



***"La presa in carico del  
paziente diabetico:  
significato di cronicità"***

**GRAVEDONA, 28 SETTEMBRE 2012**

**Dr. Massimo Michelini  
Diabetologia Montecchio Emilia  
AUSL RE**

Lo scenario:

XX secolo, le malattie croniche protagoniste

- ✓ **Malattie acute :** **10%**
- ✓ **Traumi:** **15%**
- ✓ **Malattie croniche** **75%**



## La cronicità è un problema perché:

Le malattie croniche costituiscono circa l'80% di tutte le patologie e il 70% dei costi diretti della sanità. Sono aggregati di patologie (*necessaria interdisciplinarietà*)

**MANCATA ADESIONE ALLA TERAPIA  
(50% dei pazienti)**

# Il carico crescente delle malattie croniche

- Invecchiamento della popolazione
- Aumento dei fattori di rischio: fumo, cambiamenti dell'alimentazione, aumentata inattività, inquinamento atmosferico
- Miglior trattamento delle malattie croniche e delle complicanze correlate

# DEFINIZIONE DI MALATTIA CRONICA

- PROBLEMA SOCIALE
- STORIA NATURALE NOTA
- STADIO PRECLINICO DURANTE IL QUALE PUO' ESSERE DIAGNOSTICATA
- INIZIO TRATTAMENTO DOPO DIAGNOSI PRECOCE HA VANTAGGI MAGGIORI RISPETTO A QUANDO NON VIENE FATTO
- ESISTONI TEST DIAGNOSTICI PER FARE DIAGNOSI IN FASE PRECLINICA, AFFIDABILI ED ACCETTABILI

Center Disease Control - Atlanta

# DMT2

PATOLOGIA CRONICA  
EVOLUTIVA

SECREZIONE INSULINICA-INSULINORESISTENZA

COMPLICANZE MICRO-MACROVASCOLARI

RISCHIO GLOBALE

## ➤ EPIDEMIOLOGIA

andamento esponenziale, **epidemico**;

pesanti **ricadute economiche** sulle politiche sanitarie;

necessità di individuare **modelli assistenziali adeguati**;

# LA MALATTIA ACUTA

## MALATTIA

- segni e sintomi bruschi ed evidenti
- l'evento acuto è rischioso
- urgenza di diagnosi e trattamento
- ci si occupa dell'essenziale

## PAZIENTE

- sta male
- collabora passivamente
- è riconoscente e nutre ammirazione
- superata l'acuzie dimentica l'episodio

## TRATTAMENTO

- standardizzato, non personalizzato
- dura poco
- è in stretto rapporto con l'evento acuto
- è *sulle spalle* del medico

## MEDICO

- consapevole della sua efficacia professionale
- concentrato su aspetti specifici
- è indiscutibile gestore di diagnosi e trattamento
- non ha più legami con il paziente superata l'acuzie



## ➤ **EVOLUZIONE**

così come **alcune** patologie ad esordio acuto, in passato con prognosi infausta, ora sono “diventate” croniche, il diabete è malattia cronica, con necessità di continuo e periodico follow up, le cui complicanze possono diventare acute, anche se le stesse ne rappresentano l'evoluzione spesso inevitabile;

## ➤ **PROGNOSI**

**possibilità di guarigione con “restitutio ad integrum”** // percorso evolutivo inevitabilmente diretto verso il peggioramento dove la “non comparsa” delle complicanze viene visto come la migliore delle prognosi;

➤ **IL TEMPO di malattia**

**inizio ed una fine** // si può evidenziare un inizio, non sempre con precisione (esordio o diagnosi), non guarigione, ma “stabilizzazione”;

➤ **TEMPO dedicato dal pz alla sua malattia**

**atteggiamento passivo, di “attesa”** // quotidiana “convivenza” con la malattia;

## ➤ **LA RELAZIONE** rispetto alla patologia

**l'evento acuto, e spesso anche l'esordio della malattia cronica, è vissuto come qualcosa che è “capitato addosso” // il pz deve accettare la malattia e farsi carico attivamente della gestione della stessa;**

## ➤ **LA RELAZIONE** con il Curante.

**e il pz si mette “nelle mani” del curante // insieme al curante con cui viene stipulato un “contratto di cura”**

## ➤ **MODELLO DI CURA da biomedico a psico-sociale**

**diagnosi sui sintomi/segni del paziente //**  
dimensione collettiva, il vissuto e il “non detto”  
(paure, ansie, bisogni, false credenze, necessità  
sociali, “vergogne”, aspettative, preconcetti), i bisogni  
legati alla persona, ai familiari, al lavoro, al futuro

## ➤ **PATOLOGIA “silente”**

cura di **numeri**” (glicemie, HbA1c, automonitoraggio)  
non cura dei sintomi, perché spesso i sintomi non ci sono o sono sfumati e solo quando sono presenti **complicanze** si percepisce il diabete come “vera” malattia;

>>diagnosi, ipoglicemie, complicanze, malattie intercorrenti, patologie associate

## ➤ TERAPIA “difficile”

scarsa aderenza alla terapia di base, dieta ed attività fisica terapie **semplice**, senza effetti collaterali, ma in realtà “**difficili**” da attuare in assenza di dolore ed presenza di ostacoli culturali

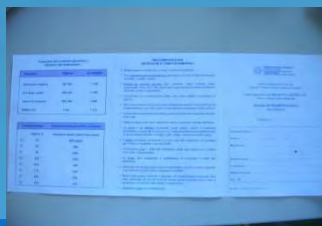
# CORRELAZIONE HbA1c E GLICEMIA / AUTOCONTROLLO

➤ Poter convertire e correlare un valore di HbA1c in un equivalente di glicemia media potrebbe migliorare la comprensione e l'interpretazione del risultato stesso dell'HbA1c (e anche di malattia)

➤ Nei pz diabetici...l'autocontrollo glicemico è una componente indispensabile della gestione della malattia diabetica sia per raggiungere gli obiettivi terapeutici sia per ridurre il rischio di ipoglicemie gravi. (Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)

	HbA1c %	Glicemia media
• ☹	13	350 mg/dl
• ☹	11	280
• ☹	10	250
• 😐	9,0	215
• 😊	8,0	180
• 😊	7,0	150
• 😊	6,5	135
• 😊	6,0	115

DATA	PRIMA DI COLAZIONE	2 ORE DOPO COLAZIONE	PRIMA DI PRANZO	2 ORE DOPO PRANZO	PRIMA DI CENA	2 ORE DOPO CENA	PRIMA DI CORICARSI
02/04/10	84	120					
05/04/10			125	196			
09/04/10					75	230	
13/04/10	140	163					
			x	x			
					x	x	



➤ L'autocontrollo glicemico continuativo, con frequenza e modalità diverse, è utile per la persona con diabete tipo 2 insulino-trattato. (Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)

## ➤ **VISSUTO del paziente**

- **CONOSCE LA MALATTIA, LA INTERPRETA**
- **COME VIVE LA MALATTIA E LA VISITA**
- **COSA SI ASPETTA DALLA VISITA, DAL MEDICO, DAL FUTURO**
- **CAREGIVER, CONSEGUENZE MALATTIA IN CONTESTO SOCIALE**



# A) IDEA, INTERPRETAZIONE:

CONOSCE LA MALATTIA o LA INTERPRETA?

valori nella norma e sospendo terapia // capisce che la  
scende glicemia dopo corsa

## B) SENTIMENTO:

### COME VIVE LA MALATTIA E LA VISITA

- trasforma in “patologia acuta” (abbandona il Servizio)
- rimuove la patologia (“non mangio niente”)
- sfida se stesso (“mangio ciò che voglio”)
- sfida il medico (digiuno prima della visita, falsifica autocontrolli)
- associazione di comportamenti ossessivi
- esteriorizza malattia (le feste, “nervoso”)
- sensi di colpa (ricadute)
- sindrome dell’ ”ultima sigaretta”

## C) ASPETTATIVE, DESIDERI:

### COSA SI ASPETTA DALLA VISITA, DAL MEDICO, DAL FUTURO

- medico non “alleato”, ma “controllore”
- la visita non per avere consigli, ma “occasione” di scoperta di ricadute
- desiderio di non fare o non fare più l’ insulina
- desiderio guarigione dalla malattia

## D) CONTESTO:

### CAREGIVER, CONSEGUENZE MALATTIA IN CONTESTO SOCIALE

- maggior importanza alla responsabilità individuale / delegare la gestione della malattia al coniuge
- non esce a cena per insulina; problemi con il datore di lavoro e le visite di controllo; mangiare in mensa

- **PRE-CONTEMPLATIVO**: NON CONSAPEVOLE  
NECESSITA' DI CAMBIAMENTO
- **CONTEMPLATIVO**: SI RENDE CONTO DEL  
PROBLEMA, MA NON SA COSA FARE
- **AZIONE**: LAVORO COL PZ. PERCHE' PRODUCA  
CAMBIAMENTO
- **RICADUTE** (forte stress)
- **MANTENIMENTO** (aiuto sociale)

**PRIMA DI DARE INFORMAZIONI CONOSCERE IL VISSUTO DEL PZ.**

**MOTIVARE IL PZ. ASINTOMATICO**

quello che si può ottenere in “quel” momento  
nella vita di “quel” paziente

“negoziazione”

“medicina degli equilibri”

**Il modello diabete: la malattia cronica tra il mondo dei numeri e il mondo  
dell'uomo C.A. Lovagnini-Scher**

## ➤ **EDUCARE E FORMARE il pz ad essere al “centro del gioco”**

- incontro **periodico** con lo specialista e MMG;
- specialisti e professionalità **diverse**;
- **complicanze** che portano il paziente ad una dimensione ed ambiente “per acuti”, l’ospedale;
- il paziente **deve essere messo in grado** di correggere difetti ed errori che possono incorrere in un processo condiviso, ma spesso “diviso” fra diversi professionisti.

*Accettazione Attiva della malattia; assumersi e condividere la  
Responsabilità della terapia e del suo stato di salute.*

## ➤ EDUCARE FORMARE il Curante

- organizzazione in **team** in cui siano note, dichiarate e condivise responsabilità, ruoli e compiti di tutti i diversi attori del sistema;
- dimensione multidisciplinare e interdisciplinare; presenza di **procedure e verifiche**;
- attenzione alla **relazione** tra i diversi componenti del team di cura;
- rischio globale;
- **educazione**

 dal “prodotto” buono alla ricaduta del proprio “prodotto” sul risultato finale



# Cura della malattie acute e croniche

- La gestione della diagnosi e della terapia delle malattie acute e la cura del paziente con patologia cronica richiedono **due impostazioni cliniche molto differenti**
- Gli operatori sanitari che se ne occupano devono possedere **due identità professionali ben distinte**

“Considerazioni sui metodi della medicina convenzionale”

J.P. Assal, A. Golay

# Cura della malattia acuta

- Pronto ad intervenire
- Consapevole della sua efficacia personale
- Concentrato sugli aspetti specifici della situazione acuta
- Capace di decidere sull'approccio diagnostico e la scelta terapeutica

L'intervento ha una durata limitata nel tempo e si conclude con la risoluzione del problema di salute

# Malattia cronica -OMS

- Procura **invalidità di vario grado**; è dovuta a cause non reversibili;
- Necessita di **consistenti periodi di controllo**, di osservazione e di cura sia a domicilio sia in ambiti specialistici;
- E' un'esperienza che include anche **l'impatto sulla vita di ogni giorno**, il danno a funzioni necessarie per svolgere il proprio lavoro, il cambiamento delle prospettive future del malato, una pesante influenza sul suo patrimonio economicoLa cura della persona affetta da patologia cronica **non ha come esito la guarigione**;
- Si può superare una fase, uscire da un episodio, **compensare una situazione alterata**, rendere la malattia compatibile con un determinato livello di richiesta funzionale.
- La cura è il risultato di interventi che permettano di raggiungere la **migliore funzione residua possibile** e più accettabile la **convivenza con la malattia cronica**.

# Cura della malattia cronica

- Rappresenta **un evento traumatico** nella vita della persona, che incide fortemente sulla qualità di vita e sul benessere soggettivo, in quanto altera la prospettiva di un futuro
- Per accettare, reagire, affrontare e convivere **con la sua malattia**, la persona deve attribuire un senso alla sua condizione, al suo mondo e alla sua vita;
- Seguire un paziente affetto da una malattia cronica implica una **modifica profonda del rapporto** tra operatore sanitario, malattia e paziente
- La terapia tecnologicamente più avanzata può diventare poco efficace **se il paziente non è coinvolto nella gestione della malattia**

# Il modello tradizionale del rapporto medico-paziente entra in crisi: **il medico**

- NON SOLO prescrive il trattamento e controlla **la malattia indirettamente**; deve seguire **la malattia nella fase silente**; deve essere attento **nella gestione delle complicanze**

Ma SOPRATTUTTO

- La malattia **non può essere guarita**
- La prescrizione terapeutica non è limitata nel tempo e il trattamento coinvolge aspetti relativi **allo stile di vita** (*dieta, attività fisica*)
- La **partecipazione** al percorso terapeutico è indispensabile

# Modello prescrittivo (direttivo, paternalistico)

- Tale modello corrisponde a quello **tradizionale** ed acquisito nella formazione accademica
- **Il medico possiede le conoscenze** decidendo cosa è meglio per il paziente
- Il paziente è in stato **di dipendenza totale dal medico**

# RELAZIONE EFFICACE

Le qualità necessarie per cogliere tale complessità psicologica e relazionarsi con le persone in modo efficace, secondo **Carl Rogers**, sono:



Rispetto

Empatia

Congruenza

# Il paziente: aderenza alla cura è un problema di consapevolezza

## Il ruolo del paziente è quello di:

- 1) **sapere** che la malattia può determinare complicanze anche gravi
- 2) **essere convinto** degli effetti benefici del trattamento
- 3) **pensare** che i benefici controbilanciano gli svantaggi della terapia
- 4) assumersi e condividere la **responsabilità** della terapia e del proprio stato di salute



# L'adesione del paziente al trattamento rappresenta

## Il prodotto costruito da:

- pazienti
- dagli operatori sanitari
- dal contesto sociale nel quale il paziente vive e si cura

# Relazione di cura

1) Bisogna avviare un cambiamento culturale riguardo al benessere fisico, mentale e sociale come obiettivo di ogni trattamento.

2) L'accesso ad informazioni sulla salute e la centralità della persona nel percorso di cura

**richiedono**

da parte dell'operatore sanitario un diverso modo di relazionarsi con il paziente e i suoi familiari

## TEAM CURANTE

- sceglie il trattamento negoziandolo
- deve gestire la malattia durante le fasi di quiescenza
- deve vigilare sulle complicanze
- deve saper riconoscere e trattare le possibili acuzie
- è responsabile ma non controlla

## PAZIENTE CRONICO

- non può guarire, ma può controllare
- deve adattare lo stile di vita al trattamento ed alla malattia
- deve accettare la perdita dell'integrità e di salute
- deve saper gestire i momenti di acuzie

## **EDUCAZIONE TERAPEUTICA**

- Motivazione
- Acquisizione conoscenze ed abilità pratiche
- Condivisione delle strategie di cura

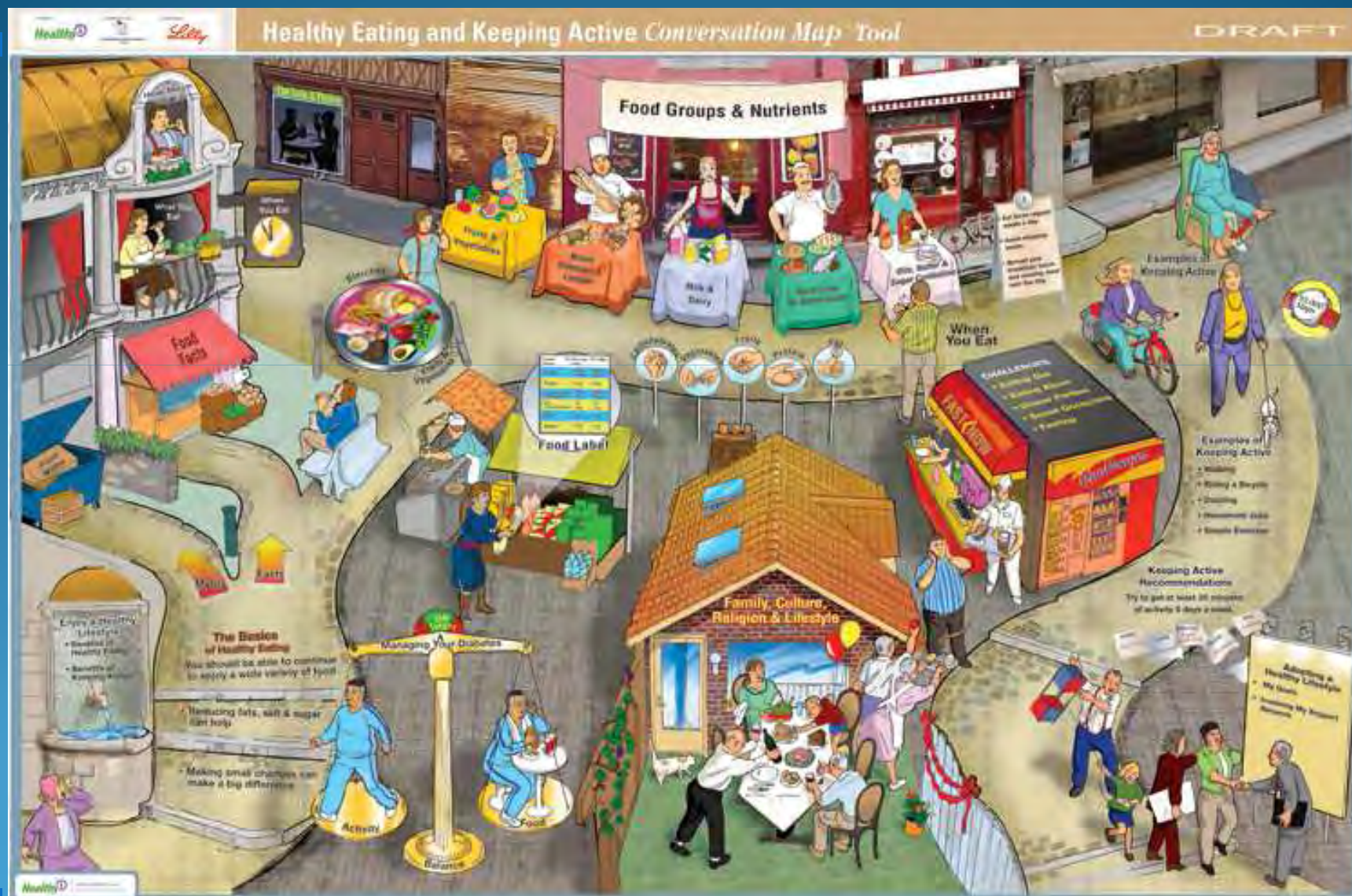
**PAZIENTE:**  
*Attore consapevole*

## **TEAM CURANTE** *Linguaggio comune*

- Riconoscere i ruoli e le capacità degli altri
- Lavorare per un risultato condiviso
- Saper verificare e gestire i cambiamenti

**TEAM DI CURA:**  
*Competenze organizzate*

# Diabetes Conversation™ Map **Mangia sano e fai attività fisica**



# Educazione di Gruppo mediante metodica di Conversation Maps

- Le **Conversation Maps** : “convivere con il diabete / cos'è il diabete / dieta equilibrata ed attività fisica”;
- uno **strumento interattivo** che pone il paziente al centro del processo educativo e, attraverso il suo coinvolgimento attivo, ne facilita l'apprendimento **migliorando la consapevolezza sulla malattia e l'aderenza alla terapia mediante il confronto diretto con altri pazienti,**
- Il "kit" delle conversazioni utilizza una serie di immagini e metafore riprodotte su pannelli per un vero e proprio gioco da tavolo; **seduti attorno al tavolo, con l'aiuto dei “facilitatori”** (infermiere, dietista, medici), i pazienti si raccontano leggendo le carte e parlando del loro vissuto, interagendo tra loro, con la "roadmap" della tovaglia come riferimento.

# Educazione di Gruppo mediante metodica di Conversation Maps

- 2 lezioni di **1h e 30 circa**; 1 volta alla settimana per 2 settimane consecutive; gestita principalmente da infermiere e dietista; **massimo 10-12** per stare comodamente intorno ad un tavolo e vedere la mappa in tutti i suoi lati;
- Nell'ultima giornata l'argomento dell'attività fisica direttamente "**sul campo**" ossia si portano i pazienti a fare una camminata di 30 minuti (1,5 Km circa) circa intorno alla zona dell'ospedale con stick glicemico pre e post camminata;

I pz da reclutare per l'ETS, dato che l'argomento principale è lo stile di vita, sono quelli da cui, ragionevolmente, si possa attendere una miglioramento della compliance metabolica indotta dai cambiamenti dello stesso

- ✓ pz in **prima diagnosi**;
- ✓ pz in solo in **trattamento dietetico** o in lieve tp ipoglicemizzante orali nel quadro del progetto di **Gestione Integrata** con i MMG in particolare nei pz in follow up biennale;
- ✓ pz sovrappeso e con **sindrome metabolica** dove la dieta ipoglicidica e ipocalorica e l'attività fisica possono meglio evidenziarne i benefici;
- ✓ pz dove è evidente **l'oscillazione del compenso metabolico** in modo periodico, e volte stagionale, legata a una incostante compliance alimentare;
- ✓ pz con bassi o addirittura normali valori glicemici preprandiali ed incremento della glicata per la presenza notevoli **escursioni glicemiche postprandiali**;



# risultati

	Glicemia pre	Glicemia post	Peso t=0	Peso t= 6 mesi	HbA1c t=0	HbA1c t= 6 mesi
Cmap			88,9	88,8	7,7	7,3
Cmap + att. fisica	143,6	104,9	91,44	80,8	8,4	8,0

# Relazione medico-paziente

- La creazione di una buona relazione medico-paziente costituiscono **elementi imprescindibili** per poter ottenere gli obiettivi terapeutici prefissati
- Gli interventi con il paziente risultano tanto più efficaci quanto più le **competenze tecniche si integrano con buone competenze relazionali** e con un'efficace gestione sul piano comunicativo

# ASSISTENZA INTEGRATA



# Una rete molto utile.....



# come abili direttori d'orchestra



*GRAZIE*

*PER LA VOSTRA*

*ATTENZIONE !!!!!*