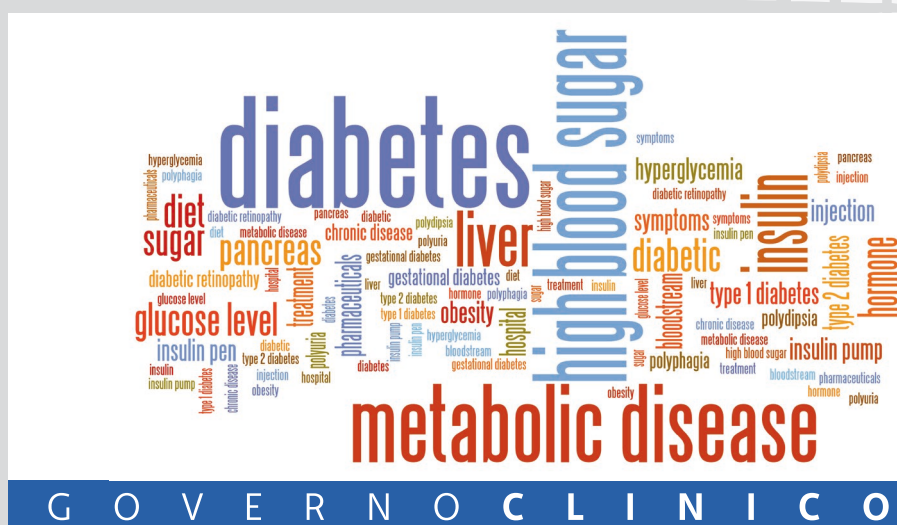




REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA



Linee di indirizzo per l'educazione terapeutica rivolta alla persona con diabete

Linee di indirizzo per l'educazione terapeutica rivolta alla persona con diabete

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità

Direttore centrale: Stefano Dorbolò

Area servizi assistenza primaria

Direttore Fabio Samani

A cura del Gruppo di Lavoro Regionale

Elaborazione del documento

Silvana Azzano	AAS5
Roberta Chiandetti	DCS
Elena Frattolin	Rappresentante Associazione Pazienti
Raimonda Muraro	Rappresentante dietisti
Laura Tonutti	ASUIUD
Maria Luisa Villalta	AAS5

Revisione del documento

Roberta Chiandetti	Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità
Fabio Samani	Direzione Centrale salute politiche sociali e disabilità

Approvazione

Tavolo Tecnico Regionale per la malattia diabetica

Fabio Samani – Direttore Area servizi assistenza ospedaliera - Direzione Centrale salute politiche sociali e disabilità

La presente edizione è stata chiusa in redazione nel mese di maggio 2019
e pubblicato sul sito della regione FVG al Link:

<http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA119/>

Gli autori dichiarano che le informazioni contenute nella presente pubblicazione sono prive di conflitti di interesse

Sommario

1	Premessa	4
2	Le attività educative in regione FVG	6
2.1	Attività educativa strutturata	8
2.1.1	Attività formativa rivolta agli operatori sanitari	8
2.1.2	Attività formativa rivolta ai pazienti	8
3	Offerta formativa regionale – I CAMPI SCUOLA	8
3.1	Contenuti e metodologie	9
3.2	Valutazione della ricaduta dell'attività educativa sui pazienti	10
3.3	Il personale docente	10
3.4	La persona con diabete	10
4	Linee regionali di indirizzo per l'organizzazione dei corsi residenziali per pazienti affetti da diabete in terapia insulinica	11
4.1	Premessa	11
4.2	Organizzazione dei corsi	11
4.3	Tipologia dei partecipanti	12
4.3.1	Requisiti dei pazienti partecipanti ai corsi di I° e II° livello	12
4.3.2	Il Personale sanitario	12
4.4	Requisiti	13
4.5	Trattamento giuridico-economico	13
4.6	Operatori sanitari- Aggiornamento accreditato ECM	13
4.7	Studenti in convenzione	13
4.8	Sede, durata dei corsi e numero partecipanti	13
4.9	Ruolo delle Associazioni di pazienti	14
5	Attività educativa residenziale	14
5.1	L'infermiere	14
5.2	Il dietista	15
5.3	Il medico responsabile	15
6	Finanziamenti regionali	15
7	Indicatori di verifica delle attività	16
7.1.1	Indicatori	16
8	ALLEGATI	16
9	BIBLIOGRAFIA	17

1 Premessa

Il diabete mellito rappresenta un problema di salute pubblica a causa dell'enorme numero di individui affetti a livello mondiale e dell'incremento di morbidità e mortalità che comporta, con una riduzione significativa dello stato di salute e della qualità di vita delle persone colpite.

Nel 2016 sono oltre 3 milioni 200 mila in Italia le persone che dichiarano di essere affette da diabete, il 5,3% dell'intera popolazione (16,5% fra le persone di 65 anni e oltre).

Rispetto al 2000 i diabetici sono 1 milione in più e ciò è dovuto sia all'invecchiamento della popolazione che ad altri fattori, tra cui l'anticipazione delle diagnosi (che porta in evidenza casi prima sconosciuti) e l'aumento della sopravvivenza dei malati di diabete. Confrontando le generazioni, nelle coorti di nascita più recente la quota di diabetici aumenta più precocemente che nelle generazioni precedenti, a conferma anche di una progressiva anticipazione dell'età in cui si diagnostica la malattia (1).

Anche nella nostra regione la incidenza del diabete è aumentata nell'ultimo decennio, e la prevalenza nel 2015 è del 6,67 % (2), pressochè invariata nelle stime del 2017. Riguardo gli stili di vita ed i fattori di rischio del diabete e delle malattie cardiovascolari, l'obesità e la sedentarietà, i dati dell'indagine Okkio alla salute del 2016 (3) e Passi (2014-2017)(4) evidenziano che in regione il 42% della popolazione adulta risulta in sovrappeso / obesa, e solo il 36% fa attività fisica in modo regolare e anche tra i bambini, di età compresa tra i 6 e 10 anni, la situazione necessita di attenzione: il 5,1% risulta obeso il 19,1% in sovrappeso e solo il 31 % svolge una attività fisica regolare strutturata o come gioco.

Rimane ancora elevato il numero di persone affette dalle complicanze micro e macroangiopatiche legate alla patologia (retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia e piede diabetico) a causa di una gestione poco efficace che comporta un compenso glicemico non adeguato. I dati degli Annali AMD pubblicati nel 2018 (5) evidenziano che solo un 28,3% dei pazienti affetti da DM1 ed il 50,9% dei pazienti affetti da DM2 presenta valori di HbA1c a target (HbA1c <7%; 53 mmol/mol). E' noto inoltre che più del 50% dei pazienti cronici non riesce a seguire correttamente la terapia consigliata vanificando l'effetto del farmaco più innovativo ed efficace (6).

E' provato che il buon controllo della malattia diabetica, prerequisito indispensabile per la prevenzione delle complicanze, è correlato non solamente agli aspetti quali/quantitativi "tradizionali" degli interventi dei sanitari, ma anche – soprattutto – alla capacità del paziente di riappropriarsi della sua salute (7).

Per questo è necessario un potenziamento delle informazioni, innalzare il grado di consapevolezza e competenza dei pazienti, il loro coinvolgimento e motivazione alla cura, l'adesione alle prescrizioni ed ai suggerimenti verso modelli di vita corretti, facilitando nel contempo le azioni utili per il controllo e la gestione della malattia.

La conquista di un nuovo e diverso livello di salute deve così rappresentare un obiettivo prioritario nella cura di un paziente affetto da diabete, paradigma delle malattie croniche. La formazione del paziente a un'autogestione consapevole della malattia, diventa quindi parte integrante della terapia. Nella malattia cronica, al contrario di quella acuta, il paziente assume un ruolo attivo: anche la terapia più costosa ed efficace non dà risultati se il paziente non riesce a seguirla correttamente (7).

Il trattamento del paziente diabetico riconosce nella terapia educativa l'elemento indispensabile per una cura realmente efficace. Un corretto percorso educativo permette di: rendere consapevole il paziente riguardo la sua malattia, coinvolgerlo attivamente nella gestione della stessa; raggiungere e mantenere nel tempo un buon controllo metabolico evitando e/o riducendo le complicanze croniche; riconquistare il benessere, ridisegnando un suo nuovo modello di integrità fisica e psichica. Solo quando una strategia terapeutica è progressivamente condivisa con la propria équipe curante ed è consapevolmente gestita dal paziente, si creano le condizioni per una cura realmente efficace ed efficiente, riducendo le complicanze acute e croniche della malattia (7,8).

"L'educazione del paziente diabetico quindi e più in generale del paziente cronico non può essere improvvisata, ma deve nascere da una formazione specifica, metodologicamente corretta, che corrisponda ai bisogni di questi malati, bisogni che superano la dimensione puramente biomedica" (9).

Sul piano pedagogico, un modello che si adatta all'educazione del paziente è quello sistemico, perché mira a far raggiungere al paziente delle competenze misurabili. Esso prevede quattro tappe legate tra loro: l'identificazione dei bisogni (diagnosi educativa), la definizione degli obiettivi (contratto educativo), l'insegnamento-apprendimento (metodi pedagogici/andragogici), la valutazione (pedagogica, bioclinica, psicosociale)(10). Riguardo la scelta dei metodi pedagogici, non esistono linee guida specifiche sulla metodologia da adottare. Anche il NICE nel 2003, pur sostenendo l'importanza di una educazione terapeutica strutturata che sia resa accessibile a tutti i pazienti affetti da diabete, conclude che non vi sono sufficienti evidenze a raccomandare una specifica tipologia educativa o per fornire linee guida in merito al setting o alla frequenza delle sessioni (11). Sottolinea inoltre che per ottenere la massima efficacia è importante che l'intervento educativo:

- rifletta i principi stabiliti per l'educazione rispetto le diverse età della vita;
- venga fornito da appropriato team multidisciplinare (medico, infermiere, dietista) ad un gruppo di pazienti;
- sia reso accessibile per un ampio range di persone, tenendo in conto la cultura, l'etnicità, eventuali disabilità e la localizzazione geografica;
- preveda una varietà di tecniche atte a promuovere l'apprendimento attivo.

Appare evidente pertanto come l'educazione terapeutica non può essere un intervento frutto di improvvisazione, ma richiede conoscenze e competenze pedagogiche specifiche da parte degli operatori sanitari, la scelta di strategie specifiche e ben pianificate per consegnare al paziente gli strumenti idonei ad imparare a gestire la propria condizione con consapevolezza, autonomia e responsabilità, e per stimolare nel paziente la motivazione al cambiamento(12).Coloro che si occupano di diabete e che hanno il compito di realizzare e gestire la terapia educativa, devono prevedere una preparazione adeguata a garantire una formazione che comprenda le conoscenze, la competenza nella terapia educativa e nella gestione della cronicità, ma anche la capacità di lavorare in gruppo e quindi essere in grado di creare e gestire un team (7).

L'educazione terapeutica è in grado di generare un processo di empowerment della persona con diabete, attraverso la conquista della consapevolezza del sé e del controllo delle proprie scelte in relazione al proprio stato di salute/malattia. Partendo dalle sue caratteristiche biologiche, sociali e psicologiche, il paziente non solo acquisisce delle conoscenze ma viene motivato a gestire in prima persona la sua patologia e quindi ad attuare dei nuovi comportamenti che gli permettono di convivere meglio con la sua patologia e ridurre il rischio di sviluppare complicanze. Il paziente insieme con la sua famiglia, diventa l'attore principale nella gestione della sua malattia, l'educatore è un facilitatore che deve rendere più semplice il lavoro del paziente (13).

L'educazione terapeutica, inoltre, attraverso l'implementazione nel paziente dei concetti di alfabetizzazione alla salute o Health Literacy (HL), che è "il grado con cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate le decisioni di salute" (14), consente il raggiungimento di un livello di conoscenze, di capacità individuali da spingere gli individui ad agire per migliorare la propria salute e quella della collettività, modificando lo stile e le condizioni di vita personali. L'engagement della persona con malattia cronica comporta una migliore gestione della salute e/o delle patologie e l'uso appropriato delle risorse e dei servizi (15).

I dati della letteratura fino dagli anni '70 (16,17) hanno valorizzato l'efficacia della educazione terapeutica nel diabete nella riduzione dei ricoveri, nel miglioramento della HbA1c (18), nella progressione delle complicanze e riduzione delle amputazioni agli arti inferiori, nella riduzione dello stress legato al diabete e nel miglioramento della qualità di vita (19,20). Inoltre recenti metanalisi evidenziano una efficacia degli interventi educativi sul calo ponderale mantenuto nel tempo, sui fattori di rischio cardiovascolari (17,21), sulla riduzione della mortalità per tutte le cause del 44%, degli eventi CV del 20%, di stroke del 30% (22).

In Italia lo studio ROMEO (Ripensare l'Organizzazione per Migliorare l'Educazione e gli Outcome) ha permesso di dimostrare sia nei pazienti con diabete tipo 2 che in quelli di tipo 1 l'efficacia e la trasferibilità della Group Care, un modello di educazione ambulatoriale e di organizzazione delle cure, realizzando un miglioramento della qualità di vita e del rischio cardiovascolare dei partecipanti e risultando costo-efficace. (23-25).

L'inserimento nell'attività clinica routinaria, coordinata da infermieri e dietisti, di modelli educativo-terapeutici di gruppo, strutturati in percorsi standardizzati, si è dimostrata efficace a medio termine (26).

I migliori risultati nel medio termine sono stati riferiti a percorsi educativi di lunga durata (27), che prevedono rinforzi educativi nel follow-up adattati all'età e al livello culturale del paziente, attenti alle esigenze, cultura, religione (28) e alle preferenze individuali, nel rispetto degli aspetti psicosociali della malattia e che utilizzano strategie di modifica del comportamento (29).

Altamente positive si sono dimostrate quelle esperienze che, oltre a migliorare la comprensione e l'autogestione della patologia, favoriscono il confronto tra operatori sanitari e gruppi di pazienti con possibilità di scambio di esperienze su problematiche comuni per pazienti e operatori, e non solo con la malattia (30-32).

Il Piano Nazionale sulla malattia diabetica (PND 2013) individua nell'educazione terapeutica una "leva fondamentale per l'efficacia e l'efficienza del sistema di cura ed in diversi punti fa richiamo all'educazione terapeutica "strutturata", cioè documentabile e monitorabile, realizzata dall'impegno del team diabetologico, con il contributo delle associazioni e del volontariato, che deve operare in partnership con i vari attori e con il team diabetologico" (33).

Gli Standard Italiani per la cura del Diabete sistematizzano e confermano quanto riportato in letteratura, con una particolare attenzione agli aspetti psicosociali dei pazienti ed alla necessità che la educazione terapeutica strutturata possa "essere adeguatamente riconosciuta e remunerata nell'ambito delle prestazioni fornite dal servizio sanitario nazionale (SSN), nell'ambito di un sistema integrato di interventi (34).

2 Le attività educative in regione FVG

Nel 1998 l'educazione terapeutica ha ottenuto un riconoscimento ufficiale nel rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità Europa che ne ha dato la seguente definizione "...l'educazione terapeutica ...dovrebbe permettere ai pazienti di acquisire e conservare le capacità e le competenze che li aiutano a convivere in maniera ottimale con la loro malattia. Si tratta di un processo permanente, integrato alle cure e centrato sul paziente: L'educazione implica delle attività organizzate di sensibilizzazione, di informazione, di apprendimento, di autogestione e di sostegno psicologico concernente la malattia, il trattamento prescritto, le cure, l'ambiente ospedaliero di cura e le informazioni sull'organizzazione ed i comportamenti di salute e di malattia. Si prefigge di aiutare i pazienti ed i loro familiari a comprendere la malattia ed il trattamento, collaborare con il personale sanitario, vivere in maniera più sana e mantenere o migliorare la propria qualità di vita" (35).

L'attività educativa è quindi una terapia che accompagna tutto il percorso di cura del paziente, fin dalla diagnosi e a seguire nelle diverse fasi di malattia.

Nella logica del miglioramento continuo e nella volontà di promuovere attività finalizzate non solo alla gestione della malattia ma anche alla prevenzione primaria e secondaria e alla promozione della salute attraverso una sanità d'iniziativa, la regione FVG intende confermare l'impegno finalizzato ad una interazione proficua tra il cittadino/assistito (reso più informato con opportuni interventi di formazione e addestramento) e gli operatori sanitari attraverso l'erogazione di interventi di educazione terapeutica strutturata per livelli/setting /ambiti di competenza.

L'attività educativa, erogata attraverso iniziative sia per singolo paziente che per gruppi omogenei di pazienti, si strutturerà secondo tre modalità:

1- **Attività addestrativa/informativa ed educativa in ambito Distrettuale.** Il presente documento propone l'inserimento nelle organizzazioni territoriali distrettuali di iniziative a carattere educativo inserite all'interno di una gestione integrata che, attraverso la multidisciplinarietà, permetta di intercettare fasce di popolazione maggiormente esposte al rischio di sviluppare patologie e/o complicanze favorendo l'empowerment degli assistiti. I pazienti arruolabili e le modalità di erogazione sono suggeriti negli allegati alle presenti Linee di indirizzo unitamente allo *skill mix* e all'*expertise* richiesta.

2- **Attività educativa svolta all'interno di ogni Servizio di Diabetologia.** I corsi di educazione terapeutica ambulatoriale che vengono svolti nelle singole strutture diabetologiche delle diverse Aziende Sanitarie, come parte imprescindibile dell'offerta clinico-assistenziale della singola unità operativa si strutturano in interventi rivolti a:

- pazienti diabetici di tipo 1 e tipo 2 insulinottrattati,

- pazienti tipo 2 non insulino-trattati
- pazienti obese in gravidanza anche senza diabete
- pazienti con diabete in gravidanza

L'educazione terapeutica sopra descritta è rivolta a gruppi di soggetti, omogenei per età, per tipo di trattamento o presenza di complicanze. L'adesione dei pazienti ai corsi è libera e volontaria ed è quindi auspicabile si svolga con tempistica e modalità tali da venire incontro quanto più possibile alle esigenze dei pazienti stessi per ottenere la massima adesione ai programmi proposti.

3- Attività educativa residenziale - Campi Scuola. Ad integrazione e rinforzo già dagli anni '70, si è sviluppata un'attività educativa residenziale che ha portato all'attivazione dei primi campi scuola, rivolti a soggetti pediatrici ed autofinanziati. Nel 1981 sono iniziati i corsi residenziali rivolti a bambini ed adulti affetti da diabete mellito tipo 1, organizzati dalle Associazioni dei pazienti insieme con i servizi di diabetologia e finanziati dalla regione FVG attraverso fondi dedicati.

Nel corso degli anni, l'attività educativa è diventata più complessa, soprattutto per l'avvento delle nuove tecnologie nella terapia insulinica e nel monitoraggio delle glicemie. Accanto ai corsi residenziali per bambini ed adulti in terapia insulinica multiiniettiva, organizzati da ciascuna unità operativa diabetologica, dal 2008 a tutt'oggi vengono organizzati campi scuola dedicati ai pazienti in terapia con microinfusore che riuniscono i team delle principali strutture diabetologiche della regione. A tali corsi dal 2016 sono stati aggiunti corsi dedicati ai pazienti che svolgono attività fisica regolarmente, anche a livello agonistico.

All'obiettivo educativo dell'attività residenziale svolta all'interno dei campi scuola, si aggiunge l'opportunità formativa per gli operatori sanitari che vi partecipano, attraverso la condivisione di conoscenze e competenze anche complesse, omogeneizzando l'approccio clinico ed educativo fra i diversi team operanti sul territorio.

Gli interventi educativi possono essere rivolti a:

- soggetti con diabete in età evolutiva/adolescenziale
- soggetti adulti con diabete di tipo 1 e tipo 2 insulino-trattati

L'attività educativa, inoltre va considerata nell'ottica di:

- rendere disponibili, per le persone affette da diabete, per bambini e adolescenti con diabete e per i loro familiari, adeguati strumenti e strutture per un efficace percorso di educazione terapeutica.
- condividere con le persone affette da diabete, anche attraverso le associazioni, la cultura dell'importanza della terapia educativa, al fine di costruire non solo un'adeguata offerta formativa ma anche e soprattutto a rendere più consapevoli del bisogno di salute.

I corsi residenziali o campi scuola rivolti a soggetti diabetici insulino-trattati sono progettati e realizzati dai team diabetologici delle singole Aziende Sanitarie, insieme con le Associazioni dei pazienti su linee di indirizzo regionale.

Essi sono rivolti a:

- bambini e adolescenti con diabete e familiari
- persone con diabete tipo 1 e tipo 2 insulino-trattati in multiiniettiva
- persone in terapia insulinica con microinfusore
- persone con diabete tipo 1 e tipo 2 insulino-trattati che praticano attività fisica o attività sportiva
- progetti specifici (es. corsi per l'avvio al calcolo dei carboidrati)

2.1 Attività educativa strutturata

2.1.1 Attività formativa rivolta agli operatori sanitari

Coerentemente a quanto previsto nelle linee di indirizzo regionali è dato mandato alle Aziende sanitarie di provvedere all'aggiornamento continuo degli operatori sanitari che si occupano dell'assistenza alle persone affette da diabete. L'attività educativa strutturata svolta sia all'interno delle singole Unità Operative che durante i Campi Scuola, offre agli operatori sanitari che vi partecipano l'opportunità di un aggiornamento delle competenze educative "sul campo" (FSC) (36).

I campi scuola, in particolare, sono momenti educativi altamente qualificanti in quanto teatro vivente di conoscenza delle problematiche della patologia diabetica con le persone interessate e con volontari dell'associazione.

Gli obiettivi dell'attività formativa rivolta agli operatori sanitari sono mirati a:

- migliorare le conoscenze e competenze su metodologie e strumenti didattici per la realizzazione di programmi educativi strutturati per i pazienti con diabete;
- sviluppare un modello di organizzazione assistenziale centrato sul paziente e sulla cooperazione tra quanti, a vario titolo (curanti, servizi sociali, volontariato) operano a favore del malato;
- favorire lo sviluppo professionale e la formazione degli operatori sanitari, del personale di supporto e dei volontari;
- favorire la collaborazione multidisciplinare tra i membri dei diversi team diabetologici regionali sia pediatrici che dell'adulto;
- promuovere un utilizzo più razionale e appropriato dei servizi, migliorando la qualità degli stessi, contenendo la spesa ed ottimizzando i tempi di gestione dell'assistenza sanitaria.

2.1.2 Attività formativa rivolta ai pazienti

L'attività educativa è un processo strutturato ed insito nel programma di cura del paziente con diabete; essa è continuativa, mantenuta per tutta la durata della vita del paziente e nelle diverse fasi di malattia, ed è svolta da un team diabetologico adeguatamente formato. Si definisce strutturata ogni attività di educazione terapeutica, singola o di gruppo, che risponde ad un modello sistemico di raccolta dei bisogni, definizione degli obiettivi educativi, progettazione di contenuti, strumenti e metodologie, contratto terapeutico e valutazione degli esiti dell'intervento educativo.

L'attività educativa si distingue dall'attività informativa, che invece, è episodica: può essere svolta dal singolo operatore sanitario in base alla propria specifica professionalità, singolarmente o in gruppi di pazienti, anche numerosi, su uno o più argomenti che riguardano la malattia diabetica e la sua gestione

3 Offerta formativa regionale – I CAMPI SCUOLA

Con il presente documento la Regione Friuli Venezia Giulia aggiorna modalità e obiettivi dell'offerta formativa nel campo dell'educazione terapeutica, con particolare attenzione **all'organizzazione e gestione dei Campi Scuola**. I corsi residenziali proposti nelle presenti linee di indirizzo vengono attuati secondo due livelli di complessità di contenuti e di organizzazione e sono definiti in:

- 1) **Corsi di I° livello (base)**. Questi sono organizzati dai singoli servizi diabetologici e comprendono i corsi per pazienti con diabete tipo 1 e tipo 2 in terapia insulinica multiiniezione dall'età pediatrica a quella adulta.

- 2) **Corsi di II° livello (avanzato).** Sono corsi che affrontano tematiche trasversali basati su livelli di competenza più approfonditi che coinvolgono contemporaneamente diversi servizi di diabetologia dell'adulto e/o pediatrici a livello regionale. Richiedono skill mix adeguati e competenze dimostrate nei team diabetologici ma necessitano anche di una attenta valutazione delle abilità, delle conoscenze/competenze e della motivazione nei pazienti partecipanti al corso. Comprendono i corsi per la transizione dei giovani pazienti dal servizio pediatrico all'adulto, i corsi per i pazienti in terapia con microinfusore, quelli per persone con diabete tipo1 e tipo2 insulino-trattati che praticano attività fisica o attività sportiva o corsi progetti specifici (es. corsi per l'avvio al calcolo dei carboidrati).

Gli obiettivi degli interventi educativi rivolti ai pazienti sono mirati a:

- migliorare le conoscenze (sapere);
- integrare le conoscenze nelle abilità pratiche nella gestione della cura (saper fare);
- indurre modifiche del comportamento, in modo da integrare conoscenza e addestramento in nuove corrette abitudini (saper essere).

Inoltre i programmi educativi possono contribuire a:

- migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie;
- rinforzare l'autostima dei singoli pazienti;
- favorire la condivisione tra pari;
- rimuovere le condizioni di isolamento psicologico e sociale;
- favorire il controllo delle condizioni cliniche dei pazienti ottenendo una riduzione delle complicanze acute e croniche, dei ricoveri;
- sviluppare una maggiore consapevolezza nel paziente sulla sua condizione e sulle strategie terapeutiche per perseguire la presa in carico della patologia e il raggiungimento degli obiettivi di cura personalizzati;
- promuovere l'empowerment del paziente finalizzato a una maggiore adesione al trattamento;
- promuovere il processo di engagement del paziente per un utilizzo più razionale e appropriato dei servizi, migliorando la loro qualità, contenendo la spesa ed ottimizzando i tempi di gestione dell'assistenza sanitaria.

3.1 Contenuti e metodologie

I contenuti del programma educativo devono comprendere i seguenti argomenti:

- l'importanza del controllo del diabete per la qualità di vita e la prevenzione delle complicanze;
- obiettivi glicemici personalizzati;
- la terapia nutrizionale per le varie tipologie di persone con diabete (tipo 1, tipo 2, gestazionale, altro ...) e per l'attività fisica;
- il conteggio dei carboidrati;
- la tecnica e gestione dell'autocontrollo con glucometro e con i sistemi di monitoraggio continuo della glicemia;
- la terapia farmacologica e insulinica multiiniettiva o con microinfusori;
- lo stile di vita salutare e attività fisica;
- il riconoscimento e trattamento delle ipoglicemie;
- la cura e l'igiene del piede;
- la cura e l'igiene orale;
- le complicanze del diabete;
- la gestione del diabete in situazioni particolari (malattie, viaggi etc);
- il ruolo e la gestione dell'attività fisica;
- la sessualità, il counseling pre-gestazionale (contraccezione e programmazione della gravidanza)

Le metodologie educative sono scelte in base alla tipologia di pazienti, agli obiettivi didattici, ai contenuti dei corsi, alle competenze degli operatori, nell'ambito dei modelli pedagogici e andragogici e possono prevedere lezioni interattive, lavori di gruppo, esercitazioni pratiche, giochi, attività sportive e ludiche, attività teatrali, esperienze narrative, ecc.

3.2 Valutazione della ricaduta dell'attività educativa sui pazienti

La valutazione di un programma educativo deve tener conto degli obiettivi pedagogici definiti in fase di progettazione dell'intervento educativo. Analogamente, in tale fase andranno definiti gli indicatori e le metodologie di valutazione, che potranno essere diverse a seconda della tipologia di attività.

Dovrà quindi essere effettuata una verifica delle conoscenze, dei comportamenti e della qualità di vita (questionari sulle conoscenze, sulle condotte/comportamenti, sulla qualità di vita). Dovranno inoltre essere presi in considerazione altri parametri clinici di esito intermedio ritenuti utili ai fini della valutazione della ricaduta dell'intervento educativo (es HbA1C, n° ipoglicemia e tempo *in range* nel tempo predefinito- es mese precedente la valutazione-, etc).

In prospettiva potranno essere valutati l'impatto degli interventi educativi effettuati sugli *outcome* di salute, (sviluppo di complicanze) sul carico assistenziale, sull'autonomia del paziente, sulla sua capacità di gestione della patologia e sull'appropriatezza della richiesta di assistenza presso le strutture diabetologiche.

La valutazione della formazione degli operatori sanitari segue le regole dettate dall'ECM

3.3 Il personale docente

Le figure da coinvolgere nelle attività di educazione terapeutica strutturata, siano esse residenziali o ambulatoriali, sono:

1. il team Diabetologico (medico/pediatra esperto in malattia diabetica, infermiere con esperienza in diabetologia, dietista con esperienza in diabetologia),
2. figure professionali in formazione (medici specializzandi, studenti di scienze infermieristiche, operatori sanitari in formazione, etc);
3. altre figure ritenute importanti nell'attività educativa (psicologo, psicopedagogista, podologo, MMG, educatore di attività fisica, preparatore atletico -laureato in scienze motorie- con esperienza in attività fisica adattata alla patologia diabetica; ecc.)
4. pazienti "esperti" e/o rappresentanti delle associazioni dei pazienti diabetici;

3.4 La persona con diabete

La motivazione all'autogestione della malattia è un pre-requisito fondamentale nel mantenimento dell'autonomia e nella prevenzione delle complicanze. Le associazioni dei pazienti da sempre hanno svolto un ruolo importante nel sostegno della motivazione dei pazienti e di tutte le attività educative rivolte ai soggetti diabetici e viene pertanto raccomandata una logica partecipativa come suggerito anche dai documenti istituzionali.

4 Linee regionali di indirizzo per l'organizzazione dei corsi residenziali per pazienti affetti da diabete in terapia insulinica

4.1 Premessa

I campi residenziali attivati dalla Regione Friuli Venezia Giulia, come previsto dalla Legge regionale n. 28 del 1990, risultano essere un momento molto importante nel percorso educativo del soggetto diabetico.

La residenzialità degli interventi educativi, attraverso la convivenza, la condivisione delle attività quotidiane, la narrazione delle esperienze di vita permette agli operatori sanitari di comprendere più a fondo il vissuto di malattia del paziente, il suo atteggiamento di fronte alle sollecitazioni quotidiane, i suoi comportamenti, apre il paziente a nuove prospettive nei confronti della malattia che favoriscono il rapporto di cura. Inoltre, l'esperienza di verificare l'efficacia delle competenze gestionali e dell'uso delle tecnologie in *real life*, vivendo con i pazienti all'interno del campo scuola, ha la funzione di catalizzatore di apprendimento per tutti gli operatori sanitari. Infine, il confronto tra pari all'interno dell'evento residenziale, attraverso un "travaso di competenze", permette di sviluppare nuove potenzialità cliniche, assistenziali, organizzative, di migliorare le metodologie e gli strumenti didattici, di crearne di nuovi contestualizzati alla novità dello sviluppo tecnologico legato alla terapia del diabete.

Le attività connesse alla realizzazione dei corsi residenziali sono previste nell'ambito delle linee strategiche in capo alla Direzione Centrale, cui in particolare competerà:

1. la valutazione della proposta formativa presentata dal servizio coinvolto secondo le linee di indirizzo
2. il finanziamento
3. la raccolta dei report sugli indicatori identificati nelle presenti linee di indirizzo
4. la verifica degli indicatori contenuti nei report raccolti

Le procedure di accreditamento ECM per la formazione degli operatori sanitari coinvolti nei corsi in oggetto saranno espletate dai servizi di Formazione delle Aziende Sanitarie coinvolte e coerentemente con i mandati regionali.

Il presente documento definisce le linee di indirizzo procedurali per i corsi organizzati attraverso il finanziamento regionale.

Nel caso le Associazioni di pazienti o altri portatori di interesse organizzino attività di educazione strutturata con altre forme di finanziamento, gli operatori sanitari coinvolti a titolo di docenza sono assoggettati alle autorizzazioni aziendali in essere e svolgere l'attività in parola al di fuori dell'orario di servizio.

4.2 Organizzazione dei corsi

La descrizione della tipologia dei corsi, obiettivi, contenuti, modalità didattiche e tipologia del team docente fa riferimento alla parte generale del documento.

In questa sezione del documento viene definita:

- tipologia dei partecipanti discenti
- gli operatori sanitari docenti
- sede e durata del corso, numero dei partecipanti
- ruolo delle associazioni dei pazienti
- attività educativa residenziale
- procedura di accesso ai finanziamenti regionali
- indicatori di verifica

4.3 Tipologia dei partecipanti

4.3.1 Requisiti dei pazienti partecipanti ai corsi di I° e II° livello

I corsi sono rivolti a soggetti affetti da diabete:

- di tipo 1 e di tipo 2 in trattamento insulinico intensivo;
- senza complicanze diabetiche evolute (in particolare insufficienza renale cronica, arteriopatia periferica severa che limiti la deambulazione, cardiopatia ischemica che limiti l'attività, etc.);
- autosufficienti;
- già noti al Centro Diabetologico dell'azienda sanitaria (e al Team docente) che organizza il Corso;
- bambini dai tre agli otto anni d'età accompagnati da un genitore;
- bambini dagli otto anni di età con o senza il genitore, a giudizio del pediatra;
- genitori di bambini molto piccoli;
- adulti preferibilmente entro i 65 anni;
- La proposta di inserimento dei pazienti ai corsi residenziali viene effettuata dal Team diabetologico in ogni singolo Servizio sulla base di una valutazione clinica dei soggetti e delle possibilità dei singoli di trarre vantaggio dalla partecipazione ai corsi.

In particolare verrà valutato:

- il livello di compenso metabolico in atto o complicanze;
- la motivazione del paziente;
- la disponibilità al cambiamento;
- il livello di accettazione della malattia;
- l'aderenza al percorso di cura;
- altri eventuali aspetti secondo il giudizio clinico.

L'ammissione dei pazienti proposti al corso è decisa dal Medico Responsabile del corso in oggetto.

E' auspicabile che ogni ragazzo con diabete possa partecipare a più di un campo scuola durante la sua fase di crescita, soprattutto per i casi in particolare condizione di disagio sociale.

In caso di pazienti bambini ed adulti con particolari bisogni educativi, problematiche sociali e disabilità può essere prevista la partecipazione al campo di un familiare/tutor in accompagnamento.

Ogni soggetto diabetico adulto non potrà partecipare a più di un corso residenziali nell'anno solare e a due corsi residenziali annuali consecutivamente.

4.3.2 Il Personale sanitario

Nei corsi di I livello (base):

Vengono organizzati dal team diabetologico all'interno della propria Azienda. Il responsabile deve essere un medico del servizio di diabetologia dell'Azienda che organizza il corso. Qualora si verificano indisponibilità da parte di alcuni componenti del proprio team, il responsabile potrà attingere ad altri team diversi dal proprio, sia all'interno dell'Azienda che provenienti da altre Aziende della regione, previa coerente richiesta di autorizzazione all'Azienda di appartenenza. Solo in dimostrata assenza di disponibilità di personale dipendente delle aziende sanitarie regionali, potrà essere valutata la proposta di personale esterno che mai potrà ricoprire il ruolo di diabetologo responsabile del corso.

Nei corsi di II livello (avanzati):

Il team dei docenti dei corsi di II° livello, attinge ai team diabetologici dei diversi servizi della regione. A rotazione, i diversi team si occuperanno dell'organizzazione dei corsi in parola. Il responsabile sarà quindi un medico diabetologo di uno dei servizi di diabetologia delle Aziende Sanitarie della regione al quale verranno attribuite tutte le funzioni di progettazione e organizzazione del corso, coadiuvato dagli altri colleghi e team diabetologici partecipanti al corso stesso. È auspicabile la partecipazione di almeno un operatore sanitario proveniente da ogni servizio che ha proposto la partecipazione dei pazienti. Qualora ciò non fosse possibile, le modalità di accoglienza del paziente stesso saranno da concordare con il team docente.

4.4 Requisiti

Il team docente potrà essere diversificato a seconda della tipologia del corso con competenze verificate dal responsabile del corso stesso sulla base di dimostrata esperienza in ambito diabetologico

È indispensabile che ogni operatore sanitario partecipante ai corsi sia addestrato alle manovre di BLS sulla base degli obblighi Aziendali

Tutti i componenti del team diabetologico e i rappresentanti delle Associazioni garantiscono la loro presenza continuativa per tutta la durata dei corsi residenziali di educazione terapeutica dalla fase di progettazione a quella di rendicontazione.

4.5 Trattamento giuridico-economico

Si rimanda alle indicazioni regionali in materia di gestione del trattamento giuridico - economico del personale l'attività prestata dagli operatori sanitari istituzionalmente preposti nell'ambito dei suddetti corsi.

4.6 Operatori sanitari- Aggiornamento accreditato ECM

I corsi residenziali verranno accreditati come Formazione sul Campo, nell'ambito di un progetto di miglioramento; sarà in capo ad ogni Azienda farsi carico delle procedure previste nell'accREDITamento ECM.

4.7 Studenti in convenzione

La partecipazione di studenti è convenzionata dal Protocollo d'intesa 22 aprile 2016 tra la Regione FVG, l'Università degli Studi di Trieste e l'Università degli Studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università, congiuntamente all'attività didattica e di ricerca, in attuazione della delibera di giunta regionale n. 251 del 19 febbraio 2016

4.8 Sede, durata dei corsi e numero partecipanti

In base alle necessità didattiche e organizzative ed al tipo di corso il team decide:

- 1) per i corsi residenziali di I° livello il numero dei partecipanti sarà definito secondo un rapporto tra personale educatore e soggetti diabetici di 1:3 nei campi rivolti ai bambini/adolescenti con eventuale personale dedicato 1:4 per la formazione dei genitori/*care-givers* presenti; 1:4 nei campi rivolti agli adulti;
- 2) nei corsi residenziali di II° livello il rapporto tra personale educatore e pazienti diabetici è superato in relazione alle caratteristiche stesse dei corsi già descritte. Essi prevedono la partecipazione dei team (medico, infermiere, dietista) dei singoli centri coinvolti, più personale in formazione e docenti esterni specifici per il tipo di corso. I pazienti partecipanti ai corsi di II livello sono circa 4-5 pazienti per servizio di diabetologia partecipante;
- 3) la durata del corso sarà prevista da un minimo di 2 notti a un massimo di 6 notti continuative;

- 4) Il team, inoltre, verifica che la sede sia adatta al tipo di corso ed alle finalità didattiche, salubre e idoneo secondo le garanzie di sicurezza per operatori e partecipanti (sede del corso, luoghi dedicati alle attività ricreative e sportive a scopo didattico, prossimità a strutture di prima emergenza)

4.9 Ruolo delle Associazioni di pazienti

Le associazioni da sempre hanno svolto un ruolo importante nel sostegno di tutte le attività educative rivolte ai soggetti diabetici e viene pertanto raccomandata una logica partecipativa come suggerito dai documenti istituzionali.

E' altresì prevista e/o auspicabile la presenza di pazienti particolarmente esperti nella gestione della malattia (o delle specifiche tematiche affrontate durante il corso) e con particolari capacità comunicative o di aggregazione che possano fungere da tutor nei confronti degli altri partecipanti all'interno del corso.

La presenza attiva di rappresentanti delle Associazioni rappresenta un prerequisito organizzativo necessario sia in fase di programmazione che durante lo svolgimento e la successiva fase di verifica secondo quanto previsto nel presente documento.

E' quindi affidata alle Associazioni:

- l'organizzazione logistica ed amministrativa del corso;
- la pubblicizzazione, laddove necessario, dei corsi stessi;
- la collaborazione nella raccolta delle adesioni;
- la gestione delle pratiche amministrative riguardanti i pazienti;
- l'attivazione della polizza assicurativa per i partecipanti al corso.

5 Attività educativa residenziale

1) il format

Ogni corso prevede una attività didattica erogata secondo le indicazioni di minima contenute nel format in allegato.

Il responsabile di corso in sede di programmazione garantirà una turnazione degli operatori presenti in qualità di docenti tale da consentire le 11 ore di riposo previste dalla normativa.

2) il team docente

In tutte le fasi di progettazione, svolgimento, verifica dei corsi residenziali per pazienti diabetici il team (medico, infermiere, dietista) è il fulcro delle attività, in sinergia con l'Associazione dei pazienti e coadiuvato da altre figure con competenze diverse rispetto al tipo di corso. Ognuna delle figure professionali e non agisce con sue specifiche responsabilità o su delega del responsabile del Corso.

Qui sotto elencate le attività attribuite ai singoli professionisti del team:

5.1 L'infermiere

- Elabora ed eroga la parte didattica di addestramento/educazione/ verifica e la parte formativa specifica del campo;
- allestisce l'ambulatorio infermieristico al campo: farmaci per le urgenze, insuline di scorta e strumenti per il monitoraggio glicemico (vedi allegato);
- organizza l'approvvigionamento e la gestione dei farmaci;
- contatta i pazienti /le famiglie e tiene i rapporti per la preparazione del campo, durante lo svolgimento e dopo il campo;
- compila una *check list* addestrativa/educativa per ogni singolo paziente (vedi allegato).

5.2 Il dietista

- Elabora ed eroga la parte didattica di educazione nutrizionale e la parte formativa specifica del campo;
- verifica che i pasti vengano preparati secondo le opportune indicazioni nutrizionali (34) e le finalità didattiche del corso;
- concorda il menù con le strutture ospitanti, si accerterà che vengano preparati pasti adatti anche a persone con celiachia, con intolleranze o con abitudini alimentari legate ad una diversa scelta culturale.

Altri Operatori sanitari e non partecipanti al campo (preparatori atletici, psicologi, psicoeducatori, MMG, podologi) sono parte attiva, qualora previsti, come i membri del team, alla progettazione ed allo svolgimento, nonché alla verifica del corso per le attività di loro competenza

5.3 Il medico responsabile

Il medico è responsabile *delle* attività proprie e di quelle affidate al team

Nello specifico:

- individua i componenti del team docente;
- tiene i contatti con l'Associazione dei pazienti per la parte logistica e amministrativa;
- decide sede, durata e numero dei partecipanti;
- sovrintende alla compilazione del modulo per la richiesta di finanziamento del campo scuola;
- organizza gli incontri nella fase di progettazione del campo ed eventuali incontri successivi con tutti gli operatori coinvolti nel campo scuola;
- condivide obiettivi didattici, programma, modalità operative e didattiche, responsabilità di ogni partecipante durante lo svolgimento del corso e gli indicatori di valutazione;
- organizza per i campi scuola pediatrici un incontro con le famiglie prima del corso per condividere con loro gli obiettivi. Dopo il campo dovranno essere organizzati alcuni incontri per elaborare con famiglie e ragazzi gli aspetti educativi e psicologici messi in evidenza dall'esperienza del campo;
- è responsabile della stesura del programma organizzativo e didattico dettagliato;
- predispone il documento del Patto Formativo che all'inizio del corso deve essere spiegato (vedi allegato);
- è responsabile di tutte le terapie insuliniche e dei trattamenti di emergenza che si rendessero eventualmente necessari;
- redige la documentazione per l'accreditamento ECM quando previsto;
- effettua la valutazione dell'efficacia degli interventi educativi previsti in fase di progettazione;
- redige la relazione conclusiva dell'attività svolta durante il corso da inviare all'Azienda, presso la quale opera, e alla Direzione Centrale della Salute, secondo il modello predisposto

6 Finanziamenti regionali

Poiché il finanziamento dei corsi residenziali di educazione terapeutica attinge a risorse pubbliche, in una logica di appropriatezza di utilizzo delle risorse della collettività, la valutazione dell'ammissibilità al finanziamento dovrà essere subordinata alla verifica dell'aderenza ai requisiti sopra stabiliti.

La scheda riassuntiva per la valutazione dell'accessibilità al finanziamento regionale evidenzia in particolare la tipologia dei partecipanti, la presenza di un team di diabetologia, la strutturazione delle attività educative comprendente una analisi dei bisogni, una descrizione degli obiettivi educativi, un programma con le attività ritenute necessarie al raggiungimento degli obiettivi, le figure professionali sanitarie e non necessarie allo svolgimento delle attività, la valutazione dell'efficacia clinica e psicologica dell'evento educativo (vedi allegato).

Essa va compilata dal responsabile del corso insieme con il responsabile dell'Associazione dei pazienti che si occupa degli aspetti logistici del corso ed inviata alla Direzione Centrale della Salute.

7 Indicatori di verifica delle attività

La Direzione Centrale della Salute monitorerà e supervisionerà in merito all'attività educativa svolta attraverso i report (vedi allegati), che ogni centro/servizio fornirà, al fine di ottenere un quadro completo della situazione regionale.

7.1.1 Indicatori

- ☐ organizzazione e criteri di inclusività:
 - % pazienti che hanno completato il percorso educativo residenziale/percentuali pazienti arruolati (per i Servizi di Diabetologia - per il MMG); risultato atteso 100%
 - n° format compilati correttamente/ n° format recapitati; risultato atteso 100%
 - n° corsi finanziati/ n° richieste; risultato atteso 100%
- ☐ didattico-educativo
 - ore di attività interattive (esercitazioni in gruppo-attività fisica-giochi didattici/ore totali; risultato atteso >50%
 - n° ruoli professionali dei docenti coinvolti nel corso; risultato atteso > 2
- ☐ report indicatori di efficacia (differenziati per corso), a fine corso, 3 e/o 6 mesi
 - n° report indicatori previsti/n° dei corsi svolti nell'anno; risultato atteso 100%

8 ALLEGATI

1. PATTO FORMATIVO
2. FORMAZIONE MMG- Distretto
3. SCALETTA E PROGRAMMAZIONE CAMPO SCUOLA
4. Format PROGRAMMA Corso Residenziale
5. SCHEDA DI APPRENDIMENTO DELLE COMPETENZE/ABILITA' DEGLI OPERATORI SANITARI
6. SCHEDA AMMISSIONE AL FINANZIAMENTO REGIONALE
7. FARMACI CAMPO-SCUOLA
8. SCHEDA REPORT FINALE

9 BIBLIOGRAFIA

- 1) <https://www.istat.it/it/archivio/202600>
- 2) Epidemiologia del diabete mellito in Friuli Venezia Giulia Report 2015 . Direzione Centrale Salute, Integrazione sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia
http://www.regione.fvg.it/rafv/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/FOGLIA36/allegati/Diabete_FVG_Report_2015.pdf
- 3) Epicentro. OKKIO alla Salute 2016
<http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/reportregionali2016/FRIULI%20VENEZIA%20GIULIA.pdf>
- 4) Epicentro. La sorveglianza PASSI <http://www.epicentro.iss.it/passi/>
- 5) Associazione Medici Diabetologi. Annali AMD2018 <http://aemmedi.it/annali-amd-2018-sintesi-dei-risultati>
- 6) Krassl et al. Adherence to diabetes medication: a systematic review. Diabet Med 2015;32(6):725-37
- 7) Musacchio N. , Valentini U. Educazione terapeutica e diabete: la formazione dei formatori un progetto per la regione Lombardia. GIDM 2001; 21, 131-139
- 8) Beck J, Greenwood DA, et al.; 2017 Standards Revision Task Force. 2017 national standards for diabetes self-management education and support. Diabetes Care 2017;40:1409–1419
- 9) Guilbert J: Priority health problems and educational objectives. In: Guilbert J (Eds): Educational Hand Book for health personel. WHO, Geneva, 1992, p 101-155
- 10) D'Ivernois JF, Gagnayre R Apprendre a èduquer le patient. Approche pedagogique.1995
- 11) NICE Guidance on use of patient education models for diabetes. National Institute for Clinical Excellence echnology Appraisal 60, April 2003. www.nice.org.uk
- 12) La terapia educativa. In: Bufacchi T, Di Berardino P. et al. Manuale di formazione in psicodiabetologia. Euro Medica,2013 p.64-73
- 13) Powers MA, Bardsley J and al Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics .Diabetes Care 2015; 38:1372–1382
- 14) Organizzazione Mondiale della Sanità, Health Promotion Glossary, 1998
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- 15) Graffigna G et al Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana. Recenti Prog Med 2017; 108: 455- 475
- 16) Miller L, Goldstein J More efficient care of diabetic patients in a county -hospital setting. NEJM 1972; 26:286
- 17) Lager G, Pataky Z, Golay A Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. Patient Educ and Couns 2010; 79 :283–286
- 18) Warsi A, Wang P et al Self-management Education Program in Chronic Disease. A systematic review and methodological critique of the literature. ArchInt Med 2004;164:1641-1649
- 19) Sperl-Hillen J, Beaton S, Fernandes O, et al. Are benefits from diabetes selfmanagement education sustained? Am J Manag Care 2013; 19:104–12
- 20) Minet L, Møller S, Vach W, et al. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomised controlled trials. Patient Educ Couns 2010; 80:29–41
- 21) The Look AHEAD Research Group. Long Term Effects of a Lifestyle Intervention on Weight and Cardiovascular Risk Factors in Individuals with Type 2 Diabetes: Four Year Results of the Look AHEAD Trial. Arch Intern Med 2010; 170(17): 1566–1575

- 22) Wong CK, Wong WC et al. Patient Empowerment Programme in primary care reduced all-cause mortality and cardiovascular diseases in patients with type 2 diabetes mellitus: a population-based propensity-matched cohort study. *Diabetes Obes Metab.* 2015; 17(2):128-3
- 23) Trento M, Gamba S, Gentile L, et al for the ROMEO investigators. Romeo: Rethink Organization To Improve Education And Outcomes. A Multicentre Randomised Trial Of Lifestyle Intervention By Group Care To Manage Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2010; 33:745-747
- 24) Sicuro J, Bondonio P, Charrier L, et al for the ROMEO investigators. Cost analysis of Group Care versus usual care in patients with type 2 diabetes in the ROMEO clinical trial. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2013; 23:e13-4
- 25) Sicuro J, Charrier L, Berchiolla P, et al. Self-management Education by Group Care reduces Cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes: analysis of the ROMEO clinical trial. *Diabetes Care*, 2014; 37:e1-e2
- 26) Reaney M, et al. From Acorns to Oak Trees: The development and theoretical underpinnings of diabetes conversation map education *Diabetes Spectrum* 2012; 25:111-116
- 27) Strawbridge L, Lloyd J, Meadow A, et al. One-year outcomes of diabetes self-management training among Medicare beneficiaries newly diagnosed with diabetes. *Med Care*. 2017; 55:391-397
- 28) Ibrahim M et al on behalf of the International Group for Diabetes and Ramadan (IGDR). Recommendations for management of diabetes during Ramadan: update 2015. *BMJ Open Diabetes Research and Care* 2015; 3:e000108
- 29) Steed L, Cooke D, Newman S. A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2003; 51:5-15
- 30) Position statement OSDI 2013/2014. Raccomandazioni di trattamento assistenziale in campo diabetologico. https://osdi.it/uploads/easycms/OSDI%20volume%207%20-%202013%20OKK_48427.pdf
- 31) Forlani G, Lorusso C, Moscatiello S, et al. Are behavioural approaches feasible and effective in the treatment of type 2 diabetes? A propensity score analysis vs. prescriptive diet. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2009; 19:313-320
- 32) Sperl-Hillen J, Beaton S, Fernandes O, et al. Comparative effectiveness of patient education methods for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2011; 171:2001-2010
- 33) Ministero della Salute. Commissione Nazionale Diabete. Piano sulla malattia diabetica. 2013 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1885_allegato.pdf
- 34) Standard Italiani per la cura del diabete mellito AMD SID 2018 <http://aemmedi.it/amd-sid-standard-di-cura-del-diabete-mellito-2018/>
- 35) WHO Working Group: Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers in the field of chronic diseases. WHO -Europe, Copenhagen 1998 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf
- 36) http://ape.agenas.it/documenti/normativa/criteri_assegnazione_crediti_2019.pdf

CORSO RESIDENZIALE

SCHEDA DI APPRENDIMENTO DELLE COMPETENZE/ABILITA' DEGLI OPERATORI SANITARI

Nome Cognome partecipante

Data corso

Attività	1	2	3	Non rilevabile	Osservazioni
Informa il paziente sull'importanza del controllo del diabete per la qualità di vita e prevenzione delle complicanze.					
Addestra il paziente e verifica il corretto utilizzo dello strumento per l'autocontrollo glicemico in possesso dell'utente, lo scarico dati e loro interpretazione/utilizzo.					
Informa il paziente e verifica che conosca gli obiettivi glicemici personalizzati					
Addestra il paziente al corretto utilizzo degli strumenti per la somministrazione della terapia insulinica (siringa, penna, microinfusore), alla corretta tecnica iniettiva, alla verifica prevenzione / presenza delle lipodistrofie					
Spiega la compilazione di un diario alimentare/glicemico con conteggio CHO e sua discussione con il paziente.					
Informa il paziente sulle indicazioni nutrizionali di base e verifica nel paziente con diabete tipo1 o tipo 2 in terapia insulinica					
Sa spiegare e valutare la gestione della Terapia farmacologica e insulinica multiiniettiva e con microinfusori in situazioni di variabilità glicemica (ipo/iperglicemie)					
Propone uno stile di vita salutare e la attività fisica.					
Istruisce il paziente e verifica il riconoscimento e trattamento delle ipo/iperglicemie.					
Istruisce il paziente e verifica l'igiene e cura del cavo orale per prevenzione parodontopatia.					

Istruisce il paziente e verifica l'igiene e la cura del piede per prevenzione complicanze piede diabetico.					
Informa ed educa il paziente a conoscere e prevenire le complicanze del diabete.					
Informa il paziente sulla gestione del diabete in situazioni particolari: gravidanza, viaggi, malattia					
Informa il paziente sul ruolo e gestione dell'attività fisica.					
Informa il paziente sui problemi legati alla sessualità nel diabete, partecipa al counseling pregravidico, contraccezione e programmazione della gravidanza.					
Conosce le nuove terapie e tecnologie e le sa spiegare/proporre al paziente					
Istruisce il paziente al rifornimento, conservazione e utilizzo del Glucagone.					

Legenda punteggi: 1= è a conoscenza ma esegue in osservazione; 2= esecuzione in collaborazione; 3=esecuzione in autonomia

DATA_____

Firma del Tutor / Responsabile scientifico _____

Scheda gestione FARMACI

Ogni partecipante deve portare al Campo:
1) tutto il materiale occorrente per: - l'autocontrollo glicemico (e chetonemia), - la somministrazione della terapia insulinica, 2) materiale per la correzione dell'ipoglicemia (Glucagone, carboidrati a rapido e lento assorbimento)
3) Farmaci per uso personale non legati alla malattia diabetica (continuità terapeutica)
CONSERVAZIONE:
L'infermiere si occupa della gestione e conservazione dei farmaci dei pazienti per il diabete e non
I farmaci devono essere custoditi con modalità adeguate a garantire: - il mantenimento delle caratteristiche chimico-fisiche originali (al riparo da calore, umidità, luce, congelamento) - la sicurezza, intesa come protezione da smarrimenti e furti
I farmaci non vanno lasciati incustoditi o lasciati in luoghi accessibili a persone esterne al campo
- I farmaci devono rimanere chiusi a chiave se non sorvegliati; la chiave va custodita dall'infermiere responsabile. - I farmaci da conservare a temperatura ambiente vanno conservati ad una temperatura inferiore ai 25°C se non diversamente specificato e comunque non oltre i 30°C. Attenersi alle indicazioni del foglietto illustrativo. - Eventuali farmaci multidose, dopo il primo utilizzo, dovranno essere conservati secondo le modalità indicate nel foglietto illustrativo; dovrà essere apposta sul flacone la data di primo utilizzo e la data di scadenza secondo quanto indicato nel foglietto illustrativo - i farmaci da conservare in frigorifero vanno tenuti ad una temperatura compresa fra 2°C e 8°C. Il frigorifero adibito alla conservazione dei farmaci non deve contenere alimenti.
I farmaci personali del partecipante devono essere presi in consegna da un infermiere che provvede ad ispezionarli ed identificarli, controllare la data di scadenza, le corrette modalità di conservazione ed a verificare che i farmaci siano completi di custodia originale, blister e foglietto illustrativo.
<u>In nessun caso possono essere accettati farmaci privi delle indicazioni di scadenza, sconfezionati o sfusi.</u>
Vanno conservati in un contenitore/sacchetto con etichetta adesiva apportando nome e cognome.

MATERIALE di Pronto soccorso

L'infermiere deve predisporre ed avere sempre con sé lo "zaino/borsa di pronto soccorso" per la gestione dell'emergenze diabetologiche e non per ogni uscita dal campo, contenente:

- farmaci salvavita (es.glucagone, cortisone, adrenalina ecc.),
- materiale da medicazione,
- presidi per la determinazione della glicemia e chetonemia,
- presidi per la somministrazione della terapia insulinica,
- carboidrati a rapido e lento assorbimento

Format “tipo” di Corso Residenziale

	orario	Attività	Personale Responsabile
	8.30	Colazione con conta carboidrati	Dietista
	9.00	Lezione interattiva	Team
	10.30	Lavoro in piccoli gruppi e discussione	Team
	12.30	Verifica autocontrollo glicemico e terapia	Infermiera
	13.00	Pranzo con conta carboidrati	dietista
DALLE ORE 14 ALLE ORE 15		TEMPO LIBERO	
	15.00	Lavoro in piccoli gruppi e discussione	Team
	16.00	Attività fisica in gruppo	Educatore attività fisica (o figura dedicata)
	18.00	Incontro con il team per valutazione dell'andamento glicemico della giornata	Team
DALLE ORE 19 ALLE ORE 20		TEMPO LIBERO	
	20.00	Cena con conta carboidrati	dietista
	20.30-21.30	Briefing serale del team docente	Team

Attività addestrativa/informativa ed educativa in ambito Distrettuale

Tipo di attività educativa e popolazione target
Attività informativa (incontri a tema, distribuzione materiale informativo)
- Persone con diabete tipo2 seguite dal MMG
- Persone ad alto rischio di sviluppare la patologia (IGT e IFG)
Attività addestrativa/ educativa strutturata (in gruppo o singolarmente) :
- Persone con DM tipo2 seguite dal MMG
Contenuti
Conoscenze: diabete e la sua prevenzione, corretto stile di vita: alimentazione ed attività fisica, fattori di rischio CV, complicanze del diabete, piede diabetico, percorso di cura per la gestione del diabete, lo screening ed il follow-up delle complicanze tra MMG e specialisti
Operatori sanitari coinvolti*
- Medici di Medicina generale
- Infermiere del Distretto
- Dietisti del Distretto
Gli operatori sanitari del Distretto agiscono sulla base di dimostrate conoscenze della patologia diabetica, competenze nella sua gestione e in ambito educativo (corsi di formazione specifici e di FSC).
Verifica Attività
Incontri di audit semestrali per la raccolta dei bisogni formativi degli operatori sanitari, la programmazione delle attività di formazione ed il report delle attività svolte cui partecipa lo specialista diabetologo di riferimento, gli operatori sanitari del Distretto, i MMG, i rappresentanti delle Associazioni dei pazienti.

* I team diabetologici dei servizi di diabetologia si rendono responsabili della formazione continua e periodica degli operatori sanitari dei Distretti di competenza attraverso l'attivazione di percorsi formativi di FSC, forniscono eventuale consulenza in ognuna delle fasi delle attività educative nel Distretto, partecipano alle riunioni di audit relative alle attività svolte.

Campo scuola (tipologia campo): _____

Servizio di Diabetologia: _____

Organizzazione proponente (Associazione): _____

PATTO FORMATIVO

Premessa

Il patto formativo è l'insieme delle norme che le componenti del campo scuola concordano per il corretto e proficuo svolgimento del campo scuola di educazione terapeutica per la persona con diabete.

- Il patto formativo riguarda tutte le attività del campo, che vengono proposte, selezionate e coordinate per la realizzazione delle finalità specifiche dell'educazione terapeutica, nella prospettiva della centralità della persona con diabete nel processo formativo.
- Il principio fondamentale a cui si ispira il patto formativo è l'assunzione di responsabilità sia individuale che collettiva, che deve contraddistinguere la vita del campo come comunità formativa.
- Il patto formativo regola, in modo particolare, l'attività didattica, che, nei suoi due momenti fondamentali dell'insegnamento e dell'apprendimento, non può essere lasciata al caso o all'arbitrio del singolo.

Il Responsabile del Corso e tutto il team docente si impegnano a:

1. Rilevare aspettative e esigenze particolari dei partecipanti (eventualmente delle famiglie in caso di campi per ragazzi in età pediatrica) ed a fornire una adeguata risposta.
2. Organizzare i percorsi didattici e formativi per i partecipanti al campo, scegliendo modalità di lavoro e metodologie di insegnamento commisurate alla situazione e al tema dedicato del campo, illustrare gli obiettivi terapeutici da raggiungere per il percorso formativo.
3. Spiegare e motivare tutte le attività di verifica effettuate durante lo svolgimento del campo (test di conoscenza sul diabete, compilazione dei diari alimentari e glicemici, altro _____, prove pratiche particolari). Esse sono elementi fondamentali sia in entrata che in itinere nella gestione del programma durante il corso.
4. Prendere in considerazione le richieste del gruppo purché siano aderenti al tema del campo.

Il partecipante al campo si impegna:

(nome e cognome) _____

1. A prestare attenzione durante le lezioni teoriche e pratiche e collaborare attivamente con impegno e serietà allo svolgimento delle stesse.
2. A rispettare le regole per l'utilizzo dei cellulari personali, per gli orari delle lezioni, delle attività e dei pasti previsti dal programma per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti.
3. Si impegna a utilizzare in modo corretto il diario alimentare e glicemico, gli strumenti per la misurazione/monitoraggio della glicemia o altra tecnologia venga utilizzata secondo le finalità del campo (es. cardiofrequenzimetro), ecc.
4. Si impegna al rispetto di tutti gli operatori sanitari del campo scuola e dei propri compagni del corso.
5. Si impegna ad accettare consapevolmente gli altri e a tollerare e rispettare opinioni e modi diversi di essere.
6. Si impegna a rispettare le decisioni della maggioranza e le idee di chi è in minoranza.
7. Si impegna al rispetto e al corretto uso delle attrezzature e del materiale del campo scuola, al rispetto dei beni materiali e delle regole di soggiorno della struttura ospitante ed a rispondere di eventuali danni arrecati.

Data _____

Firma del partecipante _____

Firma del Responsabile del Corso _____

ESEMPIO DI SCALETTA E PROGRAMMAZIONE CAMPO SCUOLA

	ARGOMENTI ATTIVITA' DIDATTICA / ATTIVITA' PRATICA / EDUCAZIONE TERAPEUTICA
Primo giorno (mezza giornata)	PRESENTAZIONE GRUPPO E PROGRAMMA
	QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE E DI CONOSCENZE
	PATTO FORMATIVO E PRATICHE AMMINISTRATIVE
	RACCOLTA BISOGNI FORMATIVI ("COSA MI ASPETTO DAL CORSO")
I giorni intermedi	SVOLGIMENTO DEI TEMI DEDICATI DEL CAMPO SCUOLA CON LEZIONI FRONTALI E CON LAVORI DI GRUPPO
	ATTIVITA' PRATICHE DI CALCOLO DEI CARBOIDRATI (es. pasti con calcolo dei carboidrati con la dietista)
	ATTIVITA' PRATICHE PER L'UTILIZZO DI DEVICE
	ALTRE ATTIVITA' SECONDO IL TEMA DEL CAMPO SCUOLA
	INCONTRI CON IL TEAM SULLA GESTIONE DIABETOLOGICA
Ultimo giorno (mezza giornata)	QUESTIONARIO FINALE DI VALUTAZIONE CONOSCENZE
	RACCOLTA DEI RISULTATI (ES. "COSA MI PORTO A CASA")

SCHEMA di Valutazione per ammissione al Finanziamento regionale

Azienda Sanitaria	
Struttura diabetologica	
Responsabile del Corso	
Associazione Pazienti Responsabile al Corso	
Denominazione Corso Residenziale	
Sede	
Data	dal al
Tipologia Pazienti	
Numero	
Presenza Familiari	☐ NO
	☐ SI n°
Accreditamento ECM	☐ SI
	☐ NO
Team diabetologico	☐ medico
	☐ infermiere
	☐ Dietista
Altri operatori	☐ Psicologo
	☐ Formatore
	☐ Istruttore Attività fisica
	☐ Altri
Programma	Bozza in allegato
Valutazione pazienti	Es.: Report Questionario conoscenze*
	Es: Report Scheda competenze**
	Es: Report Parametri metabolici : - HbA1c - n° ipoglicemie, - Tempo in range
Contratto terapeutico	allegato
Obiettivi: descrizione	1
	2
	3
Note - Responsabile Corso	
Note - Responsabile Associazione Pazienti	

*Questionario delle conoscenze:

Al fine di valutare l'acquisizione di conoscenze da parte dei discenti all'inizio e alla fine di ogni evento sarà somministrato un questionario di conoscenze da allegare al Report finale. Andrà inoltre allegato al report l'esito dei questionari pre e post riportati come percentuale media di risposte esatte.

Il questionario dovrà contenere quesiti a scelta quadrupla con singola risposta. I quesiti devono essere standardizzati in almeno 3 domande per ogni argomento affrontato e un minimo di 6 domanda per giornata formativa.

**Report Scheda competenze

Nella fase di progettazione dell'evento formativo andranno definite le competenze specifiche che si vorranno far acquisire/ottimizzare ai pazienti. Per ogni tema affrontato andranno declinate almeno due competenze di cui sarà valutato il grado di esecuzione con una scala da 0 a 3.

La scheda di verifica delle competenze con relativo report di *performance* pre e post (riportato in percentuale media di livello di competenza per attività: percentuale di 0, di 1, di 2 e di 3 per ogni attività) andrà allegata al report finale)

Esempio:

Tema: programmazione dell'attività fisica

	Livello di correttezza nell'attività indicata				
ATTIVITA'	0	1	2	3	NA
Verifica del valore glicemico pre					
Riduzione della basale in percentuale coerente all'intensità dell'esercizio					
Stima dei possibili CHO necessari per prevenire l'ipoglicemia					

Legenda punteggio: 0 =per niente; 1= poco; 2=accettabile; 3 = ottimale; NA = non applicabile

Data

Firma Responsabile del Corso

.....

Firma Responsabile al Corso dell'Ass. Pazienti

.....

Data.....

Valutatore :

SCHEDA Report

	Finale	A 3 mesi	A 6 mesi
Azienda Sanitaria			
Struttura diabetologica			
Responsabile del Corso			
Associazione Pazienti Responsabile al Corso			
Denominazione Corso Residenziale			
Sede			
Data	dal al		
Tipologia Pazienti			
Numero			
Presenza Familiari	☐ NO ☐ SI n°		
Accreditamento ECM	☐ SI ☐ NO		
Team diabetologico	☐ medico ☐ infermiere ☐ Dietista ☐ Psicologo ☐ Formatore ☐ Istruttore Attività fisica ☐ Altri		
Programma	Bozza in allegato		
Valutazione pazienti	Es.: Report Resoconto - Questionario conoscenze*		
	Es: Report Resoconto - Scheda competenze**		
	Es: Report Resoconto - Parametri metabolici - HbA1c - n° ipoglicemie, - Tempo in range		
Contratto terapeutico	allegato		
Obiettivi: descrizione	1 2 3		
Note - Responsabile Corso			
Note - Responsabile Associazione Pazienti			

SCHEDA Report

*Questionario delle conoscenze:

Al fine di valutare l'acquisizione di conoscenze da parte dei discenti all'inizio e alla fine di ogni evento sarà somministrato un questionario di conoscenze da allegare al Report finale. Andrà inoltre allegato al report l'esito dei questionari pre e post riportati come percentuale media di risposte esatte.

Il questionario dovrà contenere quesiti a scelta quadrupla con singola risposta. I quesiti devono essere standardizzati in almeno 3 domande per ogni argomento affrontato e un minimo di 6 domanda per giornata formativa.

**Report Scheda competenze

Nella fase di progettazione dell'evento formativo andranno definite le competenze specifiche che si vorranno far acquisire/ottimizzare ai pazienti. Per ogni tema affrontato andranno declinate almeno due competenze di cui sarà valutato il grado di esecuzione con una scala da 0 a 3.

La scheda di verifica delle competenze con relativo report di *performance* pre e post (riportato in percentuale media di livello di competenza per attività: percentuale di 0, di 1, di 2 e di 3 per ogni attività) andrà allegata al report finale)

Esempio:

Tema: programmazione dell'attività fisica

	Livello di correttezza nell'attività indicata				
ATTIVITA'	0	1	2	3	NA
Verifica del valore glicemico pre					
Riduzione della basale in percentuale coerente all'intensità dell'esercizio					
Stima dei possibili CHO necessari per prevenire l'ipoglicemia					

Legenda punteggio: 0 =per niente; 1= poco; 2=accettabile; 3 = ottimale; NA = non applicabile

Data

Firma Responsabile del Corso

.....

Firma Responsabile al Corso dell'Ass. Pazienti

.....

Data.....

Valutatore :