



AMD-SID Piemonte e Valle d'Aosta



**SIMPOSIO INTERPROFESSIONALE**

**TECNOLOGIE PER LA GESTIONE  
DELLA RELAZIONE:**

**PAZIENTE-MALATTIA-TEAM DIABETOLOGICO**

"Vestire" il monitoraggio glicemico



**2 dicembre 2016**

Torino Incontra - Via Nino Costa 8

## **TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE DIABETICO**

Standard Italiani per la  
cura del diabete mellito

Silvana Bertaina

**AUTOMONITORAGGIO**

**Formazione**

Educazione

**Educazione**

**terapeutica**

autocontrollo

**Informazione**

**ISTRUZIONE**

# L'educazione all'autogestione del diabete (DSME, *Diabetes self-management education*)

- è un processo di **facilitazione delle conoscenze, abilità e comportamenti** fondamentale nella cura del diabete, ma è utile anche ai soggetti a rischio per sviluppare e mantenere comportamenti che possano prevenire o ritardare la comparsa della malattia.
- Essa ha come obiettivo quello di fare **sviluppare la capacità di prendere decisioni** da parte della persona con diabete che, così, farà parte a tutti gli effetti del team di cura con cui condivide obiettivi di miglioramento dei risultati clinici, dello stato di salute e della qualità di vita





La persona con diabete è il più importante  
«erogatore di cure» per se stesso

il 95% della cura è a carico del paziente e  
della sua famiglia

L'educatore è un facilitatore

Task Force ADA-AADE  
IDF



## Historical review

- 1875 Education first appears in the literature (Bouchardat, 1875)
- 1918 Diabetes education is recognized for improving clinical outcomes (Joslin, 1918)
- 1930s Patient advocacy bodies develop
- 1940s The UK offers diabetes education
- 1960s Diabetes health professional role increases in importance and recognition
- 1972 Teaching techniques specific to diabetes education are published
- 1970s Diabetes educator/specialist nurse associations are formed
- 1970s Technological advances support self-care
- 1980s Diabetes education is recognized as a specialty by many professions in some countries
- 1990s Evidence supports education and the role of the interdisciplinary team as an essential part of secondary prevention of complications



## POSITION STATEMENT – SELF-MANAGEMENT EDUCATION

Diabetes self-management education: a right for all

January 2011

Therefore, the International Diabetes Federation (IDF) believes diabetes self-management education is a **critically important**, fundamental and integral component of diabetes prevention and care and should be available and accessible to everyone.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION

## STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES—2016

Diabetes self-management education (DSME), diabetes self-management support (DSMS), medical nutrition therapy (MNT), counseling on smoking cessation, education on physical activity, guidance on routine immunizations, and psychosocial care are **the cornerstone** of diabetes management. Patients



## Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016

### V. Cura del diabete

#### RACCOMANDAZIONI

I diabetici devono assumere un ruolo attivo nel piano di cura, formulato come un'alleanza terapeutica personalizzata tra il paziente, la sua famiglia e i membri del team diabetologico. Attenzione particolare deve essere posta all'età del paziente, all'attività scolastica e lavorativa, all'attività fisica praticata, alle abitudini alimentari, alle condizioni socioeconomiche, alla personalità, ai fattori culturali e alla presenza di altre patologie o di complicanze del diabete.

**(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)**

Il piano di cura deve comprendere un programma di educazione all'autogestione del diabete, che garantisca, tramite l'utilizzo di strategie e tecniche diversificate a seconda fenotipo clinico, modalità terapeutica, età, livello socioculturale e abilità individuali del paziente, un adeguato apprendimento delle modalità di gestione delle varie problematiche proprie della malattia. L'attuazione del piano di cura richiede che ogni aspetto sia stato chiarito e concordato tra il paziente e il team diabetologico e che gli obiettivi identificati siano raggiungibili.

**(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)**



## Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016

E' necessaria una formazione qualificata del personale sanitario per implementare programmi di educazione delle persone con diabete alla loro partecipazione attiva a una gestione condivisa della malattia.

**(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)**



## C. EDUCAZIONE TERAPEUTICA

### RACCOMANDAZIONI

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)


#### Diabetes Self-management Education and Support for Adults With Type 2 Diabetes: Algorithm of Care

ADA Standards of Medical Care in Diabetes recommends all patients be assessed and referred for:



#### Four critical times to assess, provide, and adjust diabetes self-management education and support

1 <i>At diagnosis</i>	2 <i>Annual</i> assessment of education, nutrition, and emotional needs	3 When new <i>complicating factors</i> influence self-management	4 When <i>transitions</i> in care occur
<b>When primary care provider or specialist should consider referral:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Newly diagnosed. All newly diagnosed individuals with type 2 diabetes should receive DSME/S</li> <li><input type="checkbox"/> Ensure that both nutrition and emotional health are appropriately addressed in education or make separate referrals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Needs review of knowledge, skills, and behaviors</li> <li><input type="checkbox"/> Long-standing diabetes with limited prior education</li> <li><input type="checkbox"/> Change in medication, activity, or nutritional intake</li> <li><input type="checkbox"/> HbA<sub>1c</sub> out of target</li> <li><input type="checkbox"/> Maintain positive health outcomes</li> <li><input type="checkbox"/> Unexplained hypoglycemia or hyperglycemia</li> <li><input type="checkbox"/> Planning pregnancy or pregnant</li> <li><input type="checkbox"/> For support to attain and sustain behavior change(s)</li> <li><input type="checkbox"/> Weight or other nutrition concerns</li> <li><input type="checkbox"/> New life situations and competing demands</li> </ul>	Change in: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Health conditions such as renal disease and stroke, need for steroid or complicated medication regimen</li> <li><input type="checkbox"/> Physical limitations such as visual impairment, dexterity issues, movement restrictions</li> <li><input type="checkbox"/> Emotional factors such as anxiety and clinical depression</li> <li><input type="checkbox"/> Basic living needs such as access to food, financial limitations</li> </ul>	Change in: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Living situation such as inpatient or outpatient rehabilitation or now living alone</li> <li><input type="checkbox"/> Medical care team</li> <li><input type="checkbox"/> Insurance coverage that results in treatment change</li> <li><input type="checkbox"/> Age-related changes affecting cognition, self-care, etc.</li> </ul>

 Non è possibile visualizzare questa immagine.

## C. EDUCAZIONE TERAPEUTICA

### RACCOMANDAZIONI

L'educazione è più efficace se pianificata e organizzata per piccoli gruppi di pazienti.

**(Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)**

L'educazione all'autogestione del diabete va garantita, all'interno del team, da parte delle diverse figure professionali (medico, infermiere, dietista, educatore sociosanitario) specificamente qualificate sulla base di una formazione professionale continua all'attività educativa.

**(Livello della prova I, Forza della raccomandazione A)**

Nel lavoro di team è importante che la pianificazione e la conduzione dell'attività educativa siano svolte mediante metodologie basate sui principi dell'educazione dell'adulto, che tengano conto dell'esperienza di vita della persona e della sua personale motivazione al cambiamento.

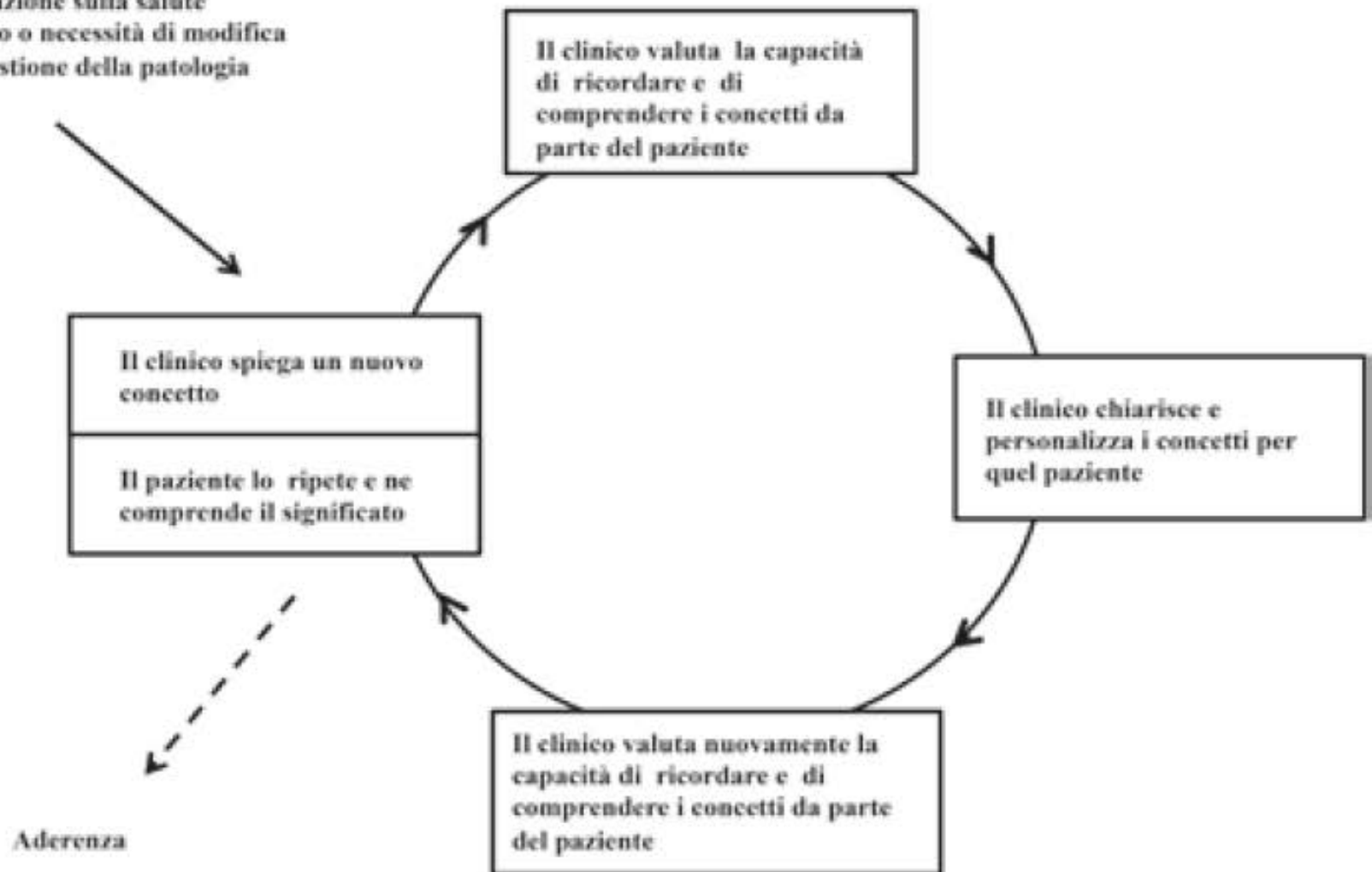
**(Livello della prova IV, Forza della raccomandazione B)**



# Teach back

## Tab 1 ♦ Teach back e comunicazione al paziente diabetico (7)

Nuovo concetto,  
informazione sulla salute  
consiglio o necessità di modifica  
nella gestione della patologia



## C. EDUCAZIONE TERAPEUTICA

### RACCOMANDAZIONI

L'educazione all'autogestione del diabete va rivolta anche ai problemi psico-sociali, poiché il benessere emotivo è fortemente associato con gli esiti positivi per il diabete.

**(Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)**

Culturally appropriate health education for people in ethnic minority groups with type 2 diabetes mellitus (Review)

Arvidh M, Coates J, Bantua H, Cochrane J, John B, Henshaw K



THE COCHRANE  
COLLABORATION®

L'educazione terapeutica culturalmente orientata si è dimostrata capace di ridurre significativamente i valori dell'HbA1c e di conseguenza contribuire a una riduzione delle complicanze del diabete.

E' importante, ove possibile, l'utilizzazione della lingua madre, e l'adozione di modalità educative che rispettino i bisogni della comunità, dei valori religiosi, culturali e sociali, condizione questa imprescindibile per avere un impatto importante.

### AUTHORS' CONCLUSIONS

Implications for practice

## C. EDUCAZIONE TERAPEUTICA

### RACCOMANDAZIONI

# and last but not least

L'educazione all'autogestione del diabete deve essere adeguatamente riconosciuta e remunerata nell'ambito delle prestazioni fornite dal Servizio sanitario nazionale (SSN), nell'ambito di un sistema integrato di interventi.

**(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)**





## Il diabete in Italia

a cura di Enzo Bonora e Giorgio Sesti

# Educazione terapeutica fra bisogni e carenze

Giovanni Careddu

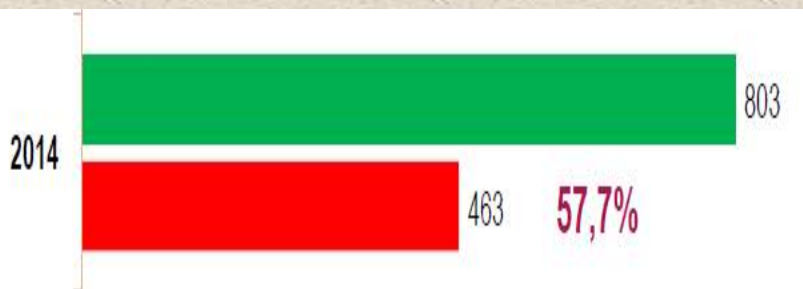
*Endocrinologia Diabetologia e Malattie Metaboliche ASL 3, Genova*

L'Educazione Terapeutica (ET) **semberebbe ormai un concetto acquisito** per gli operatori sanitari di un team diabetologico.

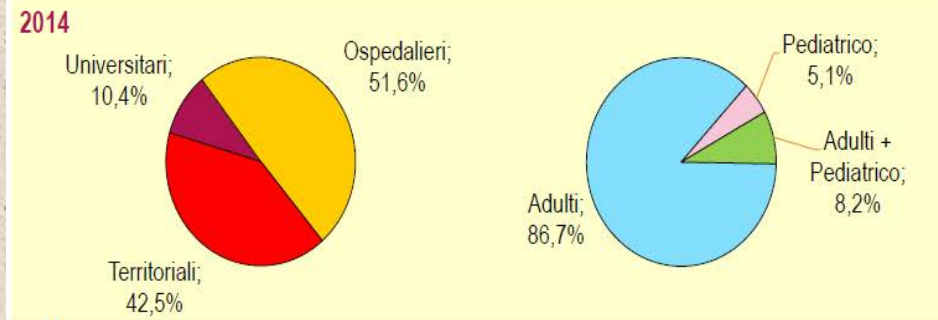
In tutte le Linee Guida sul diabete l'Educazione Terapeutica é indicata quale componente essenziale della terapia ma, nonostante l'abbondanza di riconoscimenti , **la realizzazione nella pratica clinica non é così diffusa come ci si aspetterebbe.**

# Il Progetto Indagine Conoscitiva GISED 2014

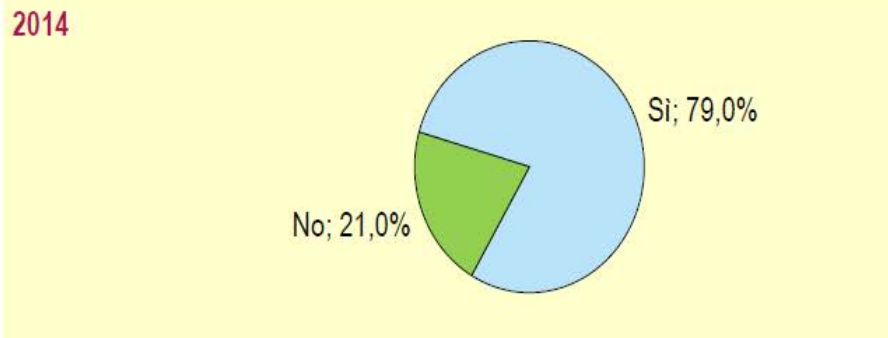
## Indagine 2014



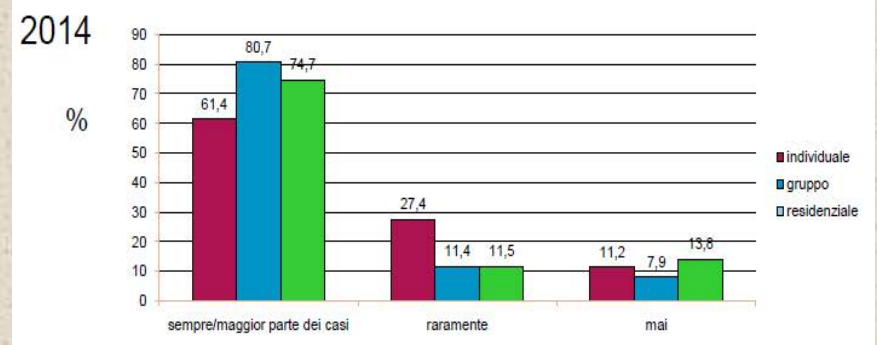
## Tipologia dei centri



## Attività educativa svolta nei centri diabetologici Italiani



## Strutturazione dell'intervento educativo





## Il diabete in Italia

a cura di Enzo Bonora e Giorgio Sesti

# Educazione terapeutica fra bisogni e carenze

Giovanni Careddu

*Endocrinologia Diabetologia e Malattie Metaboliche ASL 3, Genova*

Come criticità é stato possibile evidenziare ancora **una bassa percentuale di strutturazione dell'intervento educativo** , che risulta comunque incrementato rispetto al 2004 soprattutto per l'intervento di gruppo e con una netta riduzione dei centri che affermano di non strutturare mai l'intervento individuale. Nonostante i progressi, quindi, emerge ancora la necessita di promuovere una **maggiore formazione metodologica** ed eventualmente la diffusione di materiale educativo standardizzato, per aiutare gli operatori a svolgere in maniera più appropriata l'attività educativa nei centri



## MANIFESTO dei diabetologi italiani per un'assistenza qualificata e all'avanguardia nella sostenibilità



maggio 2016

### 10 IMPEGNI

I **diabetologi italiani**, consapevoli del loro importante ruolo nel garantire, nel rispetto delle normative vigenti, l'accesso all'innovazione in diabetologia e nel contenere la spesa per la cura delle persone con diabete, applicando pienamente la loro peculiarità clinica, specifica e non sostituibile con altri professionisti della salute, consci dell'impegno a perseguire una cura efficace nel prevenire le complicanze acute e croniche della malattia, ribadiscono il loro impegno a:

- 1. Sollecitare** la persona con diabete ad una partecipazione attiva alla cura della malattia, affinché essa possa essere realmente protagonista di una gestione condivisa della cura e in grado di assumere decisioni e comportamenti appropriati (alimentazione, attività motoria, automonitoraggio glicemico, terapia, assunzione di farmaci orali e/o iniettabili, ecc.).
- 2. Educare** la persona con diabete ad un automonitoraggio glicemico strutturato (frequenza e orario delle misurazioni, interpretazione dei dati, correzione terapeutica quando applicabile) ma personalizzato in funzione delle necessità cliniche, differenziando le prescrizioni di dispositivi per l'autocontrollo glicemico domiciliare in base al tipo di trattamento, secondo una logica di appropriatezza, e analizzare con scrupolo, congiuntamente, il diario glicemico, possibilmente sfruttando le opportunità offerte dalla moderna tecnologia, soprattutto quando i dati da condividere sono numerosi come nelle persone in trattamento insulinico multi-iniettivo o con microinfusore.
- 3. Addestrare** la persona con diabete in trattamento insulinico non solo ad un'efficace aggiustamento della dose quando necessario ma anche ad un uso corretto delle penne per le iniezioni di insulina, al fine di evitare sprechi di farmaco con dosi test inappropriatamente elevate, garantendo nel contempo lo standard di sicurezza nella sua somministrazione.
- 4. Istruire** la persona con diabete in trattamento insulinico ad una corretta tecnica iniettiva al fine di prevenire o risolvere prontamente il problema della lipodistrofia con le possibili conseguenze che queste comportano sia dal punto di vista clinico (variabilità glicemica) che economico (aumento del fabbisogno insulinico).
- 5. Richiedere** gli esami di laboratorio necessari alla diagnosi, al monitoraggio e alla cura, prestando massima attenzione alle esigenze cliniche individuali, nel rispetto delle linee guida e della specifica appropriatezza clinica.
- 6. Prescrivere** la terapia anti-iperlipemicizzante che, a parità di efficacia e sicurezza, è meno costosa una volta che siano state attentamente considerate tutte le opzioni terapeutiche disponibili e valutando non solo il costo del farmaco ma anche quello dei dispositivi (aghi, lancette, strisce reattive) necessari e raccomandati nelle varie situazioni, verificandone periodicamente l'efficacia e la sicurezza al fine di intervenire tempestivamente in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi o di effetti avversi, evitando il fenomeno dell'inerzia terapeutica e interrompendo e sostituendo trattamenti costosi laddove essi si siano dimostrati privi di beneficio, al fine di liberare risorse utili per il bene comune.
- 7. Prevenire** quanto più possibile l'ipoglicemia, fenomeno totalmente riconducibile alla terapia farmacologica, sia con una scelta oculata fra le varie alternative terapeutiche che con un'adeguata istruzione delle persone con diabete.
- 8. Raccomandare** alla persona con diabete la massima attenzione alla cura dei propri piedi ed esaminare sempre con scrupolo i piedi delle persone con diabete per identificare e possibilmente correggere le condizioni di rischio e per avviare tempestivamente alla cura le lesioni nelle fasi più precoci, al fine di prevenirne la progressione, riducendo così morbilità, disabilità e i relativi ingenti costi.
- 9. Garantire**, laddove richiesta, la massima disponibilità ad assistere le persone con diabete ricoverate in ospedale per altra patologia al fine di migliorare gli esiti, accorciare la degenza e contenere sensibilmente la spesa correlata.
- 10. Perseguire** in ogni circostanza la logica del team diabetologico (medico, infermiere, dietista, ecc.), eventualmente allargato ad altri specialisti (cardiologo, nefrologo, oculista, ecc.) quando necessario per garantire la corretta gestione multidimensionale e multidisciplinare della malattia e nel contempo collaborare coi medici di medicina generale per permettere la piena realizzazione della gestione integrata prevista dal Piano Nazionale della Malattia Diabetica.



Come si insegna a un bambino ad andare in bicicletta? Gli si consegna un dépliant? No! gli si sta vicino pronti a intervenire se cade. Certo che cade! Ma il genitore è pronto a gestire questo processo.

