

## Attività Diabetologica e Metabolica in Italia

# Attitudini in educazione terapeutica dei medici diabetologi liguri

### A. Corsi<sup>1</sup>, L. Boni<sup>2</sup> a nome del gruppo MET (Metodologia in Educazione Terapeutica)\*

<sup>1</sup>UOC Diabetologia e Malattie Metaboliche, ASL 3 Genovese, PO Metropolitan, SO La Colletta, Arenzano-Genova; <sup>2</sup>Centro per il Coordinamento delle Sperimentazioni Cliniche, Istituto Toscano Tumori

Corrispondenza: dott. Andrea Corsi, UOC Diabetologia e Malattie Metaboliche, Ospedale La Colletta, via Giappone 3, 16011 Arenzano (GE) andrea.corsi28@libero.it

G It Diabetol Metab 2010;30:39-43

*Pervenuto in Redazione il 25-10-2009*

*Accettato per la pubblicazione il 22-12-2009*

Parole chiave: educazione terapeutica, *empowerment*, operatori sanitari, attitudini

Keywords: therapeutic patient education, empowerment, health care providers, attitudes

\*Il gruppo MET (Metodologia in Educazione Terapeutica) è un gruppo aperto di diabetologi liguri interessati alla formazione in educazione terapeutica. Il coordinamento del gruppo è opera di: Andrea Corsi, Aldo Maldonato, Donatella Bloise, Luciano Carboni, Luigi Gentili, Giovanni Careddu, Guglielmo Ghisoni, Paola Ponzani, Daniela Speranza, Enrico Torre, Maria Stella Trabacca

### RIASSUNTO

**Premessa.** L'obiettivo primario dell'educazione delle persone con diabete è consentirne e svilupparne l'autonomia nella gestione della propria condizione. Tra gli ostacoli al successo dei programmi di educazione terapeutica ha un ruolo pesante l'ineadeguata formazione degli operatori, specialmente medici.

**Obiettivo.** Indagare le attitudini dei medici diabetologi liguri all'applicazione dell'educazione terapeutica.

**Metodo.** Ai 56 diabetologi appartenenti ai 19 servizi diabetologici liguri, abbiamo consegnato un questionario anonimo contenente 12 affermazioni delle quali dovevano esprimere il grado di condivisione, assegnando un punteggio su una scala Likert da 1 a 5.

**Risultati.** Sono stati restituiti 50 questionari (89,3%). Il punteggio medio è risultato  $65,2 \pm 12$ ; con variazioni significative nel gruppo di chi non operava stabilmente in diabetologia ( $n = 8$ ; media =  $50,3 \pm 13,0$ ;  $p < 0,001$ ) e tra chi non aveva mai partecipato a un corso di formazione in educazione terapeutica ( $n = 20$ ; media =  $58,6 \pm 13$ ;  $p = 0,004$ ).

Nell'area dei principi della "relazione efficace medico-paziente" il punteggio medio è stato  $79,5 \pm 15,5$ , mentre nell'area della "peculiarità della cura della malattia cronica" è stato  $53,8 \pm 10,5$ .

Le affermazioni che hanno conseguito i punteggi più bassi riguardavano l'ammissione che "la responsabilità nella gestione della cura del diabete è del paziente" ( $44 \pm 18,6$ ) e il peso del "ruolo attribuito alla conoscenza biomedica nel determinare il buon esito della cura" ( $36,5 \pm 2$ ).

**Conclusioni.** I diabetologi liguri mostrano buone attitudini in educazione terapeutica anche se l'approccio *empowerment* deve essere accettato con maggiore convinzione.

### SUMMARY

*Attitudes in therapeutic patient education of diabetologists in Liguria (Italy)*

**Background.** The aim of therapeutic patient education of people with diabetes is to promote and develop their autonomy in the management of their condition. The main obstacle to the success of educational programs is the lack of health care providers, especially doctors, well trained in therapeutic patient education.

**Aim.** To evaluate attitudes of diabetologists in implementing therapeutic patient education in Liguria (Italy).

**Methods.** We submitted an anonymous questionnaire containing 12 items to the whole group of 56 medical doctors working in the 19 diabetes centres in Liguria. The level of agreement to each item should be expressed by a Likert scale ranging from 1 to 5.

**Results.** A total of 50 questionnaire (89.3%) have been returned. The mean score was  $65.2 \pm 12$ ; and significant differences were seen among doctors not regularly working in diabetes centres ( $n = 8$ ; mean =  $50.3 \pm 13.0$ ;  $p < 0.001$ ) and among those never attending educational courses in therapeutic patient education ( $n = 20$ ; mean =  $58.6 \pm 13$ ;  $p = 0.004$ ). In the area of the "effective relationship between patient and doctor" the mean score was  $79.5 \pm 15.5$  while in the area of "specific care model of chronic diseases" it was  $53.8 \pm 10.5$ . Items characterized by lowest scores were that concerning about the acknowledgment that "the responsibility of the therapy belongs to the patient" ( $44 \pm 18.6$ ) and about "the role given to the biomedical knowledge in determining adequate outcomes" ( $36.5 \pm 2$ ).

**Conclusions.** Diabetologists in Liguria own effective attitudes in therapeutic patient education but "empowerment" approach must be accepted more firmly.

## Premessa

L'obiettivo primario dell'assistenza alle persone con diabete è consentirne e svilupparne l'autonomia nella gestione della propria condizione, insegnando loro alcune tecniche e fornendo loro le risorse che li aiutino ad assumersi questa responsabilità<sup>1-3</sup>.

L'educazione terapeutica (ET) è parte imprescindibile nel processo di autonomizzazione del paziente cronico<sup>4,5</sup> ed è, quindi, indispensabile nel raggiungimento degli obiettivi di cura<sup>6</sup>. La dichiarazione di Saint Vincent afferma che "nessuno degli obiettivi previsti potrà essere raggiunto senza la sua applicazione"<sup>7</sup>.

L'applicazione dell'ET è fornita da operatori sanitari che devono possedere una formazione specifica<sup>4,8</sup>. Tra gli ostacoli al successo dei programmi di ET ha un ruolo pesante l'inadeguata formazione degli operatori, specialmente medici<sup>4</sup>. Essi hanno generalmente ricevuto una preparazione idonea a seguire l'approccio "biomedico" tipico della "medicina dell'acuzie" ma hanno scarsa familiarità con l'approccio "bio-psico-sociale" necessario nella "medicina della cronicità"<sup>9</sup>. Per questo i diabetologi devono essere formati in modo da possedere conoscenze e attitudini idonee ad applicare l'ET<sup>4,8</sup>. Anche gli standard italiani per la cura del diabete mellito 2005-2007 prevedono che l'educazione all'autogestione vada garantita da "personale altamente qualificato sulla base di una formazione professionale continua sull'attività educativa"<sup>10</sup>.

## Obiettivo

Nell'ambito di una valutazione delle esigenze formative dei medici diabetologi liguri in ambito educativo, abbiamo ritenuto

to prioritario indagare quali fossero le loro attitudini all'applicazione dell'ET.

## Metodo

Ai 56 diabetologi appartenenti ai 19 servizi diabetologici liguri<sup>11</sup>, abbiamo consegnato un questionario anonimo, costruito allo scopo, contenente dodici affermazioni delle quali dovevano esprimere il grado di condivisione, assegnando un punteggio su una scala Likert da 1 a 5. Nella stesura del questionario, le affermazioni sono state prima individuate da un diabetologo esperto in ET, quindi riviste e corrette singolarmente da altri due diabetologi esperti, e infine rielaborate e accettate da tutti e tre i professionisti assieme. Le affermazioni del questionario sono riportate in tabella 1.

Le risposte sono state elaborate sia singolarmente sia, talora, accorpate per aree omogenee. Le affermazioni 1, 2 e 11 sono state accorpate nell'area "peculiarità della cura della malattia cronica" e le affermazioni 3, 4 e 5 nell'area "relazione efficace medico-paziente". In base al numero totale di risposte fornite, per ogni questionario, per ogni area omogenea e per ogni affermazione, è stato calcolato un punteggio standardizzato su una scala il cui intervallo di valori possibili è compreso fra 0 a 100, dove il punteggio più alto viene assegnato in una situazione di totale completezza e correttezza delle risposte. Nelle risposte ad alcune affermazioni il punteggio originale è stato invertito in modo che corrispondesse al senso corretto dell'affermazione. Un'affermazione che riguardava la percezione soggettiva di preparazione nell'ambito dell'ET (affermazione n. 9) non è stata conteggiata nel computo complessivo ma ne è stata valutata la correlazione con il punteggio totale. Le analisi statistiche comparative sono state effettuate mediante l'analisi della varianza a una via a effetti fissi (ANOVA).

## Risultati

Sono stati restituiti 50 questionari sui 56 distribuiti (89,3%). Tra coloro che hanno risposto l'84% lavorava stabilmente in diabetologia e il 16% vi lavorava saltuariamente, il 64% prestava servizio in diabetologia (dedicati) e il 36% prestava servizio anche in medicina interna (non dedicati), il 60% aveva partecipato a uno o più corsi di formazione in ET e il 40% non vi aveva mai partecipato. Il punteggio medio globale su tutto il campione è risultato pari a  $65,2 \pm 12$ , mentre i punteggi medi conseguiti nelle diverse affermazioni sono riportati nella tabella 1. Valori medi significativamente più bassi sono stati osservati nel gruppo di chi non operava stabilmente in diabetologia ( $n = 8$ ),  $50,3$  ( $p < 0,001$ ) e di chi non aveva mai partecipato a un corso di formazione specifico ( $n = 20$ ),  $58,6$  ( $p = 0,004$ ) (Tab. 2).

Nell'area della conoscenza dei principi della "relazione efficace medico-paziente" il punteggio medio è stato  $79,5 \pm 15,5$ , mentre nell'area della "peculiarità della cura della malattia cronica" è stato  $53,8 \pm 10,5$ .

Le affermazioni che hanno conseguito i punteggi più bassi

**Tabella 1** *Affermazioni contenute nel questionario e punteggio medio delle relative risposte (N = 50).*

	Affermazioni	Punteggio medio	DS
1	La malattia cronica e quella acuta richiedono un approccio clinico totalmente differente	81,0	18,6
2	La responsabilità della cura del diabete e del paziente	44,0	18,6
3	L'atteggiamento corretto nella relazione di cura della persona con diabete è quello paternalistico	90,0	14,3
4	Il modello relazionale corretto tra operatore sanitario e persona con diabete è quello collaborativo	76,5	28,3
5	Di fronte a un paziente in fase psicologica di rivolta, il curante deve assumere un atteggiamento direttivo	72,0	25,0
6	Nella mia pratica clinica con la persona con diabete applico frequentemente la riformulazione	58,0	24,4
7	Nella mia pratica clinica, per facilitare l'espressione del paziente, utilizzo frequentemente il silenzio	61,5	25,4
8	So definire che cos'è l'educazione terapeutica	63,0	27,8
9	Mi ritengo adeguatamente preparato in educazione terapeutica	65,2	12,0
10	Applico i principi dell'educazione terapeutica nella mia pratica clinica	56,0	29,3
11	Per il bene dei miei pazienti diabetici la cosa più importante è che io abbia una buona conoscenza biomedica	36,5	21,6
12	Ritengo che i principi dell'educazione terapeutica possano essere utili anche nelle relazioni interpersonali extralavorative	79,0	21,6

DS: deviazione standard.

**Tabella 2** *Punteggi medi ottenuti stratificando il campione per tipo di attività e partecipazione a corsi formativi in ET.*

Categoria	N	Punteggio medio (DS)	p
Totale	50	65,2 (12,0)	-
Dedicato*	32	66,6 (10,3)	0,277
Non dedicato	18	62,8 (14,4)	
Stabile in diabetologia	42	68,1 (9,6)	< 0,001
Non stabile in diabetologia	8	50,3 (12,8)	
Mai partecipato a corsi in ET	20	58,6 (13,0)	0,004
Partecipato ad almeno un corso MET	25	69,5 (9,6)	
Solo altri corsi (uno o più)	5	70,5 (4,8)	

N: dimensione dello strato; DS: deviazione standard; p: valore di p ottenuto mediante ANOVA; \*soggetto operante solo in diabetologia.

riguardavano l'ammissione che "la responsabilità nella gestione della cura del diabete è del paziente" ( $44 \pm 18,6$ ) e il peso del "ruolo attribuito alla conoscenza biomedica nel determinare il buon esito della cura" ( $36,5 \pm 2$ ).

Tra la percezione di preparazione in ET e il punteggio complessivo, è presente una netta correlazione, risultando il punteggio medio più basso tra chi ritiene la propria preparazione per nulla adeguata ( $44,7$ ) e il più alto tra chi la ritiene del tutto adeguata ( $79,6$ ;  $p < 0,001$ ) (Tab. 3).

## Commento

L'ET, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è "un processo formativo che deve rendere i pazienti capaci di acquisire e mantenere le capacità che permettano loro di gestire nel modo migliore la loro vita con la malattia. È perciò un processo continuo integrato nella cura. È disegnato per aiutare i pazienti e i loro familiari a comprendere la malattia e il trattamento, a cooperare con gli

**Tabella 3** Punteggi medi ottenuti stratificando il campione in base al grado di percezione di adeguata preparazione in ET (risposta alla domanda n. 9 del questionario).

Punteggio percezione di preparazione in ET	Punteggio complessivo del questionario		
	N	Media	DS
1	3	44,7	10,5
2	16	57,1	9,6
3	8	65,6	5,5
4	19	72,1	7,4
5	4	79,5	7,2

N: dimensione dello strato; DS: deviazione standard;  $p < 0,001$  (test per il trend).

operatori sanitari, a vivere in salute e a mantenere e migliorare la loro qualità di vita". L'ET deve essere fornita da operatori sanitari addestrati nell'educazione dei pazienti<sup>4,10</sup>. A tal fine nel 2001 il Diabetes Education Study Group, sulla scorta delle indicazioni dell'OMS, ha elaborato un programma di formazione in ET che fornisce un curriculum di base per l'acquisizione delle capacità indispensabili per un'efficace implementazione dell'ET<sup>8</sup>. Tra gli ostacoli all'applicazione di programmi educativi dei pazienti l'OMS annovera "tradizione e cultura degli operatori sanitari"<sup>4</sup>. La formazione degli operatori sanitari, in special modo dei medici, rispecchia sostanzialmente un approccio "biomedico", basato principalmente sulla capacità di fare la corretta diagnosi e somministrare l'adeguata terapia. Questo approccio biomedico è tipico della cura delle malattie acute e non si adatta alla cura delle malattie croniche, dove si richiede invece soprattutto un approccio "olistico", che tenga conto dei diversi aspetti "bio-psico-sociali" della gestione della malattia cronica<sup>12</sup>.

L'introduzione nel mondo sanitario dell'ET, che privilegia questo secondo approccio, rappresenta una sfida per la cultura tradizionale<sup>4</sup>. I risultati della nostra indagine comunque dimostrano che i medici diabetologi liguri posseggono buona coscienza della necessità di uno specifico approccio alla malattia cronica. In Liguria da dodici anni si svolge annualmente, sotto il patrocinio di AMD (Associazione Medici Diabetologi), un corso residenziale di formazione in Metodologia dell'Educazione Terapeutica (MET)<sup>13</sup>. A tali corsi hanno nel tempo partecipato medici di quasi tutti i servizi diabetologici della regione. Possiamo ipotizzare che tali eventi e altri che sporadicamente sono stati effettuati, siano valsi a formare questa coscienza e a formare l'attitudine a un rapporto di cura centrato sul paziente, collaborativo, non direttivo, non paternalistico. Certamente il risultato del costante lavoro di formazione svoltosi in Liguria soprattutto da parte del MET è riconoscibile dal miglior punteggio che hanno complessivamente conseguito coloro che hanno partecipato ai corsi formativi. Nel momento tuttavia in cui si deve riconoscere al paziente la responsabilità della gestione della

sua malattia, i diabetologi dimostrano ancora scarsa attitudine a lasciare il proprio tradizionale ruolo di "responsabili del risultato clinico". "Il diabete è una malattia autogestita e la responsabilità di questa autogestione appartiene al paziente". Da questo riconoscimento prende avvio l'approccio *empowerment* che si caratterizza come la "scoperta e lo sviluppo delle capacità di ognuno di essere responsabile della propria vita". Sotto questo aspetto i risultati della nostra indagine dimostrano che vi è necessità di diffondere il significato basilare dell'approccio *empowerment*. Verosimilmente è ancora molto pesante il retaggio della formazione tradizionale che, preparando i medici a una medicina dell'acuzie, li abitua a sostenere il ruolo di decisori e responsabili. La formazione tradizionale predilige gli aspetti biomedici e anche i diabetologi da noi intervistati sembrano essere convinti che "la buona preparazione biomedica è la cosa più importante nel determinare il risultato" della cura del diabete. Nella malattia cronica conservare questo approccio espone inevitabilmente al rischio di trascurare gli aspetti psicorelazionali e, conseguentemente, di perdere l'alleanza del paziente.

Un ruolo positivo nella formazione in ET sembra invece avere l'ambiente di lavoro diabetologico. I soggetti che non lavorano stabilmente in diabetologia hanno conseguito un punteggio significativamente minore rispetto a chi vi lavora stabilmente. È ben credibile che il lavorare in diabetologia sporadicamente faccia mancare quella osmosi culturale sui temi dell'educazione di cui invece gode chi lavora costantemente in diabetologia. L'indagine del GISED<sup>14</sup> e i risultati dello studio ETS (educazione terapeutica strutturata)<sup>15</sup> hanno evidenziato l'esistenza di gravi difficoltà nella disponibilità di personale e di tempo dedicati allo svolgimento dell'ET. Anche l'indagine di AMD Liguria<sup>11</sup> ha confermato a livello regionale tali difficoltà. Tuttavia in Liguria, secondo tale indagine, il 58% dei servizi asserisce di avere un programma di ETS, a dimostrazione perlomeno dell'interesse all'applicazione dell'ET. Tra gli specialisti che esercitano la diabetologia in modo dedicato il punteggio è maggiore, anche se non significativo dal punto di vista statistico, rispetto ai medici che vi operano in modo non dedicato. È ipotizzabile che l'attività assistenziale prestata in altre strutture, perlopiù in medicina interna, concentri l'interesse di questi medici verso la medicina dell'acuzie, "prescrittiva" e "curativa", piuttosto che verso i principi dell'ET.

Una considerazione ancora merita il rilievo della correlazione tra il punteggio medio conseguito e la percezione di adeguata preparazione in ET. Ciò induce a ritenere che gli specialisti interpellati si siano disposti sinceramente ad analizzare gli aspetti della propria formazione e che vi sia effettiva coscienza dell'esigenza di miglioramento da parte di coloro che si dichiarano impreparati. Ciò potrà essere di sprone all'organizzazione di interventi formativi in ET e specialmente in *empowerment*.

Infine va evidenziato che una delle limitazioni di questo lavoro potrebbe derivare dal fatto che il questionario non è stato sottoposto a validazione formale. Tuttavia, è da segnalare che nel corso della discussione che ha coinvolto il campione di soggetti a cui il questionario è stato somministrato non sono emerse criticità riguardanti l'interpretazione delle domande presenti nello strumento di misura.

## Ringraziamenti

Un grazie sentito ai diabetologi che hanno partecipato all'indagine.

## Conflitto di interessi

Nessuno.

## Bibliografia

1. Anderson RM. *Patient empowerment and the traditional medical model: A case of irreconcilable differences?* Diabetes Care 1995;18:412-5.
2. Anderson RM, Funnel MM, Butler P, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste C. *Patient empowerment: results of a randomized control trial.* Diabetes Care 1995;18:943-9.
3. Anderson RM, Funnel MM, Arnold MS. *Using the empowerment approach to help patients change behaviour.* In: Anderson B, Rubin R, eds. *Practical lessons from psychology for diabetes clinicians.* Alexandria: American Diabetes Association 1996, pp. 163-72.
4. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Therapeutic patient education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases.* Report of a WHO Working Group, 1998.
5. Lacroix A, Assal J-P. *Therapeutic education of patients. New approaches to chronic illness.* Paris: Ed. Maloine 2003.
6. Nolte S, Elsworth GR, Sinclair AJ, Osborne RH. *The extent and breadth of benefits from participating in chronic disease self-management courses: A national patient-reported outcomes survey.* Patient Educ Couns 2007;65:351-60.
7. WHO/IDF Europe. *Diabetes Care and research in Europe: the Saint Vincent Declaration.* Diabetic Medicine 1990;7:360-4.
8. DESG Diabetes Education Study Group of the European Association for the Study of Diabetes. *Basic curriculum for health professionals on diabetes therapeutic education.* Report of a DESG Working Group, 2001.
9. Assal JP. *Revisiting the approach to treatment of long-term illness: from the acute to the chronic state. A need for educational and managerial skills for long-term follow-up.* Patient Educ Couns 1999;37:99-111.
10. AMD-SID-Diabete Italia. *Standard italiani per la cura del diabete mellito. Linee guida e raccomandazioni.* Torino: Ed. Infomedica 2007.
11. Ruffino C per il Consiglio AMD Liguria (Presidente Torre E). *Indagine conoscitiva sulle strutture diabetologiche in Liguria.* Convegno Congiunto SID-AMD Liguria, comunicazione personale. Genova 12 aprile 2008.
12. Assal JP. *From metabolic crisis to long-term diabetes control. A plea for more efficient therapy.* In: Davidson JK, ed. *Clinical diabetes mellitus, a problem oriented approach*, 3<sup>rd</sup> ed. New York: Thieme Med Pub, Inc, 2000;49:799-813 e 943-950.
13. Corsi A per MET. *Metodologia in Educazione Terapeutica. Un viaggio di più di 10 anni.* IV Convegno Nazionale Centro Studi e Ricerche AMD, comunicazione personale. Cernobbio 8-10 ottobre 2008.
14. Corsi A, Bruttomesso D, Clementi L, Girelli A, Orsi E, Richini D; GISED (Gruppo Italiano per lo studio sull'Educazione al Diabete). *Organizzazione dell'attività educativa nei centri di Diabetologia in Italia: indagine conoscitiva del GISED.* MeDia 2005;5,2 (suppl.):30.
15. Gruppo AMD ETS. *Il progetto educazione terapeutica strutturata (ETS) di AMD.* Il Giornale di AMD 2009;12:40-8.