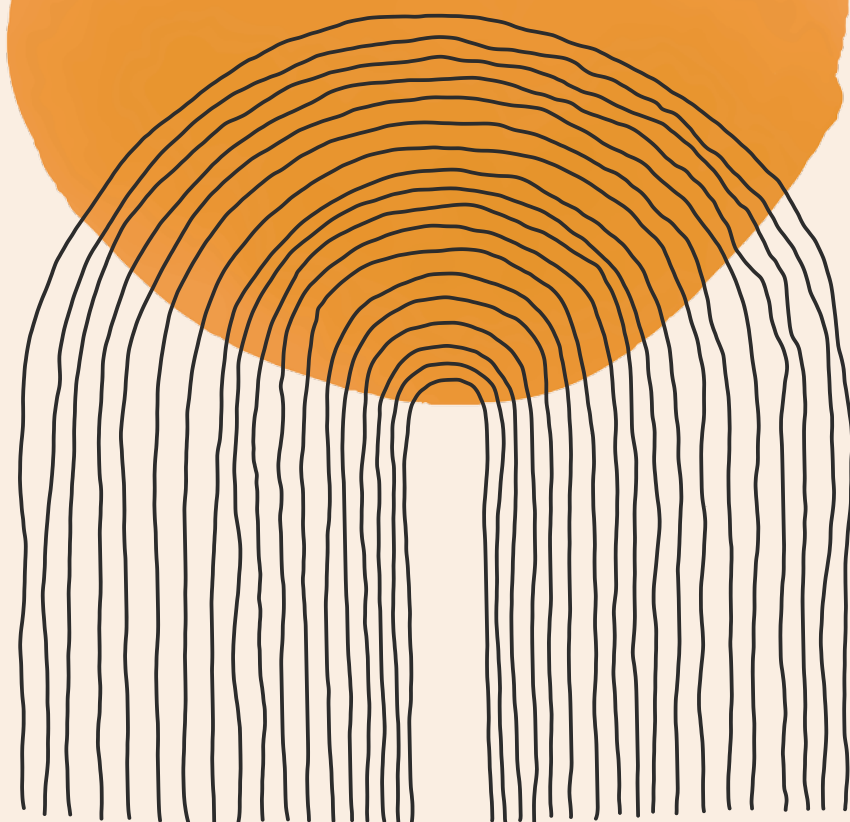


**#5**

**PROCESSI DEL CAMBIAMENTO  
E TECNICHE INTERATTIVE  
NELL'APPROCCIO  
MOTIVAZIONALE: STRUMENTI  
PER I PROFESSIONISTI  
E GLI EDUCATORI**



Giugno 2021



**PROCESSI DEL CAMBIAMENTO  
E TECNICHE INTERATTIVE  
NELL'APPROCCIO  
MOTIVAZIONALE: STRUMENTI  
PER I PROFESSIONISTI  
E GLI EDUCATORI**

I volumi sono stati realizzati a partire da un approfondimento del ciclo di Seminari Metaloghi organizzati da Luoghi di Prevenzione da giugno 2020 a maggio 2021.  
A cura di Sandra Bosi, Responsabile di Luoghi di Prevenzione.

*Autori dei temi trattati*

Carlo DiClemente, Giovanni Forza, Sandra Bosi

*Contributo editing*

Francesca Zironi, segreteria gestionale LdP

© Copyright 2021 Lega Contro i Tumori,  
sez. LILT di Reggio Emilia

*Realizzazione editoriale e progetto grafico*



Via A. Gherardesca, 1 - 56121 Ospedaletto-Pisa  
[www.pacinieditore.it](http://www.pacinieditore.it) - [info@pacinieditore.it](mailto:info@pacinieditore.it)

*Fotolito e Stampa*  
**IGP** Industrie Grafiche Pacini



*a Carlo DiClemente  
per l'eccellenza con cui da dieci anni  
segue le attività di Luoghi di Prevenzione*



---

# Indice

<b>INTRODUZIONE</b> .....	7
<b>TTM NEI LUOGHI DELLA PREVENZIONE</b> .....	9
Sandra Bosi e Giovanni Forza	
<b>TTM nella descrizione specifica</b> .....	11
<b>Gli stadi del cambiamento</b> .....	11
<b>Il “contachilometri”: gli indicatori/markers del cambiamento</b> ...	12
<b>I PROCESSI DEL CAMBIAMENTO</b> .....	15
Carlo DiClemente	
<b>Processi cognitivo-esperienziali</b> .....	15
<b>Processi comportamentali</b> .....	17
<b>STRUMENTI OPERATIVI</b> .....	19
<b>Introduzione</b> .....	19
<b>Ruolo del lavoro in rete e nei contesti</b> .....	19
<b>Gli Strumenti</b> .....	23
<b>Vademecum per la conduzione dell’intervento motivazionale sugli stili di vita a rischio in un contesto di rete</b> .....	25
<b>Training di autoregolazione del comportamento</b> .....	41
<b>Strumenti per il training di autoregolazione del comportamento</b> ...	51
<b>Esempi di esercitazioni interattive</b> .....	53
<b>CONCLUSIONI</b> .....	57
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	59





# Introduzione

Il metalogo è dedicato all'approfondimento dei processi cognitivo esperienziali e comportamentali nel cambiamento individuale e nei contesti educativi e formativi di gruppo.

Il Prof. Carlo DiClemente, Direttore del Laboratorio Habits Lab dell'Università del Maryland Baltimore County, affronta, nell'ambito del Modello Transteorico del cambiamento, il ruolo di processi e contesto, illustrando quali strumenti operativi possono essere utili al professionista che fornisce supporto motivazionale in campo educativo/formativo e di cura.

Il rapporto con il Prof. Carlo DiClemente che condivide una collaborazione decennale con Luoghi di Prevenzione, la cui metodologia interattiva costituisce una applicazione del suo modello, è una occasione per ripensare alcuni concetti chiave e riproporli come descrizione di un Modello Transteorico del cambiamento intenzionale e delle sue applicazioni

Destinatari e modalità di realizzazione:

- Professionisti della salute interessati a conoscere o approfondire il TTM (Modello Transteorico del Cambiamento intenzionale dei comportamenti disadattivi);
- Professionisti coinvolti nella realizzazione del nuovo Piano della Prevenzione;
- Cultori della materia.

Modalità:

interventi di inquadramento generali del tema sono di supporto a una parte esperienziale fortemente collegata ai processi del cambiamento intenzionale che riguardano individui, gruppi, decisori e pianificatori in ambito della promozione della salute. L'obiettivo è didattico, metodologico e pratico. La componente esperienziale approfondisce alcuni strumenti che possono essere usati in determinati contesti e affrontata in modo condiviso, arricchito dalle competenze dei molti professionisti che collaborano ai quaderni dei Metaloghi.



# TTM nei Luoghi della Prevenzione

Sandra Bosi e Giovanni Forza

Il modello si riferisce a osservazione e previsione euristica del cambiamento intenzionale; descrive come cambiano le persone quando decidono di cambiare, dal punto di vista della persona che cambia.

Il cambiamento volontario avviene se le persone:

- sono interessate, preoccupate e concentrate sui loro bisogni, sui loro vissuti rispetto al percorso di cambiamento;
- sono convinte che il loro migliore interesse è cambiare e che i benefici supereranno i costi;
- organizzano un piano d'azione che si impegnano a realizzare;
- eseguono le azioni necessarie per ottenere e mantenere il cambiamento.

Il TTM si sviluppa in quattro dimensioni:

- Stages (gli Stadi del cambiamento): precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione, mantenimento
- **Processi cognitivo-esperienziali e comportamentali del cambiamento.** I processi cognitivo-esperienziali includono le aree del pensiero e del “sentire cosa e perché si dovrebbe cambiare”. La loro applicazione si focalizza in un aspetto specifico della metodologia di Luoghi di Prevenzione definita “Obiettivo di cambiamento o obiettivo di salute” (intendendo per salute lo stato di benessere soggettivo che ogni individuo ha di se stesso).
- **Markers** (indicatori) del cambiamento: bilancia decisionale (vantaggi e svantaggi nel mantenimento del comportamento praticato o nell'affrontare il cambiamento) e autoefficacia che riprende la descrizione del concetto trattato da Bandura (Bandura 1978; 1997).
- Contesto del cambiamento: aree funzionali che completano, complicano o facilitano il cambiamento: situazione di vita individuale, credenze, attitudini, relazioni interpersonali, valori di riferimento, sistema sociale, persistenza delle caratteristiche identitarie.

Il cambiamento dei comportamenti disadattivi è oggi una sfida per la promozione della salute ed interessa tutti: non solo i “tecnici”, ma le persone, i cittadini.

I disturbi che condizionano la salute sono spesso legate a comportamenti disadattivi: in particolare vita sedentaria e non adeguata pratica regolare di attività fisica, tabagismo, uso problematico di alcol e altre sostanze psicoattive, alimentazione scorretta.

L'esposizione ad una situazione epidemica grave e inaspettata ha posto in evidenza quanto per i comportamenti, semplici accorgimenti quotidiani, rappresentino un fattore protettivo o di rischio anche per la prevenzione di infezioni acute. Da comportamenti inadeguati protratti nel tempo deriva l'aumento di molti tumori, cardiopatie, malattie respiratorie, diabete. Mentre la medicina prosegue la sua corsa a fornire risposte tecnologiche, talvolta a posteriori, la prevenzione efficace inizia dal cambiamento intenzionale di comportamenti a rischio: c'è una responsabilità del cittadino nella tutela della propria salute con il supporto della comunità (Greenhalgh et al. 2020).

Il termine “paziente” è improprio perché implica una passività quando il processo di cambiamento richiede un coinvolgimento attivo della persona consapevole e determinata.

I professionisti della salute, nel percorso dalla Carta di Ottawa a quella di Shangai (World Health Organization 1986; 2017), promuovono e diffondono strumenti per una reale e cosciente presa di responsabilità, affermando il concetto di “prevenzione attiva” e “salute soggettiva”.

Il modello di riferimento ha studiato come le persone cambiano, ed in particolare come cambiano per conseguire comportamenti più salutari a loro consoni. Costituisce una evoluzione ed un approfondimento della Teoria del cambiamento sviluppata da Carl Rogers (C. Rogers 2015).

“Carl Rogers, psicoterapeuta americano, intorno agli anni '40 ha sviluppato una metodologia d'aiuto basata sul concetto di non direttività. La terapia centrata sul cliente (Rogers volutamente abbandona il termine paziente per sottolineare l'assoluta parità tra cliente e agevolatore) divenuta, in un secondo momento, “approccio centrato sulla persona”. Il suo pensiero parte dal presupposto che ogni individuo possieda la capacità di auto-comprendersi, migliorare trovar soluzioni alle proprie difficoltà.

L'approccio centrato sulla persona si fonda sul valore predominante dell'esperienza di ogni essere umano e stimola ogni individuo ad assumersi la responsabilità delle proprie scelte e dei propri vissuti. “Il vecchio concetto di “terapia centrata sul cliente” ha lasciato il posto” all'approccio centrato sulla persona”.

Uno dei concetti fondamentali della teoria di Carl Rogers è quella di “tendenza attualizzante”, con questo termine si intende la capacità intrinseca nell'essere umano di orientarsi selettivamente e in modo diretto verso il completamento e l'attualizzazione delle proprie potenzialità.

In un articolo del 1978, Carl Rogers descrive la tendenza attualizzante.

“Abbiamo a che fare con un organismo che è sempre motivato, è sempre intento a qualcosa, che cerca sempre qualcosa. La mia opinione è che c'è nell'organismo umano, una sorgente centrale di energia e che tale sorgente è funzione di tutto l'organismo, non solo di una sua parte. Il modo migliore per esprimerla con un concetto è di definirla tendenza al completamento, all'attualizzazione, alla conservazione ed al miglioramento dell'organismo”. (C. Rogers 1978)

Carl Rogers individua tre condizioni fondamentali perché la relazione d'aiuto abbia successo e si crei il clima di fiducia indispensabile al cliente per procedere verso una chiarificazione e accettazione dei suoi vissuti emotivi e della sua esperienza, a qualsiasi livello.

Queste condizioni sono:

- Empatia
- Autenticità
- Accettazione incondizionata

**Empatia:** l'empatia è la capacità di sintonizzarsi e comprendere gli stati emotivi e cognitivi del cliente. Questa capacità richiede una buona dose di attenzione e sensibilità nell'accogliere i vissuti dell'interlocutore, anche quando questi possono divergere profondamente per esperienza, valori o idee dai nostri.

La capacità di sentire il mondo dell'altro e accettarlo come unico e irripetibile.

L'empatia è strettamente connessa alla sospensione del giudizio e di ogni forma di interpretazione. Rogers sostiene che l'empatia dissolve l'alienazione riportando l'essere umano al centro della sua esperienza. Comunicare l'empatia è molto importante per Rogers, perché genera quel particolare senso di riconoscimento della propria esperienza, che fa sentire

l'altro alleviato dalla solitudine esistenziale. L'altro può cogliere la dimensione della condivisione dell'esperienza, ciò è di per sé una esperienza nutriente sia sul livello cognitivo che emotivo. L'empatia produce dei cambiamenti e porta ad una maggiore auto accettazione. "L'empatia aiuta il nostro interlocutore a diventare più consapevole delle proprie emozioni", è noto come essere a contatto con i propri processi emotivi costituisca una componente fondamentale della salute mentale, nel senso che le emozioni possiedono molte qualità adattive che guidano e dirigono le persone nel poter accedere e nel poter riconoscere i propri bisogni e desideri. (Giusti-Locatelli – Empatia integrata).

**Autenticità:** il concetto di autenticità riguarda la capacità di essere spontanei e trasparenti nelle relazioni. Mostrare ciò che realmente c'è, senza, ad esempio, nascondersi dietro il ruolo che in quel momento stiamo ricoprendo. Essere autentici vuol dire esprimere solo ciò che realmente corrisponde al proprio sentire, evitando frasi stereotipate e restando in contatto empatico con il nostro interlocutore.

**Accettazione incondizionata:** l'accettazione dei vissuti e delle esperienze, astenendosi da ogni forma di interpretazione e/o giudizio, accettare la realtà esistenziale dell'altro e valorizzare l'altro per ciò che è. Accettazione non vuol dire condivisione o approvazione incondizionata di idee, opinioni e sentimenti diversi dai nostri, bensì il riconoscere all'altro la libertà di provarli; è una forma di rispetto profondo dell'altro da sé, un modo di essere dell'agevolatore che contribuisce a dare alla relazione la qualità imprescindibile della comprensione profonda. "La maggior parte degli errori che faccio nelle relazioni interpersonali, la maggior parte dei fallimenti cui sono andato incontro nella mia professione, si possono spiegare col fatto che, per qualche motivo di difesa, mi sono comportato in un modo, mentre in realtà sentivo in un modo del tutto diverso" (C.R. Rogers 2007).

Le tecniche sono utili ma non efficaci se disgiunte dalle qualità umane di chi ascolta. L'esperienza dell'ascolto e della presenza rende più nutriente il nostro modo di essere al mondo e di vivere le relazioni non soltanto professionali ma anche personali" (*tratto da Wikipedia*).

## TTM nella descrizione specifica

L'assunto è che, qualunque sia il tema del cambiamento (smettere di fumare, iniziare a fare attività fisica, etc...), ogni persona cambia seguendo un percorso comune e prevedibile; ha pertanto un carattere euristico (James O. Prochaska e DiClemente 1984; DiClemente 2006). Questo non implica che il cambiamento avvenga in modo uguale per tutti: molte persone possono impiegare anni per portarlo a termine con successo il loro percorso.

Il movimento non è lineare: in alcuni momenti si torna indietro e può trascorrere molto tempo per passare da un periodo all'altro.

Nel contesto italiano, il modello transteorico è più conosciuto come modello della motivazione che ha diffuso due componenti in modo particolare, gli stadi e gli indicatori.

La presentazione descrive nella prima parte stadi e indicatori, approfondendo con la relazione del Prof. DiClemente, il ruolo dei Processi nei percorsi di cambiamento intenzionale.

## Gli stadi del cambiamento

Nell'ottica della motivazione, la motivazione non è un tutto o nulla: varia in un continuum da "nessuna motivazione a cambiare" a "motivazione a mantenere in modo definitivo il cam-

biamiento ottenuto”.

Avviene seguendo un percorso segmentabile in cinque stadi:

- *Precontemplazione*: la persona non ha nessuna motivazione a cambiare in un arco di tempo preciso. Non è consapevole del problema o, se lo è, non appare preoccuparsene o ritiene frustrante occuparsene, spesso avendo già sperimentato tentativi non riusciti.
- *Contemplazione*: la persona è preoccupata e dichiara che potrebbe cambiare anche se non nell'immediato (ma in un tempo approssimativo di sei mesi); valuta e soppesa i motivi per farlo per sé stesso, per i propri legami affettivi, per la società; ma non ha ancora preso una decisione.
- *Preparazione (o Determinazione)*: la persona matura la decisione di cambiare in un breve arco di tempo (circa trenta giorni); impegnarsi di fare, assume la responsabilità del cambiamento, fissa una data di inizio, cerca i possibili aiuti e pianifica gli aspetti necessari ad attuare il cambiamento.
- *Azione*: la persona ha iniziato a cambiare nell'arco degli ultimi sei mesi, sente tutte le difficoltà dell'attuare il nuovo comportamento; evita le tentazioni o trova nuove soluzioni a situazioni che avrebbe risolto con il comportamento precedente; rivede i piani, se necessario, e guadagna fiducia nel potercela fare.
- *Mantenimento*: la persona ha cambiato comportamento da diverso tempo (più di sei mesi); attua le nuove strategie in modo sempre più automatico ed è preoccupata di non ricadere; è soddisfatta dei risultati ottenuti e, col passare del tempo, pensa sempre meno al comportamento lasciato e crea un nuovo stile di vita mancando il comportamento disadattivo e pieno del nuovo comportamento più adattivo.

La via del cambiamento è tracciata e gli stadi costituiscono i diversi territori da attraversare per giungere alla nuova destinazione.

I cinque stadi sono suddivisi in due grandi gruppi: il primo è caratterizzato dal fatto che *la persona decide se cambiare o meno*, “pensa” al cambiamento prima di attuarlo: precontemplazione, contemplazione, preparazione (determinazione) (P/C/P).

Il secondo gruppo mette assieme gli *stadi in cui si attua il cambiamento* stesso: azione e mantenimento (A/M).

Esiste un legame fondamentale fra i due gruppi: il cambiamento è più solido se è prima ben pensato e poi ben attuato. Pensare senza attuare porta allo scoraggiamento ed impedisce il cambiamento (“So che non va bene, ma non riesco a cambiare...”). Attuare senza averci pensato sottovaluta le difficoltà a cambiare (“Dopo l'infarto, mi hanno consigliato di fare una attività fisica moderata, ma non so da dove cominciare”).

Il modello si pone il problema di prevenire e fronteggiare la ricaduta, cioè l'eventualità di poter riprendere il comportamento precedente (ritornare sedentari, mangiare in modo scorretto, trasgredire alle regole che ci si è dati, ricominciare a bere alcolici o fumare).

## Il “contachilometri”: gli indicatori/markers del cambiamento

Per misurare il cammino svolto si dispone di due indicatori, che sono i “contachilometri” del percorso:

- *Bilancia decisionale*: è la misura della motivazione al cambiamento nella fase P/C/P; per giungere alla decisione di cambiare si soppesa la forza dei motivi a favore o sfavore del

comportamento attuato. Le persone in precontemplazione hanno di fatto solo motivi per continuare a fare quello che stanno facendo, le persone in contemplazione presentano una bilancia quasi equilibrata, per cui restano nell'indecisione; nella determinazione il piatto del cambiamento pesa decisamente a favore del cambiamento. Spesso c'è ambivalenza che può esistere per tanto tempo prima di fare arrivare alla decisione di cambiare

- *Autoefficacia*: è la misura della fiducia di poter affrontare i momenti di tentazione senza ricadere. Dipende quindi da quanto forti vengono percepite le tentazioni (si può misurare anche in questo modo) e dalla convinzione che le strategie per fronteggiare le tentazioni siano efficaci.

Dovrebbe crescere con il tempo, tenendo conto che, in questa accezione, per autoefficacia, si intende "la consapevolezza di quali risorse si dispongono per conseguire un determinato obiettivo e di quali risorse e strumenti servono/mancano per ottenerlo". Non ha, dunque, niente a che fare con l'autostima.

L'indicatore molto sensibile al cambiamento che avviene nella fase A/M.

Nelle fasi iniziali si sviluppa la bilancia decisionale, registrando un sempre maggiore peso delle motivazioni a favore del cambiamento; quando si entra in azione questo indicatore passa il testimone all'autoefficacia, che dovrebbe crescere con il passaggio in mantenimento.

Il modello transteorico si presenta come un approccio di notevole estensione e complessità, anche nell'apparente semplicità del modello degli stadi. La definizione dello stadio aiuta la persona e l'operatore a definire sinteticamente in che momento del percorso di cambiamento si trova la persona. Gli indicatori confermano la collocazione negli stadi e quantificano in modo più preciso il procedere del cambiamento.

Precontemplazione, Contemplazione e Determinazione costituiscono la fase di Preazione, la fase che permette di affrontare con successo, i passaggi successivi di Azione e Mantenimento dei risultati raggiunti.

Ma i veri motori del cambiamento sono i processi.





# I processi del cambiamento

Carlo DiClemente

I processi rappresentano capacità, abilità ed esperienza delle persone descritti nelle diverse metodologie psicologiche e psicoterapeutiche (il TTM si definisce transteorico perché attraversa le diverse teorie che spiegano come avviene il cambiamento). Spesso interagiscono l'uno con l'altro e vanno ad agire sugli stadi, modulando il comportamento (Mary Marden Velasquez et al. 2019; DiClemente 2018).

I processi sono il motore, il meccanismo che facilita o ostacola il percorso del cambiamento. Sono i motori del controllo del comportamento individuale (Rosen 2000; J. O. Prochaska e DiClemente 1983) C.C. DiClemente, & J.C. Norcross, 1992.

È necessario siano rivolti a un bersaglio preciso, per ottenere l'obiettivo a cui l'individuo tende.

Il cambiamento è un cammino di apprendimento, consapevolezza: il processo è attivato dalla persona e accresce o diminuisce la motivazione.

Ogni processo riproduce esperienze o attività della persona nel suo contesto di vita.

Possiamo analizzare nel dettaglio i processi del cambiamento, che suddivideremo anche essi nelle due fasi P/C/P (processi cognitivo-esperienziali) e A/M (processi comportamentali) (DiClemente 2018; Perz, DiClemente, e Carbonari 1996).

Il modello li suddivide in due gruppi:

## Processi cognitivo-esperienziali

- Processi correlati al passaggio dalla precontemplazione alla contemplazione:
  - **Aumento di consapevolezza:** "So di avere un problema con le sigarette che mi rendono difficile la riduzione"

"Cosa ne dice se le do qualche notizia sui danni del fumo per il cuore?". Anche questa è una strategia per attivare la persona, attribuendole la responsabilità di voler essere informata. Responsabilità ed empowerment si collegano fortemente nel modello.

La presa di coscienza è l'esperienza personale di consapevolezza, comprensione, acquisizione di una nuova conoscenza.

È il centro di quanto si spera che l'intervento ottenga, offrendo supporti che potenzino autodeterminazione e autoefficacia.

- **Attivazione emotiva:** "Ne sono preoccupato"

Il modello transteorico coniuga aspetti affettivi, cognitivi e comportamentali. È appunto "transteorico". La consapevolezza razionale da sola non basta: ha valore se suscita una reazione nella persona. Siamo tutti coscienti che impariamo meglio le cose che ci interessano. Questa "saliienza", nell'ambito della prevenzione e promozione della salute, si traduce in "preoccupazione". Le attuali ricerche neurobiologiche ci dicono come questa attivazione emotiva sia un forte motore per la presa di decisione.

Aumento di consapevolezza ed attivazione emotiva sono in rapporto dialettico: l'una deve

richiamare l'altra per essere entrambe efficaci. La consapevolezza senza preoccupazione non promuove il cambiamento. Altrettanto per la preoccupazione che non porti alla "curiosità" di saperne di più sulla propria salute. Quindi, anche se abbiamo detto che l'attivazione dei processi è sequenziale, vedremo spesso che, all'interno delle fasi di transizione fra uno stadio e il successivo, essi interagiscono e si potenziano fra loro. L'attivazione esprime sentimenti e forti emozioni correlate a comportamento e cambiamento che influenzano l'interesse e il coinvolgimento della persona. Le emozioni sono implicate anche nel processo di rivalutazione. Tuttavia, c'è spesso una diretta e persuasiva esperienza di emozioni forti che ne fa sentire l'appetibilità. La rivalutazione è rielaborazione. L'attivazione emotiva è un processo drammatico. Smuove e muove l'individuo in un qui ed ora "quick/dirty", rapide e veloci: questo è il carattere delle emozioni a cui fa appello la pubblicità, il genere di film horror, la scelta di immagini che commuovono nel marketing sociale (come l'uso di immagini di bambini indifesi). Social media e pubblicità si appellano alle emozioni più che ai pensieri rielaborati. La psicologia della forma ha focalizzato il "percepire" come bussola del cambiamento, più duraturo se sostenuto da pensieri e valutazione delle emozioni che li condizionano.

· Processi correlati al passaggio da contemplazione a preparazione

I tre successivi processi sono in pratica l'esplicitazione di cosa l'indicatore "Bilancia decisionale" va a pesare.

Un solo motivo, da solo, può spingere la persona a cambiare (o a restare ferma) anche se sull'altro piatto della bilancia i motivi sono molto più numerosi. Nell'esplorare i motivi del cambiamento, dobbiamo promuovere nella persona la valutazione di quanto questi sono importanti. In questo senso i tre processi che seguono sono l'esplicitazione dell'attivazione emotiva: "Sono preoccupato in questa misura per questo motivo".

- **Autorivalutazione:** comprende la selezione e la valutazione di informazioni, esperienze e valori personali in relazione al comportamento obiettivo del percorso di cambiamento. Include pensieri, credenze, emozioni/ sentimenti sul comportamento e sulla prospettiva di cambiamento. Include gli standard personali, il confronto con gli altri, credenze, valori culturali e sociali. Valutare significa mettere insieme standard personali, sfera relazionale e sfera sociale. Si prova a descriverlo con un esempio:

"Sono preoccupato per me stesso"

Sono orientato a cambiare perché questo è in accordo con i miei valori, con ciò che ritengo importante per me. "Mi piace l'immagine dell'uomo sicuro che fuma" non promuove certamente il cambiamento. "Sono uno stupido: continuare a bere sulla cirrosi vuol dire morire. Non mi piace essere stupido" promuove il cambiamento. Se noi dicessimo alla persona che è stupida commetteremmo un errore grossolano. Se valorizziamo il fatto che se lo dica da sé, promuoviamo un "dialogo per il cambiamento": "Pensa che sia stupido farsi del male da sé...". Ancora una volta, il modello ci invita a rendere espliciti i giudizi che la persona dà di se stessa.

Spesso nel cercare motivazioni usiamo delle frasi generiche: "Bere alcolici fa male alla salute...". Certo, è vero, ma in che senso si applica a te? Come si accorda con i tuoi valori? "Fumare costa un sacco di soldi...". Verissimo, ma cosa ne faresti invece di quel denaro, a cosa servirebbe meglio nella tua vita?"

C'è bisogno di approfondire pensieri, emozioni/sentimenti individuali e valutare se il cambiamento o il comportamento in atto sono percepiti come "positivi" dalla persona che cambia; quanto ostacolino o si allineino con i suoi valori, quanto siano allettanti rispetto a come la persona si autovaluta.

Argomenti pro o contro il cambiamento si collocano in questa fase del percorso di cambia-

mento: spesso la comunicazione pubblicitaria è fonte di autorivalutazione, insieme a influenze sociali e emozionali.

- **Rivalutazione ambientale:** È un processo simile all'auto rivalutazione nei suoi meccanismi e funzioni; ma il focus delle considerazioni si riferisce al contesto. Valori e rivalutazione soggettiva includono l'importanza degli altri (social) e dell'ambiente (contesto generale). Il processo include valori, credenze, pensieri, emozioni. Si fornisce un esempio: "Sono preoccupato per i miei cari"

Sono orientato a cambiare perché colgo la preoccupazione delle persone che mi sono care per il mio comportamento. Guardo negli occhi mia figlia quando mi accendo una sigaretta e mi sento in colpa. Spesso abbiamo la tentazione di dire alla persona: fallo per te stessa. Ma molte persone trovano più facile iniziare a pensare agli altri. Inoltre questo processo ci aiuta anche nella ricerca di strategie di fronteggiamento alle tentazioni, collegandosi al processo più avanzato delle "relazioni di aiuto".

- **Liberazione sociale:** pubblicità e marketing sociale possono influire su questo processo. Le campagne che mettono in luce la relazione fra aspetti generali e attribuzioni individuali tentano di influenzare le decisioni. Ad esempio: "Sono preoccupato per il benessere della società: le polveri sottili aumentano e io fumo troppo".

Il cambiamento a cui sto pensando si inserisce in una dimensione più vasta di cambiamento sociale. Partecipo alla costruzione di una società migliore. L'esistenza di questo processo è stata percepibile, in Italia, al momento della applicazione delle leggi per il divieto di fumo nei locali pubblici: questa legge ha trovato l'approvazione anche dei fumatori in percentuali altissime. Oggi, in un ambito del tutto diverso, forse lo è in un contrasto d'emergenze epidemica. Si è più consapevoli che si può influenzare e essere condizionati dal contesto.

## Processi comportamentali

### Correlati al passaggio da preparazione ad azione

- **Autoliberazione:** "Sono responsabile di cambiare"

Assumo la responsabilità della scelta di cambiare (o di non cambiare). Nel campo della prevenzione e della promozione della salute le persone manifestano spesso una difesa "fatalistica": "se deve capitare l'infarto, mi verrà anche se non fumo...". Non sono io che controllo la mia vita, che autoregolo i miei comportamenti, che promuovo la mia salute: è la sfortuna, il caso. Punto focale di questo processo è riportare a me le decisioni che riguardano la mia vita. Siamo di nuovo a responsabilità ed empowerment. In questo processo è implicita anche la costruzione di un progetto di cambiamento: quando inizio, con quali tappe e scadenze? Non si tratta solo di dire "Smetto quando voglio" ma: "Sto preparando le condizioni per cambiare". In questo senso riprendo in mano la mia vita.

- **Relazioni di aiuto:** "Cerco l'aiuto degli altri" specificamente focalizzato sul questo cambiamento. Non è solo supporto sociale generale.

### Correlati al passaggio dall'azione al mantenimento

- **Controllo dello stimolo:** "Evito le tentazioni"

In ambito comportamentista il controllo dello stimolo si attua con l'evitamento, ma anche

con alterazione dello stimolo stesso (posso evitare il caffè per non fumare, ma posso anche bere un orzo...), come anche il mettersi dei richiami che ricordino il cambiamento che voglio attuare (una foto di mia figlia in ufficio, per ricordarmi di non fumare quando faccio pausa). Questo processo è molto importante nelle fasi iniziali dell'azione: non andare al bar, non passare davanti al tabaccaio... interrompere le vecchie abitudini che portavano al comportamento problematico.

· **Controcondizionamento:** "Cerco soluzioni diverse dal passato"

Molte circostanze non posso evitarle. Posso non passare davanti al tabaccaio, ma se sono abituato a fumare quando sono nervoso la prima soluzione non è sufficiente. Dovrei trovare risposte diverse (es: mi iscrivo ad un corso di mindfulness, mi concedo lunghe camminate, ascolto musica rilassante..)

Il cambiamento è dirompente, va a scontrarsi con abitudini cristallizzate, con momenti di tentazione imprevisti.

Il controcondizionamento si potenzia con l'avanzare dello stadio di azione.

· **Gestione del rinforzo:** "Sono proprio contento di essere cambiato"

La salienza dell'obiettivo raggiunto è cruciale per la sua stabilizzazione. Se all'inizio prevale la preoccupazione per la salute, al termine l'obiettivo si stabilizza "sentendo" effettivamente ed affettivamente che ho fatto quello che volevo, ne sono soddisfatto. Posso anche trovare rinforzi più materiali per aver cambiato o per rinforzare il lavoro di cambiamento. Posso usare i soldi che dovrei spendere per le sigarette per comprare qualcosa che mi piace.

Con il passare del tempo i processi divengono sempre più parte del nuovo modo di essere della persona, automatici, inconsapevoli, acquisiti.

# Strumenti operativi

## Introduzione

Professionista e motivazione:

Compito del professionista è accompagnare la persona nel costruire la propria motivazione al cambiamento, prendendo in considerazione l'idea di cambiare (contemplazione, determinazione) e acquisendo in modo stabile il nuovo comportamento (azione, mantenimento). Non si può applicare un intervento stereotipato per tutti.

Si è chiamati a:

- definire l'obiettivo preciso dell'intervento: questo può trovare applicazione nei soggetti che si trovano "costretti" ad un cambiamento per un evento indipendente dalla loro scelta intenzionale: ad esempio guidatori fermati in stato di ebbrezza, fumatori ricoverati per un infarto al miocardio, donne in gravidanza, persone con malattie croniche costrette a cambiare il loro stile alimentare... o, più comunemente, anche persone che ricevono sollecitazioni dal medico di medicina generale, o dal medico competente, sulla opportunità di rinforzare o correggere comportamenti in uno stato di benessere;
- utilizzare gli strumenti: informazioni che possano attivare emotivamente, l'analisi dei pro e dei contro, la consapevolezza di cosa quel cambiamento comporterebbe nella propria vita rispetto a valori, emozioni che suscita, pensieri associati;
- contribuire a cambiare il comportamento delle persone già motivate a farlo, analizzando insieme tentazioni a mantenere/riprendere il comportamento disadattivo, e le opportune strategie di fronteggiamento;
- pianificare un percorso complessivo, consapevoli che le prime azioni precedono le altre.

Il modello non usa strumenti predefiniti; invita a dare un ordine, una successione logica degli interventi stessi, in modo da accompagnare e sostenere il percorso di motivazione.

## Ruolo del lavoro in Rete e nei Contesti

Il modello può essere applicato alla persona singola da parte di un operatore della salute, ma può aiutare ad organizzare il lavoro sanitario come sistema.

Di fatto il processo del cambiamento di comportamenti disadattivi complessi raramente coinvolge un solo professionista.

Il Sistema Sanitario è l'occasione per ricevere messaggi sulla propria salute e stimoli che possono promuovere o meno il cambiamento.

Il modello transteorico si è naturalmente aperto ad una evoluzione nel corso del tempo:

- inizialmente è stato applicato al cambiamento dei comportamenti disadattivi, in particolare come facilitazione della motivazione individuale alla cessazione di comportamenti a

rischio per la salute, quali il fumo di sigaretta, il consumo problematico di alcolici o altre dipendenze patologiche (J. O. Prochaska e DiClemente 1983).

- il cambiamento di un comportamento disadattivo può implicare una cessazione, la motivazione all'inizio di un nuovo comportamento (ad esempio: praticare attività fisica regolare) oppure la modificazione di un comportamento già esistente (ad esempio: seguire un'alimentazione più corretta). I diversi cambiamenti (iniziare, cessare, modificare) condividono il medesimo processo di cambiamento, con un progredire dalla precontemplazione al mantenimento.
- L'applicazione del modello transteorico alla promozione della salute è quasi immediata: possiamo cioè accompagnare la persona (in questo caso non portatrice di una patologia) per un miglioramento delle sue prospettive e della sua qualità di vita (Evers et al. 2006; Mary M. Velasquez et al. 2009; Floyd et al. 2007; Mary M. Velasquez et al. 2017).

Il modello può essere applicato anche in azioni di promozione della salute non specificamente sanitarie, ad esempio donazione di sangue, l'adesione al volontariato o a campagne di marketing sociale (DiClemente 2018; J. M. Prochaska, Prochaska, e Levesque 2001).

- la formazione degli operatori e la pianificazione degli interventi preventivi e educativi secondo una logica di rete intersettoriale. Risulta molto pratico applicare i processi del cambiamento in queste situazioni: ad esempio l'attivazione emotiva influenza la comunicazione pubblicitaria e non solo, il rapporto operatore sanitario, educatore allievo sono fortemente influenzati da contesto e modalità di intervento che pongano veramente la persona al centro. Esistono oggi diverse esperienze di organizzazione del lavoro di prevenzione secondo l'ottica transteorica, con la possibilità di operare una valutazione di efficacia non solo sui comportamenti, ma anche sulla motivazione (attitudini, intenzioni) in questo complesso affascinante e ancora poco esplorato mondo.

Ritorniamo ora al nostro quesito iniziale. Medici iperspecialisti o popolazione più responsabile per la propria salute?

Nel campo della salute stiamo assistendo ad un momento di transizione importante e delicato, ricco di opportunità. Si presenta con due movimenti, apparentemente in contrasto, ed è quindi fortemente dialettico.

Il primo movimento è rappresentato dalla crescente tecnicizzazione degli interventi sanitari. Sono sempre più complessi e sofisticati, anche costosi, sia nelle procedure diagnostiche sia nelle terapie. Possiamo giungere a studiare nel dettaglio comportamenti cellulari, o addirittura di specifici recettori sulla membrana di superficie della cellula. Il livello di analisi che possiamo mettere in campo per definire quasi tutte le malattie è vertiginosamente crescente, con ricadute importanti a vantaggio della salute. D'altra parte questo ha riflessi sulla iperspecializzazione, per cui non è più possibile che un singolo operatore padroneggi da solo tutto l'immenso scibile di informazioni oggi disponibili e gli stessi dati che le analisi mettono a disposizione. Si rischia di perdere il momento di sintesi, quello per cui aveva un grande valore predittivo chiedere alla persona "Come si sente?" e il valore della risposta sintetica che la persona poteva fornire. Anche per la persona curata è difficile, dai risultati delle tante informazioni per la propria salute, capire "come si sente", e quindi prendere decisioni per sé, per il proprio benessere, per la propria cura.

Vi è un secondo movimento per cui, in questo contesto di crescente complessità, si chiede alla persona di essere partecipe dei processi di cura. Non accettiamo più di "subire" le cure mediche e sanitarie, vogliamo poter scegliere cosa fare, valutandone in prima persona i costi ed i benefici. È un movimento positivo, se ci si rende responsabili di questo bene prezioso: nessuno più di noi stessi può giudicare se accettare o meno un trattamento che

comporta alcuni rischi e presenta potenzialità, ma non sicure certezze, di beneficio. Ma anche questo movimento non è esente da rischi: in base a quali informazioni prenderò le mie decisioni, io che non sono un tecnico della salute? La rivoluzione multimediale consente ad ogni individuo di procurarsi un numero molto alto di informazioni di cui non sempre è in grado di valutare la veridicità.

Talvolta la persona è più informata dei suoi medici, lo studente dei suoi insegnanti. Queste relazioni necessitano di un ripensamento in cui l'esperto sia in grado di presentarsi come fonte autorevole che aiuta a discriminare le "false notizie" ed è in grado di orientare i processi decisionali individuali.

Nei loro opposti moti, questi movimenti rischiano di allargare la distanza fra sanitari e cittadini. I primi si possono rifugiare in un tecnicismo esasperato, difendendosi dall'errore sempre in agguato aggrappandosi alla presunta oggettività del dato di laboratorio o strumentale. I secondi possono accrescere la loro diffidenza verso questa tecnica sentita fredda ed impersonale, rivendicando il diritto di scegliere, magari andando contro al dato scientifico stesso (si pensi alle polemiche sulle vaccinazioni o sulle terapie oncologiche...). Anche il mondo della sanità non sfugge alla tentazione di ribaltare sulla persona la responsabilità per le scelte di cura: "Ci sarebbe da fare questo intervento, ma veda lei se le va di farlo...". Interventi sempre più complessi e costosi in base a scelte sempre meno scientificamente fondate: sarebbe un disastro.

La chiave della motivazione è la base di una nuova alleanza.

Il tecnico fornisce gli strumenti per conoscere (aumento di consapevolezza) con la consapevolezza che questo susciterà preoccupazione (attivazione emotiva). Non rifiuta la sfida, accetta di camminare assieme per esplorare le possibilità di cura ed i riflessi, positivi e negativi, che questa cura avrà sulle cose importanti della vita individuale (bilancia decisionale, autorivalutazione, rivalutazione ambientale, liberazione sociale). Quando si raggiunge una decisione, si pianifica l'intervento, mettendo assieme la responsabilità della persona (autoliberazione) con la sua capacità di accettare un aiuto (relazioni di aiuto).

Questo vale per ogni processo di cura.

Il testo è uno strumento che ci aiuta a fare questo in un ambito decisamente vantaggioso in termini di costo/beneficio: gli interventi di gruppo.

Sarebbe limitativo pensare che il vantaggio degli interventi di gruppo sia solo di poter attuare l'intervento su più persone contemporaneamente. Nell'ottica del modello transteorico il gruppo rappresenta uno strumento per attivare ed utilizzare in modo terapeutico il processo delle relazioni d'aiuto, che abbiamo visto essere trasversale a tutto il movimento di cambiamento.

Nell'auto-mutuo aiuto si incentiva la motivazione attraverso l'empowerment: il gruppo è attore del proprio cambiamento, magari singolarmente è difficile, ma insieme si ha una forza maggiore. Il conduttore del gruppo non è quindi il salvatore, ma il garante del lavoro di gruppo, un tecnico che si mette a disposizione per facilitare le comunicazioni, proporre stimoli, indicare una direzione di strada. E, rimanendo nell'ambito dei processi del cambiamento, il conduttore tiene sempre presente che empowerment si traduce nella attribuzione di responsabilità a decidere del cambiamento da attribuire ad ogni partecipante al gruppo come al gruppo nel suo complesso (autoliberazione), in particolare sollecitando la decisione di gruppo in tutte le scelte cruciali per la vita del gruppo stesso: ad esempio, al momento opportuno, la data in cui si comincerà a cambiare, il "quit day" per il fumo, la prima giornata in cui si farà almeno mezz'ora di attività fisica e così via. Ed ecco che empowerment non è mera affermazione della propria libertà di scelta fine a sé stessa ("io smetto quando voglio",

oppure “decido io se mio figlio si vaccina o meno”), ma assunzione di responsabilità per la propria salute. Scelta consapevole.

Il modello transteorico aiuta ad organizzare più complessivamente il percorso del gruppo, definendone gli obiettivi, gli stadi del cambiamento in cui si trovano le persone a cui più utilmente ci rivolgeremo, gli strumenti ed i metodi che stimoleranno i processi relativi a questi stadi ed, infine, gli indicatori del cambiamento che risultano maggiormente sensibili a “misurare” l’efficacia del percorso. Nel percorso di gruppo l’efficacia di strumenti e metodi si amplifica proprio tramite la relazione d’aiuto, a patto che i partecipanti al gruppo si “sintonizzino” sulla stessa lunghezza d’onda: e quindi l’utilità di avviare al gruppo persone che, più o meno, si collochino in uno stesso stadio del cambiamento.

È intuitivo che se mettiamo accanto una persona in precontemplazione ed una in azione difficilmente potranno avvalersi degli stessi strumenti, che rischiano di essere precoci per il primo o fuori tempo per il secondo. Ma anche in questo caso possiamo immaginare di “ingranare” un incontro di questo tipo sulle relazioni d’aiuto: tu che sei precontemplativo e non vedi il vantaggio di cambiare (ad esempio smettere di fumare), come vedi questa persona che è già cambiata? Può suggerirti qualche vantaggio che sinora non avevi considerato? E tu che già hai operato un cambiamento, come vedi questa persona che fa così fatica a prendere una decisione? Assomiglia a come ti sentivi tu prima? E adesso, ritieni di essere soddisfatto del tuo percorso? Quindi: si può gestire un incontro fra le due tipologie di persone, ma dobbiamo essere consapevoli che non abbiamo lo stesso obiettivo per entrambi.



## Gli strumenti

Il TTM è oggetto di molti percorsi formativi. La piattaforma didattica di Luoghi di Prevenzione ospita un Corso di formazione a distanza con la Direzione Scientifica del prof. Carlo DiClemente che fornisce strumenti teorici e operativi per l'applicazione del modello.

In questa ultima parte il quaderno raccoglie una proposta per i professionisti che, dopo aver effettuato il corso, intendono promuovere una formazione sull'argomento.

Come si struttura il percorso formativo?

- domanda di apertura: raccolta dei significati di cambiamento intenzionale
- spiegazione delle caratteristiche principali del Modello che non è una pratica, ma una Teoria descrittiva dei diversi modi in cui i professionisti affrontano le tematiche relative al cambiamento intenzionale. Le sue applicazioni riguardano: la motivazione individuale al cambiamento, il lavoro motivazionale con i gruppi, la motivazione come elemento fondamentale nella formazione, perché si possa facilitare il passaggio dalla teoria alla pratica, l'intervento motivazionale riferito ai contesti con azioni di programmazione partecipata. La motivazione individuale al cambiamento è fortemente legata ai contesti di cura. La sua prima applicazione si è rivolta alle persone con problematiche di dipendenza patologica da uso improprio di sostanze psicoattive, poi è stata estesa a gioco d'azzardo, abusi sessuali e altre varie forme di dipendenza. Nei contesti di cura si è introdotto anche il cambiamento legato all'assunzione di determinati comportamenti: non solo smettere comportamenti indesiderati, ma modularne alcuni (per es: modificare il proprio rapporto con il cibo) o introdurne altri (per es: cominciare a fare attività fisica regolare). Il lavoro motivazionale con i gruppi può prendere in considerazione un ampio spettro di argomenti: gli stessi del lavoro individuale sulla cura, ma tematiche anche più ampie come la motivazione allo studio, l'orientamento professionale, la pianificazione di interventi con modalità di programmazione partecipata.
- Focus sulle parole chiave che caratterizzano l'approccio motivazionale:
  - Stadi
  - Processi
  - Markers
  - Contesto
  - Ascolto attivo/empatia
  - Riformulazione.
  - Resistenza
  - Frattura interiore/Bilancia decisionale
  - Obiettivo di cambiamento

La formazione sul TTM dovrebbe comprendere una esercitazione per ogni parola chiave di applicazione del modello (Il percorso si può trovare sulla piattaforma [www.luoghidiprevenzione.it](http://www.luoghidiprevenzione.it)).

Gli stadi, i processi e i markers sono stati trattati nella prima parte.

Prendiamo brevemente in considerazione il ruolo del contesto in cui si applica il cambiamento. La persona cambia nel qui ed ora. È pertanto importante identificare i luoghi e le

relazioni che facilitano un cambiamento desiderato e gli ostacoli che si dovrà imparare a fronteggiare per prevenire le ricadute che, è importante tenerlo a mente, fanno parte del processo e non significano quasi mai un “tornare indietro nello stesso modo in cui ci si trovava in precedenza”.

Nella metodologia di Luoghi di Prevenzione il lavoro sul contesto viene affrontato con un training specifico.

Di seguito trovate il “vademecum”, ovvero una guida sintetica per il professionista sanitario, e a seguire il vero e proprio “training di autoregolazione del comportamento” utilizzabile in modo strutturato con singoli e gruppi.

# Vademecum per la conduzione dell'intervento motivazionale sugli stili di vita a rischio in un contesto di rete



Realizzato nell'ambito del Progetto CCM 2015 "Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologico"

Fumo di sigaretta, consumo problematico di alcol, sedentarietà e sovrappeso-obesità costituiscono importanti **fattori di rischio** per la salute e **l'insorgenza** di molte patologie croniche. Ogni persona che si rivolge ai servizi sanitari dovrebbe avere l'opportunità di ricevere **attenzione specifica rispetto ai propri stili di vita** a partire dalla raccolta anamnestica.

L'operatore ha a disposizione 3 modalità di intervento a seconda delle sue competenze professionali, del tempo che ha a disposizione, del contesto e della tipologia di utente: nei setting opportunistici è quasi sempre possibile inserire almeno la Prima valutazione (minimal advice):

1. **PRIMA VALUTAZIONE**
2. **INTERVENTO MOTIVAZIONALE BREVE**
3. **INTERVENTO MOTIVAZIONALE DI SOSTEGNO AL PROCESSO DI CAMBIAMENTO INDIVIDUALE E DI GRUPPO.**

Si procederà di seguito alla descrizione dettagliata delle tipologie di intervento che prevedono una formazione specifica degli operatori.

Informazioni generali:

**QUELLO CHE TUTTI GLI OPERATORI DEVONO SAPERE PRIMA DI INIZIARE L'INTERVENTO RACCOMANDAZIONI WCRF** (Parzialmente modificate per l'uso specifico dell'opuscolo)

Stili di vita per la prevenzione delle malattie croniche:

1. **Mantenersi snelli per tutta la vita.** Per conoscere se il proprio peso è in un intervallo accettabile è utile calcolare l'Indice di massa corporea (BMI = peso in Kg diviso per l'altezza in metri elevata al quadrato: ad esempio una persona di 70 kg, alta 1,74 ha un BMI =  $70 / (1,74 \times 1,74) = 23,1$ ), dovrebbe rimanere verso il basso dell'intervallo considerato normale (fra 18,5 e 24,9 secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità).
2. **Mantenersi fisicamente attivi tutti i giorni.** In pratica è sufficiente un impegno fisico pari a una camminata veloce per almeno mezz'ora al giorno; man mano che ci si sentirà più in forma, però, sarà utile prolungare l'esercizio fisico fino ad un'ora o praticare uno

sport o un lavoro più impegnativo. L'uso dell'auto per gli spostamenti e il tempo passato a guardare la televisione sono i principali fattori che favoriscono la sedentarietà nelle popolazioni urbane.

3. **Limitare il consumo di alimenti ad alta densità calorica ed evitare il consumo di bevande zuccherate.** Sono generalmente ad alta densità calorica i cibi industrialmente raffinati, precotti e preconfezionati, che contengono elevate quantità di zucchero e grassi, quali i cibi comunemente serviti nei fast food. Si noti la differenza fra "limitare" ed "evitare". Se occasionalmente si può mangiare un cibo molto grasso o zuccherato, ma mai quotidianamente, l'uso di bevande gassate e zuccherate è invece da evitare, anche perché forniscono abbondanti calorie senza aumentare il senso di sazietà.
4. **Basare la propria alimentazione prevalentemente su cibi di provenienza vegetale, con cereali non industrialmente raffinati e legumi in ogni pasto e un'ampia varietà di verdure non amidacee e di frutta.** Sommando verdure e frutta sono raccomandate almeno cinque porzioni al giorno (per circa 600g); si noti fra le verdure non devono essere contate le patate.
5. **Limitare il consumo di carni rosse ed evitare il consumo di carni conservate.** Le carni rosse comprendono le carni ovine, suine e bovine, compreso il vitello. Non sono raccomandate, ma per chi è abituato a mangiarne non superare i 500 grammi alla settimana. Si noti la differenza fra il termine di "limitare" (per le carni rosse) e di "evitare" (per le carni conservate, comprendenti ogni forma di carni in scatola, salumi, wurstel), per le quali non si può dire che vi sia un limite al di sotto del quale probabilmente non vi sia rischio.
6. **Limitare il consumo di bevande alcoliche.** Non sono raccomandate, ma per chi ne consuma, limitarsi ad una quantità pari ad un bicchiere di vino (da 120 ml) al giorno per le donne e due per gli uomini, solamente durante i pasti. La quantità di alcol contenuta in un bicchiere di vino è circa pari a quella contenuta in una lattina di birra e in un bicchierino di un distillato o di un liquore.
7. **Limitare il consumo di sale (non più di 5 g al giorno) e di cibi conservati sotto sale.** Evitare cibi contaminati da muffe (in particolare cereali e legumi). Assicurarsi quindi del buon stato di conservazione dei cereali e dei legumi che si acquistano, ed evitare di conservarli in ambienti caldi ed umidi.
8. **Assicurarsi un apporto sufficiente di tutti i nutrienti essenziali attraverso il cibo.** Di qui l'importanza della varietà. L'assunzione di supplementi alimentari (vitamine o minerali) è sconsigliata.
9. **Non fumare.**
10. **Potenziare l'acquisizione di strategie efficaci e positive per contrastare lo stress.**
11. **Partecipare alle campagne di screening previste per la propria fascia di età.**
12. **Rispettare il proprio benessere psicofisico facendo attenzione alla qualità del riposo, al tono dell'umore e della vitalità complessiva (emozionale, affettiva, cognitiva, relazionale)**

**PRIMA VALUTAZIONE (minimal advice):**

è possibile effettuarla in ogni setting opportunistico e può essere ricondotta ad alcuni elementi di base

1: *Se me le consente, le pongo qualche domanda sul suo stato di salute generale*

2: *Se dovesse valutare con un numero da 1 a 7 il suo grado di soddisfazione rispetto a:*

- a) *benessere psicofisico*
- b) *Comportamento alimentare*
- c) *Pratica regolare di attività fisica come si posizionerebbe su questa linea?"*

a)	1	2	3	4	5	6	7
b)	1	2	3	4	5	6	7
c)	1	2	3	4	5	6	7
	per nulla soddisfatto					del tutto soddisfatto	

**Il posizionamento sulla linea è finalizzato ad ottenere informazioni sul grado di salute soggettiva percepita e non sulla presenza concreta di stili di vita a rischio.**

Successivamente inserire in anamnesi almeno una fra queste domande:

1) *"Fuma?"*: SI NO

1a) Se la persona ha risposto NO:

*"Ha mai fumato?"* > SI NO

1b) Se ha risposto SI:

*"Quante sigarette fuma al giorno? Ha mai pensato di smettere?"*

2) *Negli ultimi 30 giorni ha svolto attività fisica moderata (per es: andare in bicicletta, praticare giardinaggio o lavori domestici, camminare a passo sostenuto, ballare...)?*

- *Si tutti i giorni*
- *Si qualche volta*
- *Si saltuariamente*
- *No, mai, quasi mai*

2 a) *secondo le la sua pratica di attività fisica negli ultimi 30 giorni è stata:*

- *più che sufficiente*
- *sufficiente*
- *inadeguata.*

3) *Come considera il suo peso attuale:*

- *adeguato*
- *inadeguato*

3a) *pensando ad alcuni aspetti specifici del suo comportamento alimentare le sembra di consumare quante porzioni di frutta e verdura (per porzione di verdura e frutta cruda si intendono quelle che stanno in un palmo della mano; cotta, riferibili a mezzo piatto):*

- nessuna
- 1-2
- 3-4
- Da 5 in su

Non è necessario approfondire tutti i comportamenti nei setting opportunistici.

4) *“Le interesserebbe approfondire qualche suo comportamento legato agli stili di vita considerati per provare a modificarlo?”*

› SI NO

4a) Se la persona ha risposto NO:

*“Mi sembra di capire che è completamente soddisfatto del suo stato di salute o ritiene che questo non sia il momento giusto per parlarne. Le lascio comunque qualche informazione; se ci ripensa, non esiti a contattarmi (consegna opuscolo WCRF) o a consultare il suo medico di medicina generale*

4b) Se la persona ha risposto SI:

• Possibilità A: *“OK! vuole che fissiamo un appuntamento per parlarne?”* e proseguire con **SCREENING** e **INTERVENTO MOTIVAZIONALE BREVE**

• Possibilità B: **INVIO** *“Bene, credo che potrebbe esserle utile approfondire il tema con chi si occupa del settore. Vuole che le fissi un appuntamento con qualcuno che può sostenerla nel suo proposito?”*

4c) Se la persona non presenta comportamenti a rischio: **RINFORZO MOTIVAZIONALE**  
*“Da quanto abbiamo condiviso lei è una persona attenta alla sua salute generale: continui così!”*

## INTERVENTO MOTIVAZIONALE BREVE

### CARATTERISTICHE GENERALI DELL'INTERVENTO

Ricordare sempre di:

1. avere un atteggiamento non giudicante
2. essere consapevoli di pregiudizi, giudizi, atteggiamenti e comportamenti personali sugli stili di vita “considerati a rischio”
3. riconoscere che è difficile parlare degli stili di vita individuali
4. inizialmente porre solo domande a risposta aperta e, successivamente, includere domande a risposta chiusa dove e quando lo si ritenga necessario
5. rassicurare la persona riguardo al fatto che ciò che gli si sta richiedendo riguarda l'interesse per la sua salute
6. prestare attenzione all'atteggiamento generale della persona rispetto alle domande poste (per cogliere eventuali segni di disagio espressi da comunicazione non verbale: gestualità, postura...).

### LA CONDUZIONE DELL'INTERVENTO

1. Cominciare l'intervento con una domanda di tipo generale:  
*“Come si sente oggi?”*  
*“Come descriverebbe con un numero da 1 a 7 il suo stato di salute attuale, con la scala di soddisfazione dello stato di salute individuale percepito?”*

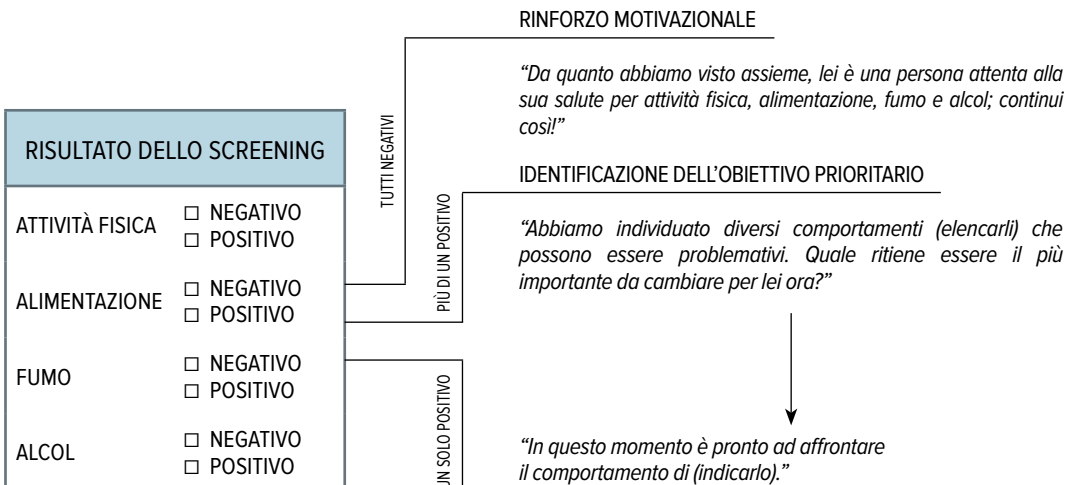
Scala di soddisfazione dello stato di salute individuale percepito.

1	2	3	4	5	6	7
per nulla soddisfatto						del tutto soddisfatto

2. Informarsi sulla storia familiare riguardo agli stili di vita solo dopo aver completato la raccolta anamnestica personale
3. Raccogliere informazioni sulle abitudini personali (rispetto a attività fisica, alimentazione, fumo e alcol), completando la prima valutazione.
4. Raccogliere informazioni di approfondimento opportunistico sugli stili di vita ogni volta che la persona li cita, anche senza motivo giustificato dal contesto (per es: parlando del suo datore di lavoro la persona dice: *“Non sopporto che fumi davanti a me senza chiedermelo quando è nel suo ufficio”*).

SCHEMA DI SINTESI DELLE INDICAZIONI PER PROSEGUIRE L'INTERVENTO

<p>1) Presentazione della <b>PIRAMIDE ALIMENTARE</b> o della <b>PIRAMIDE DELL'ATTIVITÀ FISICA</b> (a secondo dello stile di vita considerato)</p> <p>2) <i>“Quanto è soddisfatto del suo stile di vita rispetto alle indicazioni della piramide?”</i></p> <p>3) Risposta della persona 3a) <i>“Sono soddisfatto”</i> 3b) <i>“Sono insoddisfatto”</i></p>	<p><b>COMPORAMENTO ALIMENTARE E ATTIVITÀ FISICA</b></p> <p>Screening Positivo se risposta 3b</p>
<p>1) <i>“Ha mai usato sigarette o usato qualche prodotto contenente nicotina?”</i></p> <p>2) <i>“Negli ultimi 30 giorni ha fumato?”</i> Se ha risposto SI, chiedere:</p> <p>3) <i>“In media, quante sigarette fuma al giorno?”</i> Se uso quotidiano, somministrare <b>TEST DI FAGERSTRÖM</b> e <b>TEST DI MONDOR</b></p>	<p><b>TABACCO</b></p> <p>Screening Positivo se SI alla domanda 2</p>
<p>1) Somministrare <b>TEST AUDIT-C</b></p> <p>2) <i>“Qualcuno ha mai pensato che lei abbia un problema con l'alcol?”</i></p> <p>3) <i>“Come risultato del bere si è mai fatto male o ha fatto male a qualcuno?”</i></p>	<p><b>ALCOL</b></p> <p>Screening Positivo per risposta positiva ad almeno uno dei punti</p>



Possibilità A: Proseguire con **INTERVENTO DI SOSTEGNO**

Possibilità B: **INVIO** - *“Credo che potrebbe esserle utile approfondire il tema con chi si occupa del settore.”*



## INTERVENTO MOTIVAZIONALE DI SOSTEGNO AL PROCESSO DI CAMBIAMENTO

### PRINCIPI BASI DELL'INTERVENTO STRUTTURATO DI SOSTEGNO AL CAMBIAMENTO

STADIO DEL CAMBIAMENTO	TECNICHE COMUNICATIVE	COMPETENZE DELL'OPERATORE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precontemplazione</li> <li>• Contemplazione</li> <li>• Preparazione/ Determinazione</li> <li>• Azione</li> <li>• Mantenimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domande a risposta aperta</li> <li>• Affermazioni auto motivanti (rinforzo)</li> <li>• Ascolto riflessivo (riformulazioni)</li> <li>• Riepilogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Rotolarsi” con le resistenze</li> <li>• Esprimere empatia</li> <li>• Evitare contrapposizioni</li> <li>• Sviluppare le contraddizioni</li> <li>• Supportare l'autoefficacia</li> </ul>

### ASPETTI CHE CONTRIBUISCONO ALL'EFFICACIA DELL'INTERVENTO MOTIVAZIONALE

- **COLLABORAZIONE:** valorizza le competenze dell'utente e ne favorisce il coinvolgimento attivo
- **EVOCAZIONE:** esplora le percezioni del paziente su preferenze, gusti, obiettivi e valori per suscitare una motivazione al cambiamento
- **AUTONOMIA:** afferma il diritto e le capacità del paziente di contribuire alla costruzione di un percorso di salute soggettiva
- **PARTECIPAZIONE:** promuovere attivamente il benessere della persona e dare priorità alle sue necessità.

### LE ABILITÀ DI BASE:

**Domande Aperte:** Quando emerge una Affermazione Orientata al Cambiamento (AOC) aiuta la persona ad elaborarla mostrando interesse e curiosità (Es: *“Quando bevo troppo la sera la mattina dopo mi sento spossato”* *“Come si sente quando è spossato?”*)

**Ascolto Riflessivo:** Quando emerge una Affermazione Orientata al Cambiamento (AOC) riflettila anche riformulandola (Es: *“Quando bevo troppo la sera la mattina dopo mi sento spossato”* *“Bere troppo non la fa sentire bene al mattino”*)

**Riassunto:** Tieni conto delle Affermazioni Orientate al Cambiamento (AOC) e riassumile di tanto in tanto (Es: *“Quando bevo troppo la sera la mattina dopo mi sento spossato”* *“A volte le capita di esagerare col bere e questo non le permette di essere lucido al mattino”*)

**Sostenere e**

**Incoraggiare:** Quando emerge una Affermazione Orientata al Cambiamento (AOC) sostieni la parte positiva dell'affermazione

(Es: *“Quando bevo troppo la sera la mattina dopo mi sento spossato”* *“è una persona che vuole mantenere la lucidità nelle cose che fa”*)

## DESCRIZIONE ESEMPLIFICATIVA DELL'INTERVENTO

### STEP 1 - CHIEDERE IL PERMESSO

- *“Mi piacerebbe spendere qualche minuto per parlare delle sue abitudini relative a... è d'accordo?”*

### STEP 2 - FORNIRE FEEDBACK / Dare restituzioni specifiche

- Preoccupazioni dell'operatore: *“Le sue risposte alle domande iniziali mostrano un suo possibile rischio per problemi correlati a... e questo mi preoccupa”*
- Fornire informazioni tecniche (precise e documentate) sui possibili effetti nocivi correlati a stili di vita a rischio:
  - Informazioni generali (es: Limiti di consumo a “basso rischio” dell'alcol)
  - Informazioni specifiche (riguardo alla situazione della persona, alle sue condizioni di salute, ecc...)
- Dare chiare raccomandazioni: *“Penso che sarebbe positivo per lei...”*

### STEP 3 - AUMENTARE LA MOTIVAZIONE E PROMUOVERE IL CAMBIAMENTO

- *“In una scala da 0 a 10, quanto si sente pronto a cambiare qualche aspetto del suo stile di vita che più la preoccupa?”* (utilizzare **REGOLO DELLA DISPONIBILITÀ AL CAMBIAMENTO**)
  - Se il numero scelto è >1 chiedere *“Perché ha scelto quel numero preciso e non 0?”*
  - Se il numero scelto è >5, chiedere *“Su una scala tra 0 e 10, quanta fiducia ha di poter cambiare il suo comportamento?”*
- *“Che associazione vede tra i suoi stili di vita e quello che stiamo vedendo insieme?”* (riferimenti per l'operatore: curiosità, problema di salute, consiglio ricevuto da altri)
  - Se la persona individua una associazione chiara, invitarla ad approfondire l'intuizione
  - Se la persona non trova associazioni, aiutarla ad esplorare le ragioni per cui si trova lì
- *“Può esplorare i pro e i contro sul continuare il suo comportamento oppure provare a modificarlo?”*
- Somministrare la **BILANCIA DECISIONALE**
- Lettura e commento della persona (eventualmente corretta con riformulazione dall'operatore) dei risultati della Bilancia Decisionale.

### STEP 4 - NEGOZIARE E DISCUTERE I PASSI SUCCESSIVI

(Può essere necessario un trattamento a questo punto. VEDI FOLLOW UP)

- *“Quale potrebbe essere il suo obiettivo per quanto riguarda il comportamento relativo a ...?”*
- Elaborazione di un obiettivo di salute specifico su cui elaborare un programma. *“Quali passi può fare per ottenere questo obiettivo?”*
- *“Cosa pensa di poter fare per migliorare la sua fiducia nel cambiamento?”*
- Riassunto: *“Questo è quello che ho capito dalle sue parole. Lei ritiene possibile realizzare in un mese questo cambiamento... (ripetere l'obiettivo di salute)?”*
- Fornire dispense e altro materiale educativo.

### STEP 5 - CHIUDERE POSITIVAMENTE E IMPOSTARE IL FOLLOW UP

- *“Bene, siamo d'accordo, mi piacerebbe rivederla tra un mese per verificare insieme come è andata”* o *“Credo sarebbe utile parlarne anche con il suo medico di medicina generale.”*

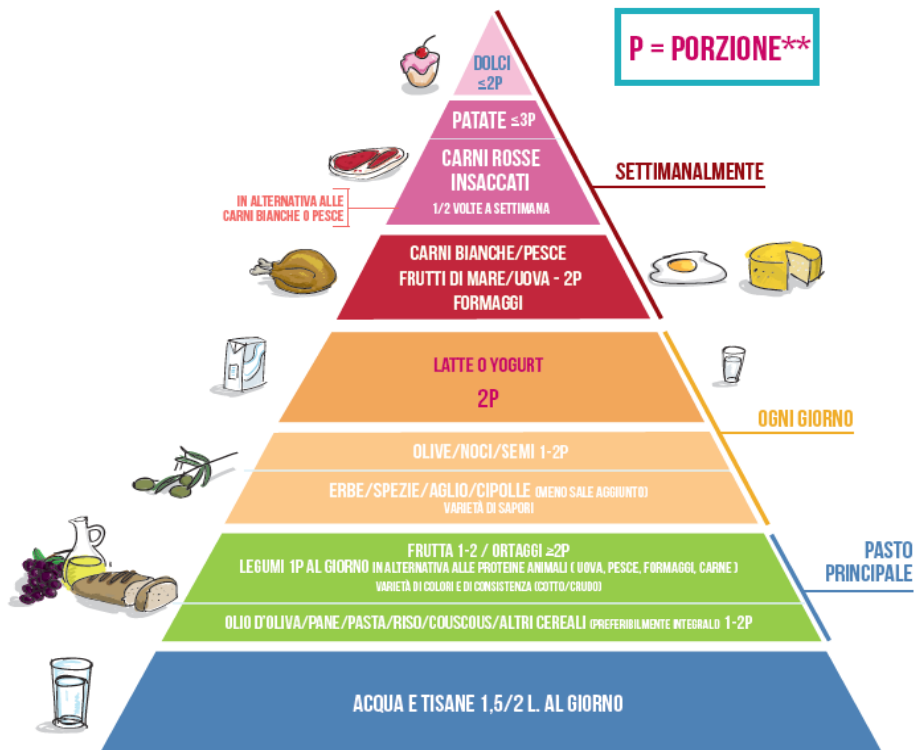
### FOLLOW UP

- *Come ha cercato di raggiungere i suoi obiettivi riguardo a...?”*
- Se ha fatto cambiamenti, rinforzare e supportare una continua progressione
- Se non ci sono stati cambiamenti, riconoscere che il cambiamento è difficile, sottolineare qualsiasi progresso ottenuto, occuparsi degli ostacoli al cambiamento, rinegoziare gli obiettivi e il programma Eventualmente coinvolgere altre figure significative
- Prendere in considerazione interventi più intensivi o l’invio a un centro specialistico
- *“Penso potrebbe beneficiare di qualche trattamento professionale oltre a quello che possiamo fare insieme. Potrebbe prenderlo in considerazione?”*
- Fornire informazioni su programmi specifici.

## STRUMENTI PER INTERVENTO MOTIVAZIONALE BREVE

### LA PIRAMIDE ALIMENTARE

- È di facile utilizzo (richiede circa 10 minuti di tempo)
- È bene sia inserita in un Intervento motivazionale gestito da personale con competenze specifiche rispetto al compito
- Consente di focalizzare l'attenzione sul concetto di "porzione" rispetto alla scelta dei singoli alimenti
- Facilita la contrattazione di un obiettivo di cambiamento del "singolo comportamento alimentare"



**PORZIONI CONSIGLIATE:** Una porzione, intesa come “unità pratica di misura della quantità di alimento consumata”, corrisponde, secondo le raccomandazioni dell’INRAN a un certo quantitativo in grammi, che si è cercato di ricavare sulla base dei consumi medi di alimenti della popolazione italiana, degli alimenti e pietanze tipici della nostra tradizione e delle grammature di alcuni prodotti confezionati.

### ENTITÀ DELLE PORZIONI STANDARD NELL’ALIMENTAZIONE ITALIANA - GRUPPO DI ALIMENTI PORZIONI PESO (g)

CEREALI E TUBERI: Pane 1 rosetta piccola/ 50 gr; Prodotti da forno 2-4 biscotti/ 20g; 2,5 fette biscottate; Pasta o riso 1 porzione media 80 gr (in minestra 40 gr); Pasta fresca all’uovo 1 porzione piccola 120 gr (in minestra 60 gr); Patate 2 patate piccole 200 gr;

**ORTAGGI E FRUTTA:** Insalate 1 porzione media 50 gr; Ortaggi 1 finocchio/2 carciofi 250 gr; Frutta o succo 1 frutto medio 150 gr; (arance, mele) 2 frutti piccoli 150 gr (albicocche, mandarini);

**CARNE, PESCE:** Carne fresca 1 fettina piccola 70 gr; Carne stagionata (salumi); 3-4 fette medie prosciutto 50 gr; Pesce 1 porzione piccola 100 gr

**UOVA, LEGUMI:** Uova 1 uovo 60 gr; Legumi secchi 1 porzione media 30 gr; Legumi freschi 1 porzione media 80-120 gr;

**LATTE E DERIVATI:** Latte 1 bicchiere 125 gr; Yogurt 1 confezione piccola 125 gr (un vasetto); Formaggio fresco 1 porzione media 100 gr; Formaggio stagionato 1 porzione media 50 gr;

**GRASSI DA CONDIMENTO:** Olio 1 cucchiaio 10 gr; Burro 1 porzione 10 gr; Margarina 1 porzione 10 gr

## LA PIRAMIDE DELL'ATTIVITÀ FISICA

- È di facile utilizzo (richiede circa 10 minuti di tempo)
- È bene sia inserita in un Intervento motivazionale gestito da personale con competenze specifiche rispetto al compito
- Consente di inserire nel contrasto alla sedentarietà le abitudini quotidiane



## TEST DI FAGERSTRÖM

Test di valutazione della dipendenza da nicotina:

- Strumento a 6 domande per misurare la dipendenza da nicotina
- Può orientare la scelta del farmaco più adatto da inserire nel processo di disassuefazione al fumo
- Può essere autosomministrato o somministrato da personale sanitario

Rispondi alle domande e riporta nella colonna finale il punteggio corrispondente

		punti
Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?	Entro 5 minuti	3
	Dopo 6-30 minuti	2
	Dopo 31-60 minuti	1
	Dopo 60 minuti	0
Trova difficile astenerti dal fumare nei luoghi dove è vietato?	SI	1
	NO	0
A quale sigaretta farebbe più fatica a rinunciare?	La prima del mattino	1
	Qualsiasi	0
Quante sigarette fuma al giorno?	10 o meno	0
	Da 11 a 20	1
	Da 21 a 30	2
	31 o più	3
Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore dopo il risveglio che durante il resto della giornata?	SI	1
	NO	0
Fuma anche quando è a letto a causa di una malattia?	SI	1
	NO	0

## INTERPRETAZIONE DEL TEST

- da 0 a 2            Grado di dipendenza molto basso  
da 3 a 4            Grado di dipendenza basso  
da 5 a 6            Grado di dipendenza medio  
da 7 a 8            Grado di dipendenza alto  
da 9 a più         Grado di dipendenza molto alto

**TEST MOTIVAZIONALE DI MONDOR (riadattato)**

- Permette di valutare le probabilità di successo nello smettere di fumare
- Può essere auto somministrato
- È utile per il completamento della compilazione della bilancia decisionale

Ho deciso di provare a smettere di fumare spontaneamente	VERO - 2	FALSO - 0
Ho già smesso di fumare per più di una settimana	VERO - 1	FALSO - 0
Attualmente non ho particolari problemi rispetto a studio e frequenza scolastica	VERO - 1	FALSO - 0
Attualmente non ho problemi dal punto di vista familiare (traslochi, cambi di residenza, conflitti vari...)	VERO - 1	FALSO - 0
Mi voglio liberare dalla schiavitù del fumo	VERO - 2	FALSO - 0
Pratico dello sport e, comunque, pratico attività fisica in modo regolare	VERO - 1	FALSO - 0
Voglio raggiungere una forma fisica migliore	VERO - 1	FALSO - 0
Voglio curare il mio aspetto fisico	VERO - 1	FALSO - 0
Attualmente sono di buon umore	VERO - 2	FALSO - 0
Di solito porto a termine quello che intraprendo	VERO - 1	FALSO - 0
Sono di temperamento calmo e disteso	VERO - 1	FALSO - 0
Il mio peso è abitualmente stabile	VERO - 1	FALSO - 0
Voglio migliorare la qualità della mia vita	VERO - 2	FALSO - 0

**INTERPRETAZIONE DEL TEST**

- 16 o 17**            Le probabilità sono ottime;
- 12-15**            Le probabilità sono buone;
- 6-11**              Le probabilità sono discrete;
- Inferiore a 6**    Le probabilità sono scarse.
- Conviene rimandare il tentativo di smettere di fumare a tempi migliori.

## TEST AUDIT - C

BEVANDA = 1 UNITÀ ALCOLICA (UA) contiene approssimativamente 12 grammi di alcool



- Strumento a 3 domande
- Può essere autosomministrato o somministrato da personale sanitario
- Richiede 5 minuti per la compilazione

<b>Con quale frequenza consuma una bevanda che contiene alcool?</b>	mai	0
	meno di 1 volta al mese/1 volta al mese	1
	da 2 a 4 volte al mese	2
	da 2 a 3 volte la settimana	3
	4 o più volte la settimana	4
<b>Quante bevande che contengono alcool prende in una giornata tipica quando beve?</b>	1 o 2	0
	3 o 4	1
	5 o 6	2
	7 o 9	3
	10 o più	4
<b>Con quale frequenza prende 6 o più bevande in un'unica occasione?</b>	mai	0
	meno di una volta al mese	1
	1 volta al mese	2
	1 volta la settimana	3
	ogni giorno o quasi	4

Un punteggio uguale o superiore a 5 per i maschi è uguale o superiore a 4 per le femmine, indica un possibile consumo rischioso di alcool.

Per tutelare la propria salute è consigliabile in questo caso parlarne con il proprio medico.

Per non mettere a rischio la propria salute è sufficiente rispettare e non superare i limiti di consumo giornaliero previsti dalle linee guida nutrizionali.

### Ragazzi/Over 65

- 0 unità fino a 16 anni
- 1 unità tra i 18 e i 20 anni
- 1 unità oltre i 65 anni



**Uomo adulto**

- 2 -3 unità

**Donna adulta**

- 1 - 2 unità

N.B. Se il consumo è 0 non si corre alcun rischio

## Training di autoregolazione del comportamento

### 1. Definizione:

generale: percorso formativo di addestramento/allenamento (training) finalizzato alla regolazione (intesa come: autocontrollo; disponibilità al cambiamento del comportamento, se ritenuto necessario; attivazione di metodi di feedback, decodifica, rinforzo e correzione) dei comportamenti individuali e collettivi rispetto a:

- Consapevolezza dei vissuti cognitivi, affettivi e relazionali legati al proprio ruolo
- Capacità di riconoscimento della rete relazionale complessiva
- Consapevolezza degli elementi caratterizzanti il contesto.

specifica: descrizione e realizzazione di percorsi di formazione/ attivazione che esplicitino il ruolo dei diversi soggetti rispetto a:

- vissuti personali e professionali rispetto al tema
- vissuti relazionali (ecogramma relazionali) in termini di punti di forza e criticità.
- specificazione degli obiettivi di cambiamento rispetto al ruolo
- definizione degli obiettivi di cambiamento rispetto al contesto
- modalità di feedback
- modalità di rinforzo e correttivi automatici



# Training di autoregolazione del comportamento (TR.A.C)

## INTRODUZIONE AL TRAINING

L'operatore sanitario che pratica l'approccio motivazionale può essere facilitato nell'orientamento e nel sostegno al processo di cambiamento dell'utente attraverso il Training di Regolazione del comportamento (TR.A.C.). La somministrazione del TR.A.C richiede un tempo e un setting dedicato. La modalità individuale può essere riproposta, con alcuni semplici accorgimenti, anche ad un contesto di gruppo.

*Il TR.A.C è un percorso che prevede i seguenti passaggi:*

1. Rilevazione della **motivazione al cambiamento** dello stile di vita di partenza (fumo, alcol, alimentazione, sedentarietà, ...); compilazione del **grafico di disponibilità al cambiamento**, per l'individuazione **dell'obiettivo di salute** specifico rispetto allo stile di vita di partenza e allo stile di vita associato.
2. Verifica della fattibilità dell'obiettivo di salute specifico; analisi **dei fattori di rischio e fattori protettivi**; valutazione dei contesti rispetto alle possibilità di cambiamento.
3. Compilazione della **bilancia decisionale** e contrattazione dell'obiettivo di salute.
4. Verifica del raggiungimento dell'obiettivo di salute ed eventuale sua correzione

Gli strumenti del **TR.A.C.** dovrebbero essere utilizzati individualmente e secondo l'ordine proposto. Le attività interattive (laboratori del rilassamento, scientifico-esperienziali, etc...) e test di valutazione clinica e/o psicométrica sono proposti come ausilio e a integrazione del percorso.

Per facilitare il loro riconoscimento, gli **strumenti del TR.A.C.** saranno di volta in volta indicati nelle pagine successive.

Per ogni altro strumento (questionari, test, approfondimenti) verranno invece fornite una breve presentazione e le fonti bibliografiche di riferimento.

### SCHEDA 1 - Il mio stile di vita

Scegli le 3 espressioni che riconosci come principali fattori protettivi e le 3 che riconosci come principali fattori di rischio per la tua salute	
• Leggere	• Non rispettare il codice della strada
• Fare attività sportiva	• Suonare uno strumento
• Ascoltare musica	• Dipingere
• Parlare con gli amici	• Andare al cinema
• Fare attività fisica regolarmente	• Ballare
• Non fumare	• Usare il pc/internet per lavoro
• Fumare moderatamente	• Fare abbuffate di cibo
• Bere alcolici occasionalmente	• Vivere emozioni e passioni profonde
• Ubriacarsi una volta ogni tanto	• Coltivare i propri interessi
• Lottare per le cose importanti	• Studiare
• Fare spesso diete dimagranti	• Guardare la televisione
• Passeggiare/passare tempo all'aria aperta	• Andare spesso ai fast food
• Andare a lavoro	• Evitare i conflitti
• Non avere problemi	• Essere il leader di un gruppo
• Avere la testa vuota, sgombra di pensieri	• Avere un compagno/una compagna
• Saltare i pasti	• Fare e ricevere coccole
• Trasgredire le regole di tanto in tanto	• Altro (specificare)

**SCHEDA 2****Scheda “Competenze di salute”**

1. Per ciascuna delle seguenti competenze di salute attribuisce un punteggio da 1 a 5 secondo il criterio: 1= per nulla; 5= moltissimo.
2. Confronta il risultato personale sulle competenze con i risultati della scheda “stili di vita” e fa qualche considerazione.

- a) So riconoscere i miei gusti e le mie inclinazioni 1 2 3 4 5
- b) Dedico abbastanza tempo all’ascolto e all’esplorazione dei miei gusti 1 2 3 4 5
- c) Ho confidenza con il mio corpo e mi trovo a mio agio con la dimensione della corporeità 1 2 3 4 5
- d) Pranzo regolarmente con altri (famigliari o amici) e nessuno di noi guarda la televisione o tiene acceso il cellulare a tavola per favorire la conversazione 1 2 3 4 5
- e) Dedico un tempo adeguato ad attività fisiche non competitive che mi fanno stare a contatto con la natura (passeggiare, camminare, stare in silenzio all’aria aperta, nuotare, coltivare l’orto, fare giardinaggio, etc..) 1 2 3 4 5
- f) Ho un buon rapporto con le modalità affettive di comunicazione non verbale nelle relazioni interpersonali fra amici (scambio abbraccio, faccio carezze, stringo la mano...) 1 2 3 4 5
- g) Pratico regolarmente uno sport 1 2 3 4 5
- h) È mia abitudine assaggiare un cibo che non conosco 1 2 3 4 5
- i) Cerco di fare quasi esclusivamente quello che mi fa stare bene, anche a costo di trasgredire le convenzioni sociali: 1 2 3 4 5
- j) Mi ritengo abbastanza capace di far comprendere le mie ragioni e le mie emozioni agli altri 1 2 3 4 5

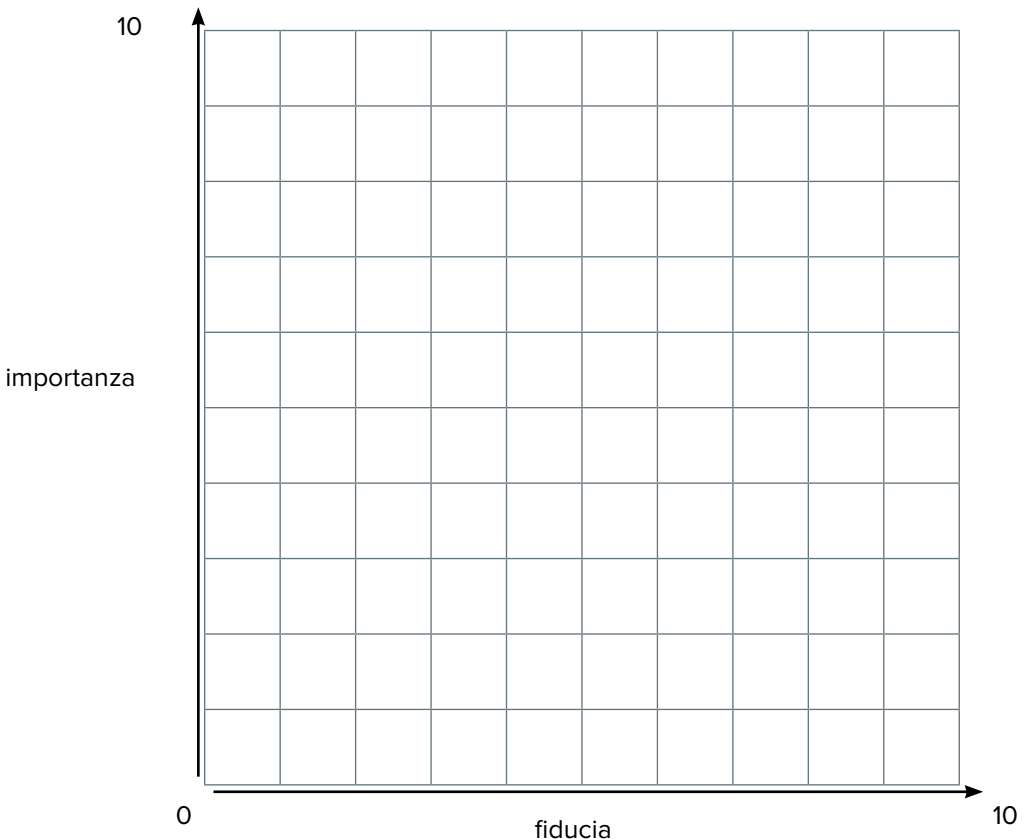
### SCHEDA 3 - TR.A.C: DISPONIBILITÀ AL CAMBIAMENTO, OBIETTIVO DI CAMBIAMENTO E SUOI SOTTO-OBIETTIVI

Istruzioni:

- Individua tre obiettivi di salute rispetto al fumo e nominali A, B, C scrivendoli nello spazio sotto il grafico.
- Posiziona in una scala da 0 a 10 (0 = per nulla, 10 = del tutto) i tre obiettivi di salute sull'asse orizzontale (fiducia di riuscirci) e sull'asse verticale (importanza che ha per me).
- Collega gli obiettivi di salute omologhi con un punto nello spazio interno al grafico.
- Scegli l'obiettivo di salute che ha un maggior punteggio rispetto alla fiducia o all'importanza.
- Scomponi l'obiettivo in almeno 5 sotto-obiettivi

#### ESEMPI DI OBIETTIVI SUL FUMO

A. Smettere di fumare entro.....; B. Non fumare più di 10 sigarette entro il ..... C. Non fumare più in casa/durante l'orario di lavoro.....



<p><b>I TUOI OBIETTIVI:</b></p> <p><b>A.</b></p> <p><b>B.</b></p> <p><b>C.</b></p>
--

Questo è il tuo primo obiettivo di cambiamento:

.....

Scomposizione del tuo obiettivo in sotto-obiettivi (i sotto-obiettivi sono i passi che facilitano il conseguimento dell'obiettivo generale). Individua le azioni facilitanti il raggiungimento del tuo obiettivo:

1. ....  
.....

2. ....  
.....

3. ....  
.....

4. ....  
.....

5. ....  
.....

**SCHEDA 4 - TR.A.C.: SCHEDA DEI FATTORI PROTETTIVI E FATTORI DI RISCHIO LEGATI A CONTESTI AMBIENTALI E VISSUTI PERSONALI (II INCONTRO)**

Per ognuno dei contesti sotto riportati indica con una crocetta se ti possono essere di aiuto o di ostacolo al raggiungimento dell'obiettivo di salute scelto.

<b>Contesti:</b>	Fattore protettivo	Fattore di rischio	Fattore indifferente
Ambiente di lavoro			
Ambiente familiare			
Grado di stress			
Salute fisica (assenza di problemi)			
Salute fisica (presenza di problemi)			
Relazioni interpersonali			



**SCHEDA 5 - BILANCIA DECISIONALE**

Aspetti POSITIVI del comportamento attuale	Punteggio 1-10	Aspetti NEGATIVI del comportamento attuale	Punteggio 1-10
. .		. .	
TOTALE		TOTALE	
Aspetti NEGATIVI del cambiamento	Punteggio 1-10	Aspetti POSITIVI del cambiamento	Punteggio 1-10
. .		. .	
TOTALE		TOTALE	

**SCHEDA 6 - TR.A.C: MOTIVAZIONE AL CAMBIAMENTO**

<b>Stile di vita</b>	<b>Precontempla- zione</b>	<b>Contemplazione</b>	<b>Determinazione</b>	<b>Azione</b>	<b>Mantenimento</b>
<b>FUMO</b>	Fumo e non sono interessato a cambiare qualcosa	Fumo e a volte penso che dovrei cambiare qualcosa del mio comportamento	Fumo e ho in mente di fare qualcosa per ridurre o smettere di fumare	Sto provando a ridurre o smettere di fumare;	Sono soddisfatto del mio cambiamento relativo al fumo e desidero continuare così
<b>ALCOL</b>	Sono astemio / non sono astemio e non mi interessa cambiare	A volte penso che dovrei cambiare il mio comportamento	Ho deciso che farò qualcosa per cambiare il mio comportamento	Sto facendo qualcosa per cambiare il mio comportamento	Sono soddisfatto del mio cambiamento relativo al bere e desidero continuare così
<b>ALIMENTAZIONE</b>	Non mi interessa cambiare il mio comportamento alimentare	A volte penso che dovrei cambiare il mio comportamento alimentare	Ho deciso che farò qualcosa per cambiare il mio comportamento alimentare	Sto facendo qualcosa per cambiare il mio comportamento alimentare	Sono soddisfatto del mio cambiamento e desidero continuare così
<b>ATTIVITA' FISICA</b>	Non mi interessa cambiare	A volte penso che dovrei cambiare	Ho deciso che farò qualcosa per cambiare	Sto facendo qualcosa per cambiare	Sono soddisfatto del mio cambiamento e desidero continuare così
<b>SFERA RELAZIONALE</b>	Non mi interessa cambiare	A volte penso che dovrei cambiare	Ho deciso che farò qualcosa per cambiare	Sto facendo qualcosa per cambiare	Sono soddisfatto del mio cambiamento e desidero continuare così
<b>RILASSAMENTO (riposo/stress)</b>	Non mi interessa cambiare	A volte penso che dovrei cambiare	Ho deciso che farò qualcosa per cambiare	Sto facendo qualcosa per cambiare	Sono soddisfatto del mio cambiamento e desidero continuare così
_____	Non mi interessa cambiare	A volte penso che dovrei cambiare	Ho deciso che farò qualcosa per cambiare	Sto facendo qualcosa per cambiare	Sono soddisfatto del mio cambiamento e desidero continuare così

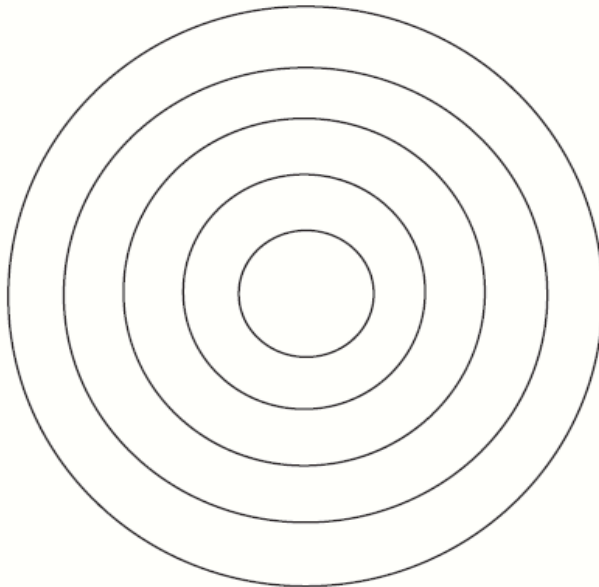
## SCHEDA 7 - ECOGRAMMA RELAZIONALE

### Valori e emozioni che facilitano o ostacolano il cambiamento:

onestà, severità, prudenza, incostanza,  
ottimismo, pessimismo, fiducia, orgoglio,  
testardaggine, creatività, perseveranza,  
fantasia, trasgressione, ubbidienza,  
disciplina, giocosità, serietà, sincerità,  
umiltà, competitività, ambizione, coraggio.

Puoi aggiungere altre parole emozionali.

Scegli i tre che più ti appartengono e ritieni utili al cambiamento e disponili dall'interno all'esterno dell'ecogramma. Con un colore diverso evidenzia i 3 colori o emozioni che avverti come più lontani da te.



N. B. indicazioni per l'operatore. L'immagine è derivata dal mandala junghiano (simbolo dell'Io).

La scelta di collocare i 3 items nella parte superiore o inferiore è affidata alla persona. Generalmente nella parte superiore compaiono i valori di cui si fa più consapevolezza.

Nella parte inferiore compaiono i valori meno evidenti ad una prima analisi.

Dopo aver compilato il grafico, commentalo brevemente e riporta il commento nel tuo obiettivo di salute.

### **SCHEDA 8 - TR.A.C.: CONTRATTAZIONE DELL'OBIETTIVO DI SALUTE**

- Riscrivi il tuo obiettivo di salute
- Riporta il tuo stadio motivazionale di disponibilità al cambiamento
- Indica i contesti che puoi considerare fattori protettivi; riporta la frase di commento dell'e-cogramma relazionale
- Programma le azioni riferite all'obiettivo specifico in 3 tappe:
  - da oggi
  - fra due settimane
  - fra un mese

OBIETTIVO DI SALUTE	_____				
STADIO MOTIVAZIONALE (Indicare una risposta)	Precontemplazione	Contemplazione	Determinazione	Azione	Mantenimento
FATTORI PROTETTIVI (Indicare una o più risposte)	Lavoro	Famiglia	Stress	Salute	Relazioni
PROGRAMMA LE AZIONI	Oggi	Tra 2 settimane		Tra 1 mese	

## Strumenti per il training di autoregolazione del comportamento

**Rivalutazione ambientale:** il cambiamento avviene in un contesto concreto, è legato al qui ed ora, ad uno spazio e a un tempo vissuto. Per essere incisivi rispetto a fare passi in avanti è necessario descrivere il contesto in modo dettagliato, specificando quali sono gli aspetti che possono aiutare e quali gli ostacoli. L'obiettivo è l'individuazione degli elementi del contesto che possono favorire o contrastare un percorso di cambiamento. Non occorre dare per scontato che la preoccupazione economica sia un fattore di facilitazione o di difficoltà; lo stesso vale per l'ansia, la crisi su lavoro, la crisi in famiglia. Per procedere in modo sicuro è importante mettere in luce tutti gli aspetti che fanno parte del processo.

**Ascolto attivo/ empatia:** è la tecnica di base dell'approccio motivazionale:

Richiede che l'operatore usi di preferenza domande aperte al posto di domande chiuse (in ogni caso è bene mantenere la regola di non utilizzare più di tre domande chiuse una di seguito all'altro). È utile non commentare quanto viene comunicato dalla persona, ma incoraggiare un suo approfondimento rispetto a quanto sta riferendo.

**In campo formativo** un semplice esercizio può essere proprio quello di sostituire una domanda chiusa con una domanda aperta.

Come è stata ieri la sua giornata con la sigaretta? (al posto di "Ieri ha fumato?")

Cosa le piace del fumo? (Al posto di "Le piace fumare?")

Ci sono dei motivi per cui le piacerebbe smettere di fumare? (Al posto di "Vuole smettere di fumare?")

Quali potrebbero essere i vantaggi principali del distacco dalle sigarette? (Al posto di "Pensa che ci siano dei vantaggi nello smettere")

Cosa trova interessante in questa formazione? (al posto di "È soddisfatto di questa formazione?")

Un altro semplice esercizio da proporre è suddividere i partecipanti a coppie. A turno si parla liberamente per qualche minuto. L'altro si limita ad ascoltare.

Poi ci si ripete quanto è stato ascoltato. È un esempio di tecnica del rispecchiamento che favorisce l'ascolto attivo non giudicante e restituisce un feedback rispetto a quanto viene recepito da chi osserva.

**Riformulazione:** la modalità più semplice di "riformulazione" è la riflessione. Il conduttore ripete le ultime parole della persona che sta ascoltando, favorendo un approfondimento del focus che sta a cuore alla persona. Si focalizza l'obiettivo dal punto di vista dell'utente.

Le riformulazioni approfondite e documentate da W. Miller e S. Rollnick "Il colloquio di motivazione" (prima edizione 1991) sono parte di un training di approfondimento, per chi non si limita a praticare l'approccio motivazionale, ma è impegnato in attività di counselling strutturato.

La riformulazione-riassunto, in cui si fa una rapida sintesi di quanto è stato detto dall'utente, è utile all'operatore per avere un feedback sul contenuto espresso e sull'ascolto attivo; la riformulazione a volte può essere utile anche per spingere la persona ad assumere un altro punto di vista.

È necessario ricordare che chi pratica l'approccio motivazionale non è un "motivazionalista in ambito comunicativo" e non è uno psicoterapeuta.

È un professionista che nell'ambito del proprio ruolo e delle proprie competenze sostiene i processi di cambiamento individuali e dei gruppi sostenuti da intenzionalità e processi decisionali in corso.

**Resistenze/frattura interiore/autoefficacia:** L'autoefficacia è stata tradotta anche in un test validato frutto di un progetto di ricerca cominciato da Bandura nel 1977.

È un'abilità cognitiva individuale che aiuta a riconoscere, sostenere punti di forza e fragilità rispetto al conseguimento e mantenimento di obiettivi di cambiamento salutari. Non è sinonimo di autostima. È una sorta di bussola che può orientare il percorso e che operatore e utente possono usare insieme per una navigazione efficace.

La modalità più facile per introdurre il tema dell'autoefficacia in un percorso formativo di applicazione del TTM è porre al gruppo alcune domande aperte, a cui dare prima una risposta individuale e poi rivedere in discussione.

Domande:

quale è il mio obiettivo di cambiamento salutare?

Quali sono le risorse di cui dispongo per ottenerlo?

Quali sono le mie fragilità?

Cosa mi serve per avvicinarmi ad ottenere il risultato che mi aspetterei di conseguire?

C'è qualcuno a cui posso chiedere aiuto o cooperazione?

Il tema dell'autoefficacia consente di contrastare le resistenze che si manifestano in ogni percorso di cambiamento volontario. Ci si riferisce all'ambivalenza esplorata con la bilancia decisionale come strumento di lavoro. Se una persona, un gruppo, un contesto, avesse deciso di cambiare, sarebbe già cambiato. Si danno situazioni diverse e fortemente contraddittorie: vorrei, ma non posso farcela; penso di potercela fare, ma non lo desidero; voglio e non voglio; adesso è troppo difficile per me, ma ci posso pensare.

Ognuna di queste espressioni, ma ce ne sarebbero molte altre, esprime il concetto di ambivalenza. Non si cambia solo perché lo si vuole, si cambia quando lo si desidera, ritiene necessario (importante), realistico/ concreto, vantaggioso.

I motivi che ha l'operatore per favorire un processo di cambiamento non sono quasi mai corrispondenti a quelli della persona o del gruppo che ha davanti. Miller e Rollnick ripetono spesso che la motivazione è frutto di una "relazione interpersonale" (Miller e Rollnick 2014). Carlo DiClemente lo ha ampiamente proposto nel suo modello descrittivo.

Per "rotolarsi" e non schiacciarsi sulle resistenze occorre mettere in ombra le proprie priorità (quelle dell'operatore da qualsiasi ambito provenga) senza dimenticarle, ma senza pensare di poterle usare come sfera motivazionale.

"Non ci si motiva per forza, nemmeno quando la forza è collegata a stima, fiducia, affetto, riconoscimento di autorevolezza". L'espressione del processo motivazionale come "spinta gentile" appare propria, così sembra utile collocarla negli "strumenti per l'orientamento di navigazione", piuttosto che come mete predefinite da raggiungere.

Operatore e utente, insegnante e docente, professionista e gruppo di lavoro conducono (se ben condotto) un itinerario in grado di soddisfare bisogni e aspettative condivisi, ma non hanno la stessa meta e non possono averla.

Entriamo quindi ora nel merito dell'ultimo concetto chiave:

**Obiettivo di cambiamento:**

L'obiettivo di cambiamento "intenzionalmente legato al benessere psico fisico" è sempre individuale (anche nei gruppi e nei contesti). Non costituisce né mediazione, né medietà, ma aderenza e possibilità/capacità di adesione a una aspirazione concreta.

IL MMG o lo specialista che applica l'approccio motivazionale con i suoi assistiti può avere diverse motivazioni:

- fare il bene del prossimo;
- contribuire a un percorso di cura;
- mettersi in luce nel suo contesto lavorativo;
- avere più clienti;
- spendere meglio il proprio tempo;
- mettersi in gioco in modo "non ordinario";
- stare e lavorare meglio...

Ce ne sono molte altre di motivazioni; ognuna di questa parte da una riflessione su di sé: cosa cerco nella relazione con questa persona, questo gruppo, questo contesto... perché per me è importante che cambino qualcosa del loro essere...? cosa son disposto a cambiare io... ?

Il formatore/il docente che applica l'approccio motivazionale con i suoi referenti/utenti/allievi può avere alcune finalità, simili a quelle presentate per il professionista, a cui se ne possono aggiungere altre.

## Esempi di esercitazioni interattive

(Adattabili anche alle formazioni a distanza: si può lavorare a piccolo gruppo in stanze virtuali. )

Proposte di esercitazione:

**Esercizio 1:** I processi cognitivo esperienziali.

- a) Cura: Presa di coscienza: quali sono le frasi che utilizzeresti per favorire la presa di coscienza di un problema in un contesto di cura?
- b) Formazione/educazione: quali sono le frasi che utilizzeresti per favorire la presa di coscienza di un tema importante da affrontare in un contesto educativo?

**Esercizio 2:** il contributo delle relazioni emotive nei processi di cambiamento.

- a) Quali sono le emozioni che condizionano positivamente o negativamente una azione di formazione e educazione in un processo di cambiamento?
- b) Quali sono le emozioni che condizionano positivamente o negativamente le azioni di cura in un processo di cambiamento.

**Esercizio 3:** l'ambiente/il contesto

Quali sono le emozioni che condizionano positivamente o negativamente le azioni di cura in un processo di cambiamento (stesso per situazioni di formazione ed educazione)?

**Esercizio 4:** Processi comportamentali

Quali sono gli strumenti pratici di incoraggiamento a comportamenti positivi per la salute nei contesti di prevenzione? (in ambito di formazione e cura)

**Esercizio 5:** elementi facilitanti/ostacolanti

Cosa può aiutare praticamente la persona al cambiamento positivo in un processo formativo/educativo e di cura?

Cosa può ostacolarlo?

**Esercizio 6:** il focus sulla cura

Cosa succede quando non stiamo bene?/ come ti senti oggi?

Quali sono i confini fra salute e malattia? Posso fare qualcosa per te?

Cosa sente che potrei fare per lei?

Cosa ti piacerebbe che io facessi?

Le domande proposte ai piccoli gruppi possono essere inserite in un percorso di confronto/ discussione orale; sollecitate da un proiezioni di immagini o video stimoli, accompagnate da schede che raccolgano parole o espressioni affettivamente significative.

In un percorso formativo sul TTM è importante procurarsi strumenti agili che consentano di focalizzare pensieri/ giudizi-pregiudizi( nella forma di preoccupazioni/valori di riferimento/ emozioni/sentimenti).

**Esercizio 7:** i processi di cambiamento:

Si può lavorare a distanza, anche a piccolo gruppo, sui processi motori del cambiamento. L'attività è più complessa ed è riconducibile ad un **gioco di ruolo** sul come si prendono decisioni.

*Descrizione di un esempio di attività:*

Si prende in esame un contesto lavorativo sanitario.

Situazione stimolo da analizzare: *riunione*

- Riunione con Direttore Sanitario, Capi servizio, Rappresentati Ufficio scolastico, Rappresentanti degli Enti locali. I partecipanti si conoscono superficialmente, ma possono esserci conoscenze dirette fra alcuni di loro.
- Clima: poco decifrabile
- Obiettivo della riunione: definire gli indirizzi trasversali di massima del Piano della Prevenzione e prevedere interventi formativi di supporto a diversi livelli.

Istruzioni per la conduzione della attività:

Attività: ad ogni partecipante al gruppo viene assegnato un ruolo. ognuno elabora la propria analisi di contesto e, in base a quella, decide quali motori di facilitazione del cambiamento cerca di attivare (questa parte non viene condivisa subito)

Analisi del contesto:

- a) descrizione della situazione
- b) credenze



- c) Caratteristiche personali
- d) Caratteristiche interpersonali (struttura delle relazioni)

Compito:

Come attivare i processi di cambiamento rispetto a:

- Presa di coscienza/ consapevolezza
- Gestione del rinforzo relazioni d'aiuto.

Istruzioni per conduttori/e

1. Il conduttore spiega l'attività e i suoi obiettivi.
2. Chiarisce che si tratta di una simulazione per evidenziare cosa succede in pratica quando si prova ad attivare dei processi utili al cambiamento intenzionale. Modalità: gioco di ruolo.
3. Il conduttore/conduttori presentano la situazione stimolo e attribuiscono i ruoli (a seconda del numero dei partecipanti si assegnano più ruoli della stessa categoria (per esempio: enti locali, Dirigenti di servizio, Referenti scuola).
4. Si lasciano 2 minuti per riflessione individuale.
5. Il conduttore fa partire la riunione (10 minuti di confronto, aperti dal Direttore Sanitario).
6. Dopo i dieci minuti raccolta del contesto, obiettivo:
  - a. prevenire ad una descrizione univoca del contesto o, per lo meno condivisa dalla maggioranza, evidenziando le differenze;
  - b. esplicitare quali siano stati i processi più funzionali al contesto.

Consegne/ conclusioni: Formulare domande, osservazioni; Prevedere un referente che porti l'analisi fatta e i processi attivati e confronto sui tre lavori svolti.

**Esercizio 8:** Realizzazione e messa in pratica di Piano di Promozione della Salute in applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento.

Descrizione dell'attività:

L'attività proposta prende in esame i 2 principali destinatari delle azioni di Promozione della Salute considerate nel piano formativo che declinano l'applicazione del TTM verso situazioni di gruppo o destinate all'ambito formativo o di interventi a sostegno del piano della prevenzione.

Come:

Il lavoro avviene a 2 gruppi che analizzano convergenze e divergenze sui ruoli di chi si occupa di formazione a livello territoriale o regionale. In questo caso il TTM è applicato alle competenze di chi svolge prevalentemente un ruolo di formatore o di "pianificatore", professionista che si occupa della realizzazione pratica di Piani di indirizzo operativo (ad es: piano della prevenzione).

È necessario mettere a fuoco il vissuto personale rispetto al ruolo che si sente più proprio. Può essere utile preparare una scheda come quella proposta di seguito che evidenzia: **CONVERGENZE/DIVERGENZE** nei percorsi per formatori e pianificatori.

Percorso per FORMATORE	Percorso per PIANIFICATORE
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avere un MANDATO CHIARO dai pianificatori</li> <li>2. Qual è il bisogno formativo? → Raccolta bisogni</li> <li>3. Capire se c'è un gruppo di lavoro favorente il ruolo: dove siamo</li> <li>4. Diagnosi motivazionale: dove siamo noi come formatori, dove sono i formatori che formiamo, dov'è il contesto in cui siamo inseriti</li> <li>5. Obiettivi della formazione (a partire da quelli indicati nella FAD)</li> <li>6. Cogliere lo scatto culturale [Cornice del Piano Nazionale della Prevenzione &gt;&gt; Piano Regionale della Prevenzione]</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osservazione stato dell'arte ("analisi" di contesto: cosa c'è, dove siamo, dove posso andare. Rendersi conto di cosa c'è/ è stato fatto e cosa non c'è. Cosa ha funzionato e cosa no?)</li> <li>2. Capire quali sono i miei alleati su cui contare (i miei compagni di viaggio in altri settori): a partire dal Piano Nazionale, come posso muovermi in Regione?</li> <li>3. Fare in modo che la FORMAZIONE sia uno STRUMENTO per raggiungere gli obiettivi del Piano</li> </ol>

## Conclusioni

Per molto tempo, ed ancora oggi per molti operatori della salute, la motivazione a cambiare è stata un problema della persona. Smettere di fumare, fare attività fisica, alimentarsi correttamente...: fornire indicazioni scientificamente corrette, e lasciare alla persona la responsabilità di applicarle; se non riesce è poco “compiante”, resistente al cambiamento, poco motivata.

Questo è spesso causa di frustrazione. Frustrazione per la persona assistita, che si sente caricata di tante prescrizioni e talvolta accusata di non avere la “volontà”.

Ma frustrazione anche dell'operatore, sino a pensare che il proprio lavoro sia inutile e che molti individui non cambieranno mai.

Paradossalmente la via per evitare questa duplice frustrazione è assumere, da parte dell'operatore sanitario, un compito in più: lavorare per la motivazione della persona. Iniziare cioè a pensare che la motivazione non è una caratteristica del mio assistito, bensì un processo che io posso contribuire a far avanzare.

Il modello transteorico è molto diffuso, in Italia e nel mondo. È stata decisamente attrattiva la sua semplicità nel descrivere la motivazione come un processo segmentabile in pochi e definiti stadi (dalla precontemplazione al mantenimento). Il TTM è un costrutto di grande e sofisticata complessità, ed in esso è possibile trovare una fonte di ispirazione al trattamento di persone singole od in gruppo, alla differenziazione degli interventi, alla prevenzione ed alla promozione della salute, all'organizzazione più complessiva del sistema sanitario.

***Questo è quanto il quaderno ha provato a rappresentare:***

- L'applicazione del modello nei contesti educativi e di cura: l'allievo o l'assistito esprimono una volontà generica di cambiare qualcosa del loro comportamento; l'operatore aiuta a rendere l'obiettivo più preciso e sostenibile, orientando un percorso che a partire da una diagnosi motivazionale, faccia leva sui processi che possono sostenere un cambiamento che si stabilizzi nel tempo, sia adatto ai bisogni della persona e del contesto in cui la persona vive e continui ad essere percepito come desiderabile e fattibile.
- L'applicazione del modello nei contesti di gruppi (dal gruppo classe a un gruppo terapeutico). Il gruppo offre meno possibilità di approfondire motivazioni e bisogni individuali, ma favorisce confronto e rispecchiamento. Anche in questo caso è necessario stabilire sin dall'inizio un obiettivo di cambiamento specifico, concreto e verso il quale il gruppo sente di aver maturato una certa autoefficacia.
- L'applicazione del modello nei contesti formativi. Una formazione produce cambiamento se è accompagnata da un riflessione sul perché è necessario avere determinate informazioni, determinate competenze e si propone di modificare certi aspetti del rapporto individuale con la disciplina. Dovrebbe sempre includere aree legate al sapere, saper fare e saper essere; utilizzare una metodologia il più possibile esperienziale, essere orientata dalle domande e dai bisogni dell'aula e non dalle esigenze del formatore. Anche in questo caso è necessario tracciare il processo: da dove si parte e dove si arriva; chiari quali sono i vantaggi, mettere a fuoco le difficoltà e rinforzare-connotare positivamente i risultati ottenuti.
- L'applicazione del modello alle attività di programmazione partecipata legate ai contesti

di pianificazione. Dalla realizzazione di linee guida, alla creazione di spazi (Scuole. Ambienti di Lavoro, Servizi sanitari che promuovano salute) è necessario accompagnare i processi decisionali con la motivazione di tutti i soggetti coinvolti. In certi casi norme chiare e sorveglianza del loro rispetto sono determinanti per ottenere un obiettivo nel breve periodo, ma non sono sufficienti per mantenerlo e consolidarlo nel tempo.

Per ognuna di queste applicazioni del TTM in cui LdP si è cimentata, si sono realizzati strumenti specifici, raffinato l'uso delle metodologie attive e suddiviso i percorsi motivazionale in 4 parti:

1. Esplorazione dei vissuti e raccolta di bisogni e immagini sul cambiamento
2. Approfondimento tematico: quali le informazioni utili e come usarle per cambiare o motivare a cambiare
3. Approfondimento espressivo: focus sulle aree valoriali, emotivo-affettive, cognitivo-decisionali
4. Contrattazione e monitoraggio di obiettivi di cambiamento (obiettivi di salute) chiari, specifici, misurabili, concreti e sostenibili.

Si auspica che il Quaderno possa avere almeno in parte chiarito le opportunità legate ad una corretta applicazione del Modelli.

# Bibliografia

- Bandura, A. 1978. «Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change». *Advances in Behaviour Research and Therapy*, Perceived Self-Efficacy: Analyses of Bandura's Theory of Behavioural Change, 1 (4): 139–61. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4).
- . 1997. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- DiClemente, C.C. 2006. «Natural Change and the Troublesome Use of Substances: A Life-Course Perspective». In *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it*, 81–96. New York, NY, US: The Guilford Press.
- . 2018. *Addiction and Change, Second Edition: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. Guilford Publications.
- Evers, Kerry E., James O. Prochaska, Janet L. Johnson, Leanne M. Mauriello, Julie A. Padula, e Janice M. Prochaska. 2006. «A Randomized Clinical Trial of a Population- and Transtheoretical Model-Based Stress-Management Intervention». *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 25 (4): 521–29. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.4.521>.
- Floyd, R. Louise, Mark Sobell, Mary M. Velasquez, Karen Ingersoll, Mary Nettleman, Linda Sobell, Patricia Dolan Mullen, et al. 2007. «Preventing Alcohol-Exposed Pregnancies: A Randomized Controlled Trial». *American Journal of Preventive Medicine* 32 (1): 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.08.028>.
- Greenhalgh, Trisha, Manuel B. Schmid, Thomas Czypionka, Dirk Bassler, e Laurence Gruer. 2020. «Face Masks for the Public during the Covid-19 Crisis». *BMJ* 369 (aprile): m1435. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1435>.
- Miller, William R., e Stephen Rollnick. 2014. *Il colloquio motivazionale - Terza edizione: Aiutare le persone a cambiare*. Edizioni Erickson.
- Perz, Catherine A., Carlo C. DiClemente, e Joseph P. Carbonari. 1996. «Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation». *Health Psychology* 15 (6): 462–68. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.15.6.462>.
- Prochaska, J M, J O Prochaska, e D A Levesque. 2001. «A Transtheoretical Approach to Changing Organizations». *Administration and Policy in Mental Health* 28 (4): 247–61.
- Prochaska, J. O., e C. C. DiClemente. 1983. «Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51 (3): 390–95.
- Prochaska, James O., e Carlo C. DiClemente. 1984. *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Dow Jones-Irwin.
- Rogers, Carl. 1978. «The Formative Tendency». <https://doi.org/10.1177/002216787801800103>.
- . 2015. *Becoming a Person*. Martino Fine Books.
- Rogers, Carl R. 2007. *Terapia centrata sul cliente*. edizioni la meridiana.
- Rosen, C. S. 2000. «Is the Sequencing of Change Processes by Stage Consistent across Health Problems? A Meta-Analysis». *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 19 (6): 593–604.
- Velasquez, Mary M., Kirk L. von Sternberg, R. Louise Floyd, Danielle Parrish, Alicia Kowalchuk, Nanette S. Stephens, Britta Ostermeyer, Charles Green, J. Paul Seale, e Patricia Dolan Mullen. 2017. «Preventing Alcohol and Tobacco Exposed Pregnancies: CHOICES Plus in Primary Care». *American Journal of Preventive Medicine* 53 (1): 85–95. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.02.012>.
- Velasquez, Mary M., Kirk von Sternberg, David H. Johnson, Charles Green, Joseph P. Carbonari, e Jeffrey T. Parsons. 2009. «Reducing Sexual Risk Behaviors and Alcohol Use among HIV-Positive Men Who Have Sex with Men: A Randomized Clinical Trial». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77 (4): 657–67. <https://doi.org/10.1037/a0015519>.

Velasquez, Mary Marden, Cathy Crouch, Nanette Stokes Stephens, e Carlo C. Diclemente. 2019. *Terapia di gruppo per abuso di sostanze. Manuale per un percorso a stadi*. Il Mulino.

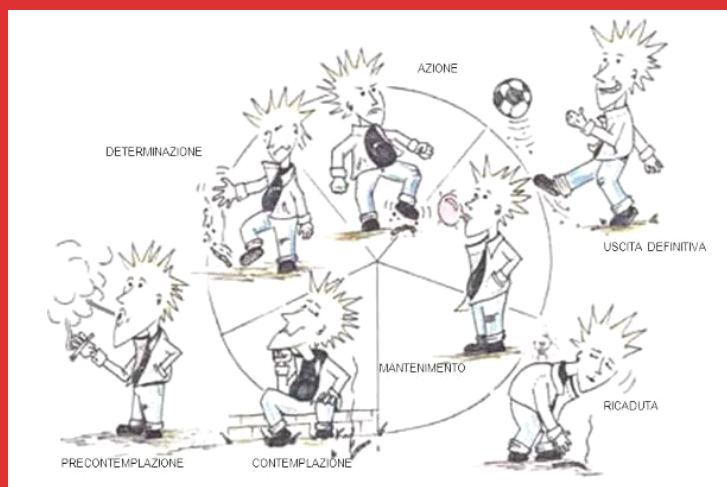
World Health Organization. 1986. «OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION». *Health Promotion International* 1 (4): 405–405. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.4.405>.

———. 2017. «Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development». *Health Promotion International* 32 (1): 7–8. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw103>.



# PROCESSI DEL CAMBIAMENTO E TECNICHE INTERATTIVE NELL'APPROCCIO MOTIVAZIONALE: STRUMENTI PER I PROFESSIONISTI E GLI EDUCATORI.

**18 Settembre 2020 ore 14.45 - 18.45**



**Seminario online ad iscrizione obbligatoria**

A cura di Luoghi di Prevenzione.

Relatori: Prof. Carlo DiClemente, Direttore del Laboratorio Habits Lab dell'Università del Maryland, e Dott.ssa Sandra Bosi  
Direttrice Scientifica del Centro. Moderatore: Dott. Antonio Mosti del Comitato Scientifico.



**Iscrizioni sul sito: [www.luoghidiprevenzione.it](http://www.luoghidiprevenzione.it)**

**Info: [segreteria@luoghidiprevenzione.it](mailto:segreteria@luoghidiprevenzione.it)**

**Telefono: 0522 320655**



## **PROCESSI DEL CAMBIAMENTO E TECNICHE INTERATTIVE NELL'APPROCCIO MOTIVAZIONALE: STRUMENTI PER I PROFESSIONISTI E GLI EDUCATORI**

18 settembre 2020 | 14.45 - 18.45

L'incontro è dedicato all'approfondimento dei processi cognitivo esperienziali e comportamentali nel cambiamento individuale

Il Prof. Carlo DiClemente, Direttore del Laboratorio Habits Lab dell'Università del Maryland, affronterà, nell'ambito del Modello Transteorico del cambiamento, il ruolo di processi, indicatori e contesto, definendo quali strumenti operativi possono essere utili al professionista che fornisce supporto motivazionale in campo educativo e di cura.

Il rapporto di collaborazione pluriennale con Luoghi di Prevenzione, la cui metodologia interattiva costituisce una applicazione del modello, sarà affrontata con alcuni componenti del Comitato Scientifico del Centro: Sandra Bosi, Giovanni Forza, Antonio Mosti.

### **Struttura della giornata**

Ore 14.45	Metologo: Perché i comportamenti possono cambiare
Ore 15.00	Lezione Magistrale Prof. Carlo DiClemente. Processi, contesto e indicatori che influiscono sul cambiamento individuale.
Ore 15.45	Il Prof. Carlo DiClemente dialoga con Sandra Bosi
Ore 16.15	Domande del pubblico
Ore 16.40	Esercitazioni pratiche
Ore 17.30	Supervisione e commenti dei relatori
Ore 18.00	Quali tecniche interattive facilitano il cambiamento a Luoghi di Prevenzione? Sandra Bosi
Ore 18.15	Esercitazioni pratiche
Ore 18.30	Commento del Prof. DiClemente
Ore 18.45	Chiusura del seminario

La moderazione della giornata è affidata a un gruppo di studenti della Scuola di formazione in Medicina Generale dell'università di Modena e Reggio Emilia.

## #5 I Metaloghi di Luoghi di Prevenzione

### 5. Processi del cambiamento e tecniche interattive nell'approccio motivazionale: strumenti per i professionisti e gli educatori

Il Metalogo è dedicato all'approfondimento del Modello Transteorico del cambiamento, suddiviso in stadi, processi, indicatori e contesto. Si affronta in modo dettagliato il tema dei processi del cambiamento e degli strumenti da utilizzare nei gruppi info motivazionali.



Il volume è stato realizzato nell'ambito del progetto CCM: "Cambiare stili di vita non salutari. La formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti in ambito della promozione della salute".