

Il progetto educazione terapeutica strutturata (ETS) di AMD

Gruppo AMD ETS*

Corrispondenza: Sandro Gentile
E-mail: sandro.gentile1@gmail.com

Parole chiave: educazione terapeutica, diabete mellito, AMD, ETS, www.aemmedi.it

Keywords: therapeutic education, diabetes mellitus, AMD, ETS, www.aemmedi.it

Il Giornale di AMD, 2009;12:40-48

Riassunto

L'educazione terapeutica è ritenuta essenziale per consentire di adeguare i comportamenti e lo stile di vita alle necessità del piano di cura della persona con diabete. La Società Scientifica AMD ha progettato un percorso formativo per équipe diabetologiche, strutturate in modo omogeneo ed ha individuato indicatori di processo e di esito intermedio per valutarne l'efficacia a breve termine sulle attività cognitive e comportamentali delle persone con diabete. Gli strumenti utilizzati sono stati: fascicoli a stampa per équipe diabetologiche e per persone con diabete, dedicati a 5 argomenti (autocontrollo glicemico, ipoglicemia, alimentazione e prevenzione cardiovascolare, piede diabetico), storyboard sia per le riunioni di formazione delle équipe diabetologiche che per gli incontri con le persone con diabete, pacchetti didattici contenenti slides, indicazioni per l'organizzazione delle riunioni educative di gruppo, questionari validati per le attività cognitive e griglie di verifica per le attività pratiche. Su 650 équipe diabetologiche, hanno partecipato alla formazione in équipe 327 (327 diabetologi, 132 infermieri, 132 dietisti e 6 assi-

stenti sociali). Su 327, solo 109 équipe hanno realizzato 267 corsi educativi ($M 2,13 \pm 0,8 DS/\acute{e}quipe$) per 3267 persone con diabete, per un totale di 6677,9 ore/persona di attività. Il miglioramento delle conoscenze alla fine dei corsi è stato del $40 \pm 14\%$, mentre quello delle abilità è stato di $86 \pm 12\%$ ($p < 0,01$ vs basale). Tuttavia il miglioramento delle conoscenze e delle abilità è stato registrato dalle équipe, rispettivamente nel 100% e nel 31% delle attività svolte. Nonostante il significativo miglioramento delle conoscenze e delle abilità ottenuto con corsi educativi strutturati, il numero di équipe che hanno realizzato tali attività ed ancor più la bassa percentuale di attività pratiche realizzate e/o registrate indicano che esistono molte difficoltà nell'attuare attività educative strutturate e complete, basate non solo sulle conoscenze ma anche sulle abilità.

Summary

Therapeutic education is needed to modify lifestyle of people with diabetes and to obtain adherence to therapeutic plan. The Scientific Society AMD projected a structured and homogeneous education program in two steps: 1) formation of diabetological Italian teams; 1) organization of homogeneous and structured educative activities for people with diabetes. Indicators of knowledge and abilities used, were validated questionnaire and observation score, respectively. Two series of manuals for teams and for patients, respectively, were published with the aim to support educative activities. The items were: a) self blood glucose management, b) hypoglycaemia, c) nutrition, d) lifestyle, and cardio-vascular prevention, e) diabetic foot. Storyboard, slides and other supply were the support materials to organ-

ize education courses for diabetic people. Only 327/650 teams accepted to undergoing formation activities (327 diabetologists, 132 nurses, 132 dieticians, and 6 psychologists), and only 109/327 teams organized 267 education courses (M 2.13±0.8 DS/team), involving 3267 diabetic people, with a total of 6677,9 hour/person. After education, a significant improvement ($p<0.01$) in patient's knowledge ($40\pm 14\%$) and abilities ($86\pm 12\%$) were observed vs baseline, but such activities were performed in 100%, and 32% of the courses, respectively. The number of both, teams participating into the project as well as practical educative activities performed and/or recorded is low. Nevertheless the significant improvement of knowledge and abilities, data demonstrate that some difficulties exists to realize educative activities and a call to action is needed to obtain an implementation of structured education for all the diabetic people.

Introduzione

Sebbene l'educazione terapeutica sia considerata parte integrante del trattamento del diabete mellito, la sua organizzazione in percorsi strutturati sembra appannaggio di poche *équipe* diabetologiche (1). La letteratura scientifica su temi educativi fornisce evidenze della utilità dell'educazione terapeutica, quando viene attuata seguendo una metodologia rigorosa (2 - 5). Tuttavia, solo in una minoranza di studi vengono impiegate metodologie strutturate di implementazione, registrazione e verifica dei risultati dell'azione educativa (2). Ulteriore fattore che ostacola l'attuazione di programmi educativi efficaci e metodologicamente corretti risiede nelle forti differenze di tipo organizzativo esistenti tra le diverse strutture (circa 650) che compongono la rete diabetologica nazionale (Gruppo Modelli Assistenziali AMD, 6).

Sulla base di queste considerazioni è nata l'idea di realizzare un progetto nazionale che aveva lo scopo di coinvolgere il maggior numero possibile di strutture diabetologiche per migliorare l'implementazione di corsi di Educazione Terapeutica Strutturata (ETS) per pazienti diabetici, rendendo disponibili per le *équipe* diabetologiche basi metodologiche ed organizzative, supporti didattici, strumenti di registrazione, di valutazione e di verifica sia di processo che di esito, che fossero rigorosamente uniformi.

Struttura del progetto e Metodologia di realizzazione

Obiettivo principale: implementare percorsi di educazione terapeutica strutturata rivolti a pazienti diabetici, coinvolgendo il maggior numero possibile di *équipe* diabetologiche (ED) italiane delle circa 650 note, utilizzando un modello educativo comune ed omogeneo, verificato, registrabile (in modo analogo a quanto si fa per un trattamento farmacologico), dotato di indicatori di processo e di esito.

Obiettivi secondari: ottenere dalle ED partecipanti al Progetto ETS i risultati della registrazione dei percorsi educativi e degli indicatori di processo e di esito per farne oggetto di valutazione.

Il Progetto ETS è stato organizzato a cascata in fasi successive:

1. realizzazione di 5 fascicoli dedicati in prima istanza ad alcuni argomenti, oggetto di attività educativa: piede diabetico (7, 8), ipoglicemia (9, 10), autocontrollo (11, 12), alimentazione e stile di vita (13, 14), prevenzione cardio-vascolare (15, 16). Ciascun fascicolo è stato realizzato in 2 versioni, dedicate rispettivamente ad ED (5000 copie) ed a pazienti (30.000 copie). La versione per le ED rappresenta il canovaccio per realizzare Corsi di ETS per pazienti diabetici, contenendo sia aspetti di metodologia della formazione utilizzabili per realizzare incontri di gruppo, sia elementi di metodologia educativa vera e propria.
2. realizzazione di pacchetti educativi relativi ai 5 argomenti di cui sopra, contenenti story-board dedicata alla realizzazione da parte delle ED di incontri educativi di gruppo con pazienti diabetici, elenco dei materiali d'aula, relazioni formali ed esempi di esercitazioni pratiche, questionari validati per la valutazione delle conoscenze GISED (di inizio e fine corso) (17, 18), griglie di valutazione individuale delle abilità, questionari di valutazione del gradimento e della qualità dei docenti.
3. realizzazione di un Corso Master di formazione per formatori iscritti all'Albo dei Formatori dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD) (Scuola di Formazione Continua, certificata ISO 9000), utilizzando i criteri ed i metodi propri della Scuola di Formazione AMD (Tabelle 1a, 1b, 1c, 1d) (19) con lo scopo di:
 - preparare e sperimentare tecniche di formazione di *équipe* diabetologiche ad attuare percorsi formativi rivolti a pazienti diabetici su temi specifici, mediante relazioni formali, lavori di gruppo

- po ed esercitazioni pratiche fortemente interattive
- valutare e sperimentare l'applicabilità delle tecniche nel proprio ambito professionale
- identificare ed utilizzare indicatori di processo e di esito delle attività educative
- 4. formazione dei Formatori AMD alla realizzazione di corsi di destinati alle *équipes* diabetologiche con

Tabella 1a. Il Formatore AMD garantisce l'attuazione delle attività formative mediante 4 fasi (19)

Progettazione documentata	La scheda di progettazione sono chiaramente esplicitati: mandato, obiettivi generali, obiettivi specifici, metodi e strumenti scelti per ottenere il risultato atteso. In essa sono esplicitati: responsabile di progetto, team di progettazione e di realizzazione, nome e qualifica professionale di elatori, docenti e tutor
Realizzazione documentata	Programma dettagliato Documento di progettazione dettagliato step by step indicante: chi fa che cosa, chi usa cosa, tempi, obiettivi parziali, risultato atteso, rationale e indicatori. Questo documento consente condivisione del lavoro anche in fase successiva alla progettazione e prima realizzazione, verifica della coerenza globale, archiviazione, possibilità di valutare la qualità della progettazione
	Materiale d'aula Materiale di supporto da consegnare ad ogni partecipante: programma lista dei partecipanti, copia delle relazioni, story board, patto formativo (per i corsi di formazione rivolti ai formatori AMD)
	Report sul corso Tutto il materiale prodotto durante il corso viene recuperato per produrre un report dettagliato che indichi l'efficacia e la qualità formativa del corso e dei singoli docenti (questionari e griglie di valutazione), la congruenza tra gli obiettivi dichiarati e quelli raggiunti durante il corso stesso
Valutazione Documentata	L'impiego di strumenti di verifica e valutazione già sperimentati valorizza il prodotto
	Verifica del processo mediante: radar-chart, righello, questionari, esercitazioni pratiche (supervisione e registrazione per la verifica delle abilità)
	Verifica del prodotto mediante: questionari di gradimento, questionari sulle conoscenze per la verifica dell'apprendimento
	Verifica della docenza mediante: questionari di valutazione

Tabella 1b. Realizzazione del risultato secondo la Scuola AMD attraverso il Formatore AMD (19)

Ruoli	Ridefinire i ruoli secondo l'evolversi del processo
Clima	Favorire il clima di partecipazione e coinvolgimento
Difficoltà	Incentivare la razionalizzazione delle difficoltà e dei momenti di crisi
Analisi	Facilitare l'analisi e la diagnosi dei problemi (problem finding)
Soluzione e verifica	Facilitare i processi di soluzione e verifica (problem solve)
Monitoraggio	Scegliere e prevedere sistemi di monitoraggio del processo

Tabella 1c. Strumenti formativi della Scuola AMD (19)

FASE DI COSTRUZIONE	GESTIONE DEL TEAM	MONITORAGGIO DEL TEAM
Raccolta delle aspettative	Giro di tavolo	Righello
Mappa del sapere comune	Discussione visualizzata	Radar-chart
Contratto d'aula	Metaplan®	Questionari di auto-valutazione
	Scelte pesate	Test di Moreno

Tabella 1d. Esempio di story board per corsi dedicati alle equipe diabetologiche sulla prevenzione delle lesioni del piede, secondo il modello formativo della Scuola AMD (19)

ATTIVITÀ	PAROLA CHIAVE	ATTORI	METODI	STRUMENTI	RISULTATI ATTESI	MONITORARE
Leggere i libretti	Conoscerli	Team/aziende	Discussione intra team	Libretti	Non cadere nuvole	Verifica 2 gg prima del corso
Registrazione partecipante e questionario iniziale	ECM	Team		Questionario 10 domande	Accreditarsi	Conteggio dei questionari ricevuti
Presentazione ETS	Conoscere	Coordinatore ETS + Partners	Presentazione	Diapo	Conoscere il progetto ETS	Controllare il tempo
Presentazione teams	Conoscersi	Coordinatore ETS	Giro di tavolo		Conoscersi	Controllare i partecipanti
Memo team: Il Metaplan	Presentazione dello strumento	Coordinatore	Presentazione	Diapo	Conoscere lo strumento	Controllare il tempo
Lavoro di gruppo	Obiettivi degli interventi educativi	Tutors + team	Bigliettini + scelta pesata	Bigliettini Tabellone Pennarelli	Individuare 3 obiettivi specifici	Radarchart + Righello
Plenaria	Condivisione degli obiettivi	Tutti	Presentazione + discussione	Lucidi	Condivisione e scelta dei 3 obiettivi	Controllare il tempo
Appunti metodologici	Tipologia degli obiettivi e verifica	Tutor	Lezione	Diapo	Rafforzare le conoscenze	Controllare il tempo
Appunti metodologici	Definizione degli indicatori di verifica	Tutor	Lezione	Diapo	Rafforzare conoscenze	Controllare il tempo
Lavoro di gruppo: Costruiamo il canovaccio sull'intervento educativo sul piede	difficoltà/ soluzioni	tutti	Bigliettini + scelta pesata	Bigliettini Tabellone Pennarelli	Produzione canovaccio	Radarchart + Righello
Plenaria	Compravendita	Tutti	Esposizione	Lucidi	Condivisione	Controllare il tempo
	Sintetizzare	Tutor	Intervento direttivo	Microfono e lavagna a fogli mobili	Programma intervento educativo	Controllare il tempo
Spiegazione progetto	contratto di attività	Coordinatore + partners	presentazione	lucido/ diapositive	comprensione contratto	Controllare il tempo
Rilevazione raccolta adesioni	ci sto/ non ci sto	Responsabile d'aula	presentazione	Lavagna	ci sto	numero di adesioni
Questionari ECM + gradimento + Consegna attestati	Giudizio efficacia corso/ docenti	tutti	Compilazione individuale	moduli	Indicatori di risultato	Efficacia corso/ docenti

l'obiettivo di garantire la condivisione e la uniforme e corretta applicabilità dell'azione educativa ai pazienti diabetici (Corsi Periferici)

5. realizzazione da parte delle *équipe* diabetologiche di corsi di ETS per pazienti diabetici, utilizzando un modello educativo comune ed omogeneo, sperimentato sul campo e verificato, registrabile (in modo analogo a quanto si fa per un trattamento farmacologico), dotato di indicatori di processo e di esito.
6. raccolta degli indicatori delle attività relative a:
 - Corso Master di formazione dei Formatori AMD (livello 1)
 - Corsi di formazione Periferici delle ED (livello 2)
 - Corsi di ETS per pazienti diabetici (livello 3)

La scelta di realizzare un Corso Master di formazione per i Formatori certificati AMD (livello 1) è stata fatta per garantire, sia l'uniformità nella diffusione dei pacchetti educativi attraverso i Corsi Periferici somministrati dai Formatori alle ED (livello 2) con la metodologia (17) della Scuola di Formazione AMD (Tabella 1°, 1b, 1c), sia per consentire una corretta ed uniforme somministrazione dei pacchetti educativi ai diabetici da parte delle ED già formate (livello 3).

Il Corso Master è stato realizzato dai componenti del board di progetto per 50 formatori AMD, ha avuto la durata di 6 sessioni di (4 giorni full-immersion), ha ottenuto 22 crediti formativi ministeriali ed ha avuto come oggetto la condivisione dei pacchetti educativi, completi di questionari GISED, griglie di valutazione delle abilità, fascicoli a stampa per *équipe* e per pazienti, griglie di valutazione dell'efficacia dei corsi e delle capacità didattiche di relatori e conduttori dei lavori di gruppo/esercitazioni, griglie di soddisfazione e questionari ECM. Ciascun Formatore ha sottoscritto il patto formativo così come previsto dalla metodologia della Scuola AMD (19).

Sono stati realizzati 27 corsi di livello 2 (tenuti dai Formatori AMD), ognuno per 10-12 ED, formate ciascuna da 3 componenti (diabetologo, infermiere, dietista). Ciascun corso di livello 2 ha avuto durata di 2 sessioni (1 giorno) ed ha ottenuto 9 crediti formativi per i diabetologi e 6 per le altre figure professionali.

Il materiale di ciascun corso era costituito da 1 pacchetto educativo completo di questionari GISED, griglie di valutazione, fascicoli a stampa per *équipe* e per pazienti, griglie di valutazione dell'efficacia dei corsi e delle capacità didattiche di relatori

e conduttori dei lavori di gruppo, griglie di soddisfazione e questionari ECM. A ciascun responsabile di *équipe* a fine corso è stato chiesto di sottoscrivere l'impegno di realizzare corsi di ETS a diabetici con la metodologia sperimentata (19). A ciascun partecipante è stato consegnato tutto il materiale didattico utilizzato (relativo ai 5 argomenti) ed una griglia di valutazione finale, da utilizzare presso la propria struttura a conclusione di ciascuna seduta educativa e da inviare alla segreteria nazionale AMD. A seconda della regione di provenienza, a ciascuna SD è stato attribuito di un referente, componente del board di progetto, disponibile a prestare eventuale supporto nella realizzazione dei corsi di ETS. Viceversa ciascun componente del board di progetto ha periodicamente contattato le ED dell'area di competenza sia per stimolarle ad implementare le attività educative secondo il modello previsto dal progetto, sia per raccogliere il materiale cartaceo come questionari, griglie, ecc.

Inoltre, dopo 6 e 8 mesi dalla partecipazione delle ED ai corsi di formazione periferici per la realizzazione di incontri di ETS e dopo aver ricevuto i pacchetti educativi completi, tutte le *equipe* che non ancora avevano realizzato corsi per i pazienti sono state sistematicamente contattate telefonicamente dalla segreteria nazionale AMD per conoscere il motivo del ritardo e per offrire eventuale supporto logistico.

Risultati

La Tabella 2 sintetizza le fasi del progetto. Le Tabelle 3, 4 e 5 sintetizzano i risultati generali del progetto. Hanno aderito al progetto partecipando ai 27 corsi per *équipe* diabetologiche, 327 strutture su 650 invitate (50,31%). Delle 327 *équipe* presenti, 130 erano rappresentate da 3 componenti e 197 da 2. L'80,12% (262/327) delle *équipe* partecipanti hanno sottoscritto l'impegno di erogare a diabetici corsi di ETS secondo il modello proposto. Infine, solo 109/262 (41,6%) *équipe* hanno realizzato corsi di ETS per pazienti diabetici (range 1-29, mediana n. 3,8 corsi).

I corsi periferici hanno coinvolto 3276 pazienti per una durata media/corso di 2,13 h. È stato registrato un miglioramento medio delle conoscenze del 40±11% e delle abilità del 86±12% nel 92% dei pazienti, rispetto alle azioni richieste.

Il 58,4% delle strutture che hanno partecipato ai corsi di formazione ETS per *equipe* (livello 2) han-

Tabella 2. Tipologia e partecipanti ai Corsi

	Tipo di Corso (n.)	partecipanti (n.)	adesioni al progetto (n.)	strutture che tengono corsi a pazienti (n.)	corsi a pazienti (n.)	pazienti coinvolti (n.)
Fase 1	1 Master formativo (1)	50 formatori AMD	50	-----	-----	-----
Fase 2	n. 27 Corsi di formazione per équipe diabetologiche (2)	327 diabetologi (*) 319 infermieri 132 dietisti 6 assistenti sociali	262/327	109/262	267	3276

(1) Master residenziale di 4 giorni con attribuzione di 22 Crediti Formativi Ministeriali
 (2) Attribuiti 12 Crediti Formativi Ministeriali
 (*) Responsabili di altrettante équipe diabetologiche

Tabella 3. Motivazioni offerte per la mancata attuazione di corsi a pazienti di 153/262 strutture che avevano sottoscritto l'impegno

Motivazione	strutture n. (%)
Rinuncia formale	37 (24,2)
Rinuncia di fatto senza motivazione	28 (24,2)
Pensionamento responsabile équipe	1 (0,65)
Problemi di struttura/di équipe	22 (14,4)
Realizzano i corsi ma non inviano questionari/griglie di verifica	36 (23,5)
PRinunciano perché partecipanti ad altro programma educativo	4 (2,65)
Non raggiungibili dopo l'adesione	25 (16,3)
Totale	153(58,4%)

Tabella 4. Durata e caratteristiche dei Corsi ETS a pazienti

M ± DS (h)	Ore totali	Ore/paziente
2,13 + 0,8	586	6677,9
Tipologia dell'intervento educativo	Cognitivo	Conseguimento abilità
Strutture: n. (%)	109 (100)	26 (23)
Corsi/argomento %	Rischio cardio-vascolare	10
	Ipoglicemia	14
	Autocontrollo	12
	Alimentazione/stile di vita	16
	Piede	48

Tabella 5. Esiti dell'intervento educativo a breve

Attività di tipo cognitivo Risposte corrette: Δ pre-post corsi educativi	+ 40 ± 14 %
Attività di tipo cognitivo % di soggetti che esegue correttamente il 91% delle azioni richieste (*)	86 ± 12 %
Corsi / Struttura (n.)	M ± DS 3,8 ± 9,5 Mediana 3 Range 1 - 29

(*) cut-off per azioni corrette posto al 90% di tutte le azioni

no rinunciato a realizzare i corsi di educazione ai pazienti con varie motivazioni (Tabella 2). In Tabella 3 sono sintetizzati i risultati dell'azione educativa, sia di tipo meramente cognitivo che di abilità. Va in ogni caso considerato che solo il 23% dei corsi per pazienti ha riguardato abilità, mentre nel 100% dei corsi sono stati programmate e svolte attività educative rivolte al conseguimento di obiettivi di conoscenza, a testimonianza del fatto che vengono preferire attività meno impegnative come quelle rivolte agli obiettivi di conoscenza, rispetto a temi per il conseguimento di abilità che presuppongono verosimilmente attività più impegnative, uso di materiali per esercitazioni pratiche, conoscenza ed attuazione di tecniche comunicative più complesse, disponibilità di strutture e organizzazione più complesse.

Considerazioni conclusive

Pur realizzando un notevole risultato, dimostrabile e verificato, nella capillarizzazione della terapia educativa, il progetto ETS raggiunge e coinvolge comunque un numero non rilevante di Centri di Diabetologia. Quali possono essere le motivazioni di questa evidenza?

È proprio vero che mancanza di tempo, personale, spazi adeguati, così come viene dichiarato sia da coloro che compilano il questionario dell'inchiesta GISED che dai partecipanti al progetto ETS, è una motivazione sufficiente per la mancata o sporadica attività educativa? Se si incrociano i dati di ETS con la complessità delle strutture partecipanti si scopre che le strutture

Tempo pieno/Part - time medici* vs. tipologia di struttura

	Tempo pieno	Tempo pieno + Part-Time	Solo Part-Time	N.r.
Struttura Complessa	52%	28%	-	10%
Struttura Semplice	44%	21%	30%	5%
Ambulatorio Divisionale	28%	11%	57%	4%
Territoriale	63%	9%	26%	2%
Privata	44%	34%	20%	2%

* Tempo dedicato alla diabetologia

Figura 1. Tempo dedicato alla diabetologia dal personale medico in rapporto alla tipologia della struttura diabetologica in cui opera.

Tempo pieno/Part - time non medici* vs. tipologia di struttura

	Tempo pieno	Tempo pieno + Part-Time	Solo Part-Time	N.r.
Struttura Complessa	60%	23%	2%	15%
Struttura Semplice	50%	19%	21%	10%
Ambulatorio Divisionale	32%	7%	38%	23%
Territoriale	55%	10%	10%	24%
Privata	56%	14%	8%	22%

* Tempo dedicato alla diabetologia

Figura 2. Tempo dedicato alla diabetologia dal personale infermieristico in rapporto alla tipologia della struttura diabetologica in cui opera.

Tempo pieno/Part - time dietisti* vs. tipologia di struttura

	Tempo pieno	Tempo pieno + Part-Time	Solo Part-Time	N.r.
Struttura Complessa	36%	6%	16%	4%
Struttura Semplice	18%	4%	27%	51%
Ambulatorio Divisionale	11%	1%	22%	66%
Territoriale	9%	3%	10%	78%
Privata	18%	8%	20%	54%

* Tempo dedicato alla diabetologia

Figura 3. Tempo dedicato alla diabetologia in rapporto alla tipologia della struttura di appartenenza.

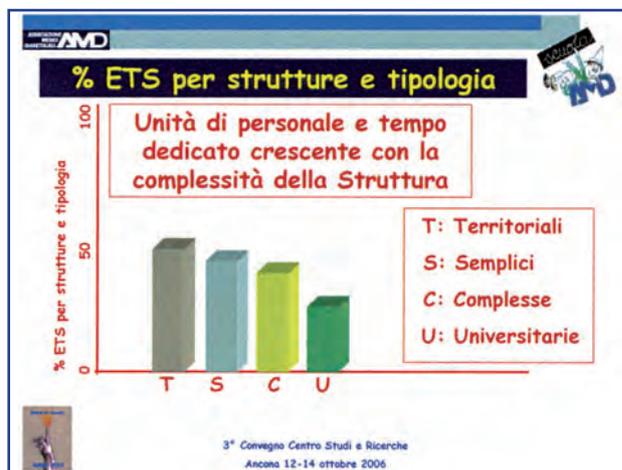


Figura 4. Relazione tra complessità di struttura e percentuale di corsi realizzati per pazienti.

territoriali, verosimilmente dotate di meno personale, spazi e tempo, hanno realizzato il maggior numero di corsi ETS rispetto a strutture complesse e ben dotate di spazi e personale come quelle universitarie.

Che interpretazione va data a questa analisi? Che spazi, tempo e personale siano solo delle scusanti. Sarà anche vero che la mancanza di un team stabile o minimo sufficiente sono certamente un ostacolo allo svolgimento dell'attività educativa ma ben altre ragioni ne sono causa. Cultura non ancora metabolizzata? Motivazione non sufficiente?

Probabilmente bisognerà ancora crederci, insistere ed assistere il maggior numero di colleghi che vivono realtà strutturali meno fortunate o che hanno scarsa motivazione.

Un dato interessante scaturisce dall'incrocio tra tipologia delle strutture (dati estrapolati dall'analisi del censimento AMD fatto nel 2003 del Gruppo Modelli Assistenziali (6) che hanno attivamente partecipato al progetto ETS e loro dimensione, in rapporto al numero di unità componenti l'équipe diabetologica (Fig. 1), ed il tempo dedicato all'attività diabetologica in rapporto al tempo totale di lavoro (ripartito in tempo pieno e tempo definito, come da contratto). Questa analisi è illustrata nelle Figure 1, 2 e 3. Come si può vedere dalla analisi complessiva, presente nella Figura 4, più sono complesse le strutture e meno viene attuata l'ET in modo strutturato, contraddicendo almeno in parte le motivazioni addotte dalle *equipe* che avevano rinunciato a partecipare al progetto. Verosimilmente, motivi di tipo gestionale-organizzativo spaventano coloro che non fanno sistematicamente educazione in modo strutturato, tuttavia l'ETS, quando intrapresa, viene attuata più agevolmente in piccole strutture, probabilmente meno capaci di gestire la complessità e più adatte a confrontarsi con una *routine* semplice, rispetto a strutture più complesse e dotate di personale, che gestiscono altri campi e non quello dell'ETS.

Un'ultima considerazione non va dimenticata in relazione al fatto che le *equipe* che hanno partecipato al progetto ETS, pur riconoscendo l'importanza dell'Educazione Terapeutica attuata in modo strutturato, manifestano una oggettiva difficoltà di attuare tale

attività in modo *routinario*, visto che la percentuale media dei soggetti arruolati rappresenta appena lo 0,56 dei pazienti seguiti da ciascuna struttura.

Viceversa, se dobbiamo fare un riferimento corretto all'analisi dei bisogni espresso da molti colleghi, emergono due importanti considerazioni: la prima è che difficilmente la situazione migliorerà trovando strumenti educativi nuovi e diversi, quand'anche accattivanti; la seconda è che dovremmo forse capire che cosa impedisce realmente alla maggioranza di fare educazione strutturata, piuttosto che continuare a dialogare tra pochi cultori che già applicano sistematicamente l'educazione terapeutica avendola già da tempo inserita nei propri programmi di cura.

BIBLIOGRAFIA

1. Thydd-Party Reimbursement for Diabetes Care, Self-Management Education, and supplies. ADA Clinical Practice and Recommendations 2008. Diab Care suppl.1, S94-S96
2. Diabete Italia, AMD Associazione Medici Diabetologi, SID Società Italiana di Diabetologia. Italian Standard for diabetes mellitus 2007: Acta Diabetol 45: 107-127, 2008
3. MATTEUCCI E, GIAMPIETRO O. *Closing the gap between literature and practice: evaluation of a teaching programme (in the absence of a structured treatment) on both type 1 and type 2 diabetes*. Diabetes Nutr Metab 16; 298-305, 2003
4. ALBANO MG, JACQUEMENT S, ASSAL JP. *Patient education and diabetes research: a failure! Going beyond the empirical approaches*. Acta Diabetologica 35: 2007-214
5. TRENTO M, PASSERA P, BORGO E. et al. *A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modification in people with type 2 diabetes managed by group care*. Diabetes Care 27; 670-675, 2004
6. Gruppo Modelli Assistenziali dell'Associazione Medici Diabetologi 2008, www.aemmedi.it
7. AGRUSTA M, DI BERARDINO P, DI PIETRO S, GALEONE F, LEPRI M, GENTILE S. *Manuale ETS su Piede diabetico: Versione per équipe diabetologica*. UTET, To, 2003 www.aemmedi.it
8. AGRUSTA M, DI BERARDINO P, DI PIETRO S, GALEONE F, LEPRI M, GENTILE S. *Manuale ETS su Piede Diabetico: Versione per il paziente diabetico*. UTET, To, 2003 www.aemmedi.it
9. AGRUSTA M, DI BERARDINO P, DI PIETRO S, GALEONE F, LEPRI M, GENTILE S. *Manuale ETS su Ipoglicemia: Versione per équipe diabetologica*. UTET, To, 2003 www.aemmedi.it
10. AGRUSTA M, DI BERARDINO P, DI PIETRO S, GALEONE F, LEPRI M, GENTILE S. *Manuale ETS su Ipoglicemia: Versione per il paziente diabetico*. UTET, To, 2003 www.aemmedi.it
11. AGRUSTA M, DI BERARDINO P, DI PIETRO S, GALEONE F, LEPRI M, GENTILE S. *Manuale ETS su Autocontrollo Versione per équipe diabetologica*. UTET, To, 2003 www.aemmedi.it
12. AGRUSTA M, DI BERARDINO P, DI PIETRO S, GALEONE F, LEPRI M, GENTILE S. *Manuale ETS su Autocontrollo: Versione per il paziente diabetico*. UTET, To, 2003 www.aemmedi.it
13. AGRUSTA M, DI BERARDINO P, DI PIETRO S, GALEONE F, LEPRI M, GENTILE S. *Manuale ETS su Alimentazione e Stile di Vita: Versione per équipe diabetologica*. UTET, To, 2003 www.aemmedi.it
14. AGRUSTA M, DI BERARDINO P, DI PIETRO S, GALEONE F, LEPRI M, GENTILE S. *Manuale ETS su Alimentazione e Stile di Vita: Versione per il paziente diabetico*. UTET, To, 2003 www.aemmedi.it

15. AGRUSTA M, DI BERARDINO P, DI PIETRO S, GALEONE F, LEPRI M, GENTILE S. *Manuale ETS su Rischio Cardio-Vascolare Versione per équipe diabetologica*. UTET, To, 2003 www.aemmedi.it
16. AGRUSTA M, DI BERARDINO P, DI PIETRO S, GALEONE F, LEPRI M, GENTILE S. *Manuale ETS su Rischio Cardio-Vascolare: Versione per il paziente diabetico* UTET, To, 2003 www.aemmedi.it
17. ERLE G, CORRADIN H, DELLA PAOLA L, PELLIZZANI G. *Standardizzazione e validazione del questionario GISED per la valutazione delle conoscenze, dei comportamenti e degli atteggiamenti dei diabetici di tipo 1 e 2*. Giornale Italiano di Diabetologia 14, 359-367, 1994
18. VESPASIANI G, NICOLUCCI A, ERLE G, TRENTO M, PISELLI V. *Validazione del questionario sulla conoscenza del diabete - GISED 2001*. Giornale Italiano di Diabetologia 22, 109-120, 2002
19. Scuola di Formazione Continua dell'Associazione Medici Diabetologi 2008, www.aemmedi.it

*Gruppo AMD ETS:

Board di progetto

Responsabile di progetto: Marco Comaschi, (Genova)

Coordinamento Scientifico: Sandro Gentile (Napoli)* e Mariano Agrusta (Cava dei Trreni, SA)**

Componenti: Sergio Di Pietro (Roma), Paolo Di Berardino (Pescara), Francesco Galeone (Lucca), Massimo Lepri (Domodossola)

Per il Gruppo Qualità AMD: Gualtiero de Bigontina (Pieve di Cadore)

Per il Gruppo Scuola di Formazione AMD: Umberto Valentini (Brescia), Nicoletta Musacchio (Monza)

Autori del testo: Sandro Gentile (Napoli)**, Mariano Agusta*** (Salerno)

Per la corrispondenza: Sandro Gentile (Napoli)*, sandro.gentile1@gmail.com

Componenti

Formatori AMD: G. Allochis, G.M. Arca, A. Arcangeli, A. Aronne, V. Armentano, C. Baggione, A. Bertolotto, L. Carboni, R. Cavani, F. Chiaromonte, A. Chiavetta, A. Cimino, L. Clementi, M. Comoglio, A. Corsi, M. Cossu, E. Dal Moro, L. De Candia, A. Di Benedetto, M. Di Mauro, M.A. Ferraro, L. Gentile, G. Ghisoni, A. Gigante, C. Giorda, M. Giordano, C. Giovannini, A. Girelli, R. Gualtieri, E. Gustamacchia, R. Iannarelli, L. Lione, S. Manfrini, G. Maraglino, G. Marelli, L. Monge, A. Ozzello, M.A. Pellegrini, I. Piva, L. Richiardi, D. Richini, A. Rocca, A. Sergi, C. Suraci, M. Tagliaferri, L. Tonutti, S. Turco, Venezia A.

Diabetologi: Albanese M, Albini N, Amodeo A, Arcona D, Argarano A, Aronne A., Baerzatto A, Balsanelli M, Barone M, Belladonna D, Bellio F, Bellomo D'Amato A, Bonato B, Bonfiglioli D, Borrelli A, Boscolo Bariga A, Botta A, Bova A, Bonfiglioli D, Bordin P, Brunato B, Bruschi P, Capuano G, Carbonaro F, Careddu G, Catalano M, Cernigoi AM, Cicioni G, Cipriano M, Clementi A, Coco R, Colacurcio M, Colosimo T, Confortin L, Corigliano G, Cossu M, Creso E, Dal Moro E, De Blasi GF, De Luca A, Del Russo F, De Monte A, De Natale C, Di Berardino P, Di Blasi V, D'Ugo E, Di Matteo G, Ferraro MA, Fraticelli M, Fraticelli E, Frullane S, Gaeta J, Garofalo A, Gentile S, Gentile L, Giovannini C, Giugliano M, Guarino G, Ghisoni P, Lagomanzini A, Lambiase C, Lanero L, Lisi E, Lombardo P, Lombardo ML, Losurdo F, Lucibelli L, Macchia A, Maida P, Maiellaro F, Malighetti ME, Malvicino G, Manunta M, Mantovani V, Marccone C, Marelli G, Maraglino G, Marengo P, Massimiani F, Matteoli MC, Matteucci E, Mazzola P, Mendola B, Migazzo P, Memoli P, Merni M, Michelini M, Migazzo P, Mignano S, Minuccio A, Mitrano G, Mulas MF, Novara F, Parillo M, Pellegrini MA, Petraroli E, Piccolo P, Pinto I, Piscopo G, Ponticello S, Ponzani MC, Prato Militello L, Primerano B, Puccio L, Puglisi C, Richini D, Rignanese G, Rinaldi R, Ramunni I, Restuccia M, Rocca G, Rossetto A, Rossi E, Runello F, Scaldaferrari E, Schirru M, Scurini C, Senatore L, Serra R, Schirò V, Sindoni C, Sofrà D, Sorrentino T, Stasio GB, Stefanelli G, Suraci C, Tatavitto A, Toni S, Tonutti, Trova A, Turtol C, Toscanella F, Trifirò C, Venezia A, Visalli N, Volsi P, Zanusso GF, Zerella F, Zolli M.

Infermieri e Dietisti: Addolorata M, Agliani M, Agostani A, Alberatone M, Albini M, Aliberti C, Angeli N, Annicelli G, Ausili R, Beltrani C, Bondini A, Bosco A, Branca MT, Bruno G, Brunato B, Bruschi ML, Busta V, Carli B, Carraio A, Cavuto L, Cavallaio A, Chiandetti R, Chiavacci S, Chimienti G, Cioffi A, Contrini P, Corvino A, Croveto R, Cucco L, De Lillo F, Del Rosso F, De Luca A, De Sisto A, De Vita A, Di Luzio R, De Matteo A, Di Natale F, Dispoto R, Draghi P, Fabbri A, Fiorito T, Ganassi M, Giacalone V, Giovannelli MG, Giugliano G, Guareschi G, Innocenti I, Lani S, Lento E, Lo Grasso G, Loro R, Mainardi I, Maschio A, Melita L, Memoli G, Micheletti A, Milano L, Molinaro M, Montani A, Moses AM, Nicolao I, Narduzzi L, Niero L, Patrone A, Penza A, Piastrella A, Ranalli L, Reboria C, Rossi C, Rosso G, Santantonio R, Santucci T, Semaforico A, Sifarelli G, Soriente S, Stefanelli G, Strino O, Squadrone MR, Taloni A, Telleschi M, Tizzoni D, Tiozzo S, Torelli MG, Tripo M, Trocchia B, Uberti ML, Urbani L, Vagnoni F, Violi G, Vitale F, Vitello C, Zaccoli A, Zecchini M, Zicari F.

** Dipartimento di Geriatria e Malattie Metaboliche, Seconda Università di Napoli

*** U.O. Dipartimentale di Endocrinologia e Diabetologia, Ospedale Cava dei Tirreni e Costa D'Amalfi, ASL SA1.

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento va ai Presidenti Nazionali AMD, Marco Comaschi, Giacomo Vespasiani, Umberto Valentini e Adolfo Arcangeli succedutisi durante le fasi di sviluppo e di attuazione del Progetto ETS, per il costante sostegno ed incoraggiamento. Un ulteriore ringraziamento è dovuto a Fiorella Masciotta, responsabile della Segreteria AMD durante la fase attuativa, per la continua azione di monitoraggio delle attività e di costante contatto con le equipe diabetologiche impegnate nel Progetto ETS. Il progetto ETS è stato realizzato con il supporto non condizionante di Novo Nordisk e Lifescan Italia. Non esiste alcun conflitto di interesse per nessuno dei partecipanti al progetto.

La realizzazione del progetto ETS non sarebbe stata possibile senza l'apporto di Massimo Lepri, che tutti ricordiamo con affetto e commozione, come uomo, diabetologo, esperto di pedagogia educativa, di politica sanitaria, amico caro a tutti.