

DELIBERAZIONE 25 marzo 2002, n. 300

Azienda U.S.L. 10 di Firenze. Deliberazione direttore generale n. 1264 del 21.1.2002 "Approvazione bilancio preventivo economico anno 2002 e bilancio pluriennale 2002-2004." Approvazione.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare il provvedimento in oggetto, tenuto conto di quanto esplicitato in premessa circa la rideterminazione dei contributi speciali finalizzati, l'adeguamento degli importi della mobilità sanitaria e l'aggiornamento per scorrimento delle previsioni del bilancio pluriennale;

- di incaricare la Segreteria della Giunta della trasmissione dell'atto in oggetto al Consiglio regionale ai sensi dell'art. 34 comma 1 della L.R. 8 marzo 2000 n. 22.

Il presente provvedimento, soggetto a pubblicità ai sensi della L.R. 9/95 in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato per estratto sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi dell'art. 3, comma 2, della L.R. 18/96.

*Segreteria della Giunta
Il Coordinatore
Valerio Pelini*

DELIBERAZIONE 25 marzo 2002, n. 301

Azienda U.S.L. 1 di Massa e Carrara - deliberazione direttore generale n. 1640 del 20.11.2001 "Approvazione bilancio annuale 2002 e pluriennale 2002 - 2004" - approvazione.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare il provvedimento in oggetto, tenuto conto di quanto esplicitato in premessa circa la rideterminazione dei contributi speciali finalizzati, l'adeguamento degli importi della mobilità sanitaria e l'aggiornamento per scorrimento delle previsioni del bilancio pluriennale;

- di incaricare la Segreteria della Giunta della trasmissione dell'atto in oggetto al Consiglio regionale ai sensi dell'art. 34 comma 1 della L.R. 8 marzo 2000 n. 22.

- Il presente provvedimento, soggetto a pubblicità ai sensi della L.R. 9/95 in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato per estratto sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi dell'art. 3, comma 2, della L.R. 18/96.

*Segreteria della Giunta
Il Coordinatore
Valerio Pelini*

DELIBERAZIONE 25 marzo 2002, n. 302

Azienda U.S.L. 3 di Pistoia - deliberazione direttore generale n. 57 del 31.1.2002 "Bilancio preventivo economico per l'anno 2002 e bilancio di previsione pluriennale per il triennio 2002 - 2004" - approvazione.

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare il provvedimento in oggetto, tenuto conto di quanto esplicitato in premessa circa la rideterminazione dei contributi speciali finalizzati, l'adeguamento degli importi della mobilità sanitaria e l'aggiornamento per scorrimento delle previsioni del bilancio pluriennale;

- di incaricare la Segreteria della Giunta della trasmissione dell'atto in oggetto al Consiglio regionale ai sensi dell'art. 34 comma 1 della L.R. 8 marzo 2000 n. 22.

- Il presente provvedimento, soggetto a pubblicità ai sensi della L.R. 9/95 in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato per estratto sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana ai sensi dell'art. 3, comma 2, della L.R. 18/96.

*Segreteria della Giunta
Il Coordinatore
Valerio Pelini*

DELIBERAZIONE 25 marzo 2002, n. 304

Integrazione delib. Giunta regionale n. 662 del 20.06.2000 "Linee organizzative dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente con diabete": percorso per l'educazione sanitaria per il paziente con diabete sia nell'età adulta che nell'età evolutiva.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n. 662 del 20 giugno 2000 con la quale sono state approvate le

linee organizzative dell'attività diabetologica ed il percorso assistenziale per il paziente con il diabete;

Atteso che uno dei gruppi di lavoro nei quali si è articolata la Commissione Regionale per le attività diabetologiche ha predisposto l'elaborato relativo al percorso di indirizzo per l'educazione sanitaria al paziente con diabete;

Ritenuto necessario integrare la deliberazione n. 662 del 20 giugno 2000 con il citato percorso;

Sentita la Commissione Regionale per le attività diabetologiche costituita con deliberazione della Giunta Regionale n. 1047 del 14 settembre 1999;

Vista la L.R. n. 22 dell'8 marzo 2000, in particolare l'art. 3 "Diritti dei cittadini" e l'art. 4 "percorso assistenziale";

A voti unanimi

DELIBERA

1. Di integrare, per le motivazioni in premessa indicate, la deliberazione della Giunta Regionale n. 662 del 20 giugno 2000 con il percorso per l'educazione sanitaria al paziente con diabete sia nell'età adulta che nell'età evolutiva di cui agli allegati A e B che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. Di incaricare il Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà della trasmissione del provvedimento alle Aziende Sanitarie nonché della diffusione dello stesso;

3. Di pubblicare per intero sul B.U.R.T. il presente provvedimento (compresi gli allegati), soggetto a pubblicità ai sensi dell'art. 2 comma 3 della L.R. 18/96 in ragione del particolare rilievo del provvedimento che per il suo contenuto deve essere portato a conoscenza della generalità dei cittadini.

Segreteria della Giunta
Il Coordinatore
Valerio Pelini

SEGUONO ALLEGATI

ALLEGATO A**PERCORSO DI INDIRIZZO PER L'EDUCAZIONE SANITARIA AL PAZIENTE CON DIABETE IN ETA' ADULTA**Premesse

E' ormai acquisito che nei pazienti affetti da malattie croniche l'efficacia delle cure è condizionata dalla partecipazione attiva del paziente. Nel diabete mellito in particolare il medico cura la malattia "attraverso" il paziente, stimolando la sua motivazione alla cura ed al cambiamento di comportamenti e fornendogli le conoscenze necessarie per una corretta gestione della malattia. Per attuare questo progetto terapeutico sono necessari metodi e procedure corrette ed omogenee che permettano di valorizzare le capacità dei singoli operatori in un quadro univoco e verificabile. La "educazione sanitaria" diventa pertanto in questa visione "*terapia educativa*" e solo in questa accezione si intende dare linee guida di indirizzo.

Obiettivi :

- far acquisire al paziente affetto da diabete le conoscenze fondamentali sulla malattia, il suo trattamento, la prevenzione e controllo delle complicanze, i comportamenti corretti per il mantenimento dello stato di salute fisica e psichica.
- mirare ad obiettivi di volta in volta diversi a seconda del tipo di diabete, del suo stato evolutivo, della presenza e tipo di complicanza, di particolari abitudini di vita o comportamenti, della presenza o meno di patologie concomitanti.

Non è pertanto possibile definire uno schema rigido di terapia educativa, ma evidenziare linee guida generali, con indicatori di qualità e di verifica.

Strumenti:

- questionario da inviare ad ogni struttura specialistica di Diabetologia al fine di ottenere dati sulla situazione attuale (Allegato A)
- schema di protocollo operativo generale con alcune esemplificazioni specifiche (Allegato B).

Il questionario verrà inviato a tutte le strutture specialistiche diabetologiche regionali ed elaborato (tempi di realizzazione previsti: 2 mesi)

Il protocollo operativo, verrà inviato alle Aziende e a distanza di un anno saranno nuovamente raccolte informazioni sulla sua applicazione, per permettere di pianificare interventi successivi.

ALLEGATO A

Struttura:

| | | |
|--|----|----|
| Esiste una programmazione di attività di educazione terapeutica? | Si | No |
| E' riportata in agenda appuntamenti ? | Si | No |
| Per quante ore settimanali in ambulatorio ? | | |
| Per quante ore settimanali in day hospital ? | | |
| % di programmazione individuale | | |
| % di programmazione di gruppo | | |
| Esistono procedure per la terapia educativa ? | Si | No |
| Sono individuati i ruoli dei diversi operatori ? | Si | No |
| Esistono indicatori di verifica ? | Si | No |
| Esiste materiale didattico dedicato ? | Si | No |
| Come vengono registrate le prestazioni di educazione terapeutica individuale ? | | |
| Quante ne sono state effettuate nel periodo 1.1 – 30.6 1999 (riportate sui flussi informativi aziendali) ? | | |
| Come vengono registrate le prestazioni di educazione terapeutica di gruppo ? | | |
| Quante ne sono state effettuate nel periodo 1.1 – 30.6 1999 (riportate sui flussi informativi aziendali) ? | | |
| Come vengono registrate le prestazioni dei dietisti ? | | |
| Quante ne sono state effettuate nel periodo 1.1 – 30.6 1999 (riportate sui flussi informativi aziendali) ? | | |

Operatori Sanitari dedicati alla educazione terapeutica:

Medici numero _____ totale impegno orario settimanale dedicato: _____

Infermieri: numero _____ totale impegno orario settimanale dedicato: _____

Dietista: numero _____ totale impegno orario settimanale dedicato: _____

Altro: numero _____ totale impegno orario settimanale dedicato: _____

Si ritiene utile l'effettuazione di Corsi Regionali residenziali di formazione alla educazione terapeutica? Si No

Per singoli operatori Per team diabetologico

ALLEGATO B**PERCORSI EDUCATIVI**

Per ogni percorso educativo deve essere steso un protocollo scritto recante la data di stesura, quella delle eventuali revisioni, il nome degli operatori sanitari che hanno redatto il documento e le date di verifica della sua attuazione. Ogni percorso deve prevedere:

Destinatario : tipo di paziente cui l'intervento educativo è destinato.

Obiettivi : finalità (terapeutiche, formative, informative) che si intendono ottenere con il percorso educativo.

Contenuti : cosa si intende comunicare con l'intervento educativo

Modalità : metodologia dell'educazione sanitaria.

Verifica : strumento per la verifica dei risultati legati all'obiettivo e della soddisfazione dell'utente.

Indicatore : misura dell'intervento educativo, ai fini di inferire sul processo educativo intrapreso.

Si riportano di seguito alcuni esempi di percorsi educativi elaborati secondo lo schema generale sopra riportato.

- A) KIT PRIMA SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA
- B) DIABETE TIPO 2 ALL'ESORDIO
- C) DIABETE TIPO 1 ALL'ESORDIO
- D) FALLIMENTO SECONDARIO ALLA TERAPIA IPOGLICEMIZZANTE ORALE
- E) COMPLICANZA
 - a. RETINOPATIA
 - b. NEFROPATIA
 - c. NEUROPATIA
 - d. MACROANGIOPATIA
 - e. PIEDE DIABETICO
- F) ALIMENTAZIONE
 - a. DIABETE TIPO 1
 - b. DIABETE TIPO 2
 - c. OBESITA'
 - d. DISLIPIDEMIA
 - e. IPERTENSIONE
 - f. NEFROPATIA

A = Kit prima somministrazione di insulina

Destinatario: paziente che inizia terapia insulinica

Obiettivo : fornire in tempi ristretti la capacità di iniziare terapia insulinica domiciliare

Contenuti : Concetti fondamentali su : tecniche di terapia insulinica, prevenzione e trattamento dell'ipoglicemia, tecniche di autocontrollo.

Modalità : sedute individuali (1 seduta di 60' + 1 seduta di verifica dopo 1 giorno cui segue percorso individuale di rinforzo di 4 sedute di 30')

Strumento di verifica : Questionario GISED

Indicatore : n° risposte corrette prima/dopo; HbA1c prima/dopo

B = esordio diabete tipo 2

Destinatario : paziente con diabete tipo 2 all'esordio clinico

Obiettivo: ottimizzare le conoscenze sul diabete e scopi della sua gestione
motivazione e attitudine all'autogestione
comportamenti che interagiscono con la gestione del diabete
capacità di interagire con il sistema di cura e con altri professionisti

Contenuti : fornire le conoscenze indispensabili per ottenere il controllo della nuova situazione; informazioni di supporto sulla natura e gli esiti del diabete; informazioni basilari su abitudini alimentari, esercizio fisico, terapia farmacologia e norme igieniche generali.

Modalità : di gruppo (Corso strutturato di 4 ore con retraining di 4 ore dopo 3 mesi)
individuale (4 sedute di 30' ciascuna con cadenza settimanale e 2 sedute di verifica dopo 3 mesi di 30')

Strumento di verifica : Questionario GISED

Indicatore : n° risposte corrette prima/dopo; HbA1c prima/dopo

^^^^^^^^^^^^^^^^

C = Esordio diabete tipo 1

Destinatario : Diabete tipo 1 all'esordio clinico

Obiettivo: ottimizzare le conoscenze sul diabete e scopi della sua gestione
motivazione e attitudine all'autogestione
comportamenti che interagiscono con la gestione del diabete
capacità di interagire con il sistema di cura e con altri professionisti

Contenuti : fornire le conoscenze indispensabili per ottenere il controllo della nuova situazione; informazioni di supporto sulla natura e gli esiti del diabete; informazioni basilari sull'autoiniezione, l'autocontrollo, l'ipoglicemia, la distribuzione dei carboidrati nella dieta.

Modalità : individuale (6 sedute educative di 60' ciascuna)

Strumento di verifica : Questionario GISED

Indicatore : n° risposte corrette prima/dopo; HbA1c prima/dopo

^^^^^^^^^^^^^^^^

D = fallimento secondario alla terapia con ipoglicemizzanti orali

Destinatario : paziente con diabete tipo 2 in precario compenso con terapia ipoglicemizzante orale al massimo dosaggio (HbA1c > 9 e glicemia a digiuno > 200 mg/dl da oltre tre mesi)

Obiettivo: rinforzare i concetti sulla corretta alimentazione e l'esercizio fisico; fornire le informazioni basilari sulla terapia insulinica, l'ipoglicemia e l'autocontrollo

Contenuti : valutazione abitudini alimentari, definizione fabbisogno calorico, correzione abitudini alimentari errate, concetto di diario alimentare; significato e scopi dell'attività fisica; informazioni basilari sulla terapia insulinica, l'autocontrollo, la prevenzione e trattamento dell'ipoglicemia.

Modalità : individuale (5 sedute di 60' ciascuna)

Strumento di verifica : Questionario GISED

Indicatore : n° risposte corrette prima/dopo; HbA1c prima/dopo

^^^^^^^^^^^^^^^^

E = complicanze

Destinatario : paziente con complicanze in atto

Obiettivo: fornire e rinforzare le conoscenze ed i corretti comportamenti per la prevenzione e trattamento della specifica complicanza

Contenuti : conoscenze essenziali sui meccanismi che determinano la singola complicanza; conoscenze sui rapporti fra controllo metabolico e complicanza; effetto di abitudini comportamentali errate; efficacia della prevenzione, della diagnosi precoce e del controllo periodico; strategie terapeutiche; indicazioni di controllo periodico; comportamenti efficaci per la prevenzione.

Modalità : di gruppo (4 sedute di 60' ciascuna) (Gruppi divisi per tipo di complicanza)

Strumento di verifica : Controllo clinico periodico

Indicatore : HbA1c e marker specifico della singola complicanza

^^^^^^^^^^^^^^^^^^

F = Alimentazione**CORSO DI BASE**

Destinatario: pazienti con diabete tipo 1 di nuova insorgenza
pazienti con diabete tipo 2 di nuova insorgenza
pazienti che non hanno mai partecipato ad attività educativa strutturata

Obiettivo: favorire l'acquisizione di conoscenze e comportamenti alimentari adeguati per un buon controllo metabolico

Contenuti: il comportamento alimentare: motivazioni e fattori che lo influenzano
Il bisogno e il piacere di mangiare
Alimentazione equilibrata: dai nutrienti agli alimenti
Effetti dei principi nutritivi sui livelli di glicemia e su altri parametri metabolici
Rapporto tra alimentazione, terapia ed attività fisica
Concetto di porzione, liste di scambio, distribuzione giornaliera degli alimenti
Il diario alimentare

Modalità: di gruppo = 6 ore (3 incontri di 2 ore) con metodologia di apprendimento attivo
Individuale: 3 ore (6 sedute di 30 minuti)

Strumento di verifica: questionario
Diario alimentare

Indicatore: numero di risposte adeguate al questionario (valutazione apprendimento)
Acquisizione della capacità di utilizzare il diario alimentare come strumento di autoosservazione e valutazione del proprio comportamento alimentare

CORSO DI SECONDO LIVELLO

- Destinatari:** pazienti diabetici di giovane età
Pazienti diabetici con altre patologie associate (es. obesità)
Pazienti che presentano scarsa compliance alla terapia dietetica e/o difficoltà al mantenimento delle modificazioni del proprio comportamento alimentare
- Obiettivo:** prevenire le complicanze
Favorire la capacità di operare scelte consapevoli per l'autogestione della malattia finalizzate al mantenimento di un buon livello di qualità di vita
- Contenuti:** (da modulare in base alle caratteristiche dei partecipanti)
Rapporto fra alimentazione e principali complicanze
Alimentazione, peso corporeo e diabete
L'automonitoraggio della propria assunzione alimentare: osservare, valutare, scegliere
Concetti e preconcetti sulla dieta: fame e sazietà
Alimentazione nelle varie situazioni di vita sociale: la mensa, il ristorante, il viaggio, lo sport, le feste.
I prodotti dietetici
Diabete e malattie intercorrenti
Gestire le ricadute e le sconfitte senza perdere la stima di sé
- Metodica:** di gruppo 8 ore (4 incontri di 2 ore) con metodologia di apprendimento attivo
- Strumento di verifica:** questionario
Diario alimentare
- Indicatori:** Numero risposte adeguate al questionario (valutazione apprendimento)
Positive modificazioni della abitudini alimentari rilevabili attraverso diario alimentare

ALLEGATO B**PERCORSO DI INDIRIZZO ALL'EDUCAZIONE ALL'AUTOCONTROLLO E ALL'
AUTOGESTIONE
DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 1 IN ETA' EVOLUTIVA****PREMESSA**

Nella terapia del Diabete di tipo 1 in età evolutiva, il programma educativo deve essere adattato all'età del paziente e deve necessariamente coinvolgere tutto il nucleo familiare.

OBIETTIVI

Il percorso educativo prevede varie tappe a seconda dell'età del soggetto, a partire dal coinvolgimento totale delle figure parentali fino ad una completa autonomia di gestione da parte del ragazzo. Questo "passaggio di testimone" deve essere preparato e realizzato in maniera graduale e progressiva nel corso degli anni; per questi motivi il programma educativo deve essere distribuito secondo livelli e momenti successivi di formazione:

A - all'esordio della patologia in ospedale,

Al momento della diagnosi, superata la fase acuta del riequilibrio, gli Operatori della struttura diabetologica pediatrica con il Pediatra/Medico di medicina generale devono fornire le informazioni di ordine generale, circa la patogenesi e la terapia della nuova condizione, sul significato della sua cronicità e della possibilità di prevenire le complicanze, valorizzando soprattutto l'aspettativa e la qualità della vita futura, favorendo l'accettazione da parte del paziente e dei suoi familiari di comportamenti corretti atti a garantire lo stato di salute e la collaborazione necessaria ad intraprendere il percorso educativo verso l'autogestione. L'approccio educativo deve essere individuale e deve tendere alla acquisizione dei fondamenti della conoscenza teorica di base e delle capacità operative necessarie per l'autogestione (corretta preparazione, miscelazione e somministrazione sottocutanea dell'insulina, esecuzione e lettura della glicemia e della glicosuria, redazione del diario di terapia) utili alla dimissione dal reparto nel più breve tempo possibile e all'avvio della gestione domiciliare del diabete. I tempi necessari per il completamento di questa fase non devono essere inferiori a 9 ore complessive di colloquio

B - durante gli incontri al Centro Diabetologico.

1. Dopo la prima settimana di malattia

E' opportuno dedicare un incontro tra genitori ed equipe terapeutica all'approfondimento del profilo psicopedagogico del paziente e del nucleo familiare allo scopo di valutare le loro modalità di approccio ai problemi e di verificare le dinamiche medico-paziente

2. Verifica ambulatoriale dell'autogestione

I principi della conoscenza del Diabete saranno gradualmente approfonditi e rafforzati nei successivi incontri periodici presso il Centro Diabetologico, che avranno frequenza diversa secondo un programma educativo personalizzato e adattato a tutto il nucleo familiare. Comunque è consigliabile una frequenza media di 1-2 volte a settimana fino al primo mese, di 1 volta a settimana per i successivi 2 mesi e infine ogni 3 mesi, fino al momento del passaggio del paziente al Centro per gli adulti. La verifica e il rinforzo dell'educazione sarà attuata individualmente (tempo previsto: 45 minuti per il soggetto pre-pubere; 60 minuti per l'età adolescenziale) con l'intervento, secondo le

necessità, del Pediatra/Medico di medicina generale, del dietista, dello psicologo, dell'infermiere e dell'educatore.

C - Corsi regolari di autogestione del diabete

Il Centro prepara dei Corsi periodici (almeno annuali), articolati in 8-10 incontri della durata di circa 90 minuti, dedicati a gruppi omogenei (genitori di bambini piccoli, adolescenti, famiglie con nuova diagnosi, bambini con patologie associate, ecc.). Per questi ultimi (8-10 anni) sono consigliate metodiche di educazione al computer integrate da discussione di gruppo.

D - Campi - Scuola

Momento insostituibile del processo educativo del soggetto con diabete in età evolutiva è rappresentato dal Campo Scuola, finalizzato alla verifica e all'esercizio dell'autonomia terapeutica e al miglioramento delle capacità di integrazione sociale. Il numero ideale di partecipanti è compreso tra 15 e 20 soggetti al massimo, seguendo nella costituzione del gruppo, criteri di omogeneità per età e situazione clinica; il rapporto ottimale è di 1 educatore (medici, infermieri, dietisti, psicologi, animatori) ogni 3- 5 partecipanti. La durata del campo deve essere di 7-10 giorni e la responsabilità deve essere affidata ad un Pediatra diabetologo. Gli obiettivi, i contenuti formativi ed i criteri organizzativi sono stati definiti secondo linee guida dalla Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica.

.Nella documentazione clinica di ogni paziente deve essere registrata l'evoluzione del percorso educativo personalizzato.

I Campi Scuola sono organizzati dai Servizi di Diabetologia Pediatrica di Firenze, Pisa e Grosseto nella misura di uno per anno per ciascun Servizio.

A parità di finanziamento se una delle Aziende individuate dal Piano Sanitario (Firenze, Pisa, Grosseto) non organizza i campi, può essere delegata altra Azienda purchè accreditata.

E.- Ruolo delle Associazioni di Volontariato

Le Associazioni di volontariato collaborano con le Strutture di Diabetologia Pediatrica all'impostazione dei programmi dei corsi per l'educazione dell'autocontrollo ed autogestione del paziente con diabete, alla divulgazione della corretta conoscenza della patologia a livello sociale ed alla verifica della qualità del servizio.

MONITORAGGIO ED INDICATORI DI EFFICACIA

Il raggiungimento degli obiettivi di cui alla premessa viene valutato mediante il monitoraggio dei seguenti indicatori:

1. Controllo metabolico con HbA1c entro i limiti indicati dal Diabetes Control and Complication Trial (DCCT)
2. Aderenza alle Linee Guida nutrizionali
3. Accrescimento in linea con gli Standard di normalità
4. Autonomia terapeutica in funzione dell'età del paziente
5. Qualità della vita valutata secondo gli standard internazionali
6. Complicanze:
 - A breve termine: frequenza di ipoglicemie gravi e/o chetoacidosi espressa come numero di eventi ogni 100 pazienti/anno
 - A lungo termine:
 - retinopatia (assente o background)
 - nefropatia (AER < 20 mg/min./1.73 mq)
 - neuropatia (assenza di segni clinici e strumentali di compromissione neurologica)

STANDARD MINIMI DEGLI OBIETTIVI EDUCATIVI

1) PRINCIPI GENERALI

- L'educazione rappresenta il cardine fondamentale su cui si basa la cura del diabete
- Ogni diabetico ha il diritto di poter usufruire di un programma educativo comprensibile da parte di un gruppo di esperti

2) CONTENUTI DEL PROGRAMMA EDUCATIVO

- Elementi conoscitivi di base da impartire dal momento della diagnosi:
 - 1) Comprensione dei segni e sintomi che hanno portato alla diagnosi del diabete.
 - 2) Spiegazione semplice delle possibili cause del diabete. Prevenzione e rimozione dei sensi di colpa.
 - 3) Fabbisogno e modalità di azione dell' insulina.
 - 4) Glucosio e glicemia. Livelli normali di glicemia e target glicemici.
 - 5) Capacità pratiche di autogestione: iniezione di insulina, determinazione della glicemia e della glicosuria. Significato di queste determinazioni.
 - 6) Informazioni dietetiche elementari.
 - 7) Semplice spiegazione degli episodi ipoglicemici. Significato dell'opportunità di avere sempre con sé degli zuccheri a rapido assorbimento.
 - 8) Il diabete durante le malattie intercorrenti. Raccomandazione di non omettere mai l'iniezione di insulina.
 - 9) Il diabete a casa ed a scuola, con speciale riferimento all'attività fisica.
 - 10) Utilità della carta del diabetico, dei braccialetti di riconoscimento etc.
 - 11) Opportunità di affiliarsi alle Associazioni di volontariato.
 - 12) Adattamento psicologico alla diagnosi.
 - 13) Supporto telefonico continuo per le emergenze.
- Acquisizioni conoscitive successive:
 - 1) Fisiopatologia, epidemiologia e classificazione del diabete.
 - 2) Fisiologia, secrezione ed azione dell'insulina.
 - 3) Iniezione di insulina, tipi di insulina, assorbimento, profili d'azione e adattamento insulinico.
 - 4) Nutrizione: pianificazione dei pasti. Significato dei carboidrati, grassi, proteine e fibre. Capacità di adattare i pasti a seconda delle mutevoli necessità. Significato del peso ideale. "Alimenti per diabetici". Dolcificanti. Bibite. Rapporto fra esercizio fisico e dieta.
 - 5) Significato del monitoraggio del diabete. Significato dell'emoglobina glicata.
 - 6) Ipoglicemia: prevenzione, riconoscimento e trattamento. Significato ed uso del glucagone.
 - 7) Malattie intercorrenti. Iperglicemia. Chetosi. Prevenzione della chetoacidosi.

- 8) Complicanze micro e macrovascolari e loro prevenzione. La necessità di sottoporsi a periodici controlli.
- 9) Esercizio fisico. Pianificazione delle vacanze e dei viaggi.
- 10) Capacità di risolvere problemi ed autogestione del diabete.
- 11) Fumo, alcool e droghe.
- 12) Comportamento a scuola, in collegio. La patente di guida. La guida di veicoli.
- 13) Sessualità. Gravidanza e contraccezione.

3) EDUCAZIONE PER FASCE DI ETA'

- Età dell'asilo:

- 1) Riconoscimento della dipendenza totale della gestione del diabete da parte dei familiari.
- 2) Attenzione particolare ai comportamenti alimentari e fisici imprevedibili tipici di questa età.
- 3) Informazione sulla severità e maggior frequenza degli episodi ipoglicemici a questa età.

- Età della scuola:

- 1) Primi elementi conoscitivi sulla pratica dell'iniezione e automonitoraggio.
- 2) Riconoscimento dei segni e sintomi dell'ipoglicemia e cenni al loro trattamento.
- 3) Adattamento del diabete ai programmi scolastici, ai pasti scolastici, all'attività fisica e sportiva.
- 4) Istruzione dei genitori sul graduale sviluppo dell'autonomia del bambino e sulla necessità di acquisire progressivamente la responsabilità della cura.

- Adolescenti:

- 1) Promozione dell'indipendenza in rapporto al grado di maturità e di conoscenza del soggetto.
- 2) Discussione sui conflitti emozionali e sui rapporti con i coetanei.
- 3) Discussione delle strategie su come affrontare le inosservanze dietetiche, le malattie intercorrenti e gli episodi ipoglicemici.
- 4) Negoziazione degli obiettivi e delle priorità. Assicurazione che gli impegni presi siano realmente compresi ed accettati.
- 5) Sviluppo di strategie atte ad avviare il passaggio dal diabetologo pediatra al diabetologo dell'adulto.