

I progetti del CCM sull'attività motoria in Campania

*Dott. Tiziana Spinosa
Direzione Sanitaria Aziendale ASL NA1 Centro*



Centro nazionale per la prevenzione
e il controllo delle malattie
Network per la prevenzione e la sanità pubblica



Ministero della Salute

 <http://www.ccm-network.it/programmi>

Prevenzione dell'obesità in pazienti affetti da diabete mellito o sindrome metabolica attraverso un programma di disease management

Anno: 2010

L'obesità, oltre a essere determinata da fattori genetici, è fortemente influenzata da fattori endocrini, socioeconomici e culturali. I pazienti diabetici hanno, per esempio, una prevalenza di obesità più alta degli individui non diabetici.

Il progetto propone la realizzazione di un percorso di disease management finalizzato alla prevenzione e al controllo dell'obesità nei pazienti affetti da patologia diabetica che, sulla base dei dati su esposti, interessa in Regione Campania il 38,8% della popolazione diabetica come obesità conclamata e l'81,3% come sovrappeso, nonché nei pazienti affetti da sindrome metabolica.

Il risultato del raggiungimento di questo obiettivo si rifletterà sulla riduzione dei valori dei parametri biochimici, con una conseguente riduzione del rischio cardiovascolare e dell'uso improprio dei farmaci e una conseguente riduzione della spesa sanitaria.

Il progetto prevede l'organizzazione e la promozione di percorsi assistenziali mirati attraverso l'integrazione tra Medici di medicina generale, Centri di diabetologia e Università, nonché la realizzazione di un programma di educazione mirato a conoscere ed evitare i comportamenti a rischio attraverso l'*empowerment*, processo con cui il soggetto in cura acquisisce la conoscenza del problema e l'abilità necessaria all'autogestione della terapia, partecipando così attivamente e in modo consapevole alle scelte terapeutiche.

Partner

Arsan Campania 

Finanziamento

200.000 euro

Referenti istituzionali

Per il Ccm: Giuseppe Filippetti 

Per l'Arsan Campania: Tiziana Spinosa 



<http://www.ccm-network.it/programmi>

Prevenzione dell'obesità in pazienti affetti da diabete mellito o sindrome metabolica attraverso un programma di disease management

Anno: 2010

L'obesità, oltre a essere determinata da fattori genetici, è fortemente influenzata da fattori endocrini, socioeconomici e culturali. I pazienti diabetici hanno, per esempio, una prevalenza di obesità più alta degli individui non diabetici.

Il progetto propone la realizzazione di un percorso di disease management finalizzato alla prevenzione e al controllo dell'obesità nei pazienti affetti da patologia diabetica che, sulla base dei dati su esposti, interessa in Regione Campania il 38,8% della popolazione diabetica come obesità conclamata e l'81,3% come sovrappeso, nonché nei pazienti affetti

Il progetto prevede l'organizzazione e la promozione di percorsi assistenziali mirati attraverso l'integrazione tra Medici di medicina generale, Centri di diabetologia e Università, nonché la realizzazione di un programma di educazione mirato a conoscere ed evitare i comportamenti a rischio attraverso l'*empowerment*, processo con cui il soggetto in cura acquisisce la conoscenza del problema e l'abilità necessaria all'autogestione della terapia, partecipando così attivamente e in modo consapevole alle scelte terapeutiche.

Partner

Arsan Campania 

Finanziamento

200.000 euro

Referenti istituzionali

Per il Ccm: Giuseppe Filippetti 

Per l'Arsan Campania: Tiziana Spinosa 



<http://www.ccm-network.it/programmi>

Prevenzione dell'obesità in pazienti affetti da diabete mellito o sindrome metabolica attraverso un programma di disease management



Centro nazionale per la prevenzione
e il controllo delle malattie
Network per la prevenzione e la sanità pubblica



L'obesità, che si è sempre determinata da fattori genetici, è fortemente influenzata da fattori endocrini, socioeconomici e culturali. I pazienti diabetici hanno, per esempio, una prevalenza di obesità più alta degli individui non diabetici.

Il progetto propone la realizzazione di un percorso di disease management finalizzato alla prevenzione e al controllo dell'obesità nei pazienti affetti da patologia diabetica che, sulla base dei dati su esposti, interessa in Regione Campania il 38,8% della popolazione diabetica come obesità conclamata e l'81,3% come sovrappeso, nonché nei pazienti affetti da sindrome metabolica.

Il progetto prevede l'organizzazione e la promozione di percorsi assistenziali mirati attraverso l'integrazione tra Medici di medicina generale, Centri di diabetologia e Università, nonché la realizzazione di un programma di educazione mirato a conoscere ed evitare i comportamenti a rischio attraverso l'*empowerment*, processo con cui il soggetto in cura acquisisce la conoscenza del problema e l'abilità necessaria all'autogestione della terapia, partecipando così attivamente e in modo consapevole alle scelte terapeutiche.

Partner

Arsan Campania

Finanziamento

200.000 euro

Referenti istituzionali

Per il Ccm: Giuseppe Filippetti

Per l'Arsan Campania: Tiziana Spinosa



<http://www.ccm-network.it/programmi>

Prevenzione dell'obesità in pazienti affetti da diabete mellito o sindrome metabolica attraverso un programma di disease management

Anno: 2010

L'obesità, oltre a essere determinata da fattori genetici, è fortemente influenzata da fattori endocrini, socioeconomici e culturali. I pazienti diabetici hanno, per esempio, una prevalenza di obesità più alta degli individui non diabetici.

Il progetto propone la realizzazione di un percorso di disease management finalizzato alla prevenzione e al controllo dell'obesità nei pazienti affetti da patologia diabetica che, sulla base dei dati su esposti, interessa in Regione Campania il 38,8% della popolazione diabetica come obesità conclamata e l'81,3% come sovrappeso, nonché nei pazienti affetti

Il progetto prevede l'organizzazione e la promozione di percorsi assistenziali mirati attraverso l'integrazione tra Medici di medicina generale, Centri di diabetologia e Università, nonché la realizzazione di un programma di educazione mirato a conoscere ed evitare i comportamenti a rischio attraverso l'*empowerment*, processo con cui il soggetto in cura acquisisce la conoscenza del problema e l'abilità necessaria all'autogestione della terapia, partecipando così attivamente e in modo consapevole alle scelte terapeutiche.

Partner

Arsan Campania 

Finanziamento

200.000 euro

Referenti istituzionali

Per il Ccm: Giuseppe Filippetti 

Per l'Arsan Campania: Tiziana Spinosa 



<http://www.ccm-network.it/programmi>

Programma CCM 2010

Prevenzione dell'obesità in pazienti affetti da Diabete Mellito o Sindrome Metabolica attraverso un programma di Disease Management

- **OBIETTIVO GENERALE**
- Il progetto ha come obiettivo la prevenzione e controllo dell'obesità nei pazienti affetti da diabete mellito e sindrome metabolica che, sulla base dei dati su esposti, interessa in Regione Campania il 38.8% della popolazione diabetica come obesità conclamata e l'81,3% come sovrappeso, attraverso la realizzazione di un percorso di Disease Management.
- Il risultato del raggiungimento di tale obiettivo, si rifletterà sulla riduzione dei valori dei parametri biochimici, determinando un miglioramento del controllo glicometabolico, con una conseguente riduzione del rischio cardiovascolare, riduzione di un uso improprio dei farmaci per compensare un inadeguato stile di vita, ed una conseguente riduzione della spesa sanitaria.

- **OBIETTIVO SPECIFICO 1:**
- Individuazione dei soggetti a rischio (BMI>25) tra i pazienti diabetici e con sindrome metabolica arruolati alla GI, e organizzazione di percorsi assistenziali mirati attraverso l'integrazione tra MMG, Centri di Diabetologia ed Università, secondo il modello assistenziale del Disease Management.
- **OBIETTIVO SPECIFICO 2:**
- Programma di educazione mirato a conoscere ed evitare i comportamenti a rischio, attraverso *l'empowerment*, processo con cui il soggetto in cura acquisisce la conoscenza del problema e l'abilità necessaria all'autogestione della terapia, partecipando così attivamente e in modo consapevole alle scelte terapeutiche.
- **OBIETTIVO SPECIFICO 3:**
- Adeguamento dell'offerta assistenziale attraverso l'ampliamento funzionale dei Centri Territoriali pubblici, in quanto la multidisciplinarietà degli interventi specialistici svolta dai Centri Diabetologici, dimostra che la competenza di questi centri non può essere più limitata soltanto allo specifico diabetologico, ma si allarga a tutte le alterazioni del metabolismo, associate e non al diabete, in modo da configurare dei veri e propri centri endocrino-metabolici, a cui possono afferire tutte le problematiche, tra cui l'obesità, assicurando così, quella continuità delle cure, fondamentale ai fini dell'organizzazione di un percorso efficace ed efficiente, senza dispersione di risorse.

Formazione per l'attuazione dei programmi di intervento di educazione

- Valutare le tecniche di comunicazione
- Uniformare i “contenuti” da comunicare
- Dotare i team di materiale di supporto
- Particolare attenzione dovrà essere posta al *come* il messaggio educativo viene recepito ed al *come* viene poi ritrasmesso, monitorando il processo attraverso questionari sia ai formatori che ai pazienti partecipanti.

- **Obiettivo generale** : costruire un modello educativo da poter inserire nell'attività clinica routinaria finalizzato all'empowerment del paziente.
- **Obiettivo specifico:** - formare l'equipe (diabetologo, infermieri, mmg, e gli specialisti che fanno parte del team per lo screening delle complicanze),
 - - far acquisire competenze al diabetico per motivarlo alle modifiche del suo stile di vita e all'autogestione della sua patologia .
- **Attività:**La formazione dell' equipe si realizza attraverso lezioni frontali e prove pratiche sull'approccio sistemico e i metodi di apprendimento.
- Verranno programmate visite di gruppo a cadenza periodica (**GROUP CARE**). Tempi (0 e ogni tre mesi)-

Attività del *group care*

- **Valorizzazione** della persona come soggetto unico con grandi potenzialità da mettere in atto, per modificare il proprio stile di vita ed adottare atteggiamenti corretti nei confronti del “suo” diabete , con sempre maggiore **autonomia e consapevolezza**.
- All'interno del **group care** non vi è la pretesa di modificare le strutture conoscitive del soggetto, ma piuttosto si cerca di **fornire/correggere** informazioni attivando il confronto,
- l'attenzione alla persona
- favorire l'apprendimento,
- l'autonomia e quindi una
- **maggiore fiducia in se stessi**.



Pianificazione interventi clinico educativi adeguati per il trattamento della patologia diabetica.

- 1) modificare gli atteggiamenti e le competenze di medici curanti, attraverso il miglioramento della **comunicazione medico-paziente e della comunicazione all'interno del team**;
- 2) **coinvolgere i pazienti** in una cooperazione continua, risolvendo la problematica della motivazione;
- 3) aiutare la persona a diventare un **decisore competente** individuando le procedure di apprendimento più idonee.

Corso di Formazione per Equipe Territoriali sulla GROUP CARE

- Ore 12,00 Registrazione dei Partecipanti
- Light lunch di benvenuto
- Ore 12,30 Presentazione del Progetto Operativo e finalità del corso
- Tiziana Spinosa
-
- **Modulo 1 : I modelli**
- Ore 13,00 L'Educazione Terapeutica : L'approccio sistemico e le modalità di Apprendimento
- Mariano Agrusta
- Ore 14,00 Un modello di proposta operativo dell' ETP: La Group Care
- Paola Mattei
-
- Ore 15 ,00 Principali topics nell'educazione terapeutica.
- Silvia Savastano
- Ore 16,00 Promuovere la modifica degli stili di vita nello studio del MMG.
- Gaetano Piccinocchi- Roberto Giugliano.-Giorgio Massara- Roberto Pecoraro
- **Modulo 2 Insegnare ed apprendere : Mettersi in gioco**
- Ore 16,00 Role play e lavoro in piccoli gruppi
- Ai discenti , divisi in 3 gruppi, verrà assegnato il compito di preparare un breve intervento educativo su alcuni aspetti selezionati del diabete tipo 2
- Mariano Agrusta
- Ore 17,00 Role playing
- Presentazione degli elaborati
- Ore 18,00 Discussione in plenaria con l'esperto
- Ore 19,00 Conclusione della giornata
-
- **Modulo 3. le evidenze**
- Ore 9,00 Le evidenze scientifiche e valutazioni di impatto economico
- Tiziana Spinosa
- Ore 10,00 L'approccio psicologico al paziente con patologia cronica
- Roberto De Caro- Fausta Micanti
- **Modulo 4: confrontiamoci per educare**
- Ore 11,00 Presentazione del Kit Didattico : L'alimentazione
- Annamaria Belfiore- Tommasina Sorrentino
- Ore 12,00 Discussione interattiva
- Ore 13,00 Pausa pranzo
-
- **Modulo 5: APPRENDERE ED INSEGNARE**
- **L'attività fisica (simulazione degli incontri "GROUP CARE")**
- **14:00 Introduzione ai benefici derivanti dalla pratica di attività fisica per la popolazione diabetica: l'importanza del counselling (G Liguori)**
- **15:00 L'attività fisica strutturata: esempi di pianificazione dell'esercizio nei soggetti diabetici e presentazione del kit didattico (C Mancusi e R Mastronuzzi)**
- Ore 16,00 Pianificare e programmare un intervento educativo
- M. Agrusta- P.Mattei-
- Ore 17,00 Role play e lavori in gruppi : Dalla progettualità alla operatività : analisi e presentazione degli aspetti innovativi del modello Group Care per la sua trasferibilità presso i luoghi di lavoro dei discenti
- Andrea Perrelli- Vincenzo Armentano
- Ore 18,00 Valutazione : Questionario ECM

Metodologia operativa del progetto

Metodologia operativa del progetto

MMG o diabetologo reclutano i soggetti da avviare al percorso assistenziale dall'archivio dei pazienti diabetici o con sindrome metabolica in base:

- età compresa tra i 25 e i 65 anni
- BMI ($BMI \geq 25$)
- ↑ circonferenza addominale
- altri parametri della sindrome metabolica

Metodologia operativa del progetto

Metodologia operativa del progetto

- Il MMG/diabetologo: prenotazione per l'avvio del percorso assistenziale previsto

Metodologia operativa del progetto

- Il MMG/diabetologo: prenotazione per l'avvio del percorso assistenziale previsto

Metodologia operativa del progetto

- Il MMG/diabetologo: prenotazione per l'avvio del percorso assistenziale previsto
- L'intervento nutrizionale, cognitivo-comportamentale e counseling motorio sono effettuati presso le Unità di Diabetologia territoriali e/ studi di MMG, da un team dedicato, con il supporto del Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia Molecolare e Clinica dell'Università degli Studi Federico II di Napoli e del **Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"**

Metodologia operativa del progetto

- Il MMG/diabetologo: prenotazione per l'avvio del percorso assistenziale previsto
- L'intervento nutrizionale, cognitivo-comportamentale e counseling motorio sono effettuati presso le Unità di Diabetologia territoriali e/ studi di MMG, da un team dedicato, con il supporto del Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia Molecolare e Clinica dell'Università degli Studi Federico II di Napoli e del **Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"**

Metodologia operativa del progetto

- Il MMG/diabetologo: prenotazione per l'avvio del percorso assistenziale previsto
- L'intervento nutrizionale, cognitivo-comportamentale e counseling motorio sono effettuati presso le Unità di Diabetologia territoriali e/ studi di MMG, da un team dedicato, con il supporto del Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia Molecolare e Clinica dell'Università degli Studi Federico II di Napoli e del **Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"**
- Il paziente rimane in carico presso il MMG/ diabetologo

PERCORSO ASSISTENZIALE

- **Nel primo accesso:**
- **il consenso informato per la raccolta dei dati clinico laboratoristici e la partecipazione al programma di intervento**
- **questionario di ingresso per individuare la propensione al cambiamento e conoscere le abitudini che influenzano lo stile di vita**



PERCORSO ASSISTENZIALE

- Nel primo accesso:
- il consenso informato per la raccolta dei dati clinico laboratoristici e la partecipazione al programma di intervento
- questionario di ingresso per individuare la propensione al cambiamento e conoscere le abitudini che influenzano lo stile di vita

PERCORSO ASSISTENZIALE

Nel secondo accesso:



PERCORSO ASSISTENZIALE

Nel secondo accesso:

- **registrazione del consenso informato**
- **vengono raccolti i questionari**
- **prescrizione di esami ematochimici necessari**

PERCORSO ASSISTENZIALE

Nel secondo accesso:

- **registrazione del consenso informato**
- **vengono raccolti i questionari**
- **prescrizione di esami ematochimici necessari**
- **counseling con consegna del materiale educativo finalizzato a sensibilizzare il paziente sulla**



PERCORSO ASSISTENZIALE

Nel terzo accesso:

- **Vengono registrati gli esami ematochimici**
- **Viene individuato il percorso assistenziale specifico a secondo del livello di intervento**



PERCORSO ASSISTENZIALE

Nel terzo accesso:

- **Vengono registrati gli esami ematochimici**
- **Viene individuato il percorso assistenziale specifico a secondo del livello di intervento**



PERCORSO ASSISTENZIALE

PERCORSO ASSISTENZIALE

Livelli di intervento



BMI 25-29.9
Dieta
Attività fisica

BMI 30-34.9
Intervento nutrizionale
Empowerment
Programma strutturato
di attività fisica

BMI >35
Intervento nutrizionale
Empowerment
Programma strutturato
di attività fisica
Terapia farmacologica

Indicatori di risultato

- **Totale Persone obese ed in sovrappeso al t0 n. 269**
- **Persone che al tempo t1 hanno diminuito il loro peso n.149**
- **Indicatore riduzione peso corporeo $149/269 = 58\%$**

- **Uomini che hanno eseguito la misurazione della CV=128**
- **Donne che hanno eseguito la misurazione della CV = 141**
- **Tot 269**
- **Uomini con riduzione CV =70**
- **Donne con riduzione CV=79**
- **Indicatore uomini $70/128= 55\%$**
- **Indicatore donne $79/141=56\%$**

- **Indicatore/i di risultato 1**
- N. persone che hanno seguito il percorso obesità nei CD/ MMG interessati sul totale delle persone che seguono un trattamento dietologico.
- **Standard di risultato1** Almeno 10 persone per CD Totale persone partecipanti = 269
- Media pazienti in trattamento dietologico/CD =500
- **Indicatore/i di risultato 1:**10 persone partecipanti alla Group Care
- **Indicatore 2**
- N. pazienti che hanno completato il percorso sul totale dei pazienti reclutati al percorso
- **Standard di risultato 2**
- > 60% dei partecipanti
- **Indicatore 2**
- **N. pazienti con percorso completato=197**
- **Tot pazienti reclutati=269**
- **Indicatore 73%**
- **Indicatore 3**
- Gradimento del percorso per i pazienti coinvolti.
- N. questionari con gradimento positivo sul totale questionari somministrati ai pazienti
- **Indicatore 3**
- **N. questionari con gradimento positivo=157**
- **N. questionari totali somministrati = 197**
- **Indicatore 80%**
- **Standard di risultato 3**
- > 60%

- *Indicatori di risultato*
- Il progetto ha coinvolto 25 CD complessivamente, di cui 22 pubblici e 3 Centri accreditati di diabetologia e 16 MMG operanti sull'intero territorio regionale.
-
- Rapporto tra n° di CAD che hanno realizzato la Group Care su n.° di CD pubblici che hanno partecipato alla Formazione (distribuzione per AA.SS.LL.)
- ASL Avellino 0/1
- ASL Benevento 1/1
- ASL Caserta 4/4
- ASL Salerno 1/2
- ASL Napoli 1 Centro 6/9
- ASL Napoli 2 Nord 2/2
- ASL Napoli 3 Sud 3/3
- – TOTALE 17/22
-

Criticità nella realizzazione dell'educazione terapeutica nel paziente con diabete tipo2

- scarsità di risorse
- adeguata formazione degli operatori
- attuazione di specifici modelli evidence-based.
- Scarsa consapevolezza dell'importanza dell'approccio

L'applicazione di un modello di offerta incentrato sui bisogni del paziente, che si basi su un approccio terapeutico non più di tipo puramente farmacologico, ma comportamentale, rappresenta una sfida ad una assistenza sempre più dipendente dalla tecnologia.

In tutte le recenti analisi demografiche e sociali si registra un graduale aumento delle fasce di popolazione in povertà o alle soglie della povertà, e come ampiamente dimostrato il diabete e l'obesità riguardano sempre più tali fasce di popolazione, specie perché dipendenti fortemente da stili di vita inadeguati, quindi è imprescindibile non considerare interventi di miglioramento di accesso alle cure realizzati attraverso la **medicina di iniziativa ed il richiamo proattivo.**

- Bisogna utilizzare linguaggi semplici, strategie di intervento attuabili da tutti, la **corretta alimentazione e l'attività motoria**, non possono e non devono essere considerate uno stile di vita solo “per ricchi”, ma sicuramente con il coinvolgimento di tutte le realtà istituzionali: **la scuola, il mondo del lavoro, la politiche dei trasporti e della ristorazione**, si può vincere la sfida alla cronicità, che non può e non deve ricadere solo nell'ambito sanitario, anche perché la diffusione ormai “**pandemica**” di tali patologie non potrebbe essere più sostenuta economicamente dai Sistemi Sanitari, con drammatiche conseguenze sulla società tutta di tutte le problematiche conseguenti ad una popolazione che non riesce a mantenere un buono stato di salute.

PROGRAMMA CCM 2011

Una Rete di Azioni per rendere operativa la Carta di Toronto

- Ente proponente: Regione Emilia Romagna
- 10 Regioni coinvolte: Piemonte, Veneto, Liguria, Toscana, Marche, **Campania**, Puglia, Sicilia, Sardegna, OMS. UISP

Obiettivi:

- Più persone che svolgono un'attività fisica regolare
- Città che favoriscono l'attività fisica

Quale Target:

Bambini che cominciano a sentirsi "grandi"

Le neomamme

Le donne in menopausa

Quali alleanze:

Le scuole, i consultori, I MMG, gli enti locali (Comuni e Municipalità)

Strategie:

Stringere alleanze per aumentare la sensibilità verso una Mobilità sostenibile per mettere la salute al centro di tutte le politiche

PROGRAMMA CCM 2012

Counseling motorio ed Attività Fisica Adattata quali azioni educativo-formative per ridefinire il percorso terapeutico e migliorare la qualità di vita del paziente con diabete mellito tipo 2

- **Dipartimento di Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali, Università degli Studi di Napoli *“Parthenope”***
- **ARSAN**
- **Campania, Piemonte, Lazio, Puglia e Sicilia**

Obiettivi

Inserimento di un programma di attività fisica adattata all'interno di un percorso educativo strutturato volto a migliorare l'*empowerment* della persona con diabete mellito tipo 2 che associ alla *pratica di attività fisica* anche uno specifico *counseling motorio* diviene, dunque, un vero e proprio *strumento terapeutico*, associato alla corretta alimentazione ed al supporto farmacologico

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze

- Il progetto si propone di realizzare un modello socio-assistenziale basato sull'introduzione di **programmi di counseling motorio ed attività fisica adattata** nel percorso terapeutico di persone con diabete Mellito tipo 2.
- I soggetti da avviare al percorso saranno reclutati dai Medici di Medicina Generale, tra quelli con diabete mellito tipo 2 di età compresa tra 50 e 70 anni, e senza patologie concomitanti gravi, che daranno il consenso informato alla partecipazione al percorso educativo-formativo. Le sedute di counseling motorio saranno caratterizzate da periodici incontri collettivi per gruppi omogenei di pazienti condotti da professionisti delle Scienze Motorie, specializzandi o specialisti delle Attività Motorie per la Prevenzione e il Benessere e specialisti del Fitness metabolico. Ciascun gruppo sarà costituito da non più di 5-6 pazienti/operatore e gli incontri avranno una durata di 60-120 minuti con cadenza trimestrale.

- Il Progetto si integra con le attività previste dal PSR e dal PRP (Progetto IGEA) cercando di sviluppare le tematiche più specificamente legate all'attuazione di programmi miranti all'*empowerment* e al miglioramento dell'accessibilità a programmi di attività fisica strutturata in veri e propri corsi di fitness metabolico sul territorio regionale

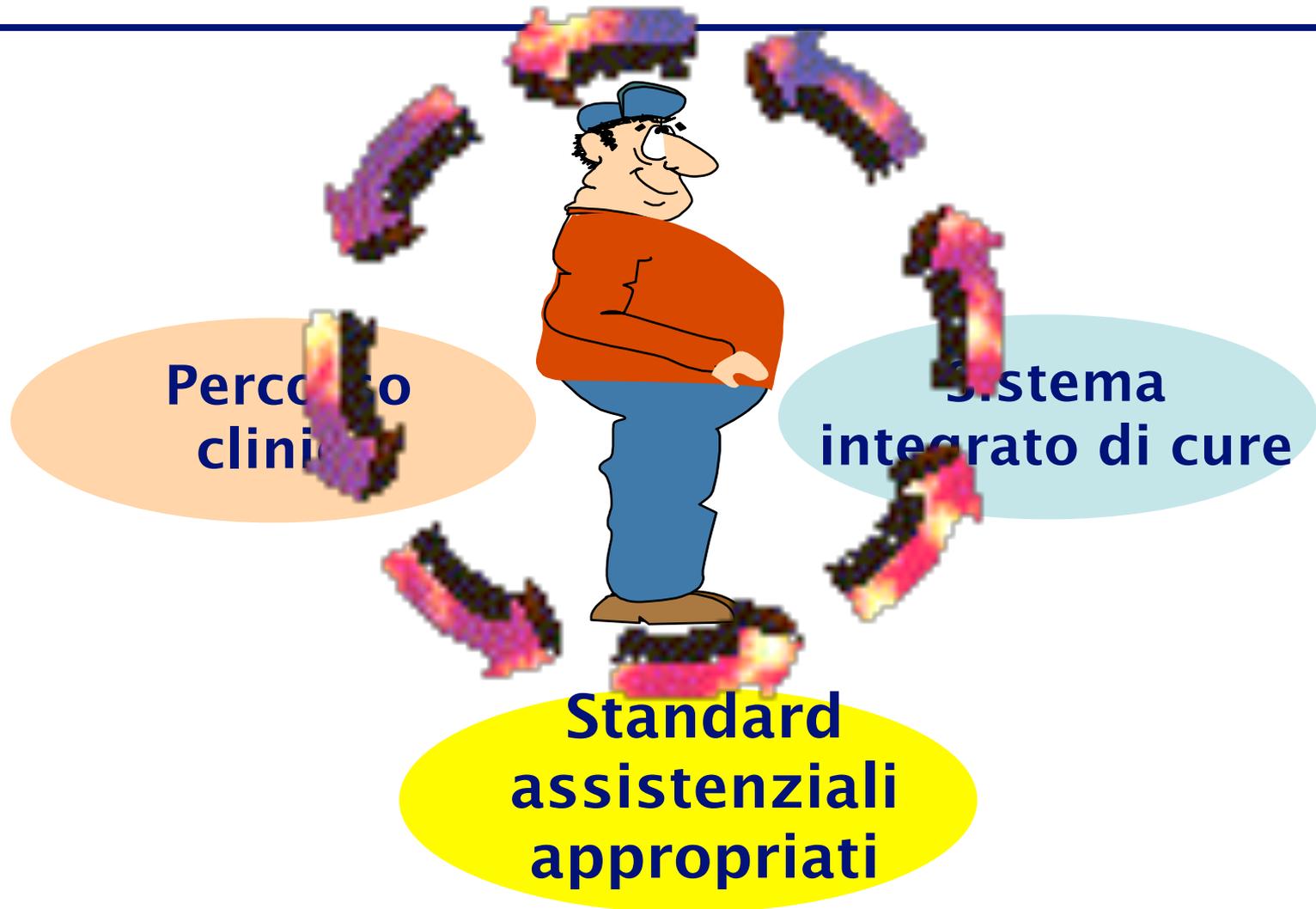
OBIETTIVO GENERALE:

- Miglioramento della qualità della vita nei soggetti affetti da diabete tipo 2, in assenza di patologie concomitanti gravi, e valutazione HTA di programmi di Attività Fisica Adattata quale tecnologia sanitaria a supporto della ridefinizione dell'attuale percorso terapeutico.

- **Obiettivo specifico 1:** realizzare percorsi integrati di counseling motorio ed attività motoria adattata finalizzati a migliorare gestione e controllo della patologia diabetica.
- **Obiettivo specifico 2:** far comprendere ai soggetti gli effetti benefici di una costante e duratura pratica di attività motoria sulla perdita di peso corporeo e sui fattori di rischio per malattie (motivazione); promuovere la fiducia sulle proprie capacità di praticare attività fisica (autoefficacia); consigliare il tipo di attività da svolgere (piacere) e contrastare eventuali impedimenti.
- **Obiettivo specifico 3:** migliorare la capacità fisica e la capacità respiratoria per ridurre il rischio di sviluppare patologie correlate (osteoporosi, deficit cognitivo, disabilità, depressione, ecc.).
-
- **Obiettivo specifico 4:** migliorare i parametri clinici endocrino-metabolici.
- **Obiettivo specifico 5:** migliorare la compliance ad una corretta alimentazione.
- **Obiettivo specifico 6:** migliorare la compliance alla terapia farmacologica.

DISEASE MANAGEMENT

DISEASE MANAGEMENT





Le innovazioni in campo terapeutico sulle patologie croniche hanno in questi ultimi dieci anni raggiunto grandi traguardi, ma la vera sfida non è alla patologia stessa, ma alla **cronicità**, pertanto solo con l'adozione di **comportamenti adeguati** e sistemi di cura efficaci ed efficienti potrà essere migliorata la qualità di vita



"Deve essere ricordato che nulla è più difficile da pianificare, più dubbio a succedere o più pericoloso da gestire che **la creazione di un nuovo sistema.** Per colui che lo propone ciò produce l'inimicizia di coloro i quali hanno profitto a preservare l'antico e soltanto tiepidi sostenitori in coloro che sarebbero avvantaggiati dal nuovo"

Niccolò Machiavelli