

## L'educazione terapeutica, luogo d'incontro tra malati e curanti

Renzo Marcolongo

*Azienda Ospedale Università di Padova*

Da quasi quarant'anni mi occupo di persone affette da malattie immunologiche croniche e, di conseguenza, la condivisione di responsabilità e scelte di cura con i pazienti è per me una naturale necessità imposta dalle situazioni complesse che affrontiamo insieme.

All'inizio degli anni '90, alcune giovani pazienti affette da lupus eritematoso sistemico, una malattia autoimmune cronica, mi hanno esplicitamente chiesto di affrontare la malattia “assieme a loro”. Più precisamente, mi hanno domandato che “insegnassi” loro che cos'è il lupus e come affrontarlo meglio nella vita di tutti i giorni (Marcolongo et al, 2001). E così, ho compiuto il primo, decisivo passo verso l'Educazione Terapeutica dei Pazienti (ETP) e dei loro familiari *carer*. Non nascondo che, però, avendo io stesso vissuto delle esperienze di malattia e ricovero nella giovinezza e anche quando già ero medico, la loro proposta mi trovava particolarmente sensibile e disponibile (Marcolongo, Bonadiman, 2002).

### ETP, una definizione

La co-costruzione e condivisione del percorso di cura con il paziente richiede al personale curante il dispiegamento di specifiche competenze pedagogiche che non fanno parte del suo tradizionale bagaglio formativo (Guilbert, 1981). Infatti, anche se è vero che ogni rapporto di cura dovrebbe sempre implicare uno scambio di informazioni tra curanti e pazienti, non è affatto scontato che ciò avvenga in modo regolare e corretto, né che tutti i curanti siano per loro natura disposti a comunicare o automaticamente capaci di insegnare ai loro pazienti a gestire la malattia.

Viene, allora, spontaneo domandarsi in che cosa consista l'ETP, che ruolo occupi nella relazione terapeutica e cosa occorra per attuarla efficacemente. Nel porsi la prima domanda, una difficoltà che sorge subito è rappresentata dal fatto che l'ETP, la cui nascita ufficiale viene solitamente fatta risalire all'introduzione della terapia insulinica nelle prime decadi del secolo scorso (la *Diabetes Teaching Clinic* di Boston è nata negli anni '30 del '900), è spesso equiparata o confusa con altri ambiti contigui, ma talora anche estranei.

Secondo il database della *Cochrane library*, negli ultimi 30 anni, in Italia sono stati pubblicati almeno 45 articoli sul tema dell'educazione del paziente. Tuttavia, molta della letteratura nazionale e internazionale sull'argomento, più che essere dedicata in senso stretto all'ETP, copre un ampio spettro di contenuti che include anche l'educazione alla salute, l'educazione sanitaria, l'*empowerment* del paziente, la salutogenesi, il *self-management*, la *patient education*, il *counselling*, il *coaching*, la comunicazione medico-paziente, la psico-educazione, la terapia cognitivo-comportamentale, la telemedicina, l'aderenza al trattamento, ecc. (Marcolongo, Rossato et al, 2001). In qualche caso, l'ETP tende anche ad essere presentata come un compito riservato o da delegare a specifiche figure professionali, quando, invece, per definizione, si tratta di un ambito d'intervento interdisciplinare e interprofessionale che compete a chiunque, a qualsiasi titolo, abbia un rapporto di cura con dei pazienti.

Solo nel 1998, un gruppo internazionale di esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), coordinato dal diabetologo ginevrino J-F. Assal, arrivò a coniare una prima definizione ufficiale di ETP, descritta come "...un'attività che permetta al paziente di acquisire e mantenere capacità e competenze che lo aiutino a vivere in maniera ottimale con la sua malattia, aiutandolo a comprendere la malattia e le cure, a collaborare in modo attivo e a prendersi cura del proprio stato di salute migliorando la propria qualità di vita" (W.H.O, Regional Office for Europe, 1998), mentre nel 2002, grazie anche all'attivo contributo di alcuni medici italiani e di Padova, nasceva a Parigi la Società Europea di Educazione Terapeutica (SETE).

Sull'onda di quanto accadeva negli Stati Uniti, già negli anni 60, a Torino, La Spezia e Roma, alcuni diabetologi italiani avevano intrapreso le prime attività formalizzate di ETP. Negli anni successivi, i centri antidiabetici di Rovigo e Vicenza e la Diabetologia pediatrica di Padova sono stati tra i primi a occuparsi di ETP, mentre già nel 1982, con una specifica normativa, la Regione del Veneto istituiva i campi scuola estivi per i bambini diabetici. L'ETP ha mosso i suoi primi passi negli anni 80 anche in ambito pneumologico, nella cura dell'asma e delle bronco-pneumopatie croniche, ed in quello nefrologico, a favore dei pazienti in dialisi.

Negli anni '90, presso la Cardiologia di Padova veniva intrapreso un programma di incontri educativi collettivi rivolti ai pazienti in terapia anticoagulante orale mentre anche i pazienti adulti afferenti al centro antidiabetico dell'Ospedale Universitario di Padova iniziavano ad usufruire di programmi di ETP stabili e strutturati loro dedicati. Come già accennato, nel frattempo, presso l'Ematologia e Immunologia Clinica si è iniziato a sperimentare i primi programmi di ETP rivolti ai pazienti malati di lupus eritematoso sistemico e sclerodermia. Successivamente, grazie ad un finanziamento di ricerca della Regione del Veneto, presso lo stesso reparto è stato varato anche il primo programma sperimentale di ETP dedicato ai pazienti anziani affetti da mieloma multiplo, una neoplasia ematologica ad evoluzione solitamente lenta (Marcolongo, 2004. Regione del Veneto, RSF 838/02/98, 1998). Il grande sviluppo della trapiantologia presso l'Ospedale Universitario di Padova ha inoltre favorito la nascita di esperienze di ETP rivolte ai trapiantati di cuore, rene e fegato. Va infine ricordato che, anche fuori dall'ospedale, a Padova è stato messo a punto e sperimentato un programma di ETP rivolto ai pazienti asmatici afferenti ad un ambulatorio di Medicina Generale. Si tratta, naturalmente, di un elenco incompleto che cita solo alcune tra le molte esperienze fiorite nel frattempo. In anni più recenti, l'interesse verso l'ETP è molto cresciuto anche in relazione al problema dell'obesità che, soprattutto in età evolutiva, ha assunto proporzioni epidemiche (Tanas et al, 2007)

Nonostante gli sforzi di molti operatori sanitari e la sua progressiva diffusione in vari ambiti di malattia, in Italia, la pratica dell'ETP, con l'eccezione del diabete mellito, manca ancora di un formale riconoscimento istituzionale e riveste tuttora un carattere di tipo aneddótico e volontaristico. Come già accade in altri Paesi europei, è quindi auspicabile che anche nel nostro Paese l'ETP venga finalmente iscritta nella politica sanitaria nazionale attraverso l'istituzione di una specifica normativa che definisca: 1) strumenti e percorsi educativi comuni, standardizzati e validati per le singole patologie e tipologie di pazienti, 2) la redazione di linee guida e d'indirizzo generali, 3) l'individuazione di criteri di valutazione comuni (basati su indicatori di qualità e d'impatto degli interventi) dei programmi di ETP, 4) l'inserimento delle pratiche di ETP tra i criteri che definiscono la qualità dei servizi erogati, 4) la definizione e approvazione di percorsi omogenei di formazione iniziale universitaria e permanente post-laurea delle figure professionali coinvolte, 5) il finanziamento e incentivazione delle attività di ETP sulla base dei risultati conseguiti, e 6) le modalità di coinvolgimento dei pazienti e delle loro associazioni nella progettazione dei programmi di ETP.

Nella formazione iniziale del personale sanitario all'ETP è possibile ipotizzare la creazione moduli didattici comuni, aperti alla partecipazione di studenti provenienti corsi di laurea diversi, tra cui Medicina, Scienze Infermieristiche, Fisioterapia, Scienza dell'Alimentazione, ma anche Psicologia e Scienze dell'Educazione, in modo da favorire sin dall'inizio nei futuri curanti la creazione di una mentalità che favorisca un approccio interdisciplinare e interprofessionale.

## **Un sistema di salute centrato sulle persone**

Nella nostra società sempre più vecchia, esigente e multietnica, il baricentro organizzativo delle cure della comunità si è progressivamente spostato dall'ospedale ai servizi sanitari territoriali, che

nelle ultime decadi si sono progressivamente evoluti e articolati. Ciononostante, ancora oggi, soprattutto chi contrae una malattia cronica o di lunga durata, nel passaggio tra ospedale, domicilio e servizi territoriali o viceversa, può talora sperimentare delle difficoltà dovute ad un'insufficiente comunicazione e continuità di interventi tra i diversi professionisti sanitari coinvolti. Malati cronici, anziani, pazienti oncologici e in cure palliative, psichiatrici e, più in generale, le persone fragili rischiano così di rimbalzare da una sponda all'altra del sistema compiendo percorsi inappropriati, con i relativi rischi e sprechi (figura 1).

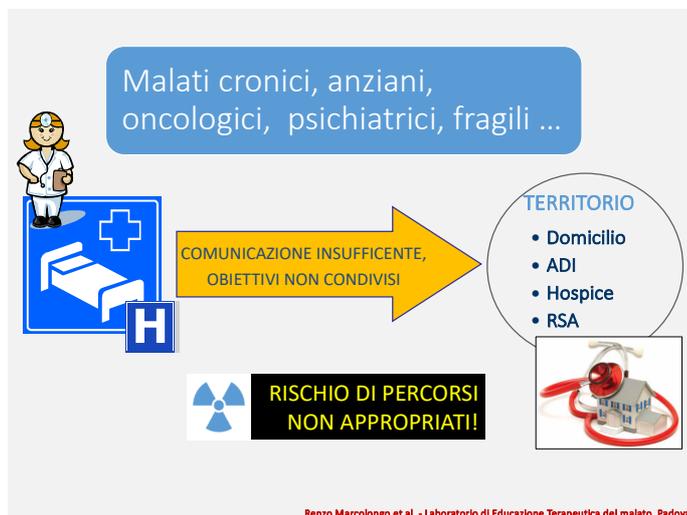


Fig.1: Alcuni rischi e difficoltà nella transizione ospedale-territorio

Ciò è in parte attribuibile all'insufficiente formazione e attitudine alla comunicazione di molti sanitari nei confronti dei propri assistiti ed anche degli altri operatori e professionisti del sistema; la cultura del lavoro di equipe e di rete non appare infatti ancora molto sviluppata tra il personale dei nostri servizi sanitari. Inoltre, tra i professionisti sanitari vi è spesso scarsa conoscenza reciproca o possono verificarsi delle sovrapposizioni o dei conflitti di ruolo e responsabilità, accentuati dalla progressiva frammentazione delle competenze. Infine, anche la propensione ad assumere un ruolo attivo e delle incombenze dirette sembra ancora piuttosto scarsa tra gli utenti che accedono ai servizi sanitari pubblici. La resistenza al cambiamento non è infatti un problema solo del personale sanitario: molti pazienti tendono infatti a preferire atteggiamenti di tipo passivo e puramente prescrittivo. Appare quindi evidente la necessità di sviluppare una visione più sistemica del percorso tra ospedale e territorio e di promuovere l'adozione di modelli organizzativi e comportamentali in grado di coinvolgere tutti (figura 2).



Fig. 2: L'ETP come strategia di sistema centrata sul coinvolgimento attivo del paziente e dei suoi caregiver nella gestione della malattia

## Salute e malattia in tempi di internet e social

Ad incrementare la complessità dello scenario contribuisce anche l'inarrestabile processo di mediatizzazione della società che, attraverso internet e i *social* ormai disponibili sul telefonino di tutti, ha globalizzato e omologato l'informazione di massa, condizionando idee e rappresentazioni collettive di salute, malattia e cure. Dal momento che però l'origine, indipendenza e affidabilità delle informazioni e dei dati presenti in rete non sono sempre trasparenti e tracciabili, viene spontaneo chiedersi se ciò abbia favorito o meno nella collettività un effettivo *empowerment*. In altri termini, per tutti è diventato sempre più difficile distinguere i "segnali utili e attendibili" dal un crescente "rumore mediatico" di fondo. Basti pensare all'onda emotiva e alla confusione suscitate dal turbine di notizie contraddittorie (la cosiddetta "infodemia") e di *fake news* intorno all'attuale pandemia e alla vaccinazione anti-COVID19. In un simile contesto informativo, è probabile che molte persone, invece di farsi un'idea chiara e obiettiva della situazione, finiscano per "credere" di aver capito lo stesso e fare poi delle scelte sbagliate o irrazionali (come sta accadendo per la vaccinazione anti-COVID19).

## Malattia, "luogo" d'incontro o di scontro?

Secondo Norbert Bensaïd, medico e giornalista parigino degli anni 70, "Ammalarsi significa cambiare e trasformarsi un po' in un'altra persona, ma, al tempo stesso, continuare a rimanere sé stessi, anche se in modo diverso rispetto a prima. D'altronde, se si smettesse di essere sé stessi, ci si perderebbe ... "(Bensaïd, 1978).

La malattia, mettendo a confronto con i propri "limiti" tanto il malato che chi lo cura, talora produce un sentimento di *disempowerment*, cioè di "perdita di potere", particolarmente quando si tratti di una condizione cronica e invalidante. Come di fronte a ogni altro "limite" della vita, anche nella malattia molti tendono ad isolarsi e ad entrare in conflitto con se stessi e gli altri. Riuscire a fare della malattia un "luogo" di incontro e condivisione grazie all'ETP, può invece facilitare nei pazienti l'avvio e l'evoluzione di quei processi di cambiamento e adattamento che permetteranno poi il recupero di un nuovo equilibrio, tale da permettere loro la ripresa della funzionalità fisica, psichica e sociale. Impostare un rapporto di cura "con" il paziente piuttosto che sulla sua malattia può quindi fare una grande differenza sia nella sua evoluzione che nell'esito della terapia. È opportuno ricordare che la parola "terapia" deriva dall'antico termine greco *θεραπεία* (radice sanscrita \**dhar-* = sostenere) che significa "rispetto", "servizio", da cui anche *θεράψω*, "aiutante", "colui che presta servizio" (Chantraine, 2009). In tale contesto la congiunzione "CON" implica infatti l'atto di "incontrarsi" e il "fare insieme". Al di là della sua indubbia utilità per paziente, l'ETP rappresenta quindi una sicura risorsa relazionale e motivazionale anche per il personale curante che si impegna a praticarla (Marcolongo, Bonadiman, 2004).

Concretamente, in che cosa consiste, allora, l'empowerment? Per emanciparsi e diventare effettivamente "capaci" è necessario acquisire delle "competenze". La competenza è il risultato dell'apprendimento di conoscenze ("sapere"), abilità motorie o cognitive ("saper fare") e di atteggiamenti/comportamenti ("saper essere"). È quindi evidente che la semplice trasmissione dati e concetti capaci di "dare forma" (informare) ad un pensiero non può essere di per sé sufficiente a costruire una competenza. Inoltre, una medesima informazione può produrre effetti diversi da una persona all'altra, a seconda delle sue conoscenze, esperienze, condizioni fisiche, mentali ed emotive. Il modo di recepire un'informazione può essere infatti profondamente condizionato da fattori di ordine linguistico, culturale, religioso, economico, ambientale e sociale. A differenza dell'informazione, l'ETP comincia invece con il "tirare fuori" (educare deriva dal latino *ex-ducere*, tirare fuori) quello che il paziente "conosce" e "sente" rispetto alla malattia. Si parte cioè da un atto "maieutico" che esplora i punti di forza (conoscenze e abilità corrette), ma anche i dubbi e punti deboli (concezioni e pratiche errate) del paziente al fine di renderli espliciti sia a lui, permettendogli una maggiore consapevolezza, che al curante, aiutando entrambi a raggiungere una visione comune della malattia e identificare insieme i contenuti di apprendimento da affrontare e gli obiettivi da raggiungere (Aujoulat et al, 2008). Ciascuno di noi interpreta la realtà secondo delle rappresentazioni mentali personali e il proprio mondo simbolico. È quindi illusorio pensare che, con una semplice "predica", un medico possa modificare nel paziente delle radicate convinzioni negative o errate sulla malattia e la cura. La

condivisione di quanto emerge dalla diagnosi educativa, oltre a rinforzare l'alleanza con il curante, verosimilmente aumenterà nel paziente anche la consapevolezza e la motivazione a curarsi.

Perciò, invece di iniziare subito a riempire un paziente di parole e spiegazioni, come molti curanti di solito fanno, conviene sempre fare prima una "diagnosi educativa", cioè una precisa ricognizione di quello che egli ha effettivamente compreso e accettato della malattia e la cura, e di come le stia concretamente affrontando (Coulter et al, 1993. Marcolongo, Rossato, 2009). Plutarco, antico storico greco, affermava che "la mente non è un vaso da riempire, ma un fuoco da accendere". Oltre che sul colloquio "maieutico" iniziale, la diagnosi educativa si basa anche sul ricorso a specifici strumenti (questionari, carte semantiche, prove pratiche, risoluzione di problemi, analisi ASCID, ecc.), che permettono di "mappare" oggettivamente i bisogni educativi del paziente, definire gli obiettivi d'apprendimento e progettare il percorso educativo-terapeutico (Bonadiman et al, 2006. Marcolongo et al, 2006. Leclerque, 2004).

## Gestire la malattia con competenza grazie all'ETP

Un paziente diviene "competente" (fig. 3) quando impara a gestire in modo corretto ed efficace la "sua" malattia, cioè è sufficiente che egli apprenda ciò che gli strettamente necessario per gestirsi in autonomia e sicurezza.

### Un malato è **competente** quando:

**Conosce:**

- la **propria** malattia
- i farmaci che assume, i loro **benefici** e non solo i **rischi**

**Attua *correttamente*:**

- Auto-sorveglianza
- la terapia domiciliare
- la comunicazione con carer e curanti

**Assume *autonomamente*:**

- atteggiamenti, decisioni e comportamenti appropriati nei diversi contesti e situazioni di vita



Renzo Marcolongo et al. - Laboratorio di Educazione Terapeutica del malato, Padova

**Fig. 3:** Competenze generali che il paziente dovrebbe acquisire dopo un'ETP efficace.

Prima di intraprendere un'attività di ETP, è necessario esplorare la disponibilità del paziente a prendervi parte, nel rispetto delle sue condizioni fisiche ed emotive. Solo una volta verificata l'esistenza di tali condizioni, secondo l'opportunità, si potrà optare per una soluzione individuale o di gruppo, definendone obiettivi e contenuti attraverso un "contratto terapeutico" personalizzato. Gli obiettivi d'apprendimento dovranno specificare le competenze che il paziente apprenderà per gestire in autonomia (*self-management*) la malattia e la cura nelle varie situazioni di vita quotidiana (casa, scuola, lavoro, tempo libero). Il contratto terapeutico dovrà fissare anche le "regole e i comportamenti di sicurezza" da osservare ("contratto di sicurezza" per la gestione del rischio clinico) una volta che il paziente venga dimesso dall'ospedale. Il tema del *Clinical Risk Management* (CRM) sta molto a cuore sia ai curanti che agli amministratori sanitari per le sue importanti implicazioni medico legali ed economiche. In tal senso, l'ETP offre un'impareggiabile opportunità per passare da una logica di "medicina difensiva" che, contrapponendo gli interessi del paziente a quelli del curante, tende a creare diffidenza tra le parti e ad alimentare contenziosi medico-legali, a quella della "medicina di sicurezza", che si basa sulla reciproca fiducia e la condivisione di obiettivi e scelte, tutelando gli interessi sia degli uni che degli altri (Marcolongo et al, 2008 e 2009).

Il successivo raggiungimento degli obiettivi fissati dal contratto dovrà quindi essere oggetto di regolari momenti di valutazione intermedia e finale, attraverso strumenti e tecniche che misurino l'apprendimento del paziente, senza però trascurare gli effettivi risultati clinici raggiunti nel controllo della malattia. La "valutazione educativa", oltre che sul percorso del paziente, fornisce, tra l'altro, anche importanti informazioni sulla qualità del programma educativo e sulla competenza degli educatori (D'Ivernois, Gagnayre, 2004).

In generale, la progettazione e realizzazione di un'attività di ETP richiedono molta concretezza e rigore, per cui, prima di intraprenderle è indispensabile porsi una serie di precise "domande operative" (tabella 1).

<b>Perché?</b>	- obiettivi del paziente? Obiettivi dei curanti?
<b>Per chi?</b>	- per quali pazienti? Per i <i>caregivers</i> ? Per entrambi?
<b>Con quali scopi?</b>	- finalità terapeutiche?
	- obiettivi "di sicurezza"?
<b>Dove?</b>	- in ospedale? Altrove? In che locali?
<b>Quando?</b>	- compatibilità con i tempi del malato e della sua famiglia?
	- compatibilità con i tempi dell'equipe e dell'unità operativa?
<b>Con chi?</b>	- quali le risorse professionali disponibili nel nostro contesto operativo?
	- livello di competenza pedagogica degli operatori coinvolti?
	- necessità di formare il personale?
<b>In che modo?</b>	- coordinamento con altre U.O. ospedaliere e territorio?
	- tecniche, strategie e strumenti didattici pertinenti
	- strumenti di valutazione?
	- sessioni individuali, collettive con altri malati, con i familiari del malato?
	- autoapprendimento del malato: strumenti informatici?
<b>Con che cosa?</b>	- budget, materiali e attrezzature didattiche, servizi di supporto, etc.

**Tab. 1:** Check list preliminare per intraprendere un'attività di educazione terapeutica (modificato da: Marcolongo R. et al: *Curare con il malato: l'educazione terapeutica come postura professionale*, collana *Finestre*. Torino: Edizioni CHANGE, 2006).

È necessario inoltre ricordare che l'impianto e la realizzazione di un programma di ETP, oltre a competenza e motivazione, richiedono al personale sanitario anche la capacità di assumere con i pazienti una corretta "postura" relazionale, nella consapevolezza che impegnarsi nell'ETP non si esaurisce nella mera e passiva applicazione di una serie di tecniche e protocolli pedagogici, ma implica un profondo cambiamento nella postura professionale e nella relazione di cura, che dovranno essere improntati alla costante attenzione a ciò che il paziente ha compreso e fa.

Tutto ciò richiede tuttavia motivazione, impegno e formazione. Intraprendere l'ETP significa infatti accettare una responsabilità e un impegno che vanno ben oltre la sfera del rapporto con il paziente e la sua famiglia, per riguardare e influenzare anche quello con i propri colleghi di lavoro, che non sempre sono disponibili e favorevoli a questo modo di impostare il rapporto di cura, e con l'istituzione stessa in cui si lavora, la quale tende a privilegiare altre priorità e non sempre è disponibile a sostenere questo tipo di iniziative. È quindi importante che chi decide di impegnarsi nell'ETP sia ben consapevole che ciò implica inevitabilmente anche il coinvolgimento in intense e non sempre facili dinamiche di cambiamento culturale e istituzionale.

## Bibliografia

- Aujoulat, I., Marcolongo, R., Bonadiman, L., & Deccache, A. (2008). Reconsidering patient empowerment in chronic illness: a critique of models of self-efficacy and bodily control. *Social science & medicine*, 66(5), 1228-1239.
- Bensaïd, N. (1978). *Autrement le même*; in N. Fresco (1995). *Un médecin dans son temps*. Paris: Seuil.

- Bonadiman, L., Gagnayre, R., Marchand, C., & Marcolongo, R. (2006). Utilisation de la carte conceptuelle en consultation médicale. *Education du patient et enjeux de santé*, 24(2), 46-50.
- Chantraine, P. (1968). *Dictionnaire étymologique de la langue grecque: histoire des mots*. Paris (1980-2009).
- Coulter, A., Entwistle, V., & Gilbert, D. (1999). Sharing decisions with patients: is the information good enough? *British Medical Journal*, 318(7179), 318-322.
- D'Ivernois, J. F., & Gagnayre, R. (2004). *Apprendre à éduquer le patient: approche pédagogique* (Vol. 4). Paris: Maloine.
- Guilbert, J. J. (1990). *Guide pédagogique pour les personnels de santé* (Vol. 35). Paris: Dominique Bédier.
- Leclerque, D. (2004). *Psychologie éducationnelle de l'adolescent e du jeune adulte*. Liège: Editions de l'Université de Liège.
- Marcolongo, R. (2004). Therapeutic Patient Education: The experience of an Italian Hospital. *TUFH Network Newsletter*, 1(23), 9-10.
- Marcolongo, R., Bonadiman, L., Rossato, E., Belleggia, G., Tanas, R., Badon, S., & Gagnayre, R. (2006). *Curare "con" il malato. L'educazione terapeutica come postura per il malato*. Torino: Edizioni Istituto Change, pp. 5-12.
- Marcolongo, R., & Bonadiman, L. (2002). Il percorso continuo della salute. *Quale ospedale per il XXI secolo*, 77-93.
- Marcolongo, R., & Bonadiman, L. (2004). Really "Expert patients" can "empower" doctors. *British Medical Journal*, 328(7442).
- Marcolongo, R., Bonadiman, L., & Gagnayre, R. (2008). Gérer le risque clinique avec le patient: Une contribution possible de l'éducation thérapeutique du patient. *Gestions hospitalières*, (477), 417-422.
- Marcolongo, R. et al, (2001). *Educazione Terapeutica per pazienti affetti da lupus eritematoso sistemico*; in AA (a cura di). *Educazione terapeutica: una risorsa per malati e curanti*. Venezia: Edizioni Marsilio, p. 127.
- Marcolongo, R., Moreni, P., Bonadiman, L. et al (2009). Coinvolgere il malato nella Gestione del Rischio Clinico attraverso l'Educazione Terapeutica. *Professione & Clinical Governance*, 6, 32-38.
- Marcolongo, R., Rossato, E. (2009). *L'educazione Terapeutica: valorizzare le risorse del malato*; in Fondazione Zoé (a cura di) *La comunicazione della salute. Un manuale*. Milano: Raffaello Cortina Editore, p. 158.
- Marcolongo, R., Rossato, E., Pavan, V., Laveder, F., Bonadiman, L., & Rigoli, A. M. (2001). Current perspectives of therapeutic patient education in Italy. *Patient Education and Counseling*, 44(1), 59-63.
- Regione del Veneto, Ricerca sanitaria Finalizzata n. 838/02/98, *Valutazione dell'impatto globale dell'educazione terapeutica sulla qualità dell'assistenza e sulla qualità di vita dei pazienti con mieloma multiplo ed altre paraproteinemie*, Azienda Ospedaliera-Università di Padova, responsabile Dr. Renzo Marcolongo.
- Tanas, R., Marcolongo, R., Pedretti, S., & Gilli, G. (2007). A family-based education program for obesity: a three-year study. *BMC Pediatrics*, 7(1), 1-10.
- W.H.O working group. World Health Organisation, Regional Office for Europe (1998). *Therapeutic Patient Education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases*, Geneva.