

LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI EDUCATIVI NEL DIABETE

V. MISELLI

UO di Diabetologia e Nutrizione Clinica, AUSL di Reggio Emilia, Presidio Ospedaliero, Scandiano, Reggio Emilia

La buona terapia del diabete richiede sempre una assunzione di responsabilità da parte del paziente e del suo sistema di supporto. L'educazione terapeutica è lo strumento necessario per attivare questa responsabilità (1). L'educazione è un processo continuo il cui scopo essenziale è quello di facilitare modifiche comportamentali stabili nel tempo. Ovviamente le modifiche delle abitudini richiedono l'acquisizione di conoscenze, la capacità di integrarle tra di loro e di utilizzarle per dare una risposta adeguata ai problemi quotidiani. Nessun intervento educativo può essere attuato senza una chiara definizione degli obiettivi e soprattutto senza verifiche intermedie e finali (2).

Donabedian definì un outcome come un "prodotto misurabile" nel cambiamento della condizione di un individuo come conseguenza di un intervento sanitario (3), pertanto il nostro modello teorico si può riassumere sostenendo che l'educazione terapeutica aumenta la conoscenza e la capacità pratica del paziente diabetico nelle tecniche quotidiane richieste per l'autocontrollo ad esempio della glicemia, ma soprattutto aiuta il paziente a far sì che conoscenza e capacità pratica possano migliorare il suo stato di salute. Il processo di un intervento può quindi essere monitorato secondo la seguente sequenza: educazione terapeutica → outcome educativi → outcome fisiologici intermedi → miglior stato di salute. La spiegazione di questo percorso è che gli outcome educativi sono i cambiamenti comportamentali che risultano dall'interazione insegnante-docente nel processo di apprendimento e sono diversi dagli outcome clinici come il controllo glicemico, l'emoglobina glicosilata (HbA_{1c}), la microalbuminuria e la colesterolemia: questi outcome possono essere facilmente misurati in modo quantitativo, ma sono influenzati da molte altre variabili (4).

Gli outcome misurabili

La tecnologia e la scienza con cui le misurazioni cliniche vengono effettuate per definire meglio i bisogni dei pazienti e gli effetti di un intervento terapeutico sono in sviluppo costante (4, 5). Si possono classificare quattro grandi categorie di outcome:

1. outcome specifici di una malattia, come per esempio nel diabete la riduzione del valore dell' HbA_{1c} o della glicemia; questi sono facili da misurare e si possono controllare a ogni visita.
2. outcome di salute in generale, come ad esempio un miglior stato di benessere, la qualità di vita, l'autoefficacia e la capacità lavorativa; esistono strumenti per misurarli come ad esempio l'SF-36, un questionario utilizzato in alcune nazioni; esistono esempi di domande a cui si può rispondere con una scala a punti per confrontare lo stato di salute da un periodo all'altro;
3. outcome di performance del paziente, come ad esempio la capacità di comprendere e la conoscenza; esistono molti questionari per questo tipo di valutazione anche se numerosi studi hanno dimostrato che la conoscenza sul diabete non sempre correla con altri outcome;
4. outcome di soddisfazione del paziente, come ad esempio la buona organizzazione delle cure, i tempi di attesa, il comfort in ospedale, la cortesia degli operatori sanitari, in sintesi la percezione del paziente di un buon sistema di cura; la soddisfazione dell'utente è una componente molto importante del sistema di qualità e l'aumento della soddisfazione può essere un obiettivo importante.

Gli outcome devono essere misurati in tutte le aree e non soltanto in una per avere il quadro completo dell'efficacia di un programma terapeutico (6). Idealmente dovrebbe esistere un sistema in grado di far emergere dati clinici e di benessere in generale, consentirne la misurazione su larga scala, valutare i

risultati e determinare l'ottimizzazione di una strategia terapeutica basata su un'analisi complessiva, senza trascurare i dati di un'analisi economica sui costi-benefici.

Partendo da un'analisi dei dati emersi dalla letteratura, il gruppo di studio Educazione e Diabete della Società Italiana Diabetologia (GISED) ha identificato sette outcome educativi fondamentali in un programma di educazione terapeutica del paziente diabetico:

- scelte alimentari appropriate
- corretta applicazione della terapia
- attività fisica adeguata
- appropriato monitoraggio glicemico
- capacità di risolvere le emergenze metaboliche e le situazioni critiche (ipo- e iperglicemia, malattie intercorrenti)
- sorveglianza delle complicanze
- adeguate condotte di salute e migliore qualità di vita.

Questa sintesi dimostra che outcome educativi sono i comportamenti e sono diversi dagli outcome clinici. Outcome intermedi possono essere quelli biologici come l'HbA_{1c} e la glicemia a digiuno che sono fondamentali soltanto se considerati in modo esteso e non soltanto come obiettivo finale: un regime terapeutico può essere corretto, ma l'HbA_{1c} può rimanere invariata per cui è importante considerare tutte le variabili di processo. La soddisfazione del paziente non è un outcome educativo, ma è un importante indice di performance di un Servizio di Diabetologia.

Non basta però l'identificazione di un'area, bisogna scorporare outcome intermedi e trovare strumenti di misurazione. A titolo esemplificativo, per ognuna delle aree identificate sono stati individuati i processi e gli strumenti di valutazione (tab. I) (7).

TAB. I. Processi e strumenti di valutazione per le aree identificate

Area	Processo	Outcome	Strumenti
Nutrizione	Misura delle porzioni Pianificazione dei pasti Lettura delle etichette Scelta logica dei carboidrati (semplici e complessi)	Appropriatezza nella scelta dei cibi e pianificazione dei pasti	<ul style="list-style-type: none"> • % di pz che aderiscono a un programma alimentare • % di pz che compilano il diario alimentare • Andamento del peso • Riduzione dei lipidi plasmatici • N. di episodi di ipo- e iperglicemia
Attività fisica	Conoscenza: <ul style="list-style-type: none"> • Benefici dell'attività di routine aerobica • Tipi e durata degli esercizi • Bilanciamento dell'attività fisica con il cibo e la terapia • Ruolo dell'attività fisica sull'andamento glicemico 	Attività fisica appropriata	<ul style="list-style-type: none"> • % di pz che registrano la frequenza dell'attività fisica che svolgono • % di pazienti che aderiscono a un programma di attività
Autocontrollo della glicemia	Conoscenza: <ul style="list-style-type: none"> • Quando controllare la glicemia • Valori target • Comprensione dei valori • Consapevolezza • Della variabilità della glicemia • Uso dello strumento • Uso di un diario di registrazione • Utilizzo dei dati ottenuti 	Monitoraggio adeguato	<ul style="list-style-type: none"> • Frequenza dei test Gg/sett/ • % di pazienti che registrano i test • N. di glicemie eseguite e loro relazione con le modifiche delle dosi • % di pazienti che annotano eventi correlati
Complicanze acute	Conoscenza: <ul style="list-style-type: none"> • Segni e sintomi • Trattamento • Prevenzione • Riconoscimento chiaro dei sintomi • Utilizzo dell'autocontrollo per il miglioramento del controllo 	Problem solving	<ul style="list-style-type: none"> • N. di ipoglicemie al mese • Episodi di chetoacidosi • Chiamate al medico • Chiamate al pronto intervento • N. ipo lievi • N. ipo gravi • N. ipo notturne

La figura dell'educatore

L'educatore in diabetologia può essere definito come un operatore sanitario che deve specializzarsi in conoscenze e competenze riguardanti le scienze biologiche e sociali e deve essere in grado di instaurare un buon rapporto con gli altri operatori acquisendo esperienza nel trattamento dei pazienti diabetici. Il ruolo è multidimensionale con tutti i limiti imposti dai rapporti con gli altri membri del team diabetologico; deve essere coinvolto nell'educazione del paziente, della sua famiglia, dei sistemi di supporto, dell'ambito sociale di riferimento. L'educatore dovrebbe essere in grado di riconoscere e utilizzare gli strumenti teorici dell'insegnamento e dell'apprendimento sia nell'istruzione individuale che in gruppo (8). L'educatore dovrebbe saper valutare le necessità educative del paziente, programmare un piano di istruzione e di apprendimento, scegliere lo strumento appropriato per l'intervento educativo, documentare il processo e fare una valutazione basata sui risultati ottenuti.

L'intervento educativo deve entrare in sintonia con il piano terapeutico e farne parte integrante.

Quello che definiamo la "buona terapia del diabete" è sintetizzato nella figura 1.

L'attività degli educatori deve prevedere anche una valutazione dell'impatto delle complicanze acute e croniche sulle abitudini di vita del paziente e sul pro-

cesso di apprendimento. Questa valutazione è essenziale per lo sviluppo di un piano educativo completo, per la continuità dell'istruzione e per l'ottimizzazione del rapporto costo-beneficio.

Valutazione e qualità della cura

Il diabete è una condizione-prototipo per implementare il coinvolgimento del paziente nella cura di se stesso e pertanto, se i maggiori benefici si ottengono diventando esperti nel processo decisionale che comporta continue modifiche terapeutiche, l'obiettivo finale della educazione è indurre il maggior numero di pazienti a buone condotte che ottimizzano il controllo del diabete. Purtroppo non esistono strumenti per la valutazione dell'insegnamento in quanto tale, dal momento che solo poche esperienze sono state descritte in letteratura sul monitoraggio del rapporto medico-paziente o educatore-paziente individuati come indici di buona comunicazione e di implementazione dell'apprendimento. Da questi lavori si evince come un intervento di educazione sanitaria risente dei fattori psicosociali e pertanto il rapporto interpersonale ha un impatto sicuro sugli outcome e può diventare un fattore di miglioramento della qualità della cura.

Negli ultimi dieci anni sono aumentati gli interessi di tutte le parti coinvolte nell'erogazione di un prodotto sanitario orientato verso la ricerca degli outcome; questo percorso è stato reso possibile grazie al coinvolgimento di clinici, epidemiologi, esperti in statistica, sociologi, economisti, psicologi e la collaborazione tra vari ricercatori ha permesso di riconoscere alcuni degli elementi essenziali della valutazione clinica. Fin dall'inizio però è apparso evidente che non si poteva disgiungere un intervento educativo dalla contemporanea misurazione degli indici di qualità della cura.

Nel nostro Paese la dichiarazione di St Vincent (9) ha costituito una pietra miliare nel processo di ricerca sulla qualità. La American Diabetes Association, attraverso il lavoro del gruppo di studio Diabetes Quality Improvement Project (DQIP), ha identificato i seguenti indici di qualità (10):

- percentuale di pazienti a cui viene dosata l'HbA_{1c} almeno una volta all'anno
- percentuale di pazienti con HbA_{1c} maggiore di 9,5%
- percentuale di pazienti che hanno eseguito uno screening per nefropatia
- percentuale di pazienti che hanno eseguito un profilo lipidico ogni due anni

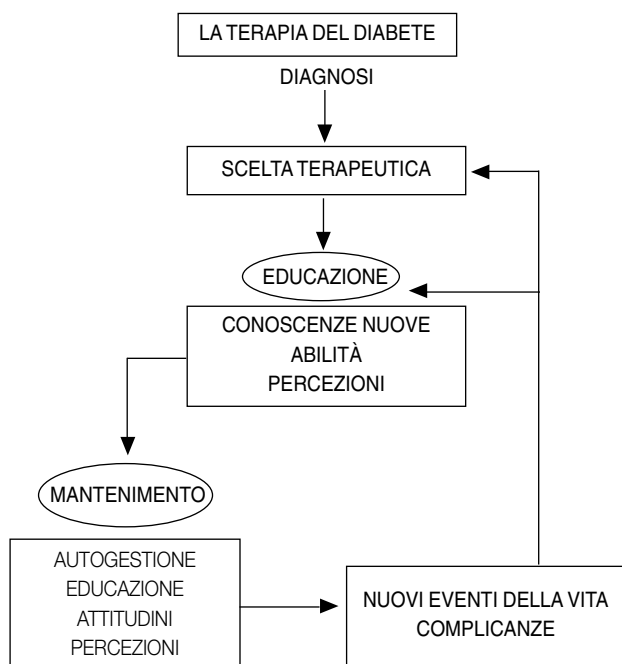


Fig. 1. La "buona terapia del diabete".

- percentuale di pazienti con LDL inferiore a 130 mg/dL
- percentuale di pazienti con pressione arteriosa inferiore a 140-90 mmHg
- percentuale di pazienti che hanno eseguito un fundus oculi con dilatazione almeno una volta all'anno
- percentuale di pazienti che hanno ricevuto un esame dei piedi documentato almeno una volta all'anno.

Partendo da basi simili a queste è possibile ricercare un accordo tra i vari Servizi di Diabetologia, favorire il confronto e trovare i percorsi per migliorare la performance sanitaria in futuro.

Anche se gli obiettivi clinici non sono specifici per una valutazione dell'impatto di un programma educativo, è evidente che alla fine vengono raggiunti se si è ottenuto un percorso di modifiche comportamentali. Il miglioramento continuo fa parte del bagaglio culturale dell'educatore e un percorso di verifica e revisione della qualità (VRQ) deve procedere parallelo all'intervento educativo strutturato (fig. 2).

Soltanto favorendo questo legame, l'educazione terapeutica può acquistare maggiore dignità e portare al riconoscimento professionale dell'educatore (8) in diabetologia anche nel nostro Paese.



Fig. 2. Il ciclo della valutazione per la VRQ.

Ringraziamenti

Al comitato di coordinamento del GISED per il lavoro svolto e in particolare a Donatella Bloise, Giuseppe Erle, Marina Trento, Giacomo Vespasiani, Ugo Pagliani, Paola Accorsi per la buona riuscita del workshop di Colle Val d'Elsa.

Bibliografia

1. Assal JPh et al: Patient education 2000. New Trends in patient education. International Congress Series 1076. Elsevier, Amsterdam, 1995
2. D'Ivernois J, Gagnayre R Educare il paziente. Mediserve, Milano, 1988, p.119-150
3. Donabedian A. L'ABC della Quality Assurance e il monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Quality Assurance 1-4: 6-19, 1989
4. Davies AR, Doyle MA et al: Outcomes assessment in clinical setting: A consensus statement on principles and best practises in project management. The Joint Commision Journal on Quality Improvement 20, 6-16, 1994
5. Benson DS: Measuring Outcomes in ambulatory Care. American Hospital Publishing, Inc Chicago, IL, 1992
6. Brown SA: Studies of Education interventions and outcomes in diabetic adult. Pat Ed Consel 16, 189-215, 1990
7. Day JL: All this education: is it worthwhile? Pract Diab Intern 13, 125-127, 1996
8. WHO: Therapeutic Patient Education Who Regional Office for Europe - Geneva, 1998
9. Who/IDF Europe: Diabetes Care and research in Europe: The Saint Vincent declaration. Diabetic Medicine 7, 360-364, 1990
10. Fain JA: Outcomes Reserch: Collaboration among several organizations. The Diabetes Educator 24, 409, 1998
11. Kaplan RM, Davis WK: Evaluating cost and benefits of outpatient diabetes education and nutrition counseling. Diabetes Care 9, 81-86, 1986
12. Greenfield S, Kaplan SH et al: Patient participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. J Gen Intern Med 3, 448-457, 1988

Pervenuto in Redazione il 10/4/2000 - Accettato per la pubblicazione il 10/4/2000