



# **MONITORAGGIO E TEACH BACK METHOD**

**RELATORE  
DOTT.SSA ODASMINI BRUNA**

**15 MARZO 2022**

**Distretto di Tarcento  
ASUFC**

**La formazione tra pari dei MMG come strumento di miglioramento delle buone pratiche cliniche e assistenziali e come metodo di lavoro per il conseguimento degli obiettivi di salute regionali anno 2022**

# DM 71/2022: MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE -1-

Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

	<b>Classificazione del bisogno di salute</b>	<b>Condizione clinica/sociale</b>	<b>Bisogno/intensità assistenziale</b>	<b>Azioni (presa in carico derivante)</b>
<b>Stratificazione del rischio</b>	<b>I Livello</b> Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute
	<b>II livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
	<b>III livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	<b>IV livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	<b>V livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	<b>VI livello</b> Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di cura	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

## DM 71/2022: MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE -2-

Tabella 1. Cooperazione funzionale delle figure che costituiscono l'*équipe* multiprofessionale

<b>MMG/PLS</b>	Referente del caso in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito in tutta la sua globalità e in tutte le fasi della vita.
<b>Infermiere</b>	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
<b>Specialista</b>	<p>Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo.</p> <p>La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.</p>
<b>Psicologo</b>	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
<b>Assistente Sociale</b>	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
<b>Altre professioni dell'Équipe</b>	<p>Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico.</p> <p>I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di <i>case manager</i> nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.</p>

## DIABETE NELL'ADULTO - PDTA DIABETE MELLITO DI TIPO 2 - 1

- **L'infermiere dell'ambulatorio per la gestione integrata della cronicità (Case della Comunità)** rappresenta l'operatore di riferimento che si fa carico di identificare, valutare e monitorare il bisogno assistenziale della persona:
- analisi della multicronicità e stratificazione delle persone assistite, in collaborazione con MMG, anche attraverso l'utilizzo degli strumenti informatici e informativi disponibili (es. registri, profili di rischio, Risk-ER, misurazione del livello di fragilità - ACG)
- partecipazione alle attività di realizzazione dei progetti di medicina d'iniziativa
- chiamata attiva dei pazienti
- accoglienza ed esecuzione dell'accertamento infermieristico con programmazione del follow-up prescritto dal MMG
- verifica dell'adesione al regime terapeutico (aderenza alla terapia, al programma alimentare, alla gestione della terapia ecc.) e chiamata attiva quando i pazienti non si presentano al controllo programmato

## DIABETE NELL'ADULTO - PDTA DIABETE MELLITO DI TIPO 2 - 2

- **educazione terapeutica strutturata** finalizzata all'empowerment, all'autogestione della patologia, all'adozione di corretti stili di vita, con interventi sia singoli che in gruppo
- **educazione terapeutica strutturata** finalizzata alla prevenzione delle lesioni primarie del piede attraverso l'ispezione dei piedi e delle calzature e la fornitura di consigli standardizzati per la prevenzione primaria delle ulcere diabetiche e delle amputazioni secondo il PDTA Piede Diabetico della Regione FVG (in costruzione)
- addestramento a persone con DM2 e caregiver con l'obiettivo di identificare precocemente i segni e sintomi di complicanze
- continuità assistenziale in caso di ricovero in Ospedale
- raccolta e registrazione dati clinici raccolti
- partecipazione allo sviluppo di programmi di aggiornamento continuo, alla realizzazione di Equity Audit periodici, alla valorizzazione e allo studio dei dati epidemiologici, allo sviluppo dei registri di patologia
- partecipazione alla realizzazione e implementazione delle Linee Guida Regionali, alla raccolta e al monitoraggio di outcome e indicatori previsti.



# DIABETE NELL'ADULTO – PDTA DIABETE MELLITO DI TIPO 2 - 3

<b>Infermiere Cronicità/Comun ità/AFT + Dietista</b>	Accertamento Infermieristico con compilazione delle schede dedicate, che si compone di: - Anamnesi infermieristica - Raccolta parametri clinici - Valutazione sensibilità tattile dolorifica e pallestesica  - Esame ispettivo del piede - Esecuzione di controlli strumentali periodici - Counselling - Educazione alimentare, educazione terapeutica, counseling nutrizionale e, ove appropriato, la prescrizione di un piano dietetico individualizzato.	Durante prima visita diabetologica e al bisogno su richiesta MMG	Cds/ Nuclei di Cure Primarie/AFT	Controllo stabilità dei parametri clinici e strumentali, attraverso un costante monitoraggio del Pz.
		Durante follow-up	Cds/AFT e Altri setting territoriali	Ottimizzazione della terapia in situazioni di comorbidità. Attenzione <b>all'ed. del Pz.</b> , dialogo pro-attivo con MMG e altri attori coinvolti nel percorso.

- “L’educazione terapeutica dovrebbe permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia.... .. è finalizzata ad aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la natura della malattia e dei trattamenti, a collaborare attivamente alla realizzazione del percorso terapeutico e a prendersi cura del proprio stato di salute, per mantenere e migliorare la propria qualità di vita” (OMS 1998)

- In Friuli Venezia Giulia il 45% dei cittadini ha almeno una patologia cronica e il 12% ne ha tre o più (a 65 anni, il 16% della popolazione presenta almeno una patologia cronica; tale percentuale aumenta al 25% nelle persone di 75 anni)

Fonte: dati ISTAT 2018

- Alle malattie croniche è attribuito l’80% della mortalità e tra il 60 e l’80% dei costi dei servizi sanitari.

- Molti pazienti non collaborano con le istituzioni; meno del 50% segue correttamente il proprio trattamento

Rapporto Mondiale sulla Sanità 2021

- ❑ Studies have demonstrated that patients recall and comprehend a little as 50% of what they are told by their physicians.

Schillinger, 2003

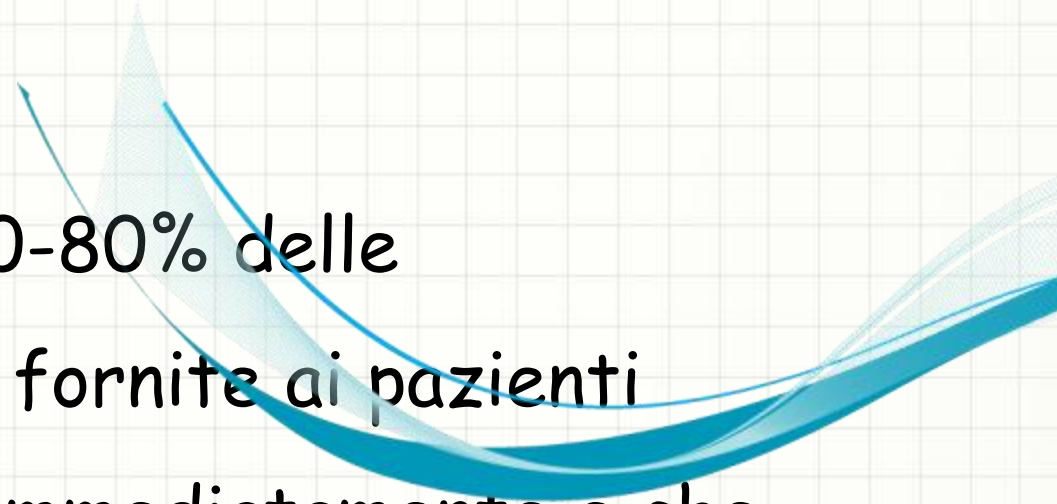
- ❑ *Asking patients to recall and restate what they have been told, is one of the 11 top patient safety practices.*

*AHRQ, 2001*

- ❑ In some disease conditions, more than 40% of patients sustain significant risks by misunderstanding, forgetting, or ignoring healthcare advice.

Roter, 2000





È dimostrato che il 40-80% delle informazioni mediche fornite ai pazienti vengono dimenticate immediatamente e che circa la metà delle informazioni è ricordata in modo inesatto

- Kessel RP. Patient's memory for medical information. *J R Soc Med.* May 2003; 96(5):219-22, Anderson JL, Dodman S, Kopelman M, Fleming A. Patient information recall in a rheumatology clini. *Rheumatology.* 1979;18(1):18-22

"Capacitare" (*empowerment*): potenziare le competenze, rendere consapevole di averle e di poterle impiegare, per facilitare l'autodeterminazione della persona e dei suoi familiari/caregiver nelle scelte e nelle attività conseguenti






Noi ricordiamo:

- 10% di quello che leggiamo
- 20% di quello che sentiamo
- 30% di quello che vediamo
- 50% di quello che vediamo e sentiamo
- 80% di quello che diciamo
- 90% di quello che diciamo ed applichiamo



**PRATICA**



L'educazione terapeutica deve essere intesa non come un addestramento, ma piuttosto come una formazione alla decisione



- è un processo di apprendimento sistemico, centrato sul paziente, continuo
- deve essere strutturata, organizzata e fornita in maniera sistematica a tutti i pazienti con una varietà di mezzi
- è multiprofessionale, intraprofessionale, intersettoriale, comprende il lavoro di rete
- viene erogata da operatori sanitari formati

# Processo di educazione terapeutica







## Perché l'infermiere – 1- :

***D.M. 734/94***

*comma 2 Art. 1*

*“L’assistenza infermieristica preventiva,  
curativa, palliativa e riabilitativa  
è di natura  
tecnica, relazionale, educativa. ...”*

### **CODICE DEONTOLOGICO DELL’INFERMIERE 2009**

#### **4. Rapporti con la persona assistita.**

**4.1** L’infermiere promuove attraverso l’educazione stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori

**4.5** L’infermiere nell’aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere.

Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche

## Perché l'infermiere – 2 - :

### DM 71/2022: MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE


Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.

## Nuovi modelli organizzativi

L'individuazione di criticità negli attuali modelli organizzativi diventa uno strumento particolarmente importante per programmare interventi utili a indurre opportuni cambiamenti;

Sanità di attesa	Sanità di iniziativa
Centrata sulla malattia	Centrata sulla persona
Basata sull'ospedale e sulle attività specialistiche	Basata sulle cure primarie
Focus sugli individui	Focus sui bisogni della comunità
Reattiva, guidata dai sintomi	Proattiva, pianificata
Focalizzata sulla terapia	Focalizzata sulla prevenzione

Un modello di riferimento per l'implementazione di questo concetto di sanità, è quello del Chronic Care Model caratterizzato da un'interazione efficace tra un paziente reso esperto da opportuni interventi di educazione e un team assistenziale multiprofessionale, composto da MMG, infermieri del distretto con funzione di care manager, e altre figure professionali



La promozione e l'educazione ad adottare stili di vita sani ha un **ruolo fondamentale** nella prevenzione e gestione delle patologie cronico-degenerative e quindi nel mantenimento dello stato di salute.

A tal proposito, introdurre modifiche permanenti negli stili di vita della popolazione è l'obiettivo che si pone la sanità e in particolare **l'infermiere care-manager** che attraverso l'informazione e l'educazione rende più consapevoli i cittadini favorendo l'aderenza, la sostenibilità e quindi il consolidamento di scelte salutari con finalità preventiva e in alcuni casi riabilitativa e curativa.



**Nuovo strumento**





## Teach Back

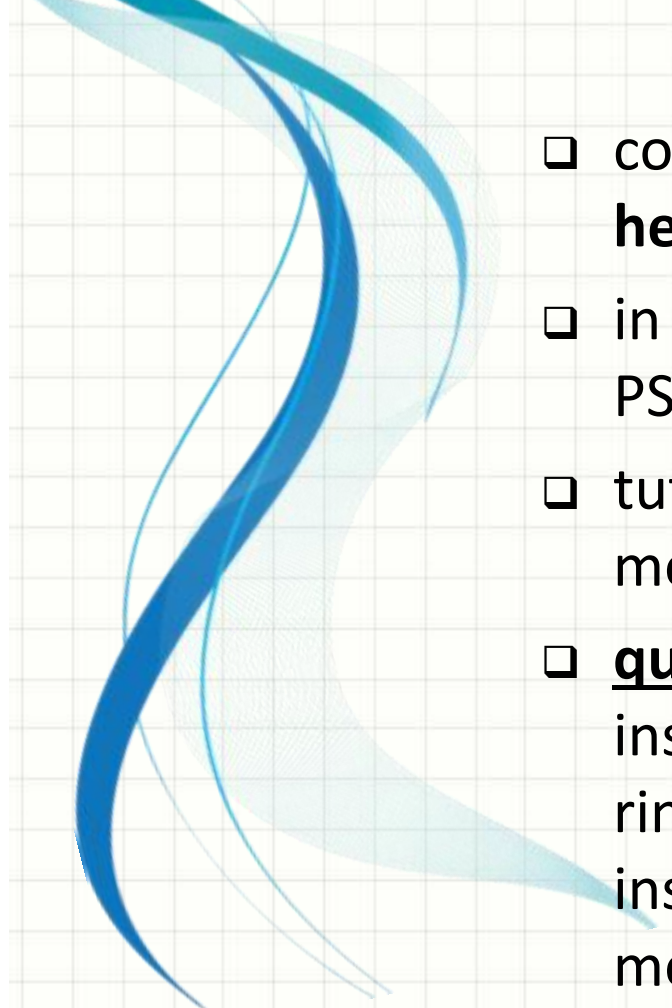
E' una semplice tecnica che permette di accertare la comprensione di un concetto da parte di pazienti e caregiver. Si può utilizzare per insegnare sia concetti che tecniche

Non è un test per il paziente

Finalità: capire cosa il paziente/caregiver ha interiorizzato di ciò che gli è stato detto/mostrato.

Semplicemente consiste nel chiedere al paziente/caregiver di descrivere quello che ha appena sentito/visto, per capire cosa in realtà ha appreso




- 
- ❑ con tutti i pazienti, con **alta o bassa health literacy**
  - ❑ in diversi setting di cura (cure primarie, PS., ambulatori... )
  - ❑ tutta la equipe deve conoscere la modalità di utilizzo del Teach-Back
  - ❑ **quando**: nel momento in cui si insegnano nuovi concetti, se ne devono rinforzare di già acquisiti, dopo aver insegnato qualcosa utilizzando altri metodi, durante tutto il periodo di «contatto» con il paziente/caregiver



## Strategie:

- Non chiedere al paziente/caregiver “Ha capito?” “Tutto chiaro?”
- Chiedere di spiegare e di dimostrare con parole proprie
- Fare domande a risposta aperta
- Non fare domande con risposta obbligata: si/no
- Rispiegare i concetti in modi diversi
- Scegliere i tre momenti in base alle esigenze del paziente



Il Piano Nazionale Diabete 2012 e il Piano della Cronicità 2016 inseriscono l'educazione terapeutica fra le aree di miglioramento.

Il paziente e la sua famiglia/caregiver sono l'unica costante e hanno quindi un ruolo fondamentale nel garantire la continuità delle cure  
(Patient Safety Solutions May 2007)

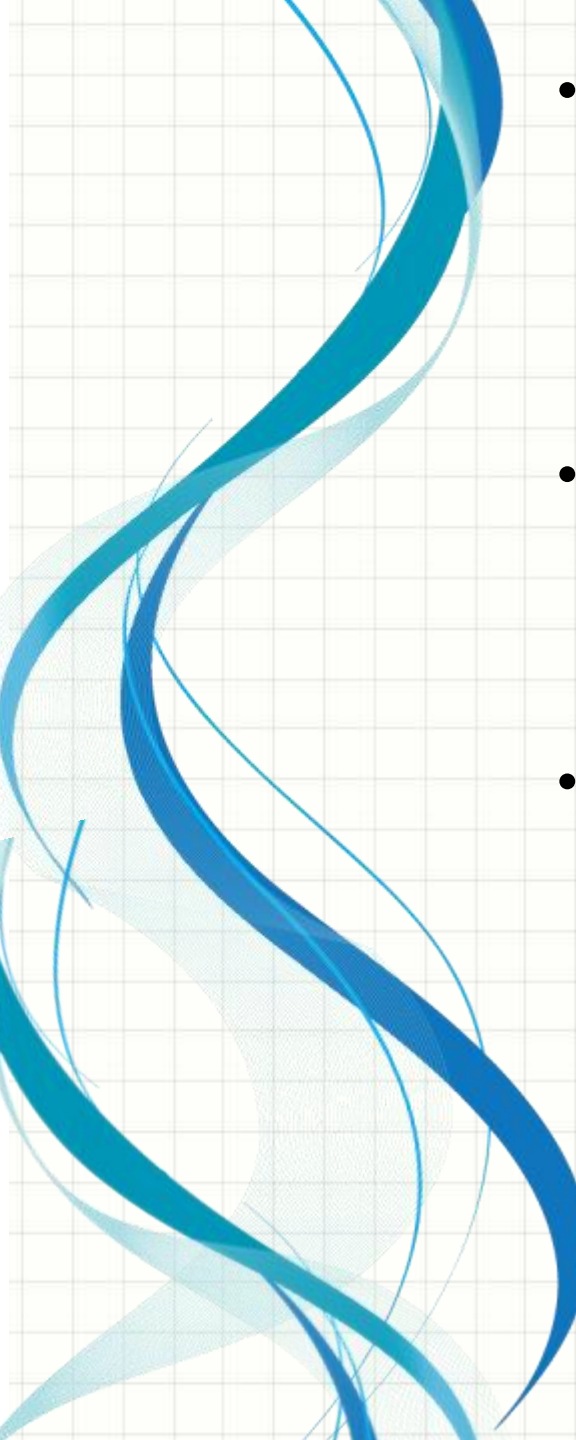
## ACCORGIMENTI 1

- Usare un tono di voce pacato e un atteggiamento "aperto"
- *Stabilire un contatto visivo*
- Utilizzare un linguaggio semplice
- *Spiegare lentamente i concetti*
- Abolire il gergo medico
- *Chiedere al paziente/caregiver di spiegare di nuovo, usando le proprie parole*
- Evitare di porre domande a cui si può rispondere con un semplice sì o no
- *Sottolineare che non è un test per il paziente/caregiver*
- Se il paziente/caregiver non è in grado di spiegare in modo corretto, spiegare di nuovo e richiedere
- *Utilizzare materiali di stampa reader-friendly (depliant, brochure) per sostenere l'apprendimento.*

## ACCORGIMENTI 2

- Focalizzare l'attenzione su 2 o 3 concetti importanti (informazioni chiave)
- *Fornire informazioni brevi, poi assicurarsi che siano state comprese*



- 
- **nel 1955 Elliot Joslin, primo diabetologo statunitense, affermava che, a parità di fattori, un diabetico che conosce di più la propria malattia vive più a lungo;**
  - **nel 1996 Assal sosteneva che la terapia educativa era l'elemento indispensabile per un trattamento realmente efficace;**
  - **anche le recenti conclusioni di Diabetes Control and Complications Trial e di United Kingdom Prospective Diabetes Study ribadiscono il ruolo indispensabile dell'educazione terapeutica.**

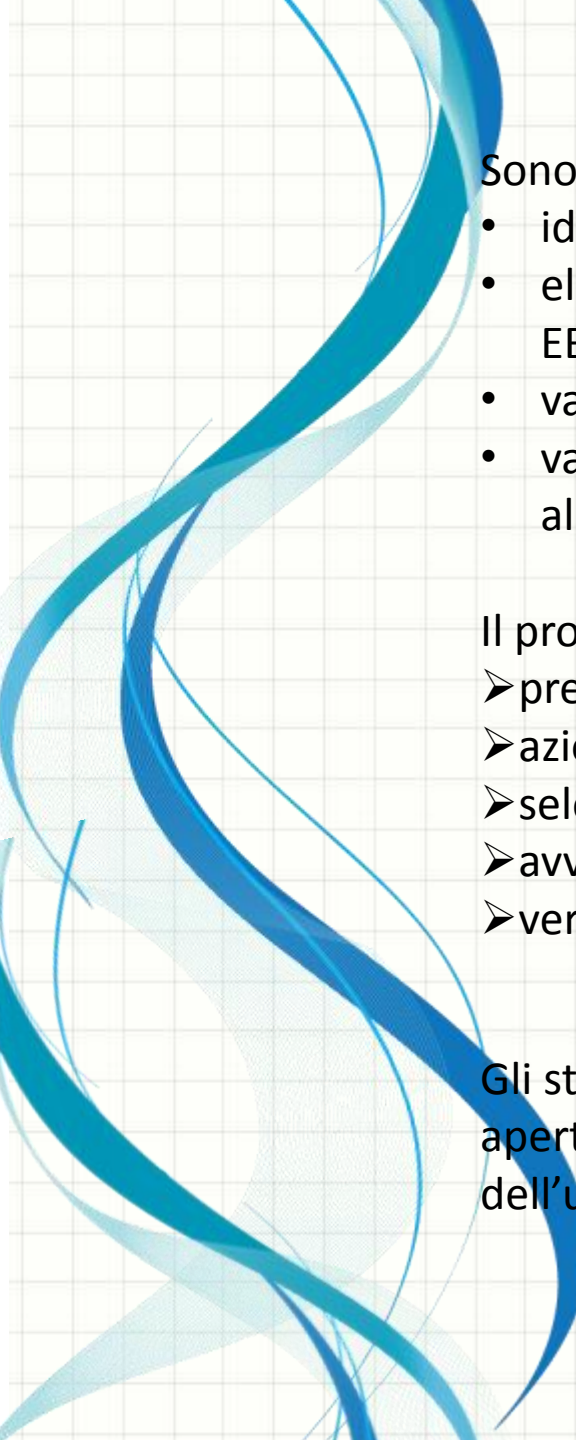
# Progetto

**OBV**: Migliorare l'aderenza terapeutica e la conoscenza dei corretti stili di vita nelle persone anziane con diabete e a rischio di complicanze .

**Risultato atteso**:

Migliorare le conoscenze e gli stili di vita del pz diabetico rispetto a:

- segni e sintomi ipoglicemia;
- corretta alimentazione;
- prevenzione e cura piede diabetico;
- sport e viaggi;
- gestione farmacoterapia.



Sono state identificate **4 fasi**:

- identificazione problemi di salute (diabete);
- elaborazione Linee Guida per il team assistenziale secondo EBM, EBP;
- valutazione del fabbisogno educativo del paziente;
- valutazione da parte degli operatori, attraverso domande mirate al paziente, di conoscenze, attitudini e comportamenti.

Il processo si è svolto in 5 passaggi:

- predisposizione e diffusione materiali standard;
- azioni informative/formative nei confronti degli operatori coinvolti;
- selezione casistica;
- avvio e conduzione attività;
- verifica dei risultati.

Gli strumenti prevedevano una serie di domande con risposta aperta, con tre momenti di intervento educativo nei confronti dell'utente con relativa valutazione: iniziale, intermedia e finale.

## TEMI

- Aderenza terapeutica/farmaci
- Autocontrollo glicemico
- Alimentazione
- Piede diabetico
- Sport e tempo libero

## BROCHURE

- 5 BROCHURE EDUCATIVE: UNA PER OGNUNO DEI TEMI INDIVIDUATI



## CHECK LIST

- 5 CHECK LIST PER VERIFICARE LA COMPrensIONE
- Ogni check list contiene obiettivi cognitivi-procedurali-relazionali



# TEMA 2

- **Autocontrollo della glicemia**
- **Il trattamento del diabete si pone come obiettivo il controllo dei valori glicemici per ritardare la progressione delle complicanze vascolari e il mantenimento di una buona qualità di vita**

## BROCHURE 2

- **Autocontrollo glicemico**



## CHECK LIST 2

- **In cosa consiste l'autocontrollo?**
- **Perché è importante monitorare la glicemia?**
- **Come si esegue l'autocontrollo glicemico?**
- **Quando si effettua l'autocontrollo?**
- **Quanti controlli bisogna eseguire?**
- **Perché è importante tenere il diario paziente?**
- **Perché controllare la glicosuria e la chetonuria?**



## CARO DIARIO

Ho un diario in cui scrivo ogni volta:

- valori della glicemia;
- data e ora della misurazione;
- le dosi di insulina;
- quello che mangio e i carboidrati che assumo;
- l'attività fisica che faccio, segnando il tipo e la durata;
- tutti gli avvenimenti imprevisti e quelli che mi sembrano significativi.

Il diario mi aiuta a riflettere sulla mia malattia e su quello che posso fare per gestirla al meglio.

Mi serve anche per verificare e prendere nota di come sto dopo aver mangiato certi cibi o preso le medicine o l'insulina. Mi aiuta anche a capire se gli sbalzi di glicemia sono dovuti a certi stress, a certi sforzi o a certe situazioni.



## GLICOSURIA/CHETONURIA

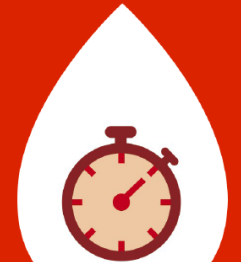
Quando la glicemia supera 250 mg/dl., devo controllare se nell'urina sono presenti delle sostanze (i chetoni), che segnalano uno scompenso glicemico. In questo caso, il medico potrebbe cambiarmi la terapia.

Per controllare la glicosuria/chetonuria, uso delle strisce reattive. Le bagno nell'urina per 2 secondi e poi confronto i valori che compaiono sulla striscia, con quelli della scala scritta sulla confezione.

Contatti:



## IL DIABETE AUTOCONTROLLO GLICEMICO



Versione novembre 2017

Reparto/Distretto Etichetta paziente	Caregiver:		ASU FC Azienda sanitaria universitaria Friuli Centrale  REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
---	------------	--	--

**Obiettivo: conoscere i parametri da controllare ed è in grado di utilizzare gli strumenti che ne permettono la misurazione**

	Valutazione iniziale data/ora			Monitoraggio data/ora			Valutazione finale data/ora		
	Autonomo	Parzialmente autonomo	Dipendente	Autonomo	Parzialmente autonomo	Dipendente	Autonomo	Parzialmente autonomo	Dipendente
In cosa consiste l'autocontrollo?									
Perché è importante monitorare la glicemia?									
Come si esegue l'autocontrollo glicemico?									
Quando si effettua l'autocontrollo?									
Quanti controlli bisogna eseguire?									
Perché è importante tenere il diario paziente?									
Perché controllare la glicosuria e la chetonuria?									

### Cosa faccio per l'AUTOCONTROLLO

- Tengo d'occhio i valori della glicemia
- Verifico i livelli della glicosuria/chetonuria
- Compilo il mio diario personale



### Perché è importante MONITORARE LA GLICEMIA

L'autocontrollo glicemico, condiviso con il team diabetologico, è molto importante perché mi aiuta a raggiungere gli obiettivi terapeutici e a evitare ipoglicemie gravi.

Se ho il diabete tipo 1:

- l'autocontrollo è fondamentale per gestire la terapia;
- i controlli prima dei pasti mi aiutano a decidere la dose da iniettare.

Se ho il diabete di tipo 2:

Sono in terapia con farmaci (ipoglicemizzanti): l'autocontrollo mi serve per valutare l'efficacia della

terapia e per evitare le ipoglicemie senza sintomi. Sono in terapia dietetica: l'autocontrollo mi serve per valutare i valori di glicemia dopo il pasto.

Per misurare la glicemia faccio così:

- mi lavo le mani con acqua tiepida e sapone; non uso l'alcol. Se non posso lavarmi le mani prendo la goccia che esce per seconda;
- asciugo la mano (o almeno il dito);
- preparo la penna pungidito;
- inserisco la striscia nel glucometro, cercando di non toccare l'area della striscia con il reagente. Aspetto che il glucometro sia pronto a ricevere il campione;
- mi pungo il dito con la penna; preferisco la zona laterale del dito vicino all'unghia perché dà meno fastidio;
- massaggio il dito dalla base al polpastrello, non lo schiaccio o "forzuro" perché questo può alterare il valore della glicemia;
- metto il dito perpendicolarmente alla striscia reattiva... così la striscia assorbe la giusta quantità di sangue;
- leggo il valore sul glucometro e lo scrivo sul mio diario personale (segno anche la data e l'ora in cui faccio la misurazione).

### Quando e quanti controlli bisogna fare

Il medico mi ha spiegato che, quando e quante volte misurarmi la glicemia, dipende:

- dalla condizione di salute in cui mi trovo;
- dal mio tipo di diabete;
- dai farmaci che sto prendendo;
- da quanto spesso vado in ipo o iper glicemia.

### Come e i controlli è meglio farli:

- a digiuno;
- prima dei pasti;
- dopo 2 ore circa dal pasto;
- prima di andare a dormire.

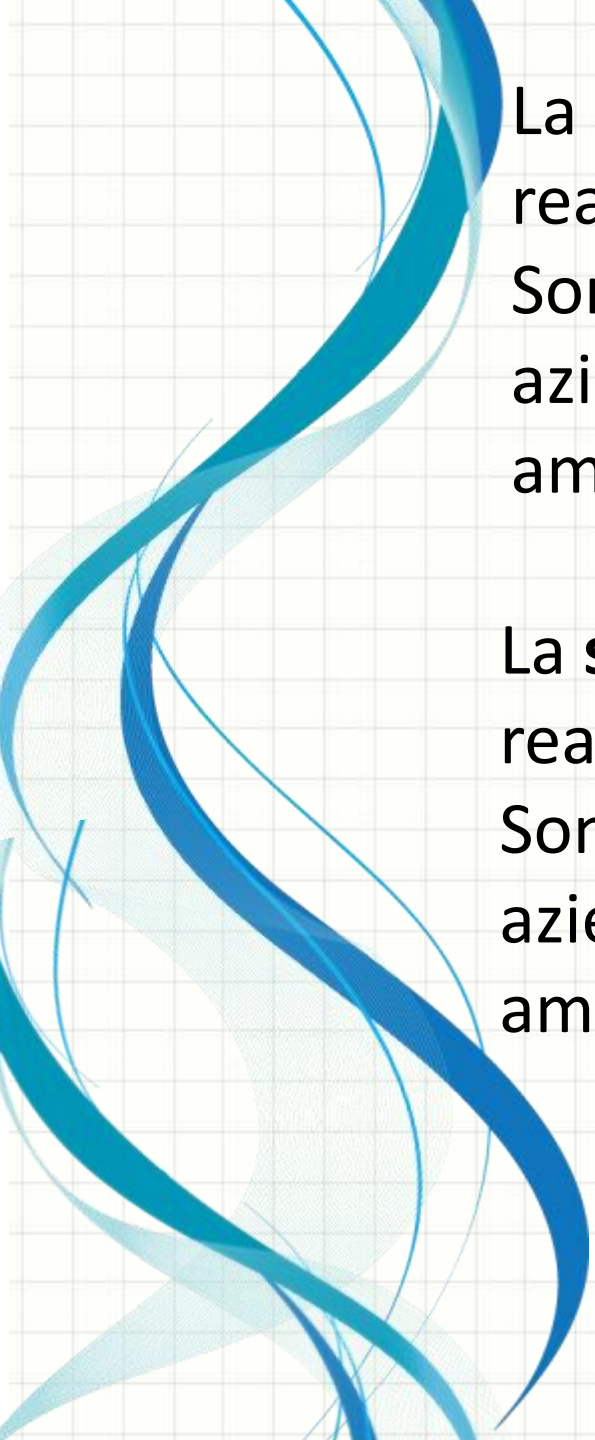
Il medico mi ha consigliato di fare attenzione alla glicemia se:

- mi ammalo (es. influenza o altro);
- faccio un'attività fisica imprevista;
- mi sento in ipoglicemia;
- ho preso cortisone o simili.

Sapere quali sono i valori della mia glicemia è importante perché:

- posso controllare, assieme all'equipe che mi segue, come sta procedendo il mio piano di cura;
- i risultati dei controlli indicano al mio medico se e come modificare la terapia che sto seguendo.

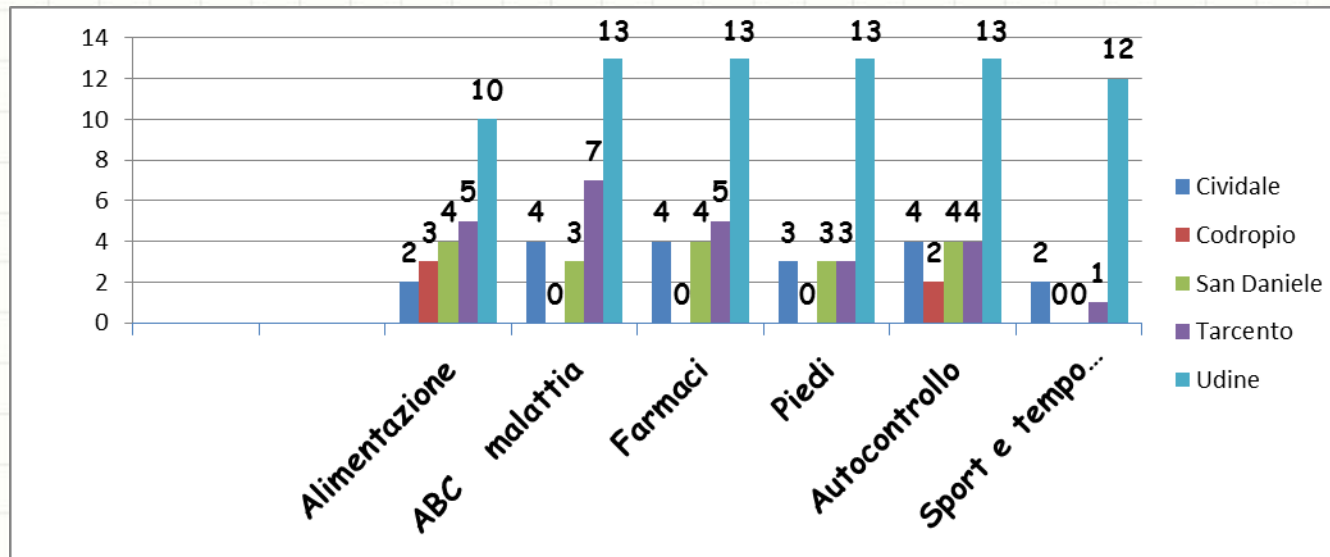
Tipi di Terapia	Numero di controlli
INSULINICA INTENSIVA	4 controlli al giorno
INSULINICA CONVENZIONALE	N° di controlli pari al numero di iniezioni + 20%
Antidiabetici orali con farmaci secretagoghi	In condizioni normali: 1 profilo settimanale su 4 giorni. Se c'è rischio elevato ipoglicemia: 2 controlli al giorno.
Dieta e/o farmaci Insulina-sensibilizzanti	L'efficacia dell'autocontrollo della glicemia, non è dimostrata.



La **prima** sperimentazione è stata realizzata tra ottobre e dicembre 2014. Sono stati coinvolti tutti i Distretti aziendali (5), nel setting domiciliare e/o ambulatoriale.

La **seconda** sperimentazione è stata realizzata tra ottobre e dicembre 2015. Sono stati coinvolti tutti i Distretti aziendali (3) , nel setting domiciliare e/o ambulatoriale.

# 2014



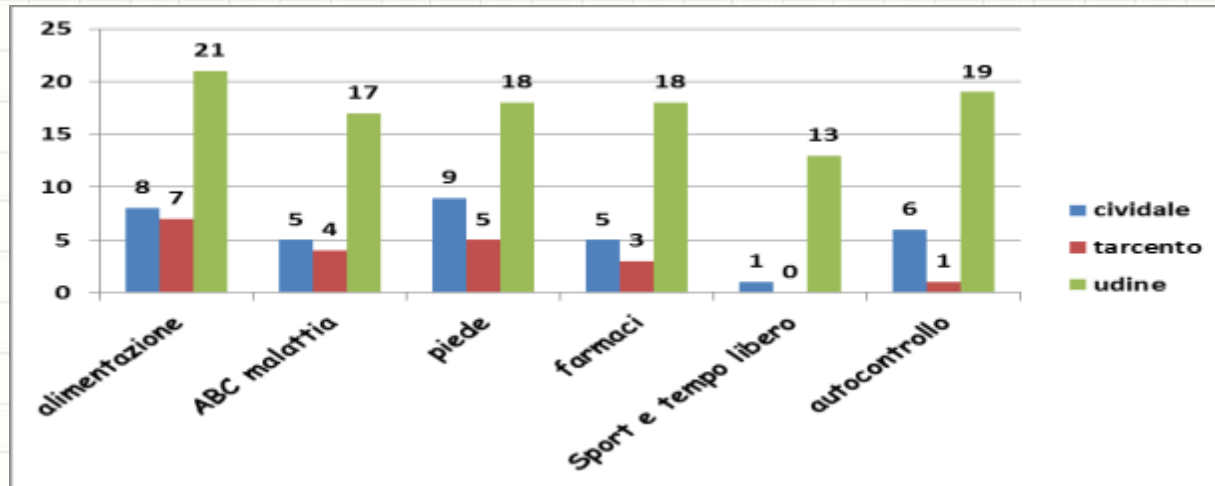
Tutte le valutazioni iniziali sono state seguite da quella intermedia e da quella finale (141/141); - 46 utenti -

Tutti i pazienti hanno raggiunto l'autonomia nella problematica indagata (3 con ulteriore rinforzo finale);

Le schede più utilizzate sono state quelle dell'alimentazione, autocontrollo e ABC malattia (no uniformità);

Nel 50% dei pazienti una valutazione successiva a 2 mesi ha prodotto il 100% di risultato positivo.

# 2015



Tutte le valutazioni iniziali sono state seguite da quella intermedia e quella finale (160/160); - 65 utenti -

Nelle 160 schede esaminate si è visto che tutti i pazienti hanno raggiunto l'autonomia nella gestione della problematica indagata. La scheda meno utilizzata è quella sport e tempo libero (legata all'età);

Nel 75% dei pazienti una valutazione successiva a 2 mesi ha prodotto il 100% di risultato positivo.





# 2016 – 2017 – 2018 – 2019

- Confronto dei dati solo su due Distretti (Tarcento e Cividale) che hanno confermato gli esiti delle prime due sperimentazioni;
- Coinvolgimento del Gervasutta per ulteriori problematiche: Cpap, ipertensione arteriosa, OSA
- Utilizzo tecnica anche per pazienti in terapia anticoagulante
- Nuovi corsi di formazione e refresh per operatori già formati



## Conclusioni 1

- Si è evidenziato che la tecnica di educazione terapeutica “teach back” applicata all’ambito sanitario e più specificatamente al paziente diabetico, può portare a risultati importanti. Il coinvolgimento del paziente, che si sente parte attiva del processo e non attore esterno, contribuisce al mantenimento della stabilità della malattia cronica;
- Al paziente vengono consegnati gli strumenti da utilizzare in caso di dubbi o per rafforzare le sue conoscenze nei confronti della malattia;
- Dopo la positiva fase sperimentale, gli strumenti sono stati utilizzati con efficacia da parte degli operatori nell’attività domiciliare e ambulatoriale;
- Tecnica utilizzata in diversi setting;
- Tecnica estesa anche ad altre tipologie di pazienti.

## Conclusioni 2

Questo strumento per l'educazione terapeutica può essere inserito in un contesto di:

- • medicina d'attesa;
- • medicina d'iniziativa;
- • aggregazione funzionale territoriale;
- • percorsi di prevenzione;
- • gruppi di auto aiuto (es. gruppi diabete);
- • PDTA;

Il valore dell'educazione terapeutica è riconosciuto in letteratura e pertanto deve essere agita da tutti gli attori del sistema sanitario;

La possibilità di misurare gli effetti degli interventi educativi permette di valutare il percorso e se necessario riadattarlo al contesto.

- Lavori in progress:

- attivazione percorsi TB di inclusione pazienti con altre patologie croniche (scompenso cardiaco, BPCO...);
- attivazione progetto educazione terapeutica per pazienti diabetici nelle AFT;
- prosecuzione inclusione di pazienti portatori di patologia tumorale; (gestione device, nutrizione..);
- attivazione percorso continuità assistenziale ospedale territorio con obiettivo riduzione riospedalizzazioni precoci.

## CRITICITÀ

- Tarcento: supporto ambulatorio diabetologico (attività limitate)
  - Stop attività TEACH BACK (febbraio 2020)
- Cividale: supporto ambulatorio diabetologico (attività limitate)
  - Stop attività TEACH BACK (febbraio 2020)
- Udine: supporto ambulatorio diabetologico (attività limitate)
  - Stop attività (fundus oculi, gruppi diabetici con dietista , assistente sanitaria da febbraio 2020)

## **•Bibliografia essenziale**

- ***Educazione terapeutica del paziente, Copenhagen, OMS Ufficio 1998;***
- ***Becchi M.A., Il Care Giver del paziente complesso ed il suo addestramento - Manuale di Educazione Terapeutica ad uso degli operatori sanitari e socio assistenziali, Roma, Edizioni Panorama della Sanità, 2010 ;***
- ***Le linee guida Associazione Americana per il Diabete 2014,***
- ***Strategies for Effective Patient Education, Nursing Executive Center 2012.***
- ***Teach-back: An underutilized tool - American Nurse - ANA 2019***
- ***Uso ed efficacia del metodo Teach-Back nell'educazione dei pazienti e nei risultati sanitari – Federal Practitioner - 2019***
- **PNRR**
- **PDTA 2021**