

HOTEL EXCELSIOR PALACE - PALERMO

Palermo 5-6 Dicembre 2012

Educazione Terapeutica Strutturata



Mario MANUNTA

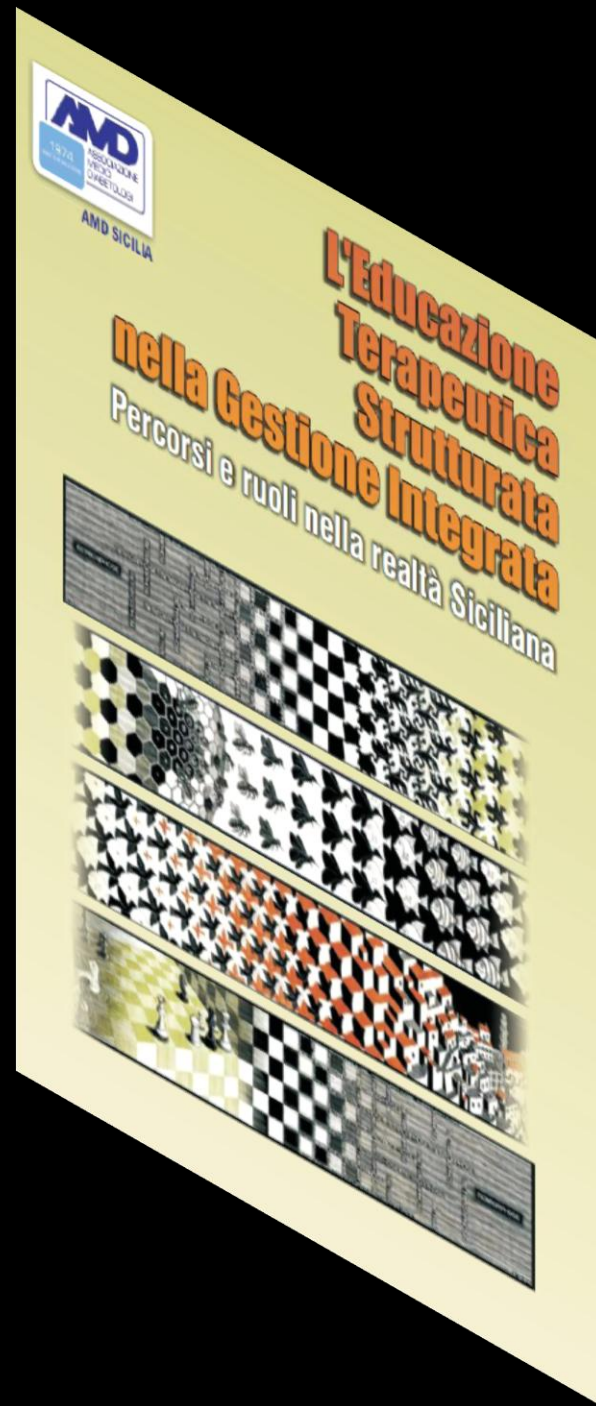
Senior Clinical Diabetologist

Formatore Scuola AMD



Resp. U.O. di Diabetologia

Casa di Cure Triolo Zancla - PALERMO



Il codice di deontologia medica

approvato nel 1998 afferma all'art. 30:

Il medico deve fornire al paziente la più **idonea** informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle **prospettive** e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informare il paziente dovrà tener conto delle sue capacità di **comprensione** al fine di promuovere la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Un po' di storia universitaria...

- **1986**

- Nell'ordinamento didattico di medicina si dice che
 - Lo studente deve essere in grado di comunicare con **chiarezza e umanità** con paziente e familiari, prendere misure preventive di tutela e promozione della salute e saper rispettare gli aspetti etici della medicina

- **1996 Decreto Ministeriale**

... la formazione deve caratterizzarsi per un **approccio olistico** ai problemi di salute della persona sana o malata, anche in relazione all'ambiente fisico e sociale che la circonda

- **2000 (Laurea in medicina)**

- «Un percorso formativo caratterizzato da un approccio olistico ai problemi di salute, delle persone sane o malate anche in relazione all'ambiente chimico-fisico, biologico e sociale che le circonda»
- Lo studente deve «aver sviluppato un approccio fortemente **integrato** al paziente valutandone criticamente non solo tutti gli aspetti clinici, ma anche dedicando una particolare attenzione agli aspetti relazionali, educativi, sociali ed etici ...1

Approccio olistico...

- Volgersi al malato e alla malattia prendendo in considerazione non solo il disturbo organico ma anche le **componenti affettive ed emotive** che partecipano e influenzano il processo patologico



STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO

2009-2010

Le persone affette da diabete devono ricevere un'educazione all'autogestione del diabete al momento della diagnosi, mantenuta in seguito per ottenere il maggior beneficio. (**Livello della prova I, Forza della raccomandazione A**)

L'educazione all'autogestione del diabete va rivolta anche ai problemi psicosociali, poiché il benessere emotivo è fortemente associato con gli esiti positivi per il diabete. (**Livello della prova III, Forza della raccomandazione B**)

"Autonomo"
Chi è libero

"La vita sotto il segno della malattia cronica"

In realtà, la maggior parte delle persone, sane o malate che siano, non ritiene di avere il controllo della propria vita.

Hanno assunto un atteggiamento di "impotenza acquisita"

È importante che la gente impari a riconoscere questa passività.

La tentazione di non fare niente ripete a temi tendono a fare fallire opportunità di prevenzione e di cura.

Si arriva così, poco a poco, a vivere il processo educativo come una relazione di aiuto, che mette al centro l'uomo nella sua globalità, nella sua soggettività, nella sua diversità ...

rappresentazione di malattia



«Nessuno segue interamente le terapie prescritte»

Assal, che sottolinea spesso come oltre metà delle persone non segue interamente le terapie prescritte dal proprio medico quando si tratta di malattie croniche, ricorda di aver fatto esattamente lo stesso: «La terapia che mi avevano dato non funzionava, passavo il pomeriggio a mangiare cioccolato per contrastare le ipoglicemie. Modificai lo schema insulinico che mi era stato prescritto e mi guardai bene dal dirlo al mio diabetologo che me lo aveva espressamente proibito».

Il giovane Assal si rende così conto che non è possibile fare il diabetologo limitandosi a prescrivere le dosi di insulina come si faceva a quei tempi. Intuisce che la chiave di volta è l'educazione del paziente e si reca a Boston, al [Joslin Diabetes Center](#), dove esisteva questo concetto: «Spiegavano al paziente cosa erano il diabete, il pancreas e l'insulina», ricorda Assal, «senza però aiutare la persona a cavarsela da sé, ad avere un rapporto dinamico con la patologia, ad adeguare la terapia alla propria vita».

La comunicazione diagnostica

E' un **momento fondamentale** che può orientare ideologicamente, culturalmente e psicologicamente tutto il seguito della relazione tra il paziente e la propria malattia, il grado di partecipazione e di adesione alla terapia.

La cura delle persone

- L'uso dello **sguardo**
- L'osservazione e l'uso della **corporeità**
- La risposta ai **bisogni** / la captazione dei **desideri**
- L'individuazione degli **spazi** e dei **tempi** effettivamente educativi
- L'uso degli **oggetti**
- L'individuazione e la significazione dei **percorsi**
- L'uso e il significato delle **regole**
- Il senso del **progetto** educativo
- La **responsabilità** e la **fatica** dell'educare
- Il rapporto con la "**fine**"
- Il **modello ideale** (di educatore / di educando)



Processo
Cognitivo ed Emotivo

MOTIVAZIONE

Processo di
apprendimento

Responsabilità
nella gestione della
propria malattia

P

Sintomi

Attesa

Processo di cura tra medico paziente

M

Anamnesi
Raccolta
Dati

Diagnosi
e
terapia

Approccio
Bio-psico-sociale

Educazione terapeutica
Formazione terapeutica
Informazione terapeutica

Esami

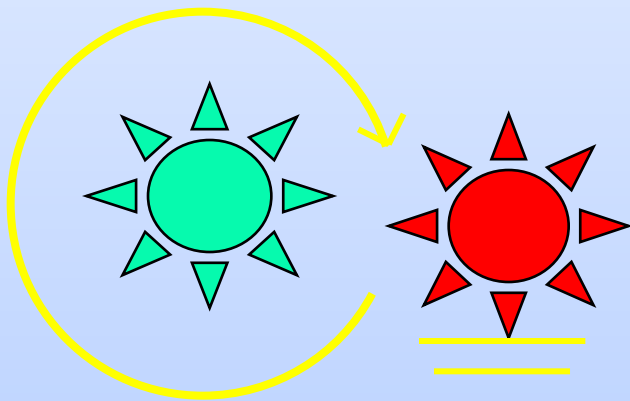
Accoglienza



CAMPO DI
RELAZIONE

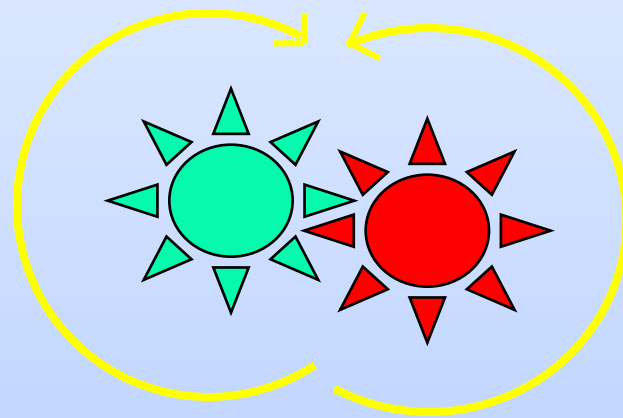
COMUNICAZIONE, PEDAGOGIA ED EDUCAZIONE TERAPEUTICA

Modello medico



« provo a spiegare »

Modello pedagogico



« aiuto la messa in movimento »

Competenze che si richiedono al medico



Giulio

Centratura

Competenza professionale

Consapevolezza di sé

Ascolto

Empatia

Rispetto per le diversità culturali

Gestione delle emozioni

OPERATORI SANITARI

Flessibilità

Creativita'

comunicazione

Atteggiamento non giudicante

Umorismo

Onestà e rispetto per gli altri

Autostima

Competenze che si richiedono al medico

- Saper **capire** e **spiegare** al paziente le cause fisiche dei suoi disturbi
- Saper **ascoltare** e **comprendere** la sofferenza del paziente

Competenze che si richiedono al medico

... si tratta di sapere non solo

- **COSA** dire ai pazienti

MA

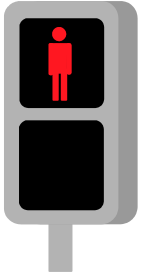
- **COME** parlare con i pazienti

La comunicazione diagnostica

FARE



NON FARE



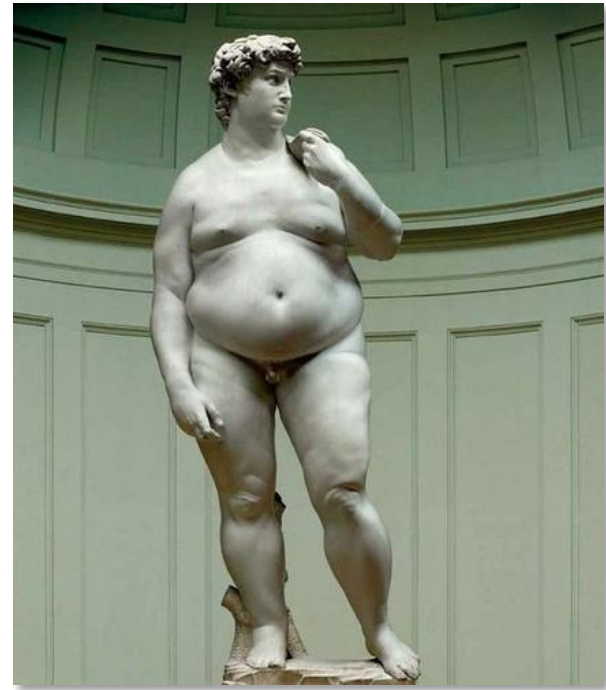
Disease malattia intesa come deviazione dalla norma di variabili biologiche, somatiche misurabili

Illness percezione da parte del malato del significato e senso di ciò che gli sta accadendo e dei vissuti soggettivi, emotivi che questo comporta

Sickness l'interpretazione che il contesto sociale e familiare dà della malattia e le azioni che le persone e la società stessa compiono per supportare il malato

Sickness e diabete

Il diabete è tradizionalmente visto come "la malattia dell'eccesso" e offre al contesto di vita del paziente e al mondo sanitario stesso (*sickness*) la possibilità di un "atto d'accusa" nei confronti dell'ammalato.



Nella mente del paziente



- È colpa mia se ho questa malattia?
- Perché è toccata proprio a me?
- Come reagiranno i miei parenti, i miei amici?
- Che cosa sarà in futuro la mia vita?
- Quanto vivrò?
- Che cosa potrò ancora mangiare o bere?

Comunicare la diagnosi

- Al momento della diagnosi di diabete è raro che le esigenze biomediche delle cure a lungo termine siano percepite come un bisogno dai pazienti e dai loro familiari.
- Altri bisogni emergono dal paziente, come si evince dalla serie di domande che si pone in quel momento.





Il colloquio tra medico e paziente si trasforma in un dialogo tra due esperti, il medico, esperto della **disease** e il malato esperto della **illness**, entrambi possiedono dati che si completano a vicenda.

Momento della diagnosi

- Quando una persona si trova di fronte alla diagnosi di diabete mellito, la prima difficoltà da affrontare è: **l'accettazione della malattia**
- La scoperta di una malattia cronica (che indebolisce l'immagine del proprio sé) è stata associata all'elaborazione di un lutto

Il processo di accettazione della malattia

ha un esito variabile che dipende:

- dal ruolo sociale e familiare ricoperto dalla persona
- dalle limitazioni derivanti dalla malattia
- dalla struttura di personalità individuale
- dall'atteggiamento dei suoi congiunti
- dall'età
- dal sesso della persona
- dal livello d'istruzione
- dalla possibilità di ricevere un adeguato sostegno nell'esperienza di malattia

Processo cognitivo

Sapere

Saper fare

Saper essere

Processo emotivo

Shock iniziale

Rifiuto

Rivolta

Negoziazione

Depressione

Accettazione

Gli stadi del cambiamento



precontemplazione

Mi dicono di cambiare ...

contemplazione

Forse dovrei cambiare ma..

preparazione

Ho intenzione di cominciare ad apportare dei cambiamenti

(ricaduta)

Ho smesso di fare ciò che stavo facendo

mantenimento

Continuo a mantenere i comportamenti stabiliti

azione

Sto mettendo in pratica quanto deciso

- Mancando nel diabete sintomi palesi, la diagnosi di diabete di tipo 2 si configura quindi – per quanto meditati siano i modi attraverso i quali essa è comunicata – come un ‘attacco’ o come un ‘giudizio’ da parte del Medico.

“Mi hanno trovato il diabete”, riferisce spesso il paziente, a indicare che questa diagnosi non è condivisa né condivisibile (il paziente infatti “non si sente niente”).

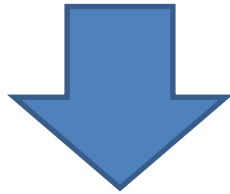
- Si tratta di una diagnosi che viene dall'esterno e che è quindi potenzialmente aggressiva.

L'insorgenza di una malattia cronica è un evento che altera e rompe precedenti equilibri organici, psicologici e sociali: ciò determina una sensazione di progressiva perdita di salute e integrità, che può indurre nel paziente l'idea di diversità e solitudine



La presa in carico

**UN ADDESTRAMENTO ADEGUATO
PERMETTE DI GESTIRE
MEGLIO E SUBITO LA MALATTIA.**



**CONOSCERE PER
ACCETTARE**

La presa in carico

**ATTRAVERSO SPECIFICHE TECNICHE
COMUNICATIVE (**COUNSELING**)
L'OPERATORE DEVE COMPRENDERE
E GESTIRE LA MALATTIA NONCHE'
SAPER FRONTEGGIARE LE SITUAZIONI
DI CRISI DEL PAZIENTE.**



La presa in carico



- Nelle **malattie guaribili** il desiderio e la sfida della guarigione riesce ad attivare le risorse del paziente e la sua adesione alla cura in modo spesso determinante



Nella **malattia cronica** e quindi inguaribile le sfide sono altre per cui è necessaria una profonda modifica del rapporto tra *operatore, malattia e paziente* e solo una corretta presa in carico del paziente da parte del Team può essere vincente

La presa in carico

presa in carico vuol dire....

... mettere al centro la persona con diabete ...

IL PRIMO CONTATTO DEVE AVVENIRE
IN UN CLIMA ACCOGLIENTE,
SILENZIOSO E RISERVATO (privacy) .
BISOGNA DEDICARE UN TEMPO
ADEGUATO PER IL COLLOQUIO.
IL PAZIENTE VA VALORIZZATO E
NON SOTTOPOSTO A GIUDIZIO VALUTATIVO.

(**Dichiarazione di Budapest, 1991**)

La relazione d'aiuto

**LA RELAZIONE D'AIUTO SI INSTAURA TRA IL
TERAPISTA – Operatore Sanitario (**HELPER**)
E L'UTENTE - Paziente (**HELPY**).**

- CREA UN LEGAME SIGNIFICATIVO ;**
- PERMETTE LA RISOLUZIONE DEI PROBLEMI ;**
- LASCIA UNA TRACCIA IN PROFONDITA' ;**
- DETERMINA LA CRESCITA DI ENTRAMBI**

La relazione d'aiuto

La responsabilità di gestione della comunicazione è dell'operatore sanitario che, attraverso specifiche tecniche comunicative (*counseling*), diventa **attivatore** di processi di comprensione, gestione, adattamento alla malattia e di fronteggiamento delle situazioni di crisi da parte del paziente.

Il counseling

Il counseling è una forma di relazione d'aiuto, in cui una **buona capacità di ascolto** (attivo), un **intervento empatico** (accettazione dell'altro), e altri comportamenti comunicativi strategici (es. **corretto uso delle domande**), concorrono a rendere possibili cambiamenti nel paziente, rispettandone le richieste e stimolandone le risorse.

Il colloquio con il paziente

- **CONTATTO VISIVO**
- **LINGUAGGIO IDONEO**
- **ANALOGIE, ESEMPI**
- **FRASI RASSICURANTI**



“ non si preoccupi, cercheremo di risolvere al meglio la sua situazione “

“ se ha qualche dubbio può rivolgersi a noi “

“ stia tranquillo, le insegneremo a convivere al meglio con il diabete “

STRETTA DI MANO E SORRISO

Il percorso terapeutico

Stabilire un PERCORSO TERAPEUTICO
e degli OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE :

- cos'è il diabete ;
- differenti forme di diabete ;
- cosa ha provocato la comparsa della malattia ;
- conoscenza dei giusti numeri ;
- consegna del glucometro ;
- automonitoraggio glicemico ;
- comportamento in caso di ipo/iperglicemia

Finalità

- Avviare processi di cambiamento in situazioni percepite come complesse dall'individuo stesso o per affrontare in modo attivo problemi e difficoltà che lo riguardano.

- Il processo di counseling permette di strutturare la relazione d'aiuto in fasi, caratterizzate da passaggi ben definiti, attraverso i quali si attua un'interazione professionale completa ed efficace mirata alla creazione di un clima di fiducia, accettazione, rispetto e collaborazione, nonché alla ridefinizione del problema e all'individuazione, insieme alla persona, delle possibili soluzioni.

Il colloquio di counseling

- **Nel primo incontro di un colloquio di counseling,** occorre tener presente che ci troviamo di fronte ad un individuo che può essere inizialmente impaurito, scettico nei confronti del counseling, o che semplicemente si pone in uno stato di difesa nei confronti del prossimo in genere.
- La prima fase del colloquio è molto importante, poiché è da questo momento che si **instaura il clima di fiducia** che aiuterà via via l'individuo ad esporre il suo problema.

Il colloquio di counseling

- Il primo approccio deve essere caloroso, accogliente, per far sentire il più possibile la persona a suo agio.

1. Capire il problema

Il counselor faciliterà l'espressione del cliente limitando il suo lavoro alla sola comprensione del problema. La comprensione implica la **sospensione di ogni nostro giudizio** al fine di poter veramente entrare nell'altro; capire così come realmente lui ha vissuto la sua esperienza, senza aggiungere nulla di noi e del nostro bagaglio esperienziale.

Il colloquio di counseling

- La comprensione e la comunicazione di ciò che si è capito attraverso la pratica dell'**ascolto attivo e domande ed espressioni riformulatorie** aiutano la persona ad aprirsi.

2. Esplorare il problema

Usare le domande

- Chiuse che danno maggiori informazioni.
- Aperte che aiutano l'espressione dei sentimenti e delle emozioni presenti.
- Riformulazione: consiste nel riorfrirre alla persona la sua comunicazione, riassumendo quanto ha detto e ottenendone l'approvazione.

Il colloquio di counseling

3. Gestire il problema

Attivare le risorse del paziente

- È la fase conclusiva in cui insieme si cerca la soluzione al problema, mettendo in campo delle risorse personali del paziente.
- In questa fase il compito del counselor è quello di spronare e sostenere nel momento della scelta e verificare che sia il più possibile congrua; aiuterà quindi la persona a **valutare ed elaborare idee e soluzioni volte al raggiungimento del suo obiettivo**, verificando insieme la fattibilità delle sue ipotesi.

giu 10
22

Mastering Your Diabetes ovvero imparare a gestire il diabete

alle 05:11 da Marina Morelli | Categorie: [Diabetologia](#)

Molto spesso si scopre di essere diabetici solamente quando si fanno le analisi del sangue di routine. Ci sono invece dei segnali certi che anche senza analisi possono farci pensare a un diabete.



Nato dall'esperienza dell'Associazione Diabetologi Americani, il MYD è già stato sperimentato con successo negli scorsi anni presso il Diabetes Research Institute (DRI) di Miami, uno dei centri più importanti del mondo, specializzato nella cura di questa malattia e diretto dal professor Camillo Ricordi, tra i maggiori esperti del settore.

Il corso approda ora anche in Italia con un doppio appuntamento dall'1 al 4 luglio prossimi: quattro giorni di corsi, lezioni ed esercitazioni pratiche che si terranno contemporaneamente a Milano, presso l'ospedale Niguarda grazie alla Fondazione Italiana Diabete, e a Palermo, presso l'ISMETT (Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad alta specializzazione) organizzato dall'associazione Insieme per il diabete.

Le due istituzioni non profit, entrambe collegate al DRI Network, sono attivamente impegnate nella ricerca e nel sostegno ai malati di diabete con numerose iniziative.



 Sign Up per vedere cosa piace ai tuoi amici.

È necessario compilare il modulo di iscrizione e il questionario qui allegato prima dell'inizio del corso e inviarlo alla segreteria organizzativa. L'invio del modulo di registrazione non garantisce l'iscrizione. Una volta ricevuto il modulo, sarete ricontattati per la conferma dell'avvenuta registrazione.

Il primo giorno ogni paziente verrà visitato da uno dei medici docenti. Per una corretta e completa valutazione è necessario portare con sé tutta la propria documentazione clinica disponibile che includa una caratterizzazione delle complicanze (ECG, esame del fondo dell'occhio quanto più recente), l'ultimo valore di emoglobina glicata e i profili delle glicemie capillari. Questa valutazione iniziale servirà anche per definire insieme al singolo paziente gli obiettivi personali per la partecipazione al corso.

Alla fine di ogni giornata i medici saranno poi a disposizione per la discussione personalizzata su eventuali approfondimenti che si rendessero necessari.

QUESTIONARIO

Alcune informazioni sui partecipanti ci permetteranno di adeguare le lezioni del corso MYD alle caratteristiche dei pazienti. Ci occorre soprattutto conoscere alcune informazioni riguardanti la Sua attuale capacità di autogestione delle glicemie prima dell'inizio del MYD. Si prega pertanto di rispondere alle seguenti domande.

MONITORAGGIO GLICEMICO:

Che glucometro utilizza? _____

Quante volte misura la glicemia al giorno? _____.

Qual era il Suo ultimo valore di emoglobina glicata % _____ Il _____ (data)

SOMMINISTRAZIONE INSULINICA :

Si prega di marcare la casella corrispondente

Che strumento usa per iniettare l'insulina?

siringa _____ penna _____ microinfusore _____

Nome del microinfusore: _____

Che insulina basale attualmente usa?:

Lantus _____ Levemir _____ Humalog Basal _____ Altri _____

Che insulina rapida attualmente usa?:

Humalog _____ Novorapid _____ Apidra _____ Regolare _____ Altro: _____

Qual è il valore glicemico ottimale prefissato? _____ non so _____

Usa il metodo del calcolo dei carboidrati prima dei pasti? Sì _____ No _____

In quale modo lo ha appreso?

Autonomamente Con colloqui personali con il diabetologo

Con colloqui personali con un dietologo/dietista Frequentando un Corso organizzato

Se sì, qual è il Suo rapporto insulina/carboidrati?

Una unità di insulina ad azione rapida per ogni _____ grammi di carboidrati. Non so ___

Qual è il Suo fattore di sensibilità utilizzato quando la glicemia è alta?

Una unità di insulina ad azione rapida abbassa il livello di zucchero nel sangue _di _____ mg/dL. Non so _____

Questi ultimi due parametri (rapporto ins/CHO e fattore di sensibilità) rimangono invariati durante la giornata o sono differenziati per fascia oraria? Invariati Differenziati

Calculating Insulin Ratio & Doses

- Calculate total daily insulin dose (TDI)
 - Based on current insulin doses
 - Based on weight in kg (weight x 0.5 u/kg/day)
- TDI is approximately 1/2 basal and 1/2 bolus replacement
- Example: A 80 kg patient would require ~ 40 units of insulin per day, of which 20 units are for basal replacement and 20 units to cover meal carbohydrates

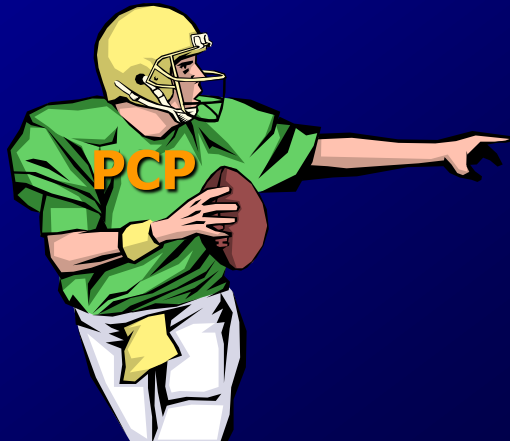
Calculating Insulin Ratio & Doses

- Calculate corrective ratio (supplemental insulin)
 - For Lispro or Aspart use $1800 \div \text{TDI} = \text{fall in glucose (mg/dl) per 1 unit of insulin}$
 - For Regular insulin use $1500 \div \text{TDI} = \text{fall in glucose (mg/dl) per 1 unit of insulin}$
- Example: A patient requiring 40 units of insulin per day would expect a 45 mg/dl drop per unit of Lispro/Aspart insulin

Basal/Bolus Insulin Prescription

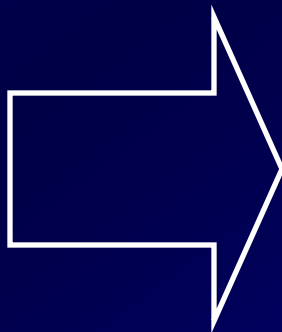
- Basal insulin replacement
 - Insulin Glargine 20 units at bedtime
- Prandial insulin replacement
 - 7 units Lispro or Aspart before meals
- Correction (supplemental) insulin
 - 1 unit per 45 mg/dl above target
- Pre-meal target: 120 mg/dl

Translating the Basal/Bolus Prescription



Insulin Prescription

Lantus 20 u HS
CHO ratio 1/10
Correction ratio 1/40
BG target 120 mg/dl



Knowledge & skills assessment

Diabetes Overview

Glucose monitoring

Insulin administration

Insulin algorithms

Carbohydrate counting

Prandial insulin coverage

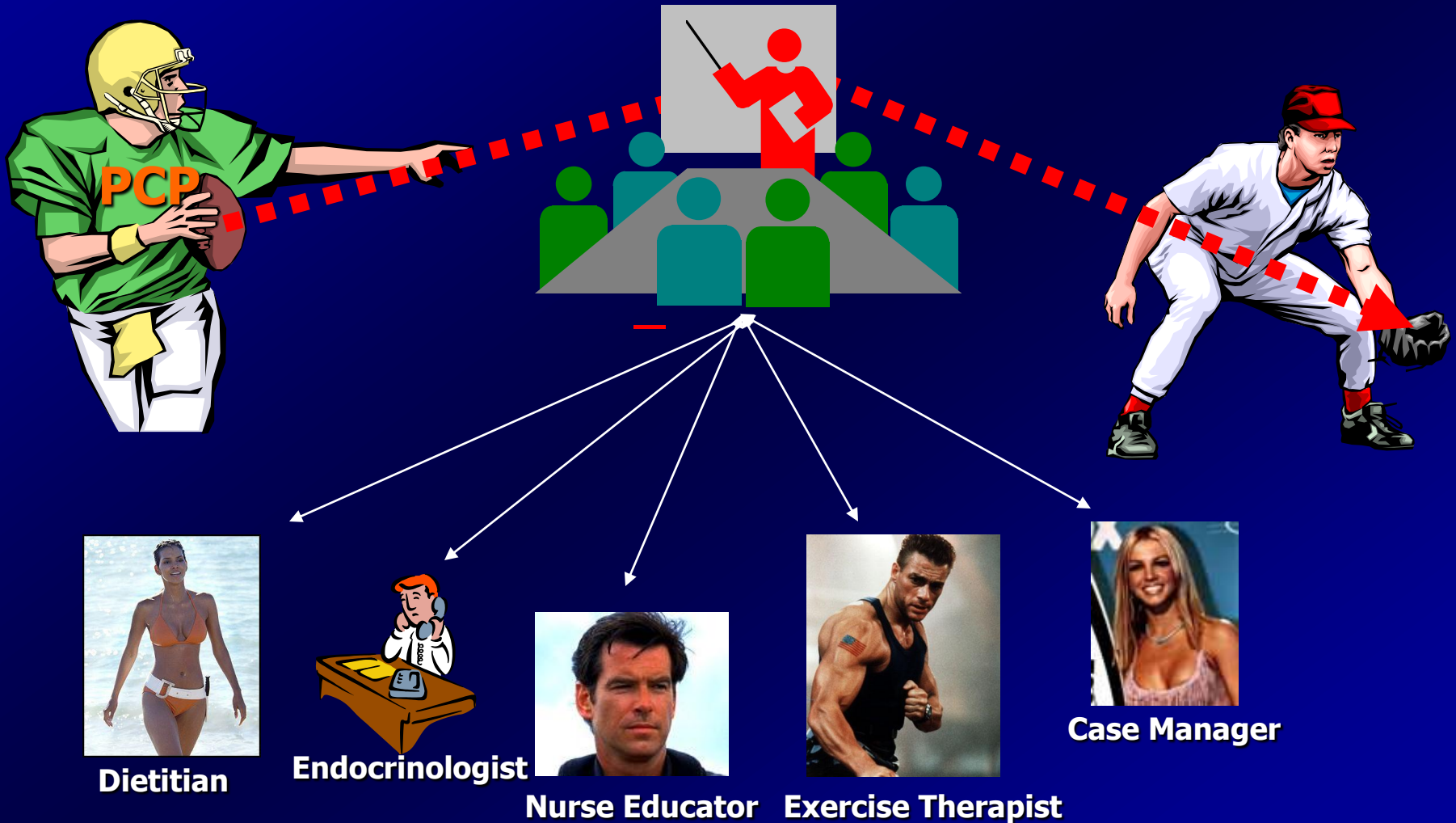
Correction (supplemental)

Special situation adjustments

Psychosocial issues

Components of the Diabetes Team

The Ideal Scenario





mario.manunta@diabetologiapalermo.org

Giulio

**...grazie a voi per
l'attenzione!**