



AMD SICILIA



In Collaborazione  
Scuola di Formazione AMD

# L'Educazione Terapeutica Strutturata

## nella Gestione Integrata

### Percorsi e ruoli nella realtà Siciliana

# diabETOLOGIA

**Mario Manunta MD**

*Senior Clinical Diabetologist*

**Formatore Scuola Nazionale Formazione Permanente AMD**



Casa di Cure Triolo-Zancla  
Diabetes Unit  
Palermo - Italy

**27/28 NOVEMBRE 2013**  
UNA PALACE CATANIA

CORSO di FORMAZIONE



A man with grey hair and a beard, wearing a grey jacket and dark pants, sits cross-legged on a set of wide stone steps. He is looking off to the side. In front of him, on the steps, is a small wooden sign with the words "IM" and "PLU" visible, and a small glass bottle. The background shows a building with classical architectural features like columns and arches.

- IL POTERE DELLE PAROLE -

019HJ4 00 RVP

019HJ4 00 RVP 019HJ4 00 RVP

# La mancata aderenza alle prescrizioni terapeutiche: un fattore di rischio dimenticato

Se un paziente non assume correttamente i farmaci prescritti, non potrà ottenerne alcun beneficio

42 *di F. Colivicchi e M. G. Abrignani*

**I**n epoca di evidence - based medicine molti dei programmi per il miglioramento dell'assistenza sanitaria sono indirizzati ai Medici per l'implementazione di una corretta prescrizione dei farmaci che hanno

re preventive dispiegano infatti i loro effetti favorevoli in un arco di tempo decisamente più lungo e richiedono quindi che il paziente riceva la terapia in modo continuativo e nelle dosi dimostrate efficaci. La mancanza

00

»▷00A

00

00

### Unità di produzione

Raggruppamento di Medicina - U.O. di Diabetologia

### Tipologia pratica

Cambiamento cultura

### Referente

Dott. Mario MANUNTA  
mariomanuntadiabetologo@gmail.com  
3485726326

### Abstract per il cittadino

Il numero di persone con Diabete Mellito Tipo 2 è in rapido e costante aumento in tutti i paesi , tanto che l'International Diabetes Federation (IDF) ha prospettato per il 2030, una vera e propria "Epidemia" con 438 milioni di soggetti diabetici in tutto il mondo (solo in Italia 5 milioni), con una progressione stimabile di 21 mila nuovi casi al giorno.

Si calcola che oggi, nel nostro paese, le persone con diabete tipo 2, siano 4milioni e di queste, 1 milione ne è affetto ma non è stato ancora ufficialmente diagnosticato.

Se tutto questo può sembrare una "brutta notizia" è invece ancora niente se consideriamo che i tre milioni di persone diagnosticate e seguite presso la rete capillare dei Centri Diabetologici Italiani, ha difficoltà a mantenere un adeguato controllo dei propri valori glicemici. Tale difficoltà, a dispetto dei progressi compiuti in ambito farmaceutico e in ambito tecnologico, è da imputare a molteplici motivazioni, prime fra tutte la scarsa aderenza e la ridotta concordanza a quanto prescritto dai Medici Specialisti ai propri assistiti.

La Casa di Cure Triolo Zancla con tradizione ventennale in ambito diabetologico, si è posta come obiettivo non solo lo studio di tale problematica ma, soprattutto tramite un intervento attivo, la riduzione del fenomeno, avvalendosi di Medici Specialisti, di esperti in Medicina Comportamentale, di Formatori Qualificati, di Fisioterapisti del Metabolismo e di Infermieri Professionali dedicati. Il nome del progetto deriva dal gioco di parole tra i termini diabete ed etologia (dal greco *ethos* e *logos* che significano rispettivamente «carattere» o «costume» e «discorso») perché l'attuazione dello stesso prevede l'analisi del comportamento non solo dei soggetti con diabete, ma anche dei diabetologi, con l'individuazione delle criticità e delle aree di miglioramento.

Parole chiave: diabete, aderenza terapia, motivazione, soluzioni, casa di cure Triolo Zancla

# DIFFICOLTA' DI ABBANDONARE IL PROPRIO RUOLO ...

SPIACENTE, SONO UN MEDICO.  
SE VUOLE ESSERE GUARDATO DEVE  
PRENDERE L'APPUNTAMENTO COME  
TUTTI GLI ALTRI

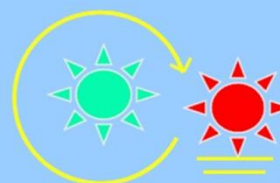


INGRESSO RISERVATO  
AL PERSONALE  
ADDETTO ALL'INGRESSO

*I pazienti non fanno ciò che noi chiediamo. Perché?*

Modello biomedico

Modello psicosociale



« Provo a spiegare »



« Favorisco la messa  
in  
movimento »



## Approccio alla gestione dell'iperglicemia:

più rigido

meno rigido

motivazioni del paziente

elevate

scarse

rischio potenziale di ipoglicemie

basso

alto

durata di malattia

nuova diagnosi

lunga durata

aspettativa di vita

prolungata

breve

comorbidità di rilievo

assenti

scarse/lievi

gravi

complicanze vascolari note

assenti

scarse/lievi

gravi

risorse, rete di supporto

prontamente  
disponibili

limitate

## Raccomandazioni

### Raccomandazioni

- 1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio
- 2. Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- 3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
- 4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
- 5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
- 6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto
- 7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- 8. Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
- 9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
- 10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati
- 11. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- 12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"
- 13. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
- 14. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici

### Eventi avversi

- 1. Procedura in paziente sbagliato, in parte del corpo sbagliato o errata procedura su paziente corretto
- 2. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure
- 3. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
- 4. Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica
- 5. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
- 6. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500g non correlata a malattia congenita
- 7. Morte o grave danno per caduta di paziente
- 8. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
- 9. Violenza su paziente
- 10. Atti di violenza a danno di operatore
- 11. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- 12. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso
- 13. Morte o grave danno imprevisti a seguito dell'intervento chirurgico
- 14. Igiene mani
- 15. Lesioni da pressione
- 16. Infezioni ospedaliere

### Indicazioni

L'implementazione della raccomandazione è avvenuta a seguito di una specifica indicazione di

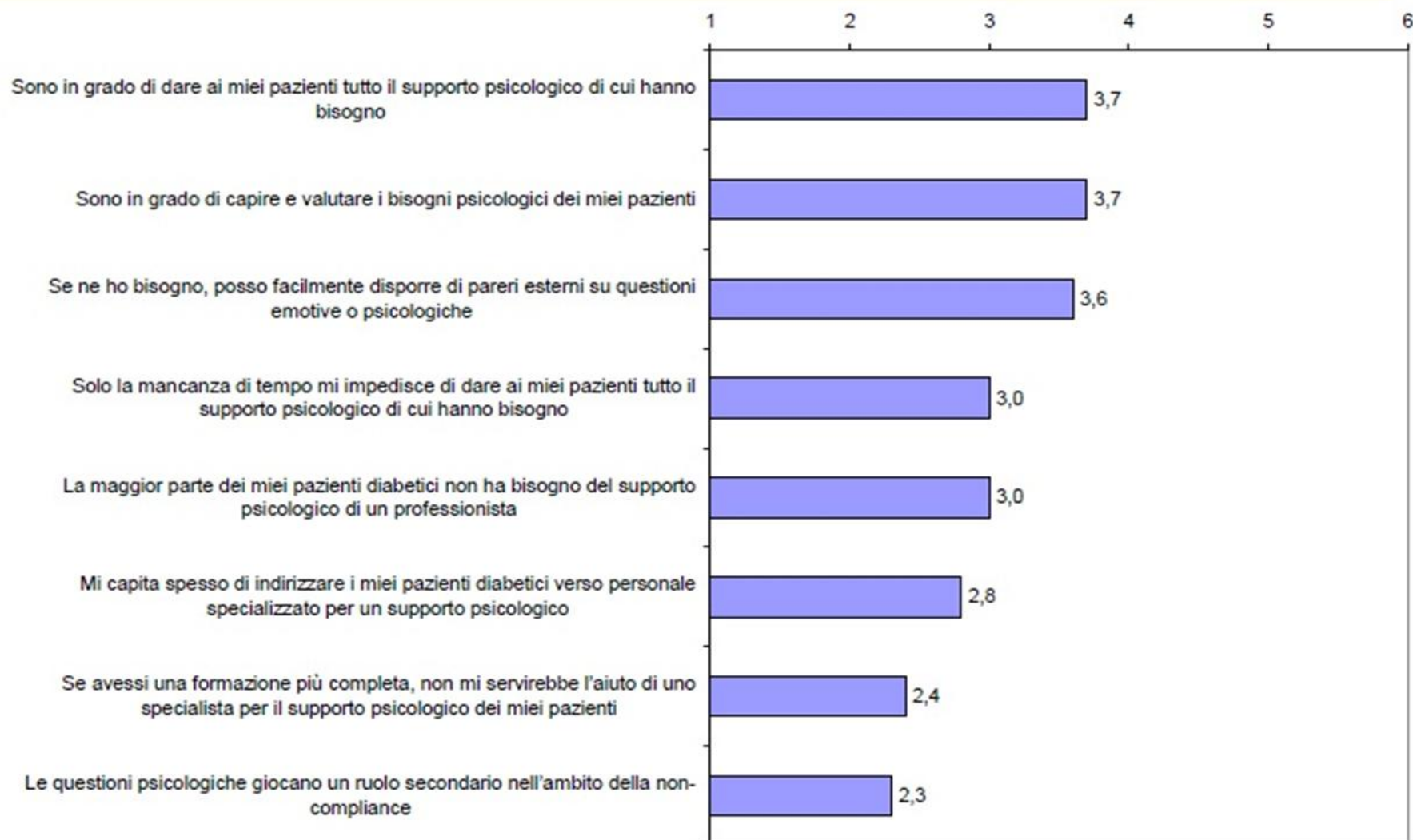
- Regione  Azienda  Unità di produzione

### Iniziativa

Descrizione sintetica dell'iniziativa e delle modalità in cui essa è stata adattata al contesto locale

La "Buona Pratica" diabETOLOGICA, individuando il problema della mancata aderenza alle prescrizioni terapeutiche, per un difetto di comunicazione tra Diabetologo e Assistito, sottolinea in modo assolutamente innovativo come anche la comunicazione non personalizzata e quindi non corretta, può essere considerata come "procedura in paziente sbagliato o errata procedura su paziente corretto" come definita dal Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del Luglio 2009 edito dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (Evento sentinella n. 1 e n. 3) e pone particolare attenzione alla riduzione del fenomeno, con l'ausilio di Personale Sanitario formato (in continuo aggiornamento) e metodiche consolidate e validate sia dalla letteratura scientifica che dalla pratica clinica. Gli strumenti utilizzati, sempre in evoluzione per una garanzia di ottimizzazione, sono la cartella clinica psicologica, dove viene delineato il profilo bio-psico-sociale della persona con diabete, e dove vengono inoltre riportati i risultati dei questionari sulla qualità di vita e sulla capacità di comprensione del soggetto stesso. Tale metodica consente agli Operatori impegnati di delineare un percorso comunicativo ed educativo corretto che consentirà di evitare il rischio della "pseudoinformazione" più dannosa della disinformazione e che crea la divulgazione di false certezze ed errati comportamenti da parte di chi ha ricevuto nozioni educative senza averne compreso realmente il significato.

## ATTEGGIAMENTI DEGLI SPECIALISTI NEI CONFRONTI DEGLI ASPETTI PSICOLOGICI DELLA CURA DEL DIABETE (%)



**Nota. Scala da 1 a 6, dove 1 corrisponde a "non concordo assolutamente" e 6 corrisponde a "concordo completamente"**



### Descrizione dell'intervento effettuato

L'impegno principale è stato quello della formazione dei Formatori, iniziato tre anni fa con la frequenza fino allo svolgimento degli esami di profitto, del Referente di questo progetto, presso la Scuola Nazionale di Formazione Permanente AMD (Associazione Medici Diabetologi) che lo ha visto conseguire l'Attestato di Formatore Tutor. A questo è seguita una formazione in ambito di PNL (Programmazione Neuro-Linguistica), di Negoziazione e di Comunicazione Verbale e Non Verbale, che ha portato all'acquisizione di competenze che sono andate ad affiancare quelle già in suo possesso in ambito Nutrizionale Clinico e Dietoterapico.

Lo studio del recentissimo modello CROI (Comunicazione Relazionale Olistico Integrata)<sup>(1)</sup>, lo ha reso Operatore di una risorsa essenziale per la dispensazione di motivazione all'adesione terapeutica del paziente, il quale a sua volta diventa responsabile e collaborativo nel percorso di una malattia cronica.

Tale tipologia di formazione è stata necessaria essendo la "Buona Pratica" qui presentata, imperniata sui modelli comunicativi e quindi discosta dalla consueta pratica ambulatoriale.

La formazione degli altri partecipanti al progetto ha visto l'acquisizione di competenze diversificate che vanno dal Management Sanitario, alla BioStatistica, al CardioMetabolismo.

L'equipe si completa e si avvale di una Fisiochinesiterapista Specialista in Terapia Riabilitativa ed in Fitness Metabolica, pratica fondamentale per gli insegnamenti delle buone norme per un corretto stile di vita.

Queste competenze multidisciplinari consentono di articolare un percorso conoscitivo terapeutico degli afferenti al centro, che vengono "fenotipizzati" nella loro caratterialità, per poter adeguare e personalizzare la comunicazione dal momento dell'accoglienza a quello dei *re-call* motivazionali, facendo sì che il grado di apprendimento sia massimale. Nel corso del primo incontro vengono compilate cartelle cliniche su cui comparirà il profilo bio-psico-sociale di ognuno ed ogni membro dell'equipe ha un accesso personale tramite password ed ID, con la possibilità di esplorazione di ogni parte della cartella, sulla quale ogni intervento porta la firma elettronica di chi ha operato.

A tutti i pazienti vengono proposti questionari sulla qualità della vita, sulla capacità di apprendimento ed interazione, ai quali seguirà un iter diagnostico-terapeutico svolto seguendo sempre la EBM (Medicina Basata sulle Evidenze), Linee Guida e le Consensus più accreditate. I pazienti vengono fenotipizzati nella loro condizione patologica, con l'esecuzione degli esami biomorali e strumentali che possono, se desiderato, essere svolti all'interno della struttura in regime di convenzione con il SSN.

Le visite a popolazioni particolari come nel caso del Diabete Gestazionale (GDM) vengono effettuate con regime di alta priorità e a titolo completamente gratuito, per scelta della *policy aziendale*, come pure quelle effettuate a favore di soggetti facenti parte di minoranze etniche ed extracomunitari. Per questi ultimi vengono utilizzate schede di anamnesi che riportano le consuete domande, tradotte in tutte le lingue del mondo.

Ai controlli successivi di follow-up i pazienti esibiranno oltre che i comuni esami di laboratorio e strumentali previsti, il diario dell'Attività Fisica e il Diario Alimentare che affiancheranno a quello del Auto-Monitoraggio Glicemico, la cui valutazione sarà spunto per rafforzare la motivazione. Per ottenere la massima efficacia verrà utilizzato prevalentemente il Rinforzo-Positivo, come dattato da una particolare branca della psicologia denominata "comportamentismo" (corrente che studia i processi alla base degli apprendimenti osservando i comportamenti)<sup>(2)</sup>.

Sono espletate, inoltre le normali attività clinico-ambulatoriali con visita clinica ad ogni incontro. Periodicamente vengono organizzati gruppi di Educazione Terapeutica Strutturata (massimo 6 pazienti per volta per facilitare l'apprendimento), in cui si sfrutta l'interazione tra soggetti con eguale problematica, e con l'individuazione del paziente guida, che viene guidato a coadiuvare l'animatore del gruppo (membro dell'equipe).

Gli argomenti trattati seguono un programma ben preciso, costituiti dai seguenti argomenti:

- a. Ipoglicemie: prevenzione e trattamento.
- b. Nozioni di dietetica; insegnamento dell'Indice Glicemico, del fattore di sensibilità insulinico, del rapporto insulina/carboidrati.
- c. Nozioni di Attività Fisica: quali movimenti sono consigliati e quali da evitare.
- d. Autocontrollo: come monitorare i valori glicemici e cosa aspettarsi dall'autoanalisi, come monitorare l'attività fisica, come acquisire la percezione di quanto mangiato.

### BIBLIOGRAFIA

1. <http://annaercoli.com/pillole-per-l-anima/> [accesso del 12/10/2013]
2. <http://it.wikipedia.org/wiki/Comportamentismo> [accesso del 12/10/2013]

**RITORNO  
FRA 10  
MINUTI**

*(Se faccio tardi  
rileggere il messaggio)*





mario.manunta@diabetologiapalermo.org

 [it.linkedin.com/in/diabetologo/](https://it.linkedin.com/in/diabetologo/)