

Il modello della *group care* per l'educazione terapeutica del paziente

M. Trento

8.1. PERCHÉ LA GROUP CARE? MOTIVAZIONI E PREMESSE TEORICHE

La *group care* è un modello di Educazione Terapeutica del Paziente (ETP), elaborata per un gruppo di individui con una specifica patologia: il diabete. Quando parliamo di Educazione Terapeutica del Paziente (WHO, 1998), ci riferiamo a un approccio che, per le sue peculiarità ha in un certo senso assunto un carattere rivoluzionario nel panorama sanitario, in quanto fonda il suo orientamento metodologico sulla concezione di un modello relazionale del tutto innovativo, rispetto a quello assistenziale tradizionale. Come abbiamo visto nel capitolo precedente, questo approccio alla malattia cronica richiede, infatti, di centrare l'attenzione sul paziente e sui suoi bisogni, dunque di abbracciare un modello di medicina centrato sul paziente, e di cura collaborativa, in cui il malato non è più considerato come colui che accetta passivamente una serie di prescrizioni, ma è soggetto attivo e centrale di ogni tipo di intervento. Altri aspetti rivoluzionari di questo approccio riguardano: la necessità di garantire una continuità della presa in carico del paziente, di allargare il campo delle professionalità coinvolte in questo processo (non solo medici, infermieri e dietisti, ma anche psicologi e pedagogisti) e infine la necessità di ampliare il raggio delle competenze anche ad aspetti trasversali della professione sanitaria, quali le capacità organizzative, decisionali e di coordinamento ritenute necessarie a sostenere la complessità di questo approccio.

In ambito diabetologico, le evidenze scientifiche sottolineano da tempo l'importanza di prevenire e curare la malattia anche attraverso interventi educativi (Funnel et al, 2011); in particolare, la letteratura di questi ultimi anni ha puntualizzato l'importanza di individuare metodologie educative adeguate al fine di modificare lo stile di vita di questi pazienti (Berry et al, 2003) e insegnar loro a gestire la malattia in modo autonomo. I pazienti necessitano di sapere gestire le medicazioni, la dieta e altre attività quotidiane; hanno bisogno di capire come poter mantenere il proprio ruolo all'interno della propria vita, nonostante il diabete; infine, desiderano imparare a gestire le emozioni che la malattia spesso procura: frustrazione, rabbia, depressione (Snoek, 2005).

Perché tutta questa attenzione alla prevenzione e cura del diabete? Le attuali stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla prevalenza mondiale del diabete mellito permettono di comprendere le dimensioni del fenomeno: i 171 milioni di casi stimati di diabete nel 2000, su base mondiale, sono destinati ad aumentare a 366 milioni nel 2030, sulla base dell'andamento atteso delle variabili demografiche (Wild et al. 2004). Questo

significa che il numero di persone con diabete sarà più che raddoppiato nei prossimi anni, con un concomitante aumento della prevalenza dal 2,8% al 4,4%. Il diabete di tipo 2 rientra in un gruppo di malattie a eziologia multipla, caratterizzate da aumento della glicemia (iperglicemia), conseguente a disordini della secrezione e/o dell'azione dell'insulina, che viene però prodotta in quantità sufficiente per la sopravvivenza (ADA. 2011). L'iperglicemia cronica condiziona la comparsa e la progressione di alterazioni e danni a diversi organi, con particolare interessamento di occhi, reni, nervi, cuore e vasi sanguigni (Pagano, 2001).

In Italia, la prevalenza del diabete tipo 2 è stimata intorno al 3-4% della popolazione generale; questo dato si riferisce al diabete noto, diagnosticato (Wild et al, 2004). Il diabete tipo 2 tende ad esordire in soggetti con più di 40-50 anni di età anche se recentemente è una patologia che interessa un numero sempre crescente di soggetti in età pediatrica, tanto che negli Stati Uniti si parla del diabete di tipo 2 come di una vera e propria epidemia infantile del terzo millennio. Al momento della diagnosi, in circa l'80% dei casi, è presente sovrappeso od obesità (Bruno et al, 2005; Pagano, 2001).

La malattia può essere per lungo tempo asintomatica e, nella maggior parte dei casi, la diagnosi viene posta dopo l'esecuzione di esami ematologici effettuati per altre ragioni. Poiché l'alterazione principale del diabete è l'aumento dei livelli di glucosio nel sangue (glicemia), la terapia si basa su interventi di modificazione dello stile di vita (alimentazione ed esercizio fisico), farmacologici (insulina per via orale oppure per via iniettiva) finalizzati ad abbassare tali livelli.

La misura del successo della terapia, per l'aspetto clinico, è data dalla misurazione dell'emoglobina glicosilata (HbA1c), un esame che fornisce una misura integrata dell'andamento della glicemia nel corso dei 2-3 mesi precedenti (Pagano, 2001).

Nei recenti standard di cura americani (Funnell et al, 2011) l'educazione è intesa come un processo dinamico che deve accompagnare la vita della persona con diabete (sia di tipo 2, che di tipo 1) (UKPDS. 1998; DCCT. 1993), poiché è ritenuta fondamentale per migliorare gli outcomes clinici e la qualità di vita, nonché il senso di benessere percepito dalla persona stessa. Accanto ai risultati di efficacia clinica, la letteratura evidenzia anche come questi interventi educativi si siano dimostrati capaci di migliorare le capacità di *problem solving* del paziente nella gestione della malattia e di ridurre l'ansia, dimostrando di avere importanti ricadute sul piano psicologico (Davies et al. 2008).

Tutti gli studi evidenziano come questi risultati siano raggiungibili attraverso percorsi educativi strutturati, spesso in piccolo gruppo, che si avvalgono di metodologie specifiche e opportunamente scelte sulla base degli obiettivi e dei bisogni del paziente (Norris et al 2004), ma soprattutto che garantiscano una presa in carico del paziente per una durata superiore ai 18 mesi, dimostrando, dunque, la necessità di garantire quella continuità terapeutica di cui dicevamo in apertura.

8.2. COSA FARE PRIMA DI AVVIARE UN PROGETTO DI *GROUP CARE*

Programmare un intervento con il modello educativo della *group care* comporta un notevole lavoro di ricerca e di analisi dei bisogni educativi dei pazienti (Trento et al, 2002).

L'osservazione e il dialogo continuo con le persone con diabete sono dei punti fondamentali per comprendere, attraverso la loro esperienza diretta, cosa sia il diabete (o, più in generale, la patologia che si vuole affrontare con la *group care*), cosa possa significare vivere con una malattia cronica, cosa cambia nel corso della vita, quindi tutte quelle mille sfumature che coinvolgono le emozioni e gli affetti, ma soprattutto come cambia la percezione del futuro e quali sono i desideri e i progetti che si vogliono concretizzare, nonostante la malattia (Trento et al, 2002). Al contempo, è importante avviare un lavoro con gli operatori coinvolti nella cura dei pazienti (medici, infermieri, dietiste, educatori, pedagogisti, ecc.) per comprendere la necessità di far dialogare linguaggi diversi e mediare tra differenti approcci alla persona, frutto di una formazione e di una cultura professionale diversa.

Il confronto con la letteratura è poi fondamentale per operare delle scelte non solo metodologiche, ma soprattutto legate all'approccio generale e agli esiti che si vogliono ottenere. Per esempio, esiste una letteratura relativa all'educazione terapeutica che si è dimostrata inefficace nel sostenere delle reali e durature modifiche dello stile di vita dei pazienti (Norris Et al, 2004). Gli interventi si focalizzavano su periodi brevi (una settimana o qualche mese), pur in presenza di una malattia cronica come il diabete, dove i pazienti venivano sommersi da una serie di informazioni, quasi sempre di tipo tecnico, senza ricevere un sostegno nei momenti successivi. In molti interventi, inoltre, mancava un *follow up* e una valutazione dell'attività educativa, in quanto gli stessi obiettivi educativi non erano stati definiti in precedenza. La metodologia educativa non veniva dichiarata e anche gli strumenti didattici non erano esplicitati (Albano et al, 1998).

Spesso per intervento educativo ancora oggi si intende la somministrazione di un questionario, come se in questo atto fosse possibile racchiudere l'intero processo di crescita e maturazione di una persona; oppure la distribuzione di opuscoli, anche con immagini simpatiche e colorate, come se in quelle pagine si potesse riassumere la capacità di costruire relazioni e rapporti interpersonali, indispensabili, come si è visto, nell'implementazione di un progetto terapeutico efficace. Altre volte, per intervento educativo s'intende la distribuzione agli operatori di scatole con giochi al loro interno, senza fornire un'adeguata formazione al "fare educazione" (Beccastrini et al. 1991).

In sintesi, prima di avviare un progetto di ETP è molto importante svolgere delle osservazioni sul campo e delle interviste esplorative con i pazienti, in modo da comprendere le loro rappresentazioni di una specifica patologia. Al contempo, è utile ascoltare gli operatori, cercando di capire il loro approccio alla malattia e facendo loro intendere come profili professionali diversi affrontano i problemi dei pazienti, mettendoli in dialogo tra loro. Anche l'analisi delle esperienze in letteratura può essere proficua, a patto che essa riporti esperienze di durata superiore a mesi, meglio ancora se ad anni (Norris S et al, 2004), nelle quali siano esplicitate le metodologie utilizzate e siano stati valutati i risultati ottenuti.

8.3. LE FASI DELLA COSTRUZIONE DI UN PERCORSO DELLA *GROUP CARE*

Per curare bene una malattia cronica, è necessario condividere il piano di cura con il paziente, attraverso interventi educativi, i quali, per essere messi in atto, richiedono una serie di fasi:

- ◆ ascoltare le persone senza alcun pregiudizio;
- ◆ migliorare la relazione tra le persone coinvolte nel processo di cura;
- ◆ innescare processi dinamici che aiutino a crescere e rendere autonoma la persona;
- ◆ costruire percorsi capaci di favorire il cambiamento negli individui;
- ◆ definire i tempi entro cui è possibile ottenere i risultati;
- ◆ indicare gli strumenti per la valutazione e il monitoraggio continuo del proprio operato;
- ◆ creare un gruppo di lavoro con obiettivi e metodologie condivise.

Con la *group care* si è cercato di creare un modello educativo e assistenziale che potesse essere applicato in modo costante, continuativo e inserito nell'attività clinica routinaria ambulatoriale e, nello stesso tempo, che riconoscesse l'educazione come elemento essenziale per il cambiamento della persona.

8.4. IL PROGRAMMA EDUCATIVO DELLA *GROUP CARE* CON I PAZIENTI DIABETICI: CONTENUTI E STRUTTURA

Inizialmente il programma della *group care* era costituito da quattro sessioni educative, a cadenza trimestrale. Il lavoro previsto era molto intenso, sia per i pa-

TABELLA 8.1

**Gli incontri di ETP previsti per i pazienti con diabete 2
nel modello della group care**

1° Incontro.	Storia dello zainetto e della bacinella... ovvero il peso corporeo Incontro dedicato al peso corporeo. Nel corso di questo incontro la persona può scoprire qual è il suo introito calorico e comprendere la relazione tra l'alimentazione, il suo peso e il diabete.
2° Incontro.	Il menù: ovvero l'alimentazione Il paziente è aiutato a scoprire la relazione tra l'alimentazione e il diabete. Nel corso della sessione i pazienti imparano a scegliere gli alimenti da un menù preso da un vero ristorante, per meglio comprendere le proprie esigenze alimentari.
3° Incontro.	Il peggior e miglior pasto. Si parla ancora di alimentazione I pazienti devono preparare un pasto "migliore" rispetto a un pasto "peggiore"; questo permette loro di approfondire le relazioni fra alimentazione e il diabete.
4° Incontro.	Andiamo a far spesa. Le scelte alimentari L'incontro è impostato sul "fare la spesa". I pazienti provano a scegliere gli alimenti e insieme si discutono le scelte realizzate, ricevendo un immediato feedback.
5° Incontro.	HbA1c ...come va il diabete?. Il compenso e i controlli. L'attività fisica Si cerca di comprendere la relazione tra il controllo del diabete e le abitudini di vita di ciascuno. L'incontro è centrato sul significato dell'emoglobina glicata, sull'attività fisica e sull'importanza dell'eseguire i controlli periodici per il diabete.
6° Incontro.	Qual è la pastiglia migliore? Cosa sono le ipoglicemie... ovvero la terapia Permette ai pazienti di comprendere il valore delle visite di controllo e comprendere qual è la terapia migliore per ciascuno di loro.
7° Incontro.	Occhi, cuore, pressione, reni, piedi... Quante sono le complicanze È dedicato alla cura di sé e ai problemi che derivano da un non adeguato controllo del diabete. Le complicanze sono affrontate al termine dei sette incontri poiché i pazienti sono aiutati a scoprire l'importanza della prevenzione nella cura della malattia e individuare le condotte da adottare quotidianamente.

(Trento et. al. 2001; 2004, 2009, 2010).

zienti sia per gli operatori. Era probabilmente un programma costruito a partire dalle esigenze degli operatori. Nel corso degli anni, abbiamo scoperto che uno dei veri problemi, nel costruire i progetti educativi, è quello di riconoscere le reali esigenze dei pazienti: spesso gli operatori propongono un progetto e definiscono degli obiettivi educativi sulla base delle *loro* aspettative e non a partire da una raccolta fedele e una valutazione attenta delle aspettative dell'altro.

Il modello della *group care* che qui viene reso "paradigmatico" è scaturito in un percorso di educazione terapeutica per pazienti diabetici che si articola in sette incontri, distribuiti in due anni, ripetibili, nei quali sono previste esercitazioni pratiche, lavori di gruppo, simulazioni e giochi di ruolo (Trento et al 2001; 2004). In Tabella 8.1 vengono riportati gli incontri previsti in questo percorso e i loro principali contenuti.

Ogni incontro ha la durata di un'ora, per facilitare l'attenzione dei partecipanti. Le metodologie adottate per semplificare la trasmissione dei diversi argomenti e facilitare l'apprendimento appartengono al campo cognitivo (simulazioni, discussioni guidate, gruppi di lavoro), relazionali (giochi di ruolo) e delle abilità psicomotorie (esercitazioni pratiche).

Per facilitare l'utilizzo del materiale didattico, da parte degli operatori, è stato costruito e brevettato un kit formato da un contenitore con l'intero materiale necessario per condurre i sette incontri della *group care*: fotografie e modelli di alimenti (frutta, verdura, carne, pesce, pasta, pane, dolci, latte, zucchero, vino, birra, olio), contenitori graduati, materiale per la cura del piede (calzature di vario tipo, detergenti), modello tridimensionale dell'occhio e del cuore, dispense colorate per i pazienti.

Per ciascun incontro, sono fornite agli operatori (dietisti, educatori professionali, infermieri, medici, pedagogisti) le indicazioni su come condurre l'intervento e come utilizzare il materiale didattico fornito. Le diverse sessioni seguono una sequenza organizzata e sistematica, con l'obiettivo di inserire la persona in un percorso di cambiamento e apprendimento attivo. Le persone nel corso del tempo raggiungono risultati importanti per la loro vita, pur in presenza di una malattia, e sono in grado di trovare soluzioni appropriate individuando nuove condotte di salute (Trento et al, 2006).

La sequenzialità di questi incontri nasce dall'aver constatato che è necessario costruire un percorso, affinché la persona possa acquisire adeguatamente alcuni concetti/comportamenti. Ad esempio, si inizia a parlare di alimentazione dopo aver affrontato il concetto del peso, con la metafora dello zainetto (si veda, di seguito, il paragrafo 8.5.). Si affrontano le complicanze solo verso la fine del percorso educativo, poiché la persona, nel corso del tempo, può comprendere quante e quali possano essere le soluzioni per un buon controllo e quindi per prevenire le complicanze medesime.

Ogni sessione prevede una conduzione interattiva, in cui i pazienti possono porre domande e chiedere, anche rispetto argomenti non specifici del singolo incontro.

Il percorso educativo della *group care*, volendolo rappresentare graficamente, è di tipo circolare, ossia è continuo, si modula e si snoda nel tempo, assume di volta in volta caratteristiche diverse e si alimenta con il contributo delle persone coinvolte: non solo gli operatori, ma anche e soprattutto i pazienti.

I sette incontri si ripetono ogni due anni; questo permette di fornire in modo costante il rinforzo educativo. Ripetendo gli argomenti, nel corso degli anni, vi è la possibilità, da parte dei pazienti e degli operatori, di ritornare sui diversi concetti e argomenti e verificare che cosa è stato realmente appreso.

Gli operatori che, attualmente, svolgono le attività della *group care* spesso riferiscono che il primo ciclo di incontri, ovvero i primi sette, svolti nell'arco di due anni, serve a individuare i dubbi, le perplessità dei pazienti (Trento et al, 2010). Ripetendo il programma, e continuando nel percorso educativo, i pazienti iniziano a porre domande e partecipano con un ruolo più attivo.

Ciascuno dei suddetti incontri è strutturato in quattro momenti:

- a) accoglienza dei pazienti;
- b) attività didattica;
- c) applicazione a situazioni di vita reale;
- d) momento conclusivo.

a) L'accoglienza dei pazienti

La fase di accoglienza è molto importante, soprattutto negli incontri iniziali, poiché andrà a caratterizzare e influenzare l'intero intervento col gruppo. È una fase di conoscenza e accettazione reciproca, che dà agli operatori la possibilità di delineare il proprio ruolo nell'ambito del lavoro di gruppo, tratteggiare le linee del programma e definire gli obiettivi della seduta. Per il paziente questo è un momento importante, in quanto si sente accolto e comincia a riconoscersi come parte del gruppo. È anche un momento fondamentale per iniziare a costruire un clima di accettazione reciproca, condizione essenziale per creare tra i partecipanti un senso di fiducia e di appartenenza, elementi che rendono efficace il lavoro di gruppo.

La fase di accoglienza, nel corso di ogni primo incontro, è poi particolarmente

utile, poiché permette d'individuare, con i pazienti, alcune regole che l'intero gruppo adotterà per poter lavorare nel corso degli anni. Ogni qualvolta inizia un nuovo gruppo, la fase dell'accoglienza permette di delineare un contratto di aula tra i componenti del gruppo: operatori e pazienti. Un contratto terapeutico che prevede un lavoro equo e paritetico, volto alla scoperta di se stessi e alle possibilità di cambiamento. Il contratto prevede una fase iniziale in cui ogni partecipante si presenta agli altri componenti del gruppo; dopo il momento di presentazione, si esplorano le aspettative dei partecipanti, che vengono condivise all'interno del gruppo. Questo è un momento molto importante del contratto, in quanto consente di negoziare e definire un punto di incontro tra le aspettative dei partecipanti e gli obiettivi educativi del percorso. A questa fase segue, infatti, la presentazione da parte dell'operatore degli obiettivi delle attività previste nei singoli moduli e degli argomenti che verranno trattati nel corso degli incontri.

b) L'attività didattica

È questo il momento in cui si cerca di costruire un sapere relativo alla “condizione diabete”. Affinché i concetti da acquisire possano essere compresi, interiorizzati e resi funzionali al proprio contesto di vita, il modello della *group care* ha come prerequisito il rispetto dei principi e dei tempi dell'apprendimento di ogni singola persona.

I principi che guidano questa fase, coerentemente con quelli dell'apprendimento degli adulti (illustrati nel capitolo precedente), sono:

- ◆ la *partecipazione attiva*, ossia viene abbandonata la lezione di tipo cattedratico, si evitano termini tecnico-scientifici a favore di un linguaggio più semplice, al fine di favorire la discussione all'interno del gruppo;
- ◆ il *diritto all'errore*: l'errore è lecito, non va giudicato negativamente, poiché è da questo che scaturisce la possibilità di scoprire e comprendere abitudini errate, ma ritenute corrette dai pazienti, e aiutare a cambiare;
- ◆ il *feedback*: ogni componente del gruppo, paziente e animatore, ha la possibilità di verificare immediatamente che cosa è sbagliato e cosa può andare bene; il feedback è reciproco;
- ◆ la *progressione secondo un ritmo individuale*: il gruppo è formato da singole persone, con caratteristiche e tratti di personalità diverse. Queste diversità sono considerate la forza del gruppo, il potenziale motivazionale fornito da ciascun membro. Ogni persona, pur partecipando al gruppo, non perde la sua identità, anzi arricchisce se stessa e gli altri imparando secondo un proprio ritmo di apprendimento;
- ◆ il *rispetto dello stile di apprendimento*: ogni singola persona impara in base alle proprie caratteristiche cognitive, affettive e sociali. Ognuno apprende il medesimo concetto con modalità e tempi diversi; le tecniche e metodologie utilizzate permettono a ogni individuo di acquisire i messaggi in maniera personale e secondo il suo “ritmo”.

c) Le situazioni di vita reale

Partire da situazioni della vita reale è una strategia che, tra le altre cose, permette al paziente di raccontare di sé. Ci vuole tempo, poiché ogni individuo decide come e quando parlare di sé. Questa fase, in realtà, non è distinta dalle altre. Il paziente, in ogni momento del lavoro di gruppo, deve poter arrivare a parlare di sé e delle proprie esperienze. Con questo tipo di approccio, si considera l'aspetto sociale della malattia e come il soggetto vive la propria condizione di diabetico con se stesso e con gli altri. Di volta in volta, l'argomento potrà essere diverso, ma il paziente rimane al centro dell'azione e riferisce la propria esperienza, il proprio vissuto. È importante che l'esperienza riportata dal paziente non si fermi al solo racconto, ma venga utilizzata dall'operatore quale esempio per tutti gli altri componenti del gruppo, evitando giudizi ed etichettature.

Le “attività didattiche” e le “situazioni di vita reale” si intersecano in un unico processo educativo. Questo significa che l’obiettivo cognitivo (la conoscenza da raggiungere che costituisce l’oggetto dell’incontro) non può prescindere dalle esperienze e dai vissuti dei pazienti. In questo modo, si opera non solo sul piano cognitivo, ma anche su quello emotivo (Demetrio, 1995). L’operatore utilizza il materiale didattico per favorire lo scambio di esperienze.

d) Il momento conclusivo

A chiusura di ogni modulo, è previsto un momento conclusivo, in cui l’operatore fa una breve sintesi degli argomenti discussi durante l’incontro di gruppo. La sintesi è molto importante per focalizzare i messaggi essenziali; tuttavia, è anche importante ricordare ai pazienti che, se qualcosa non è stato compreso, potrà essere rivisitato e discusso nuovamente negli incontri successivi. Al termine dell’incontro di gruppo, si fissa l’appuntamento per la visita successiva e il medico diabetologo si rende disponibile per un colloquio più personale con i pazienti che lo richiedono. In questa particolare fase delle sessioni della *group care*, i pazienti ricevono il loro personale aggiornamento clinico.

8.5. ESEMPI CONCRETI DI ALCUNE METODOLOGIE ATTIVE UTILIZZATE NELLA *GROUP CARE*

8.5.1. Uso di metafore

All’interno del modello educativo della *group care*, si fa spesso uso della *metafora*, non solo come modalità di comunicazione, ma come strategia per favorire l’apprendimento. La metafora facilita la comprensione di ciò che si vuol dire e semplifica il discorso, eliminando un gran numero di parole per illustrare un concetto; inoltre, permette di rendere semplici i concetti complessi, perché è espressa con linguaggio analogico, più immediato e più accessibile.

Un concetto non integrato da una illustrazione metaforica può essere di difficile interpretazione. Una metafora ben formulata può trasformare la visione della realtà e ciò, in terapia, può consistere nella modificazione della visione dei sintomi e delle loro cause. Al contempo, quando un paziente ci descrive i suoi sintomi o i suoi risultati terapeutici, utilizza delle metafore (si veda il Box 8.1).

Vediamo come viene usata questa strategia all’interno dei diversi incontri della *group care*.

BOX 8.1

Le metafore utilizzate da alcuni pazienti (diabetici)* per esprimere il concetto di perdita di peso

- ◆ Ho rimesso il vestito di qualche anno fa
- ◆ Ho stretto la cinghia
- ◆ Riesco a piegarmi e legarmi le scarpe
- ◆ Ho dovuto restringere la gonna

* Le parole dei pazienti diabetici riportate in questo Box e nei successivi sono tratte dalle registrazioni svolte nel corso delle attività della *group care*. Tutti i pazienti hanno espresso il loro consenso all’utilizzo delle loro parole con finalità didattiche e di ricerca.

Nel primo intervento, solitamente quasi tutti i pazienti rimangono particolarmente colpiti dall'esempio dello zaino, per comprendere come influisce su di noi l'aumento del peso corporeo, poiché è immediato e serve a "rompere il ghiaccio". Si tratta di uno zaino reale che viene riempito di quattro sacchetti da 5kg di sabbia ciascuno; esso rappresenta il peso corporeo e, nell'indossarlo, il paziente ne percepisce il significato.

È interessante osservare come lo zaino, nel corso degli anni, può assumere significati diversi, diventando il fardello della malattia, il peso della sua gestione, le perplessità che continuamente sorgono. Per ciascuno, lo zaino assume significati diversi, eppure sempre costruttivi. Lo zaino può aumentare di peso, come diminuire. Esso, usato nel primo incontro, favorisce il colloquio tra i pazienti e permette di iniziare a creare un clima di gruppo.

Sempre nel primo incontro, si discute anche di un altro importante concetto, che è quello di caloria e di apporto calorico. Anche in questo caso, viene usata un'analogia per lavorare con i pazienti sulla quantificazione del contenuto calorico introdotto con i cibi nell'arco di una giornata. In questo particolare esercizio, si utilizza un contenitore grande e trasparente (noi usiamo un Becker da laboratorio da 3 litri) e tanti contenitori più piccoli (ricavabili da barattoli e piccole bottiglie di vetro o plastica). Queste ultime devono essere preparate in precedenza, così che ogni bottiglietta corrisponda a un piatto o alimento che verrà utilizzato nel corso dell'esempio. Il recipiente viene riempito con i diversi barattoli, i quali rappresentano i cibi che possono essere introdotti nel corso di una giornata.

La finalità di questo lavoro è quella di rappresentare un concetto che solitamente non è percepito dalle persone, ovvero il concetto di caloria. Per fare questo viene anche utilizzata la metafora dell'automobile, come riportato nel Box 8.2.

Dalla sintesi di quanto viene detto nel corso dell'incontro, si capisce che i barattoli con il loro contenuto rappresentano i cibi e permettono di vedere, toccare con mano cosa possano essere le calorie, aiutando i pazienti a traslare un concetto astratto in una situazione concreta. L'esempio proposto durante gli incontri è volutamente un po' esagerato, poiché serve a dimostrare che ogni "cosa" (cibo), che noi introduciamo, ha un suo contenuto calorico che si somma agli altri, aiutando in questo modo a collegare tra loro i concetti di quantità di cibo e di introito calorico.

8.5.2. Problem solving

Altra metodologia utilizzata è quella del *problem solving*. Con questo termine si indica l'insieme dei processi per analizzare, affrontare e risolvere positivamente si-

BOX 8.2

La metafora dell'automobile per spiegare ai pazienti il concetto di introito calorico

Immaginate che questo recipiente da laboratorio sia il vostro corpo: perché il corpo possa vivere normalmente, sono necessarie in media 1550-1800 calorie. Tutti voi avrete sentito parlare delle calorie. Spiegare che cosa siano in termini tecnici è piuttosto complicato, credo che solo i fisici, neppure i medici, capiscano che cosa siano le calorie. Per semplicità, però, immaginiamo che il corpo sia un'automobile e che le calorie siano la benzina necessaria per farla camminare. Normalmente, quando andiamo dal benzinaio, comperiamo tanta benzina quanta ce ne serve, non di più. Questo per due motivi: il primo è che la benzina costa sempre più cara e quindi cerchiamo di risparmiare; il secondo è che comunque, nel serbatoio non ce ne sta più di tanta.

Il corpo umano è un po' diverso invece, perché è capace di mettere da parte anche la benzina che non usiamo, bruciamo, e la trasforma in grasso.. noi purtroppo ne approfittiamo, mettendo in serbatoio più carburante di quanto ci serva realmente. Nel corso di una giornata possiamo assumere differenti cibi....

tuazioni problematiche; si tratta di un'attività del pensiero che si può stimolare e mettere in atto a partire da una situazione reale o simulata.

Negli incontri della *group care* dedicati all'alimentazione (secondo, terzo e quarto), i pazienti sono accompagnati a scoprire il concetto di "sana alimentazione" e "corretto stile di vita", introducendo l'importanza dell'attività fisica (passeggiate, bicicletta, lavoro nell'orto). Si fa spesso uso del *role playing* per simulare situazioni quotidiane.

Nel secondo incontro, la cui finalità è quella di imparare a scegliere degli alimenti da un elenco dato, alla luce delle proprie esigenze alimentari, si utilizza un menù reale, chiedendo al paziente di immaginare di dover scegliere le portate come a un ristorante. Questo è un momento interessante, in quanto l'operatore, e soprattutto i pazienti, iniziano a rendersi conto di quali siano le loro abituali scelte e quantità di cibo assunte nell'arco di una giornata. Può capitare che nel corso di tale attività ci siano pazienti che, a una prima scelta, totalizzavano 1800/2000 calorie per un solo pasto, pensando di avere fatto le scelte più ipocaloriche. Il paziente, da parte sua, può quantificare quello che mangia e iniziare a comprendere che può tralasciare la quantità del cibo per la qualità, imparando a variare gli alimenti. I commenti e le discussioni dei menù servono, inoltre, a "formare" e consolidare il gruppo.

Nel corso di questo incontro, i pazienti hanno una ulteriore occasione di verificare il valore calorico dei vari alimenti; cadono qui alcuni tabù/credenze alimentari del tipo: "non si possono mangiare le ciliegie, le fragole, le carote, la mela", oppure "mangiare cibi freddi non riscaldati equivale a non cenare o pranzare".

Con questo incontro, l'operatore ha modo di scoprire una serie di credenze errate del paziente e di cominciare a cambiarle. Alcune di esse sono dei veri e propri falsi miti, come: "gli alimenti amari al gusto, non contengono calorie (= non fanno ingrassare)"; "riutilizzare gli avanzi (qualche fetta di arrosto) senza riscaldare il cibo non è considerato pranzo o cena", "gli alimenti mangiati fuori pasto (stuzzichini, fettine di salame o qualsiasi altro salume, pezzetti di grana o formaggi vari, cracker, olive e pane) non apportano calorie poiché sono mangiati fuori pasto e intanto sono piccoli". La discussione con gli operatori aiuta a modificare queste credenze. Infine, in questo incontro, si possono introdurre vere e proprie attività di educazione ai media per discutere su come la pubblicità influenza molto le scelte alimentari, imparare a leggere gli inserti dei giornali e le diverse notizie dedicate alla salute, così da acquisire una personale visione critica dei messaggi inerenti il cibo e l'alimentazione. Nel Box 8.3 è riportato un esempio di *problem solving* di un paziente.

BOX 8.3

Come i pazienti applicano il *problem solving* alla loro situazione: un esempio

"Quello che ho capito io, dottoressa, è che non è tanto il cibo, conta tutto, conta il cibo, conta il movimento. Oggi dico: "oggi non mangio il caco", ma se io ho fatto del movimento, se io ho lavorato, ho imbiancato la casa, facciamo un'ipotesi, se io non sono abituato a mangiare il primo, il secondo, il pane il dolce e via dicendo, sebbene io ho mangiato in una maniera leggera mi posso permettere anche il caco. Io non ho mai seguito una dieta. L'ho fatta sempre da me, a seconda delle necessità fisiche.

Ma anche uscire fuori, prendere un po' d'aria [è importante]. Ossigeni il sangue, perché se si sta a casa è finita! Eppure ci sono anche quelli e poi si addormentano sulla sedia e stanno male la sera. È logico che se mangio il pane, il primo, il secondo, il terzo, la frutta e il dolce: qui vai in esubero. Se non cammini un po', ti sei talmente rimpinzato che ne hai fino alla sera" (Paziente).

8.5.3. *Role playing*

Nel terzo e quarto incontro si immagina di dover “preparare un pranzo per un amico o parente” e di dover “fare la spesa”. Oltre al *problem solving*, in questi incontri si utilizzano i giochi di ruolo o *role playing*. Si tratta di una metodologia attiva usata in ambito formativo per l'acquisizione di competenze comunicativo relazionali riferite ai ruoli che i soggetti ricoprono all'interno di uno specifico ambito sociale o professionale. Questa metodologia consente di partire da una situazione concreta ed aiutare i soggetti in apprendimento a riflettere sulle proprie modalità interattive (Zannini, 2005). Nel caso degli incontri con i soggetti diabetici, l'utilizzo di questa metodologia si rivela particolarmente efficace per aiutare i pazienti a sperimentare aspetti relativi alle relazioni che i soggetti intrattengono nei propri contesti sociali, familiari o lavorativi. Durante l'incontro, s'immaginano situazioni che una persona diabetica potrà trovarsi ad affrontare nel quotidiano, aiutandola a riflettere sulle strategie relazionali adottate per gestire la situazione rappresentata. Le situazioni sono raccolte dall'esperienza dei partecipanti e condivise all'interno del gruppo. L'esperienza di ogni singola persona diventa quindi veicolo di formazione. Le situazioni rappresentate possono riguardare i piccoli gesti quotidiani: il fare la spesa, scegliere i cibi, andare nell'orto o pulire la casa, scegliere le calzature appropriate, cucinare per la famiglia, partecipare a feste, scegliere il pranzo in mensa, parlare della propria malattia sul luogo di lavoro.

Con i giochi di ruolo si attiva la parte più creativa della persona. Nel modello della *group care*, l'interesse per il *role playing* è rivolto ad aspetti meno prescrittivi e più personali, che lascino emergere non solo il ruolo e le norme comportamentali, ma anche la persona con la sua creatività.

Durante gli incontri, si fa spesso uso della scala di colori: il concetto di alimentazione, di scambi o scelte alimentari è mediato dalle immagini e dai colori. Questo permette al paziente di imparare a scegliere senza essere costretto ad apportare cambiamenti contrari alle proprie abitudini o origini culturali e al proprio modo di alimentarsi. L'abbinamento cromatico dei colori rosso/giallo/verde per ogni alimento e l'esempio del semaforo sono immagini/metafore a impatto immediato nella percezione sensoriale e cognitiva della persona: rosso corrisponde a un alimento vietato, verde a un cibo che si può assumere tranquillamente e in relativamente grandi quantità; con il colore giallo si deve fare attenzione.

Durante l'incontro, si usa un cartellone con il disegno della piramide alimentare, molto semplificata: la base è formata da una grossa banda verde, la metà è di colore giallo e soltanto la cima è piccola e rossa. In questo modo ciascun paziente può verificare qual è il colore predominante nella propria alimentazione, senza sentirsi giudicato per le proprie scelte. Gli esercizi vertono sulla scelta degli alimenti. Ogni paziente può intervenire dicendo se gli alimenti utilizzati sono rossi, gialli o verdi, evitando l'uso di aggettivi come “giusto” o “sbagliato”.

Per aiutare a comprendere il clima emotivo di questi incontri, si analizzi nel Box 8.4 la narrazione di una studentessa che aveva partecipato alle attività della *group care*.

Ogni operatore cerca di mandare messaggi che valorizzano la persona nella sua globalità. Chi educa deve favorire l'impegno e lo sforzo a proseguire nel percorso di autoformazione, deve cioè evitare al soggetto di rimanere in una relazione di totale dipendenza dall'educatore.

Nel quinto incontro, centrato sul significato dell'emoglobina glicata, sull'attività fisica e sull'importanza dell'eseguire i controlli periodici per il diabete, i pazienti arrivano a comprendere che cosa sia l'esame clinico dell'emoglobina glicata, interiorizzando quanto sia importante per monitorare l'andamento del diabete.

Il concetto dell'emoglobina glicata viene rappresentato visivamente con un esempio che utilizza dei contenitori (il nostro corpo), dello zucchero (la glicemia) e della plastilina (i globuli rossi). Questa immagine immediata permette di attribuire un significato a questo concetto complesso, rendendolo semplice, perché la rappre-

BOX 8.4

Effetti osservati della *group care* sui pazienti

“[Nella *group care*] vengono stimulate le risposte; loro [i pazienti] sono incentivati a interagire e aumenta l’attenzione di tutti, soprattutto quando l’intervento è di un compagno del gruppo. Osservo che sono interessatissimi al gioco, propongono al compagno il loro nuovo metodo trovato (soluzione) che considerano efficace, commentano insieme le affermazioni espresse, non tornano al loro posto se non sono pienamente soddisfatti del piatto preparato secondo le indicazioni date, sono pieni di energia e grinta nello svolgere le attività, sono contenti quando ricevono i complimenti per aver svolto al meglio il compito assegnato... e ogni momento è buono per sorridere. Trasmettono molta serenità” (Operatore).

sentazione dell’emoglobina glicata è espressa con linguaggio analogico. In particolare, si scopre che ciascuna persona può modificare questo valore e quindi diventare partecipe nel trattamento della propria malattia. Solitamente, dopo questo esempio, i pazienti rivolgono molte domande sul controllo. I pazienti scoprono inoltre che l’attività fisica aiuta a controllare il diabete.

Nel sesto incontro si affronta l’argomento della terapia e dell’ipoglicemia, analizzando le condotte individuali utili a controllarle, condotte che in modo semplificato vengono differenziate tra corrette ed errate, definendole “cose che sì” e “cose che no”. Può sembrare semplicistico, ma in realtà queste definizioni servono agli operatori a essere ancora più chiari e trasmettere messaggi semplici. Nel corso delle discussioni inerenti la terapia orale, spesso si scopre che i pazienti si scambiavano le pastiglie o prendevano la pastiglie del vicino, “perché con lui funzionavano”; altri avevano smesso di assumere le pastiglie ma non lo avevano riferito al medico.

Tutto ciò non deve stupire, anzi è importante scoprire questi errori e cercare di aiutare a comprendere i motivi per cui queste condotte non solo non sono corrette, ma possono rivelarsi pericolose. Se il paziente parla ed esplicita questi suoi errori, allora abbiamo davvero la possibilità di aiutarlo a cambiare.

Quando si affronta l’intervento relativo alle complicanze, si può osservare che i pazienti comprendono che queste ultime non dovrebbero comparire se si è riusciti a “mantenere un buon controllo nel tempo”. Alcuni dei consigli o suggerimenti che vengono offerti sono condotte di salute che tutte le persone dovrebbero assumere per stare e sentirsi meglio. Questo approccio piace alla persona diabetica che non si sente diversa rispetto agli altri, ma scopre di avere forse maggiori attenzioni per se stessa.

8.6. LA FORZA DEL GRUPPO

Ciò che caratterizza maggiormente l’attività di *group care* è la valorizzazione della persona come soggetto unico, con immense potenzialità e risorse da scoprire e mettere in atto per modificare il proprio stile di vita e adottare atteggiamenti corretti nei confronti del suo diabete, con sempre maggiore autonomia e consapevolezza.

Nella *group care* particolare attenzione è posta alla persona anche in relazione al suo livello economico, culturale e sociale. Capita, infatti, di trovare persone anziane analfabete o di un livello economico molto basso, ma gli operatori hanno la capacità di adattare gli interventi alle loro esigenze/possibilità, facendo esempi legati alla vita quotidiana, pratici e utili anche per far emergere aspetti della comunicazione dei media/produttori che possono trarre in inganno le persone sull’acquisto di prodotti.

Nonostante questa attenzione alla singola persona, nella *group care*, la trasformazione non avviene mai “in solitaria”. Il diabete è davvero una malattia sociale, poiché coinvolge non solo molti cittadini, ma interessa anche i famigliari, gli amici. La malattia non deve diventare una etichetta di solitudine o emarginazione. Il vissuto di ciascuna persona deve essere valorizzato e diventare momento didattico

utile per imparare. Lo scambio e la condivisione di esperienze aiuta a superare l'ansia della solitudine e del sentirsi “diversi”.

La forza del gruppo, oltre a permettere un apprendimento migliore, sta in alcuni elementi fondamentali come: potersi confrontare e imparare dagli altri, essere considerato, sapere che c'è qualcuno che ti sta aspettando e viceversa, aver la possibilità di costruire relazioni, potersi esprimere liberamente, sentirsi accolto, ascoltato, a proprio agio, sentirsi parte di un gruppo. Tutti elementi che influiscono in modo notevole sulla capacità di mettere in atto cambiamenti, sull'approccio alla malattia e alla sua evoluzione, e, in generale, sul miglioramento della qualità di vita.

Da sempre la letteratura segnala l'importanza del gruppo – al di là degli specifici obiettivi di apprendimento – come luogo che permette a un individuo di “transitare” verso l'autonomia. Nel gruppo, infatti, il soggetto può sperimentare le proprie modalità relazionali, imparare a negoziare le proprie idee con altri, sviluppare abilità sociali oltre a essere incoraggiato a una maggiore sensibilità nei confronti delle proprie emozioni e di quelle degli altri. L'apprendimento in piccolo gruppo è un metodo privilegiato nell'educazione degli adulti: esso consente ai partecipanti di condividere le conoscenze e le esperienze e facilita l'integrazione delle informazioni all'interno dei comportamenti, anziché trasmettere molte informazioni in poco tempo (Box 8.5).

8.7. COME I PAZIENTI REAGISCONO ALLA *GROUP CARE*

Chi lavora utilizzando il modello della *group care* constata come i pazienti rispondano con entusiasmo alle attività in esso presenti. I pazienti capiscono che questo nuovo lavoro permette loro di imparare molto di più rispetto alla malattia e alla sua gestione. L'esperienza è considerata inoltre molto importante anche per l'adattamento alla malattia.

BOX 8.5

Effetti percepiti dai pazienti dell'attività educativa di *group care*

Uscire dalla solitudine

- ◆ “Sono sempre alla ricerca di trovare una squadra, ho sempre il cervello in movimento... Il gruppo mi aiuta... sentire le esperienze degli altri aiuta *non sentirsi soli*... sai che qualcun altro vive come te e ha trovato la squadra”
- ◆ “Ogni tre mesi venire qui, ritrovare i propri compagni è *non sentirsi soli*. Quando vengo qui ritrovo un po' di serenità e tranquillità... Sto bene!”
- ◆ “Io sono sempre più contenta di venire qui... ormai è da 17 anni che sono in cura, perciò per me vedervi così giovani e belle mi fa sentir bene... è un po' come quando rivedo i miei parenti... ecco, io non vedo l'ora che sia il giorno del gruppo, sento proprio il bisogno di venire qui, sto bene *sono felice*... All'inizio mi sembrava un problema enorme: il diabete, la dieta... adesso invece mi rendo conto che posso andare avanti con i miei amici... così e sto bene e poi quando vi vedo mi rincuoro”

Apprendimento più efficace

- ◆ “A me fa piacere esserci. La mia testa non riesce a ricordare tutto, mi dimentico facilmente, venendo ai gruppi mi *ricordo di più*”
- ◆ “Nel tempo, negli anni... ho imparato molto anche dalle persone con cui condivido e faccio i gruppi e ho *imparato molto* dalle persone che mi stanno accanto”
- ◆ “Anziché leggere... che non sempre capisco, e poi vede io non so leggere bene... con i gruppi *capisco di più*, le cose difficili diventano facili e io imparo”

Supporto emotivo

- ◆ “È servito a vivere l'*impatto* con il diabete in modo non traumatico, ridendoci e scherzandoci sopra”
- ◆ “A volte si legge che per il diabete si diventa ciechi, ti tagliano le gambe... qui ho scoperto che non è così e che posso sentirmi bene”

Le persone coinvolte nella *group care*, sia operatori sanitari che pazienti, imparano a rispettare le emozioni ed il vissuto dell'altro. Gli operatori lavorano sulla valorizzazione e condivisione delle esperienze fatte, creando le condizioni per un'educazione fra pari; sono, inoltre, attenti a cogliere man mano le esigenze e i cambiamenti del gruppo e le sue dinamiche (Trento et al, 2011).

Soprattutto quando gli incontri della *group care* vengono effettuati con le persone affette da diabete di tipo 2, si sente spesso parlare, anche se sommestamente, di un tema che spaventa tutti: la morte. Si crea una sorta di mistero dietro questa immagine e, nel momento in cui non una persona non si presenta per più di due volte all'incontro del gruppo, i compagni si preoccupano e s'informano, con discrezione, dai medici su come sta, con il timore di ricevere una dolorosa notizia.

Per alcuni, il senso di appartenenza al gruppo è molto forte. Tutto questo accade non solo in virtù del supporto ricevuto dal gruppo, ma anche grazie alla competenza degli operatori coinvolti nel processo educativo. È a loro richiesta la capacità di relazionarsi con le persone che stanno attraversando momenti di transizione e cambiamento notevole nel ciclo della propria vita, cercando perciò di promuovere un invecchiamento positivo. Eventi di vita stressanti sono causa, infatti, di innalzamenti della glicemia; perciò, saper gestire e controllare la propria reazione agli eventi può essere di aiuto al raggiungimento dello stato di benessere psico-fisico.

L'intervento educativo/formativo, infatti, deve sempre fare i conti con la realtà sociale e culturale in cui è storicamente collocato il soggetto in-formazione, nel senso di garantirgli la possibilità di autoeducarsi, sfruttando positivamente le risorse disponibili e aiutandolo a comprendere l'ambiente che lo circonda e le esperienze che sta attraversando (Trento et al, 2011).

All'interno di questo modello di cooperazione (tra pazienti e operatori, tra operatori e operatori), si cerca di abbandonare quello che può essere definito come il "modello depositario", caratterizzato da trasmissione, ricezione, esclusione reciproca, passività e adattamento, per andare verso il "modello problematizzante" caratterizzato, invece, da partecipazione attiva, comunicazione e rispetto dell'altro, dialogo interpersonale, creatività e trasformazione (Trento et al, 2011).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- ◆ Albano M.G, Jacquement S, Assal J.P. Patient education and diabetes research: a failure! Going beyond the empirical approaches. *Acta Diabetologica* 35, 207-214, 1998
- ◆ American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2011. *Diabetes Care*, 34, S12 – S54 (Suppl). 2011
- ◆ Beccastrini S. Nannicini M.P., Piras G. *Pedagogia della Salute. Saggio sull'educazione Sanitaria.* Liguori Editore, Napoli, 1991
- ◆ Berry LL, Siders K, Wilder SS. Innovations in access to care: a patient-centered approach. *Annals of Internal Medicine*, 139, 568-574, 2003
- ◆ Bruno G., Runzo C., Cavallo Perin P., Merletti F., Trovati M., Pagano G et al., Incidence of type 1 and Type 2 diabetes in adults aged 30-49 years. *Diabetes care* 28, 2613-2619, 2005
- ◆ Davies MJ, Heller S, Skinner TC, Campbell MJ, Carey ME, Craddock S, Dallosso HM, Daly H, Doherty Y, Eaton S, Fox C, Oliver L, Rantell K, Rayman G, Khunti K and on behalf of the Diabetes Education and Self Management for Ongoing and Newly Diagnosed Collaborative. Effectiveness of the diabetes education and self management for ongoing and newly Diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 336, 491-495, 2008
- ◆ Demetrio D., *L'educazione nella vita adulta. Per una teoria fenomenologica dei vissuti e delle origini.* Carrocci, Roma, 1995.
- ◆ Funnell M.M, T. L. Brown, B. P. Childs, L. B. Haas, G. M. Hoseney, B. Jensen, M. Maryniuk, M. Peyrot, J. D. Piette, D. Reader, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care*. 34, S97 – S104 (Suppl). 2011.
- ◆ Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Bowman B, Serdula M, Brown TJ, Schmid CH, Lau J. *Am J Med.* Long-term effectiveness of lifestyle and behavioral weight loss interventions in adults with type 2 diabetes: a meta-analysis. 15, 762-74, 2004

- ◆ Pagano G., Sinossi diabetologica, Pacini Editore, 2001
- ◆ Snoek F.J, Skinner TC, Psychology in diabetes care. John Wiley & Sons, 2005
- ◆ The DCCT Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 329: 977-986, 1993.
- ◆ Trento M, Passera P, Tomalino M, Bajardi M, Pomero F, Allione A, Vaccari P, Molinatti GM, Porta M Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes. A 2-year follow-up. *Diabetes Care*, 24: 995-1000, 2001
- ◆ Trento M, Passera P, Bajardi M, Tomalino M, Grassi G, Borgo E, Donnola C, Cavallo F, Bondonio P, Porta M. Lifestyle intervention by group care prevents deterioration of type 2 diabetes: a 4-year randomized controlled clinical trial. *Diabetologia*, 45:1231-1239, 2002
- ◆ Trento M., P Passera, E Borgo, M Tomalino, M Bajardi, F Cavallo, M Porta. A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. *Diabetes Care*, 27, 670-675, 2004.
- ◆ Trento M, P Passera, V Miselli, M Bajardi, E Borgo, M Tomelini, M Tomalino, F Cavallo, M Porta, Evaluation of the Locus of Control in Patients with Type 2 Diabetes after Long-Term Management by Group Care. *Diabetes & Metabolism*, 32, 77-81, 2006.
- ◆ Trento M, Passera P, Tomalino M, Porta M. Group Care. Programma con pazienti diabetici non insulino trattati. Tipo2. 9^a Ristampa, 2009
- ◆ Trento M, Gamba S, Gentile L, Grassi G, Miselli V, Morone G, Passera P, Tonutti L, Tomalino M, Bondonio P, Cavallo F, Porta M; for the ROMEO investigators. Romeo: Rethink Organization To Improve Education And Outcomes. A Multicentre Randomised Trial Of Lifestyle Intervention By Group Care To Manage Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 33, 745-747, 2010
- ◆ Trento M, Raballo M, Sicuro J, Storto T, Trevisan M, Trinetta A, Passera P, Porta M. Il processo di cambiamento e apprendimento della persona con diabete all'interno del modello della *group care*. L'educazione terapeutica in una prospettiva di formazione. *Tutor*, 10, 115-125. 2011.
- ◆ UKPDS Group Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 352: 837-853,1998.
- ◆ Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27, 1047-53, 2004
- ◆ World Health Organization. Therapeutic Patient Education. Report of a WHO Working Group. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1-77, 1998.
- ◆ Zannini L, La tutorship nella formazione degli adulti. Guerini, Milano 2005.