

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL PIEMONTE ORIENTALE “A. AVOGADRO”
Dipartimento di Medicina Traslazionale
in collaborazione con
Università Cattolica del Sacro Cuore e Università di Milano Bicocca



MASTER IN SCIENZE DELLA PREVENZIONE MSP-ASPP
ADVANCED SCHOOL OF PREVENTION AND HEALTH PROMOTION

Prevenire il diabete: dalla ricerca all'educazione terapeutica

Candidata: Marilena Piardi

Anno accademico 2012-2013

INDICE

ABSTRACT

PREMESSA

CAPITOLO 1 INTRODUZIONE

1.1 - Epidemiologia e impatto delle malattie croniche pag. 8

1.2 - Il diabete pag. 13

1.2.1 I dati epidemiologici pag. 14

1.3 Prevenzione e diabete pag. 14

CAPITOLO 2 MATERIALI E METODI

2.1 - Pico pag. 17

2.1.1 Stringa di ricerca pag. 17

2.1.2. Selezione studi di ricerca pertinenti al quesito pag. 17

2.2 - Evidence based medicine pag. 18

2.2.1 Necessita' delle Evidenze pag. 18

2.2.2 Ebm ed educazione terapeutica pag. 19

2.2.3 Efficacia in letteratura pag. 19

2.2.4 Ruolo dell'educazione nella prevenzione pag. 20

2.2.5 Quali outcomes? pag. 20

CAPITOLO 3 RISULTATI

3.1 - Piano sulla malattia diabetica pag. 24

3.1.1 Un disegno unitario di gestione integrata pag. 24

3.1.2 Perché abbiamo bisogno di un Piano nazionale sulla malattia diabetica? pag. 24

3.1.3 Un approccio multidisciplinare e multi-professionale pag. 25

3.1.4	Favorire l'educazione terapeutica	pag. 25
3.1.5	L' Educazione terapeutica	pag. 25
3.1.6	Gli obiettivi specifici dell'educazione terapeutica	pag. 25
3.2	- Ruolo dell'Infermiere nell'Educazione Terapeutica	pag. 27
3.2.1	Competenze raggiunte dal paziente	pag. 29
CAPITOLO 4	DISCUSSIONE	
4.1	- La realtà italiana	pag. 32
4.2	- La realtà europea	pag. 34
4.3	- Prospettive future	pag. 34
CONCLUSIONI		pag. 36
RINGRAZIAMENTI		pag. 37
BIBLIOGRAFIA		pag. 38
PUBBLIGRAFIA		pag. 40
SITOGRAFIA		pag. 41
NORME LEGISLATIVE		pag. 42
ELENCO TABELLE		pag. 42
ELENCO FIGURE		pag. 42
ELENCO GRAFICI		pag. 42
ELENCO ALLEGATI		pag. 42

ABSTRACT

PREVENIRE IL DIABETE: dalla ricerca all'educazione terapeutica

OGGETTO

Il diabete è una patologia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo, destinata ad aumentare nel prossimo futuro con il progressivo invecchiamento della popolazione e la sempre maggiore occorrenza delle condizioni di rischio che ne precedono l'insorgenza.

La qualità organizzativa e l'efficienza dell'assistenza diabetologica sono correlate con un miglior controllo della malattia, con una migliore prognosi delle complicanze, ai fini di un minore tasso di mortalità collegata al diabete. Dal punto di vista della Sanità pubblica, la qualità dell'assistenza e la gestione territoriale della malattia sono ritenute, quindi, una condizione fondamentale per tradurre i progressi clinici e farmacologici in una reale prevenzione delle complicanze e in un miglioramento della qualità di vita dei malati.

La riduzione della morbilità e della mortalità e il miglioramento della qualità di vita delle persone affette da diabete mellito rappresentano una delle sfide attuali per gli operatori sanitari, le organizzazioni sanitarie e per il personale medico che opera nelle strutture sanitarie pubbliche.

OBIETTIVI

La prevenzione delle complicanze acute e croniche della malattia, responsabili del basso livello della qualità di vita del paziente con diabete, rappresentano le principali cause degli elevati costi economici e sociali della malattia stessa.

L'obiettivo di questo lavoro è identificare gli interventi di prevenzione secondaria della malattia diabetica e di ricercare le migliori evidenze scientifiche ed i relativi interventi terapeutici efficaci.

Lo scopo dell'educazione terapeutica del paziente diabetico è quindi quello di consentire alla persona assistita di:

- Conoscere la propria malattia (sapere = conoscenza),
- Gestire la terapia in modo competente (saper fare = autogestione),
- Prevenire le complicanze evitabili (saper essere = comportamenti).

PICO

Il quesito clinico di ricerca è stato formulato usando il metodo PICO .

Paziente: diabetico

Intervento: prevenzione, educazione terapeutica

Comparazione :

//

Out come: aumento competenze, autogestione, miglior controllo glicemico,

Parole chiave: diabete, prevenzione, educazione terapeutica, autogestione, controllo glicemico

METODO

Per passare in rassegna in modo sistematico gli interventi sul diabete, è stata inizialmente concentrata l'attenzione su due ambiti prioritari: gli interventi del sistema sanitario volti a ottimizzare l'assistenza fornita ai pazienti diabetici e gli interventi di educazione all'autogestione della malattia, tenendo conto dei seguenti elementi:

- rilevanza degli interventi nel ridurre la morbilità e mortalità e nel migliorare la qualità di vita dei diabetici;
- potenziale rapporto costo-efficacia dell'intervento;
- mancanza di chiarezza sull'efficacia dell'intervento;
- attuabilità degli interventi nella normale prassi dei servizi sanitari pubblici.

RISULTATI

Dalla revisione della letteratura emerge che un processo educativo ben articolato apporta benefici nel paziente diabetico. Le tipologie degli articoli trovati attinenti al quesito di ricerca sono stati revisioni, studi clinici randomizzati e non e studi comparativi.

Sulla base delle prove di efficacia, vengono raccomandate : la gestione della malattia e il case management ; l'educazione all'autogestione della malattia per pazienti adulti affetti da diabete di tipo 2.

Gestione della malattia come l'approccio organizzato, propositivo e multifattoriale all'assistenza sanitaria fornita a tutti i membri di una popolazione affetti da una patologia specifica (o a sottogruppi con specifici fattori di rischio). L'assistenza è incentrata e integrata sui vari aspetti della malattia e delle relative complicanze, sulla prevenzione delle condizioni di co-morbilità e su aspetti rilevanti del sistema di erogazione. Fra gli obiettivi figura il miglioramento dello stato di salute sia a breve che a lungo

Case management nell'ambito del sistema sanitario (gestione integrata del caso specifico) è un insieme di attività che consentono di individuare e di affrontare le esigenze dei pazienti alle quali si rischia di rispondere con eccessivo dispendio di risorse, con risultati non ottimali, oppure con un grado insufficiente di coordinamento dei servizi migliorando la pianificazione, il coordinamento e le modalità di erogazione delle prestazioni assistenziali.

L'educazione all'autogestione del diabete è il processo mediante il quale ai pazienti viene insegnato come gestire la propria malattia.

CONCLUSIONI

Dati i notevoli oneri che il diabete comporta per la sanità pubblica, la prevenzione ed il miglioramento dell'assistenza delle persone affette da questa malattia dovrebbero essere un obiettivo di primaria importanza per la maggior parte delle comunità e dei sistemi sanitari.

Nella scelta e attuazione degli interventi, le comunità devono sforzarsi di formulare una strategia complessiva volta a promuovere stili di vita salutari (aumentando l'attività fisica, migliorando l'alimentazione e riducendo il fumo) e ad aiutare le persone affette da diabete, gli operatori che le assistono, mentre i sistemi sanitari devono migliorare il controllo della glicemia, ridurre le complicanze e la mortalità da diabete ed elevare la qualità di vita.

La selezione e successiva attuazione di interventi di educazione terapeutica, di cui siano state dimostrate l'efficacia e la congruenza con le esigenze, sono passi essenziali verso il miglioramento delle condizioni delle persone affette da diabete.

PREMESSA

Oggi tutti noi sappiamo che la tutela della salute dei cittadini è uno dei temi al centro del dibattito politico, oltre che essere un diritto sancito dall'art. 32 della nostra Costituzione. Pertanto fra i temi fondamentali nella stessa materia, che chi ha ruoli Istituzionali deve prendere in considerazione, vi sono senz'altro quelli della prevenzione e della cronicità.

Il diabete, con il suo carico sociale, clinico ed economico, rappresenta un modello sul quale riflettere e trovare sinergie operative per una serie di motivazioni che non possono essere ignorate. Siamo infatti in presenza di una vera pandemia confermata dai dati epidemiologici, che ci indicano che più 300 milioni di persone nel mondo sono affette da diabete

Bisogna agire prontamente per ridurre il peso clinico, sociale ed economico che questa patologia rappresenta e può rappresentare. L'Italian Barometer Diabetes Observatory cerca di raggiungere questo obiettivo promuovendo la raccolta e la condivisione di importanti informazioni sull'entità del fardello rappresentato dal diabete, e sull'efficacia degli interventi per combatterlo. Al cuore dell'iniziativa vi è un messaggio che non è possibile non accettare, diretto a tutti coloro che sono coinvolti nel fronteggiare la sfida posta dal diabete: un forte invito a 'misurare, condividere e migliorare'. Oggi le risposte appropriate alla crescente prevalenza del diabete sono note, tuttavia è necessario un impegno continuo e intelligente perché le acquisizioni teoriche trovino applicazione pratica.

Risposte che trovano oggi per il Diabete nelle Istituzioni come il Ministero della Salute e il Parlamento, risposte puntuali in grado di avere una strategia di approccio attenta sul problema e sulle priorità di intervento. Misurazione e condivisione porteranno ad una sana concorrenza tra gli operatori della sanità, tra i sistemi sanitari e persino tra le persone con diabete, che rivestono un ruolo centrale nel far sì che la cura del diabete sia ottimizzata e quindi maggiormente efficace. La raccolta dei dati è necessaria a dimostrare l'impatto di sforzi ed approcci diversi, finalizzati alla riduzione dell'incidenza del diabete, alla diagnosi precoce della malattia e al suo trattamento efficace, in modo da ridurre l'incidenza delle complicanze associate al diabete e i decessi prematuri.

Dobbiamo essere consapevoli come l'obesità e diabete rappresentano, per l'Italia e l'Europa, un problema di salute particolarmente preoccupante per la rapidità della progressione del fenomeno che, nell'arco di due decadi, si è triplicato. E' reale il definire l'obesità e il diabete, comunemente oggi ribattezzate con il termine "Diabesità" come una pandemia globale. I dati oggi in nostro possesso ci indicano che in Italia, 4- 5 abitanti su 10 soffrono di sovrappeso o sono obesi, con tassi più elevati nelle regioni meridionali e con una tendenza all'aumento negli ultimi anni e questo fenomeno non risparmia i bambini. Tutto questo ha una forte incidenza sul numero di persone, adulti e bambini, che nei prossimi anni svilupperanno il diabete di tipo 2. Le conseguenze per gli individui e la società sono serie in termini di riduzione sia dell'aspettativa sia della qualità della vita, con notevoli ricadute anche economiche, questo soprattutto dovuto alle complicanze che la persona con diabete può sviluppare. Questi sono dati di fatto che devono fare riflettere e soprattutto ci invitano ad agire con urgenza

Un altro aspetto sul quale tutti dovrebbero soffermarsi è caratterizzato da due equilibri fondamentali: l'equilibrio tra un'alimentazione sana e livelli adeguati di attività fisica e quello tra responsabilità individuale nei confronti della salute, scelte dettate da informazione ed educazione corrette e basate sull'evidenza scientifica, nel rispetto, ove possibile, dei contesti culturali delle varie entità regionali, e responsabilità dei governi e delle istituzioni nazionali, regionali e locali nel creare e promuovere ambienti e contesti favorevoli a scelte salutari. In questo un compito fondamentale è rappresentato dalla comunità scientifica, che deve poter adottare strategie mirate basate su linee guida condivise e percorsi cognitivi e formativi valicati.

In campo nutrizionale è necessario diffondere informazioni chiare e corrette, per raggiungere un livello di piena consapevolezza e responsabilità del consumatore, evitando confusione e disorientamento nella popolazione. L'adozione di un corretto stile di vita non può essere imposto per legge. L'educazione alimentare e l'autoregolamentazione sulla base di stringenti codici etici di comportamento da parte dell'industria alimentare in accordo con le istituzioni governative, restano gli strumenti di gran lunga più efficaci. Una precisa fotografia del diabete in Italia non può prescindere da una analisi delle complicanze croniche tardive della malattia che, in un'epoca in cui è ormai raro il decesso per cause acute, ne rappresentano il vero, principale, costo umano ed economico.

In Italia la cura per il diabete assorbe il 6,65% della spesa sanitaria complessiva, con un costo per paziente che è più del doppio della media nazionale. E allora è necessario lavorare su indicatori che misurino la qualità dell'assistenza diabetologica e i risultati anno dopo anno raggiunti. Oggi affrontare le cronicità in genere e il diabete in particolare, richiede sinergie, analisi e misurazione, per passare rapidamente dalla cultura del dire a quella del fare.

*L'interesse per la malattia e la morte
è sempre e soltanto un'altra espressione
dell'interesse per la vita.*

Thomas Mann

1.1 – EPIDEMIOLOGIA E IMPATTO DELLE MALATTIE CRONICHE

Le malattie croniche, o non trasmissibili, sono responsabili del più alto tasso di mortalità e morbosità sia all'interno dei Paesi europei che a livello globale. Esse comprendono un ampio insieme di patologie, come le malattie cardiovascolari, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie. Nello stesso gruppo di patologie, inoltre, rientrano anche le malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici, quelli dell'apparato gastrointestinale, i difetti degli organi di senso e le malattie genetiche. Si tratta di condizioni patologiche che solitamente hanno origine in età giovanile per poi svilupparsi e manifestarsi clinicamente anche dopo alcuni decenni.

Le cause delle malattie croniche si possono ricondurre ai classici stili di vita non corretti in termini di salute quali, ad esempio, un'alimentazione non sana, il fumo di tabacco, l'eccessivo uso di alcol o la dipendenza da sostanze psicotrope. Queste cause possono condurre, come si evince dalla figura riportata più sotto (vedi Figura 1), ai cosiddetti fattori di rischio intermedi quali, tra gli altri, l'ipertensione, l'eccesso di colesterolo e l'obesità. A fianco agli stili di vita non corretti e ai fattori di rischio intermedi, comunque modificabili per mezzo di strategie di prevenzione di tipo primaria o secondaria, ci sono anche fattori che sono imm modificabili, come la predisposizione genetica o l'età.

La promozione di stili di vita sani sembra comunque la risorsa principale da utilizzare contro l'ascesa delle malattie croniche nel contesto globale. In effetti, l'adozione di abitudini salutari diminuisce in modo significativo e in ogni essere umano il rischio di sviluppare queste malattie. Inoltre, va rilevato come le malattie croniche, o non trasmissibili, possono svilupparsi anche a partire da fattori meno espliciti o diretti, ossia aspetti più generali o ambientali e situazionali, che si riferiscono al contesto sociale, alla condizione economica e alla dimensione culturale di uno specifico ambiente di vita. Questi fattori sono considerati quali "cause delle cause", e offrono una buona base per interventi di prevenzione primaria centrati sulla collaborazione del sistema sanitario con altri settori della vita politica ed economico-sociale del contesto di appartenenza, sia a livello locale sia a livello nazionale.

La figura successiva offre una versione generale dei fattori dei quali stiamo trattando e li definisce, nel loro complesso livello "macro", in termini di globalizzazione, urbanizzazione, invecchiamento progressivo della popolazione, politiche ambientali e povertà.

Figura 1.1 - Cause delle malattie croniche (OMS, 2005)



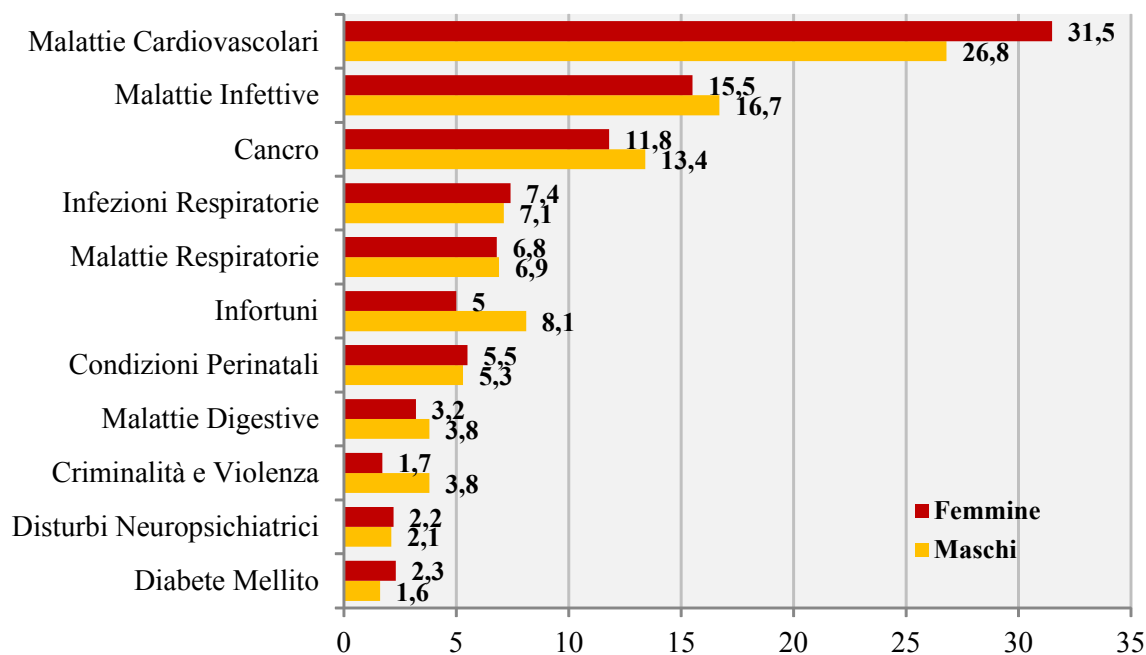
Il grafico successivo (Grafico 1) mostra invece la mortalità per gruppi di cause a livello mondiale, evidenziando come le malattie direttamente collegate allo stile alimentare e al fumo di tabacco, soprattutto quelle cardiovascolari (prima causa) e il cancro (terza causa), rappresentano una sorta di “epidemia globale” colpendo sia i Paesi a basso reddito che quelli a reddito medio-alto.

A questo proposito, è interessante notare come nei Paesi a reddito medio-alto l’incidenza delle malattie croniche è in diminuzione, pur essendo sempre alta, grazie ad azioni educative e politiche proposte ai livelli sia locale sia nazionale, mentre nei Paesi a basso reddito è in costante aumento. In effetti, si tratta di un rapporto tra povertà e salute che ha senso non solo nei rapporti tra i diversi Paesi, ma anche tra i differenti gruppi sociali all’interno dei singoli Stati. Stiamo parlando di quei fattori definiti determinanti socio-economici della salute, concetto che sarà specificato meglio successivamente, che influenzano anche gli stili alimentari di singoli individui e gruppi sociali e si contraddistinguono quindi come fattori di rischio per lo sviluppo di specifiche patologie croniche quali, come detto prima, le malattie cardiovascolari e il cancro.

Tra le strategie in atto volte a salvare parecchie vite umane, a livello globale e nei prossimi 10 anni, ci sono quelle dell’OMS basate sul “Rapporto sulla prevenzione delle malattie croniche” (OMS, 2005). Questo è un documento dettagliato che illustra l’epidemia globale di malattie croniche e rileva il fatto che malattie cardiovascolari, cancro e diabete uccidono milioni di persone ogni anno, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito, incidendo negativamente anche sulle economie locali e sui fattori di sviluppo.

A livello europeo, poi, c’è la strategia *Gaining health*, sviluppata anche in Italia con il nome di “Guadagnare Salute” (Ministero della Salute, 2007) e implementata attraverso diverse azioni e progetti coordinati dal Ministero della Salute.

Grafico 1.1 - Distribuzione percentuale di mortalità per gruppi di cause, maschi e femmine, mondiale, 2004



In Italia, le malattie croniche tutte causano 372 morti ogni 100.000 persone. Nello specifico, il tasso standardizzato di mortalità per età mostra che ci sono 155 casi ogni anno su 100.000 attribuibili alle malattie cardiovascolari e 133 casi annuali, sempre calcolate su una popolazione di 100.000, dovute al cancro (*World Health Statistics*, 2009).

I dati del documento dell'OMS *Highlights on health in Italy*, pubblicato nel 2004, mostrano come le malattie croniche o non trasmissibili siano responsabili dell'81% delle morti totali in Italia, mentre le cause esterne incidono per il 6% e le malattie trasmissibili per meno dell'1%. Con riferimento al 2001, il documento sottolinea l'impatto delle malattie cardiovascolari, responsabili del 38% delle morti totali, con la specifica della patologia ischemica coronarica, che causando il 12% di mortalità si identifica come la principale patologia killer in Italia. Inoltre, in questa statistica si rileva il peso specifico del cancro, che è causa del 31% delle morti totali. Un dato particolarmente interessante è quello relativo alle patologie polmonari e agli altri disturbi cardiologici, che in Italia è il più alto tra i Paesi della zona Eur-A per la fascia di età 15-29 anni.

La mortalità dovuta al cancro ai polmoni è, in Italia, più alta nella popolazione maschile rispetto a quella femminile, ma mentre nella popolazione maschile il trend è in costante diminuzione, considerando il periodo 1995-2001, lo stesso non si può dire per l'universo femminile. Infatti, nello stesso arco di tempo, la mortalità per cancro ai polmoni nelle donne della fascia di età 25-64 anni è aumentata dell'11%.

Oltre ad essere responsabili del più alto numero di morti a livello mondiale, le malattie croniche si legano anche a condizioni disabilitanti o invalidanti. Il calcolo quantitativo dell'impatto di un gruppo di malattie sulla salute è proposto nella successiva tabella 1. Si tratta di una rilevazione che si basa su una particolare unità di misura centrata sugli anni di vita persi a causa della disabilità (Daly - Disability Adjusted Life-Year). Daly indica la somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura e di quelli vissuti in malattia piuttosto che in salute.

Tabella 1.1 - Percentuale sul totale DALYs per genere dei dieci principali gruppi di disabilità in Italia (OMS, 2003)

	Maschi		Femmine	
	Gruppi di Disabilità	Totale DALYs (%)	Gruppi di Disabilità	Totale DALYs (%)
1	Condizioni Neuropsichiatriche	22.7	Condizioni Neuropsichiatriche	28.0
2	Neoplasie	19.0	Malattie Cardiovascolari	16.9
3	Malattie Cardiovascolari	19.0	Neoplasie	16.2
4	Infortuni	7.6	Patologie muscolo-scheletriche	6.0
5	Malattie respiratorie	5.7	Patologie degli organi di senso	5.9
6	Patologie degli organi di senso	4.8	Malattie respiratorie	4.5
7	Patologie gastroenteriche	3.9	Diabete mellito	4.1
8	Patologie muscolo-scheletriche	3.5	Infortuni	4.0
9	Diabete mellito	3.4	Patologie gastroenteriche	3.8
10	Criminalità e violenza	1.8	Disordini endocrini	1.8

All'interno di uno scenario siffatto, è chiaro che la questione delle malattie croniche e il loro enorme impatto sulla salute della popolazione rappresentino una priorità di Sanità Pubblica. La discussione, piuttosto, dovrebbe spostarsi su come contrastare tale problematica, ossia in quali termini e con quali strategie. Le azioni più interessanti sembrano volgersi all'ambito della prevenzione, con l'obiettivo di ridurre i fattori di rischio individuali analizzando e cercando di limitare l'impatto delle cosiddette "cause delle cause".

In tale prospettiva si inserisce il Piano d'Azione OMS 2008-2013, pubblicato all'interno della strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili e approvato a maggio 2008 nel contesto della sessantunesima Assemblea mondiale sulla salute. Il documento è stato sviluppato dall'OMS insieme ai singoli Stati membri e si centra sulla strategia globale per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche definita nel marzo del 2000.

Il documento "2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases" specifica gli obiettivi e le azioni da sviluppare nell'arco dei sei anni. Inoltre:

- spiega le motivazioni di azioni urgenti per il periodo 2008-2013 destinate a far fronte al crescente peso delle malattie croniche sulla salute pubblica;
- fornisce il quadro complessivo dell'*Action Plan* approvato a maggio 2008 dalle delegazioni di 193 Stati membri, compresa la necessità di riferire dei progressi generali nel 2010 e nel 2012;
- presenta la principale strategia globale per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche che esorta gli Stati membri a sviluppare cornici di riferimento per le politiche nazionali, a definire programmi, a scambiare le proprie esperienze.

L'Action Plan 2008-2013 punta a implementare gli interventi già in corso a livello nazionale, nonché a creare nuovi piani d'azione laddove questi non siano ancora presenti.

Il Piano d'Azione prevede 6 obiettivi specifici:

- elevare la priorità riconosciuta alle malattie croniche nei piani di sviluppo nazionali e globali, integrando le strategie di prevenzione nelle politiche di tutti i ministeri dei Governi;
- definire e potenziare politiche e piani nazionali per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche;
- promuovere interventi per ridurre i principali fattori di rischio modificabili per le malattie croniche: tabacco, alimentazione scorretta, sedentarietà e abuso di alcol;
- promuovere la ricerca per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche;
- promuovere partnership per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche;
- monitorare le malattie croniche e i loro determinanti e valutare i progressi a livello nazionale, regionale e globale.

In Italia, quindi, l'incidenza sempre più alta delle malattie croniche perlopiù evitabili e il peso arrecato dalle sue complicanze ha portato alla realizzazione di un Piano Sanitario Nazionale della Prevenzione approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome per il periodo 2008-2012. Uno dei motivi che ha portato al Piano Sanitario Nazionale della Prevenzione 2010-2012, a parte le ovvie ragioni relative alla promozione e al mantenimento della salute della popolazione, è quello di contenere le grosse spese finanziarie che discendono dalle patologie croniche e che gravano direttamente sul Servizio Sanitario Nazionale.

Tale Piano, distingue, come macro-aree di intervento:

- a) la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia
- b) i programmi di *prevenzione* collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio,
- c) i programmi di *prevenzione* rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie o a diagnosticare precocemente altre malattie o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico.

Il Piano Sanitario Nazionale della Prevenzione 2010-2012 si centra sui seguenti ambiti:

- patologia cardiovascolare (diffusione della carta del rischio, prevenzione di obesità, complicanze del diabete e recidive);
- screening dei tumori;
- incidenti (domestici, stradali, sul lavoro);
- vaccinazioni.

Il coordinamento atto al conseguire obiettivi di salute uniformi in tutto il Paese, considerando le specificità degli interventi di prevenzione e promozione della salute svolti a livello regionale, è stato affidato al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) che ha il compito di organizzare insieme alle Regioni i piani di sorveglianza e la prevenzione attiva.

1.2 IL DIABETE

Il diabete mellito (DM) comprende un gruppo di disturbi metabolici accomunati dal fatto che presentano una persistente instabilità del livello glicemico nel sangue, passando da condizioni di iperglicemia, più frequente, a condizioni di ipoglicemia. E' una patologia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo, destinata ad aumentare nel prossimo futuro con il progressivo invecchiamento della popolazione e la sempre maggiore occorrenza delle condizioni di rischio che ne precedono l'insorgenza.

Il diabete è una patologia rilevante soprattutto per le numerose complicanze micro- e macrovascolari a cui i pazienti vanno incontro. Fra le complicanze microvascolari, la retinopatia diabetica rappresenta la maggiore causa di cecità fra gli adulti e la nefropatia diabetica è la principale causa di insufficienza renale cronica e dialisi. Le persone affette da diabete presentano, inoltre, un rischio più elevato di complicanze macrovascolari (malattie cerebro- e cardio-vascolari) rispetto alla popolazione non diabetica e, in generale, hanno una aspettativa di vita ridotta, qualunque sia l'età di esordio della malattia. L'impegno per la cura del diabete mellito deve avere come obiettivi fondamentali il mantenimento dello stato di salute fisica, psicologica e sociale del paziente.

Questi obiettivi sono perseguibili e raggiungibili attraverso *la prevenzione primaria*, ove possibile, la diagnosi precoce, una corretta terapia che comprenda *l'educazione* e la responsabilizzazione del paziente, *la prevenzione delle complicanze acute e croniche* della malattia, responsabili del basso livello della qualità di vita del paziente con diabete e che rappresentano le principali cause degli elevati costi economici e sociali della malattia stessa.

L'Italia è stato il primo Paese al mondo a dotarsi di una legge che regola e organizza l'assistenza diabetologica a favore delle persone in età adulta e in età pediatrica, includendo la necessità della creazione dei servizi di diabetologia per adulti e servizi pediatrici distribuiti uniformemente nel paese. In particolare, si tratta della legge 16 marzo 1987 n. 115 che stabilisce i principi generali di assistenza, affidando alle regioni la responsabilità per l'implementazione e la promozione di una assistenza uniforme e omogenea. La citata legge l'Italia ha il merito di aver disciplinato il governo e l'organizzazione del settore della diabetologia.

La qualità organizzativa e l'efficienza dell'assistenza diabetologica sono correlate con un miglior controllo della malattia, con una migliore prognosi delle complicanze, ai fini di un minore tasso di mortalità collegata al diabete. Dal punto di vista della Sanità pubblica, la qualità dell'assistenza e la gestione territoriale della malattia sono ritenute, quindi, una condizione fondamentale per tradurre i progressi clinici e farmacologici in una reale *prevenzione* delle complicanze e in un miglioramento della qualità di vita dei malati.

Il diabete costituisce infatti il modello più rappresentativo di una patologia cronica in cui risulta essenziale la continuità tra ospedale e territorio, ovvero tra la medicina specialistica e la medicina delle cure primarie secondo un percorso assistenziale condiviso. Inoltre, vista la stretta correlazione tra eccesso ponderale e diabete di tipo 2, è necessario sviluppare sempre più politiche *di prevenzione* dell'obesità e del sovrappeso che vedano il coinvolgimento non solo del sistema sanitario ma anche di tutti i settori della società che influiscano direttamente o indirettamente sull'acquisizione e il mantenimento di stili di vita salutari, corretta nutrizione e attività fisica in particolare.

Si distinguono un diabete di tipo 1 (circa il 10% dei casi) e un diabete di tipo 2 (circa il 90% dei casi). Si tratta di due patologie fundamentalmente distinte, in quanto i due tipi di diabete si differenziano, oltre che per la diversa eziopatogenesi (distruzione autoimmune delle cellule beta del pancreas nel tipo 1, ridotta sensibilità all'insulina e insulino-resistenza periferica nel tipo 2), anche per le differenti età di insorgenza (bambini-adolescenti nel tipo 1, adulti nel tipo 2), sintomatologia di esordio (acuta nel tipo 1, più sfumata e graduale nel tipo 2), strategie terapeutiche (insulina dall'esordio nel tipo 1, correzione degli stili di vita e ipoglicemizzanti nel tipo 2) e, soprattutto, possibilità di *prevenzione primaria*. Se, infatti, il diabete di tipo 2 è in parte prevenibile modificando gli stili di vita dei soggetti a rischio, particolarmente per quel che riguarda la nutrizione e l'attività fisica, il diabete di tipo 1 può essere difficilmente prevenuto, in quanto sono ancora poco chiari i fattori di rischio che interagiscono con la predisposizione genetica scatenando la reazione autoimmunitaria.

1.2.1 I dati epidemiologici

Il diabete mellito è la più diffusa malattia metabolica in Italia e nei Paesi sviluppati. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sono circa 346 milioni le persone affette da diabete in tutto il mondo e più dell'80% delle morti correlate a questa patologia avvengono in Paesi a basso e medio reddito. Già nel 2003, fra le persone di età compresa tra 20 e 79 anni, si stimava una prevalenza mondiale del 5,1%, che si prevedeva in aumento fino al 6,3% nel 2025, con il coinvolgimento di 333 milioni di persone in tutto il mondo e un incremento pari al 24% nel periodo. Dati più recenti, tuttavia, parlano di una proiezione che nel 2025 arriva al 7,3% (380 milioni).

L'OMS stima inoltre che i decessi per diabete sono destinati a raddoppiare tra il 2005 e il 2030 (nel 2004, i dati riferiscono di 3,4 milioni di persone scomparse a causa delle conseguenze di un alto livello di zucchero nel sangue). La mortalità nelle persone con diabete è 1,9 volte quella dei non diabetici e per le donne il rapporto sale a 2,6. nel 2005.

L'OMS ha stimato che il 2% del totale delle morti nel mondo fosse da attribuire al diabete (circa 1.125.000), sottolineando, tuttavia, come tale contributo alla mortalità generale fosse probabilmente sottostimato, dal momento che il decesso di una persona con diabete è di solito attribuito ad una delle complicanze (cardiopatologia, malattia renale, ecc.).

Dall'annuario Statistico 2011 risulta che in Italia il diabete è la sesta malattia cronica per diffusione, con tasso grezzo di prevalenza del 4,9% (5,0% delle donne e 4,7% degli uomini). Quindi si stima che circa 3.000.000 di italiani soffrano di diabete mellito.

1.3 LA PREVENZIONE E DIABETE

È sufficiente dare uno sguardo veloce alla letteratura scientifica per rendersi conto che la *prevenzione* del diabete è uno dei temi maggiormente avvertiti dalla comunità diabetologica.

Il rapido aumento dei casi di malattia e la sua comparsa in età sempre più precoce, sta acquisendo le dimensioni di una vera e propria emergenza epidemiologica e sociale di portata mondiale, anche in ragione delle pesanti ripercussioni che la malattia ha sia sulla dimensione individuale sia su quella collettiva. In Italia vi sono a tutt'oggi oltre tre milioni di persone con diabete noto ed almeno un altro milione con diabete non diagnosticato. La spesa sanitaria per la malattia diabetica ammonta al 10% del totale e rischia di non essere sostenibile già nell'immediato futuro.

A fronte di questa drammatica situazione, nell'ultimo decennio sono stati pubblicati solidi studi clinici che hanno dimostrato che il diabete tipo 2 è una malattia *prevenibile*. Con l'utilizzo di farmaci, ma ancor più attraverso modifiche dello stile di vita, è possibile ridurre di circa il 60% il rischio di sviluppare la malattia.

Questa consapevolezza ha avviato una nuova fase, certamente molto più complessa, riguardante il trasferimento nella realtà clinica e, quindi su grandi numeri, dei dati ottenuti nei trials clinici. È evidente che l'attuazione dei programmi di prevenzione primaria del diabete tipo 2 nella popolazione non può prescindere dal coinvolgimento di una molteplicità di attori, primi fra tutti le Istituzioni.

In questo scenario, le Società Scientifiche di Diabetologia hanno l'importante funzione di divulgare la cultura della *prevenzione* del diabete tra medici e operatori della salute operando in sinergia con le Istituzioni per l'attuazione di politiche sociali e sanitarie di promozione e diffusione di stili di vita salutari.

La prevenzione primaria del diabete : prevenire soprappeso e obesità

La prevenzione primaria del diabete si identifica con la prevenzione dell'eccesso ponderale. È possibile tenere sotto controllo l'epidemia di obesità e invertirne l'andamento attraverso azioni complessive, che intervengano sui fattori sociali, economici ed ambientali degli stili di vita. Tali azioni, tuttavia, per raggiungere gli obiettivi che si propongono, non possono non prevedere il coinvolgimento attivo di settori della società esterni al Sistema sanitario.

Si tratta, infatti, di un problema di Sanità pubblica la cui soluzione non può essere demandata esclusivamente al sistema sanitario, ma che necessita di interventi che siano il più possibile trasversali e intersettoriali, con il coinvolgimento di molti altri soggetti istituzionali e della società civile (Ministeri, Comuni, Province, Associazioni Professionali e di categoria, Associazioni dei consumatori, produttori di alimenti, pubblicitari, mass media, ecc.) così come raccomandato dall'Unione Europea (UE) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

La Sanità pubblica, pertanto, deve affrontare il tema del soprappeso e dell'obesità attraverso la definizione di una strategia globale, tenendo conto di alcuni elementi fondamentali:

- a. la prevenzione dell'obesità non può essere di competenza esclusiva del Sistema sanitario, ma deve essere espressione di uno specifico impegno di tutte le Istituzioni;
- b. gli interventi da attuare devono essere finalizzati ad un cambiamento socio-culturale, perché l'obesità e le malattie ad essa correlate sono problemi di salute, ma gli interventi utili alla loro soluzione sono da attuarsi, nella larga maggioranza dei casi, al di fuori del mondo sanitario;
- c. è necessario elaborare programmi di azione che impegnino gli stakeholder in interventi di documentata efficacia, coinvolgendo tutti i soggetti della Società civile (Istituzioni pubbliche, Associazioni di cittadini e consumatori, produttori, distributori e rivenditori di beni di consumo, mondo dello sport, pubblicitari, ecc.) in un processo di cambiamento;
- d. i decisori istituzionali e gli operatori di Sanità pubblica devono farsi promotori di un'azione di advocacy in favore della salute in tutti i settori della società civile.

Le “politiche intersettoriali” per la prevenzione dell'obesità devono avere pertanto due obiettivi:

- 1. creare le condizioni per favorire scelte alimentari nutrizionalmente corrette;
- 2. orientare le politiche per uno sviluppo dell'ambiente urbano che incoraggi l'attività fisica.

La prevenzione secondaria prevede la *diagnosi precoce* e la *prevenzione delle complicanze*.

La *prevenzione secondaria* (Diagnosi precoce) è attuata quando la malattia è già in corso, anche senza che si sia manifestata con dei sintomi, consiste quindi nell'individuare con esami di laboratorio quali siano i soggetti che già presentano delle alterazioni dovute alla patologia, e di applicare una serie di provvedimenti finalizzati a bloccare o rallentare l'evoluzione della malattia.

La *prevenzione secondaria* (prevenzione delle complicanze) è attuata quando la malattia si è già manifestata clinicamente con dei sintomi e consistono nell'applicare tutti gli strumenti a disposizione al fine di evitare o rallentare l'insorgenza di complicanze anche croniche della malattia.

Riguardo all'assistenza delle persone con diabete in Italia, la citata legge n. 115 del 1987 ha previsto l'accentramento dell'assistenza diabetologica nei Servizi di Diabetologia (SD). Nel rispetto della legge n.115, in Italia è presente una rete dei suddetti Servizi di significativa rilevanza per capillarità di diffusione e organizzazione; si stima che almeno il 70% dei diabetici sia seguito continuativamente da tali servizi. Si ricorda che un'azione intrapresa precocemente nel corso del diabete è più vantaggiosa in termini di qualità della vita ed è più conveniente, soprattutto se tale azione può impedire l'ospedalizzazione

Va comunque posta l'attenzione sulla continuità assistenziale collegata ai nuovi modelli assistenziali, come il disease management, il case management e il chronic care model, che, con un termine molto generale, si possono definire di Gestione Integrata. Questi approcci sono accomunati dal fatto di essere sistemi organizzati, integrati, proattivi, orientati alla popolazione, che pongono al centro dell'intero sistema un *paziente informato ed educato* a giocare un ruolo attivo e *preventivo* nella gestione della patologia da cui è affetto.

La Gestione Integrata, infatti, attraverso la costruzione di percorsi assistenziali condivisi, si pone attualmente come prototipo di modello organizzativo mirato al miglioramento dell'assistenza e alla *prevenzione* delle complicanze.

L'obiettivo di questo lavoro è identificare gli interventi di prevenzione secondaria della malattia diabetica e di ricercare le migliori evidenze scientifiche ed i relativi interventi efficaci utilizzando come quesito di ricerca il metodo P.I.C.O.

2.1 – PICO e definizione del quesito

Il primo passo è stato quello di definire il quesito clinico usando il metodo PICO

Il PICO in questione specifica la tipologia di paziente, l'intervento, la comparazione, gli esiti dello studio e i metodi utilizzati.

Paziente: diabetico

Intervento: prevenzione, educazione terapeutica

Comparazione :

//

Outcome: : aumento competenze, autogestione, miglior controllo glicemico

Parole chiave: diabete, prevenzione, educazione terapeutica, autogestione, controllo glicemico

2.1.1 Stringa di ricerca

La ricerca è stata effettuata, tramite internet consultando la Banca dati Generale Medline e utilizzando i termini:

Mesh come "Prevention"

Mesh come: "Health Education"

Mesh come "Health Education/methods"

Mesh come "Health Education/utilization"

Mesh come "Patient Compliance"

I termini mesh sono stati combinati in diverso modo attraverso gli operatori logici producendo la seguente stringa:

("Health Education"[Mesh]

OR ("Health Education/methods"[Mesh]

OR "Health Education/utilization"[Mesh]))

AND "Patient Compliance"[Mesh]

I limiti utilizzati sono stati riferiti alla popolazione umana, pubblicazioni in lingua inglese e italiano, studi riguardanti revisioni o metanalisi e riguardanti popolazione diabetica.

2.1.2. Selezione studi di ricerca pertinenti al quesito

Gli articoli rilevati dalla ricerca bibliografica sono stati selezionati attraverso i seguenti criteri

1. Pertinenza di quanto trattato dagli articoli con il quesito di ricerca

2. Tipologia di studio: è stata data la preferenza a revisioni sistematiche, metanalisi, revisioni narrative, studi qualitativi.

2.2 EVIDENCE BASED MEDICINE

Con questa ricerca si è avuta la possibilità di revisionare la letteratura scientifica per verificare la presenza di evidenze che supportino metodologie mirate all'educazione terapeutica e in particolare a migliorare le competenze dei pazienti diabetici.

L'evidence based medicine non è mai separata da tutto quello che accade nella quotidianità nostra: quando ci sono eventi nella nostra vita oppure in quella del paziente come una complicanza o qualsiasi altra cosa, abbiamo bisogno un attimo di fermarci.

C'è un aspetto particolarmente nuovo nel campo dell'evidenza, ed è costituito dagli studi sull'efficacia degli interventi di gruppo nella terapia del diabete. Gli interventi di gruppo sembrano più efficaci nell'indurre modifiche comportamentali ed ugualmente efficaci sulle conoscenze e sull'automonitoraggio della glicemia rispetto agli interventi abituali.

E' necessario negoziare obiettivi con il paziente ed è necessario pensare ad un sistema di cura integrato.

In quali realtà organizzative?

Evidentemente gli interventi strutturati sono quelli che funzionano di più; è dimostrato in letteratura che interventi che comportano la presenza infermieristica sono molto più efficaci di quelli che non la comportano.

www.aemmedi.it/thesaurus/educazione

2.2.1 Necessita' delle evidenze

Dai principali lavori di revisione della letteratura sull'efficacia degli interventi educativi:

- Il management delle malattie croniche richiede l'effettiva partecipazione del paziente in un sistema organizzato della cura che comprende diversi argomenti integrati ed interdipendenti tra loro, tra cui quello educativo
- La maggior parte della spesa sanitaria è dovuta al management della malattia cronica e delle sue complicazioni; la realizzazione degli interventi educativi deve essere basata sull'evidenza dell'efficacia degli stessi
- La ricerca in campo educativo è di per sé complessa sia per la numerosità delle variabili in gioco, sia per l'impossibilità di condurre studi perfettamente controllabili; i trials presentano spesso errori metodologici
- Frequentemente gli interventi educativi realizzati non sono sufficientemente descritti con conseguente impossibilità di valutarne la trasferibilità
- La maggior parte della letteratura esistente ha valutato esclusivamente outcomes di conoscenze o relativi al controllo glicemico.

www.aemmedi.it/thesaurus/educazione

2.2.2 Ebm ed educazione terapeutica

- La cura della malattia cronica si realizza attraverso il paziente ed i suoi familiari; l'educazione all'autogestione è momento centrale di qualsiasi strategia terapeutica efficace
- La realizzazione di strategie terapeutiche efficaci al raggiungimento di outcomes clinici è possibile attraverso il coinvolgimento dei pazienti alla gestione della malattia e della cura
- Nella terapia intensiva è dimostrata l'efficacia di ampi approcci coordinati e di strategie per l'addestramento e la motivazione dei pazienti basate sulla personalizzazione del trattamento, su un costante supporto e contatto con l'equipe curante
- L'educazione terapeutica è un processo continuo di formazione e verifica il cui scopo essenziale è quello di facilitare modifiche comportamentali attraverso l'acquisizione di conoscenze ed abilità, di modifica degli atteggiamenti e della capacità di integrarle tra loro per utilizzarle nella pratica quotidiana
- L'intervento educativo deve tener conto dei bisogni specifici del paziente e del suo contesto bio-psico-sociale.

2.2.3 Efficacia in letteratura

- Revisione di 72 RCTs pubblicati dal 1980 al 1999 sull'efficacia di interventi educativi nel DM tipo 2 sottolinea l'estrema disomogeneità degli studi in termini di caratteristiche dei pazienti, interventi, out-come, disegno di studio e metodologia;
- sono efficaci a breve termine (6 mesi) interventi educativi sulle conoscenze, sulla frequenza ed accuratezza dell'autocontrollo, su comportamenti alimentari riferiti e sul controllo glicemico: Livello 2
- l'efficacia degli interventi su out-come psicologici, sulla qualità della vita, sull'attività fisica, sul peso, sulla pressione arteriosa varia nei diversi studi; Livello 2
- gli interventi che coinvolgono attivamente e con regolari rinforzi il paziente sono più efficaci nel migliorare controllo glicemico, peso, assetto lipidico: Livello 2;
- gli interventi di gruppo sembrano più efficaci nell'indurre modifiche comportamentali e ugualmente efficaci sulle conoscenze e sull'automonitoraggio rispetto agli interventi individuali: Livello 2;
- l'interesse principale degli studi è stato sull' out-come glicemico e sulle conoscenze; scarsi i dati su out-come e salute e sugli effetti a lungo termine.

(Norris SL, Engelgau MM, et al. Diabetes Care 2001;24:561-587; DARE 2001; ACP Journal Club 2(01)

Efficacia in letteratura

- Questa revisione di 41 studi (ReT, eBA e IT5) valuta l'efficacia di interventi diversificati sugli operatori sanitari e di interventi organizzativi;
- L'educazione migliora gli out-come dei pazienti e dei processi di cura se aggiunta ad interventi di formazione professionale e di organizzazione che permettano un regolare e strutturato richiamo dei pazienti;

- **la valorizzazione dell'attività infermieristica negli interventi educativi sui pazienti potenzia tale risultato.**

(Renders CM, Valk GD, et al. Diabetes Care 2001;24:1821-18:5:5)

2.2.4 Ruolo dell'educazione nella prevenzione

- Un intervento educativo che modifichi i comportamenti (dieta, attività fisica) riduce l'incidenza di DM tipo 2 in soggetti ad alto rischio: Livello 1°

Quale educazione?

- Le conoscenze migliorano l'abilità all'autogestione ma sono insufficienti a garantire il controllo glicemico nel lungo periodo;
- il raggiungimento degli obiettivi di modifica del comportamento è possibile solo con il superamento di barriere: caratteristiche del paziente (bisogni, credenze), contesto sociale, tipo di malattia, interazione del paziente con la struttura assistenziale e con gli operatori;
- gli studi sull'utilizzo dell'educazione come strumento terapeutico per promuovere il self management in diabetici tipo 2 hanno dato risultati non univoci in termini di miglioramento del controllo glicemico nel lungo periodo e nella riduzione del rischio cardiovascolare. (Clement s. Diabetes Care 1995;18:1204-14)

Quale educazione?

- Conoscenze e comportamenti non sono correlati; i comportamenti sono determinati soprattutto da altri legati alla dimensione bio-psico-sociale del paziente
- Interventi educativi tradizionali migliorano le conoscenze del paziente ma non sono in grado di determinare modifiche comportamentali Livello 1A
- Gli interventi educativi più efficaci sono quelli mirati sulla specificità bio-psico- sociale del paziente e quelli che coinvolgono attivamente nel management della malattia: Livello 2
- Obiettivi negoziati col paziente, limitati e raggiungibili sono più facilmente ottenuti
- Un rinforzo continuo nel follow- up è importante per il mantenimento del risultato: Livello 2
- Gli interventi educativi di gruppo rispetto a quelli individuali hanno pari efficacia per quanto riguarda le conoscenze e il controllo glicemico ma sembrano essere più efficaci nell'indurre modifiche comportamentali: Livello 2

www.aemmedi.it/thesaurus/educazione

2.2.5 Quali outcomes?

• Le conoscenze

Interventi educativi sono in grado di migliorare le conoscenze del paziente Livello 1°

• I comportamenti

– L'intervento educativo può migliorare il comportamento alimentare, il livello di attività fisica e favorire la cessazione dell'abitudine al fumo Livello 1°

- Diversi accorgimenti quali la semplificazione degli schemi terapeutici, meccanismi di ricordo, soprattutto se combinati fra di loro, sono in grado di aumentare l'aderenza alla farmacologia orali.
- Livello2

Tabella 3 Raccomandazioni sull'autocontrollo glicemico degli standard italiani per la cura del diabete mellito (modificato da: http://www.aemmedi.it/standard-di-cura/index.asp) ⁴⁴ .	
Livello della prova II, forza della raccomandazione A	- L'autocontrollo quotidiano (almeno 3-4 controlli/die) è indispensabile per la persona con diabete tipo 1 in terapia insulinica intensiva
Livello della prova III, forza della raccomandazione B	- L'autocontrollo glicemico continuativo, con frequenza e modalità diverse, è utile per la persona con diabete tipo 2 insulino-trattato
Livello della prova VI, forza della raccomandazione B	- L'autocontrollo glicemico, condiviso con il team diabetologico, è una componente indispensabile dell'auto-gestione della malattia diabetica sia per raggiungere gli obiettivi terapeutici sia per ridurre il rischio di ipoglicemie gravi - Per ottenere un buon controllo glicemico e raggiungere gli obiettivi glicemici postprandiali può essere utile l'autocontrollo glicemico postprandiale - La frequenza dell'autocontrollo deve essere adattata agli eventi intercorrenti e intensificata in presenza di situazioni cliniche quali patologie intercorrenti, ipoglicemie inavvertite, ipoglicemie notturne, variazione della terapia ipoglicemizante - È necessario istruire il paziente all'autocontrollo glicemico e valutare periodicamente la correttezza dell'utilizzo del glucometro e la capacità di modificare la terapia sulla base dei valori misurati, eventualmente facendo uso di un algoritmo condiviso - L'istruzione all'autocontrollo glicemico deve inserirsi in un programma educativo condotto e controllato a medio-lungo termine da personale infermieristico con esperienza in campo diabetologico
Livello della prova VI, forza della raccomandazione C	- L'autocontrollo glicemico non continuativo è potenzialmente utile per la persona con diabete tipo 2 in terapia orale o dietetica, ma non sono disponibili chiare evidenze di efficacia sul controllo glicemico

Tabella 2.1 – Raccomandazioni sull'autocontrollo glicemico

- Autocontrollo della glicemia

- Vi sono poche evidenze che vi sia una maggiore efficacia nel migliorare il controllo glicemico medio attraverso un uso intensivo dell'autocontrollo rispetto ad un autocontrollo meno frequente o al controllo delle urine: Livello 1°
- Non vi è evidenza che l'autocontrollo della glicemia capillare di per se' contribuisca ad un miglioramento del controllo glicemico nel DM tipo 2: Livello 1°
- La mancata evidenza di un effetto diretto dell'autocontrollo sul controllo glicemico medio potrebbe essere dovuto alla mancata accuratezza delle determinazioni, alla non formazione del paziente ad utilizzare l'informazione o alla mancata valutazione da parte dei curanti: Livello 2
- Un intervento educativo strutturato può migliorare la capacità dei pazienti di tipo 2 nell'identificare episodi di iper/ipoglicemia e può contribuire a ristabilire la risposta all'ipoglicemia: Livello 2
- Dovrebbero essere valutati altri outcomes dell'autocontrollo quali la frequenza delle ipoglicemie, la soddisfazione del paziente, la qualità della vita e la capacità del paziente ad utilizzare l'informazione per apportare modifiche alla terapia: Livello 2

- Piede

- L'intervento educativo è efficace nel migliorare le conoscenze e i comportamenti relativi alla cura del piede nei pazienti di tipo 2 soprattutto a breve termine: Livello 1A
- L'educazione per la cura del piede riduce l'incidenza di lesioni minori: Livello 1A
- Nei pazienti ad alto rischio l'intervento educativo riduce l'incidenza di infezioni, ulcere, amputazioni: Livello 2
- L'educazione per la prevenzione delle lesioni del piede è più efficace se realizzata con interventi

che coinvolgono attivamente il paziente, sull'addestramento con il coinvolgimento degli operatori sanitari in un sistema integrato : Livello 2

- Le conoscenze e i comportamenti relativi alla cura del piede sono positivamente influenzati dall'intervento a breve termine; dati di maggior evidenza sono necessari per quanto riguarda l'esito principale (prevenzione e amputazione). Da valutarsi su casistiche maggiori (Livello di Rischio)
- L'introduzione nella routine clinica di metodiche di screening del paziente a rischio è necessaria al fine di realizzare interventi educativi efficaci

Quali outcomes?

- Fattori di rischio CV

- Gli interventi educativi sembrano essere più efficaci nella diminuzione del peso e nel miglioramento dell'assetto lipidico; interventi che prevedono un coinvolgimento attivo del paziente e più sessioni di rinforzo: Livello 2
- Non è certa l'efficacia dell'intervento educativo nella riduzione del rischio CV nel DM tipo 2

- Qualità della vita

- Un miglioramento è stato registrato dopo un intervento educativo intensivo e prolungato sulla dieta e sull'attività fisica basato sul "counseling"
- Non è negativamente influenzata dalla terapia insulinica intensiva: Livello 2

- Controllo glicemico

- L'intervento educativo migliora i livelli di HbA1c a breve termine e la durata del tempo di contatto paziente/educatore aumenta l'effetto; dopo 1- 3 mesi tale effetto diminuisce: Livello 1°



Grafico 2.1 - Meta-analisi sugli effetti "casuali" degli studi randomizzati e controllati sulla educazione sul diabete

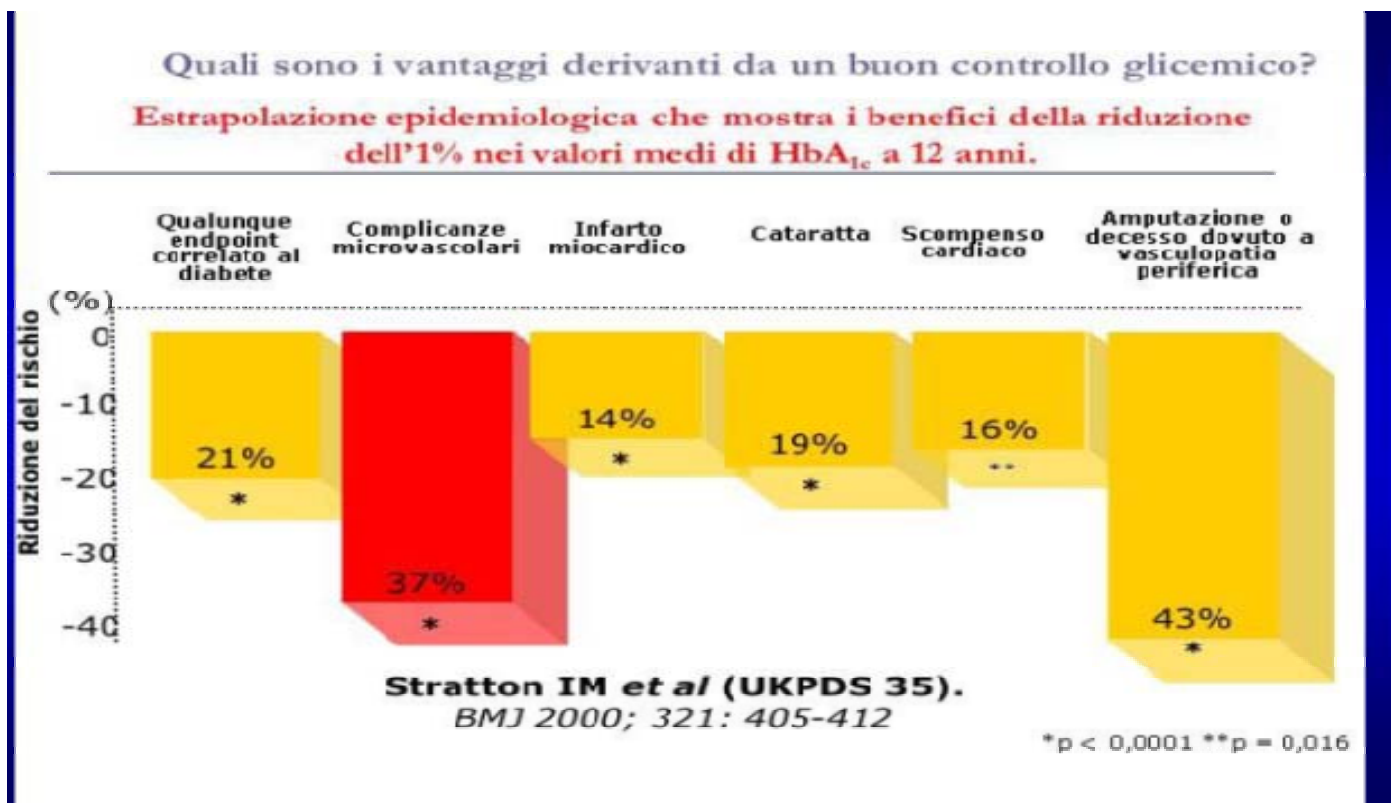


Grafico 2.2 - Quali sono i vantaggi derivanti da un buon controllo glicemico?

Con la valutazione di quanto è emerso dalla ricerca delle evidenze si possono trarre queste considerazioni:

- un accurato controllo metabolico riduce le complicanze micro-vascolari
- per ottenere un controllo metabolico ottimale è necessaria un'efficace autogestione del diabete
- un'efficace autogestione richiede degli alti livelli di educazione terapeutica

Sulla base delle prove di efficacia viene quindi raccomandata, come prevenzione delle complicanze del diabete, l'educazione all'autogestione della malattia per pazienti adulti affetti da diabete di tipo 2.

L'educazione terapeutica al paziente dovrebbe permettere, secondo la definizione dell'OMS regione Europa (1998), “di acquisire e mantenere la capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia”; è quindi rivolta a chi ha già una patologia e punta a far capire al paziente quanto sia importante riporre fiducia nelle strutture sanitarie, negli operatori e nell'efficacia della cura al fine di ottenere il miglior risultato possibile. Si tratta di un processo permanente, integrato alle cure e centrato sul paziente.

L'educazione implica attività organizzative, di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'autogestione e sostegno psicologico, concernenti la malattia, il trattamento, le terapie, il contesto ospedaliero e di cura, nonché informazioni relative all'organizzazione e i comportamenti di salute e di malattia.

3.1 PIANO SULLA MALATTIA DIABETICA

3.1.1 Un disegno unitario di gestione integrata

In Italia, sono almeno tre milioni le persone che vivono con diagnosi di diabete e circa un milione sono quelle che, pur avendo la malattia, non ne sono a conoscenza. La pubblicazione del Piano sulla malattia diabetica, approvato il 6 dicembre 2012 in Conferenza Stato-Regioni, rappresenta un momento importante per la Sanità pubblica italiana, poiché in esso si riconosce l'importanza degli interventi di prevenzione primaria, tesi a diminuire l'incidenza della malattia, e si affronta la necessità di ripensare culturalmente l'approccio alla persona con diabete sottolineando l'importanza degli interventi di cura e riabilitazione attraverso percorsi che garantiscano al paziente uniformità di risposte e continuità di tutela.

3.1.2 Perché abbiamo bisogno di un Piano nazionale sulla malattia diabetica?

Perché il diabete mellito è in aumento (sia come incidenza sia come prevalenza) e causa scarsa qualità di vita. Perché è tra le maggiori cause di morte, la seconda causa di insufficienza renale cronica e la più comune causa di cecità. Perché è la più comune causa di amputazioni non traumatiche e la più comune malattia cronica fra i bambini. Ma, soprattutto, ne abbiamo bisogno perché è possibile influenzare la storia naturale del diabete e prevenirne le complicanze attraverso stili di vita sani, trattamenti efficaci e adeguati modelli di assistenza. Nel pieno rispetto delle specificità dei contesti locali, il Piano definisce obiettivi e linee di indirizzo prioritarie, indirizzi strategici e modelli per ottimizzare la disponibilità e l'efficacia dell'assistenza.

Da questo punto di vista il Piano sulla malattia diabetica rafforza le indicazioni dei Piani sanitari degli ultimi anni (2003-2008), dei Piani Nazionali di Prevenzione (2005-2012) e del progetto IGEA che ha rappresentato, negli ultimi anni, uno strumento importante per lo sviluppo di un disegno unitario di gestione integrata, condiviso e rispettoso dei diversi modelli organizzativi delle varie Regioni.

3.1.3 Un approccio multidisciplinare e multi-professionale per combattere le cronicità

Se la malattia diabetica assume un grande rilievo assistenziale lo è in funzione sia degli alti costi sanitari della malattia, sia perché rappresenta da anni ormai un “modello” per le persone affette da altre cronicità anche e soprattutto nella Medicina Generale e nell’assistenza primaria.

Il Piano rappresenta, quindi, per la medicina generale, che sta organizzandosi per rispondere alla sfida della “cronicità” attraverso lo sviluppo della sanità di iniziativa, un punto di partenza per dialogare con ogni operatore socio sanitario che lavora con queste persone. Nello stesso tempo il documento può essere lo “strumento comune per parlare tutti lo stesso linguaggio” sviluppando a livello territoriale momenti di confronto, sia in campo preventivo educativo sia in campo diagnostico-terapeutico nell’interesse dei nostri assistiti.

Siamo ormai convinti che servizi ospedalieri e presidi territoriali sono solo due momenti assistenziali a disposizione del cittadino malato in diversi momenti della propria condizione e che l’integrazione multi-professionale giochi un ruolo assolutamente determinante nell’affrontare questa malattia.

Le aree di miglioramento previste dal Piano Nazionale sulla malattia diabetica in Italia sono:

1) stili di vita, 2) controllo dei fattori di rischio cardiovascolari, 3) gestione delle complicanze vascolari, 4) ***educazione terapeutica***, 5) terapia farmacologica, 6) piede diabetico, 7) patologie del cavo orale, 8) diabete e gravidanza, 9) diabete in età evolutiva, 10) passaggio dalla diabetologia pediatrica a quella dell’adulto, 11) gestione della persona con diabete ricoverata per altra patologia, 12) l’uso appropriato delle tecnologie, 13) associazioni di persone con diabete, 14) epidemiologia e registrazione dei dati.

3.1.4 Favorire l'educazione terapeutica

Notando i punti deboli del trattamento dei diabetici di tipo 2 curati con i farmaci ordinari, assume una grande importanza l’informazione e l’educazione dei pazienti. Pone l’accento sul vantaggio di un dialogo costante fra medico e paziente per fare incontrare gli obiettivi del primo con le aspettative del secondo. Soltanto un progetto di trattamento ragionato e personalizzato, discusso periodicamente insieme, può evidentemente garantire la partecipazione del malato e spingerlo a impegnarsi per giungere a un migliore controllo del proprio diabete, del proprio peso, del proprio stile di vita e del passaggio ad altre opzioni terapeutiche.

Di fronte alla bomba a orologeria di un’epidemia silenziosa con conseguenze gravi, l’International Diabetes Federation (IDF) Europe raccomanda che i pazienti vengano immediatamente educati meglio per comprendere e controllare il loro diabete, l’importanza del valore dell’HbA1C e la soglia da non superare, e che gli operatori sanitari si impegnino di più in questa necessaria educazione terapeutica.

3.1.5 L' Educazione terapeutica

L’educazione terapeutica consiste nel processo di insegnamento (medico/infermiere) e apprendimento (paziente) di tutte quelle conoscenze che rendono il diabetico capace di gestire la malattia nei suoi molteplici aspetti. L’educazione terapeutica è irrinunciabile per una malattia in cui è il paziente il vero protagonista della cura e del risultato finale (outcome).

L’educazione terapeutica deve essere impartita individualmente ma rinforzi ed approfondimenti educativi possono essere erogati a gruppi di pazienti omogenei.

L’educazione terapeutica viene impartita dal medico e dall’infermiere, con la partecipazione del

dietista e di figure professionali esperte in attività fisica (es. dottori in scienze motorie, medici dello sport, fisioterapisti).

L'educazione terapeutica deve trattare, fra gli altri, i temi della terapia con farmaci orali e insulina, l'automonitoraggio glicemico, l'alimentazione, l'attività fisica, la gestione delle ipoglicemie e delle malattie intercorrenti, la cura del piede.

3.1.6 Gli obiettivi specifici dell'educazione terapeutica

Per un coinvolgimento attivo del paziente: dall'informazione all'educazione

"La malattia è sintomo, prova e insegnamento". Michel Demaison

L'infermità, soprattutto se cronica, obbliga il paziente a scelte e comportamenti che investono la sua vita quotidiana (lavoro, studio, alimentazione, attività fisica, terapie farmacologiche e riabilitative, ecc.) anche negli aspetti più intimi (matrimonio, figli). Non deve, quindi, meravigliare che, per affrontare al meglio la malattia, il paziente possa avvantaggiarsi di specifici interventi educativi. A differenza dell'informazione, passiva ed incentrata su chi la fornisce, l'educazione è un processo interattivo incentrato su colui che apprende. L'informazione fa parte del dialogo tra curante e malato ed è costituita da un insieme di consigli, raccomandazioni e istruzioni.

L'educazione invece, una pratica più complessa che implica una diagnosi educativa, la scelta di obiettivi d'apprendimento, l'applicazione di tecniche d'insegnamento e di valutazione pertinenti al fine di consentire al paziente di:

- Conoscere la propria malattia (sapere = conoscenza),
- Gestire la terapia in modo competente (saper fare = autogestione),
- Prevenire le complicanze evitabili (saper essere = comportamenti)

Secondo la definizione dell'OMS del 1998 "...L'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita".

L'educazione terapeutica del paziente è un processo di apprendimento sistemico centrato sul paziente e prende in considerazione:

- Il processo di adattamento del paziente (coping), il suo "Health Locus of Control", le sue convinzioni, le sue rappresentazioni di salute;
- I bisogni soggettivi e oggettivi dei pazienti, sia espressi che inespressi.

Costituisce parte integrante del trattamento e della "presa in carico" del paziente e riguarda la vita quotidiana, l'ambiente psico-sociale del paziente e coinvolge per quanto possibile le famiglie, i parenti e gli amici del paziente. E' un processo permanente che deve essere adattato all'evoluzione della malattia e allo stile di vita del paziente; fa parte della presa in carico del paziente nel lungo periodo. (Allegato 1)

1. Deve essere strutturata, organizzata, realizzata con mezzi educativi diversi.
2. E' multi-professionale, interdisciplinare e intersettoriale e comprende il lavoro in rete.
3. Include una valutazione del processo d'apprendimento e dei suoi effetti.

4. E' realizzata da curanti formati all'educazione del paziente.

L'obiettivo è quello di fornire al paziente corrette ed aggiornate informazioni sulla malattia (sapere), le terapie, i controlli necessari, le complicanze e la loro prevenzione e gestione; inoltre il paziente deve essere addestrato (saper fare) a gestire praticamente ed autonomamente la terapia e ad effettuare l'autocontrollo. Tutto ciò permette al paziente di diventare competente ed attraverso un cambiamento permanente del proprio stile di vita (saper essere), di gestire nel quotidiano la propria condizione, attraverso scelte corrette e consapevoli, in autonomia e nella piena accettazione della malattia.

Ciò implica un vero e proprio trasferimento pianificato ed organizzato di competenze terapeutiche dai curanti ai pazienti, grazie al quale la dipendenza lascia progressivamente il posto alla responsabilizzazione ed alla collaborazione attiva. Un compito così delicato rende, però, necessario da parte dei curanti il possesso di specifiche competenze pedagogiche, acquisite per mezzo di un'apposita formazione interdisciplinare.

Anche se l'educazione dei pazienti all'autogestione, al giorno d'oggi, è, ormai, un principio largamente accettato in molte patologie croniche, resta ancora da convincere la maggior parte del personale curante che l'educazione deve essere organizzata e pianificata con lo stesso rigore delle pratiche diagnostiche o terapeutiche. In effetti, se non si può negare che alcuni curanti, da molto tempo, abbiano iniziato ad «educare» i loro pazienti, bisogna riconoscere che salvo rari casi, le loro pratiche educative non sono formalizzate in programmi veri e propri.

Esiste, infatti, un differenza molto netta tra un'educazione di tipo "informale" e quella condotta secondo criteri e metodi pedagogici rigorosi. (All.1- Modello di Educazione Terapeutica)

Nel primo caso, l'educazione fa parte del dialogo tra curante e assistito, basato su un insieme costituito da informazioni, consigli, raccomandazioni e istruzioni.

Nel secondo, "l'educazione consiste, invece, in un programma di formazione, al termine del quale il paziente diviene capace di esercitare autonomamente delle competenze terapeutiche che, in un altro contesto, sarebbero di responsabilità del curante". (Tabella 3 - Elenco competenze pag.27)

In conclusione, attraverso lo sviluppo di precise competenze comunicative e educative, il personale sanitario può contribuire a:

- migliorare la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie;
- incrementare il controllo delle condizioni cliniche dei malati ottenendo una riduzione delle complicanze, maggiore adesione al trattamento terapeutico e riabilitativo e la riduzione degli effetti indesiderati dei farmaci.
- promuovere un utilizzo più razionale e pertinente dei servizi da parte dell'utenza, migliorando la qualità del servizio, contenendo la spesa ed ottimizzando i tempi di gestione dell'assistenza sanitaria;
- sviluppare un modello di organizzazione assistenziale centrato sul paziente e sulla cooperazione tra, a vario titolo, (curanti, servizi sociali, volontariato) che operano a favore del malato;
- favorire relazioni umane e professionali più armoniche anche tra i curanti.

Il passaggio da paziente a persona è una delle parole chiave dell'educazione terapeutica. Tra persone l'aiuto nasce sempre da un rapporto bidirezionale nel quale si dà e si prende: si dice e si ascolta. In un certo senso, l'educazione terapeutica intende recuperare, e inserire come parte integrante del processo di cura, questa relazione tra persone, con un approccio metodologico.

3.2 RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'EDUCAZIONE TERAPEUTICA

Il ruolo dell'Operatore Professionale si è modificato nel tempo attraverso un percorso di crescita professionale supportata da varie modifiche legislative (DPR 225/75, Legge 42/99, D.M. 739/94, Legge 251/2000, Legge 01/ 2002) finalizzate alla qualità delle prestazioni e rispondenti ai bisogni della comunità. Alla luce dei nuovi profili professionali l'Infermiere diventa protagonista di scelte assistenziali, organizzative, gestionali e didattiche, con il pieno riconoscimento dell'autonomia professionale e con la conseguente assunzione di responsabilità del proprio operato.

Avere coscienza della propria autonomia professionale rappresenta la chiave per proseguire il percorso di crescita professionale intrapreso, che è direttamente proporzionale alla competenza professionale:

sapere essere: sapersi relazionare con l'altro, attraverso gli strumenti che abbiamo a nostra disposizione, rapporto empatico, ascolto attivo, osservazione, tali capacità presuppongono, però, che la crescita personale prosegua di pari passo con quella professionale;

sapere: relativo al bagaglio di conoscenze scientifiche che si acquisiscono durante il percorso formativo, e che vengono approfondite e aggiornate per tutto l'iter professionale;

saper fare: che è relativo alle tecniche dello specifico infermieristico.

E' in questa ottica che l'Infermiere di Diabetologia esercita la professione, differenziandosi per la sua particolare preparazione in campo diabetologico testimoniata anche dal ruolo, dal tipo di esperienza lavorativa e dalla richiesta continua di formazione. L'Infermiere di Diabetologia deve valutare i bisogni e le conoscenze del paziente diabetico, gli aspetti psico-sociali e la qualità di vita, favorendone l'autocontrollo ed educando all'autogestione, in sintesi deve promuovere e mantenere lo stato di salute del paziente. Ma per realizzare efficacemente una gestione intensiva del paziente diabetico sono fondamentali l'approccio alla "persona" e l'esistenza di un team interdisciplinare, il cui obiettivo prioritario è incidere positivamente sulla qualità di vita del paziente.

In tal senso uno strumento terapeutico specifico è l'educazione, è parte integrante della terapia ed è indispensabile per ottenere un buon controllo glicemico e prevenire e/o ridurre l'insorgenza delle complicanze. Educare richiede la capacità di entrare in sintonia con l'altro affiancata ad specifica preparazione dell'operatore sia esso medico, collaboratore sanitario o dietista, al fine di attivare i processi di mantenimento della salute.

L'Infermiere di Diabetologia rappresenta in questo senso una risorsa insostituibile, in quanto per ragioni storiche professionali, è abituato a non enfatizzare il proprio sapere e a non sentirsi superiore all'altro, ciò fa sì che sia il professionista elettivo per attivare i processi di comunicazione con il paziente.

Infatti, con l'infermiere il paziente si sente a suo agio, e non ricorrendo la tematica del giudizio così "sentita" nel rapporto con il medico, si instaura un rapporto paritario che l'operatore può e deve utilizzare come risorsa insostituibile. Questo tipo di approccio favorisce l'accesso del paziente al team che è fondamentale per raggiungere gli obiettivi terapeutici prefissati, un team interdisciplinare nel quale, quindi, l'operatore sanitario rappresenta la porta d'ingresso per il paziente e il catalizzatore della sua interazione con il team.

Nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito l'*Educazione Terapeutica come un processo continuo, integrato alle cure, e centrato sul paziente*. L'OMS indica che tale processo si deve svolgere attraverso attività organizzate di sensibilizzazione, informazione del paziente, di valutazione dell'apprendimento, nonché di accompagnamento psico-sociale.

Oltre alla definizione di Educazione Terapeutica sono stati individuati i contenuti dell'intervento educativo ritenendo indispensabile la formazione del paziente su argomenti

fondamentali quali le caratteristiche principali della malattia, il significato del trattamento prescritto, il valore e gli obiettivi delle cure, il ruolo dell'ospedale e delle altre istituzioni di cura coinvolte ed infine i comportamenti rispetto alla salute ed alla malattia propri di ciascun paziente. Lo scopo dell'Educazione Terapeutica è quello di aiutare il paziente e le persone che lo circondano a comprendere la malattia ed il suo trattamento, cooperare con il personale sanitario nella cura della malattia, adottare uno stile di vita più sano possibile, mantenere e migliorare la qualità della vita.

Documentazioni scientifiche sufficientemente ampie dimostrano chiaramente che, l'Educazione Terapeutica da una parte tutela il livello di salute del paziente, preservandone in molti la qualità della vita, dall'altra contribuisce a rallentare la comparsa delle complicanze riducendone i costi in termini di risorse umane e materiali.

Il ruolo dell'Infermiere in Diabetologia è certamente quello di garantire l'assistenza infermieristica, ma dovrebbe essere anche quello di protagonista nell'attuazione d'interventi educativi qualificati. A questo fine l'Infermiere, adeguatamente formato, deve essere consapevolmente coinvolto nelle attività dedicate alla cura del diabete ed alla prevenzione primaria e secondaria delle sue complicanze, entra così, come altre figure (dietista, podologo, psicologo) a far parte del team multi-professionale preposto allo svolgimento dell'attività educativa

L'utilizzo in campo educativo dell'approccio sistemico risale agli anni 50 quando è stato dimostrato che questa nuova concezione di organizzazione dei sistemi industriali ed economici era applicabile anche alla pianificazione pedagogica.

L'approccio sistemico permette un intervento globale centrato sulla persona in cui schematicamente possono essere distinte quattro fasi:

1. la diagnosi educativa che identifica i bisogni della persona inquadrandola secondo le sue capacità di apprendimento, il suo contesto psico-sociale e le proprie esigenze biomediche.
2. La definizione degli obiettivi pedagogici raggruppati nei così detti "contratti educativi". Questi obiettivi possono essere "comuni", cioè obiettivi da raggiungere da parte di tutti i pazienti per motivi di sicurezza, e "specifici", cioè identificati sulla base dei bisogni individuali.
3. Gli obiettivi pedagogici permettono di definire i contenuti individuati sulla base delle esigenze dei singoli ed i metodi utilizzati al fine di ottenere l'apprendimento
4. La valutazione della persona e dell'équipe che ha contribuito alla sua formazione è infine parte integrante dell'approccio sistemico

Questa fase permette di verificare il soddisfacimento o meno dei bisogni formativi ed individuare eventuali errori, tappa indispensabile nel continuo processo di miglioramento della qualità dell'attività educativa.

QUINDI EDUCARE IL PAZIENTE DIABETICO ALL'AUTOGESTIONE SIGNIFICA:

VALUTARE -INFORMARE -2 MOTIVARE 3 - ADDESTRARE

L'educazione terapeutica è uno strumento specifico per la malattia diabetica che richiede una accurata preparazione degli operatori sanitari e necessita di ascolto attivo, di comunicazione efficace, di atteggiamento empatico e della perfetta conoscenza dei fattori psico-sociali che possono influenzare la motivazione del paziente. Il processo educativo non può solo riguardare un solo aspetto della malattia ma occorre un approccio globale. L'infermiere di Diabetologia deve: Valutare i bisogni e le conoscenze del paziente diabetico, valutare gli aspetti psico-sociali e la qualità di vita del paziente, favorire l'autocontrollo, educare il paziente diabetico all'autogestione, aiutare il paziente a prevenire le complicanze acute e croniche, promuovere e mantenere lo stato di salute del paziente, contribuire a favorire l'accettazione della terapia da parte del paziente

A cui segue: Ridefinizione dei bisogni - Ridefinizione degli obiettivi - Ridefinizione del metodo

3.2.1 Competenze raggiunte dal paziente

Una competenza è uno scopo, una meta che il paziente deve raggiungere, affinché possa gestire la sua malattia e il suo trattamento.

Le competenze che il paziente applicherà nella sua vita costituiscono gli obiettivi pedagogici del programma di educazione.

Quindi si può **definire la competenza come la potenzialità di una persona a mettere in atto un certo numero di saperi combinati in maniera specifica , in funzione di un contesto particolare (Wittorski, R., 1997).**

COMPETENZE CHE IL PAZIENTE DEVE AVER ACQUISITO AL TERMINE DI UN PROGRAMMA DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA, INDIPENDENTEMENTE DA MALATTIA, CONDIZIONE, CONTESTO DELL'EDUCAZIONE	
Competenze	Obiettivi specifici (esempi)
Far conoscere i propri bisogni, informare il proprio entourage	Esprimere i propri bisogni, valori, conoscenze, progetti, aspettative, emozioni (diagnosi educativa)
2. Comprendere, spiegare a se stesso	Comprendere il proprio corpo, la propria malattia, spiegare a se stesso la fisiopatologia, le ripercussioni socio-familiari della malattia, comprendere i principi del trattamento
3. Reperire, analizzare, misurare	Reperire segnali di allarme, sintomi precoci, analizzare una situazione a rischio, i risultati di un esame. Misurare la propria glicemia, la propria pressione arteriosa.
4. Far fronte, decidere	Conoscere, applicare il comportamento giusto da tenersi di fronte a una crisi (ipoglicemia, iperglicemia). Decidere nell'urgenza ...
5. Risolvere un problema di terapia quotidiana, di gestione della propria vita e della propria malattia, risolvere un problema di prevenzione	Aggiustare il trattamento, adattare le dosi di insulina. Realizzare l'equilibrio dietetico su una giornata, su una settimana. Prevenire incidenti e crisi. Modificare un ambiente e pianificare uno stile di vita favorevole alla propria salute (attività fisica, gestione dello stress ...)
6. Praticare, fare	Praticare le tecniche (iniezione di insulina, autocontrollo glicemico Praticare gesti in una situazione di urgenza
7. Adattare, riaggiustare	Adattare la propria terapia a un altro contesto di vita (viaggio, sport, gravidanza, ...). Riaggiustare un trattamento o una dieta. Integrare nuove tecnologie mediche nella gestione della propria malattia e del proprio trattamento
8. Utilizzare le risorse del sistema sanitario-assistenziale. Far valere i propri diritti	Sapere dove e quando richiedere una consultazione, chi chiamare, trovare un'informazione utile. Far valere i propri diritti (lavoro, scuola, assicurazioni ...). Partecipare alle attività delle associazioni di pazienti

Tabella 3.1 – Elenco Competenze - J.F. D'Ivernois – R Gagnayre - 2006

Dalla revisione della letteratura emerge che un processo educativo ben articolato apporta benefici nel paziente diabetico. Le tipologie degli articoli trovati attinenti al quesito di ricerca sono stati revisioni, studi clinici randomizzati e non e studi comparativi.

Sulla base delle prove di efficacia, vengono raccomandate : la gestione della malattia e *il case management* ; l'educazione all'autogestione della malattia per pazienti adulti affetti da diabete di tipo 2.

Gestione della malattia come l'approccio organizzato, propositivo e multifattoriale all'assistenza sanitaria fornita a tutti i membri di una popolazione affetti da una patologia specifica (o a sottogruppi con specifici fattori di rischio). L'assistenza è incentrata e integrata sui vari aspetti della malattia e delle relative complicanze, sulla prevenzione delle condizioni di co-morbilità e su aspetti rilevanti del sistema di erogazione. Fra gli obiettivi figura il miglioramento dello stato di salute sia a breve che a lungo

Case management nell'ambito del sistema sanitario (gestione integrata del caso specifico) è un insieme di attività che consentono di individuare e di affrontare le esigenze dei pazienti alle quali si rischia di rispondere con eccessivo dispendio di risorse, con risultati non ottimali, oppure con un grado insufficiente di coordinamento dei servizi migliorando la pianificazione, il coordinamento e le modalità di erogazione delle prestazioni assistenziali.

L'educazione all'autogestione del diabete è il processo mediante il quale ai pazienti viene insegnato come gestire la propria malattia, aumentando quindi le loro competenze. (Tabella 3.1 pag.31)

4.1 LA REALTA' ITALIANA

Tracciare un quadro preciso e completo della situazione riguardante la pratica e la diffusione dell'educazione terapeutica in Italia, al momento attuale, è virtualmente impossibile per la scarsità dei dati disponibili, in letteratura, vi è difficoltà a raccogliere sufficienti informazioni su molte attività formalmente etichettate come "educazione del paziente".

L'educazione del paziente ha fatto la sua comparsa nel nostro paese all'inizio degli anni cinquanta grazie all'opera pionieristica di alcuni diabetologi. Negli anni seguenti, l'interesse per l'educazione terapeutica si è progressivamente esteso ad altre malattie croniche, come l'asma bronchiale.

Oltre alle attività menzionate sopra, un gran numero di progetti di educazione del paziente stanno fiorendo sul territorio nazionale, solo in pochi casi è possibile identificare con precisione le loro caratteristiche metodologiche.

La legge nazionale n. 115 del marzo 1987, successivamente integrata dal patto stato-regioni del giugno 1999 include ufficialmente l'educazione nell'assistenza ai pazienti con diabete di tipo 1-2. L'educazione, svolta sia a livello individuale che collettivo, viene impartita ai pazienti secondo modalità diverse che includono il day - hospital educativo, i campi estivi per bambini, ecc.

La Gazzetta Ufficiale n. 98 del 28-04-99 (decreto 08/10/98, n. 520) istituisce una nuova figura di operatore esperto nella promozione di interventi educativi in ambito sanitario: l'educatore professionale. Oltre a programmare gestire interventi educativi per i pazienti e le loro famiglie all'interno dei servizi sanitari, è previsto che l'educatore partecipi alle attività di studio e ricerca e contribuisca alla formazione del personale.

Per affrontare la cronicità è anzitutto necessario garantire continuità all'intervento di cura, privilegiando tutti i fattori che contribuiscono a rendere accettabile la qualità di vita a quanti, persone malate e loro familiari, vi sono per lungo tempo in situazioni di difficoltà.

In particolare è necessario garantire, fin quando è possibile, la permanenza a casa delle persone malate croniche non auto sufficienti fornendo cure domiciliari, interventi di sostegno alle famiglie (assistenza domiciliare integrata). Tuttavia, la transizione da una concezione paternalistica ad una concezione democratica dell'assistenza sanitaria incontra ancora molti ostacoli, sia sul versante delle professioni sanitarie sia su quello degli utenti. A questo scopo, nel corso della formazione del personale sanitario è indispensabile fornire, tra le altre, anche conoscenze, competenze concernenti la comunicazione, la pedagogia, la sociologia e l'antropologia sanitaria.

L'educazione terapeutica prevede la realizzazione di interventi individuali o in gruppo ed attraverso la identificazione di obiettivi, metodologia e verifica, vengono strutturati percorsi educativi specifici. L'esperienza diabetologica in campo educativo è iniziata molti anni fa: Elliot Joslin già negli anni '20, dopo la scoperta dell'insulina, capì che era fondamentale che il paziente venisse istruito per rendere efficace la terapia insulinica, e fondò a Boston la Joslin Clinic in cui l'aspetto educativo rivestiva un ruolo fondamentale nella cura del diabete mellito, R.H. Lawrence negli anni '30 a Londra, E. Roma in Portogallo.

In Italia, le prime esperienze risalgono agli anni '50 con M. Silvestri-Lapenna a Roma e B Bruni a Torino. Gli anni '70 hanno visto l'accettazione dell'educazione terapeutica da parte della Medicina ufficiale.

Gli anni '90 sono stati all'insegna dell'entusiasmo per la nuova disciplina, con la nascita di riviste scientifiche e la realizzazione di work-shop e linee-guida. Sono gli anni in cui si è promosso un approccio bio-psico-sociale alla persona con diabete. Gli anni '90 hanno visto l'impegno per migliorare l'efficacia con la motivazione ed è di questi anni anche lo sforzo maggiore per migliorare l'organizzazione dell'assistenza.

Oggi le principali sfide sono proprio queste: maggiore efficacia, miglioramento della motivazione, diversa organizzazione dell'assistenza.

E' stato dimostrato il grosso vantaggio economico derivato dalla prevenzione delle complicanze acute e sono state fondate l'Associazione Americana degli Educatori sul Diabete (AADE), mentre in Italia nasceva, all'interno della Società Italiana di Diabetologia, il GISED, Gruppo di Studi per l'Educazione nel Diabete.

Pur essendo riconosciuta universalmente come essenziale nella cura del diabete e di tutte le malattie croniche, l'educazione terapeutica, è praticata in modo discontinuo nel nostro paese. Un problema è sicuramente legato alla formazione del personale sanitario, che non è mai realizzata durante gli anni "fisiologicamente" dedicati alla formazione iniziale.

Poche sono le iniziative di educazione terapeutica promosse nell'ambito della formazione continua, corsi tenuti dal GISED (Italian Study Group for Education in Diabetes), hanno dato il via ad altre iniziative di educazione terapeutica in centri ed istituzioni sanitarie sparse in Italia, (Roma, Brescia, Pisa, Padova, Reggio Emilia, Modena, Parma, Torino), ciononostante i programmi di formazione dei formatori, non sono ancora diffusi in Italia come negli altri paesi europei. L'Associazione Medici Diabetologi ha fondato la Scuola di Formazione permanente AMD.

Anche le Università non hanno sinora istituito corsi post-laurea in merito, la sola iniziativa, un Master Internazionale istituito dalla Facoltà di Medicina dell'Università di Foggia in collaborazione con le Università di Parigi XIII e di Castilla La Mancha.

E' stato fondato l'OSDI (Operatori sanitari di diabetologia) che raggruppa più professionalità, infermieri, podologi, dietisti, che sta cercando in collaborazione con il Gised, di costruire dei percorsi formativi per operatori sanitari.

4.2 LA REALTA' EUROPEA

Il diabete rappresenta un modello per la gestione delle malattie croniche, e come si può evincere dalla letteratura scientifica, molti sono stati gli sforzi dei diabetologi per mettere a punto le strategie di cura più efficaci.

Uno dei maggiori esperti nella gestione delle malattie croniche è il Prof. Jean-Philippe Assal di Ginevra, il cui Centro è referente per l'OMS. Consulente dell'organizzazione mondiale della Sanità, Assal ha fondato nel 1979 il Gruppo di studio sull'educazione nel diabete, nell'ambito della Associazione europea per lo studio del Diabete, il DESG. Con i suoi scritti e i suoi seminari ha diffuso in Italia ed in Europa concetti che hanno cambiato l'approccio dei team medici dapprima nei confronti del diabete e poi via via di altre patologie croniche.

Le indicazioni dell'Oms sono il costante riferimento di Assal nel:

- Formare il malato perché acquisisca un saper fare adeguato, per arrivare ad un equilibrio tra la sua vita e il controllo della malattia.
- L'educazione terapeutica del paziente come processo continuo e integrante della cura medica.
- Fornire al paziente il libretto guida, contenente indicazioni e raccomandazioni generali, mediche e non mediche.
- Dedicare dopo l'esordio un periodo di educazione continua di almeno 5 mesi prima di verificare i risultati di informazione e di formazione.
- Coinvolgere la famiglia del paziente nel rapporto medico e di equipe, dunque nel contribuire al benessere della sua qualità di vita.

Esistono da anni numerosi corsi di formazione per gli operatori sanitari, volti a far acquisire loro le competenze necessarie per un'educazione terapeutica efficace. In Europa la maggior parte di questi corsi formali sono svolti in lingua francese.

Oltre a quello diretto dal Prof. Assal dell'Università di Ginevra, i Centri Collaboratori dell'Oms si trovano presso l'università di Parigi XIII-Bobigny, diretto dal Prof. JF. D'Ivernois e presso l'università Cattolica di Louvain, diretto dal Prof. A. Daccache. Queste Università hanno istituito un Diploma di Studi Superiori Specializzati nel campo dell'Educazione Terapeutica del Paziente, della durata di tre anni.

E' nato il Diabetes Education Study Group (DESG), della Società Europea di Diabetologia, che ha messo a punto un modello di corso basato su otto moduli e, recentemente si è costituita la Società Europea di Educazione Terapeutica (SETE), che ha anche come scopo quello di promuovere nei Paesi Europei la formazione dei formatori nel campo dell'Educazione Terapeutica dei Pazienti, per una maggior diffusione di programmi di qualità destinati ai pazienti.

4.3 PROSPETTIVE FUTURE

Il 14 marzo 2012 il Parlamento europeo ha approvato una risoluzione volta a "affrontare l'epidemia di diabete nell'UE". Considerando la situazione epidemiologica del diabete in Europa, la risoluzione, pur non comportando obblighi giuridici diretti, invita:

La Commissione europea

1. a elaborare e attuare una strategia mirata dell'UE sul diabete, sotto forma di una raccomandazione del Consiglio dell'Unione europea sulla prevenzione, la diagnosi e la gestione del diabete nonché sull'informazione e la ricerca in proposito;
2. a elaborare criteri e metodi comuni standardizzati per la raccolta di dati sul diabete nonché a coordinare, raccogliere, registrare, controllare e gestire, in collaborazione con

gli Stati membri, dati epidemiologici esaustivi sul diabete e dati economici sui costi diretti e indiretti della prevenzione e del trattamento di questa malattia;

3. a sostenere gli Stati membri promuovendo lo scambio delle migliori prassi relativamente ai piani nazionali sul diabete, sottolineando la necessità che la Commissione segua costantemente i progressi realizzati per quanto riguarda l'attuazione, da parte degli Stati membri, dei piani nazionali sul diabete e ne illustri ogni tre anni i risultati in una sua relazione;

Gli Stati membri

- 1 a sviluppare, attuare e monitorare piani nazionali sul diabete finalizzati alla promozione della salute, alla riduzione dei fattori di rischio, alla previsione, alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al trattamento del diabete, destinati sia alla popolazione in generale sia alle categorie ad alto rischio in particolare, che puntino anche a ridurre le disparità e a utilizzare in modo ottimale le risorse sanitarie;
- 2 a promuovere la prevenzione del diabete di tipo 2 e dell'obesità (raccomandando strategie da attuare già in età precoce attraverso l'educazione a un'alimentazione sana e l'attività fisica nelle scuole), unitamente a strategie concernenti stili di vita sani (che includano un approccio basato sull'alimentazione e un approccio incentrato sull'esercizio fisico) e alla diagnosi precoce, quali settori d'azione prioritari dei rispettivi piani nazionali sul diabete;
- 3 a mettere a punto programmi per la gestione delle malattie basati sulle prassi di eccellenza e su orientamenti terapeutici che poggino su dati concreti;
- 4 a garantire che i pazienti abbiano costantemente accesso, nelle cure primarie e secondarie, a equipe interdisciplinari altamente qualificate, nonché ai trattamenti e alle tecnologie legati al diabete, incluse le tecnologie connesse ai servizi elettronici in campo sanitario (e-health), e ad aiutare i pazienti a ottenere e mantenere le capacità e le conoscenze necessarie per essere in grado di gestire quotidianamente la malattia in modo competente e autonomo;

La Commissione e gli Stati membri

- 1 a migliorare il coordinamento delle attività di ricerca europee sul diabete incoraggiando la collaborazione interdisciplinare e creando infrastrutture generali comuni atte ad agevolare l'attività di ricerca europea sul diabete, anche per quanto concerne l'identificazione dei fattori di rischio e la prevenzione;
- 2 a garantire un sostegno costante al finanziamento della ricerca sul diabete nel contesto dell'attuale e del futuro programma quadro dell'UE in materia di ricerca e sviluppo, considerando il diabete di tipo 1 e di tipo 2 come due malattie distinte;
- 3 a garantire un seguito opportuno e adeguato ai risultati del vertice delle Nazioni Unite sulle malattie non trasmissibili svoltosi nel settembre 2011.

Nel prossimo futuro, pertanto, il Ministero della Salute, anche dando seguito alla risoluzione dell'UE, dovrà, in particolare:

- procedere all'approvazione di un Piano Nazionale Diabete, (su cui già lavora la Commissione Nazionale permanente sulla Malattia Diabetica) ;
- impegnarsi sempre di più in strategie di prevenzione primaria a carattere intersettoriale;
- valorizzare la continuità assistenziale in un'ottica di Gestione Integrata della patologia diabetica e, più in generale, della cronicità.

CONCLUSIONI

I moderni orientamenti della cultura tendono a riconoscere a ogni uomo un diritto sempre più ampio ad intervenire direttamente nelle scelte che lo coinvolgono, anche quelle che riguardano la sua salute e che richiederebbero un livello di competenza non sempre accessibile a tutti. Il consenso informato si riduce troppo spesso ad una mera formalità, con uno scopo prevalentemente difensivo per il medico.

L'educazione del paziente sta diventando un obiettivo sempre più incalzante per tutelare contestualmente il diritto a decidere e la effettiva consapevolezza delle implicazioni di ogni decisione. Pertanto l'educazione del paziente ha importanti risvolti etici, che non possono essere né elusi, né demandati all'esterno, come accade quando si lascia che siano solo i mass media ad informare sui vantaggi e gli svantaggi delle diverse terapie.

Le funzioni dei professionisti della salute non si possono tuttavia limitare alla cura delle persone malate, ma per loro natura debbono estendersi alla tutela della salute delle persone sane, tutela che tradizionalmente si colloca tra gli obiettivi della prevenzione, ma che non può prescindere da un approccio essenzialmente educativo: educare i soggetti all'assunzione di stili di vita "virtuosi", cioè produttori di benessere e non induttori di malattia, vuol dire instaurare con essi una relazione spesso negoziale, che ha tuttavia lo scopo di responsabilizzarli ad assumere consapevolmente nelle proprie mani le sorti del proprio benessere.

Si tratta di un approccio educativo proprio perché questa consapevolizzazione responsabile è totalmente rispettosa della libertà di scelta dell'interlocutore e non tenta di condizionarlo con meccanismi di persuasione più o meno occulta (contrapponendosi in ciò a gran parte dell'informazione mediatica in medicina, che purtroppo ha spesso fini surrettiziamente promozionali di bisogni superflui). In queste funzioni educative non solo il medico, ma tutti i professionisti della salute oggi debbono – con uno sforzo non concorrenziale, ma piuttosto sinergico – riappropriarsi con un rinnovato senso di responsabilità della propria leadership terapeutica.

L'informazione in quanto tale è condizione necessaria e non sufficiente: occorre una vera e propria formazione, che coinvolga i professionisti della salute in una alleanza preventiva e terapeutica molto più profonda e capillare, in cui il prendersi cura investe tutto l'uomo: il suo corpo sano o malato, la sua emotività felice o ferita e la sua intelligenza, chiamata a capire con chiarezza quanto gli giova e cosa invece lo tocca dolorosamente.

RINGRAZIAMENTI

Nel percorso intrapreso ho avuto la fortuna di incontrare diverse persone che per un motivo o l'altro sono state significative e decisive, che per questo desidero ringraziare:

il Prof. Fabrizio Faggiano, per l'opportunità che mi ha dato e per il supporto necessario per la costruzione della ricerca di Tesi;

la Dott.ssa Noemi Podesta', che con la sua positività, disponibilità e instancabile volontà ha collaborato nel costruire il progetto di Tesi;

la Dott.ssa Elena Pera che, con la sua discreta ma preziosa presenza, ci ha accompagnati durante le giornate formative;

i miei colleghi tutti, per l'affetto che hanno dimostrato, e che a vario titolo, sono stati coinvolti nel progetto dimostrando interesse e partecipazione;

i colleghi del corso di Master, che hanno saputo aiutarmi nei momenti difficili, rendendo i mesi di studio speciali, vivendo insieme delle indimenticabili esperienze che ci hanno fatto crescere.

Infine, ma non ultima in grado di importanza, la mia famiglia; che si è fatta carico di tutte le incombenze necessarie durante le mie giornate dedicate al percorso formativo ed alla costruzione della Tesi.

BIBLIOGRAFIA

- 1 –Hamer S,Collinson G. -Evidence – based practice - Assistenza basata su prove di efficacia - McGraw – Hill 2002
- 2 –Vesterdal H, Musaeus L - The nurse on the diabetes team – In concert for the ideal diabetes clinic- Mogensen – CE STANDI Eds Berlin – New York 1993 41 – 45
- 3 - Freshwater D. - Le abilità di counselling- McGaw – Hill pag. 16 2004
- 4 - Guilbert JJ. – Guida pedagogica per il personale sanitario. IV Edizione 2002
- 5 - Sansoni J. - Gestione manageriale e qualità dell'assistenza infermieristica – Professioni infermieristiche 3 – 15 – 18 1995.
- 6 – Baldassarre VA. – Progettare la formazione – Carrocci-Roma 2001 pag. 20 – 21.
- 7 - Noacco C.- Il team diabetologico – Disease management – Il modello diabete – UTET Milano 1997 pag. 80.
- 8 - Educazione terapeutica una risorsa per malattie curanti – Quaderni di etica e medicina 1999 pag. 38 – 41
- 9 – Pasmentola G, Gentilizi S, Di Bernardino L. – L'appoggio psicologico nel diabete, il dialogo, le teorie e l'esperienza –Ed. In Pagin - Milano 2003
- 10- Gagnayre R - D'Ivernois J.F. – Educare il paziente – McGraw-Hill 2006
- 11 –Erle G. –. Corradin M. – Il diabete e l'educazione metodologia e obiettivi- Cea Mi 1997
- 12 - Freshwater D. – Le abilità di Counselling- McGraw – Hill 2004 pag. 24 -30
- 13 – Noacco C. : Il team diabetologico: Disease management, il modello diabete - UTET 1997 pag. 77 – 81
- 14 –Erle G, Corradin M. – Metodologia dell'educazione sanitaria e sociologia della salute.- CEA Milano 1990
- 15 –Lacroix A. –. Assal J.F. – l'educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica -F. Angeli 2007 pag. 5 – 7
- 16 – Hamer S, Collinson G. – Evidence- based practice – McGraw – Hill pag. 4 -6
- 17 – Santullo A. – L'infermiere e le innovazioni in sanità - McGraw – Hill 2004
- 18 – Benner .P. – L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere McGraw – Hill pag. 59 -61
- 19 - Manfredini M, Gaiani R. - Ferraresi A – Educazione terapeutica- Carrocci - Faber 2004
- 20 - Casul C.I.– I porcospini di Schopenhauer – Come progettare e condurre un gruppo di

- formazione per adulti - F. Angeli Milano 1997
- 21 – Fabbri D. – Epistemologia operativa e processi di apprendimento- F. Angeli 1986
- 22 – Castagna C. -Verso una teoria dell'istruzione - Armando Edizioni Roma 1987
- 23 – Castagna C. -Motivazione e personalità – Armando Editore Roma 1982
- 24 - Brusciaglioni M.-La gestione dei processi nella formazione degli adulti -F. Angeli Milano 1997
- 25 – Knowles M.L. - Quando l'adulto impara- Pedagogia e Andragogia - F. Angeli Milano pag. 46-50
- 26 – Santullo A, Chiani P. - L'infermiere case manager - McGraw – Hill Milano 2001
- 27 - Gagnayre R, D'Ivernois J. F. - - L'educazione del paziente e la formazione degli educatori- Il diabete pag. 117 – 126 1992
- 28- Manfredini M, Gaiani R, Ferraresi A. - Educazione terapeutica-Metodologia e applicazioni - Carrocci Faber pag. 42 2004
- 29 - Calamandrei C. - L'assistenza infermieristica: storie, teorie e metodi - La Nuova Italia Scientifica 2010
- 30 - Peile E, Newman P. - Learnig in practice. Valuing learner's experience and supporting further growth: educational models to help experienced adult learnes in medicine. - BMJ, 325: 200-202,2002 .
- 31 - Piatt JD, Glasgow RE, Hayres RB, Gerstein HC. - Strategies for improving behaviorial and healt outcomes among people with diabetes: self management education – In evidence Based diabetes Car -Edizioni Ontario Canada BC Decker 2000
- 32 – Glasgow RE, Anderson RM – In diabetes care moving from compliance to aderenca is not enoug – Diabetes care 1999 2 – 2090 – 2091
- 33 - Funnell MM, Anderson RM. – Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care – Diabetes educ 2000 26: 257 – 604
- 34 - Le Clercq D. - L'evalutation des competences et des processus cognitifs mobleles, pratiques et contextes 1998 304 – 318
- 35 - Petters AL ,Leporetta AP – - Effect of nurse managed diabetes program an HMO prospective study – AMY managecare 2 1996
- 36 – Sasso L, Tibaldi L, Gamberoni L, Ferraresi A. .– L'infermiere di famiglia McGraw – Hill 2005
- 37 - Albano MG - Educazione terapeutica del_paziente Riflessioni modelli e ricerca - Milano - Centro Scientifico Editore
- 38 - OMS gruppo di lavoro, Educazione terapeutica del paziente, - Copenhagen - OMS Ufficio

regionale per l'Europa - 1998 (trad.) programmi di formazione continua per operatori sanitari nel campo della prevenzione delle patologie croniche

39 – Becchi MA. - 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

40 - Gagnayre R ,D'Ivernois. JF. - Educare il paziente: un approccio pedagogico,- Milano, - McGraw Hill, 2009 (III° ed.) (trad.) -

PUBBLIGRAFIA

Who Working Group: Therapeutic patient education continuing education programmes for health care providers in the field of chronic disease – Who Europa Copenhagen 1998

Il diabete mellito in Italia Gruppo studio di epidemiologia 2004 – SID Il diabete dicembre 2004. Studio quadri: I risultati in Liguria – Osservatorio epidemiologico regionale giugno 2005

AMD – SID – SIMG – Linee guida – L'assistenza al paziente diabetico. Raccomandazioni cliniche ed organizzative – Dall'assistenza integrata al team diabetologico e al disease management – Il diabete 2001 13: 81 – 82

Linee guida globali per il diabete di tipo 2- a cura dell'International Diabete Federation (IDF, 2006)

Standard di cura per il diabete – American Diabetes Association (ADA 2006) Diabetes Care suppl. genn 2006

Spinanti S. - Un nuovo rapporto tra medici e pazienti: dall'alleanza al patto – La professione 1999 pag. 9-10.

Dagli atti del XII Congresso AMD 2000 -Chia – Laguna Nursing oggi n° 1 – 2000

Education Therapeutique du patient. Recommendation d'un groupe de travail de l'OMS 1998

National standards for self management education diabetes care pag. 149 – 156 2003

Rossato R, Marcolongo E, Botto G. - Educazione terapeutica: risorsa per malati e curanti – Quaderni di etica e medicina n° 7 pag. 20 – 21 1999

Gruppo di studio per l'educazione sul diabete – Questionario per la valutazione delle conoscenze, dei comportamenti

Shone MC, Deakin T - Group based training for self – management strategies in people with J.S. Trillino type2 diabetes mellitus – The Cockrane database of systematic review 2005. issue 2

Trillino J.S,Jaber R, Braksmayer A. Group mvisit: A qualitative review of current researc Am Board – FAM MED 2006 – may Jun 19 (3) : 276

Vaccari P, Trento M, Tomalino M, Porta M, Pomero F, Passera P, Molinatti GM, Bajardi , Allione A

Group visit improve metabolic control in type 2 diabetes. A 2 – years follow – up. Diabetes Care, 24: 995 – 1000, 2010

Trento M, Tomalino M, Porta P, Passera P, Cavallo F, Borgo E, Bajardi M. A 5 – years randomized controlled study of learning, problem solvine ability and qualità of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. Diabetes Care, 27, 670 – 675, 2004

Trento M, Porta M - Romeo rething organization to improbe education and outcome – Diabetic medicine 2004

American Association of diabetes educations- Scope and standard of diabetes nursing.- American Nurses Publishing Washington 1998

Le Clercq D, Jans V - Mesurer l'effet de l'apprendisage à l'aide de l'analyse spectrale des performance - Estratto Congresso GISED 2003 Depouer B Noel Eds

Pocock SJ - Trial Clinici -Centro scientifico editore Torino 1986

Quality of life and diabetes – Diabetes metab – res – rev 15 1992

Funnell M, Anderson R- The art of Empowerment stories and strategies for diabetes educator – The American diabetes associations 2010

Scottish Intercollegiate guidelines network cap. 3 Controllo di stile di vita – da Campus amd osd 2004/2005 Linee guida per il management del diabete

Norris SL, Engelgau MM, et al. Diabetes Care 2001;24:561-587; DARE 2001; ACP Jounmal Club 2(01)

Valk GD, Renders CM, et al. Diabetes Care 2001;24:1821-18:5:5

Clement s. Diabetes Care 1995;18:1204-14

SITOGRAFIA

[hppt//www.OMS/ Malattie croniche. Asp- disease. Asp](http://www.OMS/Malattie_croniche_Asp-disease_Asp)

[http//www.epicentro/issit/igea/progetto – asp](http://www.epicentro/issit/igea/progetto – asp)

[hppt// www.italyorg/icaro/educaz.terap/html](http:// www.italyorg/icaro/educaz.terap/html)

[hppt// www Oms/-malattiecroniche.asp/disease.asp](http:// www Oms/-malattiecroniche.asp/disease.asp)

[hppt// www. Italy.org/icaro/educaz/pazienti/html](http:// www. Italy.org/icaro/educaz/pazienti/html)

[hppt// www. Modusonline.it/assalnote.asp](http:// www. Modusonline.it/assalnote.asp)

[hppt// www.diabete.it/la vetrina/view.aspid/31](http:// www.diabete.it/la vetrina/view.aspid/31)

[hppt// www. Thesaurus.amd.it/educazione/evidence/asp.id – titolo3](http:// www. Thesaurus.amd.it/educazione/evidence/asp.id – titolo3)

[hppt//www.aemmedi.it/thesaurus/educazione](http://www.aemmedi.it/thesaurus/educazione)

[hppt//www.diabete.net/index.php/norme](http://www.diabete.net/index.php/norme)

[hppt//www.diabete.it/ebm/view.aspID=329](http://www.diabete.it/ebm/view.aspID=329)

[hppt//www.diabete.it/bilanciosalute/view.aspID=460](http://www.diabete.it/bilanciosalute/view.aspID=460)

[hppt//www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)

[hppt//www.nursesdrughandbook.com](http://www.nursesdrughandbook.com)

<http://www.tripdatabase.com/index.html>
<http://www.clinicalevidence.com>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
<http://it.babelfish.yahoo.com>
<http://www.epicentro.iss.it/igea/igea/presentazioniVI.asp>
http://www.epicentro.iss.it/igea/igea/documenti/linee_guida.asp=/terapeutica
<http://www.epicentro.iss.it/temi/croniche/croniche.asp>
<http://www.salute.gov.it/favicon.ico>
<http://www.guide360.it/prevenire-il-diabete.html>
<http://www.guide360.it/prevenire-il-diabete.html=/prevenzione e farmaci>

NORME LEGISLATIVE

Piano Sanitario Nazionale 2012-2013
Piano sulla malattia diabetica 2012 (Approvato 6 dicembre 2012 nella Conferenza Stato Regioni)
Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012
Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012
Patto Salute Regione Liguria 2010-2012
Piano di Prevenzione Attiva 2000-2006
Legge Nazionale n. 115 marzo 1987
Gazzetta Ufficiale n. 98 del 28-4-1999 – (decreto 08/10/98- n. 520)

ELENCO TABELLE

Tabella 1.1 - Percentuale sul totale DALYs per genere dei dieci principali gruppi di disabilità in Italia (OMS, 2003)
Tabella 2.1 - Raccomandazioni sull'autocontrollo glicemico degli standard italiani per la cura del diabete mellito
Tabella 3.1 - Elenco Competenze

ELENCO FIGURE

Figura 1.1 - Cause delle malattie croniche (OMS, 2005)

ELENCO GRAFICI

Grafico 1.1 - Distribuzione percentuale di mortalità per gruppi di cause, maschi e femmine, mondiale, 2004
Grafico 2.1 - Meta-analisi sugli effetti “casuali” degli studi randomizzati e controllati sulla educazione sul diabete
Grafico 2.2 - Quali sono i vantaggi derivanti da un buon controllo glicemico?

ELENCO allegati

1 - Modello di Educazione Terapeutica

IL MODELLO DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA

Nessuno può insegnarvi nulla, se non ciò che in dormiveglia giace nella vostra coscienza (K. Gibran)

L'assistenza infermieristica non ha come obiettivo quello di sostituirsi alla persona in difficoltà, ma di aiutarla ad utilizzare nella maniera più adeguata le sue potenzialità residue, fisiche, psicologiche, sociali (educare: da e-ducere, lett. condurre fuori).

Di conseguenza ogni atto assistenziale, se non accompagnato dalla componente educativa, perderebbe di significato e di reale efficacia.

E' di fondamentale importanza tenere sempre presente che il soggetto dell'intervento assistenziale ed educativo è la persona e che quindi l'intervento va adattato alle sue conoscenze, alle sue esperienze, alla sua situazione contingente.

Ogni intervento formativo va impostato applicando una metodologia scientifica che consenta di procedere in maniera razionale e nello stesso tempo di adattarsi alle varie esigenze, ai diversi tipi di utente nel processo formativo, alla diversità dei docenti, educatori, infermieri.

L'educazione è un processo avente lo scopo di facilitare l'apprendimento di determinati comportamenti, stabiliti sotto forma di obiettivi educativi.

Il risultato di ogni percorso educativo-formativo è costituito da una modificazione predefinita del comportamento del discente, da conseguire durante un dato periodo di tempo.

Ciascuno deve avere la possibilità di giovare di un tipo di educazione, che gli permetta di sviluppare al massimo le sue risorse e potenzialità.

Il processo educativo, dunque, per poter essere efficace, deve partire dalla valutazione della persona e rispettare le tappe della "spirale dell'educazione"

Lo strumento organico, che ci permetterà di attuare ciò, è il **contratto educativo**: consiste in un'intesa fra utente e l'equipe di cura, che stipula gli obiettivi da raggiungere al termine della sua educazione, in termine di comportamenti da porre in atto.

Ha un valore di un impegno reciproco e rinforza la motivazione delle 2 parti contraenti.

Deve essere illustrato e negoziato con la persona cui è diretto.

Il processo educativo deve riconoscere la centralità della persona, si deve basare su un approccio globale e consta di 4 tappe fondamentali:

identificazione dei bisogni, che determinano la necessità di un programma educativo, dei quali, grazie ad una diagnosi educativa, saranno evidenziate le componenti pedagogiche, psicologiche e biomediche.

definizione degli obiettivi pedagogici, che si vogliono far raggiungere alla persona, a conclusione della sua educazione e che vengono raggruppati nei contratti educativi.

Per obiettivo educativo si intende: ciò che i discenti devono essere capaci di realizzare al termine di un periodo di insegnamento/apprendimento, che non erano capaci di realizzare prima., quindi devono essere formulati come azioni della persona, non dell'operatore

Distinguiamo:

obiettivi generali: corrispondono alle **funzioni**, che raggruppano l'insieme di attività, che servono per l'adempimento di una determinata funzione (es. autoassistenza)

obiettivi intermedi: suddivisione delle funzioni in più elementi o **attività**, il cui insieme permette

di comprendere la natura delle funzioni stesse (es. autogestire la nutrizione)

obiettivi specifici: corrispondono a precisi compiti, il cui adempimento è osservabile e misurabile. Definiscono una modificazione del comportamento del discente (es. conoscere ed escludere dalla dieta, alimenti ad alto contenuto di zucchero).

Nell'individuazione di un obiettivo specifico, occorre ricordare che esso deve essere:

- pertinente,
- logico,
- preciso,
- realizzabile
- osservabile,
- misurabile.

La **pertinenza** è la qualità essenziale di un obiettivo educativo ed esprime il suo grado di conformità con problemi e risorse.

selezione dei contenuti da far apprendere e dei **metodi** utilizzati a tal fine, partendo dagli obiettivi **pedagogici**.

Occorre anche valutare se i concetti proposti, sono accettabili da parte della persona, se cioè, non sono in contraddizione o conflitto con precedenti concezioni.

Nella scelta dei metodi occorrerà differenziare fra insegnamento di conoscenze teoriche e pratiche.

Essi non dovranno rappresentare un semplice trasferimento di conoscenze, ma dovranno sviluppare nella persona capacità di analisi, di risoluzione dei problemi, di decisione.

I metodi pedagogici dovranno essere **opportuni** e **fattibili**, cioè scelti in funzione delle caratteristiche

Della persona e realizzabili nel contesto in cui si trova, con i mezzi, il tempo, le persone ed i materiali disponibili.

Valutazione: Di fondamentale importanza come indicatore di ciò che la persona sa, ciò che ha capito. Ciò che deve saper fare, ciò che ancora deve apprendere.

Essa è fondata sugli obiettivi e garantisce la sicurezza della persona.

Attraverso di essa, si ha modo di verificare l'andamento complessivo del processo educativo, stabilendo, in caso di anomalia. Dove sta la causa dell'insuccesso e permettendo di intervenire adeguatamente, riprogrammando ogni singola tappa.

La valutazione si avvale di strumenti adatti alla variabile che si intende misurare, a seconda che si tratti di conoscenze, decisioni, gesti, tecniche o atteggiamenti.

Nel caso specifico della persona diabetica, occorre considerare che essa non può convivere con abitudini scorrette di vita e che dovrà mantenere le conoscenze apprese per lungo tempo, se non per tutta la vita; per questo motivo sarà necessaria una rivalutazione periodica.

Nella costruzione di un contratto educativo occorre tenere presenti alcuni concetti fondamentali:

1- la persona è al centro del sistema insegnamento-apprendimento, quindi la relazione educativa si basa sui suoi bisogni, il suo atteggiamento rispetto alla malattia, terapia, i suoi obiettivi.

Occorrerà conoscere e valutare le possibili reazioni psicologiche della persona riguardo alla nuova e sconvolgente situazione, che si possono riassumere nei 5 stadi studiati da Kubler Ross:

- ♣ negazione
- ♣ rivolta
- ♣ patteggiamento
- ♣ depressione
- ♣ accettazione attiva

2- la motivazione è condizione essenziale dell'apprendimento. Con la comunicazione della diagnosi, nel nostro specifico, della necessità di assumere terapia orale, insulina, la persona vede la sua vita cambiare. Occorre identificare nelle sue parole, qualcosa che può assomigliare ad un progetto, ad uno scopo di vita, cioè una costruzione mentale preliminare ad un'azione o ad una serie di azioni.

Questo progetto deve motivare la persona e consente un rinforzo positivo, facendovi riferimento della relazione educativa.

3- occorre applicare regole che garantiscono una buona comunicazione, prima fra tutte il saper ascoltare, anche per valutare esperienze e conoscenze della persona, riguardo alla sua malattia ed alla terapia sostitutiva ed individuare eventuali concetti errati.

Sarà inoltre indispensabile adattare le parole e le idee del messaggio educativo, al suo bagaglio culturale.

4- attraverso la raccolta di informazioni, si giunge alla diagnosi educativa, con la quale si identificano le potenzialità, che possono portare la persona, attraverso l'educazione, a livelli di funzionamento ottimale, in modo da evitare i principali problemi e complicanze della malattia, continuando ad avere una vita che per lei ha un significato piacevole.

5- La strategia di insegnamento è un insieme di metodi pedagogici, destinati a far raggiungere i diversi obiettivi e deve tener conto di:

- ♣ destinatario
- ♣ obiettivi pedagogici
- ♣ principi dell'apprendimento
- ♣ contesto educativo e comodità dei metodi.

A Destinatario

Considerando la centralità della persona cui è diretto, l'approccio educativo va diversificato in base alle caratteristiche individuali ed occorrerà accertare:

- capacità di comprensione
- grado di istruzione
- conoscenze in campo medico e sul problema
- stile di vita
- atteggiamento di fronte al problema e aspettative
- grado di accettazione
- strategie di coping

- esperienze precedenti
- grado di indipendenza
- presenza di persone significative e di supporto
- grado di collaborazione
- motivazione
- età
- ed altre molteplici variabili che, nel loro insieme, fanno di un individuo un essere unico.

Di tutte le precedenti caratteristiche, vorrei porre l'accento sull'età del soggetto, come discriminante nella diversificazione dell'approccio pedagogico, in quanto rappresenta un dato oggettivo facilmente individuabile, in base al quale è possibile tracciare alcune considerazioni di carattere generale.

Il bambino avrà due obiettivi prioritari :

- convivere con la malattia, assumendo comportamenti positivi
- non subire un arresto nel processo di crescita emozionale ed intellettuale

L'ambiente sanitario può avere una grande valenza pedagogica di promozione umana, in quanto fonte di nuove esperienze e, come tale, elemento che spinge l'individuo alla ricerca di nuove strategie per adattarsi.

Una prima risposta educativa, può essere reperita nel comportamento degli infermieri.

I bambini, infatti, anche i più piccoli, sono estremamente sensibili al comportamento degli adulti che li circondano.

Spesso basta un gesto d'affetto e di sincero interesse, per aiutare il piccolo ad accettare una realtà così diversa da prima.

Una seconda risposta, può essere quella di utilizzare il gioco e le fiabe, come strategia di insegnamento, in quanto attraverso di essi, il bambino scopre il mondo circostante e controlla le sue nuove idee, poi esprime la sua immaginazione, fantasia, creatività.

L'adolescente si trova in un periodo di vita di per sé problematico.

L'adolescente diabetico, oltre ad affrontare i conflitti tipici della sua età, dovrà affrontare i diversi limiti imposti dalla malattia.

Di conseguenza egli è sottoposto ad una angoscia più profonda e può manifestare irritabilità, aggressività o apatia.

La sua instabilità emotiva lo porta spesso all'ansia, alle preoccupazioni per il futuro e per alcune limitazioni che gli vengono imposte.

Questa persona, che prima non pensava mai al futuro, ora è spinta a farlo.

Tutto questo accresce il suo senso di insicurezza e favorisce il meccanismo della negazione.

- Allo scopo di diminuire l'ansia occorrerà insistere sulla possibilità e sulla voglia di comunicare dell'adolescente, riferendoci ad essa, come mezzo per esternare tutto ciò che

all'interno agisce negativamente.

E' però necessario fare molta attenzione, poiché data la sua intensa instabilità, non sempre l'adolescente sarà pronto a relazionare con gli altri; alcune volte egli vorrà essere lasciato in pace, perché ha bisogno di meditare e riflettere.

Per quanto riguarda la strategia di insegnamento più opportuna, occorrerà far leva sull'interesse che il giovane ha per il proprio corpo e per quanto lo riguarda, fornendo tutte le informazioni che lo interessano e soddisfacendo le sue curiosità: per favorire l'apprendimento spesso sarà necessario differenziare rispetto ad ambiente e metodi scolastici, considerati dall'adolescente poco attraenti e avvalersi invece di mezzi più consoni, quali ad esempio audiovisivi, videogiochi, simulazioni, gruppi di discussione con altri adolescenti, campi estivi.

L'adulto ha la piena e drammatica consapevolezza della propria malattia, che non è solo un evento dell'esigenza soggettiva, ma anche un evento della vita di relazione, in particolare quella familiare.

Nascono le preoccupazioni per il futuro, correlate alla famiglia e al non sentirsene più parte attiva.

Questo spesso provoca ansia, paura, depressione, disagio sproporzionato alla gravità della situazione.

- La persona si sente disabile ed ha paura di perdere gli affetti, il lavoro, la sicurezza economica.
- L'adulto, inoltre cerca una risposta concreta ai propri problemi e dà importanza alle proprie esperienze personali.

Valutando tutto ciò, l'infermiere può trovare dei punti di forza, nella promozione del self-care e, coinvolgendo anche la famiglia, sostenere, incoraggiare e assicurare che, con l'impegno, insieme, si può e si deve ottenere una buona qualità di vita.

Le paure della persona, quindi, possono trasformarsi in risorse e costituire la motivazione che innesca e fa procedere il processo educativo.

La strategia di insegnamento più idonea, sarà quella attiva, con simulazioni, scambi di opinione, audiovisivi, tavole rotonde.

L'anziano non ha più preoccupazioni di tipo lavorativo/produttivo, per cui ha imparato a ridurre gli stress ad esse collegate ma ha dovuto imparare ad accettare un nuovo ruolo, quello di pensionato.

Se nell'anziano prevale un'idea di vecchiaia inutile e passiva, anche la sua idea di salute sarà di tipo negativo e pessimistico.

In tal modo la depressione, che già lo interessa normalmente, con l'inizio della terapia potrà prendere il sopravvento e rendere difficile individuare in lui delle risorse, che promuovano l'apprendimento.

Diversamente, quando l'anziano ha una buona concezione della propria vita, ci sono senz'altro elementi positivi, cui far riferimento per motivare la persona ad apprendere.

L'approccio educativo dell'anziano segue precise regole:

- Egli necessita di maggior tempo per apprendere nuove situazioni, o per svolgere nuovi compiti.
- Per facilitare l'apprendimento occorre ridurre al minimo tensioni e costrizioni
- E' consigliabile far uso di stimolazioni e caldi incoraggiamenti durante tutte le fasi del processo

educativo

- I nuovi compiti che l'anziano dovrà imparare, dovranno avere per lui un significato di concretezza.

Anche in questo caso, potranno essere organizzate situazioni di gioco e discussione, delle quali l'anziano ha un grande bisogno, in quanto la sua condizione lo porta spesso ad una emarginazione sociale e familiare.

In questo modo l'ospedale, l'ambulatorio, luogo di trauma e dolore, si può trasformare in luogo di recupero sociale.

L'infermiere in questo gioca un ruolo di primo piano, aiutando la persona a comunicare con gli altri e indirizzando la discussione sui contenuti educativi, in modo da facilitarne l'apprendimento.

B- obiettivi pedagogici

Deteterminano la scelta dei metodi, se adeguati all'obiettivo.

Guilbert distingue gli obiettivi in 3 livelli

Livello 1 Ricordo dei fatti

Si ottiene mediante la trasmissione di conoscenze con l'utilizzo di **corsi classici** o metodi attivi **di soluzione dei problemi**.

Livello 2 Interpretazione dei dati.

Si ottengono con l'utilizzo di metodi attivi di soluzione dei problemi, che mettono la persona in situazioni simili a quella reale.

Livello 3 Soluzione dei problemi

A- principi dell'apprendimento

- L'apprendimento è una caratteristica individuale
- La motivazione è la sorgente di energia, che innesca e mantiene il processo di apprendimento: si ha quando colui che apprende è convinto che ciò che deve fare apprendere, ha per lui un valore.
- La motivazione accende e mantiene l'attenzione
- L'attenzione permette la codifica degli elementi e la loro trasmissione nella memoria a lungo termine.

Le regole generali da rispettare per favorire l'apprendimento sono:

- Ridurre la mole di conoscenze da trasmettere e pochi concetti essenziali e fornire all'inizio i messaggi più importanti, perché l'attenzione è fragile, si riduce rapidamente con il tempo ed è disturbata da un eccesso di informazioni.
- Conoscere le conoscenze iniziali della persona per non creare conflitti cognitivi. Le informazioni, infatti, vengono memorizzate attraverso l'attribuzione di un codice, che

permette loro di inserirsi in una rete di conoscenze già esistenti.

- Tenere conto che il codice può avere carattere razionale o emotivo e che la memoria emotiva è spesso duratura e stabile, quindi può essere opportuno stimolarla.
- Stimolare partecipazione attiva e coinvolgimento perché aumentano motivazione e attenzione; l'utilizzo di una conoscenza, inoltre, ne rende più facile la sua acquisizione.
- Fornire feed-back, in modo che ogni tentativo ed ogni errore rinforzino la codifica e stabilizzino le conoscenze.
- Favorire la capacità di transfert, cioè la capacità di un individuo di applicare una regola in un contesto diverso in cui l'ha appresa.

B - contesto educativo e comodità dei metodi

Occorre tenere conto di entrambi, perché gli obiettivi siano realistici.

La comodità o la praticabilità di un metodo di insegnamento, si definisce attraverso il rapporto fra la sua qualità pedagogica e l'investimento in tempo, persone, materiali, che è sostanzialmente di tipo intellettuale e si basa sulla formazione pedagogica dei curanti.

Il progetto educativo sperimentato è stato pensato e pianificato in funzione di pazienti adulti ed è quindi doveroso soffermarsi sul tema dell'apprendimento negli adulti che è rappresentato dalla Andragogia.

L'Andragogia è una teoria formulata per sistematizzare le esperienze di formazione all'adulto che si pone in modo evoluzionistico od addirittura antitetico alla Pedagogia.

Alcuni autori concepiscono l'apprendimento definito come un processo attraverso il quale il comportamento viene modificato, modellato o controllato, altri invece preferiscono definirlo in termini di crescita, sviluppo di competenze e realizzazione di potenzialità.

Maslow ritiene che lo scopo dell'apprendimento sia la realizzazione di sé, il pieno utilizzo dei propri talenti, capacità, potenzialità. Il processo di crescita in direzione di questo obiettivo è determinato dal rapporto di due forze operanti all'interno dell'individuo; una serie di forze si aggrappa ai bisogni di sicurezza e di difesa contro la paura, l'altra lo spinge in avanti verso la completezza e l'unicità di sé, verso la piena operatività di tutte le sue capacità, l'uomo progredisce quando le gioie della crescita e le ansie di sicurezza sono maggiori delle ansie della crescita e delle gioie della sicurezza.

Da queste definizioni di apprendimento si definisce il concetto di formazione e viene citato il pensiero di uno degli autori più conosciuti dall'andragogia italiana M. Bruscazioni.

Secondo l'autore fare formazione significa intervenire in modo finalizzato ed organizzato sulla cultura di individui e gruppi attraverso la metodologia dell'apprendimento consapevole.

Un altro modello teorico di riferimento importante è quello proposto da Knowles, ecco i suoi presupposti:

- Il bisogno di conoscere. Knowles afferma che gli adulti sentono l'esigenza di sapere perché occorra apprendere qualcosa, prima di iniziare l'apprendimento. Di conseguenza il primo compito del docente è quello di aiutare i discenti a prendere coscienza del bisogno di conoscere. Emblematiche sono le parole dello stesso autore: "quando penso a tutti i corsi che ho seguito a scuola, ne ricordo pochissimi in cui ho avvertito il bisogno di sapere quello che mi stavano insegnando; seguivo i corsi per ottenere un diploma, sono sicuro che avrei

imparato di più se i docenti mi avessero mostrato come avrei potuto usare nella vita reale quello che avevo appreso.

- Il concetto di sé del discente. Gli adulti hanno un concetto di sé come persone responsabili delle loro decisioni e della loro vita
- Una volta raggiunto quel concetto di sé, sviluppano un profondo bisogno psicologico di essere considerati e trattati dagli altri come persone capaci di gestirsi autonomamente. Respingono le situazioni in cui hanno la sensazione che gli altri stanno imponendo la loro volontà. Ciò costituisce un problema quando devono affrontare una attività formativa in quanto regrediscono.
- Il ruolo dell'esperienza del discente. Gli adulti entrano in una attività di formazione con una esperienza che è maggiore di quella di un giovane o chi frequenta un corso di base. Il gruppo di adulti è sicuramente più eterogeneo, con gamma elevata di differenze individuali, di background culturale, di stile di apprendimento, di motivazione, di interessi, di bisogni, rispetto ad un gruppo di giovani. Da ciò deriva la necessità di individualizzare le strategie di insegnamento e di apprendimento degli adulti. Spesso le risorse di apprendimento sono più ricche negli adulti e pertanto la formazione deve essere impostata maggiormente su tecniche esperienziali, come discussioni di gruppo, esercizi di simulazione, attività di problem solving metodo dei casi; è vero inoltre che gli adulti tendono a sviluppare abiti mentali, prevenzioni e presupposti che tendono a chiudere la mente verso nuove idee.
- Disponibilità ad apprendere. Knowles sostiene che gli adulti sono disponibili ad apprendere ciò che hanno bisogno di sapere e di saper fare per far fronte efficacemente alle situazioni della vita. Implicazione di questa affermazione è l'importanza di coniugare le esperienze di apprendimento in modo che coincidono con i compiti evolutivi.
- Orientamento' verso l'apprendimento. L'orientamento all'apprendimento degli adulti è centrato sulla vita reale a differenza di quello dei bambini in cui l'orientamento è centrato sulle materie. Gli adulti infatti sono motivati ad investire energie nella misura in cui ritengono che ciò potrà aiutarli ad assolvere dei compiti o prestazioni o ad affrontare i problemi in cui si devono confrontare nelle situazioni della loro vita reale. Gli adulti apprendono nuove conoscenze e capacità di comprensione, abilità, valori e atteggiamenti, molto più efficacemente quando sono presentati nel contesto della loro applicazione alle situazioni di vita reale.
- Motivazione.

L'autore afferma che: "benchè gli adulti rispondono ad alcuni stimoli quali lavoro migliore, promozione, retribuzioni più elevate, le motivazioni più potenti restano le pressioni interne ovvero il desiderio di una maggiore soddisfazione nel lavoro, l'autostima, la qualità della vita." Talvolta la motivazione che cresce e che si evolve può essere inibita dalle barriere del concetto di sé negativo come studente, dall' inaccessibilità di opportunità o risorse, dalla mancanza di tempo o dai programmi che disattendono i principi dell'apprendimento degli adulti.

