatrica è fortemente centrato sulla famiglia, svolto in una atmosfera informale e talora "protettiva", attenta allo sviluppo psicofisico, all'inserimento nel mondo della scuola e dei coetanei, alla qualità della vita. Il passaggio nel mondo dell'adulto sposta l'attenzione direttamente sul paziente, che si vuole conscio dei rischi per la propria salute e di conseguenza responsabile di sé, mentre il rapporto con il team medico infermieristico diviene più diretto e formale. Quando la transizione non sia adeguatamente programmata, gli adolescenti e i giovani adulti sono ad elevato rischio di allontanamento dalle strutture di cura, che si può protrarre per anni favorendo lo sviluppo di complicanze acute e croniche.

Uno studio sui fattori predittivi di successo o insuccesso di transizione dal centro pediatrico a quello per adulti ha individuato tra i fattori prognostici negativi l'età alla diagnosi inferiore a 12 anni, la modalità di somministrazione di insulina (2-3 iniezioni al giorno rispetto a multiple iniezioni o microinfusore), il cattivo compenso metabolico e la scarsa frequenza alle visite nell'ultimo anno prima della transizione.

Il passaggio quindi deve essere motivato, condiviso ed accompagnato, nella consapevolezza che l'educazione all'autonomia va intesa anche come educazione alla non dipendenza da un centro, da una équipe o da un medico. Il paziente deve essere aiutato, durante gli anni di visite presso il centro pediatrico di riferimento, ad acquisire la consapevolezza che il passaggio è davvero necessario e che lo aiuterà ad essere seguito nei modi e nelle maniere adeguate alle sue mutate esigenze. Il trasferimento dovrà avvenire in modo graduale e tenendo conto delle realtà locali. Il successo del passaggio dipende anche dalla integrazione professionale e organizzativa fra il personale della diabetologia pediatrica e dell'adulto. I punti critici che possono ostacolare l'integrazione tra le due équipe sono le scarse risorse di tempo e di personale, la frequente mancanza di infermieri dedicati, la differenza tra gli schemi terapeutici, il minor impiego delle nuove tecnologie, il trattamento dietetico che non adotta tecniche di calcolo di carboidrati e la difficoltà del giovane diabetico ad accettare la separazione dal centro pediatrico. La terapia con microinfusore più standardizzata, soggetta a linee guida condivise e note sia ai pediatri che ai diabetologi dell'adulto, potrebbe facilitare le dinamiche del passaggio, annullando la variabile della continuità terapeutica.

Secondo il documento congiunto di AMD, SID e SIEDP del 2011, il compito dell'équipe pediatrica è quello di stabilire al proprio interno e rendere manifesto al ragazzo e ai suoi genitori sin dai primi incontri l'età entro cui sarà effettuato il passaggio. Se in base alla legge 176 del 27 maggio 1991 i 18 anni rappresentano l'età limite della pediatria, essa può essere anticipata (o anche posticipata) qualora ne sia fatta richiesta o quando il rapporto tra paziente e team pediatrico non si dimostri più efficace per raggiungere gli obiettivi metabolici ed educativi. Altrettanto importante è stringere rapporti stabili di collaborazione con una o più strutture dedicate all'adulto, individuando figure di riferimento e promuovendo con loro riunioni di coordinamento. Nell'anno che precede la transizione sono da prevedere almeno 2 visite durante le quali l'adolescente interagisce con l'équipe formata dal diabetologo e dall'infermiere della struttura pediatrica e dell'adulto. Nell'anno successivo alla transizione uno stretto rapporto tra paziente ed équipe di transizione deve essere previsto e mantenuto, anche attraverso compilazione di questionari specifici indispensabili per proporre miglioramenti e soluzioni e qualora si evidenzino difficoltà, a garantire una transizione efficace. Sarebbe infine auspicabile che la transizione venga effettuata secondo le linee guida condivise e partecipate anche dal personale infermieristico e che le aziende locali si dotino di percorsi assistenziali condivisi tra pediatri e diabetologi, in modo da permettere anche una valutazione longitudinale del livello di aderenza al follow-up e degli esiti a distanza della transizione, sia dal punto di vista metabolico che psico-sociale.



IL RUOLO DEL TEAM DELLA DIABETOLOGIA DELL'ADULTO DEDICATO AD ACCOGLIERE I RAGAZZI

Giuliana La Penna

Consigliere Nazionale Amd - U.O.C. Endocrinologia e Malattie del Metabolismo Ausl Pescara

Il passaggio dal Centro pediatrico al Centro dell'adulto deve essere un "processo" e non un evento critico nella vita degli adolescenti con Diabete Tipo 1.

Il paziente deve essere aiutato nel corso degli anni di visite presso il Centro pediatrico ad acquisire la consapevolezza che il passaggio è davvero necessario per mantenere la continuità delle cure essenziale nella gestione della cronicità della malattia. Dai dati della letteratura emerge forte il rischio della interruzione delle cure, descritto come un inadeguato accesso o perdita del paziente rispetto al sistema curante. Il passaggio lo aiuterà ad essere seguito nei modi e nelle maniere adeguate alle sue mutate esigenze, alle quali il centro pediatrico non può più rispondere nel migliore dei modi.

Questo processo deve essere realizzato costruendo gradualmente, sin dalle prime fasi dopo la diagnosi, con la famiglia e quando l'età lo consente con il giovane stesso, un clima di comunicazione e collaborazione aperte e adeguate. A tal fine è necessario concordare una età entro la quale effettuare il passaggio. L'età dei 18 anni, che rappresenta per definizione il limite dell'età pediatrica, potrebbe costituire il limite entro il quale effettuare il passaggio.

Quando il team pediatrico giunge alla conclusione che sviluppo fisico, psicologico, sociale del paziente si sono compiuti e che anche l'educazione terapeutica è stata completata, il primo passo consiste nel concludere una normale visita accennando alla possibilità del futuro trasferimento al Centro dell'adulto, senza dare l'idea che si tratti di qualcosa di inevitabile o scontato, per evitare che il paziente si senta abbandonato, "scaricato". Il trasferimento dovrà avvenire in modo graduale, in maniera non traumatica e tenendo conto delle realtà locali. È indispensabile pertanto disegnare un percorso di transizione personalizzabile da soggetto a soggetto ed adattabile alle varie realtà locali, tenendo come riferimento il modello proposto e condiviso dalle Società Scientifiche Amd, Sid, Siedp.

È indispensabile la comunicazione efficace tra il Personale della Diabetologia Pediatrica e il Personale della Diabetologia dell'Adulto, così da costituire un "Team di transizione".

È infatti indispensabile creare il "Team di transizione" che ha il compito non solo di svolgere un ruolo di riferimento preciso per i singoli pazienti in "passaggio", provenienti dal Centro Pediatrico, e per le loro famiglie, ma anche di discutere la situazione globale, i potenziali passaggi e i risultati dei precedenti passaggi.

Perché il rapporto fra Diabetologia Pediatrica e Diabetologia dell'Adulto si sviluppi, i Centri dell'adulto devono adeguare la loro organizzazione alle esigenze dei giovani adulti che sono stati in cura presso un Centro Pediatrico; è questa la nostra sfida: una opportunità qualificante per il ruolo specialistico del diabetologo.

IL TEAM DELLA DIABETOLOGIA PEDIATRICA ALL'INTERNO DI UN PROCESSO COMPLESSO E DINAMICO: DALL'ESORDIO ALLA TRANSIZIONE

Clara Reborà

Infermiera pediatrica - IRCCS G. Gaslini-Genova

Il T1DM è una patologia autoimmune che si manifesta prevalentemente nel periodo dell'infanzia e dell'adolescenza con caratteristici sintomi clinici e viene confermata da esami di laboratorio.

Le peculiarità fisiologiche, psicologiche, nutrizionali del bambino, rendono il diabete in età evolutiva, di complessa gestione sin dall'esordio spesso acuto e alcune volte drammatico (DKA). La terapia del T1DM consiste nella somministrazione di insulina, nella corretta alimentazione, nella regolare attività fisica e nell'educazione terapeutica.

Al team diabetologico pediatrico viene richiesta la capacità di comunicare in modo empatico con il paziente e la sua famiglia e di saper bilanciare il rapporto tra "qualità metabolica", conseguibile con i diversi schemi terapeutici e la "qualità di vita del paziente e della sua famiglia".

I soggetti affetti da T1DM necessitano di accessi ospedalieri, ma hanno anche la necessità di trovare un'adeguata assistenza territoriale. Il Centro di Diabetologia Pediatrica deve cercare e mantenere i rapporti con i servizi sanitari territoriali, con il medico di base, con la scuola, con le Associazioni di volontariato, con le istituzioni e con i Centri di Diabetologia dell'adulto.

In età pediatrica l'educazione terapeutica svolta durante le visite di controllo, gli incontri di gruppo o i campi-scuola ed il lavoro sull'empowerment devono tener conto delle capacità cognitive e di apprendimento caratteristiche di ogni età, utilizzando strumenti pedagogici e linguaggi calibrati all'età del paziente.

La fase adolescenziale richiede una particolare attenzione da parte dell'equipe diabetologica, basata sulla motivazione alla compliance e alla collaborazione, sino al raggiungimento della totale autonomia dei ragazzi.

Il soggetto affetto da T1DM deve ricevere una assistenza specialistica di area pediatrica, rappresentata da un team multidisciplinare che sia in grado di fornire una risposta a tutti i bisogni di cura e di formazione, al fine del raggiungimento di standard assistenziali adeguati, buona qualità della vita, normale sviluppo psico-fisico e prevenzione delle complicanze acute e croniche.

La competenza del team pediatrico termina quando si è completato lo sviluppo fisico, psicologico e sociale del paziente (verosimilmente attorno ai 18 anni), ma il passaggio deve avvenire solo quando è stata accertata la completa disponibilità del paziente; inoltre, il trasferimento dovrà avvenire in modo graduale, in maniera non traumatica e tenendo conto delle realtà locali. Il percorso della transizione verso il Centro Diabetologico dell'adulto è un processo dinamico e delicato che necessita di un "team di transizione".

Il processo della transizione rappresenta una fase critica del percorso assistenziale del ragazzo con diabete che, se non viene effettuato in maniera adeguata, sono ben documentati i rischi di abbandono del sistema di cure ed il conseguente aumento del rischio di complicanze future.



QUANDO IL DIABETE È DELLA FAMIGLIA: IL PUNTO DI VISTA DEL GENITORE

Giovanni Lamenza

Presidente Diabete Italia

Le Associazioni di Volontariato che operano nell'ambito della diabetologia pediatrica sono costituite da genitori di bambini con diabete. Persone con un lavoro e con una famiglia a cui l'esordio di un figlio anche all'età di 1 anno sconvolge completamente la vita. All'esordio, infatti, ad ammalarsi non è soltanto il bambino ma è tutto il nucleo familiare al quale è affidata la gestione del diabete per gli anni successivi. Anni nei quali la famiglia dovrà affrontare:

1. L'idea della cronicità della malattia: "mio figlio non guarirà"
2. Una formazione alla gestione della terapia e alle nuove tecnologie
3. Un mondo scolastico non sempre pronto alla presa in carico di un bambino con diabete.
4. Un'adolescenza all'insegna di glicemie al di sopra della soglia che terrorizza fin dall'esordio.

L'esordio costituisce un trauma. Traccia una separazione netta tra un "prima" ed un "dopo" e deve essere elaborato come un vero e proprio lutto. Hai la sensazione di essere disarmato contro un nemico più grande e forte di te, ma una cosa è certa: non puoi e non vuoi arrenderti! Lo devi fare principalmente per tuo figlio perché la gestione del diabete è nelle tue mani e non nelle sue.

E allora inizia il lungo percorso dell'apprendimento, dell'educazione Terapeutica: Iperglicemia, Iperglicemia, sensibilità insulinica, ecc. Bisogna imparare tanto ed in poco tempo.

La famiglia è chiamata alla ricerca di un nuovo equilibrio per accelerare il processo di recupero della 'normalità'. Ogni giorno impari un po' di più e pian piano i numeri fanno spazio e tuo figlio ricompare: Lui non è più il suo diabete.

La scuola: tanto è stato fatto e tanto si sta facendo ma oggi, l'inserimento a scuola è ancora un'avventura non semplice per i genitori. In questa fase il supporto continuo dei genitori e la possibilità di intervenire subito in caso di necessità è molto rassicurante per il personale scolastico soprattutto per la gestione degli episodi di ipoglicemia inevitabilmente presenti nella vita di un bambino con diabete. Ma ancora oggi non sono pochi i casi in cui uno dei genitori (generalmente la mamma) lasci il lavoro per curare questa fase.

È giunta finalmente sera: l'attenzione non può ancora calare; è necessario fare almeno uno stick glicemico durante la notte ed eventualmente fare le dovute correzioni con insulina o zucchero ed un successivo controllo per verificare se la glicemia si è stabilizzata.

E così in avanti fino ad arrivare all'adolescenza: il ragazzo acquisisce una discreta capacità esecutiva nell'autocontrollo ma non possiamo escludere l'insorgere di comportamenti e condotte potenzialmente a rischio tipiche di questa età che assumono contorni preoccupanti quando di mezzo c'è il diabete. Nessun problema: sarà solo necessario intensificare l'azione di sorveglianza e di sostegno all'adolescente.

La responsabilità principale dei genitori è quella di consegnare alla società una persona adulta con diabete che non abbia sviluppato complicanze e che sia pronta a prendersi cura di se per non svilupparle in futuro.

LO SCARICO DATI E L'HOLTER GLICEMICO



L'UTILITÀ DELL'HOLTER GLICEMICO NELLA PERSONA CON DIABETE

S. Leotta, S. Carletti

U.O.C. Diabetologia e Dietologia Ospedale Sandro Pertini - Roma

Negli ultimi anni è aumentata l'attenzione per l'effetto negativo della variabilità glicemica quale fattore concomitante nel favorire lo sviluppo delle complicanze a breve e a lungo termine.

Il sistema integrato di monitoraggio continuo della glicemia, GCM (glucose continuous monitoring)/microinfusore rappresenta un ulteriore passo verso un miglior equilibrio glicemico. La possibilità di vedere l'andamento glicemico in tempo reale consente al paziente di adattare in modo più preciso la dose insulinica e di essere consapevole degli effetti che le attività quotidiane hanno sui valori glicemici. Risulta, pertanto, anche un potente strumento educativo, come ha dimostrato Garg et al., in uno studio in cui il paziente usava dapprima il monitoraggio senza possibilità di vedere i valori glicemici e una seconda fase in cui i valori erano visibili; in questa seconda fase le glicemie erano rese più stabili da correzioni insuliniche adeguate, e il tempo trascorso in ipoglicemia o iperglicemia si riduceva consistentemente.

In letteratura i risultati in termini di miglioramento dei valori di HbA1c durante l'uso del monitoraggio glicemico continuo non sono univoci, soprattutto a più lungo termine; certamente appare di fondamentale importanza per quanto tempo il paziente indossa il sensore.

In uno studio multicentrico randomizzato, sono stati arruolati 322 soggetti con DMT1 stratificati in tre gruppi secondo tre fasce d'età 8-14, 14-24, >25 e, per terapia (microinfusore-monitoraggio continuo) e monitoraggio glicemico (CGM vs SBG). Alla fine delle 26 settimane di osservazione la maggiore riduzione del HbA1c si è avuta nel gruppo in monitoraggio continuo con età superiore ai 25 anni, gruppo in cui il sensore veniva usato per 6 giorni a settimana o più dall'83% dei soggetti, contro il 30% per il gruppo 15-24 e il 50% per il gruppo 8-14. In un altro studio multicentrico randomizzato condotto in Canada su 485 pazienti (329 adulti e 156 bambini) è stata dimostrata che una percentuale maggiore di soggetti raggiungeva il target metabolico nel gruppo di quelli in trattamento con il sistema integrato rispetto a quelli in trattamento MDI (27% vs 10%).

Di grande rilevanza appare l'uso del monitoraggio continuo per dimostrare ipoglicemie non avvertite o in bambini molto piccoli.

L'uso del sensore per il monitoraggio continuo della glicemia durante la gravidanza permette di ridurre il peso dell'autocontrollo e di apportare modifiche terapeutiche più puntuali, ma ha anche permesso di intravedere come l'andamento glicemico nel suo trend complessivo giornaliero possa avere un effetto rilevante sul nascituro anche in presenza di un buon controllo.

Uno studio randomizzato controllato su 71 donne (46 con T1DM e 25 con DM2) con l'obiettivo di valutare l'efficacia del monitoraggio continuo della glicemia su controllo metabolico e peso alla nascita ha messo in evidenza che il gruppo in monitoraggio presentava minore HbA1c, riduzione del peso alla nascita e riduzione del rischio di macrosomia.

In alcuni pazienti selezionati, ovvero nei pazienti con diabete tipo 1 che, nonostante CSII più CGM, continuano a presentare ipoglicemia notturna o asintomatica o comunque nei pazienti a più alto rischio di ipoglicemia è utile l'uso di un microinfusore integrato al sensore dotato della funzione LGS (*low glucose suspend*) in grado di sospendere automaticamente l'infusione di insulina basale per 2 ore in caso di ipoglicemia e che non necessita di alcun intervento da parte del paziente.

Gli studi finora pubblicati concordano nell'affermare che la frequenza e la durata dell'ipoglicemia durante trattamento con pompa più LGS è ridotta rispetto al microinfusore convenzionale o al microinfusore più CGM senza

LGS, soprattutto nei pazienti più a rischio. Il trattamento con LGS è sicuro, non causa "rebound iperglicemico grave" ed è gradito ai pazienti.

Al momento non esistono linee guida internazionali che identifichino la popolazione da trattare con SAP piuttosto che con CSII tradizionale.

L'evoluzione tecnologica ha ampiamente favorito la semplicità d'uso dei *device* per il monitoraggio della glicemia; un uso appropriato ne garantisce l'efficacia e la prevenzione di errori di utilizzo. Il team diabetologico che ha in carico il paziente ha gli elementi per operare la scelta più appropriata rispettando le esigenze, le caratteristiche e le capacità manuali e intellettive del singolo paziente e tenendo nel giusto conto le innovazioni tecnologiche.

Al di là del sogno della realizzazione del pancreas artificiale, la più immediata e più importante applicazione delle tecnologie è quella di mettersi al servizio delle persone con diabete, sostenendole nelle necessità quotidiane in modo da garantire nel tempo una gestione appropriata, efficace e dinamica della terapia.

Nel confrontarsi con nuove apparecchiature, è necessario sempre considerare anche gli aspetti organizzativi assieme alla appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche, enfatizzando il concetto secondo cui al corretto utilizzo della strumentazione si deve sempre affiancare un corretto apprendimento sia dell'operatore sia del paziente e un appropriato utilizzo di competenze.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, il personale coinvolto nell'utilizzo di pompe insuliniche e dispositivi per il monitoraggio continuo della glicemia deve essere adeguatamente preparato, in modo da rendere pazienti e *caregiver* capaci di un impiego corretto. Pertanto, tale uso deve essere riservato a Centri altamente specializzati, e declinato in un articolato programma di gestione.



MONITORAGGIO CONTINUO DEL GLUCOSIO (CGM): PREPARAZIONE, POSIZIONAMENTO E SCARICO DEI DATI

Ernesto Abramo

*Infermiere U.O. Malattie del Metabolismo e Diabetologia-IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino IST
- Istituto Nazionale per la ricerca sul cancro - Genova*

Rispetto all'utilizzo del semplice automonitoraggio glicemico capillare, il monitoraggio continuo del glucosio (CGM) permette di entrare maggiormente in dettaglio nelle diverse dinamiche dell'andamento glicemico. Infatti, mentre l'automonitoraggio glicemico capillare fornisce esclusivamente informazioni con valori glicemici relative ad alcuni momenti temporali precisi, il CGM, invece, fornisce anche un quadro dettagliato di quanto accade tra una rilevazione capillare e l'altra, coprendo l'arco delle 24 ore.

L'intervento introduce le fasi salienti del CGM. Viene descritta principalmente la corretta gestione dell'holter glicemico interstiziale mediante l'attuazione della procedura per il posizionamento, lo scarico dei dati e la creazione dei relativi report, con esempi tratti da casi clinici specifici. Verrà inoltre sottolineata l'importanza dell'educazione del paziente al corretto utilizzo dello strumento, che richiede, per essere efficace, la partecipazione attiva e guidata dello stesso utente quale agente principale oltre che fruitore. Questo complesso argomento verrà brevemente trattato, nell'intervento specifico, dalla fase della preparazione e del posizionamento fino alla fase di calibrazione e gestione dello holter.

IL MONITORAGGIO IN CONTINUO DELLA GLICEMIA: UN'OPPORTUNITÀ EDUCATIVA DA COGLIERE

Adelina Porru

Servizio Diabetologia AOU Cagliari

La professione infermieristica in ambito diabetologico è chiamata a confrontarsi con un modo diverso di fare educazione, dove l'utilizzo della tecnologia sta sempre più assumendo un ruolo di primaria importanza. Essa può rappresentare una risorsa per stimolare un approccio educativo creativo e maggiormente centrato sulla persona. Operatori e pazienti sono chiamati non solo ad acquisire nuove conoscenze, ma a condividere nuovi linguaggi e nuove modalità comunicative. L'efficacia della tecnologia si esplicita solo all'interno di un percorso educativo e relazionale.

L'utilizzo dell'holter glicemico nella cura del diabete può rappresentare un valido strumento educativo, in grado di facilitare e rafforzare il processo di Empowerment. La condivisione partecipata dei report di monitoraggio glicemico, rappresenta un momento privilegiato per stimolare il paziente all'osservazione critica, all'individuazione dei problemi e alla ricerca di soluzioni. Essa raffigura infatti per la persona la possibilità di scoprire aspetti di sé impossibili con il solo automonitoraggio delle glicemie, sostenendola a gestire la malattia in modo più consapevole.

L'efficacia educativa del monitoraggio in continuo necessita di due presupposti fondamentali:

1. La formazione, (sia dell'operatore che del paziente), riguardante non solo gli aspetti tecnici ma anche la capacità interpretativa dei dati.
2. La condivisione intesa come disponibilità a "lavorare insieme", dove la professionalità dell'operatore e l'esperienza del paziente si fondono in una crescita comune.

In questo percorso condiviso si fa spazio la possibilità di guardare ai dati delle glicemie in modo differente, di verificare le informazioni acquisite e di acquisirne delle nuove, di trovare chiavi di lettura che consentano di dare un senso a quelli che potrebbero apparire solo sterili numeri. Un percorso di arricchimento che può avvenire sia individualmente che in esperienza educativa di gruppo. In quest'ultimo contesto, la proposta di osservare, analizzare e discutere insieme i report di automonitoraggio dei partecipanti, dove convergono vissuti, saperi ed esperienze, amplifica il livello di autoefficacia, le abilità di coping e la motivazione a prendersi cura di sé. Un'esperienza in cui l'infermiere, condividendo progetto e obiettivi in un lavoro di équipe, può esprimere la propria competenza sentendosi e proponendosi come un educatore creativo, dinamico ed entusiasta del suo lavoro.



OLTRE IL TRAPIANTO

CELLULE STAMINALI E TERAPIA DEL DIABETE

Riccardo Calafiore

Sezione di Fisiologia Clinica Cardiovascolare, Endocrina e Metabolica, e Laboratorio Interdisciplinare per i Trapianti Cellulari Endocrini ed Organi Bioibridi, Dipartimento di Medicina Università degli Studi di Perugia, Perugia.

Nel diabete mellito di tipo 1 (T1D), la selettiva distruzione, su base autoimmune, delle cellule β -insulari pancreatiche conduce alla privazione assoluta della secrezione di questo ormone con conseguente incontrollato aumento della glicemia, e comparsa della malattia diabetica conclamata. Il paziente con T1D deve quindi iniziare immediatamente la terapia insulinica, pena l'inevitabile comparsa di gravi complicanze acute come il coma chetoacidotico. Tale terapia, pur rappresentando l'unico rimedio in grado di consentire la sopravvivenza del paziente con T1D, non elimina tuttavia il rischio di sviluppare complicanze secondarie croniche multi-organo (retinopatia, neuropatia, malattia renale terminale, malattia cardiovascolare) che notoriamente aumentano la morbilità e mortalità del paziente con T1D. Di qui la necessità di generare possibili terapie alternative, come ad esempio la riparazione/rigenerazione delle β -cellule distrutte mediante l'impiego di cellule staminali. Ad esse spetta il duplice compito di interrompere il processo di distruzione autoimmune che automaticamente distruggerebbe eventuali β -cellule neogenerate, e ripristinare una sufficiente massa di cellule insulino-secerenti in grado di garantire condizioni di normoglicemia. Il processo rigenerativo β -cellulare deve ripercorrere le tappe fisiologiche che nell'embrione, attraverso la differenziazione delle cellule staminali pluripotenti, conducono alla formazione di tutti gli organi e tessuti dell'organismo. Tra le diverse strategie cellulari e molecolari allo studio, si può pensare alle cellule staminali mesenchimali adulte (MSC), che pur non essendo pluripotenti, sono dotate di una plasticità sufficiente a rimpiazzare elementi cellulari non più vitali, oltre che a possedere, in alcuni casi, importanti proprietà immunoregatorie. Nei nostri laboratori abbiamo sviluppato metodi originali per la separazione/purificazione di MSC umane estratte dal gel di Wharton del cordone ombelicale al termine del parto (hUCMS). In nostri recenti studi (Clinical Immunology, 2016), abbiamo dimostrato che le hUCMS, microincapsulate in acido alginico, sono in grado di abbattere le cellule auto-aggressive responsabili della distruzione delle β -cellule in pazienti con T1D di recente insorgenza. Abbiamo inoltre dimostrato che il trapianto di hUCMS microincapsulate, in topi NOD con diabete spontaneo autoimmune, ha indotto la completa e duratura remissione della sindrome iperglicemica, con normalizzazione dell'equilibrio metabolico nel 100% degli animali a 170 giorni dall'intervento. Preliminarmente, abbiamo osservato in questi animali l'abbattimento delle popolazioni cellulari auto-aggressive e la restaurazione di una massa di β -cellule sufficiente a consentire il controllo della malattia diabetica. Vi sono quindi, alla luce di questi dati, i presupposti per pensare di avviare, in pazienti con T1D, studi in fase 1 di trapianto di hUCMS microincapsulate per la cura radicale del T1D.



ACCOMPAGNARE LA PERSONA CON DIABETE NELLE CURE INNOVATIVE

Lia Cucco

Docente Corso di Laurea in infermieristica, Scuola di Medicina e Scienze della Salute, Università G. D'Annunzio Chieti-Pescara

Definire l'innovazione è un tema complesso e controverso. Nel linguaggio comune è assunto come contenuto di novità tale da cambiare, perlopiù in meglio, lo stato di cose esistente.

Quando si parla di innovazione in sanità è importante tener conto sia del valore terapeutico-sanitario sia del valore sociale, risultando essenziale l'adozione di un approccio olistico, che includa anche l'impatto economico. Le cure innovative vanno intese in un'accezione ampia e flessibile, ovvero in un insieme di dispositivi medici, attrezzature sanitarie, farmaci, sistemi diagnostici, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali e assetti strutturali e organizzativi.

Le persone con diabete nutrono una grande aspettativa nella ricerca e nelle cure innovative, affinché si possa passare dal trattamento cronico alla cura definitiva e pongono grande attenzione all'informazione sulle nuove tecnologie.

Per la complessità della malattia umana, disfunzione organica ed esperienza concreta, il modo in cui si costruisce l'informazione sanitaria nella società di massa è impresa tra le più difficili e a maggior rischio. Richiede, infatti, competenze multiple in termini di capacità linguistiche e sicurezza delle fonti, ma spesso confligge con la velocità richiesta dai mass media, con la corsa allo scoop e con l'accentuazione degli aspetti che fanno sensazione e destano emozione, con il risultato di alimentare false aspettative e/o semplificare eccessivamente tematiche complesse che vanno considerate secondo prospettive differenti e complementari.

La medicina predittiva, il genoma e la personalizzazione delle cure, le biotecnologie, i trapianti.. diventano domande a cui dare risposte chiare per contrastare l'analfabetismo sanitario che ancora permea la cosiddetta società della conoscenza. Per gli infermieri è un'opportunità per aggiornare i propri saperi, acquisire nuove competenze e fungere da traduttore eticamente responsabile dell'informazione.

Il ruolo di accompagnamento può essere necessario per far conoscere ai pazienti i loro diritti per l'ingresso in trials clinici riguardanti cure/interventi promettenti in termini di guarigione ancora in fase sperimentale, per spiegare la differenza tra un intervento sperimentale la cui sicurezza ed efficacia non è ancora stata dimostrata e i trattamenti innovativi approvati, che pure possono conservare degli effetti collaterali, ma i cui rischi valutati e considerati, ne hanno permesso l'immissione sul mercato. Altrettanto va sostenuto il percorso di cura e di speranza di chi oggi è in lista per forme di trapianto consolidate, o di chi è alla ricerca di consigli esperti per convivere con il proprio rischio genetico: qualsiasi percorso di cura innovativa necessita di informazione e coinvolgimento, di osservazione, vicinanza e accoglienza.

Le cure basate sulla relazione e il nursing narrativo, in integrazione con il nursing "tradizionale", possono contribuire a restituire alla persona una nuova progettualità e consapevolezza in percorsi di cura particolarmente impegnativi, come, a volte, le cure innovative richiedono.



TERAPIA INSULINICA SOTTOCUTE NEL PAZIENTE ADULTO OSPEDALIZZATO TRAMITE PENNE PRERIEMPITE: NUOVA PROCEDURA, ADERENZA PRESCRITTIVA E FARMACOUTILIZZAZIONE

Marco Ganassi

Infermiere, Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova / IRCCS di Reggio Emilia

Diabetologia Ospedaliera

Il diabete nei pazienti ospedalizzati aumenta il rischio di complicanze, peggiora la prognosi ed allunga la durata del ricovero, determinando un incremento dei costi assistenziali. Per una corretta gestione del paziente diabetico ospedalizzato non è sufficiente fare riferimento allo specialista, ma occorre utilizzare protocolli condivisi e ricorrere a strumenti terapeutici di facile e sicuro utilizzo, che favoriscono l'educazione del paziente.

Metodi

Nel sistema di prescrizione e somministrazione informatizzato è stato inserito un protocollo di prescrizione della terapia insulina SC contenente la definizione del dosaggio e relativi aggiustamenti, indirizzando all'utilizzo in somministrazione di penne pre-riempite e device con sistemi di sicurezza, guidando l'approvvigionamento dei prodotti tramite il gestionale di Farmacia. Contemporaneamente sono stati potenziati i percorsi formativi esistenti (interattivi e a distanza) per i professionisti.

Risultati

L'aderenza a 6 mesi alle indicazioni prescrittive e di somministrazione previste è stata valutata per i prodotti a base di insulina ultrarapida e lenta/analoghi: il 97% dei prodotti distribuiti dalla Farmacia è in penne pre-riempite; il 95% delle prescrizioni informatizzate si registra a favore di penne pre-riempite; la corretta somministrazione è confermata da un trend in crescita del consumo di aghi di sicurezza (4° trimestre 2014: 27% vs 1° trimestre 2015: 77%).

Conclusioni

Le penne hanno storicamente dimostrato di garantire al paziente una migliore qualità di vita, maggiore accettazione della malattia, aumentata compliance, riduzione degli errori di somministrazione. La diffusione in ambito ospedaliero di insulina in penne gestite ad personam (one pen, one patient) porta maggiore sicurezza e riduzione del rischio d'errore durante la somministrazione, garantendo continuità ed omogeneità terapeutica tra ospedale e territorio.

PDTA PER IL DIABETE IN ETÀ PEDIATRICA. LA NOSTRA ESPERIENZA

Barbara Bressan, M. Bonani, E. Emer, M. Perricelli

U.S. Diabetologia Pediatrica - Ospedale S. Chiara Trento

Il Piano Nazionale Diabete (GU n° 32, 7/02/2013) invita le Regioni e le Aziende Sanitarie all'adozione locale di PDTA specifici per il diabete attraverso la formazione locale di gruppi di lavoro multi-professionali (Diabetologi, MMG, PLS, Direzioni Sanitarie, Associazioni) e ad utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza.

Nel settembre 2013 è stato messo a punto dalla U.O. Pediatria dell'Ospedale di Trento un PDTA Ideale per la gestione del bambino con diabete. Nel 2014 è stato realizzato il PDTA di Riferimento che è stato sperimentato in una fase pilota da gennaio 2015 a gennaio 2016 e poi deliberato dalla Giunta Provinciale a febbraio 2016. Nel Gruppo di Lavoro del PDTA sono state incluse anche le infermiere che si occupano di Diabetologia Pediatrica. Nella matrice delle attività (n°40) sono state ben individuate n°12 attività di competenza dell'infermiere dedicato alla diabetologia pediatrica.

Metodo

Analisi dell'impatto organizzativo a livello infermieristico portato dalla attuazione del PDTA di Riferimento durante la fase pilota da gennaio 2015 a gennaio 2016.

Risultati

L'utilizzo e l'applicazione del PDTA durante la fase pilota ha introdotto un ambulatorio infermieristico per la rilevazione dei parametri antropometrici, controllo lipodistrofie, esecuzione della HbA1c capillare, controllo dei presidi per la terapia e l'autocontrollo, scarico dati dai glucometri-CGM-microinfusori, consegna del materiale di consumo dei microinfusori, consegna dei questionari sulla qualità di vita. L'infermiere inoltre effettua educazione terapeutica di re-training. Rimane invece da implementare il ruolo dell'infermiere nell'ambito di consulto di telemedicina, incontri motivazionali per adolescenti, Ambulatorio di transizione e istruzione tecnica per l'installazione dei microinfusori di insulina.

Conclusioni

L'introduzione nella pratica assistenziale di un PDTA ha portato ad una riorganizzazione del servizio che ci proietta in un sistema più orientato all'efficacia, all'efficienza e all'attenzione dei bisogni globali del paziente. Rimangono da implementare alcune attività previste dalla matrice delle attività.



FOLLOW-UP INFERMIERISTICO STRUTTURATO: PUÒ ESSERE DI AIUTO NELLA COMPLIANCE DEL PAZIENTE IN CSII?

Cinzia De Rossi, Giorgio Grassi

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

Introduzione

Nel 2014 l'Israel Journal of Health Policy Reserch pubblica un articolo dal titolo "Structured nursing follow-up: does it help in diabetes care?" in cui si evidenzia come un programma di follow-up strutturato possa migliorare la compliance all'educazione terapeutica del paziente diabetico.

Un sistema strutturato tramite check list e follow-up programmato è stato applicato all'educazione terapeutica dei pazienti in CSII presso il centro di diabetologia dell'A.O.U Città della salute e della scienza di Torino.

Metodi

Si è creata una check-list che valutasse tutti gli aspetti educazionali inerenti l'utilizzo della CSII. Questo strumento viene impiegato per tutti gli incontri di follow-up di educazione terapeutica programmati a un mese, sei mesi e un anno.

Risultati

Nel 2015 sono stati eseguiti 81 follow-up di pazienti in terapia con CSII. Lo strumento è stato ben accolto dal paziente e dall'operatore, migliorando e facilitando l'educazione terapeutica. Si è evidenziato un sensibile miglioramento dell'utilizzo della CSII con miglioramento della HbA1c.

Conclusione

L'importanza del team-working e di figure professionali altamente specializzate permette di massimizzare l'aiuto al paziente diabetico nella complessa gestione della malattia e della terapia con CSII.

Il follow-up infermieristico strutturato può essere un valore aggiunto nel miglioramento della compliance e aderenza terapeutica.

DAL PEDIATRA DIABETOLOGO AL DIABETOLOGO DELL'ADULTO: L'ESPERIENZA DELLA TRANSIZIONE TRA IRCCS GASLINI E OSPEDALE VILLA SCASSI

Roberta Callegari

Centro di Diabetologia Pediatrica Istituto G. Gaslini, Genova

La "transizione" dei pazienti con DM1 dal centro pediatrico a quello dell'adulto è da sempre un tema delicato, che vede coinvolti pazienti, famiglie e team. Le problematiche sono sia di ordine pratico (il team pediatrico non ha le competenze per gestire eventuali complicanze), che emotive (sensazione di abbandono, diffidenza e timore nei confronti di una nuova realtà, interruzione del rapporto affettivo con il team curante).

Un passaggio non ben strutturato può, quindi, risultare fallimentare, con il rischio di drop-out dei pazienti.

Metodo

Perché la transizione abbia successo la sua progettazione dovrà essere comunicata gradualmente e con serenità, come prevede il documento di consenso SIEDP, AMD, SID che auspica un passaggio visto come un processo e non come un evento occasionale. Tale documento prevede tre fasi di attuazione: la proposta da parte del team pediatrico (TiDP); l'incontro preliminare del paziente con lo staff del centro dell'adulto (TiDA) presso la struttura pediatrica; l'incontro presso l'Ospedale dell'adulto con il TiDP.

Risultati

La diabetologia pediatrica dell'IRCCS Gaslini in collaborazione con la diabetologia dell'adulto dell'Ospedale Villa Scassi, tra il 2007 e il 2011 ha trasferito 42 pazienti affetti da DM1 con un'età media di 29 anni. Si è verificato il drop out di 1 paziente.

Conclusioni

Ogni paziente affetto da DM1 ha il diritto di essere seguito in una struttura adeguata alla sua età; il trasferimento è un evento comunque critico nella storia del paziente poiché, se fallisce, può essere motivo di peggioramento della prognosi della malattia. Per tali motivi deve avvenire con il consenso del paziente e della sua famiglia, ad un'età variabile in base alle caratteristiche individuali e comunque non prima del completamento dell'adolescenza. Indispensabile risulta perciò organizzare un sistema di scambio d'informazione tra pediatri e medici dell'adulto per uniformare il più possibile i protocolli utilizzati e rendere disponibili informazioni a feedback sull'andamento dei pazienti trasferiti.



PROGETTO SERENA ONLUS, CANI ALLERTA NEL DIABETE

Elisa Arvedi

Presidente Progetto Serena, Verona

Non sono un dottore, non mi sostituisco a nessuna moderna tecnologia, ma se ti prenderai cura di me io mi prenderò cura di te... Per sempre

Che cos'è Progetto Serena?

Progetto Serena è una Onlus senza finalità di lucro che si occupa di preparare i cani per l'allerta nel diabete, cioè amici a 4 zampe che rilevano le variazioni glicemiche nel loro proprietario diabetico. L'importanza di un cane allerta nel diabete sta nel fatto che, innanzitutto, aiuta a prevenire le ipo/iperglicemie e di conseguenza l'andamento glicemico ne trarrà vantaggio (miglioramento della glicata), oltre ad un netto miglioramento psicologico nel diabetico.

Come nasce Progetto Serena?

Nel 2012 Roberto Zampieri, cinofilo, è stato contattato telefonicamente da un paziente diabetico e da quel giorno nacque Progetto Serena. Sono stati usati 3 cani di persone non diabetiche per costruire il Protocollo italiano e per metterne alla prova le metodologie. Nel Settembre del 2013 si è preso il primo da un rifugio, Red, con lui Progetto Serena è ufficialmente iniziato.

Chi può partecipare a Progetto Serena?

Tutti i pazienti diabetici di tipo 1 o 2 insulinodipendenti, che abbiano un cane o che vogliono adottarlo/comprarlo.

Come fa il naso del cane a rilevare ipo/iperglicemie?

Il cane rileva le variazioni molecolari durante le crisi ipo/iperglicemiche grazie al suo sofisticato sistema olfattivo e per arrivare a conoscerne la composizione chimica percepita dallo stesso è iniziata la prima collaborazione con l'Ospedale di Salerno grazie al Dottor Carrano. Questa ricerca ha l'obiettivo finale di capire cosa capta il cane nel paziente diabetico, i risultati finali di questa ricerca verranno resi pubblici a breve.

La seconda collaborazione è stata istituita con i Medical Detection Dogs Italy e verrà fatto nascere un corso per formare gli Istruttori cinofili per poter portare Progetto Serena in tutta Italia cosicché ogni diabetico possa usufruirne.

UN MODELLO ORGANIZZATIVO A PREVALENTE GESTIONE INFERMIERISTICA. L'ESPERIENZA DELL'AMBULATORIO VULNOLOGICO DELLA CASA DELLA SALUTE DI COLORNO

Anna Azzi

Infermiera ambulatorio Vulnologico della Casa della Salute di Colorno, Dipartimento Cure Primarie, AUSL di Parma

R. Menozzi, S. Bellingeri, T. Risolo, C. Percudani, M.C. Cicicchi

Casa della Salute di Colorno DCP AUSL Parma

Premessa

La casa della Salute di Colorno è struttura di riferimento per circa 36.000 abitanti. Al suo interno è presente un Ambulatorio Vulnologico cui accedono pazienti con piede diabetico inviati dal Diabetologo o dal Medico di Medicina Generale per screening delle complicanze (1° livello) e/o presa in carico in caso di lesioni accertate (2° livello); al suo interno operano 3 infermiere ed un medico specialista, sono possibili interfacce con dermatologo, fisiatra e fisioterapista.

Materiali e metodi

Con percorso formativo specifico sono state standardizzate e condivise 2 modalità di accoglienza ad esclusiva gestione infermieristica per 2 specifiche tipologie di soggetti. Nel 1° livello le infermiere eseguono in autonomia test diagnostici di neuropatia e/o arteriopatia diabetica (Monofilamento di Semmes-Weinstein, Neuropad, misurazione dell'indice di ABI e la valutazione dell'ossimetria transcutanea con ossimetro MTC) supportate dalla somministrazione del questionario presente nella cartella informatizzata My Star Connect, che orienta, in base alle problematiche rilevate, la sequenza dei test diagnostici e dei rinforzi educativi. Il percorso in caso di ulcera attiva (2° livello) è predefinito sul grado della lesione con la classificazione di Wagner, la presenza di arteriopatia, di neuropatia o di infezione. Le infermiere effettuano la ordinaria medicazione delle lesioni con terapie topiche, somministrano terapie sistemiche se prescritte dal medico, effettuano prelievi ematici o colturali standardizzati e ripropongono l'iter diagnostico-strumentale previsto nel 1° livello. Se necessario il confezionamento di gesso da scarico, sostituito ogni settimana, è di esclusiva competenza infermieristica.

Risultati

Nel secondo semestre del 2015 sono stati eseguiti 32 screening su pazienti (11 F e 21 M età media 67 e 69 anni) inviati dall'ambulatorio Diabetologico; a tutti sono state date informazioni per la cura del piede e la scelta calzature; i test effettuati non hanno evidenziato problemi in 17 pazienti, sono risultati positivi per neuropatia diabetica in 13, e per arteriopatia e neuropatia in 2 pazienti.



Conclusioni

Le lesioni ulcerative del piede sono tra le complicanze più temibili del diabete per l'alto rischio di amputazione e mortalità; la presenza di percorsi condivisi, strutturati e multidisciplinari rappresenta una migliore possibilità di guarigione di prevenzione di recidiva oltre che di prevenzione primaria.

Questo modello organizzativo multidisciplinare valorizza la funzione infermieristica cui è affidata prioritariamente la responsabilità educativa, di screening e di ordinaria medicazione delle lesioni. La condivisione del percorso a gestione infermieristica con i MMG del territorio di riferimento e la integrazione di differenti profili specialistici favoriscono la presa in carico tempestiva di un maggior n. di pazienti. L'efficienza del sistema è migliorata dalla oculata distribuzione delle risorse, rende possibili una appropriata assistenza e percorsi di prevenzione.

EDUCAZIONE TERAPEUTICA AL MONITORAGGIO IN CONTINUO DEL GLUCOSIO NEI BAMBINI CON DIABETE TIPO 1

Monica Bonani

U.S. Diabetologia Pediatrica - Ospedale S. Chiara Trento

B. Bressan, E. Emer, M. Perricelli

U.S. Diabetologia Pediatrica - Ospedale S. Chiara Trento

Introduzione

La sempre maggiore diffusione, anche in età pediatrica, del monitoraggio in continuo della glicemia (CGM) deve necessariamente passare attraverso un'educazione terapeutica strutturata da parte del team di cura. Il ruolo dell'infermiera dedicata alla diabetologia pediatrica è fondamentale per l'istruzione dei bambini con diabete e dei loro genitori all'utilizzo del CGM e questa può svolgersi attraverso sessioni di formazione individuale o di gruppo.

Metodo

Durante la presentazione, con l'aiuto di esempi tratti da casi clinici, verranno riportati i punti fondamentali del processo di formazione del paziente (come interpretare i dati forniti in real-time, come leggere un report, come settare gli allarmi, come reagire a questi), come lavorare sulla motivazione a portare lo strumento e come cercare di risolvere i problemi più frequenti.

Risultati

La formazione del paziente al CGM è fondamentale nel determinare il successo o insuccesso dell'introduzione dello strumento, perché può condizionare il tempo che il paziente indossa il sensore, le aspettative più o meno realistiche del soggetto, la reazione più o meno corretta al dato fornito dal CGM. Tuttavia l'educazione terapeutica deve essere svolta senza sovraccaricare il paziente di troppi dati o allarmi per evitare il drop out.

Conclusioni

L'introduzione in età pediatrica del CGM richiede un notevole sforzo soprattutto infermieristico per garantire un adeguato training al paziente, condizione necessaria per la compliance dell'individuo allo strumento e per ottenere i benefici attesi.



TRATTAMENTO DELLE ULCERE VENOSE CRONICHE NEI PAZIENTI DIABETICI UTILIZZANDO PUNCH GRAFT E PLASMA RICCO DI PIASTRINE (PRP)

Danila Guida¹, M. Margherita Piana¹, Mauro Carducci², Giorgio Ripamonti², Giuseppe Saglietti³

¹: Infermiera Diabetologia e Malattie Metaboliche ASL V.C.O. Omegna

²: Dipartimento di Dermatologia Chirurgia, Centro Ortopedico di Quadrante Omegna

³: Dipartimento di medicina Centro Ortopedico di Quadrante Omegna

³: Struttura Complessa di Diabetologia e Malattie Metaboliche ASL V.C.O. Omegna

Le ulcere croniche degli arti inferiori sono una patologia frequente nel paziente diabetico, richiedono tempi lunghi per la guarigione ed un notevole consumo di risorse.

Il primo obiettivo nell'induzione del processo riparativo di un'ulcera è rappresentato dalla detersione del fondo che costituisce un elemento chiave della Wound Bed Preparation, promuovendo la riparazione del tessuto e contrastando la proliferazione batterica che rallenterebbe ed impedirebbe la guarigione dell'ulcera.

Le Linee Guida AAWC 2012, oltre che specificare mediante una flow chart il percorso corretto per un esito positivo della lesione, sottolineano come la tecnica del punch-grafting sia in grado, in alcuni casi, di ridurre considerevolmente i tempi di guarigione dell'ulcera.

Abbiamo sottoposto un paziente diabetico di 78 anni, portatore di vasta ulcerazione (cm 8 x 7) all'arto inferiore destro in sede retro malleolare datante da 2 mesi, a due sedute di innesto cutaneo (punch grafting) con infiltrazioni di pappa piastrinica (PRP). Tale procedura è stata ripetuta due volte a distanza di 60 gg circa, dopo idonea preparazione della sede.

Si è ottenuto un attecchimento di circa l'80% dei gettoni epiteliali innestati e, a distanza di 30 giorni circa, la completa riepitelizzazione della lesione cutanea.

La tecnica dell'innesto (punch-grafting) e dell'uso della PRP (pappa piastrinica), offre pertanto un approccio alternativo al trattamento convenzionale e, in molti casi, accorcia significativamente i tempi di guarigione delle lesioni.

Nella gestione delle ulcere diabetiche risulta fondamentale un approccio multidisciplinare, con la condivisione di specifiche esperienze mediche ed infermieristiche che, insieme con una corretta gestione della patologia metabolica, consentono di raggiungere in tempi ragionevoli, risultati soddisfacenti sia in termini clinici che economici.

AUTOCONTROLLO GLICEMICO ED ADERENZA: UN BINOMIO NON SCONTATO

Mara Iagulli

S.S. Diabetologia P.O. Bassini - ASST Nord Milano

Mara Iagulli^o, Monica Castellan^o, Cristina Cavenaghi^o, Elena Meneghini^{*},
Paola Galli^{*}, Alberto Rocca^{*}

^oIP S.S. Diabetologia P.O. Bassini - Cinisello Balsamo, ASST Nord Milano

^{*}Medici specialisti S.S. Diabetologia P.O. Bassini - Cinisello Balsamo, ASST Nord Milano

L'analisi e l'interpretazione dei profili glicemici rivestono un momento cruciale nella condivisione degli obiettivi terapeutici, oltre che per il paziente diabetico tipo 1 (DM1), anche per il tipo 2 (DM2). La valutazione dell'autocontrollo rappresenta inoltre un momento di confronto e di integrazione fra il paziente e le diverse figure dell'équipe diabetologica (infermieri, dietista, medici). Presso la nostra Struttura Diabetologica (SD) utilizziamo sistematicamente dal 2006 l'analisi dello scarico dati dei glucometri dei pz sulla cartella clinica informatizzata (My Star Connect); il percorso formativo-addestrativo all'autocontrollo è realizzato prevalentemente dagli IP; ai pz è richiesto sistematicamente di portare in visita il glucometro per lo scarico dati. Abbiamo pertanto voluto analizzare, sui 1532 DM2 seguiti attivamente dalla nostra SD nel 2015, il dato reale riguardante l'aderenza e "l'accuratezza" nella gestione dell'autocontrollo, che viene effettuato in oltre l'85% dei DM2 (=1302 pz). Da parte degli IP è stato realizzato un modulo Excel per registrare di mese in mese la frequenza dei glucometri "non esibiti" in visita e, per gli strumenti portati in ambulatorio, la correttezza delle impostazioni (corrispondenza di data/ora con quella reale). Abbiamo riscontrato una frequenza discretamente elevata di pz che, nonostante le sollecitazioni, non portano in visita il glucometro (160 vs 1302=12.2%), ma ancora maggiore di pz con impostazioni errate di data/ora (438 vs 1302=33.6%), frequentemente legate alla mancata sincronizzazione dopo cambio delle batterie o al non adeguamento nel passaggio da ora solare ad ora legale, che inficiano fortemente l'interpretazione dello scarico dati, spesso rendendolo di scarsa utilità. Abbiamo pertanto programmato un'azione di miglioramento con intervento individualizzato sui pz che presentavano criticità, in modo da ridurre le difficoltà interpretative dei dati di autocontrollo. Rivaluteremo l'efficacia dell'intervento programmato, ripetendo l'osservazione per il 2016.



PRIMA ESPERIENZA IN ITALIA D'IMPIANTO DEL SISTEMA D'INFUSIONE DI INSULINA INTRAPERITONEALE DIAPORT

Maura Ledda, I. Carta, A. Carboni, M.A. Taras, G. Tonolo

Diabetologia aziendale, ASL 2 Olbia Ospedale San Giovanni di Dio

Razionale

La somministrazione dell'insulina per via peritoneale permette un più rapido e costante assorbimento. Cambia la strategia infusionale, paragonabile ad una infusione endovenosa con boli da effettuare sempre a fine pasto ed una maggiore attenzione alla gestione alimentare-comportamentale della patologia diabetica. Il posizionamento del catetere infusionale intraperitoneale DIAPORT permette di superare il fenomeno dell'insulino resistenza, portando ad una riduzione del dosaggio insulinico e ad una più regolare somministrazione, con vantaggi in termini di calo ponderale e riduzione delle ipoglicemie.

Pazienti e Metodi

I pazienti coinvolti sono due; il primo è obeso ed ha una spiccata insulino-resistenza; il secondo, con importanti lipodistrofie addominali e frequenti ipoglicemie. Entrambi sono stati sottoposti a valutazione psicologica mediante colloquio e somministrazione di test psicologici, (MMPI test ad ampio spettro, lo Stay-Y e il BDHI). Il ruolo dell'infermiere prima, durante e dopo l'impianto è stato rilevante: ha istruito i pazienti sulle tecniche di gestione del DIAPORT, fornendo loro le conoscenze e le abilità utili nella gestione della quotidianità anche fuori dalla struttura ospedaliera.

Risultati preliminari

Ad una settimana dall'impianto, al paziente obeso è stata sospesa tutta la terapia insulina sensibilizzante orale ed il dosaggio insulinico ridotto al 50% circa, mentre al secondo paziente il dosaggio è stato scalato del 30% e non si registra nessuna ipoglicemia. L'infermiere ha avuto il compito di verificare l'andamento, effettuando lo scarico dei dati dal microinfusore e dall'holter per il monitoraggio in continuo. Tali dati hanno permesso la pianificazione dell'educazione terapeutica.

Conclusioni

Nel tempo valuteremo l'efficacia di tale terapia in questi due pazienti con caratteristiche cliniche particolari, valutando anche la possibilità di operare la chiusura dell'ansa.

IL DOLORE NEI PAZIENTI CON ULCERE TROFICHE DEGLI ARTI INFERIORI: UN PERCORSO MULTIDISCIPLINARE NELL'AMBULATORIO VULNOLOGICO DELLA CASA DELLA SALUTE DI COLORNO

Roberta Menozzi, A. Azzi, S. Bellingeri, T. Risolo, C. Percudani, M.C. Cimicchi

Casa della Salute di Colorno - DCP AUSL Parma

Premessa

"Il dolore è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata a un danno tissutale reale o potenziale o descritta in termini di tale danno" (Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore). La Legge 15 Marzo 2010 n°38, art.7 obbliga a rilevare e registrare in cartella clinica il dolore.

Obiettivi

L'ambulatorio vulnologico della Casa della Salute di Colorno promuove per l'anno 2016 un percorso dedicato a migliorare i processi assistenziali nel trattamento del dolore, sensibilizzando il personale sanitario alla valutazione dello stesso e alla diffusione della cultura all'attenzione del dolore/sofferenza, modificando le aspettative del malato.

Materiali e metodi

Il Comitato Regionale per la lotta al dolore ha adottato, sulla base delle evidenze scientifiche, la scala numerica NRS quale strumento unico regionale per la rilevazione del dolore. L'equipe infermieristica dell'ambulatorio ha elaborato una scheda sperimentale (in progress) dove registrare la rilevazione del dolore con scala NRS e l'eventuale trattamento antalgico farmacologico/non farmacologico. Ogni scheda riporta, oltre ai dati anagrafici del paziente, le informazioni riguardanti la sede e l'eziologia dell'ulcera e può contenere 14 rilevazioni al fine di permettere un rapido monitoraggio dell'intensità/diminuzione/aumento del dolore nel tempo. La scheda inserita nella cartella clinica deve essere compilata al momento della presa in carico del paziente con una prima rilevazione del dolore e successivamente aggiornata ad ogni accesso in ambulatorio (la frequenza dipende dal tipo di ulcera e dalla tipologia di medicazione).

Risultati

Il percorso iniziato in via sperimentale non consente al momento di riportare dei dati quantitativi, ma auspichiamo dall'analisi del primo semestre che il coinvolgimento attivo dei pazienti nel percorso di cura e di educazione terapeutica (patient empowerment) ci conduca ad una riduzione dell'intensità del dolore.

Conclusioni

Favorire la comunicazione/ascolto tra operatori e operatori, operatori e pazienti diventa fondamentale in un percorso di cura efficace, dove porre attenzione alla gestione del dolore riveste particolare importanza non solo perché il dolore viene considerato il quinto parametro vitale ma perché diminuire o togliere il dolore vuol dire restituire dignità all'essere umano.



LE LIPODISTROFIE

Luigia Milano

Struttura UOC diabetologia e dietologia territoriale ASP Catanzaro

Il termine si riferisce ad una alterazione del metabolismo lipidico, nella fattispecie al sito di iniezione dell'insulina con caratteristiche di lipodistrofie, cioè perdita di grasso. Proprio per questo motivo riveste notevole importanza la consapevolezza della rotazione dei siti. La patologia rende dunque disomogeneo l'assorbimento dell'insulina a causa di un eccesso di tessuto lipodistrofico; la conseguenza è la comparsa di ipo-iper glicemie spesso e volentieri di difficile gestione che comporta al paziente un assorbimento imprevedibile dell'insulina con conseguente scarso controllo glico-metabolico e innalzamento dei valori della glicata, ampia variabilità glicemica. Si rende necessario quindi educare il paziente ad una corretta somministrazione dell'insulina alla rotazione costante dei siti di iniezione e l'uso di aghi adeguati alla somministrazione sottocutanea nonché educare il paziente alla corretta tecnica iniettiva per fare in modo che il rilascio dell'insulina avvenga in maniera adeguata e costante.

Materiali e Metodi

Utilizzo di schede IN-OUT consegnate al paziente contenenti domande su: siti di iniezione, uso di aghi adeguati, quantità di iniezioni praticate, anni di trattamento insulinico, valutazione glicata all'inizio e dopo educazione terapeutica e compilazione dopo un anno di valutazione delle schede OUT che il paziente ha compilato in ambulatorio.

Risultati

Miglioramento del compenso glico-metabolico, diminuzione delle unità di insulina praticate, diminuzione fino ad un punto e mezzo percentuale della glicata.

Conclusioni

Una maggiore informazione ed educazione rivestono un ruolo importante nella gestione della patologia con notevole compliance e aderenza del paziente alla terapia.

ARREDA - I REQUISITI ARCHITETTONICI, RELAZIONALI, EDUCAZIONALI ED ORGANIZZATIVI IN DIABETOLOGIA: L'ALLEANZA TRA TERAPIA E AMBIENTE NELLA MULTIDIMENSIONALITÀ DELLA MODERNA APPROPRIATEZZA

Alessandra Moreschini^{ab}, Di Flaviani A., Sorice G.P.^a, Semprini R.^{ab}, Priori M.^a, Penza A.^a, Ragonese M.^d, Sarnelli P., Cammilleri F.^c

^aACISMOM C. Negro, Roma; ^bACISMOM P. Tagliatti, Roma; ^cASL Umbria2;

^dACISMOM Ospedale San Giovanni Battista, Roma; ^eACISMOM Viterbo

Premessa

Le evidenze scientifiche mostrano come nella relazione con la persona con Diabete Mellito sia di fondamentale importanza prestare attenzione alle variabili biopsicosociali. Ciò si traduce nell'applicazione dei fondamenti del Chronic Care Model (CCM, Wagner, 1998) e nella realizzazione di un team multidisciplinare e multi-professionale.

Obiettivo

Il progetto ARREDA si pone l'obiettivo di adattare la realtà interna di un Centro Diabetologico territoriale attraverso la definizione del contesto architettonico, relazionale, educativo ed organizzativo in cui svolgere l'approccio assistenziale alla persona con diabete, secondo un più moderno principio di appropriatezza. Un ripensamento, quindi, di spazi e tempi realizzabile usufruendo delle competenze specifiche di singole categorie professionali (architetto, psicologo, infermiere, diabetologo, informatico), nell'ottica del team coordinato

Metodologia

Sulla base della raccolta dei bisogni dell'utenza, degli operatori e della review delle esperienze clinico-scientifiche nel settore, viene elaborato un opuscolo di indirizzo teorico-applicativo con declinazione puntuale dei requisiti minimi architettonici, relazionali, educazionali ed organizzativi caratterizzanti una moderna struttura sanitaria dedicata alla cronicità capace, in applicazione del Chronic care Model, di porre la persona con diabete al centro del percorso di cura. Il modello viene applicato in Centri Diabetologici territoriali su di un gruppo di pazienti in Primo Accesso Specialistico, con gruppo di controllo e valutazione risultati attesi.

Risultati attesi

Favorire, attraverso la ridefinizione strutturale dell'ambiente di cura, l'aderenza alla cura nella persona con DM2 migliorandone esiti della malattia e qualità della vita; valorizzare competenze e abilità del team diabetologico; implementare l'appropriatezza terapeutica, ottimizzare i costi per il Sistema Sanitario.



LA FENOTIPIZZAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL PAZIENTE CON DIABETE MELLITO

Anna Penza^b, Di Flaviani A.^b, Atia E.N.^b, Franzè A.^b, Pecorella S.^b, Sorice G.P.^a, Semprini R.^{a,b}, Priors M.^a, Moreschini A.^{a,b}, Ragonese M.^d, Sarnelli P., Cammilleri F.^c

^aACISMOM C. Negro, Roma; ^bACISMOM P. Togliatti, Roma; ^cASL Umbria2; ^dACISMOM Ospedale San Giovanni Battista, Roma; ^eACISMOM Viterbo

Premessa

La valutazione degli aspetti psicosociali si è rivelata, sempre più centrale nella gestione e nel livello di adesione al trattamento del paziente con diabete.

Obiettivo

Il lavoro ha come obiettivo la fenotipizzazione multidimensionale delle persone con diabete di tipo 2 al loro primo accesso diabetologico.

Materiali e metodi

128 primi accessi consecutivi (maggio – luglio 2015), nei 3 Centri Diabetologici ACISMOM (Andria, Togliatti a Roma, Latina), con età compresa fra 18 e 75 anni ed in assenza di deficit cognitivi al MMSE, hanno auto-compilato un questionario (scala Lickert a 3 punti) costituito da 16 items inerenti dimensioni psicosociali (quali adattamento al diabete, autoefficacia e sostegno sociale). Sono stati inoltre effettuati esami obiettivo (BMI, PA) e di laboratorio (glicemia, HbA1c, assetto lipidico).

Risultati

I soggetti con età inferiore alla mediana (62,5) presentano peso e glicemia significativamente superiori (84,01 vs 78,28, kg p 0,02 e 159,15 vs 142,68 mg/dl, p 0,05) e, come risposta al questionario, il minor impatto del diabete sulle attività quotidiane (1,35 vs 1,59, p 0,05). I soggetti con recente insorgenza del diabete (<1 anno) oltre all'età media più bassa (55,76 vs 62,66 anni) mostrano peggior compenso glicemico (HbA1c 7,8 vs 7,13 % p 0,03), e punteggi più alte nelle scale di adattamento, autoefficacia e sostegno sociale. Le donne, rispetto al sottogruppo degli uomini, presentano miglior compenso glicemico (glicata 6,8 vs 7,5 %, p 0,01) e punteggi più bassi nelle scale relative alla autoefficacia ed al sostegno sociale.

Conclusioni

La valutazione della influenza di età e genere sugli aspetti psicosociali ha evidenziato come la popolazione più adulta, nonostante un compenso glicemico migliore, sente maggiormente il peso dell'autogestione e della convivenza con la malattia e più in particolare, il sottogruppo delle donne riferisce il più basso livello di sostegno sociale percepito.

TERAPIA NUTRIZIONALE PER IL DIABETE TRA TRADIZIONE E INNOVAZIONE: PRIMA FASE DELLO STUDIO PILOTA DEL PROGETTO CEREAL 14/20

Adele Porru, P.P.Contini, L. Corgiolu, G. Farina, F. Spanu (per il Gruppo di Intervento Cereal 14/20)

UOC Diabetologia, PO San Giovanni di Dio, Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari

La terapia medica-nutrizionale è primo presidio di cura per il DM2, ma la sua applicazione spesso confligge con abitudini e scelte di vita. Abbiamo progettato un intervento innovativo ma radicato nelle tradizioni locali, ispirato alla filosofia dello slowfood e della filiera corta, per favorire una sana alimentazione ed esplorare possibili effetti metabolici favorevoli.

Metodo

Abbiamo selezionato 34 pazienti DM2 (4 i.t.), unico criterio di inclusione: motivazione a partecipare. Il pane comune consumato è stato sostituito da uguale quantità di pane panificato secondo la tradizione sarda (semola integrale da grano Cappelli, coltivato in terreni prescelti, molito in mulino a pietra, panificato con lievito madre e cotto in forno a legna).

I parametri rilevati basali e dopo tre mesi sono: peso, CV, esami metabolici, di rischio cardiovascolare e safety. È stata studiata la risposta glicemica e insulinemica ai tempi basale, 30°, 60°, 120° minuto, dopo pasto misto standard.

Risultati

Tutti i partecipanti hanno concluso lo studio. Abbiamo registrato riduzione di: BMI (27,5 pre - 27,1 post, p=0,0002), CV (99,9 pre - 97,6 cm post, p<0,00001); HbA1c (da 6,70 a 6,34%, p=0,009); glicemia basale (da 130 a 117 mg/dl, p=0,0096), Homai [dei 30 non it] (da 3,66 a 3,06, p ns), area sotto la curva glicemica [AUC] (da 351 a 317 mg/dl, p<0,00001), AUC insulinemica (da 78,8 a 71,5, p<0,00001); aumento della Interleuchina 22 (da 87,7 a 111,6 pg/ml, p<0,00001)

Conclusioni

La diminuita escursione glicemica e insulinemica osservate, determinando cronicamente minore stress, può ridurre la glucotossicità sulla beta cellula e il suo carico di lavoro, preservandone maggiormente l'attività. Da approfondire la significativa variazione di IL22: visto il suo ruolo nella gluco-regolazione e nell'infiammazione sarà importante verificare se il suo aumento sia in relazione alla tipologia del pane e se quindi quest'ultima possa così determinare una positiva influenza metabolica.



DETERMINAZIONE DELL'EMOGLOBINA GLICATA DA PARTE DELL'INFERMIERE DELL'AMBULATORIO DI DIABETOLOGIA TERRITORIALE: IMPATTO CLINICO ED ECONOMICO PER LA ASL

Giuseppe Russo, E. Devangelio

Ambulatorio di Diabetologia, Ex Ospedale Pagliari, D.S.S. 2 Massafra- ASL Taranto

Introduzione

L'emoglobina glicosilata (HbA1C) rappresenta l'esame fondamentale e necessario al momento della visita diabetologica: in base a tale parametro di laboratorio si può stabilire il grado di compenso metabolico e instaurare la opportuna terapia farmacologica. La mancanza di esami di laboratorio ed in particolare la mancanza del dato dell'HbA1C può vanificare e rendere "inutile" la stessa visita diabetologica. L'infermiere dell'ambulatorio Territoriale, opportunamente addestrato, potrebbe svolgere un ruolo fondamentale nel superare questo ostacolo attraverso la determinazione della HbA1C in tempo reale, con notevoli vantaggi sia di natura clinica che economica.

Metodo

Al momento della accettazione infermieristica, i pazienti che non esibivano esami di laboratorio o i cui esami risultavano incompleti per la mancanza della HbA1C, venivano sottoposti a prelievo di sangue intero per la determinazione dell'HbA1C utilizzando il device Siemens DCA Vantage che consente di ottenere risultati attendibili in pochi minuti.

Risultati

Nell'arco di 12 mesi sono state effettuate 600 determinazioni. Il risultato rapido dei test ha consentito in tempo reale di effettuare modifiche delle terapie, accertare l'aderenza alle raccomandazioni mediche e di poter redigere piani terapeutici che altrimenti sarebbe stato impossibile effettuare. La determinazione dell'esame ha consentito di ottenere un risparmio netto di 10.446,00 Euro per quanto riguarda solo l'esecuzione dell'esame e un ulteriore risparmio di 13.746,00 Euro per quanto riguarda il costo delle visite diabetologiche che in assenza dell'esame sarebbero state completamente "inutili" con un risparmio complessivo per la ASL di 24.192,00 Euro.

Conclusioni

La presenza di un infermiere nell'ambulatorio diabetologico Territoriale rappresenta una importante risorsa in quanto può sopperire, laddove necessario, alla mancanza di esami necessari al diabetologo e ciò si traduce in vantaggio non solo clinico ma anche economico.

LO SCARICO DEI DATI DEL GLUCOMETRO AUMENTA L'ADERENZA TERAPEUTICA E MIGLIORA IL COMPENSO METABOLICO IN PAZIENTI AFFETTI DA DIABETE MELLITO DI TIPO 2: IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL TEAM DIABETOLOGICO

Giuseppe Russo, E. Devangelio

Ambulatorio di Diabetologia, Ex Ospedale Pagliari, D.S.S. 2 Massafra- ASL Taranto

Introduzione

L'automonitoraggio domiciliare rappresenta un vero e proprio strumento terapeutico e recentemente gli algoritmi dell'AMD lo hanno inserito come strumento guida su cui basare le scelte terapeutiche e la personalizzazione della terapia. Tuttavia, spesso i pazienti omettono di esibire i profili glicemici domiciliari per una serie di motivi: alcuni sono riluttanti a trascrivere i dati delle glicemie sul diario cartaceo, altri dimenticano di portare il diario durante la visita o al contrario alcuni esibiscono valori non veritieri. L'infermiere dell'ambulatorio diabetologico svolge un ruolo fondamentale in quanto non solo istruisce ed educa il paziente all'uso corretto del glucometro, ma anche perché motiva il paziente all'uso di quel determinato glucometro a cui è stato educato e ad esibire i profili glicemici nel corso della successiva visita di controllo. Scopo di questo lavoro è stato quello di valutare se lo scarico dei dati delle glicemie domiciliari nella cartella informatizzata potesse aumentare la motivazione e l'aderenza del paziente all'automonitoraggio e se questo si potesse tradurre in miglioramento del compenso metabolico.

Metodo

Sono stati scaricati nella cartella informatizzata i dati relativi alle glicemie di 50 pazienti affetti da diabete tipo 2 (25 in trattamento insulinico e 25 in trattamento con ipoglicemizzanti orali) a cui era stato consegnato il glucometro nel corso della visita precedente effettuata 6 mesi prima.

Risultati

In tutti i pazienti in cui è stato effettuato lo scarico dei dati glicemici si è avuta una riduzione dei valori medi di HbA1C che è andata da 8,6% a 7,1% in pazienti in trattamento con insulina e da 8% a 6,6% in pazienti in trattamento con ipoglicemizzanti orali (rispettivamente prima e dopo 6 mesi).

Conclusioni

I risultati preliminari di questo lavoro suggeriscono che lo scarico delle glicemie eseguito dall'infermiere dell'ambulatorio diabetologico rappresenta un valido strumento che aiuta ad educare e a motivare il paziente ad esibire i dati dell'automonitoraggio e che ciò si traduce in aumentata aderenza alla terapia e in un miglioramento clinico.



L'AMBULATORIO INFERMIERISTICO DA SOGNO A REALTÀ!

H. Anna Satta, E. Bernasconi, M. Bossi

Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi, Varese viale Borri, 57

L'educazione terapeutica (E.T.) rappresenta uno dei pilastri fondamentali della terapia e della gestione del diabete. Modificare lo stile di vita, effettuare l'autocontrollo glicemico (SMBG) strutturato, approfondire le conoscenze per il paziente e i care giver diventano prioritari nella gestione quotidiana della malattia e per migliorare l'aderence.

Nel diabete in terapia insulinica, aggiungiamo la conta dei carboidrati per la gestione dell'insulina e la prevenzione delle complicanze acute.

L'E.T. spesso passa in secondo piano, proprio per le problematiche di gestione ambulatoriale (mancanza di tempo, spazi, personale...). Con l'apertura dell'ambulatorio infermieristico di diabetologia, gestito dal personale infermieristico, possiamo inserire percorsi strutturati per i pazienti e possiamo gestire tutto l'aspetto educativo.

Al momento ci sono poche evidenze scientifiche che dimostrano l'importanza dell'ET. Noi abbiamo preso in considerazione le raccomandazioni position statement di OSDI che sono la revisione di tutta la letteratura scientifica elaborata in merito.

Abbiamo creato l'ambulatorio infermieristico (A.I.) con agenda dedicata, prestazione riconosciute, e con personale dedicato.

Vengono effettuate sedute di E.T. individuali e sedute collettive, attraverso percorsi addestrativi ed educativi, basate sulla pianificazione delle reali esigenze della persona.

Gli argomenti trattati principalmente sono: SMBG, alimentazione, attività fisica, conta dei carboidrati, prevenzione delle complicanze con: piede, denti, ipo/iperglicemici, conversation maps, somministrazione della terapia sottocutanea.

Lo scopo dell'A.I. è quello di migliorare l'efficacia dell'E.T. per garantire una migliore gestione della malattia nel paziente cronico.

VALUTAZIONE DELLE LIPODISTROFIE ATTRAVERSO IL MODULO ASSISTENZIALE

Maria Teresa Sisti

UO di Diabetologia Area Vasta 5, Ospedale C.G. Mazzoni, Ascoli Piceno

La terapia insulinica è un trattamento quotidiano e duraturo, per il quale esiste il rischio che la persona diabetica - senza un adeguato e costante supporto educativo - tenda nel tempo a praticarla in modo disinvolto e spesso scorretto.

L'importanza di un'adeguata educazione sulle tecniche d'iniezione da parte degli operatori sanitari è intuitiva. Tuttavia, va rilevato che l'azione educativa risulta spesso carente, dato avvalorato dalla frequenza di lesioni cutanee dovute ad errata tecnica iniettiva.

L'osservazione si propone di verificare qualitativamente e quantitativamente l'efficacia delle scelte educative ed assistenziali, riduzione/assenza di eventi ipo-iper-glicemici, con un miglioramento del controllo glicemico. Creare inoltre un archivio dati sull'assistenza infermieristica specifica nei Centri di Diabetologia raccolta degli Indicatori di processo e di esito dell'Educazione Terapeutica

Metodo

Attraverso l'utilizzo della Cartella MyStar connect in rete Regionale, sono stati selezionati un minimo di 10 pazienti per ognuno dei 13 Centri appartenenti alle 5 Aree Vaste regionali (totale 130 paz) di entrambi i sessi, con età ≤ 75 anni, in terapia insulinica multi-iniettiva (>2 die) continuativa da almeno 2 anni, con presenza accertata di lipodistrofia e/o ecchimosi e/o infezione. All'inizio della valutazione si esegue la localizzazione, palpazione e fotografia della/e zona/e lipodistrofiche, si registrano valori di HbA1c, BMI e unità insuliniche/die. I soggetti verranno poi rivalutati successivamente a 3-6-9 mesi.

Risultati

L'arruolamento e l'osservazione dei pazienti, iniziato il 1 marzo 2016, è tutt'ora in corso e i primi risultati (solo i dati della valutazione basale) saranno disponibili a maggio

Conclusioni

Alla fine dello studio vorremmo dimostrare come un intervento educativo strutturato, che si avvale di uno strumento informatico, possa contribuire al miglioramento del compenso glicometabolico.

Inoltre potrebbe essere un valido supporto per la condivisione dei dati clinici tra i vari centri.



Con il patrocinio di



CON IL PATROCINIO DI A.N.I.M.O.



IPASVI



Società Italiana di Diabetologia



Con il contributo di





PALAZZO DEI CONGRESSI
RICCIONE (RN)
12-14 MAGGIO
2016

XII CONGRESSO NAZIONALE **OSDI**

NURSING E TECNOLOGIA

CONOSCENZE E ORGANIZZAZIONE
PER LA QUALITÀ DELLE CURE
ALLE PERSONE CON DIABETE

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

WE DRIVE YOUR EDUCATION

PLANNING

Planning Congressi

Via Guelfa 9

40138 Bologna

Tel. 051/300100

Fax 051/309477

www.planning.it