

Il modello della Group Care. Verso una teoria della formazione

Stefano Merlo, Olga Durando, Marina Trento*

Laboratorio di Pedagogia Clinica, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Torino. *E-mail: marina.trento@unito.it

ABSTRACT

To develop pedagogic interventions within a health care delivery context one needs to take into account the theory and practice of educating people, taken both as individuals and members of society. Current knowledge on the most appropriate methodologies to deliver education must be reconsidered. Pedagogy is key to harmonize such knowledge and, as such, stands up as a science in itself with its own epistemologic status. It allows to select what belongs to the field of education and what does not, within the realms of other disciplines. The clinico-pedagogic model of Group Care was developed within such framework, to harmonise pedagogical expertise and clinical needs with the ultimate aim of helping people with a chronic disease to retrace their own identity despite illness.

Key words: Group Care, chronic diseases, Type and Type I diabetes, self-management education model

RIASSUNTO

La progettazione di interventi clinico ed educativi richiede una riflessione organica e critica sui problemi educativi ovvero la teorizzazione di quei processi rivolti a educare, istruire e formare i soggetti, individualmente e socialmente intesi. Si tratta di rileggere le conoscenze e teorie in campo educativo e in secondo luogo le modalità di gestione dei processi educativi e formativi. Il ruolo della pedagogia è quello di armonizzare queste conoscenze in chiave educativa. Sulla base di un tale sistema di riferimento la pedagogia assume le caratteristiche di scienza autonoma con un proprio statuto epistemologico che le permette di operare scelte all'interno dei risultati di altre discipline fra ciò che è proprio del campo educativo e ciò che non le appartiene. In questo quadro di riferimento nasce il modello clinico educativo e assistenziale della Group Care che ha ripensato l'educazione in un contesto clinico con il fine di aiutare le persone a ritrovare una propria identità pur in presenza di una malattia.

Parole Chiave: Group Care, malattia cronica, diabete tipo 2 e tipo 1, modelli educative e organizzazione

INTRODUZIONE

L'educazione si inserisce nella storia delle persone e si realizza altresì nelle dimensioni affettive, ludiche, operative, luttuose dell'esistenza, e ognuna di tali esperienze costituisce una metaforica o reale aula in cui accadono cambiamento, trasformazione, ripensamento, apprendimento [1].

L'educazione può rivelarsi come norma e regola da seguire per ottenere un risultato di cambiamento in se stessi, negli altri, nelle cose, oppure può darsi, al contrario, come sorpresa, imprevisto, svolta inaudita. In entrambi i casi chiede ai soggetti di mutare in tutto o in parte il corso della vita per fini di adattamento, rinnovamento, eman-

cipazione, al fine di poter rendere più accettabile e meno difficile l'esistenza, anche nei suoi aspetti più intimi e personali [1]. La propensione verso il cambiamento è dunque presente nella vita adulta e si rivolge a una risorsa interna, perché risponde al principio antico in base al quale occorre confrontarsi con se stessi per continuare ad educarsi e intravedere un futuro. Questo desiderio di futuro, emancipazione, rinnovamento e progettualità è ancora più atteso e cercato quando la persona incontra la malattia [2,3].

A questo punto, ancor prima di riflettere sulle possibili azioni educative, è utile riflettere intorno al concetto di malattia che ogni singola persona ha costruito ed esperito nel corso della propria esistenza. Un tale modo di considerare i fenomeni ci permette di superare i luoghi comuni ed i pre-giudizi circa il concetto di malattia ed è possibile intendere lo "star male" non solo come malattia organica, che definiamo *disease*, ma anche come una serie di rappresentazioni, vissuti, ricadute psicosociali e aspettative che si sviluppano, nella persona, a partire dall'esperienza di malattia che chiamiamo *illness* [4]. La percezione di malattia ci aiuta, quindi, a sollevare lo sguardo rispetto alla sola identificazione con la mera patologia organica, verso uno sguardo sistemico e integrato alla persona in tutte le dimensioni della vita. Sulla base di tali presupposti concettuali la malattia e il trattamento della malattia, indipendentemente dalla sua forma acuta o cronica, possono considerarsi esperienze educative in quanto concorrono a modificare la percezione che il soggetto ha di sé stesso, delle proprie possibilità e dei propri limiti, spingendolo a riflettere sul punto del percorso vitale raggiunto [5]. Riconoscere l'autonomia del paziente significa non solo dare il diritto di parola, attraverso una serie di informazioni tecniche che permettono di partecipare alla scelta terapeutica, ma anche cercare di comprendere il significato che determinate scelte terapeutiche possono avere nell'esistenza. Il professionista deve saper cogliere queste differenti sfumature e riconoscere che la sofferenza del paziente è più estesa del suo sintomo e lo stato di malattia più ampio di un dolore localizzato o di una disfunzione [6,7].

L'EDUCAZIONE DEL PAZIENTE. VERSO UNA TEORIA DELLA FORMAZIONE

Fare educazione, in un contesto di malattia, è un processo complesso e articolato che apre, non solo ad una sorta di democratizzazione della relazione di cura e condivisione di informazioni, ma soprattutto alla natura ermeneutica della cura ovvero alla condivisione dei significati [8]. La storia del paziente, che come tale è abitata da intenzioni, sentimenti, aspettative e idee, rappresenta, unitamente al suo corpo, il testo su cui si basa l'attività interpretativa del medico [8]. Questa attività, che è a tutti gli effetti una pratica ermeneutica, si configura come una ricerca del significato non solo delle dimensioni biologiche della malattia ma anche delle sue dimensioni storiche e umane [8]. Concepire la relazione terapeutica e le sue dimensioni educative, in un ottica ermeneutica e interpretativa, significa intenderla come una pratica discorsiva in cui non solo si spiegano dei fenomeni biologici ma anche e soprattutto si comprendono dei significati, attraverso un processo di vera e propria mediazione culturale che è il presupposto per la costruzione dell'alleanza terapeutica. Da questo punto di vista sono la storia del paziente, gli eventi significativi della sua vita, il suo linguaggio, le sue rappresentazioni di malattia, i suoi modi di elaborare il problema, a costruire il terreno in cui risiedono le opportunità di sviluppo di ipotesi di alleanza tra medico e paziente, tra i diversi operatori coinvolti nel trattamento e il paziente [6-8].

La costruzione del significato della malattia si configura come un'attività dialogica attraverso la quale il medico, l'operatore e il paziente compongono e negoziano una struttura narrativa dentro a un tempo clinico. La struttura narrativa, affinché possa prendere forma, si configura come un processo in cui due storie, quella del paziente e quella del medico, s'incontrano per dare vita a un'unica storia terapeutica, in cui entrambi i soggetti entrano a far parte come protagonisti [8].

Ritorna qui, ancora una volta, il concetto di paziente come individuo inserito in uno sfondo e non come contenitore. La persona è inserita in una prospettiva radicalmente storica con tutti gli elemen-

ti di relazione, di vissuto e di influenza sociale che caratterizzano la sua malattia. Lo sfondo in cui è inserito il malato ed anche il terapeuta accoglie le storie di vita di entrambi. In questo senso, la relazione terapeutica diventa un campo di incontro tra due storie che, attraverso un processo dialogico, si connettono in uno spazio simbolico che è stato definito sfondo integratore [9,10].

In una dimensione educativa, ben oltre la mera trasmissione di consigli e informazioni, viene composta una storia terapeutica che rappresenta la costruzione del progetto educativo alla consultazione. In questo progetto entra in gioco non solo il paziente con il suo problema da risolvere, ma anche il terapeuta con la sua storia professionale, fatta non solo di cognizioni scientifiche ma anche di tutti i saperi relazionali, etici, antropologici che egli ha costruito nel corso del tempo. In questo senso, il progetto diventa esperienza che agisce nella storia dei soggetti [9-12].

In questi ultimi decenni, quando si è parlato di educazione del paziente, si è fatto riferimento a un intervento sociosanitario che si poneva come obiettivo quello di sviluppare comportamenti e condotte di salute utili a migliorare la qualità di vita della persona affetta da malattie cronic-degenerative; l'educazione in questo caso assumeva una valenza compensativa, volta a colmare lacune e ristabilire nuovi equilibri [13]. A questo punto è utile ricordare che la malattia, per la sua dimensione esistenziale, richiede modifiche del comportamento e l'acquisizione di nuove abitudini oltre all'abbandono di quelle antiche. Tutto questo non è facile per la maggior parte delle persone perché significa aggiustare il proprio quadro di riferimento in relazione ad obiettivi di vita, tradizioni, norme e credenze sulla salute. Al contempo si tratta di individuare strategie comunicative, metodologie di insegnamento e coinvolgimento della persona che sono parte della intenzionalità pedagogica come strumento utile per riorganizzare i contesti di cura e lavorativi [14,15]. Sulla base di un tale sistema di riferimento possiamo rilevare che l'attività educativa si propone non solo di rendere il paziente il più possibile autonomo nella gestione del proprio trattamento, piuttosto cerca di favorire un cambiamento significativo nella persona che, in seguito all'insorgenza di una pato-

logia, necessita di integrare la malattia all'interno della propria vita quotidiana [16,17].

Tra le malattie croniche che in questi ultimi anni sono venute alla ribalta per l'impatto sociale con la conseguente riflessione in merito alla gestione ed alle modalità di presa in carico della persona spicca sicuramente il diabete [18]. Nello specifico, il diabete si inserisce nella quotidianità e nell'esistenza della persona e, qualunque sia la sua eziologia, si carica di significati legati al contesto e alla storia personale. Il diabete è una delle patologie croniche a più ampia diffusione nel mondo, dobbiamo ricordare che più di 79.000 bambini hanno sviluppato il diabete tipo I nel 2013, inoltre costituisce una delle più rilevanti e costose malattie sociali, soprattutto per il suo carattere di cronicità e per la tendenza a determinare complicanze nel lungo periodo. Le cause del manifestarsi di questa epidemia sono secondarie alle modifiche delle abitudini di vita della popolazione mondiale, quali abitudini alimentari, crescita ed aumento del numero di persone in sovrappeso o obese, stili di vita sempre più sedentari ed invecchiamento della popolazione mondiale [18].

La crescente prevalenza della malattia, soprattutto nella seconda metà della vita, le forme di discriminazione cui sono sottoposti i cittadini diabetici in tema di attività lavorativa, patente di guida, pratica sportiva, i costi delle complicanze, fanno sì che il problema diabete coinvolga non solo i pazienti e gli operatori sanitari che li curano ma l'intera comunità. Si deve altresì riconoscere che un importante gruppo di cittadini necessita di un livello di assistenza ottimale anche se non necessariamente costoso: i bambini e gli adolescenti diabetici hanno bisogno di un'assistenza professionalmente ed umanamente qualificata. Tutto questo si può realizzare comprendendo che il trattamento del diabete è una pratica ad alta intensità umana: non è tecnicamente eccitante, ma porta a pianificare una cura educativa rivolta a sviluppare autonomia ed aiutare le persone a riappropriarsi di un personale progetto di vita [18].

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. Gli interventi si focalizzavano su periodi brevi, qualche mese, pur in presenza di una malattia cronica come il diabete, dove i pazienti venivano sommersi da 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.

Inoltre nella letteratura recente è stato più volte sottolineato che limitarsi a fornire informazioni sulla malattia e sul trattamento consente di migliorare il grado di conoscenza della malattia da parte del paziente ma non è sufficiente a produrre cambiamenti tali da assicurare un'adesione a lungo termine al regime terapeutico [19,20]. Su tali definizioni è necessario apporre alcune precisazioni, come puntualizza anche la letteratura. È utile ricordare che l'educazione del paziente deve essere distinta dalla *patient teaching*, cioè dall'impartire informazioni. Si può osservare come, nel corso del tempo, vi sia stata una sovrapposizione tra i due termini *patient teaching* e *patient education* legati ad una concezione della relazione terapeutica in cui prevale la logica di un modello tradizionale di medicina, che riconosce nell'operatore colui che detiene il sapere e lo trasmette al paziente, che a sua volta si trova in una posizione di insipienza. È opportuno sottolineare che la sovrapposizione tra i termini dipende da una concezione di *patient education* di tipo informativo in cui gli interventi sono estremamente prescrittivi e centrati sul professionista [19-22]. Entrambi gli interventi sono necessari, ma vanno agiti in relazione al bisogno del paziente e alla situazione clinica, distinzione che solo l'operatore, o meglio l'équipe clinica, può fare e che permette di rendere l'intervento più efficace. La meta è un cambiamento desiderato e consapevole ed entriamo, a questo modo, nella dimensione dell'apprendimento ossia in un processo centrato sull'esperienza soggettiva di chi apprende: compito dell'educazione è quello di promuovere nel soggetto la cura di non lasciarsi catturare dall'anonimia [23].

Sulla base di un tale sistema di riferimento possiamo rilevare che apprendere significa chiaramente cambiare, crescere, svilupparsi, per cui l'apprendimento diventa tanto più significativo quanto più coinvolge l'intera persona. Nessun cambiamento può prescindere da tutte le azioni vissute e pensate dalla persona, che rappresentano l'esperienza di chi si accinge ad apprendere [23].

Tuttavia si tende a confondere un intervento sostanzialmente informativo, che può utilizzare diversi mezzi comunicativi, non solo verbale, ma anche opuscoli, prestampati, immagini di vario tipo, giochi preconfezionati, con l'educazione del paziente, che si dovrebbe caratterizzare invece come intervento squisitamente dedicato ad esplorare le esperienze, le idee e i vissuti della persona con malattia cronica. Ma c'è di più. Mediante l'educazione del paziente si lavora per modificare non solo i comportamenti, ma, in generale, l'intera persona. Si modificano non solo le conoscenze che si possiedono sulla malattia ma anche e soprattutto il modo con cui si vive e si percepisce il proprio corpo malato. La cura è finalizzata, nella sua prospettiva ideale, a promuovere il pieno benessere intellettuale, emozionale, spirituale e fisico di chi la riceve [19-23].

Fare esperienza educativa, anche in un contesto di malattia, significa esperire se stessi fuori dall'ordinario, ovvero dal quotidiano, dalla vita comune, pur avendo presente che tali esperienze avranno delle ricadute sull'esistenza. Il processo educativo, per aiutare la persona a diventare quello che può essere, dovrebbe organizzarsi come pratica di cura dell'altro affinché diventi capace di aver cura di sé [14, 23-25].

LA GROUP CARE

In un simile quadro di riferimento possiamo rilevare che l'educazione si svela come un'azione educativa dedita a preparare la persona a praticare una cura che preserva la vita da quanto la minaccia, che la ripara quando si creano fessure di sofferenza, che la fa fiorire offrendo esperienze in cui poter vivere una pluralità di modi di divenire del proprio essere. Affinché questa azione possa essere agita è necessaria l'esistenza di contesti e strutture che incoraggiano lo sviluppo delle capacità di dare e ricevere

cura [14,26]. L'esperienza, appartiene sì all'esistenza di ciascuno, ma si qualifica come pedagogica per la sua progettazione e strutturazione. Alla radice vi è un pensiero pedagogico che guida l'esperienza e la conduce verso obiettivi specifici attraverso la scelta di strumenti mirati, quali la predisposizione degli spazi, l'utilizzo dei tempi e degli oggetti affinché le persone possano ricostruire un personale progetto esistenziale pur in presenza di una malattia cronica [26]. In altre parole l'approccio pedagogico basato sulla formazione enfatizza la complessità intrinseca alla relazione educativa, considerandola come un sistema in cui interagiscono continuamente e con esiti non completamente prevedibili, i messaggi trasmessi, il background emozionale, sociale, culturale dei soggetti coinvolti, le relazioni messe in atto, le regole e i dispositivi pedagogici configurati, l'organizzazione in cui i processi educativi hanno luogo [26]. Nasce su questo ampio sistema di riferimento, presso il Laboratorio di Pedagogia Clinica, afferente alla Medicina I del Dipartimento di Scienze Mediche dell'Università di Torino il modello clinico educativo e assistenziale della Group Care che aggiunge ai precedenti modelli utilizzati nell'ambito diabetologico una attenzione costante ai processi di costruzione della conoscenza e dinamiche intersoggettive che si vengono a creare nell'agire educativo [26-34].

È utile ricordare brevemente che la Group Care nasce in un contesto clinico pedagogico, rivolto a persone con malattia cronica. Il programma educativo per le persone con diabete tipo 2 si sviluppa su 7 incontri che si svolgono, nell'arco di due anni, in modo ciclico. Per le persone con diabete tipo 1 il programma viene ridefinito, con i pazienti stessi, sulla base delle loro aspettative. Per ciascun incontro sono previste 4 fasi dedicate a favorire la partecipazione delle persone coinvolte: accoglienza, attività didattiche, situazione di vita reale, conclusioni e appuntamento per la visita successiva. Un manuale, regolarmente aggiornato, raccoglie tutte le procedure e sessioni della Group Care. I pazienti sono seguiti in piccoli gruppi, formati da 9-10 partecipanti. Il contenuto delle singole sessioni nasce sempre dalla condivisione e ricerca partecipata svolta con le persone con diabete, risponde sia a un bisogno di tipo conoscitivo e concettuale riguardo la patologia

sia alla richiesta di un supporto nella gestione quotidiana della malattia [26-34].

Ripercorrendo i risultati ottenuti nel corso degli anni mediante il modello clinico educativo e assistenziale della Group Care è possibile osservare che sono stati ottenuti miglioramenti nell'ambito clinico metabolico oltre a modifiche dello stile di vita. Dopo il primo anno di intervento aumentavano le capacità di problem solving, nei pazienti seguiti mediante Group Care, attraverso la rilevazione delle Condotte di Riferimento e conoscenze rispetto alla malattia ed a distanza di due anni miglioravano la qualità di vita, il BMI, i livelli di trigliceridi e colesterolo HDL [27]. Nei successivi 4 anni i livelli di emoglobina glicata rimanevano stabili nei pazienti seguiti mediante Group Care e peggioravano nelle persone seguite con il metodo tradizionale [28]. Nell'arco di 5 anni vi era un graduale miglioramento della qualità di vita, conoscenze e capacità di problem solving solo tra le persone seguite mediante educazione strutturata ed i risultati erano indipendenti per età, durata di malattia e livello di istruzione [29]. Nel corso del tempo è stato individuato e indagato il locus of control come variabile psicologica che potesse spiegare i risultati ottenuti dalla Group Care [30]. Successivamente si è rilevato che nei pazienti seguiti con Group Care la risposta allo stress, regolata principalmente dall'asse ipotalamo ipofisi surrene e rilevata tramite i livelli di ormone adrenocorticotropo (ACTH) e cortisolo, è simile alla risposta di soggetti sani non diabetici [31]. Con le persone giovani affette da Diabete Tipo 1, mediante una analisi dei bisogni e riorganizzando il programma educativo, veniva ottenuto un miglioramento della qualità di vita e del compenso metabolico oltre alle strategie di coping [32-34]. In un più recente lavoro che ha coinvolto le persone con diabete Tipo 2 e Tipo 1 è stato possibile osservare, mediante l'analisi proposizionale, che le persone quando inserite in un percorso di cambiamento e apprendimento riescono a sviluppare un senso di progettualità ben oltre la presenza della malattia [26]. Sempre proseguendo l'analisi della Group Care possiamo rilevare che la riorganizzazione del percorso educativo e assistenziale favorisce non solo il miglioramento del compenso metabolico nelle persone con diabete ma valorizza il lavoro

d'équipe e un maggiore coinvolgimento delle diverse figure professionali operanti nei servizi di diabetologia [35] con una diminuzione della spesa e un miglioramento del rischio cardiovascolare [36,37].

GLI ELEMENTI TRASFORMATIVI NELLA GROUP CARE: IL GRUPPO, LA METAFORA, IL TEMPO

Guardando alla storia della Group Care, emerge in modo evidente il ruolo svolto dal gruppo quale facilitatore di cambiamento. Lo sviluppo del senso di appartenenza, condivisione e supporto derivanti dal far parte di un gruppo, necessitano di tempo per costituirsi ed assumono significati diversi per ciascuna persona [26]. Le persone giungono a scoprire e fornire un personale significato di malattia immergendosi nel gruppo e nel tempo che viene loro dedicato durante le sessioni della Group Care. 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 [38,39]. Il gruppo emerge come un'entità a sé, all'interno del quale le singole identità dei partecipanti possono essere contenute, integrandole ben oltre la semplice somma delle parti: in simile contesto l'operatore si inserisce come facilitatore del cambiamento.

Su questo terreno fertile della condivisione si inserisce l'adattamento alla malattia che si delinea in modo dinamico mai uguale a sé stesso, sempre in continuo divenire. La formazione del paziente può essere definita come un percorso evolutivo in cui le relazioni interpersonali non sono occasionali, ma finalizzate a scopi di sviluppo della personalità di coloro che entrano in reciproco rapporto tramite lo

scambio di esperienze, conoscenze, informazioni. Il gruppo si delinea come terreno su cui rendere fertile e possibile il cambiamento, quest'ultimo si amplifica con l'utilizzo della metafora. La sinergia tra gruppo e metafora aiuta e supporta il cambiamento nelle persone e i risultati ottenuti nel corso di circa 20 anni dimostrano quanto sia importante saper procedere con parsimonia e pazienza [38-40].

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. Da un punto di vista cognitivo la metafora viene veicolata attraverso il linguaggio verbale e non verbale associato al materiale educativo utilizzato, che può in un secondo momento stimolare immagini e ricordi che agiscono ad un livello più profondo ovvero quello emotivo [41,42]. La metafora aiuta e veicola la costruzione di significati comuni che, all'interno del percorso educativo, diventano il terreno fertile su cui coltivare la possibilità per ciascun individuo di poter essere altro. Insieme al paziente si costruiscono le storie che diventeranno bagaglio ed esperienza per il futuro. Una metafora ben formulata può trasformare la visione della realtà e ciò, all'interno del percorso di cura, può consistere nella modificazione della visione dei sintomi e delle loro cause. La metafora può supportare il dialogo ed aiutare l'individuo a comprendere i contenuti più tecnici secondo una lettura personale. Nella Group Care il materiale educativo utilizzato e le azioni che accompagnano la presentazione delle metafore sono rivolte a stimolare oltre le abilità cognitive anche le capacità evocative dell'individuo agendo su aspetti emotivi. La metafora all'interno della Group Care sortisce anche l'effetto di supportare l'operatore a vivere una relazione simmetrica con i pazienti al fine di valorizzare l'empatia e la capacità di ascolto [38-42]. La continua condivisione dialogica dell'esperienza oltre al fluire del tempo supportato dall'intenzionalità pedagogica modifica la rappresentazione che le persone hanno della propria malattia.

A questo punto possiamo ricordare anche la teoria dell'attaccamento di Bolwby [43,44], poiché durante lo sviluppo le persone costruiscono, con le proprie figure di riferimento, i propri modelli di risposta ed interazione con il mondo. Si delinea così

una parte di quel bagaglio di esperienze da cui l'individuo attingerà nella sua vita adulta per interagire con il mondo esterno e costruire la propria identità. Nel corso del tempo e utilizzando al meglio la relazione che s'instaura con le persone con diabete, queste ultime sono in grado di attivare un percorso di cambiamento che contribuirà a ricostruire una nuova identità. Come possiamo rilevare il tempo è una dimensione fondamentale nella Group Care. Incontriamo il tempo fisico, la durata effettiva degli incontri (50-60 minuti), la cadenza delle sessioni, ogni tre o quattro mesi, spostandosi poi al tempo percepito. A tal riguardo possiamo rilevare che il tempo della malattia si inserisce nel tempo della vita della persona. L'intenzionalità educativa consiste nell'accompagnare la persona verso l'intreccio sinergico di questi due momenti affinché il soggetto possa condurre un'esistenza secondo il proprio desiderio progettuale assumendo il proprio destino, accettando la propria effettività e lasciando agire il proprio poter essere in quanto tale. In tal modo il ruolo dell'educatore e dell'educando si intersecano paritariamente in una esperienza comune, alla ricerca di risorse e valori da promuovere.

Va da sé che l'équipe curante deve innanzitutto favorire le buone pratiche di cura all'interno del servizio e utilizzare le buone teorie, con un costante aggiornamento, con il fine di aiutare la persona con diabete. Ma le buone teorie e le buone pratiche non sono sufficienti se a queste non si accompagna una sorta di saggezza professionalizzante che si connota nella capacità di costruire una relazione autentica che favorisce la cura e il trattamento delle persone affette da malattie croniche [38-42]. È necessario che alla base del processo educativo vi sia un desiderio di comprendersi. In tale senso l'attenzione all'interno della Group Care non è solo verso il gruppo o la metafora come possibili strumenti utili per il cambiamento, ma soprattutto verso i rapporti e relazioni che si stabiliscono tra le parti coinvolte nel processo educativo. È necessario un vero e proprio rovesciamento di cultura e mentalità, con uno sguardo che si sposta dalla sola conoscenza alla responsabilità verso e nei confronti delle persone che incontriamo nei processi educativi e assistenziali. Concepire la relazione terapeutica e, nello specifico, le sue dimensioni educative, in un otti-

ca ermeneutica e interpretativa significa intenderla come la costruzione di un dialogo, cioè come una pratica discorsiva in cui, non solo si spiegano dei fenomeni biologici, ma anche e soprattutto si comprendono dei significati, attraverso un processo di vera e propria mediazione culturale che è il presupposto per la costruzione dell'alleanza terapeutica. Una relazione terapeutica realizzata con questa attenzione costante non solo all'altro e alla sua individualità, ma anche alla storia del progetto educativo che in essa si costruisce, in cui continuamente si attua il monitoraggio, su base indiziaria di come la relazione educativa si determini e si sviluppi, anche a partire dai comportamenti di chi svolge il ruolo di educatore, diviene infine una pratica educativa che si configura come una vera e propria formazione del paziente. Ciò che si può osservare all'interno della Group Care [27-34] è che in ogni persona esiste una capacità intrinseca di modificare il proprio stato e conseguentemente solo l'individuo può concorrere a mutare sé stesso e perseguire mete utili per un personale miglioramento psicofisico. [45,46].

BIBLIOGRAFIA

- [1] Demetrio D. L'educazione nella vita adulta. Per una teoria fenomenologica dei vissuti e delle origini, Carocci, Roma, 1995.
- [2] Gadamer HG, Dove si nasconde la salute. Cortina, Milano, 1994.
- [3] Illich I. Nemesi medica. L'espropriazione della salute. Bruno Mondadori, Milano, 2004.
- [4] Zannini L. Salute, malattia e cura. Teorie, percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari. Franco Angeli, Milano, 2001.
- [5] Hurwitz B, Charon R. A narrative future for health care. *Lancet*. 381, 1886-7, 2013.
- [6] Bonsaksen T, Fagermoen MS, Lerdal A. Trajectories of self-efficacy in persons with chronic illness: an explorative longitudinal study. *Psychol Health*. 29, 350-64, 2014.
- [7] Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgia A, Kleijnen J. Influence of context on health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 357, 757-62. 2001.
- [8] Montagna L, Zannini L. L'approccio di counseling nei processi di educazione del paziente. Tratto da, Igiene e sanità pubblica. Educazione sanitaria. Strategie educative e preventive per il paziente e la comunità. F. Auxilia, M. Pontello. Piccin, Padova, 2012.

- [9] Trento M. E Se ti raccontassi. Storie di Diabete. In *Narrazione e Cura*. Mimesis Edizioni, Udine, 2014.
- [10] Heidegger M. *Essere e tempo*, trad. it. Longanesi, Torino, 1976.
- [11] Brodsky AE, Cattaneo LB. A transconceptual model of empowerment and resilience: divergence, convergence and interactions in kindred community concepts. *Am J Community Psychol.* 52, 333-46, 2013.
- [12] Trento M, Passera P, Tomalino M, Bajardi M. Le condotte di riferimento. Modello e strumento per la valutazione di interventi educativi. *Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo.* 21, 17-24, 2001.
- [13] Pellai A. *Educazione sanitaria. Principi, modelli strategie e interventi*. Franco Angeli, Milano, 1977.
- [14] Palmieri C. *Un'esperienza di cui aver cura... Appunti pedagogici sul fare educazione*. Franco Angeli, Milano, 2011.
- [15] Lacroix A, Assal JP. *Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica*. Edizioni Minerva Medica, Torino, 2005.
- [16] Anderson R, Funnell M. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Edu. and Counseling.* 57, 153-157, 2005.
- [17] Anderson R, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Edu. and Counseling.* 79, 277-282, 2010.
- [18] International Diabetes Federation IDF. www.idf.org/diabetesatlas. Ultimo accesso: agosto 2014.
- [19] Bodenheimer T. et al. Patient self-management of Chronic disease, in *Primary Care*, *Jama*, 20, 2469-2471, 2002.
- [20] 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.
- [21] Ismail K, Winkley K, Rabe-Hesketh S. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet.* 363, 1589-97, 2004.
- [22] Winkley K, Ismail K, Landau S, Eislner I. Psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 8, 333-65, E-pub 2006.
- [23] Groenhouut ER. *Connected Lives: Human Nature and an Ethics of Care*. Rowman & Littlefield, Lanham, MD, 2004.
- [24] Fadda R. *L'intenzionalità educativa fra progettazione e cura*. Edizioni Del Cerro, Tirrenia, 2005.
- [25] Huygens A. *Penser existence, exister la pensée*. Encre Marine. Editions le belles lettres, Paris, 2008.
- [26] Raballo M, Trevisan M, Trinetta A, Charrier L, Cavallo F, Porta M, Trento M. A study of patients' perceptions of diabetes care delivery and diabetes. Propositional analysis in people with type 1 and 2 diabetes managed by group or usual care. *Diabetes Care.* 35, 242-247, 2012.
- [27] 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.
- [28] 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.
- [29] Trento M, Passera P, Borgo E, Tomalino M, Bajardi M, Cavallo F, Porta M. 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.
- [30] Trento M, Tomelini M, Basile M, Borgo E, Passera P, Miselli V, Tomalino M, Cavallo F, Porta M. The locus of control in patients with Type 1 and Type 2 diabetes managed by individual and group care. *Diabetic Medicine.* 25, 86-90, 2008.
- [31] Trento M, Kucich C, Tibaldi P, Gennari S, Tedesco S, Balbo M, Arvat E, Cavallo F, Ghigo E and Porta M. A study of central serotonergic activity in health subjects and patients with type 2 diabetes treated by traditional one-to-one care or Group care. *Journal of Endocrinological Investigation.* 33, 624-628, 2010.
- [32] Trento M, Passera P, Borgo E, Tomalino M, Bajardi M, Brescianini A, Tomelini M, Giuliano S, Cavallo F, Miselli V, Bondonio P, Porta M. A 3-year prospective randomized controlled clinical trial of group care in Type 1 diabetes. *Nutr Metabol Cardiovasc Dis.* 15, 293-301, 2005.
- [33] Trento M, Passera P, Borgo E, Tomalino M, Bajardi M, Brescianini A, Tomelini M, Cavallo F, Bondonio P, Miselli V, Porta M. Trasferibilità e applicabilità del modello assistenziale Group Care al diabete tipo 1: follow-up a cinque anni. *Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo.* 26, 71-77, 2006.
- [34] Trento M, Trinetta A, Kucich C, Grassi G, Passera P, Gennari S, Paganin V, Tedesco S, Charrier L, Cavallo F, Porta M. Carbohydrate counting improves coping ability and metabolic control in patients with Type 1

- diabetes managed by Group Care. *J Endocrinol Invest.* 34, 101-5, 2011.
- [35] Trento M, Gamba S, Gentile L, Grassi G, Miselli V, Morone G, et al. Rethink organization to improve education and outcomes (ROMEO). A multicenter randomized trial of lifestyle intervention by group care to manage type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 2010, 33: 745-747.
- [36] Sicuro J, Bondonio P, Charrier L, Berchiolla P, Cavallo F, Porta M, Trento M, for the ROMEO investigators. Cost analysis of Group Care versus usual care in patients with type 2 diabetes in the ROMEO clinical trial. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 23(2): e13-4, 2013.
- [37] Sicuro J, Charrier L, Berchiolla P, Cavallo F, Merlo S, Mazzeo A, Porta M, Trento M. Self-management Education by Group Care reduces Cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes: analysis of the ROMEO clinical trial. *Diabetes Care*, 37, e1-e2, 2014.
- [38] Jaber R, Braksmajer A, Trilling J S. Group Visits: A Qualitative Review of Current Research. *JABFM.* 19, 276-290, 2006.
- [39] Houdsen L, Wong S, Dawes M. Effectiveness of group medical visits for improving diabetes care: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 17. e635-e644, 2013.
- [40] Trento M. Il modello della group care per l'educazione terapeutica del paziente. In: Pellai A (a cura di). *Igiene e sanità pubblica: Educazione sanitaria. Strategie educative e preventive per il paziente e la comunità.* Piccin, Padova, 2012.
- [41] Black M. *Modelli, archetipi, metafore.* Pratiche Editrice, Parma, 1983.
- [42] Casonato M. *Immaginazione e metafora.* Laterza, Bari, 2003.
- [43] Bowlby J. *Attaccamento e perdita vol. I :L'attaccamento alla madre.* Bollati Boringhieri, Torino, 1972.
- [44] Bowlby J. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento.* Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989.
- [45] Rogers C. *La terapia centrata sul cliente.* Martinelli, Firenze, 1970.
- [46] Kanizsa S. *L'ascolto del malato. Problemi di pedagogia relazionale in ospedale.* Guerini Studio, Milano, 2010.