

Organizzazione Mondiale della Sanità
Ufficio Regionale per l'Europa
Copenhagen

EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE

Programmi di formazione continua
per operatori sanitari
nel campo della
prevenzione delle patologie croniche

Rapporto di un Gruppo di Lavoro OMS

1998

Abstract

L'Educazione terapeutica del paziente (ETP) consente alle persone affette da patologie croniche di gestire la propria malattia ed apporta benefici sia in termini di salute che finanziari. Molti operatori sanitari, tuttavia, difettano delle capacità di offrire al paziente questo tipo di educazione. L'Ufficio Regionale ha quindi convenuto di creare un gruppo di lavoro per preparare un documento che indicasse nel dettaglio i contenuti dei programmi per insegnare agli operatori a fornire ETP. Il Gruppo di Lavoro comprendeva medici, infermieri, altri operatori sanitari ed educatori provenienti da vari Paesi della regione europea. Il Gruppo ha sviluppato un documento che definisce cos'è l'ETP, specifica le diverse capacità che devono essere insegnate ai pazienti cronici e descrive contenuti e struttura di una serie di programmi di complessità crescente. Il Gruppo ha anche identificato gli ostacoli da superare e raccomandato azioni da intraprendere da parte di istituzioni sanitarie e formatori, Paesi, OMS e Centri Collaboranti così come industrie sanitarie, assicurazioni e media.

Parole Chiave

EDUCAZIONE AL PAZIENTE
PATOLOGIA CRONICA
PERSONALE SANITARIO – formazione
MATERIALI DIDATTICI
EUROPA

.....

© Organizzazione Mondiale della Sanità

Tutti i diritti di questo documento sono riservati all'Ufficio Regionale OMS per l'Europa. Il documento può tuttavia essere liberamente rivisto, riassunto, riprodotto o tradotto in qualsiasi altra lingua (ma non per la vendita o per essere utilizzato a fini commerciali), purché sia dato pieno riconoscimento alle fonti. L'uso del logo OMS deve essere autorizzato dall'Ufficio Regionale OMS. Le traduzioni dovranno riportare la dicitura: *Il traduttore del presente documento è l'unico responsabile dell'accuratezza della traduzione.* L'Ufficio Regionale OMS apprezzerà di ricevere tre copie di ciascuna traduzione. La responsabilità delle opinioni espresse da ciascuno degli autori ricade esclusivamente su di loro.

Traduzione italiana: *Laura Delpiano* – CESPI, Centro Studi per le Professioni Sanitarie, Torino. Marzo 2007.

Il traduttore del presente documento è l'unico responsabile dell'accuratezza della traduzione

Contenuti

| | <i>Pag</i> |
|---|------------|
| Gruppo di lavoro sull'Educazione terapeutica del Paziente | 4 |
| Ringraziamenti | 5 |
| 1 Educazione terapeutica del paziente: considerazioni didattiche | 7 |
| Il bisogno di formare gli operatori sanitari nell'educazione terapeutica dei pazienti affetti da patologie croniche | 8 |
| Il bisogno di programmi di formazione per l'educazione terapeutica del paziente | 11 |
| Considerazioni generali | 13 |
| Considerazioni di base riguardanti i programmi di formazione per gli operatori sanitari per l'educazione terapeutica del paziente | 16 |
| Elementi di un programma di formazione | 17 |
| Network dei principi didattici di base | 17 |
| Quadro del programma | 18 |
| 2 Profili di competenza dei pazienti educati terapeutamente | 20 |
| Competenze dei pazienti affetti da diabete tipo 1 | 20 |
| Competenze dei pazienti affetti da diabete tipo 2 | 22 |
| Competenze dei pazienti asmatici | 23 |
| Evoluzione degli atteggiamenti dei pazienti | 24 |
| 3 Profili di competenza degli operatori sanitari | 26 |
| Competenze nell'educazione terapeutica del paziente centrata sul paziente | 27 |
| 4 Programmi di formazione in educazione terapeutica del paziente rivolti agli operatori sanitari | 30 |
| Considerazioni sul numero dei partecipanti e sulla durata dei corsi | 30 |
| Introduzione all'educazione terapeutica del paziente – Programma A | 31 |
| Introduzione all'educazione terapeutica del paziente – Programma B | 36 |
| Implementazione dell'educazione terapeutica del paziente – Programma C | 39 |
| Coordinamento dei programmi di educazione terapeutica del paziente – Programma D | 51 |
| La bibliografia: uno strumento didattico | 52 |
| 5 Ostacoli | 54 |
| Ostacoli comuni nei programmi di formazione in educazione terapeutica del paziente rivolti agli operatori sanitari | 54 |
| 6 Raccomandazioni | 57 |
| Raccomandazioni agli operatori sanitari | 57 |
| Raccomandazioni alle istituzioni di formazione per gli operatori sanitari | 57 |
| Raccomandazioni alle istituzioni sanitarie | 58 |
| Raccomandazioni ai Centri Collaboranti OMS | 58 |
| Raccomandazioni alle industrie sanitarie | 59 |
| Raccomandazioni alle compagnie di assicurazione | 59 |
| Raccomandazioni ai media (stampa, radio, televisione) | 59 |
| Raccomandazioni agli Stati membri dell'OMS | 59 |
| Raccomandazioni all'Ufficio Regionale OMS per l'Europa | 60 |
| Allegato: Indice/Glossario | 62 |

**Gruppo di Lavoro
sull'Educazione Terapeutica al paziente
11-14 Giugno 1997**

Membr

ANTSIFEROV, MIKHAIL B., Endocrinologo Capo, centro Nazionale di Endocrinologia, Mosca, Russia

COSTEA, MARIANA, Psicologa, Istituto per la Nutrizione ed il Metabolismo, Bucarest, Romania

FELTON, ANNE-MARIE, Infermiera, Presidente della Federazione Europea Infermieri di Diabetologia, Londra (GB)

GAGNAYRE, RÈMI, Dipartimento di Pedagogia delle Scienze Sanitarie Università Paris-Nord, Bobigny, Francia

MALDONATO, ALDO, Istituto Clinica Medica 2, Policlinico Umberto I,

Roma, Italia (Presidente)

PACCAUD, URSULA, Infermiera, Direttrice Aggiunta, Dipartimento

Assistenza Infermiersirtica, Ospedali Universitari di Ginevra, Svizzera

PETRENKO, VLADIMIRAS, Capo Dipartimento di Diabetologia, Clinica Accademica di kaunas, Lituania

ROSENQVIST, URBAN, Dipartimento di Medicina Sociale, Akademiska sjukhuset, Uppsala, Svezia

VISSER, ADRIAAN, Editore europeo, Educazione del paziente e Counselling, Istituto Helen Dowling per la Medicina Bio-psicosociale, Rotterdam, Olanda (*Relatore*)

Segreteria scientifica

AMETOV, ALEXANDER S., Direttore, Cattedra di Endocrinologia, Accademia Russa per gli Studi Medici Avanzati, Russia (*consigliere pro tempore*)

ASSAL, JEAN-PHILIPPE, Capo Divisione Educazione terapeutica per il paziente affetto da patologie croniche Ospedali Universitari di Ginevra, Svizzera (*moderatore*)

FAWCETT-HENESY, AINNA, Consigliere Regionale per l'Infermieristica, Ufficio Regionale OMS per l'Europa, Copenhagen, Danimarca

GUILBERT, JEAN-JACQUES, Consulente, Divisione Educazione terapeutica per il paziente affetto da patologie croniche Ospedali Universitari di Ginevra, Svizzera (*Segretario*)

JACQUEMET, STEPHANE, specialista di educazione agli adulti, Educazione terapeutica per il paziente affetto da patologie croniche, Ospedali Universitari di Ginevra, Svizzera (*consigliere pro tempore*)

KALO, ISUF, Consigliere Regionale per l'Infermieristica, Ufficio Regionale OMS per l'Europa, Copenhagen, Danimarca

Ringraziamenti

Il Gruppo di Lavoro OMS per L'Educazione Terapeutica dei pazienti ringrazia per il valido contributo ai lavori apportato dai seguenti colleghi nella preparazione dei documenti di lavoro:

BERGER, MICHAEL, Direttore, Medizinische Klinik & Poliklinik, Heinrich Heine Universität, Düsseldorf, Germania

CHASTONAY, PHILIPPE, Istituto di Medicina Sociale e Preventiva, Università di Ginevra, Svizzera

DECCACHE, ALAIN, Direttore, Unità di Educazione Sanitaria, Facoltà di Medicina, Università Cattolica di Louvain, Bruxelles, Belgio

DOMINICE, PIERRE, Professore, Direttore Formazione Continua, Facoltà di Psicologia e Scienze dell'Educazione, Ginevra, Svizzera

EULLER-ZIEGLER, Liana, Professore, Dipartimento di Reumatologia, Centro Ospedaliero Universitario, Nizza, Francia

GOLAY, ALAIN, Docente Privato, Ricercatore Associato, Divisione Educazione Terapeutica al Paziente per le Patologie Croniche, Ospedali Universitari di Ginevra, Svizzera

GRABAUSKAS, VILIUS, Rettore, Accademia di Medicina, Kaunas, Lituania

IVERNOIS (d'), JEAN-FRANCOIS, Direttore, Dipartimento di Educazione in Scienze Sanitarie, Facoltà di Medicina, Università di Parigi Nord, Bobigny, Francia

JUNOD, ALAIN, Professore, Direttore Medico, Ospedali Universitari di Ginevra, Svizzera

LACROIX, ANNE, Psicologa, Divisione Educazione Terapeutica al Paziente per le Patologie Croniche, Ospedale Universitario di Ginevra, Svizzera

OERTEL, WOLFGANG, Università Philips, Marburg, Germania

PARTRIDGE, MARTYN R., Medico Consulente, Clinica Polmonare, Whipps Cross Hospital, Londra, Regno Unito

POSTEL-VINAY, A., Parigi, Francia

SHATCHKUTE, AUSHRA, Consulente Regionale per la prevenzione delle patologie croniche, Ufficio Regionale OMS per l'Europa, Copenhagen, Danimarca

WALDVOGEL, FRANCIS, Professore, Direttore, Dipartimento Medicina Interna, Ospedali Universitari di Ginevra, Svizzera

Nota

Per agevolare i lettori che hanno poca dimestichezza con i termini tecnici ed educativi utilizzati in questo rapporto, in allegato viene fornito un Indice/Glossario.

Tutti i termini presenti nel testo che sono definiti nel Glossario vengono contrassegnati da un asterisco (*)

Educazione terapeutica del paziente: considerazioni didattiche

INTRODUZIONE

Il presente rapporto nasce in risposta ad una richiesta dell'Ufficio Regionale OMS per l'Europa (WHO/EURO) nel Novembre 1966 *"di preparare un documento che indicasse i contenuti di un programma di formazione* specifico per gli operatori sanitari... nel campo della prevenzione delle patologie croniche* e dell'educazione terapeutica del paziente**. Il suo scopo è di: *aiutare gli operatori della salute ad acquisire le competenze necessarie ad aiutare i pazienti a gestire da soli la propria patologia cronica*. Gli autori hanno tenuto conto delle raccomandazioni e degli orientamenti promossi dall'OMS riguardo la formazione del personale sanitario e dei pazienti, in particolare gli obiettivi della salute per tutti dell'Ufficio Regionale per l'Europa¹, designati a riorientare questo tipo di educazione per *rendere sani gli stili di vita* da scegliere*. Hanno inoltre cercato di applicare principi, promossi anche dall'OMS, che sostengono che *"la formazione deve essere orientata ai bisogni di salute* della popolazione e dei pazienti"*² e che *"i discenti devono a poco a poco diventare gli architetti della loro educazione*"*³. Si è inoltre tenuto conto delle raccomandazioni della Carta di Lubiana sulla Riforma dell'assistenza sanitaria, del 1996, per la parte concernente *l'addestramento al lavoro in team con la cooperazione multiprofessionale e interdisciplinare, l'approccio problem-solving* ed il coinvolgimento attivo dei pazienti nella gestione delle proprie patologie croniche*.

Si tratta di orientamenti e raccomandazioni ambiziosi, che affrontano sfide formidabili. Vanno contro la pratica convenzionale di molte scuole per professionisti della salute. Sono difficili da mettere in pratica, ma non impossibili. Infatti, alcuni orientamenti dell'OMS che molti possono aver considerato utopici si sono realizzati. Ci sono voluti tempo, impegno, risorse*, diplomazia e pazienza. Per molti aspetti ciò che si propone in questo rapporto è già in atto, anche se in maniera informale e in scala ridotta.

¹ Obiettivo 4: Aggiungere salute alla vita; 15 e 16: Conoscenza e motivazione, e Promozione di comportamenti salutari; 29: Erogatori di assistenza sanitaria primaria; 31: garantire la qualità dell'assistenza; 36 e 37: Sviluppo delle Risorse umane.

² Carta di Lubiana sulla Riforma dell'assistenza sanitaria, 19 Giugno 1996.

³ *Community-based education of health personnel*. Serie Rapporti Tecnici OMS n° 746, 1987; *Learning together to work for health*. Serie Rapporti Tecnici OMS n° 769, 1988. *Continuing education for change*. Pubblicazioni regionali OMS, Serie Europea, n° 28, 1990.

Quanti si avvieranno ad implementare ciò che questo rapporto propone, dovranno scegliere accuratamente le *strategie* del cambiamento* e decidere se le condizioni delle proprie istituzioni le favoriscono o meno. Devono rendersi conto, ad esempio, che il tentativo di introdurre cambiamenti in un'istituzione che non è pronta ad accettarli sarà un fallimento, a meno che allo staff accademico non si offrano guida ed assistenza. Devono discutere se si tratti di uno spreco di energie e di preziose risorse* istituzionali continuare a condonare pratiche educative inefficienti per nessun altra ragione se non quella che i gli stessi docenti, orientati convenzionalmente, considerano tali pratiche semplici e convenienti. Devono quindi considerare se è pensabile che il loro staff docente e di orientamento convenzionale possa mettere in pratica, senza guida o aiuto, programmi di formazione* del tipo qui proposto. In caso contrario bisogna offrire loro un programma di formazione formatori. Devono predisporre il proprio piano* di implementazione, che serva loro da guida e faciliti il cambiamento nelle rispettive istituzioni sanitarie. Uno degli scopi di questo rapporto è di aiutarli nella stesura.

Nella Regione europea dell'OMS ci sono circa cinque milioni di infermieri, è il gruppo professionale più numeroso. Il loro contributo effettivo e potenziale nella gestione* delle patologie croniche* è sottostimato e poco utilizzato, così come quello di molte altre professioni sanitarie. L'accesso per tutti a programmi riconosciuti di educazione terapeutica per il paziente* e gestione* specifica della malattia in un sistema multi o mono-disciplinare porterà contributi significativi alla gestione* delle patologie croniche*.

Le raccomandazioni contenute in questo rapporto sono indirizzate non solo all'area della formazione* e dell'addestramento ma anche a diverse altre, soprattutto ai ministeri ed ai dipartimenti governativi, alle istituzioni educative, agli operatori sanitari ed ai consumatori, ai media, alle compagnie di assicurazione, alle industrie sanitarie ed all'Ufficio Regionale OMS per l'Europa.

IL BISOGNO DI FORMARE IL PERSONALE SANITARIO NELL'EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEI PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE CRONICHE

Status dell'educazione terapeutica del paziente nel trattamento delle patologie croniche.

Nella pratica assistenziale esterna agli ospedali, circa l'80% delle patologie trattate sono croniche. Nonostante buona parte dell'assistenza sia efficiente, come risultato – *inter alia* – della ricerca medica, la qualità è spesso molto lontana dall'essere soddisfacente. Molti pazienti non collaborano con le istituzioni; meno del 50% seguono correttamente il proprio trattamento. E' stato osservato che i pazienti non sono adeguatamente informati del proprio stato di salute e pochi sono stati aiutati a gestire le cure o ad assumersene la responsabilità. Anche se molti medici sono altamente competenti nella diagnosi e nella cura, troppo pochi educano i propri pazienti a gestire la loro situazione. Le ragioni di questa mancanza possono essere molteplici, ad esempio la scarsità di tempo o la mancanza di consapevolezza della necessità di agire in questo senso. Una delle motivazioni è che la formazione

di base di molti operatori sanitari, soprattutto medici ed infermieri, si basa soprattutto sulla diagnosi e sulla scelta del regime terapeutico.

Benché anche i pazienti acuti possano beneficiare dell'educazione terapeutica del paziente*, questa è una parte fondamentale del trattamento a lungo termine* di patologie quali quelle di seguito elencate⁴:

Allergie

Cancro (e sequele)

Cancro (qualsiasi localizzazione)

Stomie (laringectomia, gastroenterostomia)

Sangue

Emofilia

Talassemie

Sistema circolatorio

Ipertensione arteriosa

Insufficienza cardiaca

Malattia cerebrovascolare (ictus)

Claudicazione

Ischemia cardiaca, angina

Reuma cardiaco

Apparato digestivo

Cirrosi

Colite

Morbo di Crohn

Ulcera gastroduodenale

Malassorbimento

Disturbi endocrinologici, nutrizionali e metabolici

Malattia di Addison

Diabete mellito

Obesità

Disfunzioni della tiroide

Malattie infettive

HIV/AIDS

Poliomielite (sequele)

Tubercolosi

Disturbi mentali e del comportamento

Dipendenza da alcool, droghe, tabacco ed altre sostanze

Malattia di Alzheimer e demenza

Depressione

Apparato muscolo-scheletrico e tessuti connettivi

Artrite e malattie collegate

Fibromialgia

Amputazione degli arti, fratture, ustioni (sequele)

Disturbi al collo ed alla schiena

Osteortrite

Osteoporosi

⁴ Tratto da: *Rapporto mondiale sulla salute 1997*, Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1997.

Artrite reumatoide

Sistema nervoso

Epilessia

Ipoacusia, sordità

Sclerosi multipla

Paraplegia, tetraplegia ed altri danni traumatici del cervello

Morbo di Parkinson

Danni alla vista, cecità

Apparato respiratorio

Asma bronchiale

Ostruzione polmonaria cronica

Fibrosi cistica

Nefropatie

Dialisi

Insufficienza renale

Altro

Infortunati sul lavoro (sequele)

Trapianto d'organo (sequele)

In vari ambiti assistenziali sono state introdotte diverse tipologie di educazione terapeutica del paziente* ma sono spesso state scelte in maniera arbitraria ed insegnate male. La necessità di migliorare i programmi di formazione* con un intento terapeutico appare quindi ovvia. Spesso i pazienti iniziano ad adattarsi alla propria malattia per conto loro, ma gli operatori sanitari* devono utilizzare l'educazione terapeutica del paziente* per rendere i loro sforzi più produttivi.

Il concetto di educazione terapeutica del paziente

Gli operatori sanitari* tendono a parlare ai pazienti delle loro malattie piuttosto che ad addestrarli nella gestione* del quotidiano. L'educazione terapeutica del paziente* è quindi designata a questo compito, all'addestramento del paziente nelle abilità* di auto-gestione o adattamento del trattamento alla sua particolare situazione di cronicità*, nonché nei processi di coping*. Deve anche contribuire a ridurre i costi dell'assistenza a lungo termine sia per i pazienti che per la società. E' essenziale per una autogestione efficiente e per la qualità dell'assistenza di tutte le patologie croniche*, anche se i pazienti acuti non devono essere esclusi dai suoi benefici. L'educazione terapeutica del paziente* è affidata ad operatori sanitari a loro volta formati sulla materia ed è destinata a far sì che il paziente (o un gruppo di pazienti e familiari) diventino capaci di gestire il trattamento delle proprie malattie e di prevenire le complicanze evitabili, nel contempo mantenendo o migliorando la qualità della propria vita. Il suo scopo principale è di produrre un effetto terapeutico che vada ad sommarsi a quelli di altri interventi (farmacologici, di terapia fisica, ecc.).

Gruppi target

I programmi di formazione* devono essere fatti su misura per ciascuna delle differenti figure sanitarie impegnate a vario titolo nell'assistenza al paziente cronico. Si tratta principalmente di medici, infermieri, dietisti, farmacisti, fisioterapisti, ergoterapisti, psichiatri, psicologi, assistenti sociali, specialisti di salute occupazionale e podologi.

Tra le altre categorie occupazionali che dovrebbero essere informate circa l'educazione terapeutica del paziente* e dovrebbero parteciparvi, vi sono gli specialisti della formazione, gli specialisti delle assicurazioni sanitarie, gli amministratori degli ospedali, gli educatori delle scuole sanitarie ed altri.

IL BISOGNO DI PROGRAMMI DI FORMAZIONE PER L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE

Servono urgentemente programmi di formazione per l'educazione terapeutica del paziente* per una serie di ragioni:

Il bisogno di programmi di formazione di riferimento per il personale sanitario

Secondo le raccomandazioni dell'Ufficio Regionale OMS per l'Europa sul miglioramento della qualità dell'assistenza, gli approcci presentati in questo rapporto possono servire come riferimento per l'educazione terapeutica del paziente* e per l'assistenza a lungo termine.

L'effetto dell'educazione del paziente sul controllo della malattia

L'educazione terapeutica del paziente* ha prodotto un significativo calo dei ricoveri ospedalieri di pazienti colpiti da asma bronchiale o coma diabetico. Oltre ad aver diminuito i casi di amputazione degli arti inferiori, ha anche assicurato una migliore qualità di vita ritardando l'amputazione nel 75% dei casi⁵.

Nell'assistenza a lungo termine c'è la necessità di enfatizzare il ruolo delle famiglie dei pazienti e dei loro cari. Un'educazione terapeutica del paziente* di qualità deve comprendere i ruoli didattici e di supporto psicologico delle famiglie e delle persone care che stanno accanto al paziente che riceve assistenza a lungo termine. Capire le difficoltà e rendersi conto che la loro presenza può essere un valore considerevole è fondamentale per il benessere del paziente e della famiglia.

Dal buon senso empirico all'educazione formale

Durante lo scorso decennio il personale sanitario della regione Europea dell'OMS è stato messo sotto pressione affinché l'educazione terapeutica del paziente* diventasse un'importante aggiunta alle terapie farmacologiche, fisiche ed altre. Nonostante ciò, gli operatori sanitari hanno ancora bisogno di programmi di formazione* efficienti per la gestione* a lungo termine delle patologie croniche*. I programmi attuali non sempre prevedono la didattica o il supporto psicologico del paziente. La rispettiva metodologia non è mai stata adeguatamente formalizzata e questo crea difficoltà nel formare altri operatori sanitari.* La revisione della letteratura ha dimostrato che meno del

⁵ Assal, J-Ph. Et alii. The cost of training a diabetic patient. *Diabète & Métabolisme* 19: 491-5 (1993).

5% degli articoli riguardanti l'educazione terapeutica del paziente* descrivono il processo educativo e le metodologie utilizzate.⁶

Il bisogno di standard per l'educazione terapeutica del paziente

I programmi di formazione* tipo quelli presentati come esempi nel presente documento, dovrebbero fornire agli operatori sanitari* degli standard che li rendono in grado di progettare, implementare e valutare un'educazione terapeutica del paziente* di elevata qualità per quanto riguarda la cronicità. Sono necessarie due serie di criteri: una per i risultati attesi dall'assistenza per il paziente e l'altra per la qualità del processo educativo. Gli operatori addetti all'assistenza e gli specialisti della formazione attueranno quindi valutazioni* periodiche nel rispetto di questi criteri.

I principi didattici dei programmi proposti e la loro implementazione a livello locale

I programmi presentati a titolo esemplificativo nel capitolo 4 trattano dei principi fondamentali della didattica ed elencano le competenze da padroneggiare relativamente all'educazione terapeutica del paziente* , a come i pazienti si adattano alle proprie malattie e all'assistenza a lungo termine. I programmi di riconosciuta qualità servono come modelli che le strutture sanitarie possono gradualmente adottare secondo i propri tempi ed i propri mezzi. Tali modelli dovranno essere adattati alle circostanze ed ai vincoli* locali, purché tale adattamento non vada a stravolgerne i principi fondamentali.

Il cammino verso l'apprendimento continuo e l'assistenza a lungo termine

Il trattamento delle patologie a lungo termine è meno soddisfacente di quanto potrebbe essere. La qualità dell'assistenza dipende ancora molto dalla capacità del paziente di gestire la quotidianità della propria condizione, oltre che dai farmaci ed altre forme di tecnologia medica. Anche se gli operatori sanitari* in generale ed i medici in particolare sono competenti nella diagnosi e nella scelta della terapia, solitamente non sono preparati né sull'educazione terapeutica del paziente* né sui metodi di un'efficiente assistenza a lungo termine. I programmi proposti potrebbero soddisfare questo bisogno. Dovrebbero far parte dell'educazione continua del personale sanitario ed essere inclusi anche nella formazione di base ed in quella specialistica dell'assistenza a lungo termine.

Gli operatori sanitari* formati in questo campo possono contribuire a:

- migliorare la qualità della vita, nonché a prolungarla, dei loro pazienti a lungo termine;
- migliorare la qualità dell'assistenza in generale (poiché anche i pazienti acuti possono beneficiare di queste tecniche educative);
- diminuire i costi* medici, personali e sociali, e di conseguenza la spesa totale.

⁶ Jacquemet, S. et alii. Educational methodologies: an analysis of chaos. *Diabetologia*, vol. 1, Supp. 1, PS64:2447, GIUGNO 1997.

CONSIDERAZIONI GENERALI

L'educazione terapeutica del paziente* deve renderlo capace di acquisire e mantenere abilità che gli consentano di gestire al meglio la propria vita di malato. Si tratta quindi di un processo continuo, integrato nell'assistenza sanitaria. E' incentrato sul paziente; comprende una consapevolezza organizzata, l'informazione, l'apprendimento dell'auto-cura ed il supporto psicologico riguardo la malattia, i trattamenti prescritti, l'assistenza, l'ospedale e gli altri ambiti assistenziali, l'informazione organizzativa, i comportamenti* legati alla salute ed alla malattia. Il suo scopo è di aiutare i pazienti e le famiglie a comprendere la malattia ed il trattamento, a cooperare con gli operatori sanitari*, a vivere in modo sano, a migliorare o mantenere la qualità della vita.

Criteri raccomandati

L'educazione terapeutica del paziente* è un processo di apprendimento sistemico, centrato sul paziente.

Esso tiene conto:

- dei processi di adattamento del paziente (coping* con la malattia, locus di controllo, convinzioni riguardo la salute, percepito socioculturale);
- dei bisogni soggettivi ed oggettivi dei pazienti, sia espressi che non. E' parte integrante del trattamento e dell'assistenza

Riguarda la vita quotidiana del paziente e il suo ambiente psico-sociale, coinvolge quanto più possibile la famiglia del paziente, gli altri parenti e gli amici.

E' un processo continuo, che deve essere adattato al corso della malattia, al paziente ed al suo modo di vivere; è parte dell'assistenza a lungo termine.

Deve essere strutturata, organizzata e fornita in maniera sistematica a tutti i pazienti attraverso una varietà di mezzi.

E' multiprofessionale, intraprofessionale ed intersettoriale; comprende il lavoro di rete*.

Viene erogata da operatori sanitari* formati nell'educazione terapeutica del paziente*.

Livelli di formazione nell'educazione terapeutica del paziente

Come premessa ad programma formale di educazione terapeutica del paziente* si raccomanda un corso introduttivo per motivare i possibili candidati ed informarli della natura e del significato dell'argomento. Sono in uso due livelli di formazione in educazione terapeutica del paziente* : base e post-base.

La formazione di base riguarda la pratica dell'educazione terapeutica del paziente*. E' rivolta soprattutto a coloro che hanno a che fare con pazienti che devono imparare a gestire la propria malattia. E' strutturata in modo da aiutarli ad imparare i metodi (didattici, psicologici, sociali) dell'educazione terapeutica in modo da poterli applicare nell'assistenza

quotidiana. Può trattare anche degli aspetti biomedico delle malattie e del trattamento.

La formazione post-base riguarda le capacità di coordinare diverse attività didattiche all'interno di un'istituzione per la formazione o di una rete di servizi sanitari. E' strutturata in modo da preparare gli operatori sanitari a diventare coordinatori di programmi di educazione terapeutica del paziente* in campo sanitario, compresa la prevenzione – soprattutto secondaria e terziaria.

Contenuti della formazione dei formatori

I futuri formatori dovranno comprendere che:

- i pazienti hanno bisogno di tempo per imparare a gestire l'assistenza a lungo termine
- i pazienti hanno bisogni di salute* oggettivi e soggettivi

La formazione deve essere basata su obiettivi di due tipi: terapeutico, per i pazienti e di apprendimento, per gli educatori. Deve comprendere l'addestramento nella valutazione* della formazione* (valutazione del programma) e dell'apprendimento* (competenze acquisite). Prevede teorie e processi di motivazione* ed apprendimento*, e gli sforzi di adattamento del paziente per adattarsi alla malattia. Accentua lo sviluppo dell'educazione centrata sul paziente* come parte della pratica assistenziale. Tiene conto delle risorse* importanti per i bisogni locali.

Strutture per la formazione dei formatori

La formazione deve basarsi sugli obiettivi, sulla pratica e sul team. Per quanto riguarda la sanità, deve prevedere la collaborazione tra membri di diverse professioni (interprofessionalità).

Competenze attese per gli operatori sanitari in materia di educazione terapeutica del paziente

Gli operatori sanitari*, singolarmente o in team, devono essere in grado di:

1. adattare il proprio comportamento* professionale ai pazienti ed alle loro patologie (acute/croniche)
2. adattare il proprio comportamento* professionale ai pazienti, singolarmente, ed alle rispettive famiglie e gruppi
3. adattare costantemente il proprio ruolo a quello del team assistenziale o didattico con il quale cooperano
4. comunicare empaticamente con i pazienti
5. riconoscere i bisogni dei pazienti
6. tener conto dello stato emotivo dei pazienti, delle loro esperienze e delle loro rappresentazioni mentali della malattia e del trattamento
7. aiutare i pazienti ad imparare
8. educare i pazienti nella gestione del trattamento e nell'utilizzo delle risorse* sanitarie, sociali ed economiche disponibili
9. aiutare i pazienti gestire il proprio modo di vivere

10. educare e consigliare i pazienti su come gestire* le crisi ed i fattori che interferiscono con il normale andamento delle loro condizioni
11. scegliere gli strumenti* per educare i pazienti
12. utilizzare ed integrare tali strumenti nell'assistenza ai pazienti e nel processo di apprendimento (contratto* con il paziente)
13. nell'educazione terapeutica del paziente*, tenere conto della dimensione educativa, psicologica e sociale dell'assistenza a lungo termine
14. valutare l'educazione al paziente in termini di effetti terapeutici (clinici, biologici, psicologici, educativi, sociali, economici) ed apportare i necessari aggiustamenti
15. valutare periodicamente e migliorare le performance* didattiche degli operatori sanitari*

Competenze attese per i coordinatori di programmi di educazione terapeutica del paziente in vari ambiti assistenziali

I coordinatori devono essere in grado di:

1. promuovere, progettare, implementare e valutare programmi di educazione terapeutica del paziente*
2. progettare metodi e strumenti didattici
3. formare i formatori; portare avanti la ricerca nell'ambito dell'educazione terapeutica del paziente*

Nello specifico, i coordinatori devono essere in grado di:

1. provvedere in autonomia alle funzioni* ed ai compiti* inerenti l'educazione terapeutica del paziente*
2. progettare e pianificare programmi di educazione terapeutica del paziente*
3. implementare programmi di educazione terapeutica del paziente*
4. garantire il follow-up dei programmi di educazione terapeutica del paziente*
5. adattare i programmi di educazione terapeutica del paziente* ai vari ambiti sanitari al fine di integrarli nell'assistenza erogata
6. aiutare ad organizzare le attività di un'unità assistenziale in cui vengono integrati l'educazione terapeutica ed il supporto del paziente*
7. sviluppare, scegliere, testare ed applicare metodi e strumenti per l'educazione terapeutica del paziente*
8. progettare ed implementare protocolli di ricerca per l'educazione terapeutica del paziente*
9. progettare ed implementare protocolli per la valutazione* dell'educazione terapeutica del paziente* - in particolare per la valutazione di previsione, formativa e certificativa
10. organizzare corsi di formazione per operatori sanitari*

11. formare gli operatori sanitari* nella pratica dell' educazione terapeutica del paziente*
12. promuovere politiche di educazione del paziente in sanità, a livello di organizzazione, utilizzando i mezzi adeguati.

Per ciascuna di queste competenze* deve essere specificato un livello accettabile di performance.

CONSIDERAZIONI DI BASE RIGUARDANTI I PROGRAMMI DI FORMAZIONE PER OPERATORI SANITARI PER L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE

I programmi di formazione in educazione terapeutica del paziente* per operatori sanitari* devono basarsi sulle raccomandazioni e sugli standard OMS⁷. Agli operatori sanitari* deve essere offerta una formazione di rilievo, efficiente in un lavoro di team multiprofessionale* (medici, infermieri, nutrizionisti, dietisti, fisioterapisti, podologi, ecc.) per renderli capaci ad educare i loro pazienti a lungo termine e diventare loro partners nella gestione* della propria condizione.

- I profili professionali* degli educatori, soprattutto per quanto riguarda le competenze* gestionali* (pianificazione, implementazione e valutazione), devono essere definiti come base per la pianificazione dei programmi di formazione*
- I programmi di formazione* devono comprendere l'esperienza pratica con i pazienti (educazione basata sul paziente*), come parte importante dell'apprendimento.*
- I programmi devono basarsi sull'apprendimento attivo* e sul potenziamento delle capacità del discente di progettare e disegnare la propria formazione continua* (centrati sul discente) sulla base dei benefici in salute*, dei bisogni e dei problemi del paziente (basati sui problemi).
- Diversamente dai programmi di formazione* convenzionali, la formazione dei coordinatori deve attingere da diverse discipline addizionali, ad esempio la didattica (per il bambino, l'adulto e l'anziano), le tecnologie della comunicazione*, la psicologia (clinica, sanitaria ed educativa) e la sociologia (assistenza sanitaria e formazione).
- I partecipanti devono essere riconosciuti come professionisti ed aiutati a rafforzare le qualità umane, quali la disponibilità, la discrezione, la tolleranza, il rispetto e l'empatia*, che i pazienti si aspettano di trovare in loro.
- I partecipanti devono essere valutati sulla base di progetti individuali al fine di verificare che siano consapevoli dei propri limiti, aperti al cambiamento, resistenti allo stress e desiderosi di cercare consigli e che dimostrino un senso di responsabilità ed affidabilità.

⁷ *Health for all targets. The health policy for Europe.* Copenhagen, Ufficio Regionale OMS per l'Europa, 1991; *Learning together to work together for health.* Serie Rapporti Tecnici OMS, n° 769, 1988.

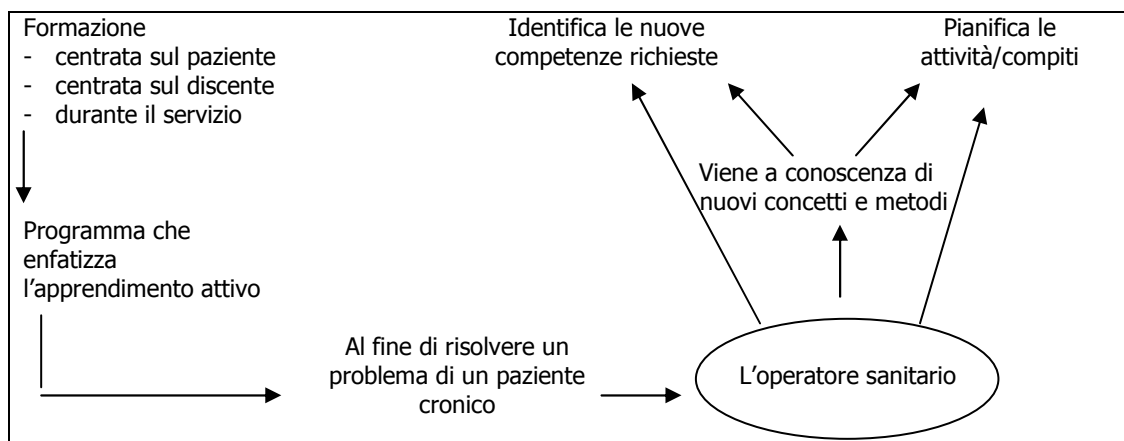
Queste considerazioni didattiche di base sono interrelate⁸. L'educazione continua* con un approccio centrato sul paziente/discendente, mirata ad aiutare i pazienti nella gestione della propria malattia e che enfatizza l'apprendimento attivo, deve portare benefici non solo ai partecipanti ma anche ai rispettivi datori di lavoro, nel senso che dovrebbe aumentare l'efficienza dei servizi.

ELEMENTI DI UN PROGRAMMA DI FORMAZIONE

Nella progettazione di un programma di formazione* in educazione terapeutica del paziente* rivolto ad operatori sanitari* devono essere inseriti i seguenti elementi didattici:

- stabilire, con i discenti, linee-guida per l'organizzazione dell'apprendimento*
- guidare i discenti nella selezione di problemi ed obiettivi* sanitari di rilievo
- assegnare a ciascun problema un adeguato tempo di apprendimento*
- contrattare* con i discenti i criteri per la valutazione certificativi*
- fornire ai discenti validi strumenti per l'auto-valutazione*
- fornire risorse* per l'apprendimento
- scegliere siti per l'apprendimento significativi
- adattare i programmi sulla base della verifica continua
- garantire un sistema di accreditamento del programma

NETWORK DEI PRINCIPI DIDATTICI DI BASE



Risorse umane e materiali

Per garantire programmi di formazione* economici in termini di rapporto costo-beneficio è necessario pianificare le risorse* umane e materiali necessarie.

⁸ Per ulteriori informazioni fare riferimento al *WHO educational handbook for health personnel*. Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1998 (Pubblicazioni Offset OMS, n° 36, sesta edizione).

Nei programmi di formazione* convenzionali le risorse umane comprendono gli insegnanti (una rete di esperti) e, in teoria, un team di coordinamento didattico.

Nei programmi di formazione centrati sul discente gli operatori sanitari* in formazione diventano una risorsa importante. Devono essere incoraggiati a lavorare in piccoli gruppi multiprofessionali* ed anche in coppia per fornirsi feedback reciproci. Anche i loro datori di lavoro devono essere considerati una risorsa poiché dovrebbero, nei principi, essere in grado di indicare le competenze* da acquisire. E' nel loro interesse contribuire al finanziamento, in vista dei benefici che otterranno da uno staff più competente. Infine, in un sistema centrato sul paziente*, il paziente stesso diventa risorsa per l'apprendimento.

Altre fonti di supporto economico, oltre alle quote versate dai partecipanti, possono essere i fondi per la formazione continua, i contributi finanziari da parte dei ministeri, delle assicurazioni, delle industrie sanitarie, delle fondazioni e delle organizzazioni non governative.

QUADRO DEL PROGRAMMA

Partnership: paziente ed operatori sanitari

L'educazione terapeutica del paziente è definita come un aiuto ai pazienti per acquisire o conservare le competenze necessarie a gestire al meglio la loro vita di malati cronici. E' parte integrante e continua dell'assistenza. Comprende attività organizzate, compreso il supporto psico-sociale, mirate a rendere i pazienti consapevoli ed informati circa la malattia, l'assistenza, l'organizzazione ospedaliera, le procedure e di comportamenti* relativi alla salute ed alla malattia, in modo che essi stessi (ed i loro famigliari) capiscano la malattia ed il trattamento, collaborino tra loro e si assumano la responsabilità della propria assistenza come mezzo per mantenere o migliorare la qualità di vita.⁹*

Profili dei pazienti educati terapeutamente

Il primo passo nella costruzione di un programma di formazione* per operatori sanitari* in educazione terapeutica del paziente* è l'accordo tra pazienti di riferimento ed operatori sulla definizione delle competenze* e degli atteggiamenti* che i pazienti si aspettano di acquisire con la formazione, *al fine di gestire il proprio trattamento e prevenire le complicanze evitabili, mantenendo o migliorando la qualità della vita.* I profili di competenza* dei pazienti educati terapeutamente devono essere preparati nel rispetto delle specificità di ciascuna delle patologie croniche* (vedere capitolo 2).

Profili di competenza degli operatori sanitari

Il secondo passo è la definizione di ciò che ci si aspetta facciano gli operatori sanitari* per aiutare i pazienti ad acquisire le competenze* e gli atteggiamenti* attesi (vedere capitolo 3).

Questi due tipi di profili di competenza*, per i pazienti e per gli operatori, sono indispensabili per:

- garantire la rilevanza* di un curriculum* per gli operatori sanitari*

⁹ Adottata dal comitato di coordinamento de tre Centri Collaboranti OMS (vedere elenco), nell'Ottobre 1996.

- costruire, a scopo di valutazione*, strumenti che misurino validamente le competenze acquisite dai pazienti e dagli operatori
- scegliere una serie di metodi e strumenti per l'apprendimento* attivo.

Profili di competenza dei pazienti educati terapeuticamente (modelli ed esempi)

Le pagine seguenti forniscono tre esempi di "profilo* di paziente educato", due dei quali si riferiscono al diabete ed il terzo all'asma. Si possono preparare profili* simili a questi per ciascuna delle patologie croniche* elencate nel capitolo 1. La revisione di questi tre esempi mostra che alcune competenze* sono comuni alle tre situazioni scelte, mentre altre sono specifiche di una o dell'altra. Questi esempi sono il risultato di una vasta esperienza con i pazienti. *Per un valido approccio centrato sul paziente*, questi profili* devono sempre essere il risultato di un contratto che trovi d'accordo paziente e personale sanitario*. Con l'aiuto dei sanitari, i pazienti decideranno i propri obiettivi di apprendimento, a seconda delle priorità di vita di ciascuno.*

COMPETENZE DEL PAZIENTE AFFETTO DA DIABETE DI TIPO 1

Il paziente deve essere in grado di:

- Scegliere gli obiettivi* per gestire la propria patologia
- Trattare il diabete con insulina
- Assumere carboidrati a tutti i pasti e spuntini
- Controllare le variazioni dei livelli di zucchero nel sangue (glicemia)
- Trattare le situazioni di ipo e iper glicemia

Ipoglicemia

- Riconoscere i sintomi di ipoglicemia
- Trattare l'ipoglicemia con 15 gr. di zucchero
- Riconoscere le cause dell'ipoglicemia
- Portare sempre con sé quattro zollette di zucchero

Iniezioni di insulina

- Riconoscere il proprio tipo di insulina e di siringa
- Preparare le dosi di insulina
- Variare il sito di iniezione
- Farsi l'iniezione

Controlli auto-monitorati

- Decidere la tempistica per le analisi del sangue

- Analizzare il sangue capillare per gli zuccheri
- Analizzare le urine per la ricerca del glucosio
- Interpretare i risultati dei test

Diario

- Registrare quotidianamente i risultati dei test, le dosi di insulina e i fatti interessanti

In caso di malattia o gravidanza

- Aumentare la frequenza dei test
- Controllare la presenza di acetone nelle urine
- Adattare le dosi di insulina se necessario
- Assumere grandi quantità di liquidi non zuccherati

Aggiustamento delle dosi

- Adeguare le dosi di insulina ai risultati dei test
- Ridurre le dosi di insulina in caso di attività fisica
- Aumentare le dosi di insulina in caso di infezione

Alimentazione

- Predisporre un pasto bilanciato
- Assumere carboidrati a tutti i pasti
- Fare tre pasti al giorno
- Scegliere un pasto ben bilanciato quando si trova in un locale pubblico

Spuntini

- Scegliere spuntini che contengano carboidrati
- Fare uno spuntino nell'intervallo tra i pasti

Attività fisica

- Praticare attività fisica con regolarità
- Compensare l'attività fisica con uno spuntino extra
- Adattare il trattamento (prima, dopo e durante l'attività) a seconda dei livelli di zucchero nel sangue

Cura del piede

- Lavare ed asciugare i piedi tutti i giorni
- Utilizzare la pietra pomice per ridurre l'ipercheratosi
- Limare (ma non tagliare) le unghie
- Indossare scarpe morbide e comode

Perdita della sensazione di dolore

- Controllare i piedi quotidianamente alla ricerca di segni di pressione o infiammazione o di ferite o micosi tra le dita
- Non camminare a piedi scalzi (né in casa né in spiaggia, ecc.)

- Evitare di riscaldare i piedi con apparecchiature elettriche o altro

Prevenzione delle retinopatie

- Consultare l'oculista una volta all'anno

Prevenzione delle malattie cardiovascolari

- Smettere di fumare
- Ridurre il consumo di grassi animali
- Ridurre il consumo di alcolici
- Praticare con regolarità attività fisica
- Controllare con regolarità la pressione sanguigna

COMPETENZE DEL PAZIENTE AFFETTO DA DIABETE DI TIPO 2

Il paziente deve essere in grado di:

- Scegliere gli obiettivi* per gestire la propria patologia
- Modificare le abitudini alimentari
- Assumere i farmaci prescritti
- Aumentare l'attività fisica

Dieta

- Preparare un pasto bilanciato
- Assumere carboidrati ad ogni pasto
- Mangiare ad orari regolari

Comportamento alimentare*

- Riconoscere gli stimoli che ingenerano la compulsione a mangiare o a bere un certo tipo di alimento o bevanda
- Utilizzare mezzi per evitare questi stimoli
- Consumare pasti e spuntini regolari e ben bilanciati

Calo ponderale

- Ridurre l'assunzione di grassi saturi
- Ridurre l'assunzione di alcolici
- Consumare frutta e verdura ad ogni pasto

Farmaci

- Rispettare le dosi prescritte
- Assumere i farmaci ad orari regolari
- Riconoscere l'insufficienza del trattamento

Attività fisica

- Praticare attività fisica con regolarità

- Compensare l'attività fisica con uno spuntino extra se si è in cura con sulfonilurea

Auto-monitoraggio

- Analizzare le urine per la ricerca del glucosio
- Analizzare il sangue capillare per gli zuccheri
- Decidere la tempistica per le analisi del sangue
- Interpretare i risultati dei test

In caso di malattia

- Aumentare la frequenza dei test
- Assumere grandi quantità di liquidi non zuccherati
- Contattare immediatamente il medico se la glicemia supera i 15 mmol/l per 36 ore

Nell'anziano

- Riconoscere i sintomi di ipoglicemia
- Trattare l'ipoglicemia con 15 gr. di zucchero
- Fare in modo di evitare recidive

Prevenzione delle malattie cardiovascolari

- Smettere di fumare
- Ridurre il consumo di grassi animali
- Ridurre il consumo di alcolici
- Praticare con regolarità attività fisica
- Controllare con regolarità la pressione sanguigna

Situazioni particolari

- Pranzando in un locale pubblico, scegliere un menù ben bilanciato
- Scegliere cibi e quantità come da raccomandazione
- Rifiutare di servirsi una seconda volta

Cura del piede

- Indossare scarpe morbide e comode
- Lavare ed asciugare i piedi tutti i giorni
- Utilizzare la pietra pomice per ridurre l'ipercheratosi
- Limare (ma non tagliare) le unghie
- Rilevare e trattare le piccole ferite o i segni di pressione

COMPETENZE DEL PAZIENTE ASMATICO¹⁰

Il paziente asmatico deve essere in grado di:

- Scegliere gli obiettivi* per gestire la propria patologia

¹⁰ Strategia globale per la gestione e la prevenzione dell'asma. Istituto Nazionale per il Cuore, il Polmone ed il Sangue. Rapporto di un workshop OMS basato su un incontro del Marzo 1993. Gennaio 1995, Istituto Nazionale della Sanità, Bethesda, Maryland, USA

- Riconoscerne i sintomi
- Curare un attacco d'asma con i farmaci prescritti
- Cercare di prevenire un altro attacco

Sintomi

- Riconoscere i sintomi di un attacco imminente
- Implementare di conseguenza il piano d'azione
- Contattare immediatamente la risorsa di cura (ambulanza, medico di guardia) indicata per i sintomi

Trattamento di base

- Scegliere i farmaci a seconda delle proprietà
- Assumere anti-infiammatori mattina e sera
- Evitare l'interruzione della terapia anti-infiammatoria senza aver sentito il medico

Trattamento complementare

- Scegliere i farmaci a seconda delle proprietà
- Portare sempre appresso i farmaci anti-infiammatori
- Utilizzare un broncodilatatore ai primi segnali di attacco asmatico

Inalazioni

- Agitare la bomboletta prima dell'uso ed inalare profondamente
- Spruzzare uno o più puff in bocca
- Deglutire lentamente e quindi espirare

EVOLUZIONE DEGLI ATTEGGIAMENTI DEI PAZIENTI

Profilo degli atteggiamenti

I tre elenchi precedenti non menzionano gli atteggiamenti* attesi dai pazienti. Prima che i pazienti diventino co-gestori competenti delle loro patologie croniche assieme al personale sanitario, è probabile che attraversino i seguenti stadi comportamentali, che indicano un graduale adattamento alla loro condizione. Il paziente:

- Mostra sorpresa e presta scarsa attenzione quando gli viene comunicata la diagnosi
- Parla della malattia in modo distaccato
- È ostile ma desidera sapere di più della malattia e segue più o meno scrupolosamente il trattamento
- Richiede il tipo di trattamento meno sconveniente
- È triste ma parla del futuro anche se non è ancora consapevole di come adattarsi
- Indica volontà di cooperare e chiede aiuto per il coping*
- Fa richieste specifiche e pertinenti al personale sanitario* o alla famiglia
- Si prende qualche libertà riguardo il trattamento, senza preoccuparsene troppo ma non mostrandosi negligente

- Riconosce il proprio stato di salute
- Riconosce che la malattia potrebbe avere conseguenze molto serie
- Segue con fiducia il trattamento
- Esprime la convinzione i benefici derivanti dal seguire il trattamento superano di gran lunga i sacrifici
- Cambia stile di vita in accordo con la sua malattia
- Parla apertamente e senza imbarazzo della malattia
- Segue il trattamento come una routine quotidiana
- Adegua il trattamento in caso di crisi

E' responsabilità dell'operatore sanitario* riconoscere il livello di evoluzione degli atteggiamenti del paziente ed agire di conseguenza.

Picco di flusso

- Utilizzare la misurazione del picco di flusso
- Controllare il picco di flusso mattina e sera ed in caso di rischio
- Classificare i valori di picco di flusso in una delle tre categorie – stabile, instabile, attacco

Adattamento

- Adattare il trattamento (anti-infiammatorio e broncodilatatore) a seconda dei valori riscontrati con il controllo del picco di flusso
- Follow-up dell'evoluzione dell'attacco ogni 2-3 ore secondo il piano d'azione
- Assumere corticosteroidi per via orale in caso di valore specificato del picco di flusso o se ci si trova nella "zona arancione" del piano d'azione

Fattori precipitanti

- Agire a seconda dell'ambiente (animali, polvere, altri allergeni)
- Evitare i rischi (cibi e additivi, agenti occupazionali, beta-bloccanti, aspirina, fumo passivo)
- Adeguare immediatamente il trattamento all'insorgere di un fattore precipitante
- A scopo preventivo, prima di iniziare un'attività fisica assumere una dose addizionale di un broncodilatatore (zona verde)
- Non appena compaiono segni o sintomi di crisi, assumere una dose addizionale di un broncodilatatore ed interrompere immediatamente l'attività fisica.

Per evitare le recidive

- Riconoscere particolari allergie e fattori precipitanti
- Intensificare i controlli di picco di flusso se si teme una destabilizzazione
- Segnalare sempre al personale sanitario* qualsiasi altro elemento che influisca sull'asma
- Continuare le normali attività sociali, l'esercizio fisico e lo sport, se necessario aggiustando il trattamento

Profili di competenza degli Operatori Sanitari* (modelli ed esempi)

Le pagine che seguono forniscono esempi di elenchi di competenze* di cui gli operatori sanitari necessitano ai diversi livelli del loro sviluppo professionale, per essere in grado di effettuare l'educazione terapeutica del paziente.*

Gli elenchi A e B descrivono le competenze* iniziali per un approccio all'educazione terapeutica del paziente* basato sul paziente* ed incentrato sul discente*.

L'elenco C descrive le competenze* attese per gli operatori sanitari al fine di implementare l'educazione terapeutica del paziente*.

L'elenco D descrive le competenze* attese per i coordinatori dei programmi di educazione terapeutica del paziente*.

Questi elenchi sono soltanto esempi, tratti da programmi già in essere o pianificati.

Si tratta di descrizioni, non di prescrizioni!

Si possono creare elenchi in qualche modo diversi, purché in linea con i principi generali dell'educazione indicati nel capitolo 1.

COMPETENZE PER L'EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE CENTRATA SUL PAZIENTE

I primi due elenchi (A e B) sono esempi di competenze* che gli operatori sanitari* dovrebbero aver acquisito al termine della fase iniziale dell'addestramento nell'educazione terapeutica del paziente*.

Tali competenze* sono:

Elenco A¹¹

- Riconoscere gli elementi specifici dell'educazione terapeutica del paziente* incentrata sul discente* e basata sul paziente* e la misura in cui questa differisce dalle abituali pratiche educative
- Descrivere limiti e vantaggi rispetto all'approccio tradizionale
- Elencare le risorse* necessarie a questo tipo di approccio nel proprio ambiente, così come i vincoli* e gli ostacoli* presenti
- Redigere un piano d'azione personale per implementare l'educazione terapeutica del paziente* incentrata sul discente* e basata sul paziente* nel proprio caso

Elenco B¹²

- Eseguire la *valutazione dei bisogni formativi**¹³ dei pazienti
- Descrivere il profilo psicologico dei pazienti
- Costruire un contratto educativo orientato all'individuo
- Pianificare una valutazione* relativa all'implementazione* del contratto*
- Scegliere ed applicare metodi di apprendimento (compreso il metodo di apprendimento basato sui problemi*) come da contratto*
- Costruire ed utilizzare una serie di metodi e strumenti educativi
- Costruire strumenti per la valutazione*
- Verificare periodicamente i progressi del paziente
- Sviluppare ed implementare un processo di formazione continua*
- Costruire un piano individualizzato per l'autogestione* continua da parte del paziente

Si tratta di descrizioni, non di prescrizioni!

¹¹ Elenco relativo ad un programma di formazione organizzato dalla Divisione Educazione Terapeutica del Paziente, Ospedali Universitari di Ginevra (CH).

¹² Elenco relativo ad un programma di formazione organizzato dall'IPICEM (Istituto di Perfezionamento in Comunicazione ed Educazione Medica), Parigi

¹³ *Diagnostic éducatif* nel testo francese originale. Vedere *Diagnosi educativa* nel glossario

Elenco C : per l'implementazione dell'educazione terapeutica del paziente^{*14}

Gli operatori sanitari* sono in grado di:

- Concepire e gestire (pianificazione, coordinamento e valutazione) programmi di educazione terapeutica del paziente*
 - adattare i loro atteggiamenti professionali alle caratteristiche del paziente e della sua malattia
 - comunicare con il paziente in modo empatico
 - capire il paziente
 - tener conto dell'esperienza personale del paziente
 - aiutare il paziente ad apprendere circa la sua malattia ed il trattamento
 - aiutare il paziente a gestire il trattamento (compliance*)
 - aiutare il paziente per quanto riguarda gli stili di vita*
 - pianificare e valutare un programma di formazione* per il paziente
 - analizzare e scegliere uno strumento educativo per il paziente
 - garantire il follow-up a lungo termine
 - valutare i progressi del paziente
 - organizzare le attività di un'unità che integri assistenza, formazione, supporto psicologico, ecc.
- valutare le proprie performance* di educatore
- continuare a migliorare le proprie competenze

Si tratta di descrizioni, non di prescrizioni!

Elenco D : per il coordinamento di un programma di educazione terapeutica del paziente^{*15}

Gli operatori sanitari* sono in grado di:

- progettare, implementare, valutare e seguire un programma di educazione terapeutica del paziente*
- adattare l'educazione terapeutica del paziente* a vari ambiti assistenziali ed integrarla con le loro attività di assistenza a lungo termine
- partecipare alle attività di un servizio che integri assistenza, educazione e supporto psicologico
- scegliere, creare, testare ed utilizzare metodi educativi, strumenti e tecniche
- progettare ed implementare protocolli per la valutazione* dell'educazione terapeutica del paziente*

¹⁴ Elenco relativo ad un programma di formazione organizzato dalla Divisione Educazione Terapeutica del Paziente, Ospedali Universitari di Ginevra (CH).

¹⁵ Adattato da un profilo preparato dal comitato di coordinamento di tre centri collaboranti OMS (vedere elenco), Ottobre 1996

- progettare ed implementare la ricerca sui protocolli di educazione terapeutica del paziente*
- progettare e implementare attività di formazione in educazione terapeutica del paziente* per gli operatori sanitari*
- utilizzare idonee strategie per promuovere le politiche di educazione terapeutica del paziente* a livello istituzionale.

Si tratta di descrizioni, non di prescrizioni!

Nota: i lettori devono rivedere/completare questi elenchi di competenze professionali utilizzando un tabella di specifiche, al fine di determinare se citano tutte le competenze attese dai pazienti. Questo è un passo importante nella progettazione di un programma di formazione.*

Programmi di formazione in educazione terapeutica del paziente, rivolti ad Operatori Sanitari (modelli ed esempi)

I seguenti modelli ed esempi di programmi di formazione* sono già operativi o a livello di pianificazione. Dimostrano una serie di applicazioni di principi dell'educazione terapeutica del paziente*.

Sono descrizioni non prescrizioni!

Gli elementi chiave di diversi programmi vengono presentati come esempi a vari livelli di dettaglio. Sono direttamente collegati ai profili precedenti.

CONSIDERAZIONI SUL NUMERO DEI PARTECIPANTI E SULLA DURATA DEL CORSO

Applicare i principi di base del management per decidere il numero dei partecipanti.

Il numero di partecipanti va deciso sulla base delle effettive risorse* umane ed economiche disponibili. Il programma A, per esempio, è altamente intensivo in fatto di risorse* lavoro/umane. Richiede un team sanitario* piuttosto ampio (dai medici agli ausiliari, compresi infermieri, dietisti, psicologi, podologi, psicoterapeuti, sociologi e specialisti dell'educazione). Trattandosi di un programma basato sul paziente*, le dimensioni dell'unità di educazione al paziente* sono un fattore limitante. I pazienti non devono essere esposti contemporaneamente a troppi osservatori. Il solo entusiasmo non garantisce che i nuovi programmi vengano sviluppati ed implementati. Una programmazione attenta e condotta da manager competenti è essenziale al loro successo.

Anche i programmi C e D sono intensivi. Bisogna prestare adeguata attenzione ai progressi di ogni partecipante. I progetti individuali vanno valutati attentamente e lo staff ha bisogno di tempo per fornire a ciascun partecipante feedback e guida.

Sia che gli approcci educativi siano basati sul paziente* e incentrati sul discente* o soltanto incentrati sul paziente*, l'esperienza dimostra che la loro efficienza* dipende dall'applicazione delle regole basilari del management*.

Considerazioni generali riguardo la durata dei corsi

La durata dei seguenti programmi è stata decisa dagli organizzatori sulla base di criteri multipli (livello stimato di difficoltà nel raggiungere gli obiettivi*, disponibilità di tempo da parte dei partecipanti e dello staff, regole istituzionali, requisiti accademici, risorse*). Devono quindi essere considerati descrizioni e non prescrizioni.

INTRODUZIONE ALL'EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE. PROGRAMMA (A)

Panoramica generale

Il programma A è un corso a tempo pieno di due settimane (70 ore), progettato¹⁶ per operatori sanitari interessati ad imparare o migliorare un approccio basato sul paziente ed orientato al discente.

Processo

I partecipanti trascorrono due settimane a tempo pieno in una Unità di educazione terapeutica del paziente*. Sono seguiti dallo staff della stessa Unità e viene data loro l'occasione di osservare direttamente o attraverso un vetro a specchio o vedendo registrazioni video di sessioni dal vivo, le attività giornaliere di un gruppo di 10 pazienti ricoverati nell' Unità di educazione terapeutica del paziente* (vedere il Programma settimanale dei pazienti). Osservano anche le attività individuali dei pazienti e viene loro data l'opportunità di discutere casi scelti con lo staff sanitario dell'unità. Partecipano (briefing e debriefing) alle sessioni di chiarimento con diversi membri dello staff (vedere il Programma dei partecipanti – 1^a settimana e 2^a settimana).

Requisiti per l'ammissione

I partecipanti devono essere in grado di comprendere la lingua dei pazienti.

Obiettivi di apprendimento del corso

I partecipanti saranno in grado di:

- definire gli elementi specifici dell'educazione terapeutica del paziente* basata sul paziente
- descrivere i vantaggi ed i limiti di tale approccio per identificare le risorse* necessarie ad implementarlo nel loro ambiente, riconoscendo anche i vincoli* e gli ostacoli* esistenti
- redigere piani d'azione personali rilevanti per la propria situazione

Distribuzione del tempo dei partecipanti nell'apprendimento attivo

- | | |
|--|-----|
| • Osservazione dell'educazione al paziente | 25% |
| • Lavori di gruppo con l'insegnante o lo staff | 40% |
| • Lavori individuali | 35% |

¹⁶ Implementato nell'autunno 1998 presso la Divisione Educazione Terapeutica del Paziente degli Ospedali Universitari di Ginevra.

Valutazione

Al termine di ciascuna settimana ogni partecipante riceve un feedback sulla valutazione formativa*. A quanti completeranno con profitto il corso verrà rilasciato un attestato di partecipazione. Questo (o la dimostrazione di aver acquisito lo stesso livello di competenza attraverso l'esperienza professionale) è uno dei requisiti per essere ammesso alla frequenza del Programma C.

Programma settimanale dei pazienti

| | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì |
|-------|---|---|---|---|---|
| 07.30 | Colazione e glicemia, insulina, apprendimento di tecniche | | | | |
| 08.30 | Benvenuto di gruppo | | | Seminario/ colazione del team sanitario 08.30 – 09.30 | Colloquio con l'Associazione Diabetici di Ginevra |
| 09.00 | Valutazione clinica di ingresso (dietista, medico, e infermiere) | Mi curo il diabete mangiando (dietista) | Attività fisica 09.00 | 09.45 – 11.30 Ronda medica | Auto controllo del diabete (infermiere) |
| 10.00 | Workshop Spuntino (ausiliario) | Esame degli occhi (oftalmologo) | "Una mattinata attiva" (infermiere) | | 10.30 Workshop su insulina o prodotti dietetici |
| 11.30 | Glicemia, insulina, apprendimento di tecniche (buffet, esercizi pratici) | | | | |
| 13.00 | Valutazione clinica di ingresso (controllo) | Come trattare il diabete (infermiere) | Mi prendo cura dei miei piedi (infermiere & ausiliario) | Adatto la mia assunzione di cibo come un esperto (dietista) | Rilassamento (infermiere) |
| 14.00 | Capisco il mio diabete (medico) | Obiettivi dei pazienti (team sanitario) | Colloqui individuali | 14.15 Tavola rotonda: vivere con il diabete | 14.00 – 17.00 colloqui individuali (medico, infermiere, psic.) |
| 16.00 | Valutazione clinica di ingresso (controllo) | Ipoglicemia (medico] | Complicanze da diabete (medico) | Cosa fare in caso di problemi? (medico) | |
| 17.15 | Glicemia, insulina, apprendimento di tecniche | | | | |
| 17.30 | Buffet, esercizi pratici (partenza dopo cena) | | | | |

Programma per i partecipanti – Prima settimana

| | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì |
|----------------|--|---|--|---|---|
| 07.30 | Colazione e benvenuto ai partecipanti; obiettivi di apprendimento e metodi di lavoro | | | | |
| 08.30 | Osservazione dei pazienti Benvenuto di gruppo | Sessione introduttiva (staff docente) | Sessione introduttiva (staff docente) | Partecipazione al Seminario/ colazione del team sanitario 08.30 – 09.30 | Osservazione del Colloquio con l'Associazione Diabetici di Ginevra |
| 09.00 | Osservazione del Workshop Spuntino (ausiliario) | Osservazione di Mi curo il diabete mangiando (dietista) | Accompagnare pazienti e staff durante l'attività fisica 09.00 | 09.45 – 11.30 Ronda medica (1 o 2 partecipanti per paziente) | Osservazione di auto controllo del diabete (infermiere) |
| 10.00 | Osservazione dell'anamnesi individuale | Sessione di chiarimento (staff docente) | Osservazione di "Una mattinata attiva" (infermiere) | | 10.30 Osservazione del Workshop su insulina o prodotti dietetici |
| 11.30 | Osservazione della pratica del buffet (ogni giorno un partecipante) | | | | |
| 13.00 | Sessione di chiarimento (staff docente) | Osservazione di "Come trattare il diabete" (infermiere) | Osservazione di "Mi prendo cura dei miei piedi" (infermiere & ausiliario) | Osservazione di "Adatto la mia assunzione di cibo come un esperto" (dietista) | Osservazione Rilassamento (infermiere) |
| 14.00 | Osservazione di "Capisco il mio diabete" (medico) | Partecipazione alla sessione sugli obiettivi dei pazienti (team sanitario) | Sessione di chiarimento (staff docente) | Osservazione della Tavola rotonda: vivere con il diabete E partecipazione alla discussione | Sessione di valutazione della formazione (staff docente) |
| 16.00 | Sessione di chiarimento (staff docente) | Osservazione Ipoglicemia (medico] | Osservazione di Complicanze da diabete (medico) | Osservazione di Cosa fare in caso di problemi? (medico) | Lavori individuali |
| 17.15 18.15 | Lavori individuali o osservazione di esercizi pratici (Apprendimento di tecniche: Glicemia, insulina) | | | | |

Programma per i partecipanti – Seconda settimana

| | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì |
|----------------|--|---|--|---|---|
| 08.30 12.00 | Sessione di chiarimento e programmazione. Identificazione dei temi da chiarire attraverso un ripasso o la visione di filmati con lo staff docente | Appuntamenti con: l'unità assistenziale e/o lavori individuali | Sessione di chiarimento con lo staff docente ed identificazione di vantaggi e limiti dell'approccio basato sul paziente | Pianificare l'implementazione nella situazione dei partecipanti Lavori individuali | Valutazione dell'arricchimento individuale dal corso |
| | | | Lavori individuali | | |
| 12.00 | Pranzo con lo staff (due partecipanti ogni giorno) | | | | |
| 13.00 16.00 | Appuntamenti con: l'unità assistenziale e/o lavori individuali | Sessione di chiarimento con lo staff docente | Sessione di chiarimento con lo staff docente su vincoli e risorse | Revisione tra pari dell'implementazione Presentazione di gruppo dei piani con lo staff docente | Appuntamenti individuali con lo staff docente |

INTRODUZIONE ALL'EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE. PROGRAMMA (B)¹⁷

Panoramica generale

Il programma B prevede una frequenza di otto giornate (due seminari di tre giorni ed uno di due, per un totale di 50 ore) oltre a circa 80 ore di lavoro individuale (dissertazione).

Tipologia dei partecipanti

Medici, infermieri, dietisti, infermieri pediatrici (totale 20)

Obiettivo generale

Apprendere i metodi per definire l'ambito/quadro ottimale per l'educazione terapeutica del paziente* .

Obiettivi dei seminari

Obiettivi del secondo seminario di tre giorni: *metodologie didattiche e progettazione di un contratto educativo*^{*18} (presentati come esempi nel presente documento). I partecipanti saranno in grado di:

- Scegliere ed applicare i metodi di apprendimento* (compreso quello basato sui problemi) previsti dal contratto educativo*
- Preparare ed utilizzare mezzi educativi
- Costruire strumenti per la valutazione*

Processo

Alternanza di introduzioni teoriche, discussioni di gruppo e pratica, sessioni plenarie.

Contenuti

Approccio sistemico* all'educazione*; scopi e principi della diagnosi educativa*; motivazione* e processo di accettazione da parte del paziente; progetti dei pazienti; livello di rappresentazione e conoscenza dei pazienti; concetto di contratto*; apprendimento* basato sugli obiettivi; progettazione della valutazione*; validità*; affidabilità; relazioni tra pazienti ed operatori sanitari* (gli articoli ed i lucidi relativi alle varie tematiche vengono messi a disposizione di tutti i partecipanti).

Valutazione

Basata sulla presentazione di un documento di ricerca (dissertazione).

¹⁷ Tradotto da *Example de formation de base des éducateurs de patients*, IPCEM, Parigi

¹⁸ Fa riferimento agli obiettivi del profilo di competenza del personale sanitario, Elenco B.

Qualifica accademica

Il Certificato in Scienze della Didattica per l'Educazione Terapeutica del Paziente viene rilasciato a fronte della partecipazione attiva ai tre seminari ed alla dissertazione della tesi che deve essere presentata per la validazione non oltre nove mesi dopo il termine del terzo seminario.

SECONDO SEMINARIO

Metodologie didattiche e progettazione di un contratto educativo*

Prima giornata: mattino

- Introduzione teorica (a cura dello staff): metodi di insegnamento* / apprendimento* (metodo di gruppo: apprendimento basato sui casi/problemi*)
- Lavoro di gruppo: implementazione del metodo di apprendimento basato sui casi/problemi* (fase 1)
- Discussione di gruppo sulla fase 1 del metodo di apprendimento basato sui casi/problemi*
- Introduzione teorica (a cura dello staff) sui principi dell'apprendimento* e discussione di gruppo

Prima giornata: pomeriggio

- Introduzione teorica (a cura dello staff): metodi di insegnamento* e valutazione formativa*
- Workshop sulla valutazione formativa*
- Lavoro di gruppo: progettare ed implementare un workshop sulla valutazione formativa*

Seconda giornata: mattino

- Introduzione teorica (a cura dello staff) sui metodi di insegnamento* / apprendimento* (metodo di gruppo), continuazione: lo studio dei casi
- Lavoro di gruppo: costruire uno studio dei casi
- Introduzione teorica (a cura dello staff) sul metodo della tavola rotonda
- Lavoro di gruppo: condurre una tavola rotonda su un argomento scelto

Seconda giornata: pomeriggio

- Introduzione teorica (a cura dello staff) sul metodo di apprendimento basato sui casi* (fase 2)
- Lavoro di gruppo: partecipare ad una attività di apprendimento basato sullo studio dei casi/problemi*
- Discussione di gruppo sul metodo di apprendimento basato sui casi*
- Introduzione teorica (a cura dello staff) sui metodi di insegnamento* / apprendimento*
- Studio individuale; auto-apprendimento*

Terza giornata: mattino

- Introduzione teorica (a cura dello staff) sulla costruzione di un supporto comunicativo
- Lavoro di gruppo: scelta degli argomenti, identificazione del pubblico/target, trattamento delle informazioni
- Informazione teorica (a cura dello staff) su esempi di supporto comunicativo: (file di immagini; lucidi)
- Lavoro di gruppo: predisporre e presentare una sequenza di lucidi su un tema assegnato

Terza giornata: pomeriggio

- Introduzione teorica (a cura dello staff) sull' "opuscolo informativo per il paziente"
- Lavoro di gruppo: preparare un "opuscolo informativo per il paziente"
- Valutazione del seminario (da parte dei pazienti), seguita dalla chiusura dei lavori

IMPLEMENTAZIONE DELL'EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE. PROGRAMMA (C)¹⁹

Questo esempio riguarda un corso triennale part-time (undici seminari di cinque giornate, ciascuno con un progetto individuale finale) e addestramento in servizio per un anno, per un totale di 900 ore, rivolto ad operatori sanitari* che intendono lavorare in una Unità di educazione terapeutica del paziente*. Prerequisito per l'ammissione è l'aver già completato il programma A²⁰. Numero di studenti ammessi ogni anno: 10.

Seminario 0

Obiettivi

Al termine del seminario, i partecipanti saranno in grado di:

- differenziare l'approccio centrato sul docente* da quello incentrato sul discente*
- identificare le proprie carenze nelle competenze* elencate in una lista standard
- formulare obiettivi per l'apprendimento*
- scegliere un metodo di valutazione* per misurare il livello di raggiungimento di un obiettivo*
- scegliere una metodologia di apprendimento* per conseguire un obiettivo*
- costruire un valido strumento di valutazione*

Concetti chiave

- insegnare* o apprendere*
- efficacia, efficienza, validità*
- i tre domini della competenza*
- obiettivi educativi*, osservabile, misurabile

Metodi

- complementarità degli approcci di Tyler/Rogers/Mager/Piaget
- approccio sistemico*
- apprendimento basato sui problemi*
- apprendimento nel contesto professionale

Metodologia didattica

- i partecipanti classificheranno gli approcci didattici (insegnare*/apprendere*)
- i partecipanti sceglieranno le competenze* a seconda delle necessità individuali
- i partecipanti sceglieranno metodologie di apprendimento* efficaci
- i partecipanti sceglieranno gli strumenti di valutazione* a seconda del grado di validità* degli stessi

¹⁹ Implementato presso la Divisione Educazione Terapeutica del paziente, Ospedali Universitari di Ginevra, nell'autunno 1998

²⁰ Non richiesto ai candidati già in possesso delle competenze specifiche

Valutazione

- elaborazione di un piano per l'apprendimento *

Seminario 1

Adattare il comportamento dei professionisti alle caratteristiche specifiche delle patologie croniche*

Obiettivi

Al termine del seminario, i partecipanti saranno in grado di:

- differenziare le acuzie e le crisi dalle patologie croniche*
- indicare come passare da un approccio didattico centrato sulla malattia ad uno centrato sul paziente*
- applicare le implicazioni teoretiche di questi approcci
- gestire i pazienti con un approccio bio-psicosociale
- integrare questo approccio nel modello interprofessionale

Concetti chiave

- educazione sanitaria*/educazione terapeutica*
- specificità delle acuzie / specificità delle cronicità
- modello biomedico / modello bio-psicosociale
- approccio interprofessionale*

Metodi

- ricostruzione della storia del paziente (anamnesi) da parte del team sanitario
- il processo assistenziale
- gli obiettivi* di un paziente vengono negoziati tra il paziente stesso ed il team sanitario

Metodologia didattica

- i partecipanti analizzeranno il processo terapeutico di casi reali (analisi dei casi, problem solving)
- i partecipanti analizzeranno i concetti che hanno proposto
- i partecipanti applicheranno nella pratica la dimensione bio-psicosociale dell'assistenza in relazione alle caratteristiche specifiche della patologia cronica*

Valutazione

- effettuare l'analisi critica di situazioni professionali reali con l'ausilio di materiali a stampa, audio o video.

Prerequisiti d'accesso: gli stessi previsti per essere ammessi al programma.

Seminario 2

Comprendere il paziente cronico

Obiettivi

Al termine del seminario, i partecipanti saranno in grado di:

- identificare le strategie di coping* del paziente riguardo la malattia ed il trattamento
- riconoscere le convinzioni del paziente riguardo la salute, la malattia e la cura ed adattarvisi
- adottare le misure e gli atteggiamenti* adatti ad aiutare il paziente ad affrontare le difficoltà
- mettere in pratica l'ascolto attivo del paziente
- distinguere i concetti di patologia cronica* e disabilità

Concetti chiave

- adattamento alla patologia cronica*
- rappresentazione della patologia cronica* e del suo trattamento
- modelli di concepire la salute
- locus del controllo*
- infermità, malattia, handicap

Metodi

- processo del lutto (Freud, Kubler-Ross)
- il processo della comunicazione secondo Roger
- il modello delle credenze sulla salute

Metodologia didattica

- i partecipanti osserveranno ed analizzeranno la presentazione videoregistrata di un caso
- i partecipanti identificheranno i passaggi del processo di coping* del paziente
- i partecipanti si eserciteranno nell'ascolto e nella riformulazione*
- i partecipanti riconosceranno ed analizzeranno gli atteggiamenti spontanei dei pazienti, tenendo conto dei loro processi psicologici e cognitivi

Valutazione

- effettuare l'analisi critica di situazioni professionali reali con l'ausilio di materiali a stampa, audio o video.

Prerequisito d'accesso: Seminario 1

Seminario 3

Rendersi conto dei mezzi di coping* con la malattia dei pazienti

Obiettivi

Al termine del seminario, i partecipanti saranno in grado di:

- selezionare da ogni corso i concetti chiave che ne illustrano i contenuti terapeutici
- utilizzare diverse metodologie didattiche per spiegare al paziente un concetto chiave
- costruire diversi problemi-casi da risolvere
- descrivere e valutare i progressi del paziente (capacità e comportamento) relativamente alla sua esperienza
- moderare un gruppo di discussione (pazienti, famiglie) sulla gestione* del trattamento
- creare uno strumento di verifica per la valutazione* delle performance del paziente

Concetti chiave

- didattica direttiva vs. interattiva
- condizioni dell'apprendimento*
- tipi di spiegazione
- interattività e problem-solving
- valutazione formativa* dei docenti

Metodi

- progettare un corso
- osservazione dei pazienti sulla base di criteri specifici
- moderare un gruppo di discussione
- progettare la valutazione* formativa

Metodologia didattica

- i partecipanti osserveranno ed analizzeranno corsi filmati
- i partecipanti analizzeranno materiali didattici (libri, opuscoli, ecc.)
- i partecipanti simuleranno sequenze didattiche per l'educazione al paziente, tenendo conto delle nozioni di base sul processo dell'apprendimento e sull'apprendimento esperienziale*

Valutazione

- effettuare l'analisi critica di situazioni professionali reali con l'ausilio di materiali a stampa, audio o video.

Prerequisiti d'accesso: seminari 1 e 2

Seminario 4

Comunicare con il paziente

Obiettivi

Al termine del seminario, i partecipanti saranno in grado di:

- scegliere gli atteggiamenti* che facilitano la comunicazione*
- verificare lo stato emotivo del paziente
- sostenere colloqui individuali di supporto con il paziente
- moderare un gruppo di discussione
- definire differenti profili attitudinali

Concetti chiave

- atteggiamenti* spontanei
- riformulazione* empatica
- facilitazione
- delucidazione
- strategie di supporto

Metodi

- comunicazione rogeriana
- atteggiamenti di Porter
- dinamiche di gruppo
- tipologie di funzionamento sociale

Metodologia didattica

- i partecipanti analizzeranno la dimensione psicologica dei casi clinici presentati
- i partecipanti visioneranno ed analizzeranno documenti filmati che illustrano le dichiarazioni dei pazienti
- i partecipanti praticheranno l'ascolto attivo e la riformulazione*
- i partecipanti eseguiranno giochi di ruolo sulle relazioni tra operatore sanitario* e paziente, con lo scopo di riconoscere le difficoltà incontrate, tenendo conto di concetti quali il processo psicologico e l'empatia*

Valutazione

- effettuare l'analisi critica di situazioni professionali reali con l'ausilio di materiali a stampa, audio o video.

Prerequisiti d'accesso: seminari da 1 a 3

Seminario 5

Istruire il paziente

Obiettivi

Al termine del seminario, i partecipanti saranno in grado di:

- riconoscere ed indicare le difficoltà che gli operatori sanitari* incontrano quando danno istruzioni ai pazienti
- spiegare al paziente una prescrizione e dargli istruzioni in merito
- valutare fino a che punto il paziente ha compreso le spiegazioni e le istruzioni riguardanti una prescrizione
- riconoscere e risolvere le difficoltà legate all'adesione del paziente al trattamento (compliance*)
- programmare il follow-up terapeutico a breve e lungo termine

Concetti chiave

- approccio diagnostico, approccio terapeutico
- adesione terapeutica
- comunicazione* tra gli operatori sanitari* ed il paziente
- comunicazione* a breve e medio termine
- convinzioni personali circa la salute

Metodi

- ascolto attivo
- pianificazione per obiettivi*
- comunicazione* direttiva vs. interattiva
- valutazione del livello di comprensione del paziente

Metodologia didattica

- i partecipanti analizzeranno documenti filmati che illustrano le dichiarazioni dei pazienti
- i partecipanti identificheranno diverse tipologie ed atteggiamenti* della comunicazione* interpersonale
- i parteciperanno dimostreranno come istruire un paziente - o come prescrivergli - dei trattamenti in diverse situazioni cliniche
- i partecipanti ricostruiranno le tappe del processo prescrittivi, tenendo conto delle nozioni di base sulla comunicazione interpersonale, sull'istruire e sul prescrivere

Valutazione

- effettuare l'analisi critica di situazioni professionali reali con l'ausilio di materiali a stampa, audio o video.

Prerequisiti d'accesso: seminari da 1 a 4

Seminario 6

Assistere il paziente nel processo di coping* con la malattia ed il trattamento

Obiettivi

Al termine del seminario, i partecipanti saranno in grado di:

- descrivere come un paziente adulto apprende
- identificare i tre domini dell'apprendimento*: intellettuale, sensomotorio e comunicazione* interpersonale
- affermare gli obiettivi* dell'apprendimento* del paziente
- riconoscere gli effetti delle convinzioni* del paziente circa la salute sul suo processo di apprendimento*
- adattare l'insegnamento* al processo di coping del paziente

Concetti chiave

- attività* del discente
- dominio intellettuale, sensomotorio ed emotivo/della comunicazione interpersonale
- approccio per obiettivi*
- convinzioni* e concetti del discente riguardo la salute

Metodi

- il processo di insegnamento* e apprendimento
- costruttivismo vs. cognitivismo
- classificazione degli obiettivi*

Metodologia didattica

- i partecipanti visioneranno ed analizzeranno corsi filmati
- i partecipanti analizzeranno didatticamente i materiali scritti, audio e video preparati per i pazienti
- i partecipanti identificheranno gli elementi di rilievo, incentrati sul discente, di questi materiali
- i partecipanti proporranno metodologie didattiche che favoriscano l'interattività, alla luce dei concetti base dell'apprendimento nell'adulto e della psicologia cognitiva

Valutazione

- effettuare l'analisi critica di situazioni professionali reali con l'ausilio di materiali a stampa, audio o video.

Prerequisiti d'accesso: seminari da 1 a 5

Seminario 7

Sviluppare l'educazione terapeutica per il paziente*

Obiettivi

Al termine del seminario, i partecipanti saranno in grado di:

- scrivere obiettivi di apprendimento* (per gli operatori sanitari*) rilevanti rispetto ai bisogni del paziente
- utilizzare metodi ed organizzazione che facilitino il processo di apprendimento del paziente
- scegliere ed utilizzare diversi strumenti didattici, a seconda della loro efficacia e dei costi*
- organizzare programmi di formazione* sulla base dei bisogni e delle capacità dei singoli pazienti
- condurre la formazione di gruppo

Concetti chiave

- educazione terapeutica*
- insegnamento direttivo* vs. insegnamento interattivo*
- interattività e problem-solving
- tipologia e funzioni delle domande
- tipologia e funzioni delle risposte
- dinamiche di gruppo

Metodi

- pianificare attività di apprendimento* per l'educazione terapeutica*
- organizzare e moderare l'apprendimento di gruppo
- la funzione* di facilitazione/delucidazione
- interazione e confronto
- attività* concrete come metodo di apprendimento*

Metodologia didattica

- i partecipanti visioneranno ed analizzeranno sequenze video di crisi di gruppo
- i partecipanti struttureranno corsi progettati per i pazienti, basati su temi selezionati
- i partecipanti presenteranno alcune sequenze-chiave dei corsi da loro proposti, che saranno seguite da un'analisi educativa da parte del gruppo degli osservatori, sulla base dei concetti relativi alla conduzione di attività didattiche di gruppo

Valutazione

- effettuare l'analisi critica di situazioni professionali reali con l'ausilio di materiali a stampa, audio o video
- preparare schede-indice che descrivono le attività didattiche

Prerequisiti d'accesso: seminari da 1 a 6

Seminario 8

Valutazione* di un processo di apprendimento e delle metodologie utilizzate

Obiettivi

Al termine del seminario, i partecipanti saranno in grado di:

- distinguere le diverse funzioni della valutazione*
- costruire metodi e marcatori per valutare un dato corso
- valutare la qualità didattica di un programma* di educazione terapeutica*
- valutare la qualità didattica di una sessione di educazione terapeutica*
- valutare l'impatto di un programma* di educazione terapeutica*

Concetti chiave

- valutazione formativa/certificativa*
- efficacia* e rilevanza* di un processo educativo
- osservazione dei pazienti sulla base di criteri specifici
- questionari a scelta multipla, domande a risposta aperta breve
- nozione di validità*
- valutazione dell'efficacia* (effetto dell'apprendimento*, co-morbidity, qualità della vita, ecc.)

Metodi

- il processo di valutazione formativa*; regolamentazione di questo processo
- valutazione* delle scale e delle check-list del processo di apprendimento* (intellettuale, senso-motorio e comunicazione interpersonale)
- metodi di costruzione dei questionari
- trial clinico
- ricerca orientata all'azione

Metodologia didattica

- i partecipanti sceglieranno i criteri per l'analisi educativa
- i partecipanti costruiranno gli strumenti di misurazione per l'analisi qualitativa della formazione
- i partecipanti utilizzeranno registrazioni filmate per analizzare e valutare* le attività didattiche
- i partecipanti utilizzeranno metodi di supervisione per la valutazione* educativa

Valutazione

- costruire strumenti a scopo di valutazione*

Prerequisiti d'accesso: seminari da 1 a 7

Seminario 9

Assistenza a lungo termine

Obiettivi

Al termine del seminario, i partecipanti saranno in grado di:

- descrivere come il paziente si relaziona con la malattia ed il trattamento
- descrivere e gestire le convinzioni personali del paziente e le sue idee riguardo la salute
- adottare approcci terapeutici ed atteggiamenti* adeguati alle difficoltà del paziente
- tener conto ed utilizzare gli "errori" commessi dal paziente
- utilizzare mezzi di prevenzione delle recidive

Concetti chiave

- assistenza alle acuzie vs. assistenza a lungo termine
- processo di coping* nella malattia cronica*
- prevenzione delle recidive
- convinzioni del paziente riguardo la salute e definizione della malattia e del trattamento
- modelli di credenze circa la salute
- locus di controllo*

Metodi

- il processo del lutto (Kubler – Ross)
- la comunicazione rogeriana
- educazione* basata sulla paura vs. educazione* basata sul rischio
- motivazione* a lungo termine e progetto personale

Metodologia didattica

- i partecipanti analizzeranno e discuteranno le implicazioni del punto di vista soggettivo dei pazienti, degli atteggiamenti e delle convinzioni riguardanti le loro condizioni (video)
- i partecipanti analizzeranno e discuteranno casi clinici
- i partecipanti identificheranno gli ostacoli* all'efficacia dell'assistenza a lungo termine
- i partecipanti simuleranno esercizi pratici di comunicazione* con i pazienti

Valutazione

- effettuare l'analisi critica di situazioni professionali reali con l'ausilio di materiali a stampa, audio o video

Prerequisiti d'accesso: seminari da 1 a 8

Seminario 10

Valutare il proprio apprendimento

Obiettivi

Al termine del seminario, i partecipanti saranno in grado di:

- identificare tra gli obiettivi di apprendimento selezionati durante il Seminario 0 quelli parzialmente raggiunti e quelli non raggiunti
- determinare perché è successo (cattiva organizzazione del tempo, metodi di apprendimento inefficienti, ecc.)
- preparare un progetto di lavoro a casa al fine di acquisire le conoscenze ancora mancanti
- preparare un piano d'azione per rendere operative le nuove competenze* acquisite

Concetti chiave

- valutazione formativa* / auto-audit
- validità*, obiettività*, fattibilità*
- efficienza* ed efficacia*

Metodologia didattica

- i partecipanti sceglieranno gli strumenti per misurare le competenze* con validità*
- i partecipanti confronteranno le competenze* iniziali con quelle finali
- i partecipanti sceglieranno metodi di apprendimento efficienti

**PROGRAMMARE UN SEMINARIO DI CINQUE GIORNATE
(Programma C)**

| | Giorno 1 | Giorno 2 | Giorno 3 | Giorno 4 | Giorno 5 |
|------------------------|--|--|--|--|--|
| 08.30 09.00 | Benvenuto ed obiettivi del seminario | Feedback / sintesi (da parte dei partecipanti e dello staff) | Feedback / sintesi (da parte dei partecipanti e dello staff) | Feedback / sintesi (da parte dei partecipanti e dello staff) | Feedback individuale da parte dello staff |
| 09.00 10.00 | Feedback personale e..... | Discussione di gruppo sulle difficoltà specifiche incontrate nella pratica | Presentazione di un secondo concetto chiave (staff) | Osservazione ed analisi di role-play o dimostrazioni in situazioni cliniche (partecipanti) | relativamente agli obiettivi e..... |
| 10.00 10.30 | <i>PAUSA</i> | | | | |
| 10.30 12.00 | Valutazione formativa (staff) | Osservazione ed analisi di documenti video (audio) da parte dei partecipanti | Discussione di gruppo relativa al secondo concetto chiave | Visione individuale ed analisi di un documento video & sessione plenaria | Piano di lavoro... |
| 12.00 14.00 | <i>PRANZO</i> | | | | |
| 14.00 15.30 |riguardante Il lavoro che segue ... | Presentazione di un primo concetto chiave (staff) | Osservazione di un'intervista al paziente (documento video) (partecipanti) | Introduzione del lavoro di sintesi personale (piano) (discussione di gruppo) | fino al prossimo seminario |
| 15.30 16.00 | <i>PAUSA</i> | | | | |
| 16.00 17.30 | Il precedente seminario | Esercizi pratici di gruppo riguardanti il primo concetto chiave | Discussione di gruppo | Impatto sulla pratica clinica (pianificazione e progetto) (partecipanti) | Valutazione del seminario (partecipanti e staff) |

COORDINAMENTO DEI PROGRAMMI DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE

PROGRAMMA (D)²¹

Panoramica generale

L'esempio qui presentato è di un corso della durata di un anno a tempo pieno, comprensivo di 336 ore di formazione a livello universitario e di un periodo di quattro settimane di formazione sul lavoro, per diventare coordinatore dei programmi di educazione al paziente all'interno o all'esterno di una struttura ospedaliera. Per la laurea è richiesta una tesi di ricerca.

Tipologia dei partecipanti

Aperto a tutte le figure sanitarie coinvolte nell'organizzazione di programmi di educazione terapeutica del paziente*.

Obiettivi generali

- Applicare concetti e metodi:
 - di progettazione formativa rivolta alle professioni sanitarie
 - di psicologia dell'educazione, metodi di apprendimento*, sociologia sanitaria, politiche sanitarie e gestione* istituzionale
- vedere anche il profilo di competenza* dell'elenco D, capitolo 3.

Elenco dei seminari

Per l'obiettivo 1 (182 ore)

- didattica applicata alla salute
- approccio sistemico*
- teorie e modelli didattici
- principi e metodi di valutazione*
- ricerca nella formazione professionale
- tecnologie didattiche

Per l'obiettivo 2 (138 ore)

- concetti relativi all'educazione terapeutica del paziente*
- psicologia del paziente affetto da patologia cronica*
- progettare ed implementare l'educazione terapeutica del paziente*
- valutare l'educazione terapeutica del paziente*
- metodologie didattiche per l'educazione terapeutica del paziente*
- specificità dell'educazione terapeutica del paziente* pediatrico

²¹ Per ulteriori informazioni fare riferimento al Dipartimento dell'Educazione in Scienze Sanitarie, Facoltà di Medicina, Università di Parigi Nord, Bobigny (F)

LA BIBLIOGRAFIA: UNO STRUMENTO DIDATTICO

Esempio di conoscenze di base di un programma

L'approccio educativo dell'apprendimento attivo* basato sui problemi richiede che ai discenti sia affidata la responsabilità di ricercare i contributi di conoscenza di cui necessitano per trattare i problemi. Questo è il motivo per cui i programmi di formazione proposti non prevedono le lezioni, che in un programma di formazione convenzionale forniscono tale conoscenza di base.

Un nucleo di conoscenze di base viene fornito in seguito²², nell'elenco n° 1.

I riferimenti "per gli approfondimenti", che dovrebbero essere reperibili presso la biblioteca del centro di formazione, vengono forniti nell'elenco n° 2.

Elenco 1: conoscenze di base

ASSAL, J-PH. Traitement des maladies de longue duree: de la phase aigue au stade de la chronicite. Encyclopedic medico-chirurgicale, 25-005-A-10: I-8, Elsevier, Paris (1996).

ASSAL, J-PH., GOLAY, A. & VISSER, A. New trends in patient education. A trans-cultural and inter-disease approach. Excerpta Medica, International Congress Series 1076, Elsevier, Amsterdam, 1995.

DECCACHE, A. & LANVENDHOMME, E. Information et education du patient. Ed. de Boeck-Universite, Bruxelles, 1989.

BURY, J. Education pour la sante - concepts, enjeux, planification. Coll. Savoirs et sante. Ed. de Boeck-Universite, Bruxelles, 1988.

GUILBERT, J.J. Guide pedagogique pour les personnels de sante. Organisation mondiale de la sante, 1998 (OMS, Publication offset, No. 35, 6eme edition), Geneve.

Apprendre ensemble pour oeuvrer ensemble au service de la sante. Organisation Mondiale de la Sante, 1988 (OMS, Serie de Rapports techniques. No. 769), Geneve.

GOLAY, A. ET AL. Personalities and alimentary behaviors in obese patients. Patient education and counseling, 31: 103-112 (1997).

GOLAY, A. Perso Regime. Maigrir selon sa personalite. Payot, Paris, 1997.

IVERNOIS, (d') J.F. & GAGNAYRE, R. Apprendre a educer le patient, approche pedagogique. Vigot, Paris, 1995.

Elenco 2: per gli approfondimenti

BARROWS, H.S. How to design a problem-based curriculum. Springer, New York, 1985.

BLANCK, P.D. ET AL. Non verbal communication. Penn State University, United States, 1986.

BOSZORMENYI, I. Between give and take. Brunner, New York, 1986.

²² Questo elenco è solo un esempio. La scelta dei riferimenti deve essere adattata alla lingua parlata dai partecipanti.

- EDWARDS, J. Clinical teaching for medical residents. Springer, New York, 1988.
- EYSENCK, H.J. Theoretical foundations of behavior therapy. Plenum, New York, 1987.
- FITZGERALD MILLER, J. Coping with chronic illness. F.A.Davis, Philadelphia, 1983.
- LEFRANCOIS GUY, R. Psych, theories and human learning. Brooks & Cole, Monterey (Cat), 1982.
- MOOK, D.G. Motivation. W.W. Norton, New York, 1987.
- NEUFELD, V.R. Assessing clinical competence. Springer, New York, 1985.
- PAULEY, J.W. ET AL. Psychological management of psychosomatic disorders. Springer, New York, 1989.
- RIPPEY, R.M. The evaluation of teaching in medical schools. Springer, New York, 1981.
- SUND, R. B. Piagetfor educators. Bell & Howell, Columbus (Ohio), 1976.
- WALKER, S. & ROSSER, R. Quality of life assessment. Kluwer, Dordrecht (Netherlands), 1993.

Ostacoli

OSTACOLI COMUNI NEI PROGRAMMI DI FORMAZIONE IN EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE RIVOLTI AD OPERATORI SANITARI

I programmi di formazione* in educazione terapeutica del paziente* incontreranno numerosi ostacoli*. Nonostante le considerevoli differenze politiche e socioeconomiche presenti nella Regione europea, molti di questi sono comuni a tutti. Questi ostacoli* vengono raggruppati nelle otto categorie che seguono ed elencati in ordine di priorità.

Carenza di risorse umane.

La carenza di operatori sanitari* addestrati nell'educazione terapeutica del paziente* è l'ostacolo principale. Molti non hanno alcuna esperienza in questo campo. Ci sono troppo pochi docenti della materia e quei pochi non sono molto noti. C'è carenza anche di specialisti nella formazione centrata sul discente che guidino progetti di educazione terapeutica del paziente*. Un'ovvia mancanza di motivazione* tra gli operatori sanitari* può essere legata alla loro tradizione professionale e culturale.

Tradizione e cultura delle professioni sanitarie.

La formazione di base della maggior parte degli operatori sanitari* - e soprattutto dei medici - risulta in un approccio bio-meccanico invasivo, basato principalmente sulla diagnosi e sulla scelta di un regime terapeutico. Troppo spesso non ci sono aggiustamenti per l'assistenza a lungo termine dei pazienti. L'approccio "manageriale" all'assistenza favorisce la medicina delle acuzie. Introdurre l'educazione terapeutica del paziente* è una sfida per la cultura convenzionale dell'assistenza. La professione medica probabilmente la considererà un approccio "leggero" e una fonte di timore di perdita di status. E' una sfida all'identità medica di specialisti "solisti", non abituati al lavoro in team.

Lavoro in team insufficiente.

L'educazione terapeutica del paziente* richiede il funzionamento regolare dei team sanitari. Nella pratica solitamente il lavoro in team non esiste. Infermieri, medici, fisioterapisti ed altre figure in effetti lavorano allo stesso programma ma non sempre condividono gli stessi valori per quanto riguarda l'assistenza o l'educazione* del paziente. Troppo spesso gli specialisti non cooperano con gli altri operatori sanitari. Spesso si riscontrano resistenze al

lavoro in team. E' lontano il consenso sull'educazione terapeutica dei pazienti tra gli specialisti che dominano l'assistenza e pare manchi una leadership istituzionale in grado di introdurla o promuoverla.

Motivazione* insufficiente all'interno delle istituzioni e tra politici e professioni sanitarie.

Si sa poco su come motivare le autorità sanitarie ad istituire la formazione continua* per i medici e per le altre professioni sanitarie in educazione terapeutica del paziente* o su come convincere i burocrati dei ministeri della salute e le istituzioni universitarie della sua importanza. Quelli che ci hanno provato hanno incontrato resistenza da parte delle amministrazioni sanitarie e incomprensione da parte dei politici.

Un pesante handicap è rappresentato da una generalizzata mancanza di motivazione* ed impegno da parte dei professionisti della salute. Le loro carriere e le promozioni sono più spesso legate al numero di pubblicazioni sulle riviste specializzate che a condizioni di vita migliori per i loro pazienti. Ci sono troppo pochi modelli ed esempi di come superare le resistenze dei medici (mentalità, comportamenti*, atteggiamenti*) , di come stimolare la domanda* di operatori certificati per l'educazione terapeutica del paziente o di come mettere sul mercato programmi di formazione*. La mancanza di motivazione* in generale e l'atteggiamento* conservatore delle istituzioni educative a riguardo non sono una novità, sono state ampiamente riportate in letteratura.

Conservatorismo delle istituzioni educative

Coloro che decidono ed i docenti delle istituzioni educative sono conservatori. Chi decide spesso concorda, anche se a malincuore, sul fatto che sia necessaria una qualche riorganizzazione ma allo stesso tempo afferma che le regole istituzionali sono più o meno adattate ai bisogni. Lo staff dei docenti spesso lamenta la scarsa disponibilità di tempo da dedicare al proprio aggiornamento. Anche in questo caso, si sa troppo poco su come motivare le autorità accademiche ad introdurre l'educazione terapeutica del paziente*. Mancano argomenti convincenti che si basino su valutazioni* affidabili.

Difficoltà nel garantire una valida valutazione.

Gli effetti dell'educazione terapeutica del paziente* non sono sufficientemente conosciuti o validati. Per esempio, è difficile dimostrare in modo circostanziato l'attesa diminuzione dei costi dell'assistenza. Non esistono criteri per misurare la qualità dell'educazione terapeutica del paziente* . La difficoltà nel garantire valutazioni* valide deriva da una carenza di staff docenti competenti nella valutazione* .

Carenza di risorse educative

Gli ostacoli* che si incontrano nel formare il vasto numero di operatori sanitari* sono notevoli. Tra questi sono compresi la carenza di: centri di formazione; docenti competenti; istituzioni specializzate nell'educazione

terapeutica del paziente*; team in grado di svolgere i programmi di formazione* per gli operatori sanitari*; materiali didattici tipo linee-guida pratiche per un programma di addestramento di base o materiali audiovisivi. La creazione di nuovi centri richiede fondi. Fino a quando all'educazione terapeutica del paziente* sarà riconosciuta una bassa priorità, le risorse* finanziarie continueranno ad essere scarse.

Carenza di risorse finanziarie.

E' il caso di notare che alla carenza di risorse* finanziarie non è stata assegnata la massima priorità in tema di ostacoli*. Si tratta tuttavia di vincoli*. Tanto per cominciare, i datori di lavoro non rendono facilmente disponibili le risorse*. Inoltre, gli operatori sanitari* non sono esperti nell'uso efficiente delle risorse finanziarie. Questa mancanza di competenze gestionali è comune a tutto il personale sanitario che non viene istruito in merito durante la formazione di base. Infine, nell'ottica che "il tempo è denaro", un altro ostacolo sta nel fatto che non si dedica abbastanza tempo alla formazione professionale.

Raccomandazioni

I passi da intraprendere per l'implementazione delle raccomandazioni contenute nel presente rapporto ricadono sotto la responsabilità di diversi settori. La maggior parte (12) riguarda le autorità degli Stati Membri della regione Europea dell'OMS e le istituzioni che si occupano di formazione del personale sanitario (11). Altre si rivolgono agli operatori sanitari (5), ai Centri Collaboranti OMS (4), alle istituzioni sanitarie (3), alle industrie sanitarie (3), ai media (3) ed al sistema assicurativo (2). Sette sono infine indirizzate all'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS.

RACCOMANDAZIONI AGLI OPERATORI SANITARI

Agli operatori sanitari si raccomanda di:

1. rafforzare attraverso l'uso dell'educazione terapeutica del paziente* gli effetti terapeutici della loro gestione* professionale delle condizioni di cronicità
2. assegnare un valore di priorità all'educazione terapeutica del paziente* nella loro formazione continua*
3. richiedere alle Università ed agli altri organi deputati alla formazione che il sistema europeo di trasferimento dei crediti venga utilizzato per garantire una qualifica accademica al superamento con profitto dei corsi di formazione continua in dell'educazione terapeutica del paziente*
4. fare dell' dell'educazione terapeutica del paziente* una delle parti integranti della gestione di tutti i pazienti cronici
5. verificare nella propria pratica la qualità dei risultati dell' dell'educazione terapeutica del paziente*

RACCOMANDAZIONI ALLE ISTITUZIONI PER LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

Alle istituzioni per la formazione si raccomanda di:

1. determinare, con la revisione dei rispettivi obiettivi istituzionali, priorità e strategie, in che misura vengono adottate o promosse le raccomandazioni contenute nel presente rapporto
2. rivedere e, se necessario adeguare, gli obiettivi formativi*, le metodologie di insegnamento*/apprendimento* ed i processi di valutazione* dei programmi di formazione* per operatori sanitari in modo da riconoscere all'educazione terapeutica del paziente* la dovuta importanza

3. garantire, attraverso programmi di formazione per i formatori, che lo staff docente possieda le competenze* didattiche richieste per la qualità dell'educazione al paziente
4. facilitare la formazione basata sul paziente* attraverso il miglioramento del coordinamento e della cooperazione con le istituzioni sanitarie
5. stabilire il profilo professionale* di ciascuna figura sanitaria al fine di facilitare la creazione di team multiprofessionali*
6. utilizzare l'esperienza già acquisita nella formazione di gruppo per il teamwork o modelli di questo tipo, al fine di sviluppare l'addestramento al teamwork
7. garantire che tutti i dati sanitari dei pazienti confluiscono in un'unica cartella clinica integrata e orientata sui problemi, condivisa ed aggiornata da tutti i componenti del team sanitario, con il dovuto rispetto dei principi etici dell'autonomia del paziente e della riservatezza
8. fruire delle leggi/regolamenti riguardanti l'insegnamento/addestramento per portare avanti gradualmente l'implementazione* di queste raccomandazioni
9. introdurre l'educazione terapeutica del paziente* nella formazione di medici, infermieri ed altri operatori sanitari*
10. garantire crediti accademici ai partecipanti che portano a termine con profitto i corsi di formazione continua* sul tema dell'educazione terapeutica del paziente*
11. destinare fonti, o ottenerne di aggiuntivi, per la ricerca sull'educazione terapeutica del paziente*

RACCOMANDAZIONI ALLE ISTITUZIONI SANITARIE

Alle istituzioni sanitarie si raccomanda di:

1. garantire che le occasioni e la disponibilità di spazi e tempi per la comunicazione tra pazienti e familiari ed operatori sanitari* siano una routine
2. stabilire per lo sviluppo di carriera degli operatori sanitari* criteri di selezione e promozione compatibili con l'approccio didattico orientato al paziente
3. promuovere incentivi e riconoscimenti ufficiali per i sanitari impegnati nell'educazione terapeutica del paziente*

RACCOMANDAZIONI AI CENTRI COLLABORANTI OMS

Ai Centri Collaboranti OMS si raccomanda di:

1. riconoscere nell'educazione terapeutica del paziente* una nuova funzione* degli operatori sanitari*
2. stabilire degli standard per l'educazione terapeutica del paziente*

3. progettare, sulla base di indicatori di qualità (criteri comuni di risultati biomedici, qualità della vita, processi educativi, costi* economici e personali), trias sull'educazione terapeutica del paziente*, al fine di misurare e confrontare processi e risultati dei programmi
4. divulgare i risultati dei trias, dimostrando in particolare che l' educazione terapeutica del paziente* ha risultati positivi a breve termine

RACCOMANDAZIONI ALLE INDUSTRIE SANITARIE

Alle industrie sanitarie si raccomanda di:

1. incrementare la ricerca attiva su: (a) informazione e formazione al paziente, in concomitanza con la commercializzazione di farmaci, apparecchiature, strumenti, ecc.; (b) compliance* con la terapia e prevenzione delle recidive; (c) miglioramento nelle metodologie di assistenza a lungo termine nei pazienti cronici
2. sponsorizzare i centri clinici impegnati nella ricerca sull'educazione terapeutica del paziente*
3. addestrare i propri staff commerciali ad essere formatori più incisivi ed efficaci nell' educazione terapeutica del paziente*

RACCOMANDAZIONI ALLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE SANITARIA

Alle compagnie di assicurazione si raccomanda di:

1. comprendere l' educazione terapeutica del paziente* tra le voci dei servizi rimborsabili ai pazienti assicurati
2. innalzare le quote di rimborso dei costi* legati alle attività di prevenzione degli operatori sanitari*, in particolare all'educazione terapeutica del paziente*

RACCOMANDAZIONI AI MEDIA (STAMPA, RADIO, TELEVISIONE)

Ai media si raccomanda di:

1. migliorare la qualità dell'informazione centrata sul paziente
2. cercare di migliorare la comunicazione con gli operatori sanitari* per produrre informazione di alta qualità
3. valutare i risultati della loro comunicazione* su diversi gruppi (persone sane, pazienti, operatori sanitari), come parte dell'educazione terapeutica del paziente*

RACCOMANDAZIONI AGLI STATI MEMBRI OMS

Agli Stati membri OMS si raccomanda di:

1. determinare - attraverso la formulazione delle rispettive priorità sanitarie e di formazione, strategie ed obiettivi - la misura in cui questi supportano o implementano i propositi del presente rapporto

2. istituire organizzazioni sanitarie ufficiali – nazionali o regionali – che supportino, promuovano e implementino l'educazione del paziente* nella gestione* delle patologie croniche* in modo tale da renderla parte integrante sia dell'assistenza che della formazione
3. invitare i politici-chiave ad incontri nazionali o internazionali sull'educazione terapeutica del paziente*
4. invitare le associazioni di pazienti, assieme ai politici, a definire strategie ed obiettivi riguardanti le proposte espresse nel presente rapporto
5. identificare e sostenere istituzioni educative capaci di introdurre cambiamenti positivi nell'educazione terapeutica del paziente*
6. fornire all'OMS un feedback regolare sui progressi nell'implementazione dell' educazione terapeutica del paziente* attraverso programmi di addestramento rivolti al personale sanitario
7. riorganizzare o ristrutturare si sistemi sanitari per una implementazione efficiente dell'approccio all' educazione terapeutica del paziente* attraverso la formazione preparatoria, di base e post-base, a livello multiprofessionale ed intersettoriale
8. creare centri di documentazione nazionali per divulgare i risultati della ricerca e del monitoraggio, a dimostrazione degli effettivi risultati dell' educazione terapeutica del paziente*
9. promuovere l' educazione terapeutica del paziente* come specialità per gli operatori sanitari*
10. istituire posti di educatore nel sistema sanitario
11. informare i servizi sanitari ed il pubblico sull' educazione terapeutica del paziente*, attraverso i media, le pubblicazioni scientifiche, seminari, conferenze, ecc.
12. identificare i bisogni e, in collaborazione con le istituzioni sanitarie, istituire nuovi centri di addestramento per promuovere l' educazione terapeutica del paziente*

RACCOMANDAZIONI PER L'UFFICIO REGIONALE OMS PER L'EUROPA

All'Ufficio Regionale OMS per l'Europa si raccomanda di:

1. raccomandare ai ministri della salute della Regione europea di sviluppare piani d'azione sulla base delle presenti raccomandazioni
2. designare centri di eccellenza per l' educazione terapeutica del paziente* in Europa, sulla base di criteri quali il miglioramento dei risultati biomedici e di qualità della vita e di efficaci processi educativi a costi* economici e personali accettabili
3. rafforzare i centri di eccellenza esistenti in modo che possano funzionare da riferimento per l'istituzione di nuovi programmi di formazione* per il personale sanitario
4. promuovere lo scambio nazionale ed internazionale di esperienze sull' educazione terapeutica del paziente*, divulgando la conoscenza esistente e attirando l'attenzione sugli approcci efficienti all' educazione terapeutica del paziente* presenti negli stati membri OMS

5. promuovere la ricerca nell' educazione terapeutica del paziente*
6. promuovere politiche sanitarie nazionali e di istruzione in linea con i principi dell' educazione terapeutica del paziente*
7. facilitare il coordinamento e la cooperazione tra le organizzazioni internazionali attive nell' educazione terapeutica del paziente*
8. anche le istituzioni, gli Stati membri e gli Uffici Regionali OMS al di fuori dell'Europa dovrebbero prendere in considerazione il presente rapporto

Indice/Glossario

Il glossario dei termini tecnici e didattici utilizzati in questo rapporto rappresenta il punto di vista dei componenti il Gruppo di Lavoro e non ha necessariamente la stessa validità al di fuori del contesto del presente documento. Le definizioni sono tratte dalle seguenti fonti:

- *Educational handbook for health personnel*. Ginevra, OMS, 1998, VI ediz.
- *Targets for health for all*. Copenhagen, Ufficio regionale OMS per l'Europa, 1985.
- *Glossary in managing programmes for leprosy control*. Ginevra, OMS, 1994

Nel testo viene utilizzato il *corsivo* per indicare che la definizione del termine è presente nel glossario.

A

Abilità (professionale): abilità appresa per portare a termine un'azione con competenza. Può essere intellettuale (cognitiva), di comunicazione interpersonale (affettiva) o pratica (senso-motoria). 5, 7-8, 41.

Apprendimento: processo che modifica, in modo relativamente permanente, il modo di pensare, di sentire o di agire del discente. 8-10, 35-37, 42

Apprendimento attivo: apprendimento in cui il discente è attivo e diviene gradatamente responsabile del proprio apprendere 13-14, 15, 54

Apprendimento basato sul problema: processo in cui il discente utilizza, fin dall'inizio dell'attività di formazione, il *problema* come stimolo per scoprire le informazioni necessarie a capirlo ed a risolverlo. 2, 13, 26, 35-38, 40-42, 46.

Approccio centrato sul discente: processo educativo che pone il discente al centro del quadro generale. Descrive ciò che il discente vuole (o si vuole che) apprendere (es. *Obiettivi dell'apprendimento*), le *attività di apprendimento* e gli strumenti di *auto-valutazione*. 13,25,30,38.

Approccio centrato sul docente: nell'educazione convenzionale, processo che descrive ciò che fanno i docenti (numero, durata e contenuto delle lezioni), a differenza dell'*approccio centrato sul discente*. 38, 39.

Approccio centrato sul paziente: processo educativo che pone il paziente in primo piano. Tiene conto delle opinioni, dei concetti, delle idee e dei sentimenti espressi dal paziente così come del suo stato biologico. L'approccio non deve essere utilizzato soltanto nei malati cronici: tutti i pazienti lo meritano. 13, 17, 25, 26, 30, 34, 39.

Approccio interprofessionale: membri di diverse professioni sanitarie che lavorano assieme, condividendo mete comuni 9, 10, 14, 39

Approccio intersettoriale: processo educativo in cui i discenti prendono in considerazione il settore sanitario e tutti gli altri settori dello sviluppo sociale ed economico della comunità e dell'organizzazione che hanno ricadute sulla salute. 9

Approccio problem-solving: vedere *apprendimento basato sul problema*

Approccio sistemico: un approccio che considera gli elementi di un problema come un insieme interdependente. 35, 38, 52

Attitudine: disposizione interna che si riflette nel comportamento verso altre persone ed eventi e nelle opinioni e teorie di un individuo. 15-16, 24, 27, 40-44, 49, 58.

Attività (educativa): ciò che un discente fa per acquisire o migliorare una data *competenza* con l'aiuto (diretto o indiretto) di un insegnante, preferibilmente sulla base di un contratto tra i due. (Vedere *contratto*) 47

Attività (professionale): serie di azioni e *compiti* (con uno scopo comune) effettuati da un individuo. 9, 14-15, 45, 74.

Autogestione: ciò che il paziente decide di fare per gestire le proprie cure ed evitare complicanze. 5, 27.

Auto-valutazione: processo attraverso cui il discente ottiene direttamente le informazioni riguardanti i propri progressi nell'acquisizione di competenze (vedere anche *valutazione formativa*) 14.

B

Bisogni di salute: livello di necessità di un tipo di assistenza o servizio sanitario a giudizio del personale sanitario, con il dovuto rispetto alla salute della popolazione. I *bisogni percepiti* sono quelli che

corrispondono alla *domanda*. 1, 10, 13.

C

Cartella del paziente: comunemente chiamata "cartella clinica", è la raccolta di informazioni (solitamente cartacea) riferite dai sanitari riguardo il paziente. Comprende i disturbi principali, l'anamnesi, risultati di esami fisici e di laboratorio, ecc. Nell'approccio multiprofessionale incentrato sul paziente, ciascun paziente deve avere una sua cartella nella quale periodicamente vengono registrati i contributi di tutti i sanitari coinvolti nell'assistenza. 62

Cartella clinica: vedere *Cartella del paziente*

Competenza: abilità professionale richiesta per portare a termine certe funzioni. Attitudine riconosciuta a compiere un atto specifico. La *competenza* è un potenziale che si attualizza nel momento della *performance*. 9, 12, 14-17, 25, 26, 38, 39, 50, 62.

Competenze del paziente: vedere *profilo del paziente educato*

Competenze di teamwork: capacità di lavorare come colleghi invece che in relazione superiore-subordinato. 12

Compito (professionale): azione misurabile derivante dalla segmentazione dell' *attività professionale*

Compliance: modo in cui un paziente segue il trattamento prescritto. Comprende la regolarità dei controlli e le visite in struttura sanitaria. 3, 27, 44, 63.

Comportamento: il modo di porsi in relazione al proprio ambiente 8, 10, 15, 20, 39, 41, 58.

Comunicazione: processo attraverso il quale le informazioni ed i sentimenti vengono scambiati tra gli individui utilizzando un sistema comune di linguaggio o segni. 13, 37, 41-45, 48-49, 64.

Conferenza: nella sua forma convenzionale, una lezione tenuta da

un docente, virtualmente senza alcuna partecipazione da parte degli studenti. 54

Contratto (con il paziente): descrizione di un accordo raggiunto tra paziente e sanitari circa ciò che ci si aspetta il paziente debba fare, con l'aiuto del personale sanitario, al fine di gestire la propria malattia e le relative cure. 11, 17, 26.

Contratto (educativo): descrizione di un accordo raggiunto tra uno studente ed un docente sulle competenze che il primo deve acquisire con l'aiuto del secondo. 13, 25, 36

Coping: capacità e modo di cercare soddisfazione, adeguarsi o adattarsi al fine di superare problemi personali, difficoltà e sfide. 5, 7, 8, 10, 24, 40-41, 45, 49

Costo: ammontare da pagare per ottenere qualcosa. Fa riferimento non solo al denaro ma anche al dolore, alla pena, allo sforzo, alla perdita di qualità della vita, ecc. 5, 8, 14, 63, 64, 65.

Credenze sulla salute: idee o convinzioni che i pazienti possono avere riguardo il proprio stato di salute o malattia. 8, 13, 40-41, 44-45, 49.

Curriculum: serie di *attività educative* che uno studente deve seguire, strutturate allo scopo di raggiungere obiettivi di apprendimento predefiniti. 16.

D

Diagnosi educativa: è il primo passo del processo educativo. Raccolta sistematica, complessiva, iterativa di informazioni da parte dell'operatore sanitario riguardo lo status bio-clinico, educativo, psicologico e sociale del paziente. Queste informazioni devono servire come base per costruire un programma di educazione terapeutica individualizzato. 26, 35.

Domanda di salute: livello di richiesta da parte del paziente o

della popolazione di un tipo di assistenza o servizio sanitario. 58

E

Educazione: azione o processo che facilita la formazione e lo sviluppo delle caratteristiche fisiche, intellettive, senso-motorie ed affettive dell'individuo. 1-15,25-31, 35-36, 38-39,42, 46, 47, 49, 52-53, 57-59, 61, 66.

Educazione a chi assiste: processo educativo che aiuta chi assiste ad acquisire le competenze proprie del relativo *profilo professionale*. 5, 43, 62.

Educazione al paziente: vedere *Educazione terapeutica del paziente*

Educazione centrata sul paziente: vedere *Educazione terapeutica del paziente*

Educazione multiprofessionale: *attività di apprendimento* che vedono nell'interazione un obiettivo importante, condiviso da discenti di diverse professioni sanitarie nell'arco di certi periodi della loro formazione. 12, 14, 39, 62.

Educazione terapeutica del paziente: *attività educative* essenziali nella gestione di *condizioni patologiche*, gestite da operatori sanitari debitamente addestrati nel campo della formazione. Finalizzata ad aiutare il paziente (o un gruppo di pazienti ed i rispettivi familiari) a gestire le cure e prevenire le complicanze evitabili, mantenendo o migliorando nel contempo la qualità della vita. La sua specificità sta nel fatto che produce effetti terapeutici che vanno ad aggiungersi a quelli derivanti da altri interventi (farmacologici, terapia fisica, ecc.). 1-15, 25-31, 35-36, 38-50, 52-53, 57-59, 61-66.

Efficacia: capacità di produrre il risultato desiderato. 48, 50.

Efficienza: capacità di produrre il risultato desiderato al minor costo possibile. 30, 38, 50.

Empatia: capacità di partecipare al sentire di un'altra persona 13, 19, 43.

F

Funzione (professionale): ampia area di competenze, gruppo di attività (con un fine comune) che una persona compie per realizzare il proprio ruolo nella società. 11, 47, 72, 74.

G

Gestione (management): le azioni necessarie alla preparazione di un *piano*, alla sua *implementazione*, alla *valutazione* dei risultati ed alla sua ri-pianificazione 2, 5, 7, 11-12, 17, 20, 22, 27, 29-30, 41, 52, 57, 59, 61, 64

I

Implementazione: mettere in azione un *programma*; fare il lavoro che va fatto. 7, 26-27, 34, 36, 38, 62, 65.

Insegnare: interazione tra docente e discente, sotto la responsabilità del primo, destinata a produrre cambiamenti nel comportamento del secondo. 2, 31, 33-34, 36-39, 45-46, 58-59, 62

L

Lavoro di rete (networking): azione del lavorare assieme al fine di aumentare l'efficienza. Coinvolge appartenenti a professioni diverse. Vedere anche *lavoro in team*. 9

Lavoro in team: processo che comprende azioni coordinate mirate alla soluzione di problemi, portato avanti da due o più persone congiuntamente, contemporaneamente o sequenzialmente, in modo formale o non. Implica condivisione e rispetto degli obiettivi; una chiara consapevolezza dei ruoli altrui da parte di ciascun componente il gruppo; risorse materiali ed umane adeguate; leadership efficace e mezzi per la valutazione (vedere anche *lavoro di rete*). 2, 12.

Livello (accettabile) di performance: criterio di un obiettivo di apprendimento specifico (vedere *obiettivi specifici dell'apprendimento*)

Locus del controllo: (teoria psicologica – Rotter, J.B., 1954). Fa riferimento alla quantità di controllo personale che l'individuo ritiene di esercitare sull'ambiente. "Io posso prevedere le difficoltà e fare in modo di evitarle" (locus del controllo interno). "Credo che le persone siano vittime di circostanze al di fuori del loro controllo" (Locus del controllo esterno) 8, 40, 49.

M

Motivazione: ciò che spinge una persona ad agire in un certo modo. 10, 35, 49, 57, 58.

O

Obiettivi (apprendere): vedere *Obiettivi dell'apprendimento*

Obiettivi dell'apprendimento: affermazioni che descrivono ciò che il discente dovrebbe essere in grado di fare al termine e come risultato di un periodo di apprendimento e che non era in grado di fare prima (definiti anche *obiettivi educativi*). Possono essere: *generali, intermedi* o *specifici* a seconda che facciano riferimento a *funzioni, attività* o *compiti*. 17, 33, 50, 62.

Obiettivi didattici: vedere *obiettivi dell'apprendimento*.

Obiettività: livello in cui esaminatori indipendenti e competenti concordano su quanto costituisca un *livello accettabile di performance* 50

Obiettivo: in termini gestionali, affermazione di propositi o condizione/status desiderato in un futuro definito. 8, 10, 13, 17, 20, 22, 27, 30-33, 35, 38-42, 44-47, 49-53, 62

Obiettivo educativo specifico: obiettivo che deriva direttamente da un *compito professionale* e che presenta le seguenti caratteristiche: in equivoco, fattibile, osservabile e misurabile. Se ben formulato, deve comprendere: l'atto corrispondente alla competenza attesa, espresso da un verbo attivo; il *contenuto* che specifica il soggetto in relazione al quale l'atto deve essere compiuto; le

condizioni, che descrivono le *risorse* disponibili; i *criteri* per definire il *livello accettabile di performance*.

Operatori sanitari (o personale sanitario): tutto il personale direttamente o indirettamente coinvolto in compiti di carattere sanitario (promozione, prevenzione, cura e riabilitazione) all'interno del sistema sanitario. Per esempio, in riferimento alle patologie croniche, ci si riferisce agli infermieri, ai medici, ai fisioterapisti, ai dentisti, ai nutrizionisti, ai podologi, ai docenti, agli psicologi, ecc. 1-2, 5, 7-17, 23-25, 28, 36, 39, 52, 57-59, 62-63, 65-66.

Ostacolo: impedimento che deve essere superato per raggiungere un obiettivo. A differenza dei vincoli, gli ostacoli possono essere rimossi, bypassati o superati. Vedere anche *Vincolo*. 26, 31, 49, 57, 59.

P

Patologia a lungo termine: vedere *patologia cronica*

Patologia cronica: Malattia che non può essere curata ma può essere controllata dall'effetto combinato di farmaci, terapia fisica, supporto psicologico ed *educazione terapeutica al paziente*. Il termine è sinonimo di *patologia a lungo termine*. 1-3, 5, 7, 15, 17, 39-40, 53, 63-64

Performance: compimento di un atto (compito). Risultato individuale ottenuto portando a termine un compito; dipende ampiamente dal livello di *competenza* e dalla *motivazione* 11-12, 27, 41

Piano di implementazione: schema delle *attività* previste per raggiungere gli *obiettivi* definiti. 2, 34, 36

Prerequisiti: condizioni, compresa l'esperienza e le *competenze*, che devono essere presenti prima di svolgere un compito. 38

Problema (di salute): differenza tra le condizioni di salute attuali e quelle desiderate o tra il risultato ottenuto e quello atteso. Causa

preoccupazione al paziente o alla popolazione nel suo insieme. 13

Profilo: vedere *profilo professionale* o *profilo del paziente educato*

Profilo del paziente educato: serie di azioni che il paziente deve essere in grado di compiere al fine di gestire il proprio trattamento e prevenire le complicanze evitabili, nel contempo mantenendo o migliorando la qualità della propria vita. 15-24.

Profilo di competenza: vedere *Profilo professionale*

Profilo professionale: elenco di *funzioni* ed *attività* che corrispondono ad una data professione. Definito anche *job description*. 12, 15-17, 24-26, 29, 35, 42, 62

Programma (di formazione): serie di *attività educative* pianificate e coordinate delle quali il discente deve fare esperienza con l'assistenza di insegnanti 1-2, 5-15, 25-30, 32,35, 38, 46-47, 51-52, 54, 57-59, 62-63, 65-66.

R

Riformulazione (are): esprimere in altre parole ciò che una persona ha detto. 41, 43.

Rilevanza: qualità dell'essere appropriato e compatibile all'oggetto cercato. In questo contesto, è la qualità di conformità con i *bisogni di salute* del paziente. 16, 48.

Risorsa: somma di tutta la manodopera, i finanziamenti, le strutture, le tecnologie, le leggi ed i materiali (forniture ed equipaggiamenti) disponibili per rendere un servizio. 1-2, 10, 14, 26, 29-31, 34, 57, 59.

S

Stile di vita: modo particolare di vivere di una persona, abitudini utilizzate per adattarsi alla vita e facilitare i contatti sociali; strutturato sulla base di modelli di interazione interpersonale e sull'apprendimento sociale che sono in correlazione con

e vengono determinati dall'ambiente sociale. 1, 27

Strategia: approccio alla soluzione di un *problema* arrivando ad *obiettivi* definiti tenendo conto delle *risorse*, degli *ostacoli* e dei *vincoli*. 2

Strategie di cambiamento: vedere *strategie*.

T

Team sanitario: gruppo di individui che condividono un fine ed *obiettivi* comuni - determinati dai *bisogni* dei pazienti - e che collaborano per raggiungerli a seconda delle rispettive *competenze* ed in coordinamento con le *funzioni* altrui. 29, 62.

V

Validità: limite entro il quale uno strumento misura ciò che deve misurare. 16, 35, 38-39, 48, 50, 67.

Valutazione: giudizio di valore, basato sulla misurazione; in formazione fornisce le basi per il decision-making. 7, 9-10, 12-14, 16, 26, 28, 31, 33-48, 50-52, 58-59, 62.

Valutazione certificativa: giudizio basato sulla misurazione o sulla verifica delle *performance* del discente, utilizzato per giustificare le decisioni riguardanti i progressi nel processo educativo o il riconoscimento di meriti nella qualifica accademica, crediti o altre certificazioni di *competenza*. 12, 13, 48.

Valutazione formativa: giudizio basato sulla misurazione dei progressi o dei guadagni da parte del discente. L'insegnante non la deve utilizzare per una *valutazione certificativa*. 31, 33, 36, 42, 48, 50.

Verifica dei bisogni educativi: vedere *Diagnosi educativa*

Vincolo: fattore fisso (sociale, politico, tecnico) imposto dall'ambiente ad un dato sistema. Non può essere rimosso ed influenza il raggiungimento degli obiettivi. Vedere anche *ostacolo*. 7, 24, 26, 31, 34,59.

