



scienza attiva®

EDIZIONE 2015/2016

AGRICOLTURA, ALIMENTAZIONE E SOSTENIBILITA'

***Parole, gesti e immagini per
l'educazione e la cura.***

Marina Trento

***Laboratori di Pedagogia Clinica,
Dipartimento di Scienze Mediche,
Università degli Studi di Torino***



Documento di livello: B

Un progetto di



agorà scienza
centro interuniversitario



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO



scienza attiva®

Indice

Introduzione

- 1.1 Le dimensioni dell'educazione
- 1.2 Perché un Laboratorio di Pedagogia Clinica. Luogo per pensare, riflettere e costruire.
- 1.3 La ricerca come seme per il futuro
- 1.4. La Group Care e le persone con diabete
 - 1.4.1 Il Diabete
 - 1.4.2. Il confronto con la letteratura
 - 1.4.3 La Group Care. Verso una teoria della formazione del paziente.
 - a) La Group Care: dove nasce e quando
 - b) I risultati sullo stile di vita
 - c) Gli elementi trasformativi nella Group Care
- 1.5 La formazione degli operatori
- 1.6 Fata Maina. I bambini e il futuro
- 1.7 La Ricerca Partecipata

E' impossibile risolvere i problemi del mondo con gli scettici ed i cinici, i cui orizzonti sono limitati dalle realtà tangibili. Abbiamo bisogno di uomini e di donne capaci di sognare cose mai esistite... di domandarsi: perché no?

George B. Shaw

Introduzione

Siamo all'interno del Laboratorio di Pedagogia Clinica pensato e costruito per aiutare le persone a fare della propria esistenza una continua scoperta in un continuo divenire e propensione al cambiamento. L'idea del futuro accompagna tutte le attività che si svolgono all'interno del Laboratorio, siano esse attività di ricerca o attività assistenziali ed educative.



Il Laboratorio di Pedagogia Clinica è stato costruito nel 2004 grazie a fondi Europei ottenuti dall'EASD (European Association Study for Diabetes) con un Progetto di Ricerca dal titolo: Life Style Intervention by Group Care in the management of type 2 diabetes. A randomized controlled multicentre clinical trial.

Lo studio affonda le sue virtuali radici in un progetto che nasce ancora nel 1996 ed aveva permesso di ideare e costruire un modello educativo e assistenziale per le persone con diabete denominato Group Care.

Con i fondi ottenuti è stato costruito il Laboratorio che è strutturato e organizzato proprio come una officina dedicata a pensare e riflettere intorno alle dimensioni dell'educazione.

Al suo interno si svolge Ricerca ed il suo oggetto è il cambiamento nelle persone, grandi o piccole che siano.

I progetti hanno carattere Europeo e Nazionale e sono sempre svolti in collaborazione con altri centri. Inoltre il Laboratorio collabora con il Corso di Laurea Interfacoltà per Educatori Professionali ed è sede del tirocinio per Educatori Professionali dell'Università di Torino; con il Corso di Laurea in Infermieristica, Università di Torino, collabora con l'Università degli Studi di Milano (Bicocca) Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa".

Ecco perché in questa relazione vi descriveremo il quadro di riferimento alla base della Group Care, un intervento pensato e costruito per le persone che hanno il diabete; ma vi descriveremo anche un Progetto denominato Fata Maina che parla di favole e bambini e di come si possa aiutare a pensare e costruire il futuro.

1.1 Le dimensioni dell'educazione.

Per comprendere la complessità del lavoro svolto all'interno del Laboratorio di Pedagogia Clinica e prima di addentrarci nella descrizione e presentazione dei risultati scientifici ottenuti nel corso degli anni è utile ridefinire insieme il concetto di educazione e quali significati esso assume nei diversi contesti educativi e di cura. La educazione è stata soggetta, per il suo carattere astratto, a continue variazioni di significato. L'educazione, pur essendo generatrice di risultati ed effetti quanto mai concreti, osservabili, tangibili ha assunto nel corso del tempo diverse connotazioni (1) e, nel vasto panorama delle diverse interpretazioni, molteplici sono state le espressioni e metafore che hanno rinvio ad essa e che si sono sovrapposte l'una all'altra (2).

L'azione educativa è stata paragonata alle mansioni agricole del seminare, coltivare, potare oppure a quelle del forgiare, plasmare, costruire. Un altro aspetto che ha caratterizzato la riflessione sulla sua natura ha coinvolto le differenze o le contiguità che si possono stabilire tra aree di indubbia vocazione educativa, quali: istruire, formare, motivare, addestrare, guidare, spiegare, insegnare, curare e molti altri (2). Va da sé che, accanto alle differenti interpretazioni e associazioni di significato, l'evoluzione socio-culturale dell'umanità, le incessanti mutazioni e contaminazioni linguistiche, l'avvento dei regimi democratici e la conseguente espansione dell'istruzione hanno giocoforza costantemente modificato le locuzioni (3). Le società, nel loro articolazione, hanno influenzato l'educazione ed in tutte le culture è possibile trovare opinioni, detti, proverbi, norme orali e scritte relative all'educazione. Ciò testimonia che una riflessione sull'educazione ha sempre accompagnato le pratiche educative, i saperi e norme di condotta interne alla cultura di un popolo. (4-6). In passato come oggi, e da qui l'importanza di coltivare attenzione storica nei confronti delle questioni educative, noi riceviamo un'educazione volta ad inserirci nella società, a perfezionarci rispetto al lavoro, alla protezione dei figli, a dotarci di abilità intellettive, a fornirci di strumenti di comunicazione e gestione delle relazioni interpersonali, piuttosto che di accrescimento intellettuale (6) oltre all'atteso miglioramento delle condizioni di vita e di salute, di incremento e valorizzazione delle capacità mentali, ben oltre gli anni di scuola (7).

Sulla base di questo ampio quadro di riferimento possiamo comprendere che l'educazione si rivela una necessità vitale e trasversale a diversi periodi della vita, consolida quanto già appreso o si incarica di aggiornare le conoscenze precedenti e ci chiede di diventare una parte costitutiva di cambiamento nelle nostre vite (7). Non vi è ambito che non abbia bisogno di donne e uomini, fasce sociali, etnie emergenti al meglio educate e questo per ragioni attinenti non soltanto al progresso, all'aumento del reddito, ma anche al grado di civilizzazione e acculturazione diffusa (8). A questo punto è utile chiarire quali significati attribuirle là dove si fa educazione, là dove si propone e si progetta l'educazione (8). Non si tratta di intraprendere un'esercitazione puramente accademica, si tratta piuttosto di riflettere su cosa sia davvero l'educazione. Sono coloro che professionalmente scelgono l'educazione ad ambito peculiare di interessi i primi a doversi interrogare, situazione per situazione, in relazione a destinatari e interlocutori, sui confini e potenzialità del loro lavoro, sulla disparità delle opinioni che esistono e si confrontano attorno a questi temi (9). I termini *Educare= sollecitare a riflettere in autonomia di giudizio; educare= condurre altrove; educare= nutrire, accudire*, costituiscono una triangolazione che ispira una matrice concettuale ancora utile, qualora si voglia identificare e riconoscere quali funzioni prioritarie un educare *spontaneo* o *professionale* possa avere nei diversi contesti e relazioni della vita (10). L'educazione, si compie comunque: non vi è mai totale assenza di stimoli educativi; essa si compie anche attraverso l'inusuale e l'inatteso, come vento leggero o musica che solleva l'anima (11). Anche in situazioni precarie e ingrato dell'esistenza vige un'educazione adattiva; così come può e deve sussistere un'educazione di carattere intenzionale che assume la funzione di

programmare, valutare gli interventi ritenuti più appropriati in relazione alle età, condizioni psicofisiche, saperi da trasmettere e condizionamenti originari (12-15). Questa ulteriore analisi, non difficile da applicare ai luoghi preposti all'educazione ai quali ciascuno di noi appartiene ed è appartenuto, ci invita a risalire alle pratiche dell'educazione, formulando successivamente ipotesi di carattere teorico (16) transitando dallo sguardo esperienziale a quello prettamente pedagogico (17). Si inserisce a questo punto il ruolo della pedagogia, o scienza dell'educazione, che è quello di armonizzare tutte queste conoscenze in chiave educativa. Sulla base di un siffatto 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 (18).

1.2 Perché un Laboratorio di Pedagogia Clinica. Luogo per pensare, riflettere e costruire.

Per rispondere a questa domanda basti pensare che 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 (19).

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, emancipazione, al fine di poter rendere più accettabile e meno difficile l'esistenza, anche nei suoi aspetti più intimi e personali. 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 (19-21).

La conoscenza, che si costruisce all'interno del Laboratorio implica l'esistenza. Al suo interno vi lavorano: pedagogisti, psicologi, medici, dietisti, infermieri, educatori professionali.

Pedagogicamente parlando, si potrebbe dire che all'interno del Laboratorio sono favorite le relazioni educative, in cui paiono già definirsi le possibilità di conoscenza e di scambio tra gli interlocutori coinvolti nel percorso di cambiamento e cura ben oltre i meri e antichi valori della interdisciplinarietà.

Possiamo pensare al Laboratorio come un luogo per l'educazione e la cura: nella cura acquista senso la realtà e la conoscenza; nel significato più ampio dell'educazione ci si apre all'esistenza in tutte le sue forme.

Il Laboratorio si compone di due stanze tra loro separate da un vetro specchio. La prima sala è stata ideata ed allestita per svolgere le attività educative e assistenziali con le persone con diabete e accogliere i professionisti che intendono svolgere autoformazione; la seconda è la sala regia, pensata per permettere ad operatori e studenti in formazione di osservare le attività.

Va ricordato che nella sala regia è collocato l'impianto audio e video che ha permesso nel corso degli anni la raccolta di circa 100 riprese delle attività svolte con i pazienti e 26 riprese dei corsi di formazione per le équipes diabetologiche, sparse sul territorio nazionale, che intendono acquisire il modello della Group Care.

La stanza in cui vengono svolte le attività educative e assistenziali è stata progettata come un luogo accogliente, gradevole, in cui sentirsi accolti. Le pareti sono dipinte di colore giallo. Gli arredi sono essenziali, pensati per facilitare il libero movimento da parte di chi entra e trattenersi al suo interno.

SALA REGIA



SALA EDUCAZIONE



All'interno del laboratorio vi è una costante attenzione alla progettualità ed alla ricerca come fonte di scoperta e apertura al nuovo.

Nel Laboratorio si muovono le persone e con esse le idee. Senza le idee e lo spirito creativo non si sarebbe costruito il Laboratorio di Pedagogia Clinica che vive dell'entusiasmo e della pacata determinazione dei suoi attori.

1.3 La ricerca come seme per il futuro.

Le attività di ricerca svolte nel laboratorio si focalizzano su aspetti diversi della relazione come strumento di cura in contesti e organizzazioni diverse.

Le aree di ricerca del Laboratorio di Pedagogia Clinica si sono focalizzate nel corso degli anni su:

- a) progettazione e sperimentazione di Self-Management Education Model per la presa in carico delle persone con malattie croniche;
- b) analisi di costo efficacia degli interventi educativi
- c) ricerca qualitative delle rappresentazioni e dei vissuti di malattia in operatori e pazienti;
- d) progettazione e realizzazione di percorsi educativi in età prescolare e scolare per favorire una crescita psicofisica sana ed equilibrata
- e) formazione degli operatori sanitari attraverso strumenti autobiografici e narrativi e metodologie di insegnamento innovative;

1.4 La Group Care e le persone con diabete.

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 (22). 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 e 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. Questa attività si configura come una ricerca del significato non solo delle dimensioni biologiche della malattia ma anche delle sue dimensioni storiche e umane attraverso un processo di vera e propria mediazione culturale che è il presupposto per la costruzione dell'alleanza terapeutica.

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 (20-22)

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 elementi di relazione, di vissuto e di influenza sociale che caratterizzano la sua malattia. 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 (23).

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 (19-23).

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 cronicodegenerative; l'educazione in questo caso assumeva una valenza compensativa, volta a colmare lacune e ristabilire nuovi equilibri (23).

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 (24).

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 patologia, necessita di integrare la malattia all'interno della propria vita quotidiana.

1.4.1 Il Diabete

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 (25,26). Vedasi anche il BOX 1.

BOX 1. Definizione di Diabete Tipo 1 e diabete Tipo 2.

Prima di addentrarsi nell'analisi della letteratura è opportuno fornire una breve definizioni del Diabete nelle sue forme più classicamente conosciute; Diabete tipo 1 e Diabete Tipo 2.

Per aiutare il lettore è necessario ricordare che:

- **il diabete tipo 1**, chiamato anche insulino-dipendente o giovanile, è una malattia autoimmune provocata da una modifica immunitaria che distrugge specifiche cellule, all'interno del pancreas, preposte alla produzione di insulina, ormone necessario alla sopravvivenza;

- **il diabete tipo 2**, chiamato anche diabete mellito non insulino-dipendente o diabete dell'adulto, è una malattia del metabolismo caratterizzata da ridotta attività dell'insulina con conseguente glicemia alta nel sangue

Entrambe le malattie sono complesse nella loro forma e gestione. Richiedono lo svolgimento di esami clinici e di laboratorio che necessitano tempo e accessi ambulatoriali. Per il diabete tipo 1 si tratta di svolgere quotidianamente sin dalla sua diagnosi, per la sopravvivenza, 4 o più iniezioni giornaliere di insulina oltre a verificare l'apporto calorico rispetto all'alimentazione. Per entrambe le malattie vi è la tendenza a progredire nel corso degli anni e causare una serie di problemi denominati complicanze che vanno ad intaccare alcuni organi del corpo quali: occhi, cuore, reni e sistema nervoso periferico.

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 1 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.

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. (25,26)

1.4.2. Il confronto con la letteratura

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. (27-30)

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. 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*. E' 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 (27-30).

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.

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 (31).

1.4.2 La Group Care. Verso una teoria della formazione del paziente.

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. Alla radice della Group Care 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 (32). Nasce su questo ampio sistema di riferimento il modello 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 (32-41).

a) La Group Care: dove nasce e quando

È utile ricordare brevemente che la Group Care nasce a Torino in un contesto clinico pedagogico. Si sviluppa nel 1996, mediante un Trial Clinico Randomizzato e Controllato che risponde ai criteri dell'Evidence Based Medicine, e si delinea nel corso degli anni portando a risultati anche a livello internazionale ottenendo anche premi e riconoscimenti. (32-41)

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.

| Programma della Group Care per persone con diabete Tipo 2 | |
|---|---|
| 1° Incontro. | <i>Storia dello zainetto e della bacinella... ovvero il peso corporeo</i> 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. | <i>Il menù: ovvero l'alimentazione</i> 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. | <i>Il peggior e miglior pasto. Si parla ancora di alimentazione</i> 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. | <i>Andiamo a far spesa. Le scelte alimentari</i> L'incontro è impostato sul "fare la spesa". I pazienti provano a scegliere gli alimenti e insieme si discutono le scelte realizzate, fornendo ai pazienti un immediato feedback. |
| 5° Incontro. | <i>HbA1c ...come va il diabete?. Il compenso e i controlli. L'attività fisica</i> 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. | <i>Qual è la pastiglia migliore? Cosa sono le ipoglicemie... ovvero la terapia</i> Permette ai pazienti di comprendere il valore delle visite di controllo e qual è la terapia migliore per ciascuno di loro. |
| 7° Incontro. | <i>Occhi, cuore, pressione, reni, piedi... Quante sono le complicanze</i> 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. |

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.

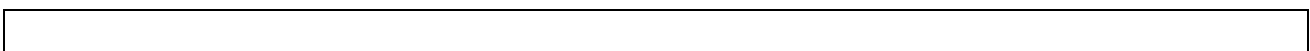
Figura 1: Attività clinico educative e assistenziali mediante Group Care



b) I risultati sullo stile di vita

Ripercorrendo i risultati ottenuti nel corso degli anni mediante il modello clinico educativo e assistenziale della Group Care è possibile ricordare 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 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 (32).
- ✚ 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 (33).
- ✚ 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 (34).
- ✚ 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 (35). 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 (36).
- ✚ 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 (37-39).
- ✚ 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 (40).



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 (41). Questo particolare Studio denominato ROMEO (Ripensare l'Organizzazione per Migliorare l'Educazione e gli Outcomes) ha coinvolto più di 800 persone con diabete Tipo 2 e circa una quarantina di operatori dimostrando che con la filosofia della Group Care è possibile migliorare lo stile di vita nelle persone con diabete (41).
Accanto a questi risultati è stato anche possibile dimostrare un contenimento della spesa e un miglioramento del rischio cardiovascolare (42, 43).

c) Gli elementi trasformativi nella Group Care: il gruppo, la metafora, il tempo.

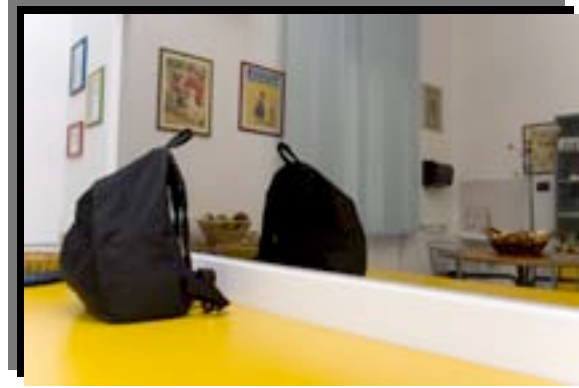
Guardando alla storia della Group Care, emerge in modo evidente il ruolo svolto dal gruppo quale facilitatore di cambiamento. Lo sviluppo del senso di appartenenza, condivisione e supporto derivanti dal far parte di un gruppo, necessitano di tempo per costituirsi ed assumono significati diversi per ciascuna persona. 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.

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. (32-40)

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.

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.

Figure 2 e 3: La metafora come strumento per il cambiamento



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. 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.

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).

E' 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. Ciò che si può osservare all'interno della Group Care è che per 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.

1.5 La formazione degli operatori.

Per apprendere la filosofia della Group Care sin dal 2003 sono stati organizzati corsi di formazione rivolgendosi a tutti gli operatori sanitari che intendono acquisire conoscenze e competenze nell'ambito del trattamento delle malattie croniche. E un corso residenziale della durata di 2 giorni a cui possono partecipare 12 persone. Il corso di formazione è stato accreditato per le figure professionali di psicologi, educatori, dietisti, infermieri e medici.

Il programma prevede la cooperazione di diverse figure professionali e si inserisce nella logica delle attività interdisciplinari. Durante il corso ogni partecipante ha modo di incontrare e confrontarsi con altre figure professionali: infermieri, pazienti, medici, pedagogisti, anche economisti e artisti.

All'interno dei corsi di formazione sono parte attiva gli operatori che già hanno accolto l'esperienza del modello educativo, trasferendola nelle proprie realtà operative.

Con il corso di formazione si vuole trasferire il modello assistenziale della Group Care ad altre realtà diabetologiche italiane. L'insegnamento valorizza le risorse personali in un continuo scambio tra i partecipanti mediante discussione visualizzata, gruppi di lavoro, studio di casi clinici, analisi di riprese video, tavole rotonde e discussioni con esperti, risoluzione di problemi e analisi del percepito di malattia..

La metodica tutoriale utilizzata permette un continuo feed-back su quanto viene discusso durante il corso di formazione.

Programma, contenuti del corso e riferimenti bibliografici, vengono inviati a ciascun partecipante precedentemente al corso, al fine di favorire una formazione propedeutica allo stesso. Vengono, inoltre, consegnati materiale operativo e istruzioni per l'uso del modello nei luoghi di lavoro dei discenti.

A ogni team partecipante al corso di formazione viene consegnato il manuale di utilizzo e il kit didattico contenente il materiale per poter svolgere il modello assistenziale della group care. Durante le attività del corso vengono eseguite riprese video, per permettere ai discenti di rivedere e analizzare le diverse modalità e approcci di educazione terapeutica.

Tra i requisiti richiesti per partecipare al corso di formazione viene sottolineata l'importanza di avere più appartenenti alla medesima équipe diabetologica, preferibilmente con l'inclusione di un responsabile della stessa. Le persone che partecipano operano nelle diabetologie italiane. L'esperienza maturata nel lavoro quotidiano pone gli operatori di fronte al problema del riuscire a modificare lo stile di vita in persone anziane, come nel caso del diabete tipo 2, oppure ad aiutare ad adattarsi a una malattia cronica come nel caso delle persone con diabete tipo 1 ed avere una personale progettualità nella propria vita.

Quando si prendono in considerazione i problemi organizzativi di un servizio che vuole occuparsi di educazione in un ambito sanitario si tratta di sapere formulare programmi educativi e verificare gli effetti degli interventi in campo sia clinico sia educativo. A questo punto è utile ricordare che la malattia cronica richiede una continuità assistenziale ed educativa che non può essere tralasciata o rifiutata. La persona con diabete, per la complessità della malattia, necessita di un continuo accompagnamento e supporto per essere in grado di attivare processi di cambiamento per migliorare lo stile di vita.

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. Non si tratta di fornire una serie standardizzata di informazioni, piuttosto si tratta di pensare e progettare interventi capaci di valorizzare le persone. Le buone teorie e le buone pratiche non sono sufficienti se queste non si accompagnano ad 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.

Si tratta di favorire una responsabilizzazione del singolo operatore che, pur mantenendo le specificità individuali e le caratteristiche professionali, concorre con altri operatori a costruire un team in grado di prendersi cura delle persone con malattie croniche

1.6 Fata Maina: i bambini e il futuro

La dichiarazione dei diritti del fanciullo sottolinea che ogni bambino deve avere uno sviluppo armonico con se stesso e con il mondo che lo circonda. Le istituzioni preposte alla formazione ed educazione devono concorrere nel favorire lo sviluppo e l'autonomia del bambino (44). Sulla base di tale sistema di riferimento gli interventi educativi, rivolti ai bambini, sono da realizzarsi in sinergia con le persone che lavorano nel mondo dell'infanzia, la famiglia e la scuola, insieme a coloro che, a vario titolo, si occupano di salute, alimentazione, attività motoria e comunicazione (45,46).

L'Italia è attualmente al terzo posto in Europa per l'alta prevalenza di bambini in sovrappeso di entrambi i sessi (47) La prevenzione del sovrappeso e dell'obesità in età infantile ed adolescenziale, con conseguenti ricadute nell'età adulta, rappresenta un obiettivo di salute pubblica anche nel nostro paese (47-49).

Genitori, insegnanti e, in generale, quanti sono responsabili della crescita e della salute dei bambini, possono rappresentare un modello di apprendimento per comportamenti alimentari corretti e uno stile di vita attivo (50-54). In letteratura è provato che interventi realizzati nel contesto scuola con un insieme di valori comuni migliorano le abitudini e stili di vita. Le parti interessate, genitori, studenti, personale e la comunità possono lavorare insieme per creare un ambiente protettivo capace di promuovere il benessere a livello sociale ed emotivo (54).



I dati della letteratura evidenziano che più del 60% dei bambini è oggi in sovrappeso già prima della pubertà e continuerà ad esserlo, verosimilmente, anche in età adulta. Questa condizione innalza fortemente il rischio di sviluppare, nel tempo, malattie associate all'obesità, quali il diabete mellito, ipertensione e alterazioni del metabolismo. Gli obesi italiani aumentano del 25% ogni 5 anni, interessando un numero crescente di bambini e adolescenti con implicazioni socio-economiche enormi: 22,8 miliardi di euro l'anno in costi diretti, per il 60% dovuti a ricoveri ospedalieri per malattie cardiovascolari associate. L'obesità si accompagna a diabete, il 90% dei diabetici di tipo 2 e' obeso o in sovrappeso, ipertensione e alterazione dei livelli di colesterolo e trigliceridi nel sangue (55). Lo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità nell'infanzia e nell'adolescenza è attribuito, oltre che a fattori genetici, al cambiamento dello stile di vita nella società odierna; la popolazione sempre più sedentaria e tende a consumare cibi ad alto contenuto energetico, ricchi di zuccheri o con un'eccessiva quantità di sale. Questi comportamenti possono

essere favoriti dalle caratteristiche fisiche e organizzative dei principali contesti di vita del singolo e della collettività (56.57).



Con il progetto Fata Maina si è scelto di lavorare all'interno del contesto scuola al fine di inserirsi in un più ampio sistema di riferimento concettuale, sociale oltre che economico. Recenti studi hanno confermato il raggiungimento di risultati incoraggianti per quanto riguarda l'obesità nei bambini utilizzando programmi inseriti e svolti all'interno delle scuole, prevedendo l'utilizzo del gioco come veicolo facilitante e capace di coinvolgere il bambino nelle attività finalizzate al miglioramento delle abitudini alimentari.

L'esperienza del gioco sviluppa la creatività e le capacità cognitive, insegna ad essere perseverante e avere fiducia nelle proprie capacità, il bambino scopre un mondo interiore ed esteriore, iniziando ad accettare le legittime esigenze di queste due realtà.

Il progetto Fata Maina si è rivolto a coloro che quotidianamente incontrano i bambini affrontando il tema dell'alimentazione e dello stile di vita. Si è insegnato, attraverso proposte di gioco, ad alimentarsi in modo salutare, mettendo in luce positiva alimenti quali frutta, verdura, legumi, pane, pesce, latte e derivati, tenendo conto delle scelte e delle preferenze individuali e promuovendo l'attività motoria. Lo scopo è quello di aiutare i bambini a scoprire e giocare con il cibo e supportare le maestre in questo percorso di crescita e scoperta, costruendo un intervento conveniente (58).

1.7 La Ricerca Partecipata

L'obiettivo dell'iniziativa era verificare, mediante un progetto di ricerca applicata e partecipativa, se i giochi utilizzati all'interno del progetto favoriscono lo sviluppo psicofisico del bambino. Si volevano aiutare i bambini a scoprire e giocare con il cibo ritenuto più adatto a prevenire l'obesità e supportare le maestre in questo percorso di crescita e scoperta costruendo un intervento applicabile alla realtà prescolare quotidiana.

Fata Maina è stata ideata, scritta e realizzata tra il 1998 e 2000. Per ogni gioco sono stati individuati specifici obiettivi educativi e di salute. I giochi costruiti nel progetto rientrano tra le categorie dei *Giochi in libertà*, *Giochi simbolici* e *le Storie per imparare* e *Giochi con regole*.

Tabella 1. Elenco dei giochi contenuti nel progetto Fata Maina

| | |
|---|---|
| <p>1) Gioco e Osservo - <i>Per i più piccoli 1-3 anni.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolci Note • Frutta per giocare | |
| <p>2) Riconoscere gli alimenti giocando - <i>Per i grandicelli 4-5 anni.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gym-Ball • Il tappeto per giocare • Il tappeto della frutta • Frutta allegra • Gioco con la frutta • Gioco con la verdura • Il tappet'orto • Andiamo al mercato • Un albero per ogni stagione • Il gioco di Semplicino lo Scoiattolino | |
| <p>3) La scoperta degli alimenti ed alcune loro trasformazioni - <i>Per i più grandicelli 5 – 6 anni.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alfabeto della frutta e verdura • La frutta si trasforma • Tutto il pane del mondo • La storia del latte • Scrivo il nome della frutta • Domino degli alimenti | |
| <p>4) Le storie per imparare, Libri-gioco con Kit educativi,</p> <p>A) La storia di un Chicco di grano –</p> <p>B) Salvatore il Pescatore</p> <p>C) Il viaggio di Piccolo Bucaneve</p> | <p>B) Salvatore il Pescatore</p> <ul style="list-style-type: none"> • Libro – gioco • Schede gioco da colorare • Invento la storia • Puzzle di Salvatore • Il Mercatino del mare |
| <p>A) La storia di un Chicco di grano –</p> <ul style="list-style-type: none"> • Libro – gioco • Semi di artista • Schede gioco da colorare • Ricomponi la storia • Puzzle di Giacomino | <p>C) Il viaggio di Piccolo Bucaneve</p> <ul style="list-style-type: none"> • Libro-gioco • Ricomponi la storia • Invento la storia • Schede gioco da colorare • Puzzle di Piccolo Bucaneve |
| <p>5) Quaderni gioco da colorare Per i più grandicelli 4-5 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primavera e i verdi prati • Estate dai mille colori • Autunno Cadono le foglie • Inverno Aspettando la neve | |

- ✚ *I giochi in libertà* utilizzati nel progetto sono espressione della motricità spontanea dei bambini, e hanno carattere di immediatezza: Gym-Ball, Il tappeto per giocare, Il tappeto della frutta, Frutta allegra, Gioco con la frutta, Gioco con la verdura, Il tappet'orto, Andiamo al mercato, Un albero per ogni stagione, Il gioco di Semplicino lo Scoiattolino. Questi giochi trovano spazio nel contesto dell'attività educativa della scuola, anche se è necessario adottare precisi accorgimenti per evitare situazioni conflittuali e pericolose.
- ✚ *I giochi simbolici e le storie per imparare* sono soprattutto una manifestazione della capacità creativa e quindi immaginativa dei bambini. Le storie per imparare, Libri-gioco con Kit educativi: La storia di un Chicco di grano, Salvatore il Pescatore, Il viaggio di Piccolo Bucaneve, permettono ai bambini di sperimentare la fantasia e creatività. Le storie contenute nei libri sono semplici, legate ad elementi riconoscibili da parte del bambino: abitudini familiari, vari momenti della giornata, ma il soggetto privilegiato delle storie rimane il bambino stesso.
- ✚ *I giochi con regole* sono solitamente organizzati. L'Alfabeto della frutta e verdura, La frutta si trasforma, Tutto il pane del mondo, La storia del latte, Scrivo il nome della frutta, Domino degli alimenti, aiutano i bambini a rapportarsi con i compagni e costruire legami.

- ✓ La sperimentazione è iniziata nel 2006 con il supporto della Compagnia Di San Paolo di Torino, settore Sanità. La costruzione e prototipazione si è svolta tra il 2006 e 2009 con la LAP, Lavorazione Articoli Plastici, azienda con sede a Biella.
- ✓ Il progetto è stato presentato ai coordinatori della Commissione Pedagogica e Servizi dell'educazione per l'Infanzia del Comune di Torino. Successivamente sono state raccolte le scuole che potevano aderire.
- ✓ Da aprile sino a giugno 2010 sono stati consegnati i giochi nelle scuole insieme ad una analisi e adattamento del progetto. La programmazione delle attività è stata condivisa con gli insegnanti al fine di rendere fruibile il materiale e comprendere quali dovessero essere le tempistiche con cui utilizzare i diversi giochi.
- ✓ Nell'anno scolastico 2010-2011 si è svolta la sperimentazione supportata da una supervisione pedagogica del personale del Laboratorio di Pedagogia Clinica di Torino. Ogni scuola ha ricevuto il supporto di un borsista educatore professionale. La formazione degli insegnanti si è svolta nel corso della sperimentazione mediante l'utilizzo di discussioni guidate, lavori di gruppo e condivisione dei contenuti educativi e di salute del progetto presso il Laboratorio di Pedagogia Clinica..
- ✓ Sono state coinvolte 7 scuole dell'infanzia del comune di Torino, 25 sezioni, per un totale di 482 bambini, l'età media dei bambini era di 4,5 anni. Gli insegnanti coinvolti sono stati 21 con il supporto di sette segreterie amministrative, 1 referente pedagogico e un direttore didattico.
- ✓ La sperimentazione si è svolta definendo una pianificazione e programmazione delle attività. Per ogni singola scuola sono stati programmati 10 incontri finalizzati a inserire e seguire nel tempo la sperimentazione.

1.7.1 I risultati del progetto

Il progetto Fata Maina ha favorito la messa a punto di un setting educativo non solo rassicurante e protettivo, ma capace di offrire una molteplicità di stimoli culturali, un luogo nel quale produrre oggetti culturali. Fata Maina ha saputo giocare con i bambini e con il cibo senza che questo diventasse un cruccio per le insegnanti e soprattutto per i bambini. I giochi erano espressione della

motricità spontanea dei bambini, altri potevano manifestare la capacità creativa e quindi immaginativa dei bambini; altri ancora erano organizzati e aiutavano a interiorizzare le regole come singoli o gruppo. Il cibo con le sue forme, i colori, la consistenza sono diventati oggetti di gioco superando le barriere di ciò che è sconosciuto per diventare familiare e rassicurante.

I giochi in Libertà avevano la caratteristica di immediatezza e favorivano l'instaurarsi di rapporti sociali. Con i giochi simbolici e le storie per imparare i bambini venivano sensibilizzati al linguaggio e anche alla sua novità. L'immagine che caratterizzava il singolo gioco favoriva il coinvolgimento emotivo, a condizione che si trattasse di buone illustrazioni colorate, insieme a qualche elemento linguistico, come semplici onomatopee o linee cinetiche capaci di avvincere e coinvolgere profondamente i bambini. Le storie contenute nei libri avevano la caratteristica di essere legate a elementi riconoscibili da parte del bambino: abitudini familiari, vari momenti della giornata. Il cibo diventava un luogo fantastico dove potersi avventurare ma con gradualità e inserito in un contesto sempre rassicurante

I giochi con le regole permettevano di interagire con il gruppo, apprezzare la presenza dei propri compagni e sviluppare le capacità di collaborazione. Giocando si potevano educare gli schemi motori e posturali favorendo il senso della socievolezza. Il gioco diventava il luogo dove scoprire se stessi e gli altri.

Mediante il progetto di ricerca le insegnanti avevano acquisito il valore del cibo non solo come ricompensa ma avevano riscoperto il significato della convivialità e lo *sguardo* iconico connotato dalla ricerca e dall'interdisciplinarietà aveva favorito una dimensione educativa strutturata secondo un processo di riqualificazione pedagogico. Il cibo assumeva non solo l'icona di oggetto premiante e gratificante ma poteva essere percepito come elemento parte integrante del gioco e della vita. A tal fine le narrazioni delle maestre evidenziano il senso di partecipazione ad un progetto capace di aiutarle e riprendere consapevolezza del proprio ruolo educativo. Le maestre ritrovavano all'interno del progetto nuovi significati e attribuivano al lavoro quotidiano un valore pedagogico che talvolta avevano quasi dimenticato.

Figura 4: Le maestre coinvolte nel progetto Fata Maina



Le attività per laboratori organizzate nelle singole scuole hanno evidenziato un rispetto per l'ambiente scolastico e per la qualità rispetto alle occasioni di apprendimento. Il laboratorio e gli spazi dedicati a Fata Maina sono diventati uno spazio-tempo arricchito rispetto alle altre opportunità formative. La riorganizzazione dei tempi e degli spazi permetteva la mobilità dei gruppi all'interno della scuola come ripartizione dei carichi di lavoro, rispetto i bisogni di riposo e rilassamento del bambino e come coerenza con i tempi di attenzione e concentrazione di ciascuno. Il progetto favoriva la ristrutturazione dei tempi ed al contempo migliorava le relazioni tra le sezioni. In letteratura è ormai riportato che programmi educativi capaci di prevedere spazi adeguati con uno corretto sviluppo delle capacità motorie sono utili per favorire il miglioramento delle abitudini alimentari.

Nel corso del 2013 è stato messo a punto anche un sito dedicato a Fata Maina: www.fatamaina.com, dove si possono ritrovare tutti i giochi utilizzati nel progetto.

I giochi del progetto, raffiguranti frutta e verdura, si configuravano come oggetti piacevoli e rassicuranti, aiutando i bambini ad familiarizzare con essi e superare il timore del cibo sconosciuto. E' da ricordare che i bambini del periodo 3-6 anni possono incorrere nel meccanismo della Neofobia alimentare (58). Solitamente questo è un meccanismo adattivo che si sviluppa negli esseri umani per proteggerli da sostanze potenzialmente nocive. Quando un bambino si trova senza guida parentale il meccanismo della neofobia si attiva per prevenire l'ingestione di sostanze chimiche potenzialmente tossiche. Il meccanismo di per sé è utile alla specie ed al suo futuro. Il meccanismo può diventare negativo per l'adattamento verso nuovi gusti e può essere superato con esposizioni al gusto o aumentando la familiarità con il cibo (58). Interessanti gli studi che hanno dimostrato come l'utilizzo di immagini piacevoli, senza necessariamente portare il bambino ad assaggiare il cibo ma avvicinandolo ad esso fino a familiarizzare la sua figura, possa indurre ad alimentarsene superando la fase della negazione. La familiarità con molte delle proprietà di un alimento: colore, forma, morbidezza potrebbero avere un effetto ancora maggiore che rispetto la volontà di assaggiarlo. In Fata Maina l'approccio di tipo olistico ha evidentemente aiutato a superare la fase della negazione.

Le narrazioni delle maestre, ad esempio, evidenziavano come la familiarità con il materiale, inserito in modo strutturato nell'ambiente scolastico, avesse permesso il riconoscimento della frutta e verdura da parte dei bambini, con un sviluppo armonico del linguaggio. Di fronte all'emergenza del sovrappeso nei bambini anche in età prescolare, insegnanti ed educatori devono essere in grado di offrire programmi educativi volti ad aiutare i loro piccoli allievi ad avere uno sviluppo armonico ed in particolare una vita adulta serena, eliminando le gravi difficoltà di salute e psico-sociali provocate dal sovrappeso, soprattutto in termini di ridotta autostima e tendenza all'isolamento. I dati che provengono dalla letteratura evidenziano che le cause di errate abitudini alimentari provengono da un quadro di riferimento concettuale che non è in grado di supportare le persone nel percorso di cambiamento. Il contesto sociale, culturale ed economico non favorisce la messa a punto di strategie personali utili per promuovere l'acquisizione di stili di vita sani e attivi. Se più del 60% dei bambini è oggi in sovrappeso già prima della pubertà e continuerà ad esserlo, verosimilmente, anche in età adulta, questa condizione concorre a innalzare il rischio di sviluppare, nel tempo, malattie tipicamente associate all'obesità, quali il diabete, l'ipertensione e alterazioni del metabolismo, aumentando i costi economici e sociali. La letteratura mostra che esiste una carenza di programmi educativi capaci di modificare lo stile di vita per mancanza di appropriatezza dell'intervento.

Il supporto fornito dalle attività svolte all'interno del progetto Fata Maina oltre ad un valore intrinseco acquisiva efficacia anche per gli insegnanti. La partecipazione ad un progetto inserito

nel contesto scolastico ha favorito la ristrutturazione dei percorsi educativi e gli obiettivi del progetto sono sembrati più raggiungibili e contestualizzabili. La formazione degli insegnanti ha permesso di rilevare che la costruzione preliminare di una congrua atmosfera di fiducia ed armonia all'interno della sezione, nonché lo sviluppo di processi di attaccamento tra insegnanti ed alunni era indispensabile per favorire il cambiamento e l'apprendimento nei bambini.

La ricerca partecipativa che ha caratterizzato il progetto ha permesso di stipulare un contratto dove tutti si impegnavano nella gestione di contesti educativi complessi quali le abitudini alimentari. Il metodo della ricerca e il lavoro di gruppo sono diventati strategie ineludibili per tramutare la scuola in officine di metodo, in una bottega in cui si impara ad imparare.

L'intenzionalità pedagogica, che ha sempre accompagnato il progetto Fata Maina, trasformava la personale visione delle maestre in una ridefinizione del proprio progetto personale coinvolgendole in un percorso formativo e professionale.

Bibliografia

1. Dewey J. Logic, the theory of inquiry. New York. Henry Holt and Co. 1939.
2. Kanizsa S, Tramma S. Introduzione alla pedagogia e al lavoro educativo. Carrocci Editore, Roma. 2012
3. Cohen L, Manion L, Morrison K. Research, Methods in Education. Routledge. London. 2007
4. Dewey J. Democrazia e educazione, Firenze, La Nuova Italia, 1949.
5. Freire P. La pedagogia degli oppressi, 1970.
6. Fromm E. Avere o essere? Mondadori. Milano. 1977
7. Demetrio D. L'educazione nella vita adulta. Per una teoria fenomenologica dei vissuti e delle origini, Carrocci, Roma, 1995
8. Robin A. Culture and Pedagogy. Blackwell Publisher. USA. 2001
9. Rogers CR, Harold L, Tausch C. On Becoming an Effective Teacher. On Person centered Teaching, Psychology, Philosophy, and Dialogues with Rogers and Lyon. London Routledge. 2013
10. Chiosso G, Novecento Pedagogico, Editrice La Scuola, Brescia, 2012
11. Les coristes. I ragazzi del coro. Barratier C. 2004
12. Goussot A. Pédagogie et Résilience. L'Harmattan. Paris. 2014
13. Foucault M. Sorvegliare e punire. Einaudi. Torino. 1976
14. Demetrio D. Pedagogia della memoria. Per se stessi con gli altri. Meltemi. Roma, 1998
15. Arendt H. Responsibility and Judgment. Schocken Books. New York. 2003. Traduzione Responsabilità e giudizio. Einaudi. Torino. 2004
16. Iacoboni M. I neuroni specchio. Bollati Boringhieri. Torino. 2008
17. Demetrio D. Manuale di educazione degli adulti. Laterza. Torino, 2003
18. Duccio D. L'educazione non è finita. Idee per difenderla. Raffaello Cortina. Milano. 2009
19. Trento M. E Se ti raccontassi. Storie di Diabete. In Narrazione e Cura. Mimesis Edizioni. Udine. 2014
20. Hurwitz B, Charon R. A narrative future for health care. Lancet. 381. 1886-7. 2013
21. Anderson R, Funnel MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. Patient Edu. and counseling, 79, 277-282, 2010
22. 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
23. Pellai A. Educazione sanitaria. Principi, modelli strategie e interventi. Franco Angeli. Milano. 1977
24. Lacroix A, Assal JP. Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica. Torino. Edizioni Minerva Medica. 2005
25. Pagano G. Sinossi Diabetologica. UTET. 2003
26. International Diabetes Federation IDF. www.idf.org/diabetesatlas. Ultimo accesso: agosto 2014.
27. Bodenheimer T. et al. Patient self-management of Chronic disease, in Primary Care, Jama, 20, 2469-2471, 2002.
28. 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
29. 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

30. Winkley K, Ismail K, Landau S, Eisler 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
31. Groenhouut ER. *Connected Lives: Human Nature and an Ethics of Care*. Rowman & Littlefield. Lanham, MD. 2004
32. Trento M, Passera P, Tomalino M, Bajardi M, Pomerio 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.
33. 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
34. 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.
35. 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.
36. 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
37. 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.
38. Trento M, Passera P, Borgo E, Tomalino M, Bajardi M, Brescianini A, Tomelini M, Cavallo F, Bondonio P, Miselli M, 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.
39. 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.
40. 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
41. Trento M, Gamba S, Gentile L, Grassi G, Miselli V, Morone G, et al. Rethink organization to improve education and outcomes (ROMEIO). A multicenter randomized trial of lifestyle intervention by group care to manage type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 33, 745-747. 2010
42. Sicuro J, Bondonio P, Charrier L, Berchiolla P, Cavallo F, Porta M, Trento M, for the ROMEIO investigators. Cost analysis of Group Care versus usual care in patients with type 2 diabetes in the ROMEIO clinical trial. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 23(2): e13-4. 2013
43. 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 ROMEIO clinical trial. *Diabetes Care*, 37, e1-e2, 2014

44. Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo, 1959
45. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. CD001871, 7, 2011
46. Gibson EL, Kreichauf S, Wildgruber A, Vögele C, Summerbell CD, Nixon C, Moore H, Douthwaite W, Manios Y. Toy Box-Study Group. A narrative review of psychological and educational strategies applied to young children's eating behaviours aimed at reducing obesity risk. *Obes Rev*, 13, Suppl 1, 85-95, 2012
47. Cacciari E, Dilani S, Balsamo A. Italian cross-sectional growth charts for height, weight and BMI (2 to 20 y) *J Endocrinol Invest*. 29, 581-93. 2006
48. Caballero B. Obesity prevention in children: opportunities and challenges. *Internal Journal Obesity, Realt Metabolism Disorders*. S 90-5, 2004
49. Strauss RS. Childhood obesity. *Pediatr Clin North Am*. 49(1):175-201. 2002
50. Vash P. A piece of my mind. Filling the void. *JAMA*. 307, 1381-2. 2012
51. Adessi E, Galloway AT, Visalberghi E, Birch LL. Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2-5-year-old children. *Appetite* 45: 264–271. 2005
52. Greenhalgh J, Dowey AJ, Horne PJ, Lowe CF, Griffiths JH, Whitaker CJ. Positive- and negative peer modelling effects on young children's consumption of novel blue foods. *Appetite* 52: 646–653. 2009
53. Wareham NJ, van Sluijs EM, Ekelund U. Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. *Proc Nutr Soc* 64: 229–247. 2005
54. Doak CM, Visscher TL, Renders CM, Seidell JC. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obes Rev* 7, 111–136. 2006
55. Gruppo di Studio Epidemiologia della Società Italiana di Diabetologia. Il diabete mellito in Italia, 2004. *Il Diabete*, 16, 273-401, 2004
56. Nemet D, Barkan S, Epstein Y, Friedland O, Kowen G, Eliakim A. Short- and long-term beneficial effects of a combined dietary-behavioral-physical activity intervention for the treatment of childhood obesity. *Pediatrics* 115: e443–e449. 2005
57. Valerio Bellotti e Roberta Ruggiero, *Vent'anni d'infanzia*, Milano, Edizioni Angelo Guerini e Associati SpA, 2008.
58. Rozin, D. Schiller. The nature and acquisition of a preference for chili pepper in humans. *Motivation & Emotion*, 4, 77–101, 1980
59. Trento M, Trevisan M, Raballo M, Trinetta, A, Dorato S, Scaravelli S, Cavallo F, Porta M. L'educazione come strumento di crescita: il progetto Fata Maina. *Educazione alimentare in età prescolare. Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo*. 32, 32-36, 2012