



***Carissima/o collega***

In questo numero della Newsletter di luglio 2021 troverai un pensiero ed i saluti della Presidente Gabriella Bordin, all'interno della nostra sessione scientifica un FOCUS dal titolo **“Efficacia del *metodo teach back* rivolto al paziente affetto da diabete di tipo 2”** a cura di Luca Ripanti e il gruppo *di ricerca Anìmo*.

All'interno della sessione **“Anìmo scanning”** ti consigliamo la lettura di contributi scientifici che abbiamo selezionato per te e che auspichiamo possano aiutarti nella tua quotidianità lavorativa.

*Gabriella Bordin Presidente*

*Michela Piasentin e Letizia Tesei Referenti Newsletter*

*e il Direttivo Anìmo*

**SOMMARIO:**

**Vita associativa**

Un saluto dalla Presidente

**Focus**

“Efficacia del *metodo teach back* rivolto al paziente affetto da diabete di tipo 2”

*Luca Ripanti, Letizia Tesei, Michela Piasentin*

**Animo scanning**

**Animo informa**

### Vita associativa

*Carissimi soci,*

L'estate è iniziata e ci piace pensare sia arrivato per tutti noi un momento di meritato riposo, ma l'attività di ANIMO non si ferma.

La pandemia da COVID 19 ha cristallizzato molte attività, ma ci ha permesso anche un momento di riflessione.

Gli infermieri delle Medicine Interne sono stati testimoni di come le inadeguatezze e carenze del sistema sanitario abbiano avuto importanti ricadute nell'assistenza alle persone ammalate, ma hanno anche dimostrato competenze e responsabilità con continuità e costanza in un periodo che pare non aver termine; per questo motivo non sembra mai arrivare il momento giusto per fermarsi e riflettere su ciò che vorremmo per l'assistenza infermieristica del futuro.

ANIMO ha voluto compiere questo passo e per questo ha chiesto un confronto con la FNOPI quale rappresentante principale della nostra professione.

Riporto alcuni punti portati al tavolo di discussione:

*"Le Medicine Interne sono strutture complesse presenti in ogni ospedale italiano e rappresentano la "specialità" con maggior numero di ricoveri e posti letto.*

*Storicamente i reparti di Medicina Interna vengono etichettati come "reparti di base", classificazione che trova riscontro nella maggior parte dei documenti che trattano di "dotazioni organiche". Se "base" è espressione di "fondamentale" non si capisce perché i coefficienti per il calcolo siano sempre i più bassi. Tanto bassi da non rispettare il rapporto pazienti/infermieri di 6:1 suggerito dalla letteratura e dagli studi che sottolineano come, allontanandosi da tale rapporto anche di una sola unità, la probabilità di decesso del paziente entro i 30 giorni dalla dimissione aumenta del 7%.*

*I reparti di Medicina Interna accolgono con persone con una patologia acuta che si inserisce in un quadro di cronicità, polipatologia e fragilità, è frequente la presenza di "pazienti critici", in condizioni*

*di instabilità clinica che richiedono un monitoraggio clinico e strumentale continuo e un impegno assistenziale equivalente a quello dell'area semintensiva.*

*Date queste premesse non è pensabile che le Medicine Interne siano classificate o considerate come specialità di "base", in ottica "minimalista"; esse vanno, invece, considerate come Specialità "Fondamentali" a elevata complessità assistenziale, presenti in tutti gli ospedali e rispondenti capillarmente alle esigenze della popolazione con le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche di quella italiana.*

*Ne deriva la necessità che i coefficienti di calcolo e gli standard di personale siano ridefiniti in base al vero impegno assistenziale che questa varietà di assistiti richiede senza diseguaglianze e diversità territoriali e/o regionali.*

*Gli infermieri in Medicina Interna usano molto la tecnologia, ma il vero focus dell'assistenza infermieristica resta centrato sulle cure alla persona, andando oltre all'esecuzione di prestazioni, di tecniche complesse o all'applicazione di algoritmi terapeutici.*

*Si attuano attività di supporto, addestramento, informazione ed educazione terapeutica alla persona e alla famiglia, attraverso l'identificazione di un problema/bisogno, assumendo la relativa responsabilità sugli esiti.*

*L'obiettivo dell'infermieristica in Medicina Interna mira al raggiungimento del maggior grado di autonomia della persona nel mantenere il proprio stato di salute e la capacità di autocura, partendo dalla sua autodeterminazione anche in relazione alla dimensione sociale.*

*Risultati di non semplice misurazione e per nulla valorizzati dai documenti che parlano di dotazione organiche e di minuti di assistenza".*

Le nostre richieste sono state attentamente ascoltate e condivise dai nostri interlocutori ed è già iniziato un tavolo di lavoro coordinato dal dott. Cicolini, in rappresentanza di FNOPI, finalizzato alla produzione di un *Position Statement* sui seguenti temi:

- ***Riconoscere il diritto delle persone ricoverate in Medicina Interna a ricevere un'assistenza infermieristica sicura e di qualità che non può prescindere da un livello di staffing adeguato;***

## NEWSLETTER luglio 2021

- *Definire le modalità di calcolo del fabbisogno di risorse infermieristiche sulla base di dati scientifici confrontabili con altre realtà internazionali;*
- *Definire gli standard delle dotazioni organiche in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale;*
- *Non utilizzare il termine “di base” per identificare i reparti di Medicina a livello organizzativo e nella formazione;*
- *Riconoscere il contributo specialistico e specifico dato dagli infermieri che lavorano nelle medicine.*

Il seme è stato piantato, continuandone la cura attendiamo di raccogliere i frutti.

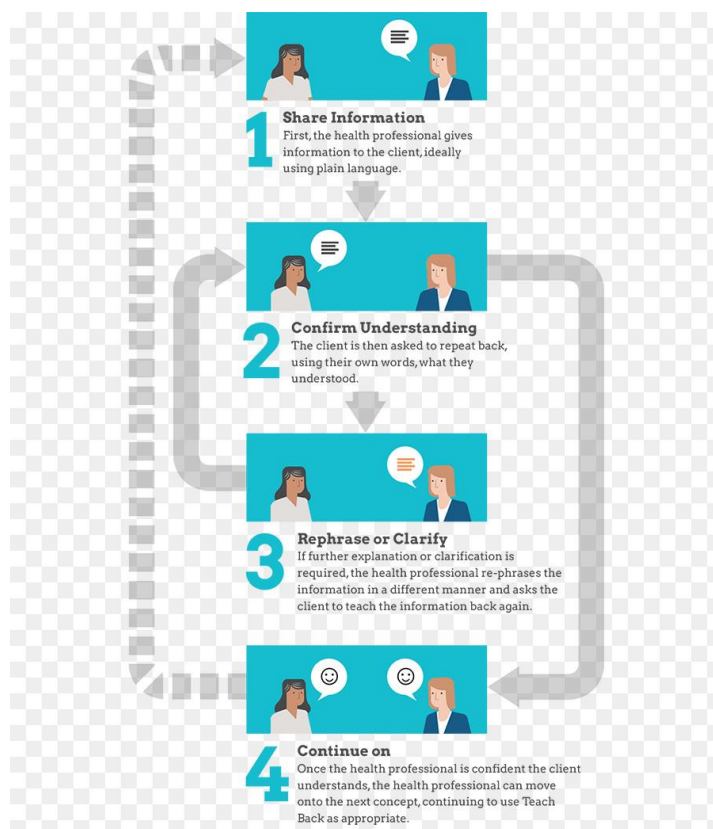
Buona estate a tutti voi

*Gabriella Bordin*

### Focus

#### Efficacia del metodo *teach back* rivolto al paziente affetto da diabete di tipo 2

Luca Ripanti, Letizia Tesei, Michela Piasentin



Il diabete costituisce uno dei più rilevanti problemi di sanità pubblica mondiale, sia per la sua prevalenza, sia perché frequentemente è associato a complicanze acute o croniche.

Nel 2019, a livello mondiale, la prevalenza del diabete è stimata a 463 milioni di persone ed è previsto entro il 2045 un aumento fino a 700 milioni di persone. (1)

Dato il livello pandemico della patologia, è importante considerare nuovi tipi di approcci come componenti integrate dell'assistenza, tra cui quelli incentrati sull'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*).

Il livello di *health literacy* necessario per la gestione del diabete è elevato. Questa patologia risulta essere complessa per vari aspetti, quali la necessità di un team multidisciplinare che prenda in carico la persona, le temibili complicanze come quelle microvascolari, macrovascolari e neuropatiche, le difficoltà presenti nel modificare lo stile di vita, o anche ai rischi correlati alla somministrazione di insulina, farmaco che richiede un elevato livello di attenzione, come presente nella raccomandazione ministeriale numero 7 del 2008 pubblicata dal Ministero della Salute.

L'autogestione, inoltre, assume una forte importanza in questa patologia, poiché sono in primo luogo i comportamenti che assume la persona a determinare nel lungo periodo l'andamento clinico della malattia.

In generale, incoraggiare i pazienti ad assumere un determinato trattamento e adottare uno stile di vita sano è una parte fondamentale dell'assistenza sanitaria nella cronicità.

Il diabete mellito, quale patologia cronica, richiede che la persona provveda alla cura di sé, con misure specifiche, per tutta la vita. Deve apprendere come controllare i molteplici fattori che possono influire sulla malattia, tra cui la dieta, l'attività fisica e lo stato fisico ed emotivo, pertanto un'appropriata educazione sanitaria è fondamentale ed è in grado di determinare l'evoluzione della gestione. (2)

Alcune delle criticità che ostacolano una buona educazione sono individuabili nell'uso continuativo della terminologia specialistica da parte del personale sanitario, nell'inadeguato livello di alfabetizzazione sanitaria della persona e nella difficoltà a ricordare le informazioni ricevute.

Il *case report* di Tamura (3) riporta come molti pazienti non ricordano la metà dell'informazioni fornite dal personale una volta lasciato il setting sanitario. Altre criticità consistono nelle barriere psicologiche, nelle distorsioni comunicative e nella quantità di tempo che l'operatore sanitario ha a disposizione per educare.

È doveroso quindi, come professionisti della salute, chiedersi quale tipo di educazione è effettivamente efficace, e se sia adeguato o meno per la persona assistita e i suoi familiari.

A tale proposito, di recente si è assistito ad un grande sviluppo di programmi di educazione e addestramento delle persone diabetiche, che si svolgono in contesti diversi e permettono alla persona di perfezionare la sua capacità di curarsi. (2)

Tra i possibili interventi educativi vi è il *teach back method*: una strategia di comunicazione interattiva in cui l'operatore sanitario verifica quanto effettivamente ha compreso il paziente rispetto a quello che gli è stato comunicato, chiedendogli di ripeterlo e spiegarlo con parole proprie. In questo modo l'operatore riesce a determinare quali sono le informazioni apprese e quali invece sono state dimenticate o non sono state capite. Nel caso di lacune nella comprensione, il professionista provvede a rifornire le informazioni mancanti, così da rinforzare l'assimilazione dei contenuti educativi, procedendo poi con un'ulteriore verifica. Questo

processo, se necessario, continua fino a quando il paziente riesce a formulare correttamente le informazioni che gli sono state fornite.

Il *teach back method* quindi, chiude il cerchio della comunicazione, la quale diventa così più chiara. Esso non è un quiz o un test che si fa al paziente, ma rappresenta una misura di quanto l'infermiere è stato in grado di farsi comprendere nella spiegazione.

Un esempio di frase formulata con il metodo *teach back* è la seguente: *“Voglio essere sicuro di aver spiegato tutto bene. Può dirmi con parole proprie cosa farà quando sarà a casa, così posso essere sicuro di essere stato chiaro?”*.

Oltre a domandare alle persone di riportare le informazioni date, e se necessario di ribadirle, ci sono altri elementi da considerare per attuare efficacemente tale metodo, ovvero, l'uso di un linguaggio semplice, l'uso di domande aperte e che non destino vergogna alla persona, l'evitamento di domande a cui si può rispondere solamente sì o no e il fornire una quantità limitata di informazioni per singola sessione educativa.

Gli studi che hanno avuto l'obiettivo di verificare l'efficacia di questo metodo educativo hanno dimostrato miglioramenti su aspetti quali la conoscenza specifica della patologia diabetica (4,5), l'autocura del piede (6,7) e l'aderenza al regime dietetico. (4,7)

In particolare, i risultati dello studio condotto nel 2015 (6), indicano un aumento significativo della capacità di autocura del piede diabetico e dimostrano anche l'efficacia dell'intervento *teach-back* nel valorizzare la conservazione nel tempo di ciò che è stato appreso durante l'intervento educativo. In letteratura è stato dimostrato come l'educazione attraverso il *teach back* possa fornire un significativo aumento della comprensione della patologia, ed è stato osservato che l'educazione fornita attraverso il *teach-back* ha effetti più duraturi rispetto all'educazione di routine. (4,5)

Alcuni studi, infine, dimostrano che l'utilizzo di strategie di *teach back* sono efficaci nel migliorare l'aderenza terapeutica. (4,8)

Anche relativamente ai parametri clinici, il metodo *teach back* sembra essere efficace rispetto ad altri metodi educativi. In particolare, relativamente ai livelli di emoglobina glicata, gli studi di Coulter (9) e Swavely (7) dimostrano una riduzione statisticamente significativa quando gli interventi forniti comprendono il *teach-back*.

L'efficacia educativa del *teach-back* è stata dimostrata sia come singola metodologia, come dimostrato nello studio di Coulter del 2018 (9), sia integrata ad altri programmi educativi come riportato da Swavely (7) nello studio pubblicato sulla rivista *Journal for Healthcare Quality*.

Gli effetti positivi del *teach back* si sono osservati indipendentemente dalla modalità di conduzione dell'intervento educativo: sia se l'educazione era fornita vis a vis (6), sia se fornita per via telefonica.(9)

Relativamente al livello di *health literacy*, lo studio di Swavely (7) ha evidenziato un miglioramento nello score di comprensione del diabete sia negli assistiti che avevano un'adeguata alfabetizzazione



sanitaria, sia in chi aveva un basso livello di alfabetizzazione sanitaria. Si può quindi ipotizzare che i benefici nell'uso del metodo *teach-back* siano presenti a prescindere dai livelli di alfabetizzazione, anche se non è ancora ben definito in che misura l'impatto di questo tipo di educazione sia maggiore su di un livello rispetto ad un altro.

### Bibliografia

1. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract.* 2019;
2. Hinkle JL, Cheever KH. Oncologia: assistenza infermieristica nella cura del cancro. In: Brunner-Suddarth Infermieristica medico chirurgica volume 1. 2017.
3. Tamura-Lis W. Teach-Back for quality education and patient safety. *Urol Nurs.* 2013;
4. Negarandeh R, Mahmoodi H, Noktehdan H, Heshmat R, Shakibazadeh E. Teach back and pictorial image educational strategies on knowledge about diabetes and medication/dietary adherence among low health literate patients with type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes.* 2013;
5. Nas MA, Cayir Y, Bilen A. The impact of teach-back educational method on diabetes knowledge level and clinical parameters in type 2 diabetes patients undergoing insulin therapy. *Int J Clin Pract.* 2021;
6. Care M. The effect of teach-back education on foot self-care among patients with type II diabetes mellitus. *Original Article.* 2015.
7. Swavely D, Vorderstrasse A, Maldonado E, Eid S, Etchason J. Implementation and evaluation of a low health literacy and culturally sensitive diabetes education program. *J Healthc Qual.* 2014;
8. George NE, Sunny S, Sam AM, Sabu AS, Rodrigues PA. EFFECT OF MEDICATION RELATED EDUCATIONAL INTERVENTIONS ON IMPROVING MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS. *Asian J Pharm Clin Res.* 2018;
9. Coulter KJ. Standardized follow-ups lower HbA1c in adults with type 2 diabetes living in a rural community: A pilot study. *J Dr Nurs Pract.* 2018;

## Animo Scanning



1. Jacob, E., Jacob, A., Davies, H., Jacob, D., Jenkins, M., Husain, M. and Coventry, L. (2021), **The impact of blood sampling technique, including the use of peripheral intravenous cannula, on haemolysis rates: A cohort study.** J Clin Nurs, 30: 1916-1926.

<https://doi-org.bvsp2.idm.oclc.org/10.1111/jocn.15744>

Uno studio prospettico di coorte il cui scopo è quello di esplorare la relazione tra le tecniche di prelievo del sangue ed emolisi. Si ritiene che i tassi di emolisi dei campioni di sangue siano influenzati dal metodo di raccolta. In letteratura sono scarse le prove che dimostrano il rischio comparativo di emolisi tra i diversi metodi di prelievo del sangue, tra cui la venipuntura classica e l'uso di cannule venose periferiche.

2. Giuliano, Karen, PhD, RN, Penoyer, Daleen, PhD, RN, CCRP, FCNS, Middleton, Aurea, et al. (2021). **Original Research: Oral Care as Prevention for Nonventilator Hospital-Acquired Pneumonia: A Four-Unit Cluster Randomized Study.** AJN, American Journal of Nursing, 121, 24-33.

<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000753468.99321.93>



Secondo un recente rapporto del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) la polmonite acquisita in ospedale (HAP) è la principale infezione acquisita negli ospedali degli Stati Uniti, rappresentando il 26% di tutte le infezioni, ed è anche l'infezione ospedaliera più comune in Europa. Secondo l'indagine tra i casi di polmonite acquisita (HAP), il 65% era affetto da una polmonite non ventilatore acquisita (NV-HAP). Lo scopo principale dello studio randomizzato a cluster era quello di determinare l'efficacia di un protocollo standardizzato di cura del cavo orale nella prevenzione della NV-HAP nei setting assistenziali per acuti.

3. Pati, Debajyoti, PhD, LEED, AP, IDEC, Valipoor, Shabboo, PhD, EDAC, Lorusso, Lesa, et al. (2021). **The Impact of the Built Environment on Patient Falls in Hospital Rooms: An Integrative Review.** Journal of Patient Safety, 17, 273-281.

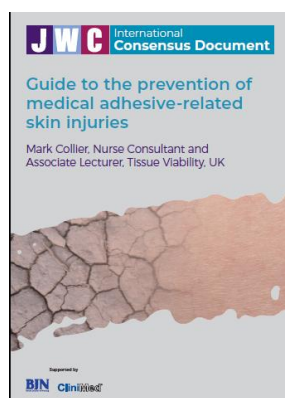
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000613>



Le cadute costituiscono fino al 70% degli infortuni ospedalieri. Circa il 30-50% delle cadute negli ospedali causa lesioni con un costo medio di circa \$ 14,000. Le conseguenze comuni delle cadute sono l'aumento della durata della degenza a causa di cure aggiuntive, invalidità permanente o dimissione in una struttura di assistenza a lungo termine, aumento dei costi sanitari e persino morte. Sebbene siano stati condotti numerosi studi che hanno valutato sia i fattori intrinseci che quelli estrinseci, l'analisi dell'ambiente fisico è stato spesso trascurato. Lo scopo di questo studio è quello di identificare e valutare le prove scientifiche che hanno analizzato l'impatto dell'ambiente sulle cadute dei pazienti nei setting ospedalieri.

4. Collier M. **Guide to the prevention of medical adhesive-related skin injuries.** British Journal of Nursing. 2021;29(Sup12):1-7.

<http://search.ebscohost.com.bvsp2.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,uid&db=ccm&AN=150262173&site=ehost-live>



Le lesioni cutanee correlate ai vari tipi di cerotti durante l'assistenza spesso non vengono riconosciuti e di conseguenza vengono sottostimati. Anche se sono in gran parte evitabili, queste lesioni sono comuni, determinando a volte un significativo onere sanitario ed economico per i pazienti, gli operatori sanitari e il servizio sanitario. Questa guida, che si basa sul consenso di esperti, descrive le azioni e le strategie per la prevenzione e la cura della pelle.

**Anìmo informa**



The poster features a dark green background with a complex network of glowing blue and white lines and arrows, suggesting a digital or technological theme. At the top left, there is a small white box containing the ANIMO logo and text. The central text reads '16 Congresso Nazionale ANIMO 2021', with '16' in a large, bold, green font. At the bottom, there is a white silhouette of the Florence skyline, including the Duomo and various churches. The event details 'FIRENZE | 2/3 OTTOBRE 2021' and 'Palazzo dei Congressi' are printed in green at the bottom.

**16** Congresso Nazionale  
**ANIMO**  
2021

FIRENZE | 2/3 OTTOBRE 2021  
Palazzo dei Congressi

### ATTENZIONE

Se vuoi iscriverti o rinnovare l'iscrizione ad ANiMO  
il nuovo codice Iban è IT 66 K 02008 02458 000010557861 specificando nella  
causale Nome, Cognome, Regione di appartenenza e anno di riferimento.

Segui le istruzioni sul sito all'indirizzo

[Iscrizione all'associazione Animo \(associazione-animo.it\)](http://associazione-animo.it)