

The background of the slide is a dark, monochromatic photograph of a sand garden. It features several concentric circles drawn in the sand, with a smooth, rounded rock resting in the center of the innermost circle. The lighting is soft, creating subtle shadows and highlights on the sand's surface.

# **Dall'empowerment della persona all'empowerment delle organizzazioni**

## **I bisogni di salute della persona con diabete**

**Nicoletta Musacchio**

**Centro di Integrazione cure Primarie e Specialistiche Cusano A.O.ICP Milano**

An aerial photograph of a massive crowd of people, densely packed and filling the entire frame. The individuals are wearing various colored clothing, creating a mosaic of colors. The text is overlaid on this image.

**246 million  
people**

An aerial photograph of a massive crowd of people, densely packed and filling the entire frame. The individuals are wearing various colored clothing, creating a mosaic of colors. The text is overlaid on this image.

**380 million  
people  
by 2025**

# **La buona ed accessibile cura criteri di EQUITA'**

**Corretta appropriata gestione delle terapie sempre  
più specifiche e degli strumenti sempre più  
tecnologici**

**Corretto stile di vita**

**Buona aderenza alla terapia**

**In un percorso articolato che dura nel tempo**

# I nodi fondamentali

## ➤ **Terapia Educativa:**

**Aderenza, motivazione, consapevolezza,  
autonomia**

*Attività assolutamente non riconosciute*

## ➤ **Le Risorse:**

**Multidisciplinarietà, governo nel lungo  
periodo, i modelli integrati**

*In un momento di crisi totale*



Aderenza,  
Motivazione

Reale  
Problema?

Reale  
Bisogno?

## Mechanisms of non-adherence

- She forgets taking her medication
- She's not motivated taking it

Reach

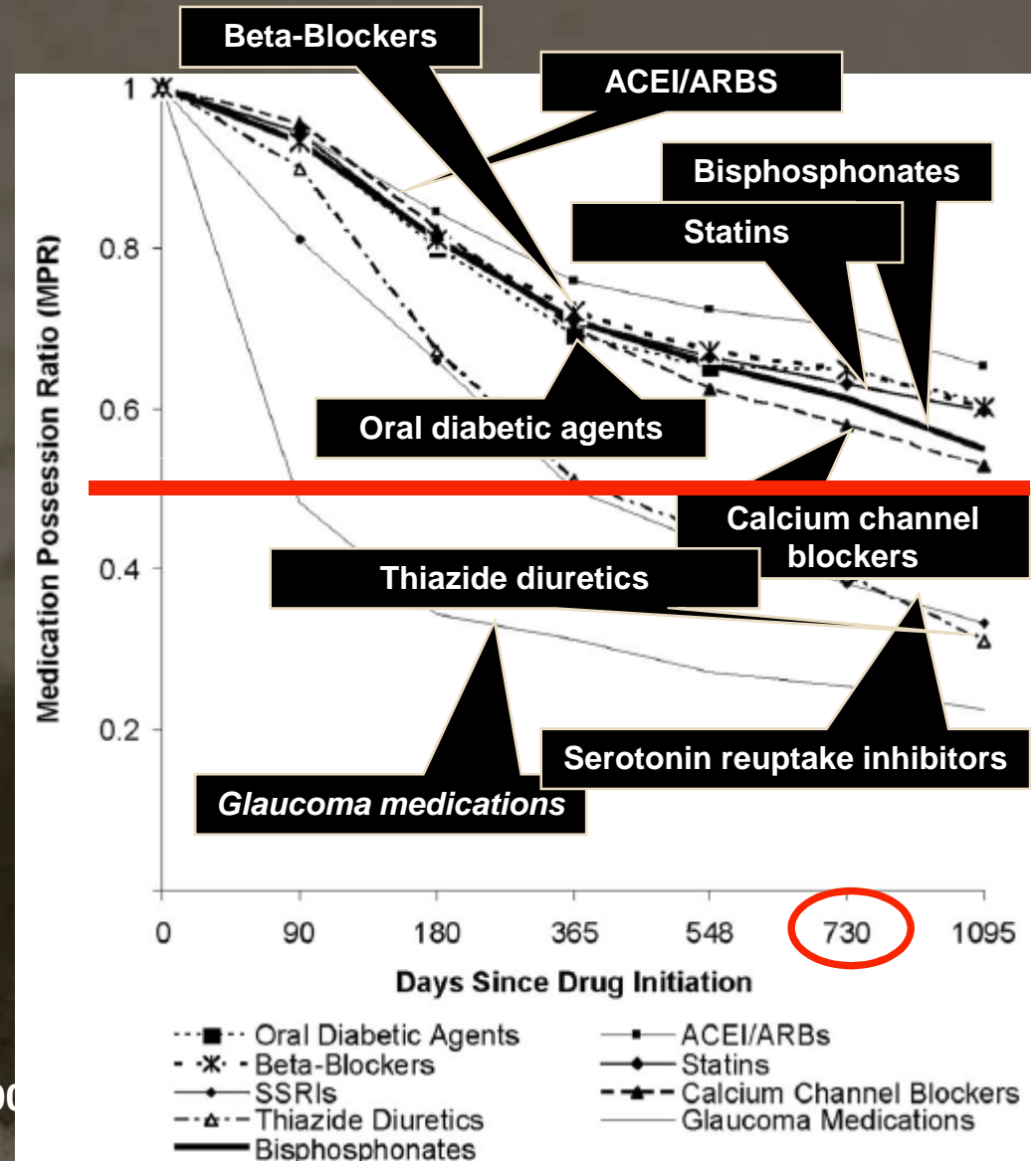
# Persistence to long term therapies : 50 % at two years

MPR = the ratio of the total days supply of medication that was dispensed divided by the number of days of the evaluation period

101.038 patients treated with bisphosphonates

38.205 took another medication

Curtis JR et al., Improving the prediction of medication compliance: the example of bisphosphonates for osteoporosis. *Med Care.* 2007;47:334-41



# Diabetes care

## Non-adherence, hospitalisation, death, and healthcare costs

In a multivariate analysis, **non-adherence** remained significantly associated with increased risks

- for **all-cause hospitalisation** ( $p=0.001$ )
- for **all-cause mortality** ( $p=0.001$ )

Ho PM et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2006;166:1836–1841

**Adherence** to diabetes therapy was found to be associated with a **decrease in healthcare costs**, mostly through a **decrease in hospitalisation**.

LeeWC et al. Prevalence and economic consequences of medication adherence in diabetes: a systematic literature review. *Manag Care Interface* 2006;19:31–41

Sokol MC et al. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care* 2005;43:521–530

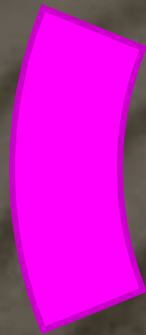
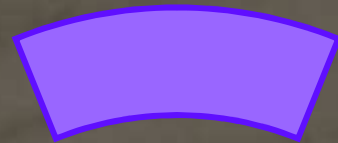
# Il percorso di cura

**INSEGNARE**

**MOTIVARE**

**LEGITTIMARE**

**ACCOMPAGNARE**





# L'unico strumento possibile ed a disposizione

World Health Organization  
Regional Office for Europe




## ***THERAPEUTIC PATIENT EDUCATION***

Continuing education programmes for healthcare providers  
in the field of prevention of chronic diseases

Report of a WHO Working Group

1998



## Il percorso del paziente

**Il patteggiamento tra i bisogni della malattia  
ed i bisogni del malato**

*Nicoletta Musacchio 1999*

# La Rete possibile

## Le risorse a disposizione



# I Diversi Tempi

T' 0 e ogni 12/24 mesi  
Stabilizzazione e acuzie  
controllo processo di empowerment

3/6 mesi  
Educazione  
follow up regolare

Specialista

Team

Scambio dati

Telemedicina

Paziente

MMG

Ogni 6/12 mesi  
Gestione e controllo nel nel lungo periodo

Lavoro originale

# Impatto di un modello di cura delle patologie croniche basato sul *patient empowerment* per il controllo del diabete di tipo 2: effetti del programma SINERGIA

## RIASSUNTO

In Italia sono applicati diversi chronic care models nel diabete, ma mancano dati sulla loro resa. I pazienti con diabete di tipo 2, non insulino-trattati seguiti dal servizio di diabetologia di Cusano Milanino, raggiunto un buon compenso metabolico, vengono inseriti in un percorso educativo strutturato noto come "modello SINERGIA", basato sull'empowerment e gestito da diabetologi, infermieri e dietisti. In assenza di acuzie, il paziente è il case manager di se stesso e, mentre si riduce il numero di incontri con il diabetologo, si valorizza il ruolo del team e si sfrutta la telemedicina in modo efficiente. Per valutare l'efficacia dell'approccio, sono stati confrontati alcuni indicatori calcolati nell'anno precedente (baseline) e nel periodo successivo all'avvio del percorso, usando modelli gerarchici di regressione lineare per misure ripetute aggiustati per correlazione intra-paziente e cadenza non uniforme tra le visite per i diversi soggetti. Sono stati analizzati 1004 pazienti (54,1% maschi) con età (media  $\pm$  deviazione standard) di  $66,6 \pm 6,2$  anni, durata del diabete di  $10,8 \pm 7,7$  anni, BMI di  $29,5 \pm 4,8$  kg/m<sup>2</sup> e HbA<sub>1c</sub> di  $7,2 \pm 1,1\%$ ; il 72,9% era trattato con antipertensivi e il 32,7% con ipolipemizzanti. Dopo una mediana di follow-up di 12 mesi (range 6-24), la quota di soggetti con livelli di HbA<sub>1c</sub>  $\leq 7\%$  era passata da 32,7% a 45,8%, mentre quella con HbA<sub>1c</sub>  $\geq 9\%$  è diminuita da 10,5% a 4,3%. Parallelamente, la percentuale di pazienti con livelli di LDL  $< 100$  mg/dl è aumentata da 39,7% a 47,3%, mentre quella con LDL  $\geq 130$  mg/dl si è ridotta da 26,6% a 19,7%; per quanto riguarda il controllo pressorio, non sono state registrate sostanziali modifiche, a parte una lieve riduzione della quota di pazienti con livelli particolarmente elevati. Il miglioramento di questi parametri clinici è stato ottenuto nonostante il numero medio di visite per paziente/anno si sia ridotto da (mediana e range interquartile) 2,8 (2,3-3,4) a 2,3 (1,9-2,7). Pertanto, il modello SINERGIA si è rivelato efficace sul controllo metabolico e dei fattori di rischio e in grado di ridurre il carico assistenziale per il diabetologo, consentendogli di dedicare più tempo ai casi più complessi.

## SUMMARY

Impact of a chronic care model based on patient empowerment on the management of type 2 diabetes: effects of the SINERGIA program

N. Musacchio<sup>1</sup>, A. Giancaterini<sup>1</sup>,  
A. Lovagnini Scher<sup>1</sup>, C. Errichelli<sup>1</sup>,  
L. Pessina<sup>1</sup>, G. Salis<sup>1</sup>, F. Schivalocchi<sup>1</sup>,  
A. Nicolucci<sup>2</sup>, F. Pellegrini<sup>2</sup>, M.C. Rossi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UOS Integrazione Cure Primarie e Specialistiche, Azienda Ospedaliera ICP, Milano; <sup>2</sup>Dipartimento di Farmacologia Clinica ed Epidemiologia, Centro Studi e Ricerche AMD, Consorzio Mario Negri Sud, Santa Maria Imbario (CH)

Corrispondenza: dott.ssa Nicoletta Musacchio, Responsabile Unità Operativa Integrazione Cure Primarie e Specialistiche e Centro di Attenzione al Diabetico, Azienda Ospedaliera ICP Milano c/o Poliambulatorio Cusano Milanino, via Ginestra 1, Cusano Milanino, Milano  
e-mail: n.musacchio@hsgerardo.org

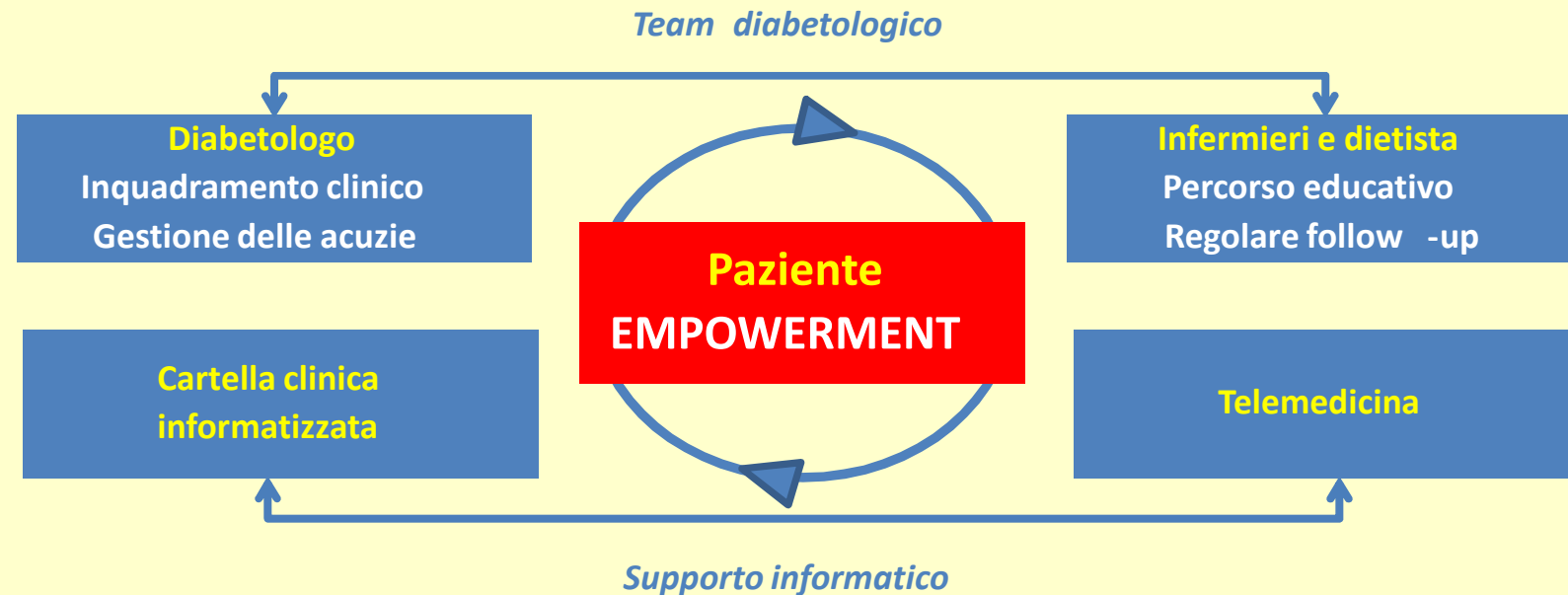
G H Diabetol Metab 2010;30:000-000

Pervenuta in Redazione il 01-10-2009  
Accettato per la pubblicazione il 31-03-2010

Parole chiave: chronic care model, empowerment, indicator di outcome intermedio

Key words: chronic care model, patient empowerment, intermediate outcome indicators

# AUTOCONTROLLO STRUTTURATO E RAGIONATO COME “COLLA” DEL SISTEMA



## **EMPOWERMENT**

- conoscere i target terapeutici da raggiungere
- riconoscimento di criticità e/ourgenze
- percorsi di telemedicina
- come e quando interagire con il team diabetologico
- automonitoraggio della glicemia
- gestione delle emergenze
- stili di vita ed educazione alimentare
- cura del piede
- monitoraggio periodico dei fattori di rischio e delle complicanze
- argomenti personalizzati in base a esigenze specifiche

## Risultati dell'analisi pre-post: indicatori di outcome intermedio

Indicatore	Baseline*	Follow-up*	Differenza pre-post	p
<i>Outcome favorevoli</i> % di pazienti con:				
HbA1c ≤7.0%	32.7 (31.2-34.3)	45.8 (44.1-47.4)	+13.0	<0.0001
LDL-C < 100 mg/dl	39.7 (37.8-41.6)	47.3 (45.5-49.0)	+7.6	<0.0001
PA ≤ 130/85 mmHg	24.7 (23.3-26.2)	23.5 (21.9-25.2)	-1.2	0.2923
<i>Outcome sfavorevoli</i> % di pazienti con:				
HbA1c ≥ 9.0%	10.5 (9.6-11.6)	4.3 (3.7-5.1)	-6.2	<0.0001
LDL-C ≥ 130 mg/dl	26.6 (24.9-28.3)	19.7 (18.3-21.1)	-6.9	<0.0001
PA ≥ 140/90 mmHg	62.1 (60.5-63.7)	58.5 (56.6-60.5)	-3.6	0.0057
*I dati sono espressi come frequenza (IC 95%)				

**Il mantenimento/miglioramento di questi parametri clinici è stato ottenuto senza sostanziali modifiche nei trattamenti:**

Farmaci	Baseline	Follow-up
<i>% di pazienti trattati con:</i>		
Insulina	5.2%	5.9%
≥2 antiipertensivi	37.1%	37.8%
Ipolipemizzati	46.5%	48.4%

✓ **Con una parallela riduzione del numero medio di visite per paziente/anno (mediana e range interquartile)**

**da 2.8 (2.3-3.4) a 2.3 (1.9-2.7)**



**- 500 visite!**



# STRUMENTI Migliori di “costruzione” e controllo

- *Autocontrollo consapevole e mirato*
- *Contratto di cura condiviso*
- *Percorsi assistenziali (empowerment e controllo)*

LA CONSAPEVOLEZZA  
Educazione terapeutica

# Processi educativi empowerment

“...potenziamento; condivisione; delega e trasferimento del potere; apertura a nuovi mondi possibili; responsabilizzazione; aumento di capacità; sviluppo di potenzialità” C. Piccardo

Risultato di un processo di formazione che porta il paziente ad acquisire la padronanza delle sue competenze e comportamenti, rendendolo

*dotto, capace, consapevole ed autonomo  
Nei confronti della propria salute*

# *adattamento = cambiamento ma la malattia*

*L'assunzione regolare di un farmaco*

*la percezione di modifiche dello stato di salute*

*la prospettiva di un peggioramento*

*Dover fare i conti con nuovi livelli di salute*

rappresenta un **FRENO** alla capacità di  
**PROIETTARSI nel FUTURO** che gioca un  
ruolo importante in tutti i processi di  
cambiamento

*...PROIETTARSI nel FUTURO...*

Essere liberi di agire...

Essere liberi di scegliere...

Essere liberi di cambiare ...

# *La Libertà*

## *Sir Isaiah Berlin*

- **Libertà negativa (essere liberi da ...) Assenza di limitazioni**
- **Libertà positiva (essere liberi di ...) la possibilità di conseguire**

*“la libertà individuale come impegno sociale”*

*Amartya Sen*

*La Libertà : servono mezzi e risorse*  
*J. Rawls Harvard University Press "Una teoria della giustizia"*

La libertà di condurre diversi tipi di vita si riflette  
nell'insieme delle combinazioni alternative di  
"Functionings" (funzionamento umano) tra le quali  
scegliere cioè

*La capacità di ognuno*

*La Libertà :  
servono mezzi e risorse*

*J. Rawls Harvard University Press "Una teoria della giustizia"*

- I beni primari costituiscono i mezzi per la libertà MA non possono rappresentare l'ambito della libertà a causa delle **differenze tra le persone e la capacità di trasformare i beni primari nella libertà di perseguire i propri obiettivi**
- Ci sono differenze di età, di bisogni e malattie che **influenzano la capacità di costruire liberamente la vita a partire da una dotazione fissa di beni primari**

# EMPOWERMENT

“...potenziamento; condivisione; delega e trasferimento del potere; apertura a nuovi mondi possibili; responsabilizzazione; aumento di capacità; sviluppo di potenzialità” C. Piccardo

*l'empowerment è la capacità di promuovere ed  
influenzare la propria salute (C. Rogers)*

*ma anche*

*La propria capacità di acquistare Libertà e di rendersi  
liberi*



# In sintesi ed in altri termini

L'educazione può essere intesa come un processo che diviene:

- sostegno psicologico,
- insegnamento di strategie su come affrontare, prevenire o limitare gli effetti collaterali del trattamento o della malattia,
- addestramento e suggerimenti terapeutici,
- supporto per ottenere nuove discipline di vita.

*I rischi nel mondo sanitario  
I pericoli  
Le cose da evitare*

*Perle di riflessione e confronto*

*Elena Galeotto psicoanalista e pedagoga*

“formazione ed educazione. Spunti di riflessione per formatori dell’area sanitaria”

AIF Learning news Set. 2009

# L' Educazione non deve essere *Sostegno*

- Sostegno serve se manca qualcosa e non c'è spazio di lavoro, di crescita, di cambiamento
- È una differenza di posti “a sedere” (di fianco o di fronte) e non di piani (dominante e sottomesso)

*Elena Galeotto 2009*

# L'Educazione non deve essere *Strategia* di cura di una malattia

- Se la vita ruota intorno alla malattia possiamo solo sottrarci
- Non coincidiamo con la malattia. Tutto ciò che si è stato non va perduto, ma ridefinito
- Se i desideri possono cambiare; la capacità di desiderare deve essere comunque presente

*Ci si stanca di essere strateghi solo di battaglie perse*

# L'Educazione non deve essere *Disciplina*

- ET = disciplina/addestramento: per essere addestrati è sufficiente un'adesione passiva a comandi (*mascherati da suggerimenti terapeutici*)
- Nell'idea di disciplina "addestrativa" scompare l'individuo. I malati sono intercambiabili, sovrapponibili
- Ognuno viene definito dal posto che occupa in una serie e per lo scarto che lo separa dagli altri.

*Foucault: "è docile un corpo che può essere sottomesso, utilizzato, trasformato perfezionato" da Sorvegliare e punire . Nascita di una prigione Einaudi 1976*

# In sintesi

Considerare l'educazione come sostegno psicologico,  
insegnamento di strategie,  
addestramento disciplinare  
puntando il focus sull'evento morboso  
la rende avulsa dall'esistenza e quindi poco interessante

*Elena Galeotto*

# Educazione

*è un nuovo punto di vista*

➤ E' la cura che affronta la malattia e la salute come modi diversi di essere al mondo

*in contemporanea*

➤ E' il percorso di cura che vede il **tempo come risorsa** per avere cura del sè e dei propri pensieri *mentre* si cura la malattia

# La medicina degli equilibri

L'Educazione ha cura della normalità anche quando ha a che fare con la patologia

È lo strumento che cura la parte sana mentre il farmaco si occupa della malattia

Permette un processo di armonica cura della persona integrando la parte sana con la parte malata

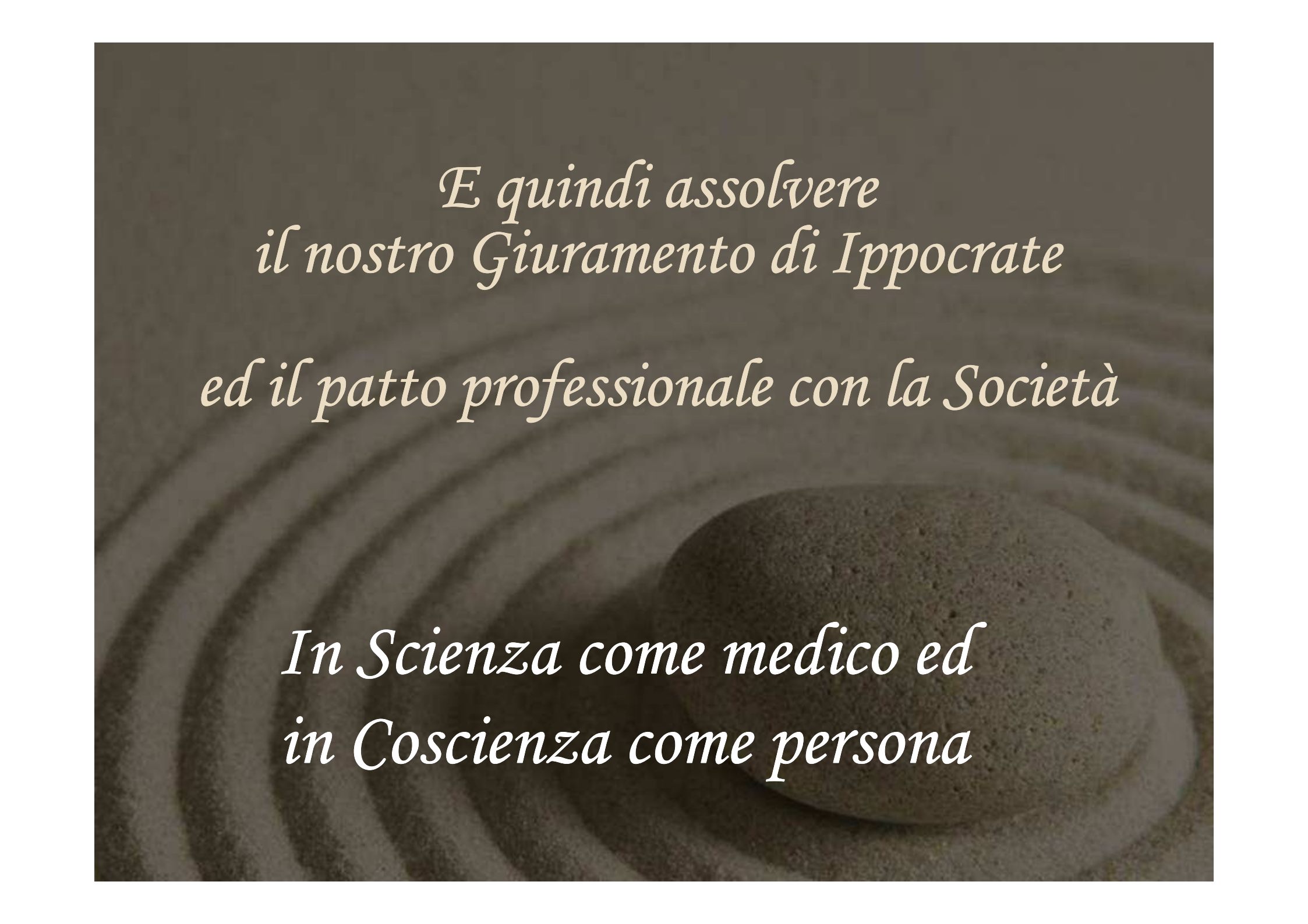


## **...PROMUOVERE SALUTE**

**... il processo che rende le persone capaci di aumentare il controllo sulla loro salute e migliorarla**  
**Ottawa,1986**

**... la combinazione di interventi che, attraverso supporti educativi e ambientali, facilitino le azioni e modifichino le condizioni di vita conducendo l'individuo, o la comunità, alla salute**

**Green e coll.,1991**



*E quindi assolvere  
il nostro Giuramento di Ippocrate  
ed il patto professionale con la Società*

*In Scienza come medico ed  
in Coscienza come persona*

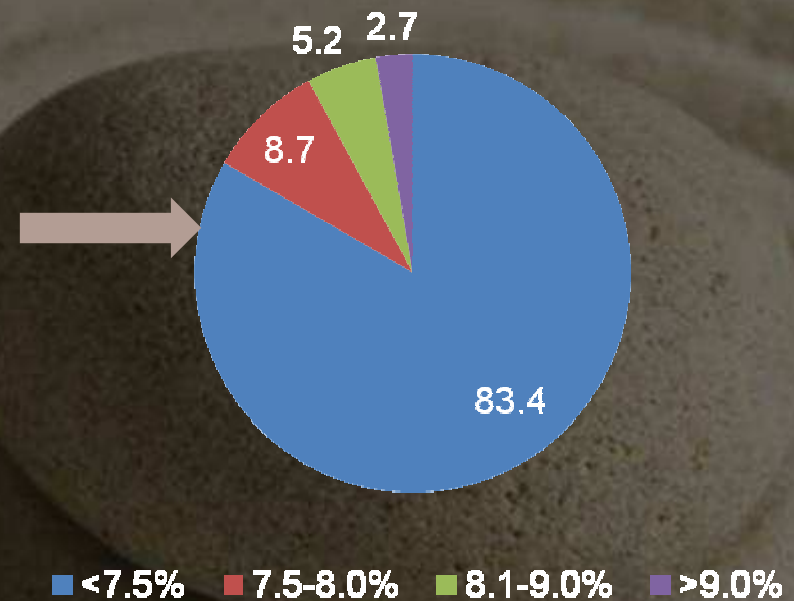


*GRAZIE*

# SINERGIA

- ✓ **N=1004** pazienti con **DM2** seguiti per una mediana di **12 mesi** (range IQ 6-24 mesi)
- ✓ **Caratteristiche al baseline:**

<i>Variabili continue</i>	<i>Media (ds)</i>
Età (anni)	66.6 (9.5)
Durata del diabete (anni)	10.8 (7.8)
HbA1c (%)	6.9 (0.9)
PAS (mmHg)	142.7(28.5)
PAD (mmHg)	78.9 (11.1)
Colesterolo totale	187.0 (36.4)
Colesterolo HDL	50.9 (12.7)
Colesterolo LDL	109.1 (31.5)
Trigliceridi	133.6 (72.8)

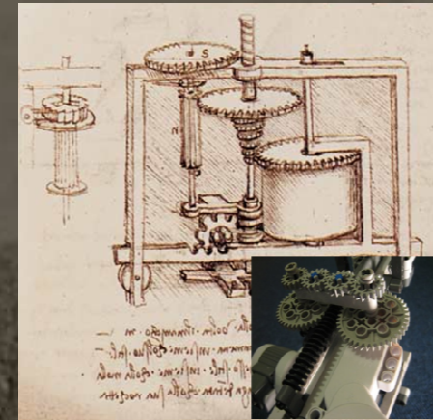


# Make it simple but not simplistic

**Almost all the interventions that were effective** for long-term care were **complex**, including combination of

- more convenient care
- information
- reminders
- self-monitoring
- *manual* telephone follow-up
- reinforcement, counseling, family therapy, psychological therapy, crisis intervention
- and **supportive care.**

Haynes RB et al., Interventions for enhancing medication adherence, *The Cochrane Library*, 2008, issue 4.



Il paziente deve

ricevere cure di qualità (Standard-EBM) La cura deve rispondere a bisogni  
reali e specifici

Il paziente deve

essere addestrato alla gestione della cura

essere motivato e facilitato nel processo di accettazione

diventare autonomo collaborando con i curanti

essere consapevole del proprio percorso

*I Bisogni dei pazienti*

*Sapere, Saper Fare, Saper Essere, Saper Divenire*

*Autodeterminazione, Formazione adeguata*

*...una certa dose di fortuna*

## Risultati dell'analisi pre-post: livelli medi di HbA1c

	<b>Baseline*</b>	<b>Follow-up*</b>
<i>% di pazienti con HbA1c al baseline:</i>		
<7.5%	6.6±0.03	6.8±0.01
7.5-8.0%	7.7±0.08	7.3±0.04
8.1-9.0%	8.3±0.15	7.4±0.07
>9.0%	10.0±0.25	7.8±0.11
Dati espressi come media±ES		

# Bisogni dei pazienti

