



Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie



LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2 NELL'ADULTO

PIANO DI FORMAZIONE

Angela Giusti, Marina Maggini, Roberto Raschetti

Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute
Istituto Superiore di Sanità, Roma

Si ringraziano Sandro Baldissera, Nancy Binkin, Silvia Colitti, Roberto D'Elia, Barbara De Mei, Gabriele Fontana, Gerardo Medea, Amina Pasquarella, Alberto Perra, Flavia Pricci, Roberto Sivieri e Concetta Suraci per il loro contributo alla discussione del progetto.



INTRODUZIONE

Questo documento presenta il piano di formazione proposto dal gruppo di lavoro del progetto IGEA dell'Istituto Superiore di Sanità come supporto per l'attivazione delle attività di gestione integrata del diabete di tipo 2 nell'adulto.

La promozione delle competenze per la salute si è dimostrato un valido strumento per ridurre la prevalenza delle patologie croniche e delle loro complicanze, riducendo al contempo le disuguaglianze ad essa legate. Un primo aspetto di cui tenere conto in fase di progettazione della formazione riguarda l'individuazione degli strumenti formativi più adeguati a promuovere il lavoro in team degli operatori, le competenze e il ruolo attivo dei cittadini nelle scelte di salute. Un secondo aspetto che si è cercato di affrontare nel piano di formazione è stata la necessità di una costruzione condivisa di un modello formativo che sia al contempo sufficientemente flessibile da permettere un adattamento contestuale senza rinunciare all'uniformità di contenuti e metodi necessaria alla creazione di un linguaggio comune. Quest'ultimo aspetto è particolarmente rilevante in un panorama sanitario di Servizi regionali anche molto diversi tra loro. È inoltre prevedibile che il cambiamento dell'agire professionale richiesto dal nuovo modello assistenziale dia origine ad una comprensibile "resistenza" da parte dei professionisti che operano in quelle realtà dove non è ancora diffuso il lavoro di team e di rete.

Il quadro teorico-concettuale e gli strumenti operativi per offrire adeguate risposte alle criticità descritte vengono presentati nella prima parte del documento, che illustra il razionale del piano di formazione. Viene poi presentata la struttura complessiva del piano nella sua scansione orizzontale e descritte in forma sintetica le caratteristiche dei singoli moduli; successivamente viene presentata la scansione verticale del modulo principale su obiettivi e organizzazione della gestione integrata e le modalità previste per l'accreditamento ECM.

La prima edizione del percorso di formazione dei formatori, sul modulo "La gestione integrata del diabete di tipo 2: obiettivi e organizzazione", si è tenuta nell'ottobre 2007 e ha portato all'elaborazione condivisa di materiale didattico strutturato per la successiva formazione a cascata.

QUADRO TEORICO-CONCETTUALE E RAZIONALE DEL PIANO DI FORMAZIONE

L'emergenza della cronicità e del diabete in particolare pone il sistema-salute di fronte a nuove sfide che richiedono una revisione critica dei modelli assistenziali e dell'agire professionale. Queste esigenze richiedono risposte formative adeguate e innovative, che coinvolgano i professionisti e i cittadini nell'identificazione e nella realizzazione di nuove strategie d'intervento condivise.

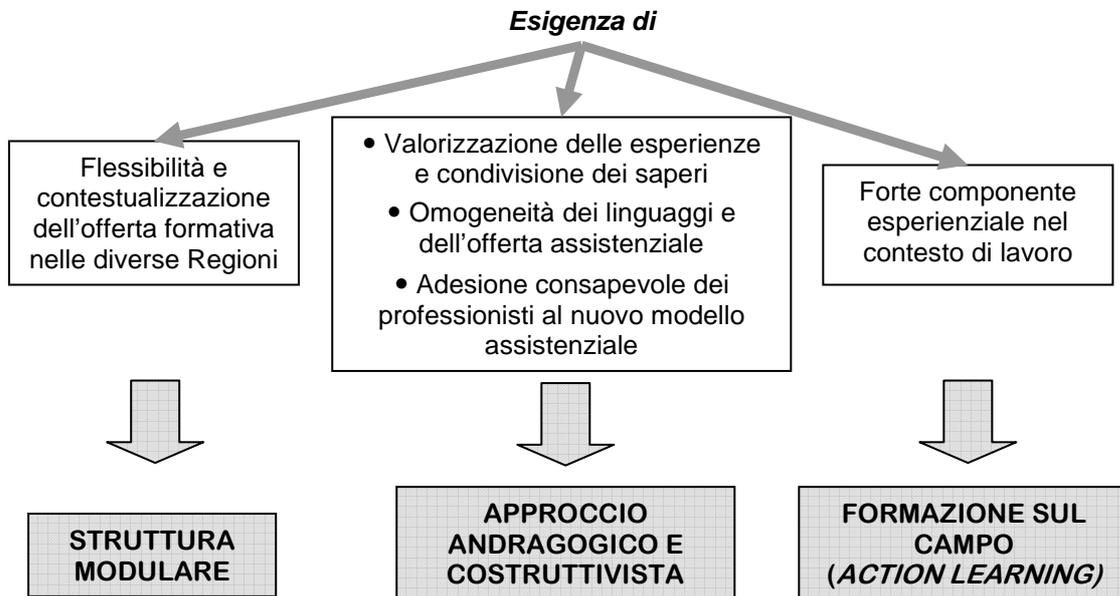
In questo quadro si colloca il Progetto per l'Integrazione, Gestione e Assistenza della malattia diabetica (IGEA), i cui obiettivi prevedono ai diversi livelli del sistema sanitario la promozione dell'adozione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso, la promozione del coinvolgimento attivo delle persone con diabete nel percorso di cura (*patient empowerment*), l'attivazione di un sistema informativo, del monitoraggio e della valutazione delle attività attraverso indicatori clinici e di sistema e la formazione degli operatori secondo un approccio multidisciplinare integrato.

La costruzione di un piano di formazione che si adatti alle diverse realtà del panorama sanitario nazionale presenta alcune complessità progettuali alle quali il gruppo di lavoro del progetto IGEA ha tentato di rispondere proponendo strumenti operativi e formativi adeguati (Fig.1). Una condizione essenziale per il successo è il coinvolgimento attivo di tutti i professionisti in forma multidisciplinare, in un processo di revisione critica dell'attuale modello assistenziale e di adesione al nuovo modello. Questo passaggio richiede a ognuno la rinuncia di una parte più o meno autoreferenziale di gestione dell'assistenza, la volontà di rafforzare il lavoro di *team* e la costituzione di una rete. Per rispondere a questa prima necessità si è ritenuto l'approccio costruttivista basato sul modello di apprendimento andragogico, collaborativo (orientato ai processi) e cooperativo (orientato ai risultati) come più rispondente alle necessità di attivazione individuali e di gruppo richieste.

La proposta di un percorso formativo modulare consente, poi, di conciliare l'esigenza di omogeneità della formazione e delle prestazioni con l'esigenza di flessibilità e di contestualizzazione richieste dalle singole realtà regionali e locali.

Un ultimo, ma non meno importante aspetto riguarda la necessità di proporre un modello formativo che porti a un cambiamento delle pratiche professionali e quindi con una forte componente esperienziale; a questa ultima esigenza si è tentato di rispondere associando alla promozione dell'apprendimento collaborativo e cooperativo la formazione sul campo, sul modello dell'*action learning*.

Figura 1 - Esigenze di contesto e di progetto e relative risposte formative



Per la progettazione complessiva del piano di formazione ci si è avvalsi del parere informale di alcuni professionisti, esperti di formazione e/o di assistenza diabetologica, che operano nelle realtà locali. Per quanto riguarda la progettazione "micro", i contenuti e le metodologie adottate all'interno delle singole parti del Modulo e nelle singole Unità Didattiche sono state oggetto di discussione e revisione da parte di professionisti provenienti dalle realtà regionali durante tre edizioni sperimentali del corso residenziale realizzato presso il monastero di Santa Scolastica nel mese di ottobre 2007.

Un'altra applicazione del modello costruttivista si ha nella formazione in presenza e, nel contesto professionale dei partecipanti, durante la fase di formazione sul campo. L'apprendimento collaborativo e cooperativo trovano quindi piena applicazione sia "in aula", al momento di analizzare criticamente le pratiche in uso nel gruppo e individuare i nuovi modelli operativi da adottare, sia al momento di adottare i nuovi comportamenti, durante la formazione sul campo. A questa fase "di prima linea" segue la valutazione partecipata dell'applicazione delle nuove pratiche in un modulo conclusivo del percorso formativo.

Il piano di formazione prevede anche una parte in *e-learning*, che rimane però limitata a quelle realtà che sono dotate di un numero sufficiente di *tutor* in grado di seguire le singole "comunità di apprendimento", ognuna delle quali è rappresentata da tutti gli operatori del *team* diabetologico, dai medici di medicina generale e da altri eventuali gruppi di interesse dell'area di riferimento. Esiste però la consapevolezza della scarsa applicabilità dell'*e-learning* a questo modello formativo a causa del numero ancora limitato di professionisti con competenze in Tecnologia dell'Informazione e della Comunicazione (TIC) e dotati di adeguata strumentazione tecnologica. Uno degli elementi fondanti del percorso è infatti la partecipazione attiva di tutti i membri della comunità di apprendimento, nessuno escluso.

OBIETTIVI E STRUTTURA DEL PIANO DI FORMAZIONE

La gestione integrata del diabete e la prevenzione delle sue complicanze prevedono il coinvolgimento di tutte le professionalità, presenti nel percorso assistenziale, e delle persone con diabete che si attivano nell'autonoma gestione della malattia. Per questo, un piano formativo destinato all'implementazione della gestione integrata deve toccare tutti gli aspetti, in una struttura articolata e interdisciplinare.

L'insieme dei moduli formativi dovrebbe coprire tutti i diversi aspetti della gestione integrata¹: le linee guida organizzative, gli aspetti clinici, il sistema informativo, gli aspetti relazionali e comunicativi e il *counselling* per la promozione dell'autogestione della malattia e la valutazione complessiva del programma locale di gestione integrata.

Partendo da questi presupposti, il Piano di Formazione (PF) si pone i seguenti obiettivi generali:

- far condividere ai partecipanti i documenti di indirizzo per la gestione integrata del diabete, creando il retroterra, il consenso e l'adesione necessari all'implementazione;
- creare percorsi/protocolli condivisi e un linguaggio comune sulla gestione integrata del diabete;
- promuovere il lavoro multidisciplinare e il gioco di squadra;
- promuovere la valutazione dei processi e degli esiti del proprio lavoro;
- identificare e proporre eventuali correttivi nella propria pratica professionale o che richiedano un intervento dei decisori.

La struttura complessiva del percorso formativo è presentata nella Figura 2. Nella sua scansione orizzontale, il piano di formazione è pensato come una struttura in moduli distinti e indipendenti dove il modulo A risponde agli obiettivi di minima della gestione integrata ed è considerato essenziale per l'avvio dell'attività insieme ai due *workshop* di presentazione e di valutazione finale delle attività destinati ai decisori. I moduli B, C e D e gli eventuali moduli in *e-learning* sono invece proposti per rispondere agli obiettivi globali della gestione integrata che, come già detto, includono l'adozione di linee guida cliniche condivise, la condivisione delle informazioni fra tutti gli attori coinvolti, l'adeguata comunicazione operatore-persona, l'uso del *counselling* e l'educazione all'autogestione del diabete.

La scelta di una struttura modulare di questo tipo consente un'implementazione differenziata, adattata alle diverse realtà garantendo, allo stesso tempo, la continuità didattica rispetto a corsi già attivati localmente.

Requisito essenziale è che tutti i moduli siano tenuti in modalità multidisciplinare, coinvolgendo professionisti sanitari appartenenti alle diverse categorie e ai diversi ambiti. Volendo promuovere il lavoro di team e la costituzione di una rete di professionisti, non sarebbe utile né opportuno organizzare la formazione prevedendo la partecipazione di una sola categoria professionale. Per questo, non solo i partecipanti ma anche i formatori devono costituire un gruppo multidisciplinare in cui siano presenti medici di medicina generale, diabetologi e altri professionisti non medici (infermieri, dietisti, ecc).

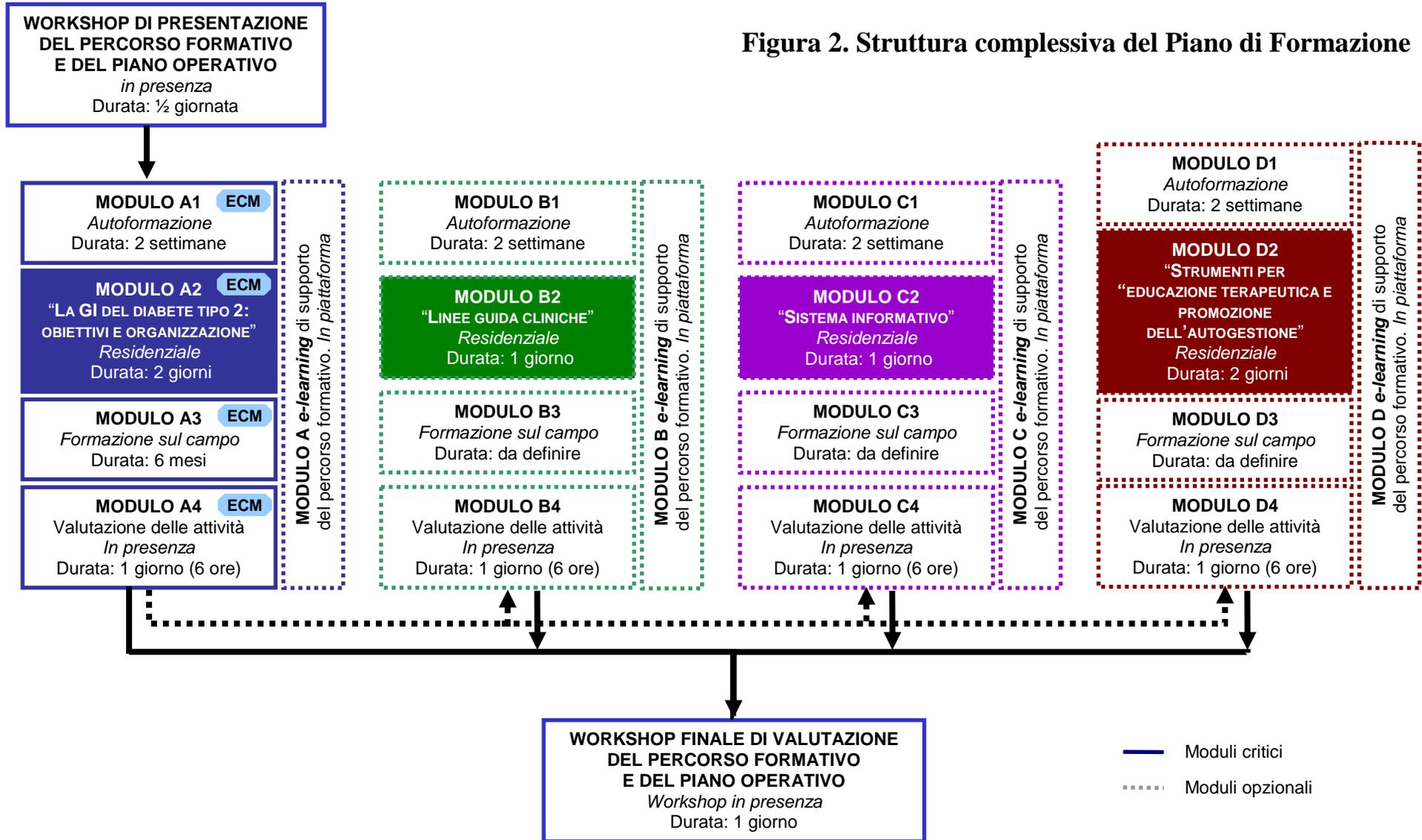
¹ Una descrizione esaustiva degli elementi essenziali dell'assistenza per le persone con diabete secondo un modello di gestione integrata è presentata in *Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Documento di indirizzo*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2008. www.epicentro.iss.it/igea/

Per definire gli obiettivi e i contenuti dei singoli moduli si è fatto riferimento ai documenti esistenti e in particolare al già citato *Documento di indirizzo*², che descrive nel dettaglio i processi necessari all'implementazione del nuovo modello assistenziale. Un ulteriore apporto è giunto dall'indagine qualitativa condotta dal gruppo di lavoro del progetto IGEA che ha offerto preziose indicazioni sui bisogni informativi e formativi dei professionisti, delle persone con diabete e dei loro familiari o *caregiver*. Una volta individuate, le azioni previste per una efficace implementazione della gestione integrata e le relative competenze sono state suddivise in sezioni ad alta omogeneità interna sulla base dei contenuti previsti, delle attività esperienziali da svolgere, delle abilità richieste e delle conoscenze e competenze da perseguire.

I moduli in presenza privilegiano un approccio collaborativo, basato sull'apprendimento attivo. Il modello di apprendimento cooperativo e collaborativo (*cooperative e collaborative learning*) viene qui proposto come metodo formativo più adeguato al raggiungimento degli obiettivi della gestione integrata. Infatti, il lavoro in gruppo favorisce da una parte l'apprendimento e la condivisione di contenuti disciplinari, dall'altra lo sviluppo di metacompetenze di tipo sociale quali la cooperazione e la collaborazione professionale richieste dal compito. Nei moduli in presenza è quindi prevista un'alternanza di momenti espositivi teorici e metodologici, momenti esperienziali, discussioni e simulazioni, lavori in gruppo, elaborazione e progettazione e studio di casi.

² *Op. cit.*

Figura 2. Struttura complessiva del Piano di Formazione



STRUTTURA DEI PERCORSI FORMATIVI

Il piano di formazione prevede 4 moduli relativi ad altrettanti temi portanti della gestione integrata della malattia diabetica: il modulo A riguarda gli aspetti organizzativi e l'implementazione della gestione integrata, il modulo B tratta degli aspetti più prettamente clinici, il modulo C tratta gli aspetti legati al sistema informativo e il modulo D gli aspetti inerenti all'educazione terapeutica e la promozione dell'autogestione.

Mentre il pacchetto formativo relativo al modulo A è considerato critico per l'implementazione della gestione integrata, i moduli B, C e D sono opzionali, da attivare cioè in quelle realtà dove non sia già stata fatta una precedente formazione sull'argomento; questi moduli possono infatti essere offerti sia come pacchetti formativi a sé stanti sia inseriti nel percorso previsto dal piano di formazione complessivo (Fig. 2)

Nella loro scansione verticale, i moduli A, B, C e D prevedono 4 momenti sequenziali in cui si susseguono l'autoformazione, la formazione residenziale, la formazione sul campo e la valutazione finale delle attività. Con l'ausilio di una piattaforma di *e-learning* è inoltre possibile accompagnare l'intero percorso, consentendo di proseguire la condivisione delle esperienze oltre l'aula e il contesto di lavoro.

La parte che segue descrive sinteticamente la struttura del percorso.

WORKSHOP DI PRESENTAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO E DEL PIANO OPERATIVO

Durata: mezza giornata

Modalità: in presenza

Partecipanti (inclusi relatori): decisori e dirigenti aziendali; responsabili locali e regionali del progetto IGEA; operatori coinvolti nella gestione integrata: medici di medicina generale, diabetologi, dietologi, specialisti collaterali delle complicanze, infermieri, dietisti, podologi, psicologi, assistenti domiciliari, direzioni delle aziende sanitarie, farmacisti; professionisti del Distretto Sanitario e dell'assistenza domiciliare; rappresentanti delle società scientifiche coinvolte; persone con diabete e rappresentanti delle associazioni di pazienti; politici e amministratori locali; cittadini interessati al progetto.

Numero di partecipanti: variabile da realtà a realtà.

Obiettivi: l'incontro ha l'obiettivo di informare e condividere con i decisori e i dirigenti la struttura del percorso formativo e del piano operativo, le finalità e il carico di lavoro degli operatori al fine di fornire il supporto amministrativo e logistico necessario.

Condizioni: il modulo è essenziale e propedeutico all'avvio delle attività; non è, infatti, possibile procedere alla formazione senza aver prima coinvolto attivamente i decisori che dovranno favorirne l'implementazione e che dovranno partecipare alla successiva valutazione complessiva del piano di formazione realizzato.

Esempio di contenuti e metodi:

<i>Contenuto</i>	<i>Metodo</i>
La gestione integrata del diabete: obiettivi e organizzazione	Esposizione frontale
Il piano di formazione per la gestione integrata: obiettivi e organizzazione	Esposizione frontale
Punti di forza e criticità del progetto e del piano di formazione	Lavoro in gruppi (possibile fino a un max di 50 partecipanti, suddivisi in 5 gruppi di 10)
Esposizione dei lavori di gruppo	Esposizione e discussione in plenaria
Raccolta delle idee emerse e definizione dei passi successivi	Discussione guidata

MODULO A/B/C/D 1 Autoformazione

Durata: due settimane

Modalità: formazione a distanza

Partecipanti: tutti i partecipanti al successivo Modulo A, B, C o D 2

Numero di partecipanti: ideale: 20; max: 25

Obiettivi: familiarizzare i partecipanti con i concetti di base e i documenti di indirizzo pertinenti agli obiettivi del percorso formativo scelto (A, B, C o D).

MODULO A/B/C/D 2. Formazione residenziale

Durata: 2 giornate consecutive per i moduli A e D; 1 giornata per i moduli B e C

Modalità: in presenza

Partecipanti: partecipano, in forma multidisciplinare, operatori coinvolti nella gestione integrata: medici di medicina generale, medici specialisti diabetologi, infermieri, dietisti, psicologi, podologi, farmacisti ed altri operatori territoriali e di distretto. In alcuni momenti della formazione è auspicabile la partecipazione di rappresentanti delle associazioni di pazienti e di gruppi di auto-aiuto.

Numero di partecipanti: ideale: 20; max: 25

Obiettivi:

Modulo A: motivare i partecipanti a realizzare programmi di gestione integrata del paziente diabetico fornendo loro le conoscenze e gli strumenti utili e/o necessari.

Modulo B: far condividere ai partecipanti le linee guida cliniche per la gestione della malattia, contribuendo a offrire un trattamento omogeneo e a creare un linguaggio comune nella comunicazione con le persone con diabete.

Modulo C: presentare e condividere gli strumenti del sistema informativo in uso o in fase di attivazione nella propria realtà operativa.

Modulo D: offrire ai partecipanti strumenti per la promozione delle competenze delle persone con diabete e dei loro *caregiver* nell'autogestione della malattia.

Condizioni: prerequisito alla frequenza è l'aver partecipato al modulo preliminare di autoformazione.

MODULO A/B/C/D 3. FORMAZIONE SUL CAMPO

Durata: variabile secondo gli obiettivi del percorso formativo

Modalità: formazione sul campo, sul posto di lavoro

Partecipanti: tutti i partecipanti al precedente modulo residenziale A, B, C o D 2.

Numero di partecipanti: i partecipanti alla formazione residenziale

Obiettivi: Questo modulo ha lo scopo di attivare le competenze tecniche, comunicative e relazionali apprese o consolidate durante il modulo residenziale.

In particolare, i partecipanti definiranno un crono programma di attività da svolgere insieme, secondo il modello del *cooperative* e *collaborative learning* costituendosi in comunità di apprendimento (Fig.3).

Al termine del modulo i partecipanti saranno in grado di:

- partecipare attivamente all'implementazione della gestione integrata nel proprio contesto professionale
- adottare comportamenti collaborativi nell'ambito del proprio team e della rete dei servizi coinvolti nella gestione integrata

MODULO A/B/C/D 4. VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ

Durata: 1 giornata

Modalità: in presenza

Partecipanti: tutti i partecipanti al precedente modulo residenziale A, B, C o D 2.

Numero di partecipanti: max 50

Obiettivi: Questo modulo ha lo scopo di far presentare e condividere alle diverse comunità di apprendimento i risultati delle attività svolte durante la formazione sul campo, analizzandone i punti di forza e le criticità e formulando eventuali proposte operative secondo il modello dell'analisi SWOT (*Strengths, Weakness, Opportunities, Threats*).

Al termine del modulo i partecipanti saranno in grado di:

- utilizzare l'analisi SWOT come strumento di analisi e valutazione delle attività
- analizzare in forma collaborativa i punti di forza e le criticità delle attività svolte durante la formazione sul campo
- identificare e proporre eventuali correttivi nella propria pratica professionale
- identificare e proporre eventuali correttivi che richiedono un intervento dei decisori

MODULO A/B/C/D DI SUPPORTO in *e-learning*

Laddove esista il supporto tecnologico e i *tutors* necessari, questo modulo consente di creare un ambiente di apprendimento dove i singoli gruppi di lavoro possono proseguire le attività e la condivisione dell'esperienza fatta in presenza e sul campo con l'ausilio di una piattaforma di *e-learning*, in un approccio formativo di tipo misto (*blended*).

Fra gli usi possibili della piattaforma ci sono: la discussione e l'approfondimento degli aspetti operativi dell'implementazione della gestione integrata, lo studio di casi e di autocasi sia di tipo organizzativo sia di tipo clinico, la preparazione di un crono programma per la formazione sul campo e la relativa analisi SWOT e la preparazione della relazione da presentare durante il modulo 4 di valutazione delle attività.

I gruppi di lavoro *online* devono essere composti dalle stesse persone che lavorano insieme durante la formazione sul campo, costituendo in questo modo delle *comunità di apprendimento*.

Questa modalità formativa richiede l'impiego di un tutor ogni 15 partecipanti, con competenze di tipo formativo, organizzativo o clinico. Oltre al forum, possono risultare utili altri strumenti sincroni e asincroni come la chat e, per la scrittura condivisa, *wiki*. Questo modulo formativo accompagna tutta la durata del percorso.

WORKSHOP FINALE DI VALUTAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO E DEL PIANO OPERATIVO

Durata: 1 giornata

Modalità: in presenza

Partecipanti (inclusi relatori): decisori e dirigenti aziendali; responsabili locali e regionali del progetto IGEA; operatori coinvolti nella gestione integrata: medici di medicina generale, diabetologi, dietologi, specialisti collaterali delle complicanze, infermieri, dietisti, podologi, psicologi, assistenti domiciliari, direzioni delle aziende sanitarie, farmacisti; professionisti del Distretto Sanitario e dell'assistenza domiciliare; rappresentanti delle società scientifiche coinvolte; persone con diabete o rappresentanti delle associazioni di pazienti; politici e amministratori locali; cittadini interessati al progetto.

Numero di partecipanti: variabile da realtà a realtà.

Obiettivi: Questo modulo ha lo scopo di condividere con i decisori i risultati raggiunti, analizzare i punti di forza e le criticità e proporre eventuali correttivi.

Condizioni: il modulo è essenziale e dovrebbe essere proposto come feedback anche ai decisori/dirigenti, in questa forma o in altre da definire.

Esempio di contenuti e metodi:

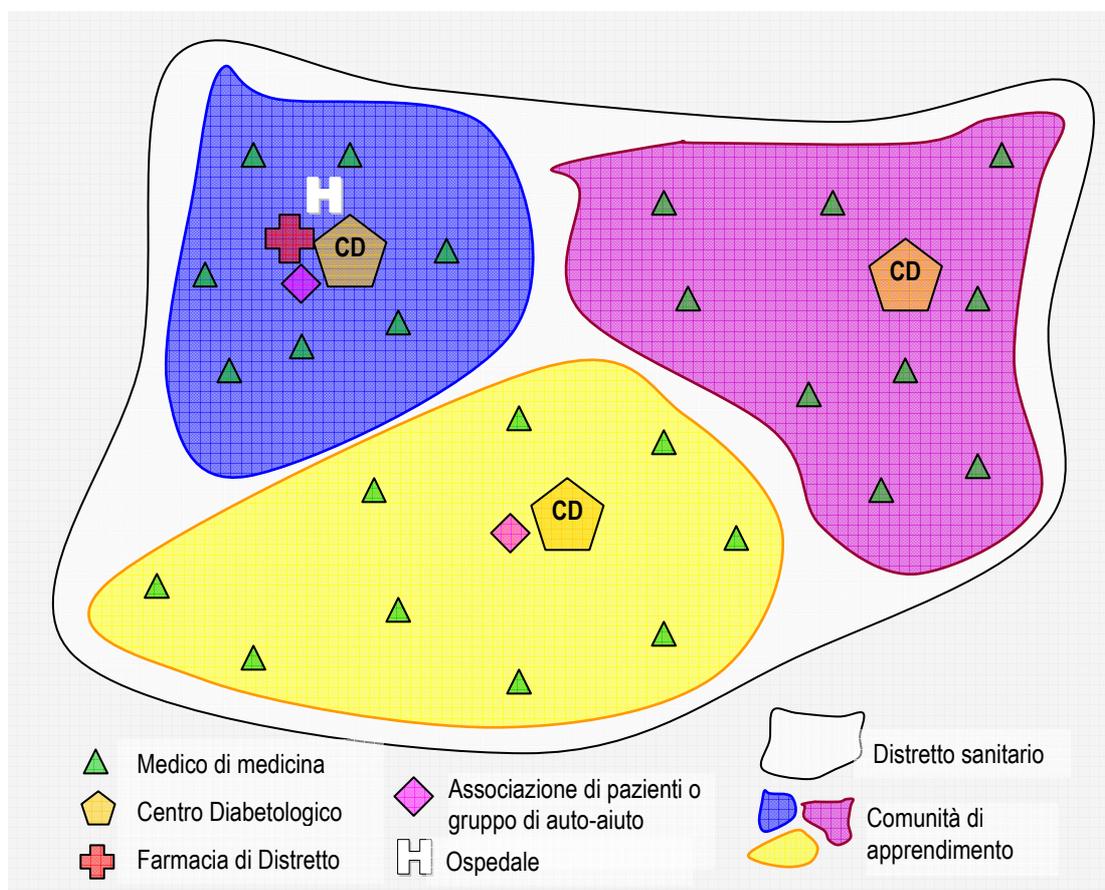
<i>Contenuto</i>	<i>Metodo</i>
Presentazione degli indicatori di processo e di esito (se disponibili) da parte dei diversi gruppi coinvolti	Esposizione frontale. Discussione. Brainstorming.
Analisi dei risultati: successi e criticità	Elaborazione congiunta di azioni correttive (in gruppi o in plenaria)
Prossimi passi	

IL PERCORSO FORMATIVO “LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE: OBIETTIVI E ORGANIZZAZIONE” (MODULO A)

In questo paragrafo viene presentata l’articolazione del Modulo A, che dovrebbe dare l’avvio alla gestione integrata del diabete. Il percorso formativo previsto da questo modulo rappresenta una scansione verticale del piano di formazione descritto nella Figura 2.

Come già ricordato in precedenza, il percorso di apprendimento è rivolto in forma multidisciplinare a tutti i professionisti impegnati nella gestione integrata del diabete ed è tenuto da un gruppo multidisciplinare di formatori certificati secondo il modello formativo previsto dall’Istituto Superiore di Sanità e dalla Commissione Nazionale per la formazione continua. In alcuni momenti della formazione è prevista la partecipazione di rappresentanti delle associazioni di pazienti e di gruppi di auto-aiuto. I partecipanti ad ogni edizione del modulo formativo dovrebbero appartenere allo stesso territorio e condividere lo stesso bacino d’utenza; in questo modo, ogni gruppo costituisce una vera e propria “comunità di apprendimento” o “comunità di pratiche” che condivide l’intero percorso formativo per una durata complessiva di circa 6 mesi (Figura 3). All’origine dei due concetti di “comunità di apprendimento” e “comunità di pratiche” ci sono alcune differenze; per semplicità, nel nostro contesto formativo li considereremo sinonimi e useremo indifferentemente i due termini intendendo tutti i professionisti che sono chiamati a mettersi in rete e a collaborare attivamente per la gestione integrata della malattia diabetica.

Figura 3: Esempio di comunità di apprendimento a livello di distretto sanitario



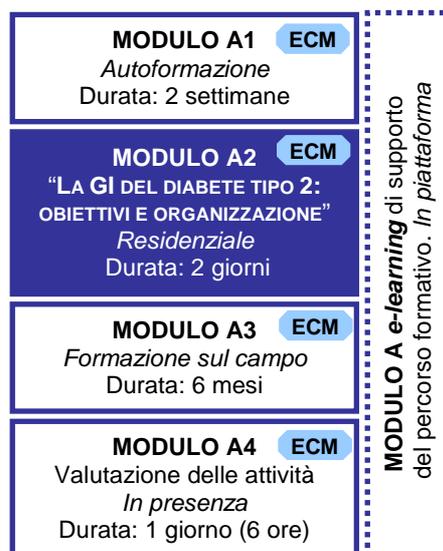
L'obiettivo generale del modulo A è motivare i partecipanti a realizzare programmi di gestione integrata fornendo loro le conoscenze e gli strumenti necessari e promuovendo atteggiamenti collaborativi e cooperativi orientati al gioco di squadra.

In particolare, gli obiettivi specifici di apprendimento possono essere così riassunti:

- fare un'analisi partecipativa dell'assistenza alla persona con diabete nella propria situazione locale
- descrivere la struttura organizzativa della gestione integrata del paziente diabetico
- motivare la necessità di un approccio multidisciplinare nella gestione integrata
- motivare la necessità di adottare un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso
- descrivere la funzione della rete e, al suo interno, dei diversi attori coinvolti
- descrivere gli strumenti operativi della gestione integrata (cartella clinica, software, ecc), e promuoverne l'adozione e l'uso da parte degli operatori sanitari
- descrivere gli indicatori di processo e di esito della gestione integrata del diabete mellito e i relativi strumenti di rilevazione dei dati.
- analizzare gli strumenti necessari alla gestione integrata del diabete nel proprio contesto
- motivare la necessità di migliorare la comunicazione e la collaborazione fra i vari attori coinvolti
- spiegare il ruolo della gestione integrata nella riduzione delle diseguaglianze nell'assistenza alle persone con diabete
- spiegare il ruolo dell'educazione terapeutica e dell'autogestione come strumento essenziale della gestione integrata
- motivare la necessità dell'adesione consapevole delle persone con diabete al modello assistenziale di gestione integrata
- motivare la necessità di adottare un modello di comunicazione e di relazione efficace per aumentare l'adesione delle persone al modello di gestione integrata.

Per quanto riguarda gli aspetti metodologici e di contenuto, il lavoro in gruppo e l'adozione del modello di apprendimento cooperativo e collaborativo descritti in precedenza, favoriscono da una parte l'apprendimento e la condivisione di contenuti disciplinari, dall'altra lo sviluppo di metacompetenze di tipo sociale quali la cooperazione e la collaborazione professionale richieste dal nuovo modello assistenziale.

La parte iniziale di *autoformazione* consiste in una lettura individuale dei tre documenti-chiave del progetto IGEA: documento di indirizzo sulla gestione integrata del diabete, documento di indirizzo sul sistema informativo e piano di formazione; a questi può essere associato altro materiale bibliografico ritenuto rilevante. Questa lettura dovrebbe portare i partecipanti a condividere il linguaggio relativo alla gestione



— Moduli critici

..... Moduli opzionali

integrata: cos'è, come è strutturata, chi sono gli attori, quali sono gli indicatori di valutazione e così via. Le riflessioni individuali vengono successivamente condivise durante la *formazione residenziale*. Nella formazione in presenza vengono discussi esaurientemente i documenti programmatici per arrivare ad una definizione dei passi operativi che caratterizzeranno la fase successiva di *formazione sul campo*. Da un punto di vista metodologico, durante la fase residenziale è prevista un'alternanza di momenti di ricerca di gruppo, momenti espositivi teorici e metodologici, momenti esperienziali, discussioni e simulazioni, elaborazione e progettazione, studio di casi e autocasi. Al termine della fase in presenza i partecipanti avranno definito un crono programma delle attività da realizzare nei 6 mesi successivi e si saranno dotati di alcuni semplici strumenti di valutazione delle attività svolte (analisi SWOT). La *formazione sul campo* ha una durata di 6 mesi e permette ai partecipanti di sperimentare l'avvio della gestione integrata, identificandone le criticità e le potenzialità. Il proprio contesto professionale diviene il laboratorio dove si sperimenta "cosa" fare, quali siano le soluzioni operative migliori ma anche "come" farlo, con particolare attenzione alle modalità di comunicazione e alla creazione della rete. Si tratta di una fase fortemente esperienziale, in cui si esprime al meglio il potenziale della comunità di apprendimento. Gli obiettivi operativi sono per forza di cose flessibili e possono variare da un distretto sanitario all'altro e anche da una comunità di apprendimento all'altra: vengono infatti definiti al termine dei due giorni di formazione residenziale durante i quali si sono fatte ipotesi sulla possibile applicazione della gestione integrata nel proprio territorio.

I contenuti, i metodi e i materiali delle singole unità didattiche relative al modulo A sono stati sperimentati durante la prima edizione della formazione dei formatori, organizzata dall'Istituto Superiore di Sanità nel mese di ottobre 2007. Questo ha permesso di elaborare insieme alle rappresentanze delle diverse realtà regionali un pacchetto formativo strutturato per la realizzazione della *formazione a cascata* di tutti gli operatori che, a partire dal 2008, sono chiamati ad attivare il nuovo modello assistenziale per la gestione integrata del diabete mellito di tipo 2. Trattandosi di un percorso strutturato, il Ministero della Salute ha previsto una particolare forma di accreditamento nell'ambito dell'ECM la cui responsabilità è stata affidata all'Istituto Superiore di Sanità. Le Regioni che lo vorranno, potranno gratuitamente accreditare i percorsi formativi IGEA destinati ai propri professionisti. Ai partecipanti che avranno frequentato l'intero percorso (moduli A1, A2, A3 e A4) e che avranno superato le prove di valutazione previste dalla Commissione Nazionale verranno attribuiti 48 crediti ECM. Questa modalità di accreditamento creata *ad hoc* è gratuita e alleggerita da alcune procedure burocratiche; inoltre, a garanzia di assenza di conflitto di interessi, non sarà possibile alcun tipo di finanziamento privato. L'Istituto Superiore di Sanità sarà incaricato della decentralizzazione dell'accredimento e della verifica della qualità formativa.

L'elenco dei formatori certificati e la descrizione delle procedure di accreditamento sono disponibili sul sito del progetto IGEA.