

# ROMEO: RIPENSARE L'ORGANIZZAZIONE PER MIGLIORARE L'EDUCAZIONE E GLI OUTCOME. VISITE PER GRUPPI DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA: TRASFERIMENTO DEL METODO DI LAVORO CLINICO NEL PROGETTO DI RICERCA MULTICENTRICA

L. GENTILE<sup>1</sup>, E. BORGO<sup>2</sup>, G. BRUNO<sup>2</sup>, G. GRASSI<sup>2</sup>, V. MISELLI<sup>3</sup>, G. MORONE<sup>4</sup>, P. PASSERA<sup>2</sup>, M. VEGLIO<sup>5</sup>, M. TRENTO<sup>2</sup>, P.V. BONDONIO<sup>6</sup>, T. MIROGLIO<sup>7</sup>, F. CAVALLO<sup>8</sup>, M. PORTA<sup>2</sup>, GRUPPO DI COORDINAMENTO PROGETTO ROMEO

<sup>1</sup>SOC Malattie Metaboliche e Diabetologia, ASL 19 Asti; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Interna, Università di Torino; <sup>3</sup>Azienda Ospedaliera, Servizio di Diabetologia, Scandiano, Reggio Emilia; <sup>4</sup>UONA Malattie Metaboliche e Diabetologia, ASL 12 Biella; <sup>5</sup>Ospedale Valdese, Torino; <sup>6</sup>Scienze Politiche, Università di Torino; <sup>7</sup>SOSID Promozione alla Salute, ASL 19 Asti; <sup>8</sup>Sanità Pubblica e Microbiologia, Università di Torino

riassunto

L'applicazione dell'educazione terapeutica nel paziente con diabete tipo 2 è carente, a causa della scarsità di risorse, adeguata formazione degli operatori e specifici modelli evidence-based. L'applicazione di un modello in cui la visita individuale viene sostituita da visite per gruppi di educazione terapeutica (Group Care) ha dimostrato che si può gestire efficacemente il diabete tipo 2, riorganizzando il lavoro ambulatoriale. Le visite di gruppo risultano, infatti, incorporabili nella pratica clinica quotidiana e costo-efficaci nel migliorare gli outcome clinici, cognitivi e psico-sociali, la soddisfazione degli operatori e nel permettere un utilizzo più razionale delle risorse.

Con lo studio ROMEO (*Ripensare l'Organizzazione per Migliorare l'Educazione e gli Outcome*) si vuole: 1) valutare se tale modello può essere trasferito ad altre strutture diabetologiche, 2) verificare se gli incoraggianti risultati ottenuti possono essere replicati in altre realtà operative, 3) valutare l'impatto clinico della Group Care in una popolazione più ampia.

ROMEO è uno studio multicentrico randomizzato controllato che confronterà Group Care e visite individuali. Per l'addestramento degli operatori sono stati costruiti un manuale operativo con video dimostrativi, condotti corsi di formazione interattivi e valutate le risorse umane e strutturali esistenti.

Novecento pazienti di età < 80 anni e durata nota di diabete > 1 anno, trattati con sola dieta o ipoglicemizzanti orali, sono stati reclutati tra i pazienti seguiti da 15 centri diabetologici e saranno seguiti per 4 anni. Dopo aver ottenuto il consenso informato, in ogni centro i pazienti sono stati randomizzati a visite di gruppo o individuali con cadenza trimestrale. In caso di comparsa di problemi clinici, allo screening annuale delle complicanze o su richiesta del paziente stesso, verranno effettuate visite individuali. Glicemia a digiuno, emoglobina glicata, peso, pressione arteriosa, terapia ipoglicemizzante e antipertensiva verranno misurati ogni 3 mesi. Creatinina, colesterolo totale e HDL, trigliceridi, uricemia, ECG ed eventi cardiovascolari saranno valutati annualmente. Conoscenze sul diabete, qualità di vita e condotte di salute saranno valutate ogni 2 anni.

Questo lavoro riferisce i risultati di una iniziale verifica di processo, realizzata per mezzo di un questionario appositamente costruito. Sono state in particolare raccolte le "delibere" e/o i "progetti obiettivi" che hanno permesso di far riconoscere l'attività di Group Care all'interno dei servizi, realizzando un osservatorio degli atti formali. Ciò ha permesso di rilevare che in tutti i centri coinvolti nel progetto ROMEO è in atto un'analisi organizzativa e di miglioramento continuo che ha portato a ripensare l'organizzazione del team diabetologico.

Parole chiave. Studio clinico randomizzato, diabete tipo 2, patient education, visite di gruppo, formazione degli operatori.

## summary

*ROMEIO: Rethink Organization to improve education and outcomes. A randomised controlled multicentre trial of group care for the management of type 2 diabetes. Patient education is seldom applied to daily diabetes practice because of lack of resources, trained operators and evidence-based models. We have shown that a group care model, in which traditional individual visits are substituted by group education sessions, is both feasible and cost-effective in improving clinical, cognitive and psycho-social outcomes and operators' satisfaction, and permits more rational use of resources.*

*ROMEIO (Ripensare l'Organizzazione per Migliorare l'Educazione e gli Outcome = Rethink Organization to iMprove Education and Outcomes) was started to: 1) evaluate if Group Care can be successfully implemented to other clinics, 2) verify if our encouraging results can be reproduced elsewhere, and 3) assess the clinical impact of group care in a larger patient population.*

*ROMEIO will be a multicentre, randomized, controlled clinical trial of group versus individual care in the routine management of T2DM. Preparation of an operating manual and videos, training of operators (physicians, nurses and dieticians) by interactive sessions, and evaluation of local facilities and resources have all been completed.*

*Nine-hundred individuals aged < 80 with  $\geq 1$  known diabetes duration, treated by diet alone or with oral agents, were recruited from the patient populations of 15 centres and will be followed for 4 years. Having obtained their informed consent, patients are randomised within each centre to either group or individual care. Visits will be held every 3 months. Any patient will otherwise be seen on an individual basis, should any medical problem arise or for annual screening of complications or upon the patient's request. Fasting blood glucose, glycated haemoglobin, body weight, blood pressure, hypoglycaemic and anti-hypertensive treatments will be assessed 3-monthly. Serum creatinine, total and HDL cholesterol, triglyceride, uric acid, ECG and cardiovascular events will be assessed yearly. Diabetes knowledge, health behaviors and quality of life will be assessed bi-yearly.*

*This paper reports on the results of a questionnaire administered to assess the implementation process in all centres involved, including all formal acts of recognition of the Group Care activities by local health authorities. All centres involved in ROMEIO have completed an analysis of their internal organization and started rethinking their organization aimed at continuously improving their diabetes team performance.*

*Key words. Randomized clinical trial, type 2 diabetes, patient education, group care, operators training.*

## Introduzione

Il diabete è una malattia cronica che richiede, da parte della persona diabetica, l'acquisizione di nuove condotte di salute e modifiche dello stile di vita. Necessita pertanto di un'assistenza sanitaria continua e interventi di educazione ripetuti per prevenire le complicanze acute e ridurre il rischio di complicanze a lungo termine (1). L'educazione, in particolare, è stata riconosciuta come componente indispensabile nel trattamento del diabete, specialmente dopo la pubblicazione del *Diabetes Control and Complications Trial* (2) e dello *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (3).

L'educazione del paziente diabetico è legittimata dal punto di vista dell'efficacia. Anche la Dichiarazione di Saint-Vincent (4), nella quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Federazione Nazionale del Diabete proponevano ai governi europei l'adozione di politiche sanitarie adeguate nei confronti di questa malattia, ne sottolineava l'importanza. Tuttavia, la programmazione di interventi educativi con il paziente diabetico non può essere dettata dalla casualità o dalla improvvisazione. Sono invece necessari approcci multifattoriali (5, 6) e metodologie specifiche, pianificate e descritte in modo accurato (7-9).

Alla luce delle proiezioni epidemiologiche OMS, che

prevedono un incremento del diabete del 42% nei Paesi industrializzati e del 70% nei Paesi in via di sviluppo entro il 2025 (10), risulta indispensabile identificare modelli e una organizzazione del lavoro che consentano di rispondere ai crescenti bisogni della popolazione diabetica garantendo qualità delle prestazioni e un utilizzo razionale delle risorse.

Sulla base di queste evidenze e presupposti, sin dal 1996, presso l'ambulatorio di diabetologia del Dipartimento di Medicina Interna dell'Università di Torino, era stato sperimentato e sviluppato un modello clinico-pedagogico ("Group Care") che prevedeva visite di educazione terapeutica per gruppi con approccio di tipo sistemico in alternativa alla tradizionale visita diabetologica individuale. Per raggiungere tale obiettivo era stato predisposto un programma educativo dettagliato che prevedeva la definizione di materiali, strumenti e tecniche per condurre le sessioni di gruppo (11-13). I risultati di una sperimentazione clinica randomizzata e controllata dimostravano che, dopo 4 anni di osservazione, nei pazienti seguiti in gruppo il BMI era calato e il colesterolo HDL aumentato. L'emoglobina glicata era peggiorata nei controlli rimanendo stabile nei pazienti seguiti per

visite di gruppo. L'analisi multivariata mostrava che il differente andamento dell'HbA<sub>1c</sub> nei pazienti seguiti mediante group care rispetto ai controlli era indipendente da età, durata di diabete e scolarità dei pazienti e, benché correlato con il calo ponderale, rimaneva significativo anche dopo correzione per il BMI. Le conoscenze, le condotte di salute e la qualità di vita miglioravano nei pazienti seguiti con visite di educazione terapeutica mentre peggioravano nei controlli. Il miglioramento di questi parametri cognitivi si verificava indipendentemente da scolarità, età, durata di malattia e durata della precedente frequenza presso l'ambulatorio di diabetologia.

Sulla scorta delle considerazioni generali di cui sopra, dei risultati ottenuti con il nostro modello di Group Care e dell'interesse dimostrato da alcuni Servizi di Diabetologia, è stato predisposto il trasferimento del metodo di assistenza per gruppi a 15 strutture diabetologiche che si erano dichiarate disponibili a partecipare a uno studio multicentrico. Il progetto, denominato ROMEO (acronimo di "Ripensare l'Organizzazione per Migliorare l'Educazione e gli Outcome"), è iniziato nel dicembre '99 e ha definito un percorso di formazione degli operatori e l'analisi dei singoli contesti socio-sanitari ai quali trasferire il metodo di lavoro. Nel presente lavoro vengono descritte le fasi di insegnamento e trasferimento del modello educativo, valutate mediante la somministrazione di un questionario ai centri partecipanti al progetto stesso.

## Materiali e metodi

Partendo da tale base di condivisione, e ponendoci quale obiettivo il trasferimento del metodo di Group Care agli ambulatori di diabetologia, sono state pianificate le seguenti azioni:

1. *insegnare* il metodo ad altri operatori interessati;
2. *valutare la trasferibilità e l'applicabilità* del metodo ad altri centri;
3. *valutare i risultati del metodo* utilizzato nei diversi centri.

Verranno arruolati e randomizzati 900 pazienti. In base ai calcoli di potenza statistica saranno necessari almeno 532 pazienti, fra casi e controlli, per dimostrare una variazione significativa di 0,5% della HbA<sub>1c</sub> con un potere del 90%.

Per ogni paziente verranno svolti e raccolti (tab. I):

- esami *ematochimici e clinici* ogni tre mesi (glicemia a digiuno, emoglobina glicata, peso, pressione arteriosa, terapia ipoglicemizzante orale e terapia antipertensiva);
- all'inizio, a un anno, due anni e al termine della

sperimentazione saranno svolti *esami clinici* più generali: creatinina, colesterolo totale e HDL, trigliceridi, uricemia, ECG ed eventi cardiovascolari. A ogni paziente coinvolto nella sperimentazione all'inizio e al termine dei due anni e quattro anni saranno valutate le:

- *conoscenze* specifiche sul diabete, mediante un questionario già validato a opera del Gruppo di Studio sull'Educazione del Diabete con il questionario GISED, Gruppo di Studio sull'Educazione per il Diabete (14);
- *qualità di vita*, mediante un questionario (DQOL) già esistente, modificato in alcune sue parti, comunque rivalutato e denominato DQOL/Mod (13, 15, 16);
- *condotte di salute* della persona diabetica, mediante il questionario "Condotte di Riferimento" costruito appositamente nell'ambito di questo studio e validato (17);
- al termine del terzo anno verranno verificate le abitudini alimentari (18).

Verranno, inoltre, raccolte le "delibere" e/o i "progetti obiettivo" che hanno permesso di far riconoscere l'attività educativa all'interno del vostro servizio; questo ci permetterà di realizzare un osservatorio degli atti formali con i quali è stata riconosciuta l'attività educativa nei servizi di diabetologia.

### *Insegnare il metodo: formare gli operatori*

È stato realizzato un programma di formazione per gli operatori che volontariamente hanno dichiarato di voler applicare il modello nella propria realtà. Si sono perciò tenute riunioni finalizzate a coinvolgere i centri e gli operatori nella costruzione, organizzazione e realizzazione del progetto. La formazione, rivolta all'équipe diabetologica, è stata finalizzata a:

- acquisire un metodo, un linguaggio e un sapere comune;
- prendere coscienza dei diversi ruoli e competenze;
- mettere in comune le diverse esperienze professionali;
- sperimentare l'interazione tra i diversi ruoli;
- identificare i problemi nella concreta applicazione del programma educativo;
- orientare il percorso formativo alla soluzione dei problemi.

Nello specifico, gli argomenti trattati nelle diverse riunioni sono stati:

- principi e obiettivi dell'educazione terapeutica;
- discussione del programma di tutoraggio per gruppi di educazione terapeutica;
- attività pratiche per imparare a condurre i gruppi;
- analisi del processo di trasferimento.

Tab. I. Flow-chart delle variabili raccolte nel progetto ROMEO

Mesi	0	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48
Peso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Glicemia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
HbA <sub>1c</sub>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pressione	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Terapia ipoglicemizzante orale	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Terapia antipertensiva	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Urea	X				X				X				X				X
Creatinina	X				X				X				X				X
Colesterolo totale	X				X				X				X				X
Colesterolo HDL	X				X				X				X				X
Trigliceridi	X				X				X				X				X
ECG	X				X				X				X				X
Eventi cardiovascolari	X				X				X				X				X
Rapporto vita/fianchi	X				X				X				X				X
Questionario GISED	X								X								
Questionario DQOL/Mod	X								X								X
Questionario CdR	X								X								X
Abitudini alimentari													X				

Gli incontri hanno previsto l'utilizzo di tecniche e metodi di tipo interattivo quali brainstorming, scelta dei problemi, definizione delle priorità, discussione visualizzata, visione di video delle sessioni di gruppo (filmate e montate presso l'Università di Torino) e role-playing con simulazione di incontri.

#### *Analisi organizzativa: trasferire il metodo*

Per valutare la trasferibilità e l'applicabilità del metodo sono stati effettuati sopralluoghi nei centri partecipanti al fine di verificare con le équipes la possibilità di inserire il modello nella specifica organizzazione ambulatoriale. Per ogni centro sono state svolte:

- fotografia dell'esistente;
- analisi dei bisogni delle diverse realtà coinvolte;

- analisi dell'organizzazione attualmente in uso;
- analisi delle risorse umane e strutturali;
- definizione comune del protocollo di lavoro.

La successiva fase di *applicazione metodologica* è stata realizzata attraverso la verifica dell'acquisizione del processo formativo e l'analisi di fattibilità organizzativa nelle singole realtà operative. Esperita tale fase per ogni singolo centro è stata curata la preparazione del materiale, costruito uno specifico data base per la raccolta dati, garantito dall'Università di Torino e dal Gruppo di Coordinamento un appoggio logistico continuo per la realizzazione delle attività sperimentali. È stata infine offerta la supervisione pedagogica e metodologica agli operatori coinvolti affinché possano affrontare e applicare con modalità corrette il nuovo modello educativo loro proposto.

### Verifica dell'andamento del percorso

A ciascun centro è stato chiesto di compilare, dopo il primo anno di attività, un questionario appositamente costruito (tab. II) volto a individuare le modalità organizzative adottate, verificare l'andamento degli aspetti operativi del progetto e valorizzare la produzione di idee emerse dal trasferimento del metodo nelle singole realtà. Attraverso l'analisi dei risultati emersi dal questionario è stato possibile valutare l'impatto che il trasferimento del metodo ha determinato sull'organizzazione del lavoro. In particolare si è voluto evidenziare quali fossero state, in questa prima fase di trasferimento del metodo:

- l'acquisizione di competenze da parte degli operatori;
  - il riconoscimento dell'attività educativa a livello aziendale;
  - la valorizzazione del ruolo dei singoli operatori.
- Il questionario è stato prodotto a partire da una iniziale analisi dei bisogni strutturali, organizzativi e formativi all'interno di una struttura campione. Questa prima analisi ha consentito di individuare una serie di item in grado di descrivere: l'area della formalizzazione interaziendale, della comunicazione, dell'analisi delle risorse, della formazione, della motivazione del paziente e dell'équipe, del metodo e della misurazione.

**Tab. II. Questionario conoscitivo e organizzativo**

L'attività educativa è stata formalizzata?	Si	No	<b>Invece, nel sistema tradizionale di visite individuali i tempi medi dedicati per visita sono:</b>
Se si sotto quale comunicazione alla Direzione Aziendale	Delibera	Altro	
L'attività educativa prevede il coinvolgimento di altre UUOO/Staff/URP?	Si	No	<input type="checkbox"/> medico                      minuti .....
Se si in quale fase?			<input type="checkbox"/> infermiere                      minuti .....
• organizzativa	Si	No	<input type="checkbox"/> dietista                      minuti .....
• attuativa/operativa	Si	No	<input type="checkbox"/> altre                      minuti .....
È nota ai MMG?	Si	No	<b>Per valutare la convenienza dell'intervento, facciamo qualche conto più preciso... Complessivamente, le altre risorse differenziali significative dedicate al ciclo della terapia di gruppo sono:</b>
Ad altri servizi?	Si	No	Utilizzo di spazi dedicati:    mq .....
Se si quali .....			Utilizzo esclusivo              Si    No
L'attività è nota:			Altro                      Del valore di € .....
• per comunicazione diretta	Si	No	<b>Gli operatori coinvolti hanno ricevuto una specifica formazione?</b>
• tramite utenti	Si	No	Si                      No
• tramite MMG	Si	No	Se si quale .....
• per comunicazione aziendale	Si	No	In quale ambito si è svolto il percorso formativo? .....
<b>Per valutare la convenienza dell'intervento, facciamo qualche conto più preciso... Con riferimento a ciascuna delle figure professionali coinvolte, i tempi netti medi di lavoro dedicati per ogni seduta di gruppo sono:</b>			Società scientifiche/associazione              Si              No
<input type="checkbox"/> medico                      minuti .....			All'interno dell'azienda                      Si              No
<input type="checkbox"/> infermiere                      minuti .....			Iniziativa personale                      Si              No
<input type="checkbox"/> dietista                      minuti .....			Altro .....
<input type="checkbox"/> altre                      minuti .....			<b>Su quali leve hai agito o pensi di poter agire per reclutare il paziente?</b>
			Partecipazione a nuova modalità terapeutica              Si              No

(continua)

(segue)

Tab. II. Questionario conoscitivo e organizzativo

Più tempo per l'educazione	Sì	No	<b>Quali sono stati i punti di forza? (modello)</b>	A livello progettuale	A livello attuativo
Condivisione di obiettivi comuni	Sì	No	<b>Quali sono stati i punti di forza? (realità aziendale)</b>	A livello progettuale	A livello attuativo
Maggior senso di appartenenza all'équipe	Sì	No	<b>Quali sono stati i punti di forza? (team)</b>	A livello progettuale	A livello attuativo
Migliore qualità delle prestazioni	Sì	No	<b>Quali sono state le criticità? (modello)</b>	A livello progettuale	A livello attuativo
Migliori esiti di cura	Sì	No	<b>Quali sono state le criticità? (realità aziendale)</b>	A livello progettuale	A livello attuativo
Miglior utilizzo del tempo di attesa	Sì	No	<b>Quali sono state le criticità? (team)</b>	A livello progettuale	A livello attuativo
Possibilità di comprendere meglio la malattia	Sì	No	<b>È stato misurato l'impatto della terapia</b>		
<b>Su quali leve hai agito o pensi di poter agire per ottenere un maggior coinvolgimento degli operatori?</b>			Educativa sul paziente?	Sì	No
Partecipazione a nuova modalità terapeutica	Sì	No	Frequenza di partecipazione	Sì	No
Più tempo per l'educazione	Sì	No	Grado di soddisfazione	Sì	No
Condivisione di obiettivi comuni	Sì	No	Altro .....		
Maggior senso di appartenenza all'équipe	Sì	No	<b>Nel caso in cui sia stato esplorato tale ambito, con quali strumenti?</b>		
Migliore qualità delle prestazioni	Sì	No	Osservazione		
Migliori esiti di cura	Sì	No	Griglia di analisi		
Miglior organizzazione del lavoro	Sì	No	Intervista semistrutturata		
Valorizzazione professionale	Sì	No	Questionario		
Riconoscimento del ruolo educativo	Sì	No	Altro		
<b>Se sì da:</b> Azienda - Utenza - Altre figure professionali - Altro					

## Risultati

Il questionario, suddiviso in aree tematiche, ha rilevato che, a un anno dall'inizio del progetto, nell'ambito dell'area della *formalizzazione interaziendale*, 6 centri avevano avuto un riconoscimento intra-aziendale per l'attività di Group Care svolta nel Servizio di Diabetologia; in particolare 2 centri avevano ottenuto l'approvazione per Progetti-Obiettivo e 1 centro aveva stipulato una delibera/determina tra la propria azienda sanitaria, lo staff dell'educazione alla salute e l'Università di Torino. L'attività, in 7 casi, è stata resa nota ai Medici di Medicina Generale e/o ad altre strutture cliniche od organizzative all'interno delle rispettive Aziende; in 1 servizio l'attività è stata resa nota a Staff della Direzione Generale quali lo Staff Promozione alla Salute e Qualità Aziendale. Risulta

pressoché totale la comunicazione ai responsabili di Macro Struttura e/o alle Direzioni Sanitarie.

Per quanto concerne l'area della *comunicazione* alle modalità già esplicitate nell'area della formalizzazione interaziendale risulta essere valorizzato in 4 servizi anche il ruolo dell'utente e/o associazione dei pazienti. Per quanto riguarda l'area connessa all'*analisi delle risorse* è emersa un'approfondita e dettagliata valutazione in merito alla convenienza dell'intervento, condotta facendo riferimento a ciascuna delle figure professionali coinvolte. I tempi netti medi di lavoro dedicati per ogni seduta di gruppo condotta per 10 pazienti hanno evidenziato che il medico dedica a ogni sessione 108 minuti e l'infermiere 57 minuti. Per quanto riguarda il coinvolgimento di altre figure professionali risulta particolarmente rilevante, dove esistente, il tempo dedicato dal dietista a questi inter-

venti: 34 minuti. Altrove si è fatto ricorso ad altre figure professionali dotate di valenza educativa, con un impiego medio di 60 minuti.

Esiste un utilizzo di spazi dedicati, anche se non a uso esclusivo dell'attività educativa, con una dimensione media di 34 mq.

Per l'attuazione operativa delle sedute di gruppo, per la totalità dei servizi non vi sono stati oneri aggiuntivi, in quanto l'Università di Torino ha fornito il materiale didattico.

Per quanto riguarda la *formazione degli operatori* il percorso di acquisizione di competenze in merito all'educazione terapeutica è avvenuta non solo partecipando ai corsi organizzati per il progetto ROMEO o attraverso la lettura e discussione del protocollo di ricerca, ma più in generale sulla base di un percorso formativo avvenuto all'interno delle società scientifiche con partecipazione a corsi GISED e AMD per équipe diabetologiche.

Nel considerare la *motivazione dei pazienti*, gli aspetti ritenuti importanti nello stimolare l'adesione degli stessi al programma hanno portato all'identificazione delle seguenti leve motivazionali: in 13 centri la partecipazione a nuove modalità terapeutiche e un maggior tempo dedicato all'educazione, in 7 centri la condivisione di obiettivi comuni e in 6 un maggior senso di appartenenza all'équipe; in 11 centri l'adesione dei pazienti si è focalizzata su una migliore qualità delle prestazioni e migliori esiti di cura; la possibilità di comprendere meglio la malattia ha rappresentato una importante leva in 13 centri mentre il diverso utilizzo del tempo di attesa è stato colto come un'opportunità in 11 casi. Queste strategie motivazionali, variamente combinate tra di loro, sono state frutto di un'attenta analisi preliminare da parte dei centri che hanno valorizzato i loro maggiori punti di forza.

A conferma che il trasferimento del metodo rappresenta un'opportunità di ripensare l'organizzazione all'interno delle équipe diabetologiche, nell'ambito dell'area della *motivazione delle équipe* sono emerse quali opportunità: la partecipazione a nuove modalità terapeutiche in 12 centri, più tempo per l'educazione in 11, la condivisione di obiettivi comuni in 12, un maggior senso di appartenenza all'équipe in 13, una migliore qualità delle prestazioni in 13, migliori esiti di cura in 12, una miglior organizzazione del lavoro in 11, la valorizzazione professionale in 13 e il riconoscimento di un ruolo educativo in 11.

L'area del *metodo* ha identificato punti di forza e criticità. A livello di analisi progettuale emerge come punto di forza l'adozione di un programma educativo già strutturato e articolato con lezioni sviluppate su argomenti specifici. A tale riguardo, è stato rileva-

to che i pazienti sono stimolati ad apprendere per esperienza diretta fornendo un immediato e continuo feedback agli operatori sanitari. Il progetto ha inoltre favorito a livello aziendale l'inserimento in progetti obiettivi e/o delibere/determine che hanno consentito l'attribuzione di una maggiore credibilità all'intervento stesso. La diversa organizzazione dell'attività educativa ha favorito all'interno del team la condivisione di obiettivi comuni e una maggiore valorizzazione delle diverse figure professionali.

Le criticità sono state individuate nella iniziale fatica ad accettare il cambiamento, a seguire un protocollo di ricerca predefinito, a sistematizzare la somministrazione dei questionari, la raccolta dati e la pianificazione di scadenze e dell'attività organizzativa in modo continuativo.

Accanto agli strumenti di verifica proposti dal protocollo di ricerca e volti a misurare l'intero processo, ciascun centro si è dotato di uno strumento di verifica interna di percorso che, nel 75% dei casi, è stato individuato nel livello di gradimento da parte dell'utente, espresso con la frequenza di partecipazione.

## Discussione

Dall'analisi del questionario e degli interventi realizzati a supporto del percorso metodologico nei singoli centri si è potuto verificare che il metodo di Group Care viene applicato con rigore, arricchendosi contemporaneamente di contributi originali che risultano congruenti con gli obiettivi attesi del progetto ROMEO e in particolare con la verifica della trasferibilità del metodo di assistenza diabetologica per gruppi di educazione terapeutica.

Le motivazioni di questo coinvolgimento sono principalmente da ricondurre a esigenze di tipo organizzativo-gestionale, formative e di valorizzazione del ruolo delle diverse figure professionali componenti l'équipe diabetologica. Era, infatti, diffuso il bisogno di ricondurre a una dimensione scientifica misurabile il ruolo dell'educazione terapeutica ed esisteva una comune percezione che la tradizionale visita diabetologica individuale, caratterizzata da un approccio duale e unidirezionale operatore-paziente, difficilmente fosse capace di creare condizioni e setting educativi in grado di favorire un nuovo e più favorevole stile di vita.

Nel constatare un positivo andamento del trasferimento del metodo di Group Care si può affermare che in tutti i centri coinvolti è in atto un percorso di autovalutazione, di analisi organizzativa e di miglioramento continuo che ha prodotto a ripensare l'or-

ganizzazione del team diabetologico valorizzando il ruolo della terapia educativa quale parte integrante dell'assistenza diabetologica.

## Bibliografia

1. World Health Organization: Therapeutic Patient Education. Report of a WHO Working Group. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998, p. 1-77
2. The DCCT Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* **329**, 977-986, 1993
3. UKPDS Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* **352**, 837-853, 1998
4. WHO/IDF Europe: Diabetes care and research in Europe: the Saint Vincent Declaration. *Diabetic Medicine* **7**, 360-364, 1990
5. Norris SL, Engelgau MM, Venkat Narayan KM: Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* **24**, 561-587, 2001
6. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM: Self-management education for adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care* **25**, 1159-1171, 2002
7. Funnell MM, Haas LB: National standards for diabetes self-management-education programs. *Diabetes Care* **18**, 100-110, 1995
8. Lacroix A, Assal JP: L'éducation thérapeutique des patients. Paris, Vigot, 1998, p. 1-205
9. Albano MG, Jacquemen S, Assal JP: Patient education and diabetes research: a failure! Going beyond the empirical approaches. *Acta Diabetologica* **35**, 207-214, 1998
10. King H, Aubert RE, Herman WH: Global burden of diabetes, 1995-2025. *Diabetes Care* **21**, 1414-1431, 1999
11. Trento M, Passera P, Tomalino M, Pagnozzi F, Pomero F, Vaccari P, Bajardi M, Molinatti GM, Porta M: Therapeutic group education in the follow-up of patients with non-insulin treated, non insulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Nutrition & Metabolism* **11**, 212-216, 1998
12. Trento M, Passera P, Tomalino M, Bajardi M, Pomero F, Allione A, Vaccari P, Molinatti GM, Porta M: Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes. A 2-year follow-up. *Diabetes Care* **24**, 995-1000, 2001
13. Trento M, Passera P, Bajardi M, Tomalino M, Grassi G, Borgo E, Donnola C, Cavallo F, Bondonio PV, Porta M: Lifestyle intervention by group care prevents deterioration of type 2 diabetes: a 4-year randomized controlled clinical trial. *Diabetologia* **45**, 1231-1239, 2002
14. Vespasiani G, Nicolucci A, Erle G, Trento M, Miselli V: Validazione del questionario sulla conoscenza del diabete GISED 2001. *Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo* **22**, 109-120, 2002
15. The DCCT Research Group. Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). *Diabetes Care* **11**, 725-732, 1988
16. Mannucci E, Mezzani B, Conti A, Rotella CM: Valutazione della qualità della vita nei pazienti adulti diabetici di tipo 1. *Il Diabete* **6**, 223-228, 1994
17. Trento M, Passera P, Tomalino M, Bajardi M: Le condotte di riferimento. Modello e strumento per la valutazione di interventi educativi. *Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo* **21**, 17-24, 2001
18. Panico S, Dello Iacovo R, Celentano E, Galasso R, Muti P, Salvatore M, Mancini M: Progetto ATENA, a study on the etiology of major chronic diseases in women: design, rationale and objectives. *Eur J Epidemiol* **8**, 601-608, 1992

**Gruppo Progetto ROMEO:** E. Ansaldo, F. Malvicino, M. Battezzati, P. Maresca, C. Cappa, C. Palenzona, G. Rosti, Alessandria; T. Miroglio, E. Repetti, Asti; A. Chiambretti, R. Fornengo, Chivasso-Torino; S. Gamba, M. Carlini, Maria Vittoria, Torino; M. DeAndrea, A. Grassi, A. Mormile, Maurizioano, Torino; M. Songini, R. Cossu, G. Tocco, Cagliari; P. Accorsi, U. Pagliani, V. Miselli, Scandiano-Reggio Emilia; L. Tonutti, C. Taboga, Udine; G. Morone, F. Travaglino, Biella; A. Corsi, F. Fabbri, Genova; L. Richiardi, C. Condò, P. Gennari, Valdese Torre Pellice-Torino; A.M. Sanna, M. Floris, L. Carboni, Cagliari; C. Mauri, E. Gangi, E. Orsi, P. Beck-Peccoz, Milano; M. Patella, G. Bax, L. Zanetti, C. Pesenti, D. Fedele, Padova; G. Corigliano, M. Corigliano, I. Vaccarella, Napoli

*Corrispondenza a:* Dott. Luigi Gentile, SOC, Malattie Metaboliche e Diabetologia, Ospedale Civile di Asti, Via Botallo 4, 14100 Asti  
e-mail: gentile@asl19.asti.it

*Pervenuto in Redazione il 21/7/2003 - Accettato per la pubblicazione il 28/1/2004*