

# Professione diabetologo...?

Andrea Corsi

Genova

9 novembre 2012

*“Libere considerazioni di un  
nonno”*









L'educazione terapeutica è un processo graduale, integrato al processo terapeutico, che comprende un insieme di attività di, **informazione, istruzione, sensibilizzazione** ed aiuto psicologico e sociale....

.....che si propone di aiutare la persona a gestire in modo **autonomo** il proprio stato di malattia



Nessuno degli obiettivi previsti potrà essere raggiunto senza l'applicazione dell'Educazione Terapeutica

(S. Vincent declaration)



## Comunicare con il paziente

le due maggiori difficoltà incontrate

### COMUNICAZIONE

- Difficoltà di comunicazione ambientale.
- SCARSA COMUNICAZIONE CON IL DE DONTO ANCHE ALLA MANCANZA DI TEMPO
- IL PAZIENTE MANDATO ALLO SPA RAGLIO INDISPONE
- IL PAZIENTE NON HA UNO STRUMENTO DI QUAL ES. VOGLIARE IN AMB.
- CARENZA DI DATI PER VALUTARE IL CASO INADEGUATO CONSAPEVOLEZZA DELLA MALATTIA DA PARTE DELLA FZ
- NON SONO DEGLI CONTO DI ESSERE "ITALO"

### ATTENZIONE/CONSIDERAZIONE

- CONVOLGERSI IL PAZIENTE NEL PROGETTO TERAPIA
- VISSUTO NEGATIVO DURANTE IL TRATTAMENTO
- NON È STATO ASCOLTATO IL PAZIENTE
- SCARSA ATTENZIONE AL PAZIENTE
- POCA ATTENZIONE AL PAZ.

### TEMPO

- POCO TEMPO PER CONOSCERE IL PAZIENTE
- CAPACITÀ FOTOCOPIOSA E INEFFICACE
- DETERMINAZIONE DEI PAZIENTI
- POCO TEMPO PER APPROFONDIRE...
- POCO TEMPO - POCHE DATI STRUMENTALI

### EQUIPE

- POCA COLLABORAZIONE TRA EQUIPE
- POCA COORDINAZIONE TRA OPERATORI SANITARI
- POCA COLLABORAZIONE TRA OPERATORI SANITARI
- ASSENZA DI LAVORO D'EQUIPE

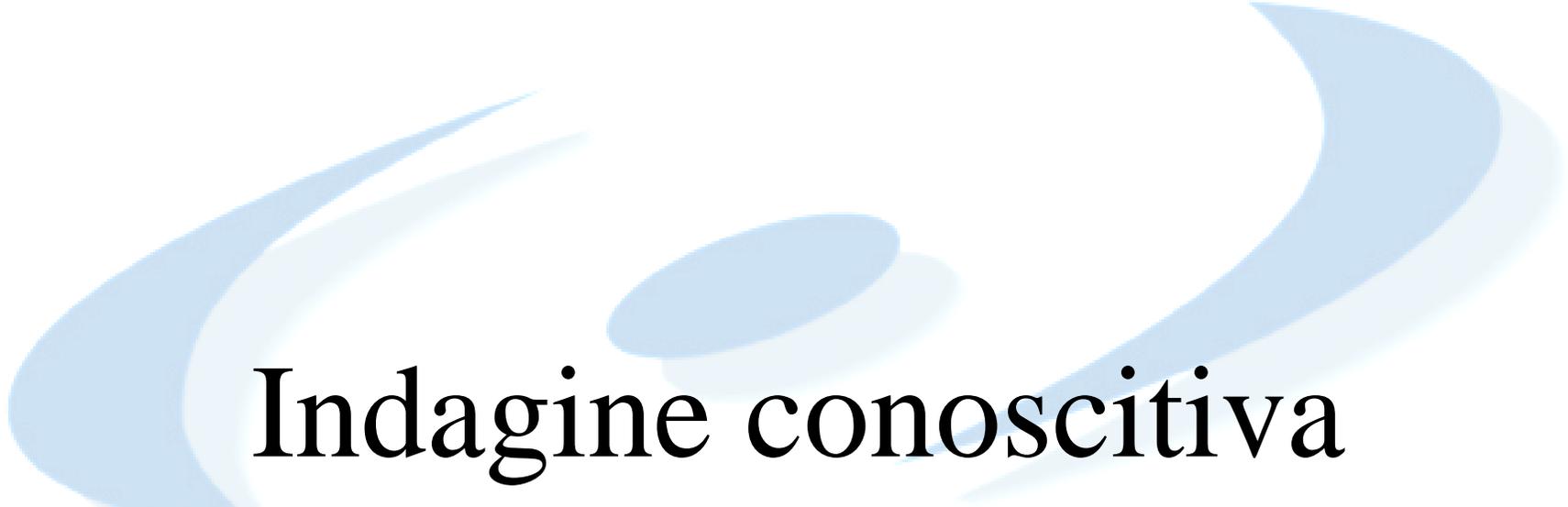
### ORGANIZZAZIONE

- ANALISI DEL CONTESTO AMBIENTALE PER LA PREVENZIONE DI STRUTTURE VA. RAPPRESENTAZIONE M.P.
- AMPLIATORI DI SPAZIO
- DIFFICOLTÀ DI PREVENIRE I CONTRASTI
- MANCANZA DI METODO
- CONTRASTI

### ORGANIZZAZIONE

- ORGANIZZAZIONE SCARSA
- LE TELEFONATE INTERROMPONO IL CONTATTO
- INTERFERENZA DI FATTORI ESTERNI (FAMILIARI, TELEFONO)



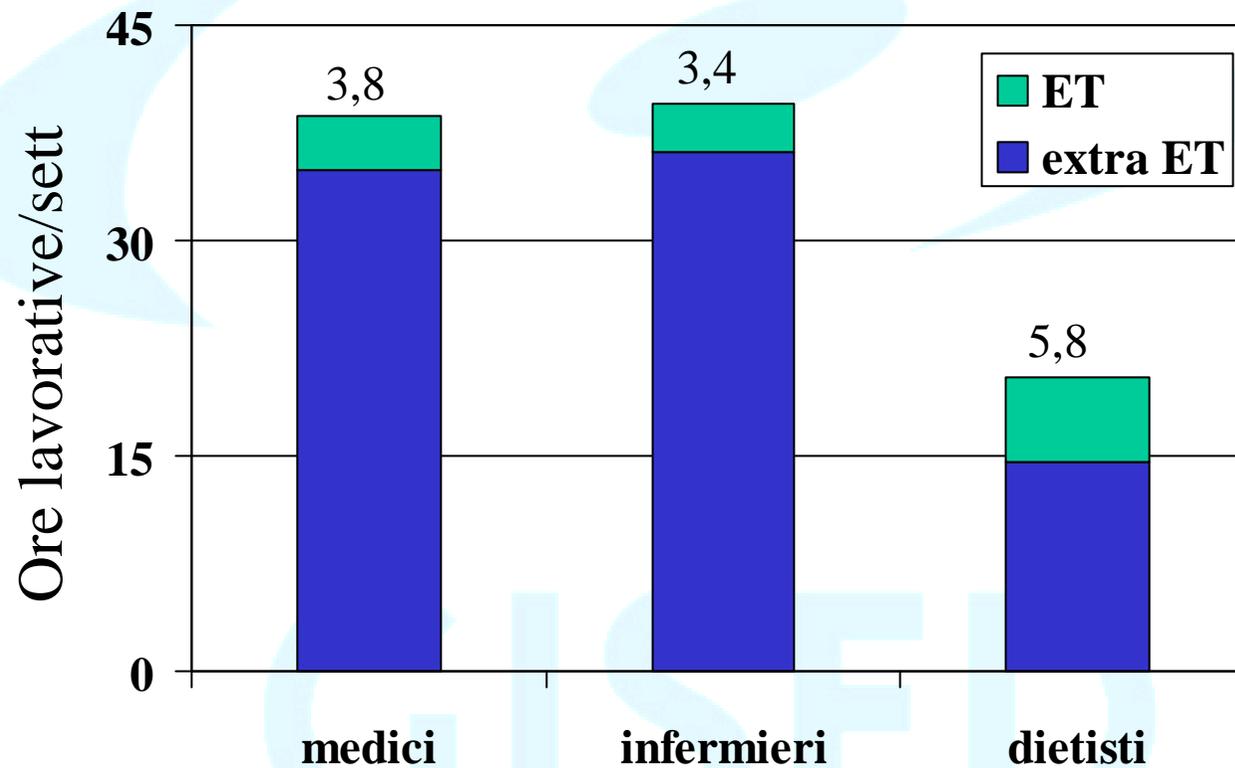


Indagine conoscitiva  
sull'attività educativa in Italia.

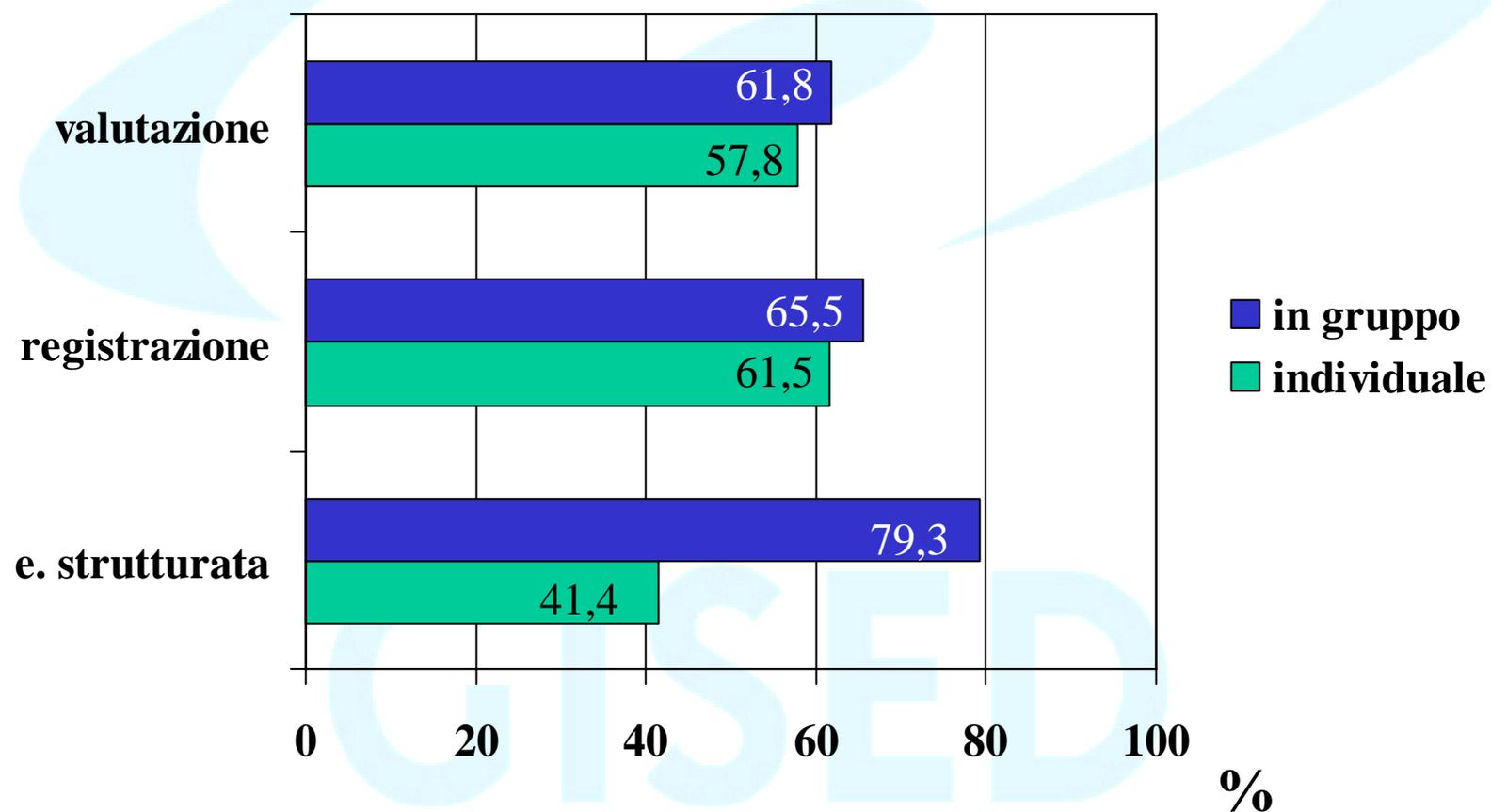
GISED

Congresso AMD Genova 2005

# Tempo dedicato all'ET



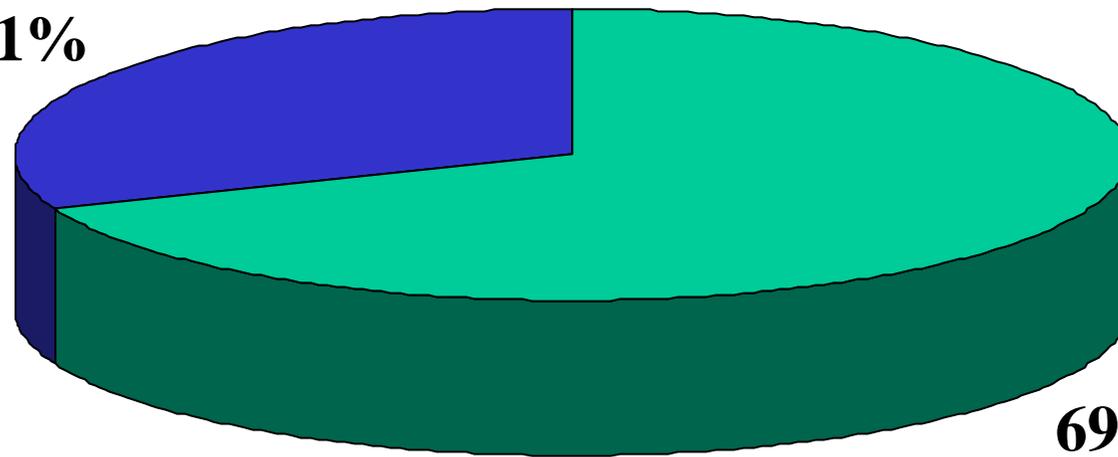
# Indicatori di qualità dell'intervento educativo



# Consigli sulla gestione dell'ipoglicemia

**Non istruiti**

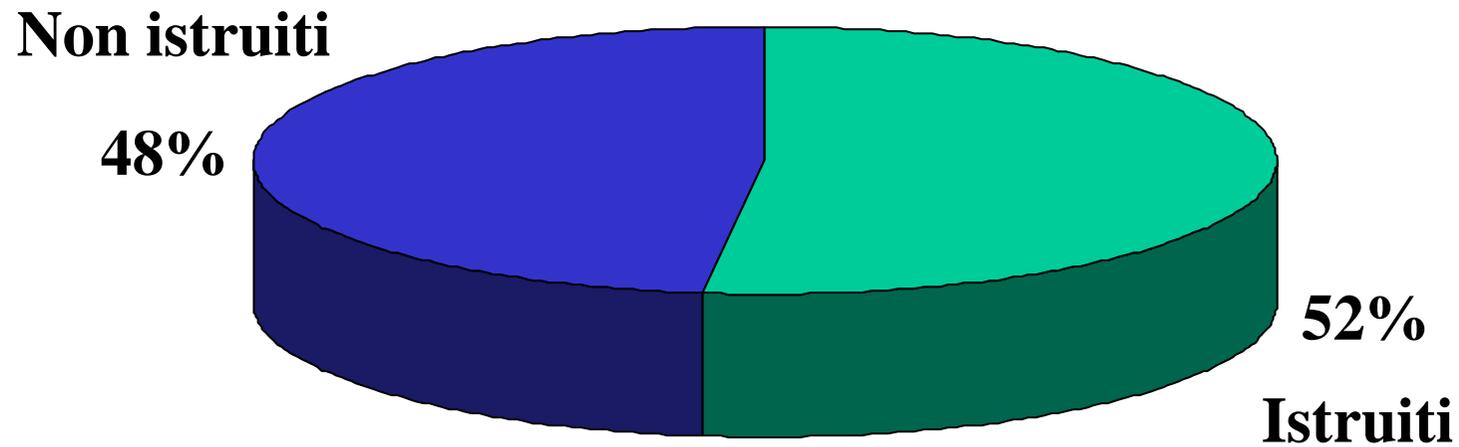
**31%**



**Istruiti**

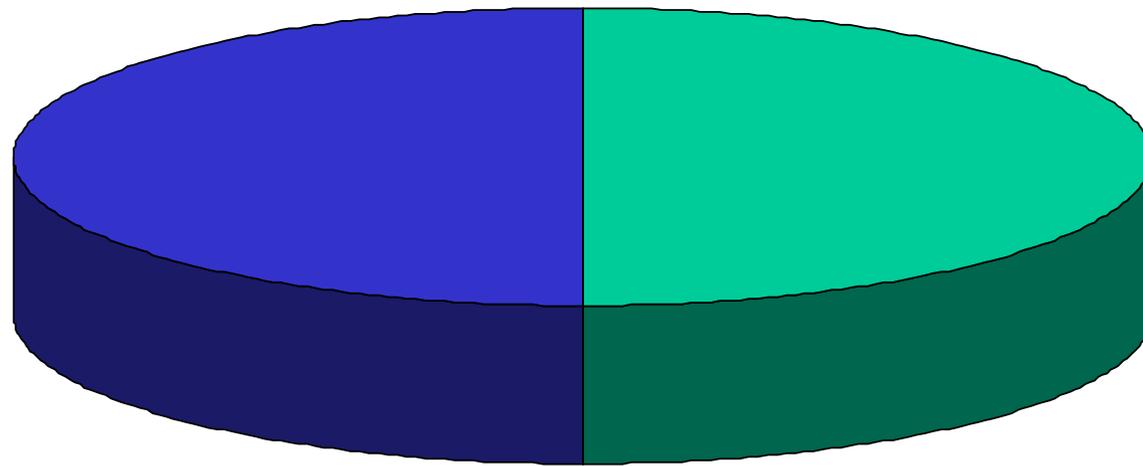
(Studio QUADRI [www.epicentro.it](http://www.epicentro.it))

# Consigli sull'alimentazione



(Studio QUADRI [www.epicentro.it](http://www.epicentro.it))

# Consigli sull'autoispezione dei piedi

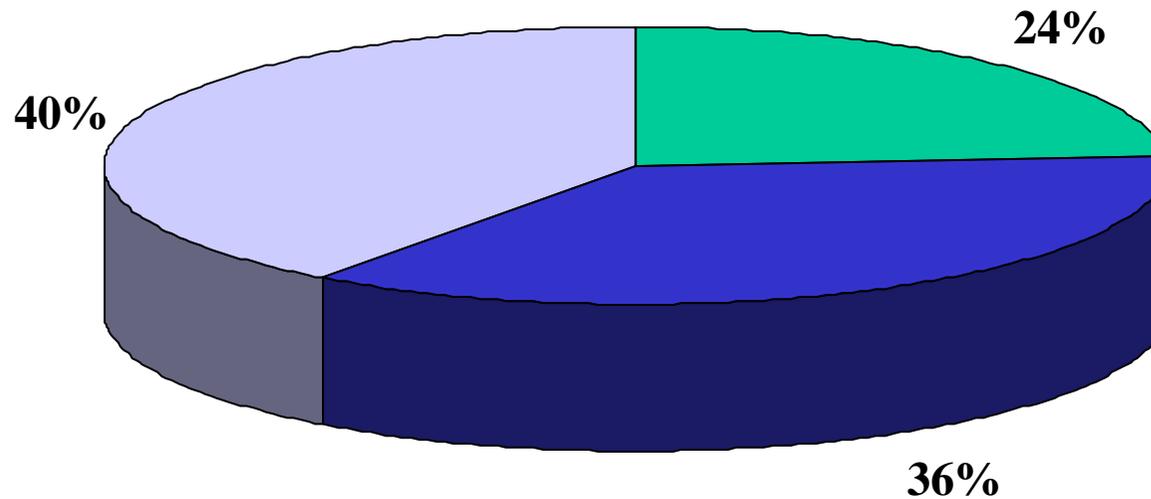


**Non istruiti**

**Istruiti**

(Studio QUADRI [www.epicentro.it](http://www.epicentro.it))

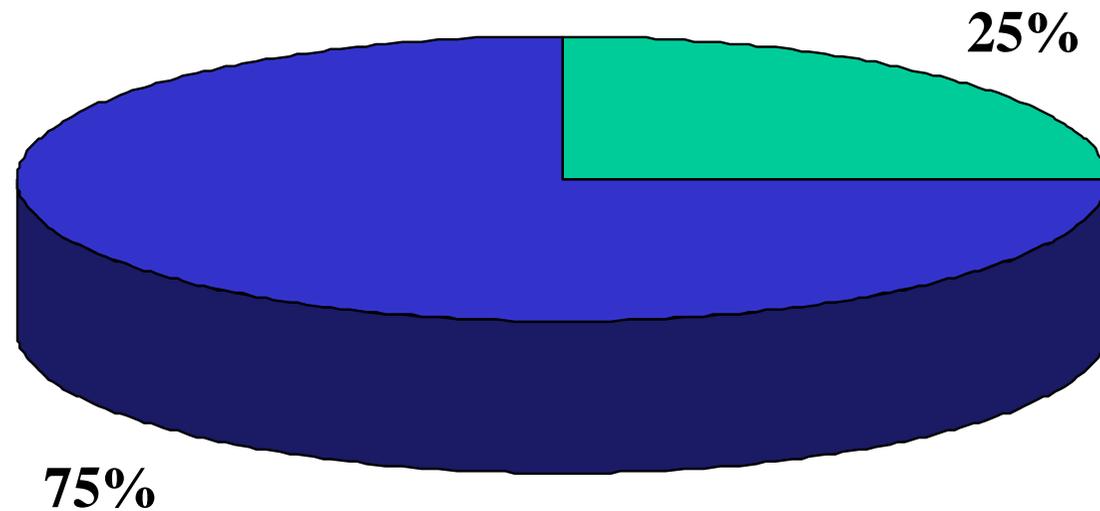
# Autoispezione piedi



■ tutti i giorni   ■ saltuariamente   ■ <1 volta/mese

(Studio QuED Diabetes Care 2004, Vol 27 p 286-287)

# Visita dei piedi in neuropatici



■ ad ogni visita ■ mai o saltuariamente

(Studio QuED Diabetes Care 2004, Vol 27 p 286-287)

# Cronicità vs acuzie

<b>Affermazioni</b>	<b>Media %</b>	<b>DS</b>
<b>L'atteggiamento corretto nella relazione di cura della persona con diabete è quello paternalistico</b>	<b>92</b>	<b>13</b>
<b>La malattia cronica e quella acuta richiedono un approccio clinico totalmente differente</b>	<b>84</b>	<b>18</b>
<b>Il modello relazionale corretto tra operatore sanitario e persona con diabete è quello collaborativo</b>	<b>81</b>	<b>16</b>
<b>Di fronte ad un paziente in fase psicologica di rivolta il curante deve assumere un atteggiamento direttivo</b>	<b>73</b>	<b>25</b>

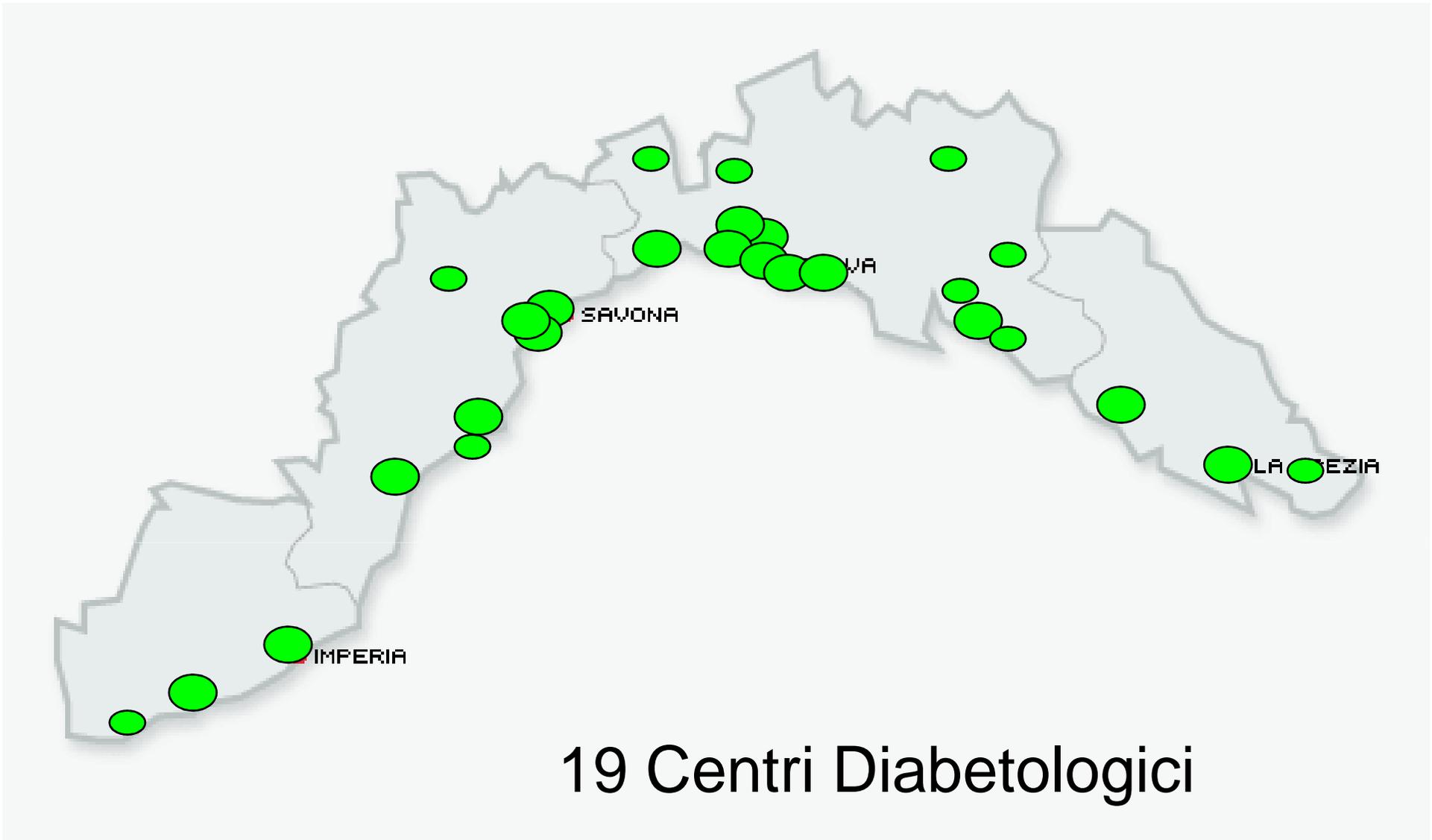
# Applicazione dell' ET

<b>Affermazioni</b>	<b>Media %</b>	<b>DS</b>
<b>Nella mia pratica clinica, per facilitare l'espressione del paziente, utilizzo frequentemente il silenzio</b>	<b>61</b>	<b>27</b>
<b>Applico i principi dell'educazione terapeutica nella mia pratica clinica</b>	<b>60</b>	<b>29</b>
<b>Nella mia pratica clinica con la persona con diabete applico frequentemente la riformulazione</b>	<b>55</b>	<b>26</b>



# Riconoscimento dell'autonomia del paziente

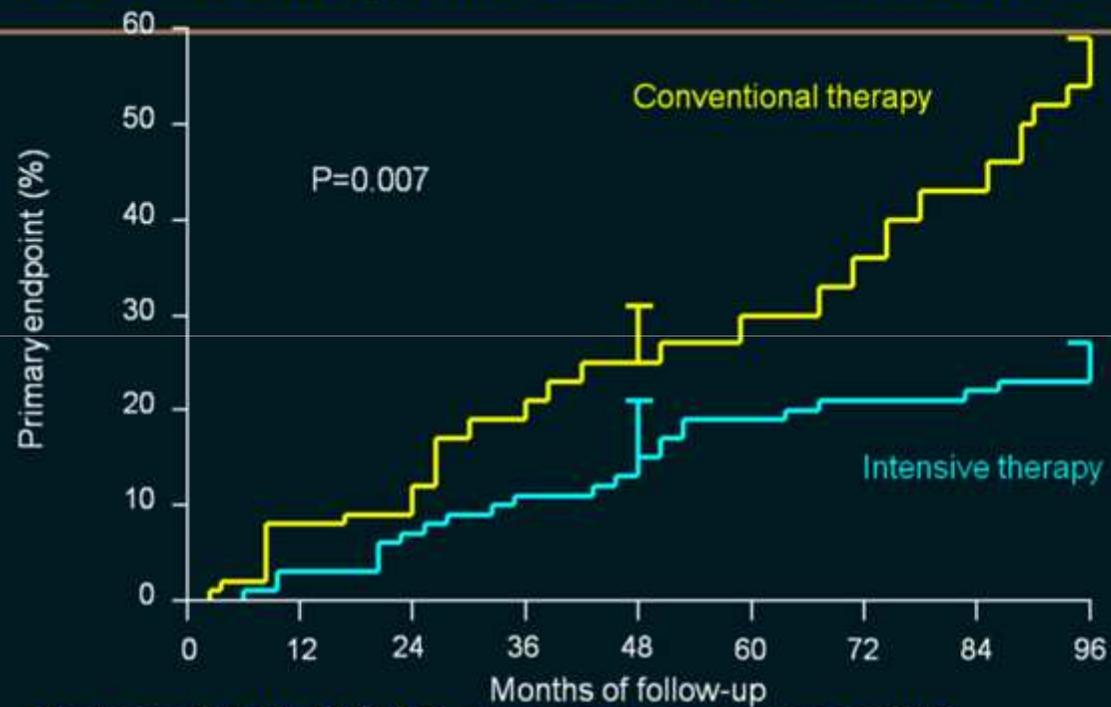
<b>Affermazioni</b>	<b>Media %</b>	<b>DS</b>
<b>La responsabilità della cura del diabete è del paziente</b>	<b>43</b>	<b>12</b>
<b>Per il bene dei miei pazienti diabetici la cosa più importante è che io abbia una buona conoscenza biomedica</b>	<b>35</b>	<b>22</b>



+ 16 Ambulatori distaccati



## Steno-2 Study in T2 DM: CV Outcome\*



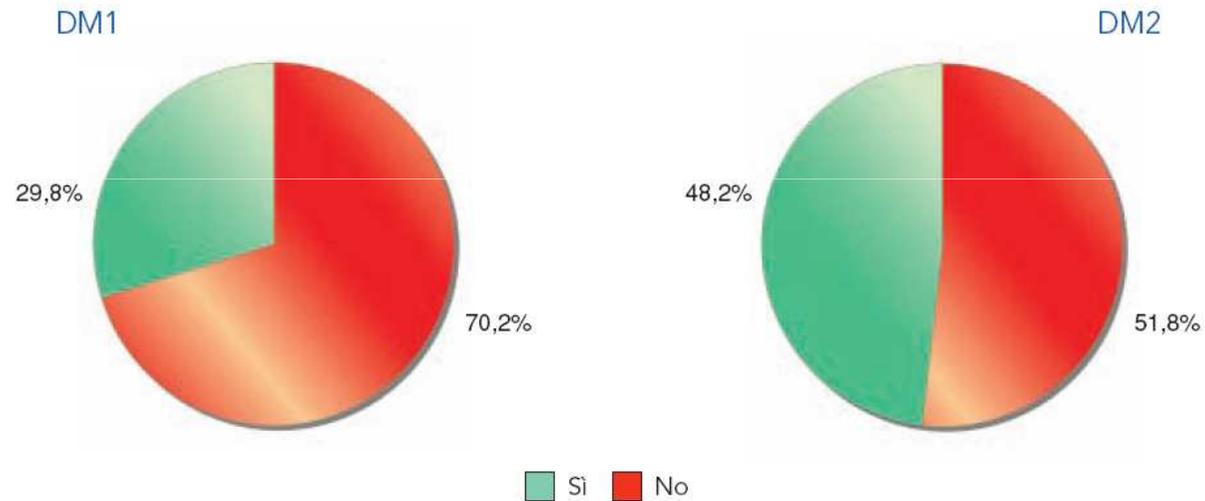
\*Death from CVD, MI, CABG, PCI, stroke, amputation, or surgery for PAD

Gæde P et al *N Engl J Med*

2003;348:383-393.

# AMD Annali 2008

Soggetti con HbA1c  $\leq 7,0\%$



STANDARD ITALIANI  
PER LA CURA DEL  
DIABETE MELLITO  
2009-2010X. STRATEGIE PER IL MIGLIORAMENTO  
DELLA CURA DEL DIABETE

In diversi contesti clinici l'attuazione sistematica degli standard di cura del diabete è risultata essere inadeguata. I dati pubblicati sugli *Annali AMD* 2008 dimostrano, ad esempio, che una valutazione del profilo lipidico è eseguita solo in circa il 71% dei soggetti, che la pressione arteriosa è valutata solo nel 75%, che la nefropatia è monitorata solo in circa il 50% e che il piede viene valutato solo nel 30% dei soggetti a rischio. Gli indicatori di esito intermedio evidenziano che l'obiettivo per la HbA<sub>1c</sub> è raggiunto nel 29,8% dei diabetici di tipo 1 e nel 48,2% del tipo 2, quello per il colesterolo LDL nel 38,4% del tipo 1 e nel 39,7% del tipo 2, quello per la pressione arteriosa nel 64,3% del tipo 1 e nel 38,7% del tipo 2.

È verosimile che la causa principale dei livelli di cura inadeguati sia da ricercare nel sistema di erogazione dei servizi, troppo spesso frammentario, che difetta nelle capacità di informazione clinica, spesso duplica i servizi e, infine, non è progettato per l'erogazione di cure per patologie croniche. Nella prospettiva di intervenire su queste problematiche sono attivi in Italia il *Piano Nazionale per le Linee-guida* e il *Piano Nazionale per la Prevenzione*. In questo ambito il Progetto IGEA (*Integrazione, Gestione, Assistenza*) mira a organizzare la rete collaborativa per l'assistenza diabetologica fra Medicina Generale e Servizi Specialistici, attraverso anche l'applicazione di linee-guida organizzative mirate basate sulle prove.

Per garantire questo tipo di trattamento nei pazienti con malattie croniche, come il diabete, e per migliorare la performance dei pazienti a un'adeguata autogestione, la collaborazione all'interno del team multidisciplinare dovrebbe essere potenziata. In questi ultimi anni, numerose organizzazioni sanitarie hanno sviluppato strategie per migliorare la cura del diabete. Gli interventi efficaci sono stati focalizzati a livello degli operatori sanitari, dei sistemi di erogazione e dei pazienti. Le caratteristiche di alcuni di questi interventi di successo pubblicati in letteratura includono:

- ▶ Il miglioramento dell'educazione degli operatori sanitari sugli standard di cura attraverso programmi educativi formali e informali.
- ▶ La promozione dell'educazione all'autogestione del diabete, che si è dimostrata efficace nell'aumentare l'aderenza agli standard di cura.
- ▶ L'adozione di linee-guida pratiche che vedano partecipi nel processo di definizione tutti i professionisti

della salute. Le linee-guida dovrebbero essere facilmente accessibili nei posti di lavoro, come sulla cartella del paziente, nelle stanze di visita, in schede tascabili, sui palmari e sulle reti di computer degli ambulatori. Le linee-guida dovrebbero essere precedute da una sintesi delle principali raccomandazioni che indichino al sanitario il "cosa fare" e il "come".

- ▶ L'utilizzo di check-list, che rispettino le linee-guida. Questo metodo si è dimostrato efficace nel migliorare l'aderenza agli standard di cura.
- ▶ La modifica dei sistemi di registrazione e documentazione dei processi, come la disponibilità di promemoria automatici per i sanitari e i pazienti e degli indicatori di risultato per gli operatori, in particolare modo per l'identificazione di soggetti a rischio a causa del mancato raggiungimento degli obiettivi del trattamento o la mancanza di dati registrati.
- ▶ L'adozione di programmi di miglioramento della qualità che combinino i cicli di analisi e verifica della qualità con interventi sulla base dei dati di performance degli operatori.
- ▶ La modifica di alcuni aspetti della pratica clinica, come, ad esempio, il raggruppamento delle visite dedicate al diabete in momenti specifici all'interno di un programma di medicina generale o/o l'organizzazione di visite con diversi operatori sanitari nello stesso giorno e in gruppo.
- ▶ L'adozione di sistemi di individuazione prospettica delle persone che necessitano di valutazioni o/o di modificazioni del trattamento – sia con cartelle cliniche elettroniche sia con registri dei pazienti – si è rivelato uno strumento utile per aumentare l'aderenza agli standard di cura. Questi sistemi potrebbero probabilmente avere una maggiore efficacia qualora suggerissero anche specifici interventi terapeutici (1).
- ▶ L'utilizzo di diversi sistemi non automatizzati, come il promemoria postale al paziente, gli autoadesivi in cartella e diagrammi di flusso delle cure si sono dimostrati di stimolo sia per i medici sia per i pazienti.
- ▶ La disponibilità di programmi di cura dedicati a uno specifico caso o (preferibilmente) a uno specifico trattamento, normalmente prestati da un'infermiera. Si sono dimostrati utili i contributi di infermieri, farmacisti e

## X. STRATEGIE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA CURA DEL DIABETE

- ▶ Il miglioramento dell'educazione degli operatori sanitari sugli standard di cura attraverso programmi educativi formali e informali.
- ▶ La promozione dell'educazione all'autogestione del diabete, che si è dimostrata efficace nell'aumentare l'aderenza agli standard di cura.
- ▶ L'adozione di linee-guida pratiche che vedano partecipi nel processo di definizione tutti i professionisti

## X. STRATEGIE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA CURA DEL DIABETE

- ▶ La modifica dei sistemi di registrazione e documentazione dei processi, come la disponibilità di promemoria automatici per i sanitari e i pazienti e degli indicatori di risultato per gli operatori, in particolar modo per l'identificazione di soggetti a rischio a causa del mancato raggiungimento degli obiettivi del trattamento o la mancanza di dati registrati.
- ▶ L'adozione di programmi di miglioramento della qualità che combinino i cicli di analisi e verifica della qualità con interventi sulla base dei dati di performance degli operatori.

- ▶ La modifica di alcuni aspetti della pratica clinica, come, ad esempio, il raggruppamento delle visite dedicate al diabete in momenti specifici all'interno di un programma di medicina generale e/o l'organizzazione di visite con diversi operatori sanitari nello stesso giorno e in gruppo.
- ▶ L'adozione di sistemi di individuazione prospettica delle persone che necessitano di valutazioni e/o di modificazioni del trattamento – sia con cartelle cliniche elettroniche sia con registri dei pazienti – si è rivelato uno strumento utile per aumentare l'aderenza agli standard di cura. Questi sistemi potrebbero probabilmente avere una maggiore efficacia qualora suggerissero anche specifici interventi terapeutici (1).
- ▶ L'utilizzo di diversi sistemi non automatizzati, come il promemoria postale al paziente, gli autoadesivi in cartella e diagrammi di flusso delle cure si sono dimostrati di stimolo sia per i medici sia per i pazienti.

## X. STRATEGIE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA CURA DEL DIABETE

altri sanitari non medici in grado di utilizzare dettagliati algoritmi sotto la supervisione di un medico e/o di un infermiere educatore. Analogamente, interventi di dietisti esperti in diabetologia hanno dimostrato di poter migliorare il controllo glicemico.

- ▶ La disponibilità e il coinvolgimento con l'assistenza medica generale di consulenti esperti, come i consulenti diabetologi e gli educatori.

L'evidenza suggerisce che queste singole iniziative svolgano nel modo migliore il loro ruolo quando sono disponibili

come singole componenti di un intervento multifattoriale. È quindi difficile valutare il contributo di ogni singola componente; in ogni caso, è chiaro che la gestione ottimale del diabete richiede un approccio organizzato e sistematico e il coinvolgimento di un team coordinato di operatori sanitari.

### Bibliografia

1. O'Connor PJ: Electronic medical records and diabetes care improvement: are we waiting for Godot? (Editorial). *Diabetes Care* 2003;26:942-943.

**MANDATO ISTITUZIONALE !!!**

RECUPERARE UNA IMMAGINE  
“SPECIALISTICA”

ANDARE OLTRE LA  
“VISITA”

# ANDARE OLTRE LA “VISITA”

- CORSI DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA



# ANDARE OLTRE LA “VISITA”

- CORSI DI E.T.
- TELEMEDICINA



EuroTouch DID Italia

## DIARIO INTERATTIVO del DIABETE

122

METEDA

Attivazione bolus calculator

Peso

Setup

Gnocchi di patate al pomodoro 120 g



42.8 CHO

(Carico Glicemico 24)

Aggiungi

Modifica

Quantità

Dettagli

Indietro

Indietro

Dose di insulina pronta consigliata

1.8

ATTENZIONE! Il bolo insulinico calcolato non costituisce una prescrizione medica o terapeutica. Le consigliamo, quindi, di consultarsi con il Suo diabetologo per qualsiasi chiarimento o per ricevere conferma della validità del presente risultato

Accetta

Rifiuta

Dettagli

# ANDARE OLTRE LA “VISITA”

- CORSI DI ET
- TELEMEDICINA
- DIAGNOSTICA STRUMENTALE





x

In bocca al lupo !!

