



**POETICA E PRATICA**

**DEL CAMBIAMENTO INTENZIONALE**

**Strumenti dell'Approccio Motivazionale  
nell'applicazione del Modello Transteorico  
del Cambiamento**

# **POETICA E PRATICA DEL CAMBIAMENTO INTENZIONALE**

**Strumenti dell'Approccio Motivazionale  
nell'applicazione del Modello Transteorico  
del Cambiamento**

© Copyright 2022 Lega Contro i Tumori ODV – Associazione Provinciale LILT Reggio Emilia

ISBN 979-12-5486-095-3

Il volume è stato realizzato nell'ambito del Progetto Azioni Centrali del CCM - Ministero della Salute *Cambiare stili di vita non salutari. La formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti in ambito della promozione della salute* (2019)

*Gruppo di lavoro progettuale interregionale*

Paola Angelini, Emanuela Bedeschi, Elisabetta Benedetti, Corrado Celata, Rossella Cristaudo, Giuseppe Gorini, Milena Franchella, Federica Micheletto

*Gruppo di lavoro Regione capofila Emilia-Romagna*

Giuseppe Diegoli, Cristina Marchesi, Emanuela Bedeschi, Paola Angelini, Giorgio Chiaranda, Marina Fridel

*Volume a cura di:*

Carlo DiClemente, Direttore Laboratorio Habits Lab, Università del Maryland e Supervisore Scientifico piattaforma di Formazione a Distanza Luoghi di Prevenzione; Sandra Bosi, Responsabile di Luoghi di Prevenzione; Giovanni Forza, Referente per Luoghi di Prevenzione del Professor Carlo DiClemente, in Italia

*Si ringraziano:*

Daniela Galeone/ Ministero della Salute: strategia editoriale

Corrado Celata/ Regione Lombardia: editing

Cristian Chiamulera/ Università degli Studi di Verona: approfondimento relazioni TTM e neurobiologia

Ermanno Rondini/ Presidente LILT Reggio Emilia, Responsabile Legale Luoghi di Prevenzione

*Contributi editoriali alle mappe concettuali*

*Mappa concettuale 1. Approccio Motivazionale:* Carlo DiClemente, Giovanni Forza, Sandra Bosi, Gianfranco Martucci

*Mappa concettuale 2. Fondamenti culturali:* Sandra Bosi, Marco Tamelli, Mateo Ameglio, Antonio Mosti, Daniele Pellegrino

*Mappa concettuale 3. Applicazione del TTM nelle azioni di Pianificazione e Formazione:* Sandra Bosi, Corrado Celata, Giorgio Chiaranda, Gianfranco Martucci

*Postfazione*

Cristian Chiamulera

*Introduzione*

Carlo DiClemente

*Segreteria Gestionale e Organizzativa Luoghi di Prevenzione - LILT Reggio Emilia*

Cristina Gozzi, Francesca Zironi

*Contributi alla Segreteria editoriale*

Valentina Marchesi, Gianfranco Martucci

*Realizzazione editoriale*



*150 anni nell'editoria di qualità*

Via A. Gherardesca  
56121 Ospedaletto-Pisa  
www.pacineditore.it  
info@pacineditore.it

*Responsabile editoriale*

Federica Fontini

*Progetto grafico e impaginazione*

Margherita Cianchi

*Fotolito e Stampa*

**IGP** Industrie Grafiche Pacini  
www.grafichepacini.com

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633

# Indice

<i>Presentazioni</i> .....	05
----------------------------	----

<b><i>Changing behaviors to promote and protect health: applying the Transtheoretical Model of Intentional Change</i></b> <i>Carlo C. DiClemente</i> .....	08
---	----

<b>Introduzione</b> .....	15
---------------------------	----

## **Prima mappa concettuale APPROCCIO MOTIVAZIONALE**

Motivazione, cambiamento intenzionale, stile di comunicazione, ascolto attivo, stili di vita: un sistema complesso .....	21
---	----

Cos'è IL TTM? Una meta teoria .....	23
-------------------------------------	----

La descrizione del Modello .....	29
----------------------------------	----

Gli stadi motivazionali del cambiamento .....	29
---	----

I processi del cambiamento .....	31
----------------------------------	----

Gli indicatori del cambiamento .....	37
--------------------------------------	----

Il contesto del cambiamento .....	39
-----------------------------------	----

<b>Prima valutazione, Intervento Motivazionale Breve e Strutturato: il <i>Vademecum</i></b> .....	40
---	----

Prima valutazione ( <i>minimal advice/screening</i> ) .....	42
---	----

Intervento Motivazionale Breve .....	44
--------------------------------------	----

L'Intervento Motivazionale Strutturato sul cambiamento degli stili di vita con un obiettivo di cambiamento: .....	49
--	----

L'Approccio Motivazionale .....	57
La valutazione della disponibilità al cambiamento .....	58
Caratteristiche dello stile di comunicazione assertivo nell'Approccio Motivazionale .....	59

## **Seconda mappa concettuale**

### **FONDAMENTI CULTURALI**

Cambiamento intenzionale, cura/medicina, psiche/parola, salute soggettiva, intenzionalità/consapevolezza .....	77
Poetica e pratica del cambiamento .....	78
Cura .....	81
Salute soggettiva: l'esperienza di sé e dell'altro nella relazione .....	94
Etica della cura: intenzionalità e consapevolezza .....	100

## **Terza mappa concettuale**

### **APPLICAZIONE DEL TTM NELLE AZIONI DI PIANIFICAZIONE E FORMAZIONE**

Pianificazione, formazione-trasformazione, apprendimento cooperativo, didattica orientata sulle Intelligenze Multiple .....	111
L'utilizzo del TTM nelle azioni di Programmazione degli interventi di promozione della salute: la Pianificazione e la Formazione .....	119
Come l'applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento potrebbe facilitare le azioni del Pianificatore? .....	121
Formazione-trasformazione .....	125
Apprendimento cooperativo .....	127
Didattica orientata sulle Intelligenze Multiple .....	132
<b>Postfazione</b>	
<b>Neuroscienze e Modello Transteorico del Cambiamento</b> .....	135
<b>Bibliografia ragionata</b> .....	141

# Presentazioni

La Regione Emilia-Romagna è da sempre impegnata sui temi della prevenzione e della promozione della salute ancorandone l'attuazione su un orizzonte di riferimento rappresentato da "Salute in tutte le politiche". Tale concetto, che riconosce la salute come un sistema complesso dipendente da fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali, è stato, in Emilia-Romagna, ulteriormente rafforzato dalla Legge Regionale n. 19 del 2018 "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria" ed è tra i principi che sostengono la *vision* del nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025.

Attuare salute in tutte le politiche vuole dire aprirsi a un processo di alleanze e sinergie e di conseguenza a un cambiamento profondo di abitudini e modi di lavoro rendendo possibile l'integrazione strutturale superando le difficoltà a entrare in alcuni luoghi rispetto ad altri, a sconfinare nella collaborazione con alcune professioni rispetto ad altre e in ultima analisi arrivare con efficacia ai destinatari finali delle azioni di promozione della salute.

Questo processo richiede una forte volontà di cambiamento sia delle organizzazioni che dei singoli, operatori e destinatari finali. È in questa prospettiva che da tempo la Regione sostiene Luoghi di Prevenzione e la sua capacità di offrire percorsi diversificati di sostegno al cambiamento attraverso metodologie di didattica interattiva e multimediale, avendo come target privilegiati il mondo della scuola – insegnanti e studenti – e gli operatori socio-sanitari.

Il metodo di intervento proposto e fortemente acquisito nel Piano regionale della Prevenzione è presentato in questo volume e può essere sintetizzato come Approccio Motivazionale in applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento, così da produrre sostegno produttivo a un processo di cambiamento intenzionale. Questo orientamento metodologico e strategico può spaesare chi si avvicina, perché propone un approccio caratterizzato dall'assenza di confini precisi, che obbliga a fare i conti con itinerari complessi da governare e ordinare.

Ma è in questo "spaesamento" che possono trovare spazio l'incontro e la sinergia che stanno alla base della integrazione intersettoriale e del percorso di "Salute in tutte le politiche".

L'auspicio è che il presente volume possa rappresentare un utile strumento per chi pianifica o contribuisce alla pianificazione di un intervento di prevenzione o all'organizzazione di un evento formativo: entrambe queste situazioni possono utilmente avvalersi della capacità di cogliere il grado di motivazione individuale dei suoi destinatari.

Si ringraziano Sandra Bosi, anima di Luoghi di Prevenzione, e Carlo DiClemente che sostengono la diffusione di questo metodo nel contesto della nostra Regione e in quello italiano.

Si ringraziano altresì tutti gli operatori che hanno contribuito alla stesura del volume e in particolare il Tavolo interregionale costituito in relazione al progetto Azioni Centrali CCM *Cambiare stili di vita non salutari. La formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti in ambito della promozione della salute.*

### **Giuseppe Diegoli**

Responsabile Settore Prevenzione collettiva e Sanità pubblica,  
DG Cura della persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna

L'Ausl di Reggio Emilia privilegia da molti anni, anche attraverso il sostegno culturale e gestionale di Luoghi di Prevenzione, attività di ricerca e azione sul territorio locale, regionale e nazionale, favorendo la diffusione dell'Approccio Motivazionale derivato dall'applicazione del TTM (Modello Transteorico del Cambiamento) a più contesti.

La collaborazione di Luoghi di Prevenzione con il professor Carlo DiClemente, ideatore del Modello descrittivo che ha fortemente modificato il modo di intendere e di trattare il cambiamento intenzionale nei comportamenti disadattivi individuali e dei gruppi e la sua applicazione ai contesti e alle azioni di pianificazione degli interventi preventivi, di cura e della formazione, è stata particolarmente proficua: dal 2004 si succedono progetti affidati alla Ausl di Reggio Emilia, del Centro Controllo Malattie del Ministero della Salute, ma, soprattutto è cresciuta e si è diffusa nel Gruppo di lavoro interregionale la modalità di utilizzo originale che ha evidenziato come cardini l'uso della parola esatta per esprimere emozioni, valori, giudizi, intenzioni, pensieri, vissuti presenti alla base dei percorsi di cambiamento intenzionale. Nello specifico, si sono approfonditi i processi cognitivi ed esperienziali che fanno parte del TTM insieme agli stadi motivazionali, agli indicatori del cambiamento e al ruolo del contesto, ma ne costituiscono la parte più originale e meno applicata.

Il testo descrive questa evoluzione, legandola all'importante contributo garantito dalla piattaforma di formazione a distanza di Luoghi di Prevenzione che, in modalità *blended*, con l'inserimento di esercitazioni individuali e a piccolo gruppo e la possibilità di frequentare i corsi seguendo le mappe concettuali preferite dai partecipanti, in base alle loro inclinazioni e ai loro interessi, segna un punto di arrivo e di inizio di un progetto di collaborazione scientifica con il laboratorio Habits Lab diretto dal professor Carlo DiClemente, presso l'Università del Maryland, rivolto a:

- inserimento del TTM in una prospettiva fenomenologica connessa ai contributi delle Neuroscienze;
- approfondimento del ruolo dei "Processi cognitivi-comportamentali ed esperienziali" e della funzione dei "contesti" fra i componenti del Modello;
- esplorazione di diverse modalità applicative del Modello descrittivo in situazione di pianificazione e gestione degli interventi di prevenzione e cura;
- ridefinizione della scelta e del ruolo della "parola" nella sua precisione come aspetto fondamentale dell'Approccio Motivazionale esercitato da ogni professionista che operi in un contesto opportunistico.

L'Ausl di Reggio Emilia è particolarmente fiera di una collaborazione scientifica qualificante esclusiva e qualificata con il professor Carlo DiClemente e della integrazione nel gruppo di coordinamento scientifico del professor Cristiano

Chiamulera, Neurofarmacologo, Ricercatore e Preside del Corso di Laurea di Medicina dell'Università di Verona che ha consentito il potenziamento del Centro Luoghi di Prevenzione con il Laboratorio Human Lab, dedicato a Neurobiologia, Realtà Virtuale e Realtà espansa, oggetto della postfazione di *Poetica e pratica del cambiamento*.

**Cristina Marchesi**

Direttore Generale, Azienda Usl di Reggio Emilia

La collaborazione tra Regione Emilia-Romagna e Ministero della Salute, attraverso Luoghi di Prevenzione, il Centro di didattica multimediale frutto della partnership fra Ausl di Reggio Emilia e Lega contro i Tumori di Reggio Emilia, ha radici lontane e si è realizzata in particolare con i progetti finanziati dal Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) fin dalla sua istituzione nel 2004.

Si è partiti con la formazione dei Pianificatori dei Piani Regionali sul Tabagismo e con la realizzazione territoriale di interventi di contrasto al Tabagismo, estendendo nel corso degli anni l'ambito di interesse ad altri determinanti di salute (scorretta alimentazione, sedentarietà e inattività fisica, consumo rischioso e dannoso di alcol) in un'ottica di promozione della salute e di sani stili di vita. L'approccio formativo adottato sia in contesti universitari e post universitari sia nei contesti professionali di operatori sanitari e non è stato costantemente orientato all'acquisizione e alla diffusione di competenze trasversali sull'Approccio Motivazionale al cambiamento comportamentale in ambito educativo, sociale, sanitario per poter poi attuare interventi in *setting* quali scuola, luoghi di lavoro, comunità locali, nonché nei servizi sanitari in contesti opportunistici come, ad esempio, nell'ambito degli screening oncologici.

La metodologia di Luoghi di Prevenzione, coerente con la *vision* interdisciplinare e multisettoriale del Programma nazionale *Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari* fatta propria anche dai Piani Nazionali della Prevenzione, è stata applicata e sviluppata grazie anche alla supervisione del professor Carlo DiClemente dell'Università del Maryland, direttore del laboratorio di ricerca Habits Lab, ideatore del Modello Transteorico del Cambiamento, introdotto quale elemento cruciale del processo formativo.

La piattaforma didattica per la formazione a distanza (FAD) sviluppata da Luoghi di Prevenzione ha rappresentato un importante strumento innovativo che ha consentito e consentirà in futuro di favorire l'acquisizione di competenze a una vasta platea di operatori e professionisti di vari settori che possono comunque avere un ruolo come promotori di salute.

Le attività formative realizzate integrando FAD con frequenza ed esercitazioni in presenza, come descritto nel testo, hanno visto un'ampia partecipazione delle Regioni e hanno gettato le basi per una ulteriore diffusione di analoghe iniziative.

Sono, quindi, certa che il percorso di collaborazione proseguirà proficuamente anche nel prossimo futuro, contribuendo al perseguimento di uno degli obiettivi prioritari e trasversali previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.

**Daniela Galeone**

Centro Controllo Malattie, Ministero della Salute

*Il TTM non ha bisogno di introduzioni; le sue applicazioni sono varie, valutate, utilizzate a più livelli.*

*Le espressioni "Approccio Motivazionale", "avviso breve", "Prima valutazione/ screening", "counselling" appartengono a un lessico interprofessionale e intersettoriale.*

*Anche per questo si è deciso di lasciare in lingua originale il testo del Professor Carlo DiClemente che da quasi vent'anni supervisiona studi e ricerche-intervento che la Regione Emilia-Romagna sta realizzando attraverso Luoghi di Prevenzione e che continuano a essere il frutto dell'interazione fra persone interessate a un dialogo tematico, nicchia di interessi comuni, a prescindere dagli ambiti di provenienza.*

*Carlo DiClemente scrive con fluidità ineccepibile e descrive quanto nel testo è già evidenziato e proposto nelle sue evoluzioni negli ambiti dei contesti ambientali, della formazione, della pianificazione, della realtà espansa.*

*Il volume è la rappresentazione (la nostra rappresentazione) del pensiero di uno studioso ancora non superato per originalità e semplicità.*

*Anche per questo si è preferito non ricorrere a traduzioni interpretanti.*

*Ogni lettore può ricostruire la propria a partire dalla lettura della fonte originaria.*

*i curatori del Testo*

## **Changing behaviors to promote and protect health: applying the Transtheoretical Model of Intentional Change**

*Carlo C. DiClemente, Ph.D. ABPP\**

### **The human intentional change process**

Intentional change is at the center of all health care prevention and treatment. It is also critical for societal and system changes. Intentional behavior changes are ones where the individual is engaged in a personal process of considering, deciding, planning and implementing a change or series of changes in their lives. The individual takes ownership of that change and integrates it into their lives so it can be sustained over time. Intentional change differs from developmental changes like aging and from imposed changes that the individual makes only because of external pressure, reasons, or reinforcements.

Over 40 years ago Jim Prochaska and I developed a model or framework that tried to delineate critical dimensions of the human intentional change process. Although many learning principles can be examined in studies using animal models, understanding the intentional change process involves examining the human experience of that process. We developed the Transtheoretical Model (TTM) using a science-informed, phenomenological and experiential approach to explore the change process. This work was built on concepts and perspectives from many different systems of therapy (Transtheoretical) and research from psychology and social scientists. The model was shaped and tested over many years with funding

---

\* Although the TTM was developed by James Prochaska and me, the thoughts and perspectives contained in this chapter are solely of the author.

from the National Cancer Institute (NCI) in research that examined the change process primarily focused on smoking cessation. However, it soon became clear that the process dimensions in the model were useful for all types of health behavior changes (diet, exercise, condom use, medication adherence, substance use, and a host of other behaviors). More broadly, the model has also been used to explore organizational and system changes.

Publications, concepts and research measures derived from the TTM have been translated and used by researchers and providers in over 25 different countries. The TTM has become standard content for educating psychologists, medical professionals, social workers, nurses, health educators, prevention specialists, and various types of mental health and substance use counselors. What follows is a brief description of the lessons learned and contributions of the TTM and how it can be applied to improve the health and well-being of citizens and systems of care.

### **All change is self change**

Although the TTM is being used by many prevention and treatment professionals to develop intervention programs, a core assumption of the model is that all change is self-change. Interventions can assist the personal change process but do not take the place of that process. The critical dimensions and mechanisms of this change process belong to the individuals who have to make the change. The initial insights into the process came while we tried to measure the process and discussed successful and unsuccessful changes with individuals in the midst of making a change. Our initial funded research grant from the national Cancer Institute at NIH (NCI) surveyed a large group of smokers multiple times over two years to understand the important dimensions of their efforts at self-change over time. This science informed phenomenological approach supported some concepts and helped us to modify others. Our teachers were our participants and their experiences and self-reports.

If all change is self-change, how can this model inform the development of interventions? Much of the early research on psychotherapy and behavior change in the 1960s and 70s focused on the strategies and techniques of the therapist. Although there were some attempts to describe client activities, the main focus of intervention research was on the therapists and how they should act in working with clients. The TTM was built on insights of other theories on how different theories described their mechanisms or principles of change. However the focus was on what the client needed to do to make change happen. Thus, the model offers a template or guide to those who want to assist the person to move forward to make a change happen. The model can help therapist and healthcare providers to understand where the client is in their process of change and match intervention efforts to critical tasks and mechanisms of change. Thus the focus of TTM informed interventions is client centered and personalized. If I want to help someone change, I have to understand where they are in terms of the important tasks that they need to accomplish and the mechanisms that they need to employ or experience to move forward in making a change.

### **Critical tasks of change: stages of change**

One of the first insights of the TTM is that the change process is not unidimensional. People do not "just do it" as the NIKE ads proclaim. The process involves multiple key tasks that we labeled the Stages of Change (SOC). These stages represented where the person is in the process and included individuals in pre-action

as well as action stages. Prior to this, most interventions were action oriented (telling people what they could do to change) but many individuals who may have needed to change (quit smoking, lose weight, start physical activity) were not ready to change. Those who were not ready were just told to come back when they were ready. The stages offered a view of what needed to be done to get ready (pre-action) as well as what is needed to successfully move into action and maintain the change. Understanding stage tasks can help us to understand what NOT to do as well as what to do to promote change since many interventions can hinder or interfere in the person's change process. From the perspective of the person changing a behavior the stages look like this.

**Precontemplation: I am really not interested in change** – Despite some indications that the current status quo is may be problematic, I am not interested in change at the present moment. If someone is here, the key task for them is to become interested, concerned, or curious about the need to change. Confrontation and unwanted advice are frequently met with resistance. Gentle probing and more importantly listening to the person and evoking some concern or reason to consider change is critical.

**Contemplation: I am thinking about it** – I am considering more or less seriously whether I need or want to change and whether it will benefit me more than it will cost me. Every change has a cost in discomfort and unwanted side effects. Can I find some important, value laden reasons to tip my decisional balance toward a decision to make a change? Ambivalence is a key challenge. Many times I go back and forth in my reasoning. Helping me resolve ambivalence and make a firm decision would be important for anyone trying to help me. Sometimes people say they are thinking about it but it is not a serious exploration of the pros and cons but simply a wish to change. Promoting a self-revaluation of the need or importance of making a change is critical to helping them make a solid decision to change.

**Preparation: I need a plan and commitment to follow through** – I have decided to make the change. How and when will I do this and will I need to make a change? What is my plan? Do I have enough strength of commitment to take the steps to change? Do I have help? Encouragement, support, and concrete steps and planning could be most useful at this point in the process. Making sure that the plan is acceptable to me and is something I have the resources and ability to do is essential.

**Action: I am making efforts to implement the change** – I am beginning to do the new behavior but it is not always easy and I need encouragement to not give up. I may make some mistakes and find that some parts of my plan are not working. I need to continue to overcome obstacles and revise plans to keep going. Support, offering help with resources and giving me some encouragement for my successes even if not completely successful would be helpful. Discouraging my efforts or undermining my self-efficacy would not be helpful and likely to cause me to give up on changing.

**Maintenance: It is getting easier and becoming part of my lifestyle** – Sustaining changes that are not immediately reinforcing is not easy. I have to shift my lifestyle or behaviors around to make the change permanent. Beginning eating healthier or quitting smoking affect many aspects of my life. I need to stick with the effort. Sometimes I get discouraged especially when some other life events happen to make me less able to make the change. What would be helpful is support and help with any problems in my life that are distracting or hindering me from continuing to make the change. Helping me find support in the community might also be useful to support my change.

## Every beginning does not result in success

These are the key tasks of this multidimensional change process. However, they do not happen automatically or linearly. People get stuck in pre-action stages. They know they should change but are distracted by other problems or just not interested right now. Ambivalence can last a long time where people are always considering pros and cons but never making a decision. Sometimes even after someone makes a decision they procrastinate and are always going to do it tomorrow. There are many ways to get stuck in pre-action. Action and Maintenance pose other challenges. Some people make an attempt that is partially successful and feel satisfied. So someone who needs to quit smoking will cut down and feel that is good enough but making a change that is inherently unstable because of the addictive properties of nicotine. Others keep slipping back even while trying hard to make the change. Making a new pattern of behavior become well established is difficult and often they get tired or frustrated and give up on the change. If that happens, they need to revise a plan or go back and do some earlier tasks better. Relapse or a return to the status quo and giving up on change also can happen during Action or Maintenance stages. It often takes multiple attempts to change to arrive at success.

So what happens when someone fails to make a behavior change? It depends on whether the experience is one of guilt and shame or stigma. If they see themselves as "failures" or "losers" they likely return to precontemplation convinced that they cannot change. However, if the failed attempt to change is viewed as a learning experience, the individual can analyze what went wrong and try to fix it. Maybe they were interested in the change only because the family wanted it and had little internal motivation. Maybe the decision was made too quickly without being evaluated well or was not based on important values. Possibly the plan was flawed or the commitment weak. Maybe the plan was not working but the person failed to revise or change the plan and simply gave up.

There are lots of things that can go wrong. It is not as simple as lack of "will-power" or being too old to change. What is helpful is if providers can help reframe the effort and explore what went wrong without blame and stigma. Many of the self-changers told us that they had to try several times to "get it right". Turning a failure into an opportunity to learn how to make the next attempt more successful is the secret to success.

The good news is that failure is often experienced on the road to successful change. The insight of the TTM was that once a person was unsuccessful they returned to pre-action stages so needed to move back through the process and complete stage tasks in a way that would support success. This cycle of change revolutionized how we understood "relapse" and aided practitioners to see that failure does not have to be permanent. Movement through the stages is often cyclical with individuals making multiple attempts before reaching success. Even some of our very best programs have rates of successful long-term change below 50%. This is part of the process and not a reflection on our program or intervention. We must bring this hopeful perspective to our work with our clients and patients.

## Mechanisms of change that help complete the change tasks

Many companies, organizations and prevention and treatment programs are interested in getting people to change. They want you to buy a product, use a new medication, take up a new behavior, modify a current behavior, or stop a behav-

ior that is problematic. Many employ advertising agencies to help promote that change. They use principles and processes from behavioral science to do this. Watch commercials on the television and you can see many of the ways they try to engage personal mechanism of change. In the TTM, these mechanisms are called Processes of change and are derived from different change theories in the literature (Transtheoretical). If you look and listen you will see that these mechanisms or processes are very visible in our daily lives.

These mechanisms are not just about thinking and doing. They take place in our minds and bodies. They are influenced by genetics and biology. They involve brain and neuroscience, body and biology, and behavior and social influences. The processes are an eclectic set of mechanisms that can be viewed from many different perspectives using a microscope or a telescope. Our understanding of these mechanisms are still developing and are incomplete and that is why behavior change often seems chaotic and efforts are making people change is so difficult. We need to continue to be open to finding out about the phenomenon of human intentional behavior change from a science informed perspective that reaches from cell to society.

Processes are the experiences and activities of the individual that can help them to complete the tasks of the stages. If individuals need to get more interested in change or evaluate the costs and benefits, they would need new information (Consciousness Raising) or to change the way they see the status quo and the new behavior (Self and Environmental Reevaluation) or maybe see or hear something that evokes some emotions that could influence their decision making (Emotional Arousal) or look around to see how societal values and views the current or new behavior (Social Liberation). All these are considered the cognitive/experiential processes. Again look at the TV ads and see how they give new information and try to get people to see that they need this new product and how it will help them and others around them. Some ads will show very emotion arousing images to sell the product (you will be happier, not be embarrassed, healthier) and some will try to show how society (laws, enforcement of restrictive policies, or social pressure) will punish problematic behaviors. All these processes are very important in the pre-action stages for decision making and commitment building.

Other process or mechanisms are more action oriented. Connecting the new behavior with many common activities (Conditioning) helps to make cues in the environment that support change (a set time for physical activity, keeping only healthy foods at home) or if trying to stop a habitual behavior finding ways to avoid the cues that trigger the problematic behavior (Stimulus/cue Generalization or Stimulus/cue Control) Changing how one reacts to a stimulus that promotes the problem behavior (I smoke when I am stressed) also can produce more effective action (Counterconditioning). Emphasizing choice and taking responsibility for your health, your illness, your life (Self-liberation). Offering rewards for buying and using a product or making a change (lower prices, saving money spend on tobacco, how great you will feel after doing this behavior) also support action and maintenance (Reinforcement). Testimonials and support of people who have change offer support and hope that you can do make this change or use this product (Helping relationships).

These mechanism are promoted in everyday life. However often healthcare providers do not pay attention to stage and focus on only one process or mechanism. For many years many believed that we could educate our way to healthy lifestyles. All we needed to do is give people information or advice and they would change. Now we understand that motivation and not just education are needed

and that the process of motivation is multidimensional. It is the interaction of the stage tasks with the mechanisms or processes of change that are at the center of the Transtheoretical Model. Although many professionals acknowledge the importance of the stages of change to understand where the client or patient is in the process of change, our interventions have to be informed by how to activate the processes of change in our clients to create successful movement through the stages.

The challenge for all of us who are trying to promote change is to be open to new insights and approaches to stimulating these mechanism of change. Spoken language and verbal communication is clearly one approach. However, there are many different learning styles and avenues. Visual learners may need more visual material and prompts. Experiential learners may need some activities that engage various aspects of the experience of change. Art, music, meditation, technology can offer some unique avenues to promoting the change process and activating the mechanisms of intentional behavior change. We need to be creative and open to new approaches and methods in our work when we are trying to activate these mechanisms to promote change.

### **Context matters: the importance of contextual resources and problems**

Every change of a single behavior (smoking, diet) or a constellation of behaviors (healthier lifestyle) happens in the context of that person life space. Many individuals have multiple behaviors that they need to change and are overwhelmed by the enormity of the task. Most individual who want to change a behavior have complicating conditions or circumstances that make that change more difficult (being physically active with arthritis). Contextual issues and resources can support or hinder the personal process of change and redirect energy to these other issues that is needed to adequately complete each of the critical stage tasks. Sometimes providers are so focused on a single problem (diabetes treatment) that they fail to recognize an alcohol problem or mental health problem that can complicate diabetes self-management changes.

Paying attention to the context does not mean that each provider has to address all the issues that individuals have in their lives. It does mean that a provider should not ignore context since it often can restrict and interfere with desired changes. It may mean that providers have to have networks of care that can address various problems and provide support. Integrated care is a concept that makes a lot of sense but is difficult to implement since many providers are in silos and have difficulty broadening perspectives. Patients, who are overwhelmed by trying to make changes and address various problems, are discouraged by fragmented systems of care. Using the stages of change to understand motivational levels for different problems in the individual's context of change may help with triage and treatment and can promote integrated systems of care.

### **Applying the model across providers and problems**

Most of us in healthcare recognize that we are often asking clients to make a number of changes in their behaviors. It is helpful to understand that there are different patterns of change. Sometimes we are asking people to start a new behavior (taking a medication, monitoring glucose, starting a physical activity, and using condoms to prevent STIs) or in the case of prevention trying to stop initiation of a new problematic behavior like adolescent smoking or problem drinking. Some-

times we are asking clients to modify a current behavior like diet or moderate their alcohol consumption. Finally, many times we are asking clients to stop a health threatening risk behavior like current smoking, substance use, or risky sexual activity. These all represent different patterns of change that require us to understand how to apply the TTM in the most effective manner.

For example, starting a new behavior may require continued self-reevaluation to keep reassessing the value of the new behavior and developing performance self-efficacy. Whereas, when stopping a behavior, it is often best to leave the behavior in the rear view mirror and not be constantly reevaluating the decision to quit. Modifying a behavior may be the most difficult to achieve since it requires constant self-regulation and monitoring as we have seen in dieting.

Understanding the pattern, context and the burden of the change that the individual is undertaking is an important part of applying the TTM. It can help us to be more empathic, understand the client perspective and priorities and appreciate the challenges of the change process. We cannot simply prescribe change nor can providers be motivated for clients or patients. It is always the client perspective and process that we must honor in our efforts to modify risk and promote health.

Who can use this model in their work? If a provider is trying to promote an intentional change, the TTM can assist them in guiding the conversation and making it a motivationally sensitive encounter. There is often the sense that this kind of conversation would take too long or that the client or patient would not like have the conversation. That fear on the part of the provider is most often unfounded. Many patient would like to have a conversation and be listened to instead of being lectured or advised as sometime happens. You can guide the conversation using motivational interviewing strategies that are being taught in the FAD and many professional training programs. Even if a person is in precontemplation and not interested in change they will often talk about their perspective on the current status quo and any potential change even if it to tell you that they are not going to change. They will be open about their motivation especially if you do not require them to be in action and begin telling them to do something immediately. Contact with prevention specialists and providers offers a "teachable" moment where the interaction can help or hinder movement along the process of change. Engaging clients or patients in a conversation where they feel understood and empowered should be the goal of each encounter.

### **What about us?**

Although we have focused on provider and clients and have tried to help providers understand the process of change better, the process is not simply for people we work with as professionals. The process is relevant to our change process and that of our family members. It is also relevant for the changes that we are trying to make in our services, systems and organizations. Many of us are in precontemplation for some changes that others have encouraged (especially our spouses). Organizations can mandate change. However, the successful implementation of changes in systems of care are sustainable only when we help the members of that organization to move through the process of change to adopt the new behaviors needed. Appreciating how this process works in ourselves and our organizations can help us understand and appreciate the process of change in those we encounter in our work. The TTM offers a template for understanding the multidimensional and often chaotic process of behavior change.

# Introduzione

A chi si rivolge il testo? A coloro che si accostano alla piattaforma didattica di Luoghi di Prevenzione per frequentare un Corso di Formazione a Distanza sull'Approccio Motivazionale e intendono avvicinarsi ai contenuti del Corso stesso attraverso lo strumento tradizionale del libro; a coloro che – dopo aver ultimato il Corso – abbiano tempo e curiosità da dedicare all'approfondimento di alcuni concetti trattati; a chi si occupa della organizzazione e gestione di proposte formative nella cornice metodologica di Luoghi di Prevenzione.

Dopo molti anni di esperienza sul campo, è giunto il tempo per raccogliere e riorganizzare memoria, costruire visioni, coltivare utopia, sviluppare un pensiero di nuova costituzione, sulla promozione della salute e sulla progettazione dei processi formativi, sociali, sanitari che vi concorrono.

Tutte le tipologie di destinatari, pur appartenendo ad ambiti disciplinari differenti, e pur operando in settori di intervento diversi, hanno in comune la necessità professionale o l'interesse culturale ad acquisire competenze utili a capitalizzare il valore aggiunto dell'Approccio Motivazionale nella Pianificazione e nella Formazione nel campo della promozione della salute e della prevenzione dei comportamenti a rischio.

In questa prospettiva, il testo introduce, commenta e conclude il Corso Formativo sull'Approccio Motivazionale, riscrivendo le mappe concettuali trasversali che formano la base delle competenze di cui si sono promosse la conoscenza e l'acquisizione.

Competenze per fare cosa?

Per suscitare, sostenere, definire, processi di cambiamento intenzionale di comportamenti individuali, di gruppo, di contesto utili a mettere in discussione e promuovere il cambiamento degli stili di vita che influenzano la salute propria e collettiva.

"Cambiamento" è una parola molto usata. Nella vita tutto è cambiamento. Il cambiamento auspicato quando si affrontano condizioni e stili di vita dannosi per la salute è piuttosto difficile da raggiungere: se ben orientato verso un obiettivo preciso, si confronta infatti con gli ostacoli posti da atteggiamenti e comportamenti disadattivi. Per concretizzarsi deve essere sostenuto da una precisa intenzionalità, sorretto da una buona motivazione, alimentato dall'attivazione di processi esperienziali e comportamentali mirati e coerenti.

Chi pianifica o contribuisce alla pianificazione di un intervento di prevenzione, generalmente: ha una buona conoscenza del problema che sta affrontando; il ruolo adatto a dar seguito a quanto propone; sa delineare obiettivi, strategie, risultati attesi, scegliere indicatori ed elaborare un quadro di valutazione che coinvolga la maggior parte dei portatori di interesse. Di rado prende in considerazione la necessità di elaborare e mirare la sua proposta, fra le diverse alternative possibili, a seconda dello stadio motivazionale in cui si trovano i destinatari dell'intervento.

Chi si trova a contribuire alla preparazione o alla conduzione di una proposta formativa tematica generalmente: ha un'ottima preparazione sui contenuti, è attento al setting, allo stile di comunicazione adottato, alla tipologia dei destinatari, ma di rado si pone domande sul grado di motivazione individuale dei suoi destinatari.

Proprio per fare fronte a questa difficoltà di fondo la piattaforma FAD di Luoghi di Prevenzione individua come metodo di intervento, in applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento (TTM), l'Approccio Motivazionale, così da produrre sostegno produttivo a un processo di cambiamento intenzionale. Paradossalmente questo orientamento metodologico e strategico può spaesare chi si avvicina alla FAD, perché propone un approccio caratterizzato dall'assenza di confini precisi, che obbliga a fare i conti con itinerari complessi da governare e ordinare.

A partire da questa considerazione si dipana il primo tratto di questa passeggiata che, come proprio di ogni passeggiata, non si caratterizza solo per la sua meta, ma anche per l'esperienza orientante-disorientante dell'esperienza del movimento, in movimento, nella relazione con sé stessi prima ancora che con i compagni di viaggio.

Il percorso che questo testo propone vorrebbe avere un significato iniziatico che sappia aprirsi a più sguardi che vi si confondano e si riconoscano.

Ci sono più **mappe concettuali** che descrivono modi diversi di approfondire i contenuti della FAD. Ne proponiamo tre.

La **prima** descrive un percorso metodologico esperienziale, che, a partire dalla descrizione dei diversi significati del TTM, insegna come si applica l'Approccio Motivazionale, dove lo si applica, come si lega alle proprietà dell'emergenza dei sistemi complessi: **motivazione, cambiamento, stile di comunicazione, ascolto attivo, stili di vita, sistema complesso**.

Potrebbero essere questi i concetti che, a partire dalla descrizione del Modello come meta teoria, ne rappresentano la declinazione pratica applicabile e applicata a comportamenti/stili di vita con interventi di diverso livello di complessità: *minimal advice* (prima valutazione), Intervento Motivazionale Breve, Intervento Motivazionale Strutturato con un obiettivo di cambiamento. Già questa prima mappa concettuale apre a una lettura del TTM in relazione alle Neuroscienze e alla pratica fenomenologica che trova una prima applicazione nella rivisitazione delle tecniche base dell'Approccio Motivazionale, ponendo al centro l'attenzione alla scelta delle parole per precisione semantica, suoni evocati, corrispondenze simboliche, immagini suscitate.

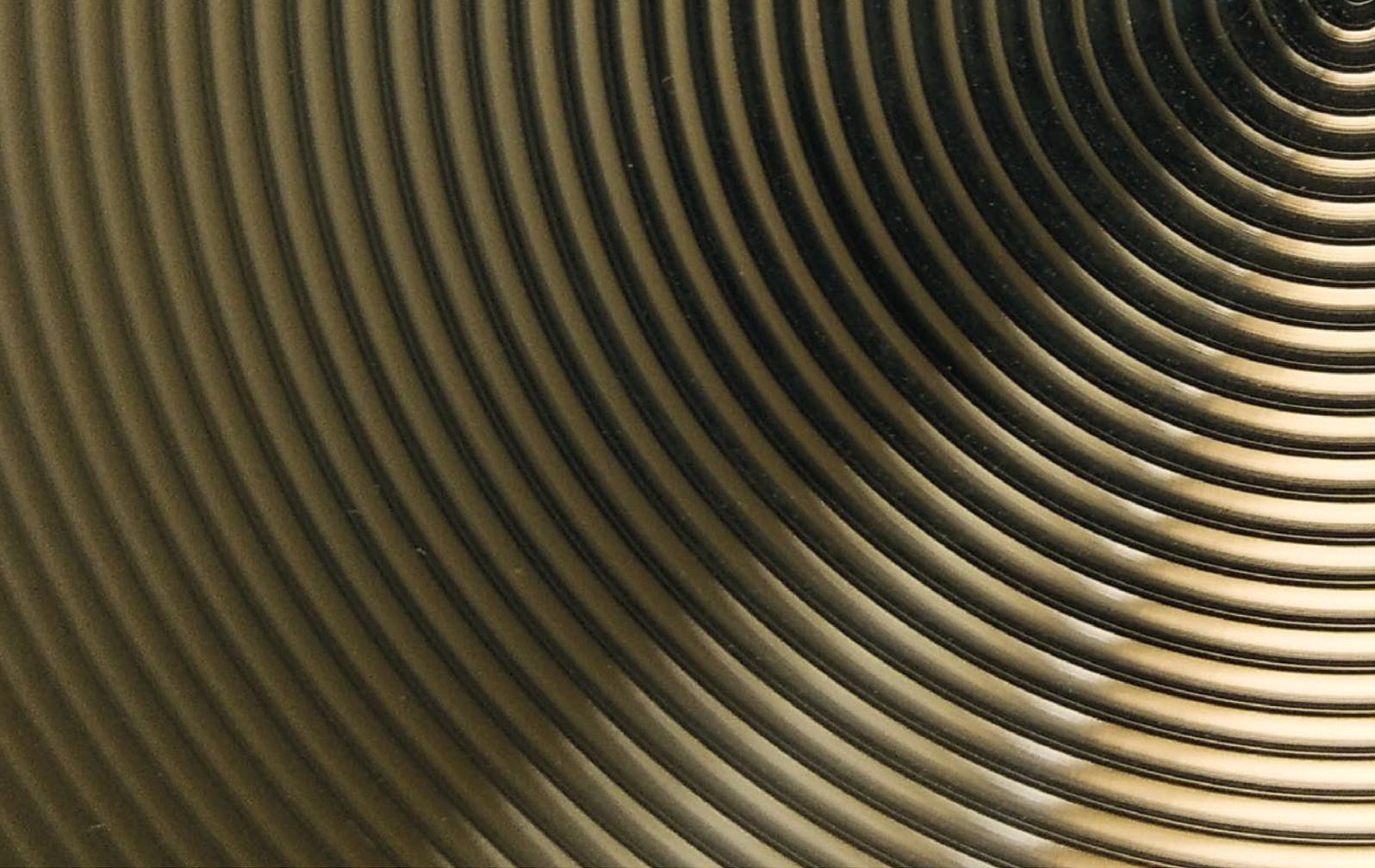
La **seconda** è un percorso culturale che richiama i paradigmi epistemologici che attraversano la piattaforma segnando un itinerario di approfondimento di concetti come **cura, medicina, parola, psiche, emozioni/sentire intenzionalità, cambiamento, salute, consapevolezza/mindfulness/meditazione**.

Potrebbero essere questi i concetti intorno ai quali si snodano i diversi rami, talvolta percepibili come disomogenei, in cui si articolano i contenuti della piattaforma didattica di Luoghi di Prevenzione e, più in generale, la traduzione culturale della poetica e pratica del cambiamento in applicazione del TTM.

La **terza** è il percorso composto dalle istruzioni per l'uso dell'Approccio Motivazionale proposte al Pianificatore di interventi di promozione della salute e al Formatore in ambito motivazionale per l'attuazione del Piano della Prevenzione. Pianificatori e Formatori sono i principali destinatari dei Corsi FAD.

**Pianificazione, TTM: formazione/*formatio*/*transformatio*, apprendimento cooperativo, Intelligenze Multiple.**

La coerenza fra azioni di pianificazione degli interventi e processi del TTM, percorsi formativi proposti, metodologie attive nella didattica costituisce il focus attraverso cui i partecipanti al corso possono incanalare le competenze acquisite.





Prima mappa concettuale  
**APPROCCIO MOTIVAZIONALE**

*Carlo DiClemente, Giovanni Forza,  
Sandra Bosi, Gianfranco Martucci*



# Motivazione, cambiamento intenzionale, stile di comunicazione, ascolto attivo, stili di vita: un sistema complesso

I concetti, a partire dalla descrizione del Modello come meta teoria, ne rappresentano la declinazione pratica applicata a comportamenti/stili di vita, mettendone in rilievo le relazioni con la Teoria dei Sistemi Complessi.

Il cambiamento intenzionale dei comportamenti può avvenire senza supporto esterno se è sostenuto da una motivazione adeguata.

Nella realtà, però, incontriamo condizioni, che sono in larga parte prevalenti, in cui l'individuo desidererebbe, gli piacerebbe, vorrebbe, riterrebbe opportuno cambiare, ma non è in grado di farlo, senza seguire un percorso personalizzato che può trovare vantaggio da un sostegno esperto o dalla esposizione ripetuta a occasioni di rinforzo (intervento motivazionale/Approccio Motivazionale), che permettano di valorizzare e, indirizzare la sua motivazione (avviso breve motivazionale/*minimal advice*).

In questa prospettiva, il termine "motivazione", centrale per determinare il cambiamento, finisce per essere oscurato perché, giustamente, il riferimento principale del TTM è la descrizione delle modalità che ne favoriscono il raggiungimento della motivazione.

Anche se questo testo lascerà la motivazione in ombra, riteniamo opportuno fornirne una definizione, prima di chiederci cosa significa motivare.

**Motivazione** – in Psicologia, quanto concorre a determinare il comportamento di un individuo o anche di una collettività: motivazioni primarie, quelle tese al soddisfacimento di bisogni naturali e istintivi; motivazioni secondarie, che soddisfano bisogni di carattere sociale, culturale, spirituale.

Riferimento obbligatorio è il pensiero di A. Maslow, che, nella sua *Teoria della motivazione umana*, pone come punto di partenza i cosiddetti "impulsi fisiologici" (fame, sete, sonno, sesso ecc).

Quando i bisogni fisiologici sono gratificati, si presentano altri desideri. Maslow li ha così suddivisi:

- bisogno di sicurezza, stabilità, dipendenza, protezione;
- bisogno di affetto e sentimento di appartenenza;
- bisogno di stima: "le esigenze di questo genere possono perciò essere classificate in due categorie; da una parte il desiderio di forza, di successo, di adeguatezza, di padronanza, di competenza per affrontare con fiducia il mondo, di indipendenza, di libertà, dall'altra ciò che può essere detto il desiderio di reputazione o prestigio, di una posizione sociale, di fama e gloria, di dominio, di importanza, di dignità e di apprezzamento" (Maslow, *Motivazione e personalità*, p. 97);
- bisogno di autorealizzazione: le vie dell'autorealizzazione sono fortemente segnate dalla inclinazione personale e si manifestano secondo modalità genericamente riconducibili a criteri di competenza, esecutività, successo.

Nella prospettiva di Maslow la motivazione è una sorta di processo gerarchico e si esprime pienamente soltanto quando si sono soddisfatti o si è in grado di porre al centro i bisogni di autorealizzazione individuale.

Quanto appena precisato, mette in luce, come l'Approccio Motivazionale sia questione piuttosto lontana da una mera concettualizzazione psicologica del significato della "motivazione". Occupiamoci, pertanto, di comprendere cosa si intenda per "motivare".

### Cosa significa motivare?

Fare emergere giudizi, impressioni, emozioni, pensieri, valori, "sentire", atteggiamenti, rispetto al cambiamento di un comportamento ritenuto non più desiderabile (per esempio fumo di sigaretta, alimentazione scorretta, movimento inadeguato).

Etimologicamente, "motivare" significa *ex-muovere*: fare uscire, favorire l'espressione dei vissuti "reali" rispetto a un determinato tema.

Motivare ha pertanto un significato preciso e circoscritto, che pone al centro la dimensione relazionale.

Come si caratterizzano, alla luce di ciò, i professionisti dell'Approccio Motivazionale?

- I professionisti nell'ambito della salute e della cura dovrebbero essere in grado di sostenere la motivazione intenzionale del cambiamento dei comportamenti non salutari.
- I professionisti della educazione dovrebbero essere in grado di sostenere la motivazione a imparare.
- I professionisti della formazione dovrebbero essere in grado di sostenere la motivazione al coinvolgimento attivo nel processo di apprendimento.

Come promuovere e sostenere la motivazione al cambiamento intenzionale è una competenza trasversale che si impara e che può essere migliorata. L'applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento Intenzionale dei Cambiamenti Disadattivi ne è la principale metodologia di apprendimento-rafforzamento.

# Cos'è IL TTM?

## Una meta teoria

TTM: un modello di intervento, un meta modello per la complessità.  
Perché adottare un modello unico come il TTM?

- ▶ perché è ragionevole scientificamente;
- ▶ perché è comodo: professionisti diversi, stesso linguaggio;
- ▶ perché permette una *accountability* maggiore verso il committente.

### Professionisti riflessivi e cambiamento dei contesti

La formazione degli operatori in promozione della salute prevede, dal punto di vista del Ministero, due livelli: Formatori e Pianificatori. Entrambi questi livelli sono fortemente caratterizzati da un necessario "meta pensiero" sulla loro azione professionale specifica: è infatti loro richiesto di mantenere una costante riflessione sul proprio impatto professionale. Questo è particolarmente vero in ambito di promozione della salute, dove non ci si limita a diffondere dei contenuti o a organizzare l'erogazione di servizi, ma si lavora spesso in una direzione di cambiamento culturale, più grande e complesso dei singoli obiettivi formativi o organizzativi contingenti.

Il Modello Transteorico del Cambiamento dei Comportamenti Intenzionali, teorizzato da DiClemente e Prochaska, ha ottenuto un'ampia validazione scientifica in tanti ambiti.

Ma questa non è l'unica ragione per cui rimane un riferimento molto rilevante nella formazione alla promozione della salute portata avanti in collaborazione col Centro Luoghi di Prevenzione della Regione Emilia-Romagna da parte del Ministero.

### Micro, meso, macro?

La sua caratteristica più preziosa, da un certo punto di vista, è che permette un approccio alla complessità grazie alla flessibilità che lo caratterizza. Può infatti essere interpretato come un modello applicabile in modo simile sia su un piano di relazioni personali con un utente o un paziente (un livello che potremmo definire "micro") sia a livello di interazione con gruppi (livello definibile "meso") sia nella comprensione e nel lavoro con istituzioni vere e proprie (livello più "macro").

È certamente più sfidante a livello formativo riflettere su tutti e tre questi livelli contemporaneamente: richiede infatti di mantenere una costante riflessione sul proprio

agire, e in particolare sul livello di motivazione degli attori coinvolti e su come lo si sta gestendo.

D'altro canto, ci garantisce un approccio alla complessità caratterizzato da strumenti di decodifica molto informativi, a loro volta collegati a strumenti di intervento solidi dal punto di vista teorico e validati in molti ambiti della letteratura. Allo stesso tempo però le caratteristiche non prescrittive e motivazionali del Modello permettono di mantenere un approccio incentrato sulla persona e sul rispetto della sua libertà individuale.

Lavorare in ambiti come la promozione della salute, la salute pubblica, l'organizzazione dei servizi, la salute territoriale vuol dire di fatto intervenire in contesti di grande complessità, che attraversano costanti fasi di cambiamento, con la collaborazione di molti portatori di interesse e la competizione di obiettivi molto diversi.

Come è ben noto, non può esistere un unico modello che permetta di esaurire la complessità di contesti di questo tipo. Ogni scelta di un modello implica la più o meno esplicita ed effettiva rinuncia ad alcuni livelli di complessità. Ma proprio per questo diventa fondamentale selezionare un preciso un modello di analisi e di intervento, per permettere una lettura comune da parte dei diversi attori, committenza inclusa, degli interventi portati avanti. Questo livello di *accountability* è anche un passaggio necessario per permettere una crescita dei nostri gruppi di lavoro con caratteristiche di maggior rigore e scientificità. "Costringersi" ad attenersi a un modello di riferimento, a considerare una teoria come base dei propri impianti progettuali è paradossalmente la chiave per mettere a fuoco errori e punti di debolezza tanto del nostro lavoro di implementazione quanto della teoria stessa.

A questo livello di teorizzazione e di analisi, è ovviamente necessario accettare che qualunque modello scegliamo comporterà la rinuncia ad alcuni aspetti. Se è vero come anticipavamo che il Modello Transteorico del Cambiamento ha un'ampia validazione scientifica in molti ambiti, è altrettanto vero che risulterebbe utopistico e quasi ingenuo pensare a una validazione del Modello nel suo complesso, nelle sue applicazioni di ampio raggio. Come a dire che è più semplice (ma comunque non semplicissimo!) dimostrare una efficacia del Modello Transteorico del Cambiamento qualora venga applicato da professioni sanitarie nel supportare la disassuefazione dal fumo di sigaretta (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008066.pub3/full>), mentre resta molto più sfidante misurarne l'impatto, soprattutto in comparazione con altri modelli, quando si parla di tre livelli diversi e quando si parla di interventi di differenti nature come sono quelli che caratterizzano la promozione della salute e la salute pubblica in generale.

Ciò ovviamente non perché questo Modello specifico presenti maggiori difficoltà di altri, ma perché tutti i modelli di intervento a livello macro possono essere valutati per lo più a livello di accumulo di evidenze osservazionali, qualitative e organizzative, sempre a una certa distanza dalla "punta" della piramide delle evidenze. È molto difficile, insomma, immaginare di poter fare un trial randomizzato su modelli organizzativi (anche se non impossibile! (*Effectiveness of a school-based multi-component smoking prevention intervention: The LdP cluster randomized controlled trial*, Preventive Medicine, vol. 61, aprile 2014, pp. 6-13).

Tra i numerosi possibili vantaggi dell'adozione del Modello Transteorico del Cambiamento come riferimento teorico, segnaliamo inoltre il fatto che esso mantiene la sua solidità in entrambi le direzioni possibili di lettura della motivazione verso un cambiamento intenzionale: la motivazione a intraprendere o a interrompere un cambiamento di comportamento.

### Livello “macro”

È generalmente accettato in documenti di Policy di alto livello riferirsi al Modello Transteorico del Cambiamento con un possibile framework di riferimento proprio nell'interpretazione nella progettazione di interventi relativi ai cambiamenti organizzativi in ambiti come la salute pubblica. Questa riflessione, pur essendo successiva alle prime fasi dello sviluppo del Modello, è comunque in corso da diversi decenni. L'insegnamento del Modello come riferimento nella diagnosi organizzativa in ambito di salute pubblica e cure primarie è una prassi consolidata in atenei di grande visibilità (citiamo ad esempio il corso *Understanding and Strengthening Health Systems* alla *Johns Hopkins University* del professor William Brieger).

Esistono ovviamente altri modelli, citiamo ad esempio la *Conceptual platform for behavioural change interventions*, un modello del cambiamento di stampo realista di Pawson, e quello dell'adozione delle innovazioni di Rogers. Entrambi questi modelli hanno in realtà una sostanziale compatibilità concettuale con il Modello Transteorico del Cambiamento, in quanto non solo non entrano in conflitto con esso ma hanno numerosi punti di convergenza, anche esplicitati dagli autori stessi (Pawson, 2013, p. 131).

### Livello “meso”

La conduzione di gruppi con strumenti e teorie derivati dal modello transteorico del cambiamento è una prassi molto solida, a partire in primo luogo dalla disassuefazione dall'uso di sostanze (Velasquez, Crouch, Stephens, DiClemente, *Terapia di gruppo per abuso di sostanze. Manuale per un percorso a stadi*, Il Mulino 2018).

### Livello “micro”

Il livello del singolo individuo è quello da cui il Modello ha tratto la sua primaria ispirazione: proprio dall'analisi e dalla descrizione di numerosi percorsi di cambiamento individuali si è giunti alla teorizzazione degli stadi e dei processi del cambiamento (DiClemente, *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*, Guilford Publications 2018).

Nessuno di questi passaggi deve essere dato per scontato o banalizzato: interrompere o iniziare un nuovo comportamento, farlo al livello individuale, di gruppo o di istituzione presenta sfide e caratteristiche specifiche. Intervenire in un disturbo da uso di sostanze o nella modifica di una prassi organizzativa richiede strumenti e competenze in gran parte differenti. Ma disporre di una piattaforma concettuale comune permette di cogliere differenze e analogie in modo più rapido e intuitivo, e rende così sia la formazione che la comunicazione sulla facilitazione del cambiamento più efficace.

Questo risulta particolarmente rilevante in contesti interdisciplinari e interistituzionali come quelli della promozione della salute, dove non di rado gli stessi professionisti

possono essere interpellati per entrambi gli esempi (disturbo da uso di sostanze e cambiamento organizzativo).

Per comodità del lettore italiano e con l'autorizzazione dell'autore, riportiamo qui le 20 più rilevanti "lezioni apprese" dallo studio dei processi di cambiamento, codificate dal professor DiClemente a conclusione della riedizione di *Addiction and change* del 2018. Sono divise in "lezioni complessive" e "lezioni sulla realizzazione di interventi". Collocate, nella loro collocazione originale, in coda alle considerazioni per i progettisti di interventi, le riteniamo utili a tutti i destinatari del manuale e a maggior ragione ai Pianificatori.

## Lezioni complessive

- 1 Il cambiamento è un processo, non un prodotto.
- 2 Sia l'instaurarsi di una dipendenza sia la disassuefazione da essa sono un viaggio attraverso un processo di cambiamento intenzionale, multifaccettato, complicato ma intellegibile.
- 3 Una prospettiva incentrata sul processo del cambiamento può rinforzare l'erogazione di cure integrate e la medicina di precisione per le dipendenze.
- 4 Per comprendere al meglio il processo del cambiamento è d'aiuto portare l'attenzione ai nostri personali processi di cambiamento dei comportamenti.
- 5 Gli interventi dovrebbero essere indirizzati ai processi del cambiamento esperienziali e comportamentali, focalizzandosi sugli obiettivi dei diversi stadi, mentre viene mantenuto un monitoraggio dei marker più rilevanti del cambiamento.
- 6 Esistono meccanismi che *generano cambiamento* e meccanismi che *regolano il cambiamento*, che interagiscono dinamicamente attraverso il suo procedere, e dovrebbero essere oggetto di attenzione in ambito sia di trattamento che di prevenzione.
- 7 Le funzioni cognitive esecutive, la regolazione affettiva e la capacità di autocontrollo rappresentano meccanismi che *regolano il cambiamento* che moderano il processo nel suo complesso.
- 8 Sia le influenze implicite che quelle esplicite influiscono sul processo decisionale, la pianificazione e l'implementazione di un cambiamento intenzionale.
- 9 La definizione di "dipendenza" come di uno stato di conclusione del processo di iniziazione e inizio di quello di disassuefazione richiede una visione multidimensionale e non dicotomica, che consideri fattori come il livello di coinvolgimento, la capacità di autoregolazione, la rilevanza della propria collocazione spazio-temporale e l'impatto delle sue conseguenze su specifici domini chiave del funzionamento.
- 10 Sia prima che dopo l'implementazione, politiche e regolamentazioni dovrebbero essere esaminate con un'attenzione a quale è il loro effetto su individui nei diversi stadi di iniziazione o disassuefazione.

## Lezioni sulla realizzazione di interventi

- 11 La comprensione del fenomeno dell'iniziazione come un percorso multidimensionale di cambiamento supporta interventi per target e "su misura".

- 12 Azioni di prevenzione e disassuefazione di successo richiedono di porsi come alleati dell'individuo stesso mentre si muove attraverso i compiti previsti per ogni stadio e si impegna nelle attività caratteristiche del suo specifico processo di cambiamento.
- 13 Per mantenere in "precontemplazione" una popolazione rispetto all'iniziazione di un comportamento non è sufficiente "demonizzare" il comportamento di dipendenza in oggetto.
- 14 La prevenzione dell'accelerazione del comportamento è anche più rilevante della prevenzione della sperimentazione.
- 15 Il contesto di vita complica la valutazione e la promozione o la prevenzione del movimento attraverso gli stadi di prevenzione e disassuefazione.
- 16 La personalizzazione degli interventi richiede sia un "telescopio" che un "microscopio" per analizzare al meglio la situazione.
- 17 Il Mantenimento è uno stadio di grande attività, che include la creazione di una nuova strutturazione di vita e delle proprie gratificazioni, per sostenere e supportare il cambiamento.
- 18 La ricaduta non è un semplice problema di dipendenza e accade nella maggior parte dei cambiamenti di comportamento.
- 19 La ricaduta non è un fallimento, ma è una parte di un apprendimento per ripetute approssimazioni, quando aiuta gli individui a imparare a negoziare gli obiettivi degli stadi di cambiamento.
- 20 Gli interventi per prevenire l'iniziazione o promuovere la disassuefazione supportano il processo di auto-cura già in corso. Non rappresentano quindi un percorso di cambiamento a sé stante.

Con un breve commento vorremmo inoltre sottolineare alcune convergenze tra queste "lezioni fondamentali" e quanto dettagliato nel presente manuale.

Come da lezione 4, il sistema formativo applicato a "Luoghi di Prevenzione" si pone sempre a tutti i livelli a un modello di professionista "riflessivo", ovvero richiede una riflessione sulla propria azione, sul proprio sentire, sul proprio intervenire. Si veda in questo senso le riflessioni di questo manuale su:

- ▶ gli esercizi di individuazione del proprio rapporto simbolico con il curare in *Poetica e pratica del cambiamento* (quale archetipo della mia azione di cura?);
- ▶ l'approfondimento sulle pratiche di *mindfulness* dell'operatore, compresi gli esercizi di "radicamento".

Come da lezioni 9 e 20, sarà sempre la valutazione della persona stessa su quanto il cambiamento è rilevante per sé, quanto il comportamento influisce sul suo funzionamento percepito e quanto emotivamente è coinvolta dal processo di cambiamento a guidare l'azione dell'operatore.

Questa logica si presta a una logica di azione organizzativa incentrata sull'*empowerment*, che prevede che il Pianificatore si muova sempre a partire dall'esistente e dalla

propensione al cambiamento più o meno esplicitata del contesto di intervento, come descritto in *Dove si situa il ruolo professionale del Pianificatore?* e paragrafi seguenti.

Come da lezioni 2 e 3, è importante possedere un'ottica di sistema che sia in grado di supportare i processi di cambiamento intenzionale a molti livelli diversi, con interventi molto differenti ma condotti secondo la stessa logica, visto che i servizi possono intercettare ovviamente diversi stadi di disponibilità al cambiamento e sensibilità varie a stimoli differenti.

All'interno del manuale questa logica è resa nella costruzione di strumenti differenziati per livello di complessità (vedere quindi i capitoli relativi a Prima valutazione, Intervento Motivazionale Breve, Intervento Motivazionale Strutturato) e pensati per diversi setting di prevenzione e di assistenza, dalla sanità alla scuola (vedere quindi *L'utilizzo del TTM nelle azioni di programmazione*).

# La descrizione del Modello

Il Modello Transteorico del Cambiamento Intenzionale dei Comportamenti Disadattivi (TTM) è suddiviso in: stadi, processi, indicatori, contesto.

**Stadi:** Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione, Mantenimento.

**Processi:** cognitivo-comportamentali, affettivi-relazionali.

**Indicatori:** Bilancia decisionale, autoefficacia.

**Contesto:** ambiente favorevole o sfavorevole.

## Gli stadi motivazionali del cambiamento

**Precontemplazione:** è lo stadio in cui il cambiamento non è preso in considerazione perché non si vuole cambiare, non si pensa di dover cambiare, si ritiene impossibile cambiare o si è troppo sfiduciati per ritenere di farlo. "Non ci penso o non ci voglio pensare o mi sento incapace o non sono pronto a cambiare".

**Compito dell'operatore:** insinuare dubbi, fare domande che attivino l'attenzione emotiva.

**Obiettivo:** mantenere il contatto.

**Contemplazione/Preparazione:** è lo stadio in cui si prende in considerazione la possibilità e l'eventualità di un cambiamento intenzionale, valutandone i vantaggi e gli svantaggi. "Vorrei ma non vorrei, mi piacerebbe, ma non me la sento". È lo stadio della ambivalenza.

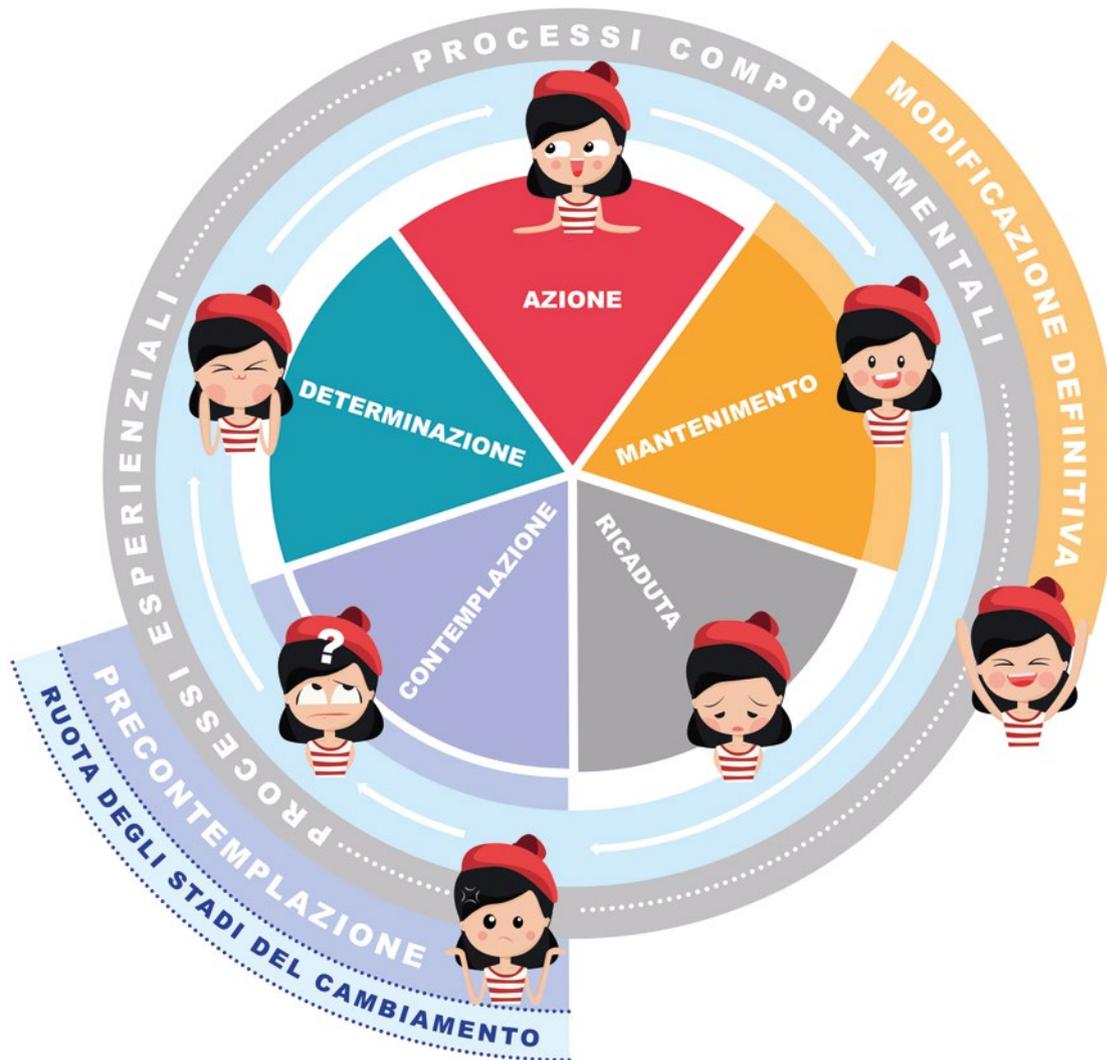
**Compito dell'operatore:** ascoltare, chiarire, porre domande aperte, sottoporre la Bilancia decisionale (strumento operativo, indicatore della propensione al cambiamento).

**Obiettivo:** ampliare la frattura interiore provocata dall'ambivalenza e sostenere l'autoefficacia.

**Determinazione/Preparazione:** è lo stadio in cui la persona, pronta a cambiare, prende in considerazione le modalità per affrontare il cambiamento, individuando degli obiettivi precisi e concreti. "Sono pronto per smettere di fumare".

**Compito dell'operatore:** proporre diversi piani di intervento per dare alla persona la possibilità di scegliere la strategia che ritiene più efficace per se stessa: personalizzazione del percorso e dell'obiettivo di cambiamento.

**Obiettivo:** definire un piano di azione personalizzato con un obiettivo di cambiamento specifico rispetto allo stile di vita. Se necessario, programmare l'invio individuale ad un secondo livello di intervento.



Ruota del cambiamento. In questa figura sono riassunti gli stati del cambiamento del TTM e quindi le fasi che la persona si trova ad affrontare nel suo percorso di cambiamento

**Azione:** la persona ha cominciato il percorso di cambiamento intenzionale. "Sto frequentando un corso in palestra/facendo una dieta per perdere peso; non fumo da una settimana".

**Compito dell'operatore:** sostenere, rinforzare le azioni intraprese con successo. Programmare feedback a breve scadenza.

**Obiettivo:** monitorare risultati e possibili punti di fragilità dell'azione intrapresa.

**Mantenimento:** la persona ha ottenuto in modo stabile il cambiamento di un comportamento indesiderato e sta consolidando i risultati ottenuti. "Ho ultimato un programma con successo".

**Compito dell'operatore:** consolidare obiettivi, dare suggerimenti, rendere gli obiettivi molto specifici, favorire la consapevolezza, connotare positivamente i risultati ottenuti, prevedere feedback periodici.

**Obiettivo:** sostenere il risultato e favorire l'esplicitazione consapevole dei risultati ottenuti.

**Ricaduta:** dopo aver ottenuto un successo e mantenuto nel tempo, la persona ricade nel comportamento di partenza. "Ho smesso attività fisica, ho ripreso a fumare".

**Compito dell'operatore:** connotare la ricaduta come una componente fisiologica del cambiamento stabile di un comportamento disadattivo; porre domande aperte per definire i motivi della ricaduta.

**Obiettivo:** come nello stadio di Precontemplazione, mantenere il contatto, sostenendo l'autoefficacia.

## I processi del cambiamento

I processi che si attivano durante il percorso di cambiamento comprendono:

### ► processi esperienziali:

- aumento della consapevolezza (acquisire conoscenze e consapevolezza),
- attivazione emotiva (esperienze derivate da emozioni provate precedentemente),
- autovalutazione (vedere se stessi in modo diverso),
- rivalutazione ambientale (vedere ciò che ci circonda in modo differente),
- liberazione sociale (riconoscimento dell'esistenza di nuove norme sociali e delle diverse opzioni possibili);

### ► processi comportamentali:

- controllo degli stimoli (gestioni degli stimoli *trigger*),
- controcondizionamento (cambiare i propri automatismi),
- gestione del rinforzo (trovare e utilizzare ricompense),
- autoliberazione (assumersi la responsabilità/fissare dei propositi),
- relazioni di sostegno (supporto sociale al cambiamento).

## Abilità generali dell'operatore nel sostegno al cambiamento intenzionale

I processi del cambiamento rappresentano capacità, abilità ed esperienze delle persone che cambiano, descritti nelle diverse prospettive psicologiche e psicoterapeutiche, che il TTM ha analizzato. Spesso interagiscono l'uno con l'altro e vanno ad agire sugli stadi, modulando il comportamento.

I *processi* costituiscono il meccanismo che facilita o ostacola il percorso del cambiamento, rappresentano i motori del controllo della modificazione del comportamento individuale; devono essere puntuali e indirizzati per permettere di perseguire l'obiettivo a cui l'individuo tende.

Il cambiamento è un cammino di apprendimento e 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.

Passando ad analizzare nel dettaglio qualche processo del cambiamento, ci concentreremo su due fasi:

1. Precontemplazione/Contemplazione/Determinazione-Preparazione, in cui si usano prevalentemente processi cognitivo-esperienziali;
2. Azione/Mantenimento in cui si usano prevalentemente processi comportamentali.

### Come cambiano le persone?

#### Il processo del cambiamento opportuno al momento opportuno: cosa può aiutare il cliente a progredire?

Stadio del cambiamento	Dalla precontemplazione alla contemplazione	Dalla contemplazione alla preparazione	Dalla preparazione alla azione	Dall'azione al mantenimento	Restare in mantenimento
Processi del cambiamento più rilevanti	Aumento della consapevolezza				
	Attivazione emotiva				
	Autorivalutazione	Autorivalutazione			
	Rivalutazione ambientale	Rivalutazione ambientale			
	Bilancia decisionale	Bilancia decisionale			
		Autoefficacia	Autoefficacia	Autoefficacia	Autoefficacia
		Autoliberazione	Autoliberazione	Autoliberazione	Autoliberazione
		Controllo dello stimolo	Controllo dello stimolo	Controllo dello stimolo	Controllo dello stimolo
		Contro-condizionamento	Contro-condizionamento	Contro-condizionamento	Contro-condizionamento
		Relazioni di aiuto	Relazioni di aiuto	Relazioni di aiuto	Relazioni di aiuto
		Liberazione sociale			

Da: Velasquez, Crouch, Stephens, DiClemente, *Terapia di gruppo per abuso di sostanze. Manuale per un percorso a stadi*, Il Mulino 2018.

## Processi cognitivo-esperienziali

### Processi correlati al passaggio dalla Precontemplazione alla Contemplazione

► **Aumento di consapevolezza:** "so di avere un problema con le sigarette. Per questo è difficile la riduzione".

Il motore dell'aumento di consapevolezza si può attivare utilizzando quanto la persona ha riferito:

"Lei ha detto due cose molto importanti. Sa di avere un problema con le sigarette, ma trova difficile la riduzione. Potrebbe spiegarmelo meglio. Soprattutto perché pensa le

sigarette siano un problema, per lei, e cosa sente le potrebbe essere utile per affrontare la riduzione?"

Responsabilizzazione 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 permetta di perseguire/ottenere, offrendo supporti che potenzino autodeterminazione e autoefficacia.

In questo caso, attivando i processi, l'operatore ha utilizzato tecniche dell'Approccio Motivazionale che saranno approfondite in altre parti del testo: l'ascolto attivo di quanto la persona ha detto, necessario per dare una restituzione contestuale e specifica; la riformulazione del riferito, le domande aperte, la sollecitazione di affermazioni auto motivanti.

► **Attivazione emotiva:** "ne sono preoccupato".

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

Aumento di consapevolezza e attivazione emotiva sono in rapporto dialettico: per essere entrambe efficaci, l'una deve richiamare l'altra. Consapevolezza senza preoccupazione non promuove il cambiamento; lo stesso vale per la preoccupazione che non porti alla "curiosità" di saperne di più sulla propria salute.

Anche se abbiamo detto che l'attivazione dei processi è sequenziale, vedremo che, spesso, 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, esiste 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 (bambini indifesi per esempio). 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, che è più duraturo se sostenuto da pensieri e valutazione delle emozioni che li condizionano.

L'operatore può usare il riferito della persona, con il processo dell'attivazione emotiva, invitandola a precisare in cosa consiste la sua preoccupazione.

"Cosa la preoccupa in particolare?; come descriverebbe la sua preoccupazione con un'immagine?; potrebbe attribuire un numero al grado di preoccupazione che prova, spiegandomi il perché ha scelto proprio quel numero?"

Sono tre possibili modi per raccogliere il riferimento alla preoccupazione caratterizzandolo emotivamente in modo più netto.

### **Processi correlati al passaggio da Contemplazione a Preparazione**

I tre successivi processi sono in pratica l'esplicitazione degli elementi che la "Bilancia decisionale" permette di ponderare.

Anche un solo motivo può spingere la persona a cambiare (o a restare ferma), anche se i motivi per non cambiare in ogni situazione 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:** è il processo che promuove una rivalutazione, modificazione dell'attribuzione di qualità a sé stessi associata al cambiamento. 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.

"Sono preoccupato per me stesso."

"Sono orientato a cambiare perché questo è in accordo con il mio sentire, con ciò che ritengo importante per me."

"Mi piace l'immagine dell'uomo sicuro che fuma" è una espressione che non promuove certamente il cambiamento; l'immagine di me che fumo è rinforzata dalla associazione fra fumo e sicurezza di sé.

"Sono uno stupido: continuare a bere nonostante la cirrosi vuol dire morire. Non mi piace essere stupido" è una espressione che 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 sé 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?"

È necessario 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: spesso la comunicazione pubblicitaria è fonte di auto rivalutazione, insieme a influenze sociali ed emozionali.

► **Rivalutazione ambientale:** è un processo simile nei suoi meccanismi e funzioni all'auto rivalutazione, ma il focus delle considerazioni si riferisce al contesto. Valori e rivalutazione soggettiva includono l'importanza degli altri (sociale) e dell'ambiente (contesto generale).

Il processo include valori, credenze, pensieri, emozioni. Un esempio classico: "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: cambia per te stessa. Ma molte persone trovano più facile iniziare a cambiare stile di vita/comportamenti pensando agli altri. Questo processo ci aiuta anche nella ricerca di strategie di fronteggiamento alle tentazioni, collegandosi al processo più avanzato delle "relazioni di aiuto".

Pubblicità e marketing sociale possono influire su questi passaggi. Le campagne che mettono in luce la relazione fra gli aspetti generali e le attribuzioni individuali puntano a influenzare le decisioni.

"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 della legge che ha esteso il divieto di fumo nei locali pubblici: questa legge ha trovato l'approvazione anche dei fumatori in percentuali altissime. Oggi, a un livello del tutto diverso, forse sta accadendo qualcosa di analogo in relazione all'emergenza epidemica. Situazioni come queste rendono più consapevoli di quanto si possa influenzare ed essere condizionati dal contesto.

## Processi comportamentali

### Processi 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" rispetto ai rischi correlati ai propri comportamenti: "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, ad essere determinante.

Punto focale di questo processo è ricondurre al soggetto, a me, le decisioni che riguardano la vita. Tornano in gioco 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 io riprendo in mano la mia vita, l'altro riprende in mano la sua vita.

- ▶ **Relazioni di aiuto:** "cerco l'aiuto degli altri" focalizzato in relazione a questo specifico cambiamento. Non ricerco semplicemente supporto sociale generale.
- ▶ **Controllo dello stimolo e contro condizionamento** sono due processi che è auspicabile attivare simultaneamente: ad esempio, evitare di esporsi a situazioni associate al fumo di sigaretta è un proposito rinforzato positivamente se si individuano contemporaneamente situazioni altrettanto piacevoli in cui non si è esposti allo stimolo del fumare sigarette.

### Processi 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 l'alterazione dello stimolo stesso (posso evitare il caffè per non fumare, ma posso anche bere un orzo...). Ma io posso anche individuare 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 facilita l'avvio del cambiamento perseguito.

- ▶ **Controcondizionamento:** "cerco soluzioni diverse dal passato".

Molte circostanze non sono evitabili. Posso non passare davanti al tabaccaio, ma se sono abituato a fumare quando mi sento nervoso, la prima soluzione non è sufficiente. Dovrei trovare risposte diverse (ad esempio mi iscrivo a 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 del processo l'obiettivo si stabilizza "sentendo" effettivamente ed affettivamente che ho fatto quello che volevo, e ne sono soddisfatto. Posso anche trovare rinforzi materiali per aver cambiato o per rinforzare il lavoro di cambiamento. Posso usare i soldi che avrei speso in 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.

Come si evince dalla Tabella riportata in seguito, più processi possono essere utilizzati in fasi diverse.

Dei processi è importante ricordare che il loro ruolo è rendere esplicito quanto il cambiamento intenzionale non sia affidato esclusivamente alla volontà. La presa di decisione non è una scelta solo razionale, ma il risultato di condizionamenti emozionali, affettivi, sociali, ambientali che concorrono nella precisazione di atteggiamenti, giudizi, pensieri, scelte.

## Gli indicatori del cambiamento

### Bilancia decisionale

La "Bilancia decisionale" è un indicatore della disponibilità individuale al cambiamento. Si applica prevalentemente alle persone in stadio di Contemplazione e nel passaggio dalla Contemplazione alla Preparazione.

Lo schema mette a confronto le ragioni che punterebbero a mantenere lo status quo e le ragioni per cambiare, evidenziando come sia le prime sia le seconde comportino per la persona costi e benefici.

### 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	

L'attribuzione di punteggi alle singole espressioni riferite, e il confronto dei due totali aiuta ad esplicitare se si è pronti o meno a cambiare il comportamento; nonostante questo può risultare difficile "pesare" le diverse condizioni, spesso particolarmente eterogenee.

È consigliato l'uso della Bilancia per affrontare le ambiguità sottostanti alla scelta di perseverare nella riluttanza al cambiamento o nell'affrontare i rischi che esso comporta, rendendo esplicita l'ambivalenza e amplificando la frattura interiore che ne discende.

Il commento della Bilancia dovrebbe essere effettuato dalla persona stessa con l'aiuto di qualche domanda evocativa auto-motivante.

Esempi di domande:

"Cosa pensa della sua Bilancia decisionale?"

"Qualcosa in particolare la preoccupa?"

"Cosa la ha colpita in particolare rispetto ai benefici che il cambiamento le procurerebbe?"

Le domande da usare sono, con evidenza, aperte, per consentire un commento libero; introdotte da "cosa" e "come"; evitano di chiedere "perché".

Le affermazioni riportate nella Bilancia sono richiamate istintivamente, per questo non è detto che la persona sia già in grado di darne una giustificazione causale.

Meglio introdurre nel commento qualche immagine intuitivamente illuminante. Per esempio, che tipo di immagini collega a "mi piaccio quando fumo".

La Bilancia serve per attribuire un peso alle ragioni che intervengono nella modificazione o nel mantenimento di un comportamento; non conduce direttamente alla decisione, ma la valuta oggettivamente introducendo la dimensione quantitativa.

## Autoefficacia

Con autoefficacia ci si riferisce alle competenze individuali che consentono di prevedere cosa ci serve per ottenere un cambiamento intenzionale, su quali risorse contare e cosa ci manca per conseguirlo.

Su questo tema uno dei riferimenti più significativi è la teoria dell'apprendimento sociale di Albert Bandura che pone in rilievo le capacità di autoriflessione e di autoregolazione della mente umana, facendo riflessioni su se stesso che gli consentono di autoregolarsi

La capacità di autoriflessione consente alla persona di analizzare le proprie esperienze, di riflettere sui propri processi di pensiero, di generare nuove capacità di pensiero e di azione. La capacità di autoregolazione, invece, consente di dirigere e di motivare sé stessi mediante obiettivi e incentivi, in base a standard interni, restando autonomi rispetto a ogni altro fattore esterno.

Il senso di efficacia personale, o autoefficacia percepita, è il prodotto di un sistema autoreferenziale e autoregolato che guida e dirige il comportamento, orienta il rapporto della persona con l'ambiente e pone le condizioni per lo sviluppo di nuove esperienze e capacità.

Quindi, il senso di autoefficacia percepita è la convinzione circa le proprie capacità di organizzare ed eseguire le sequenze di azioni necessarie per produrre determinati

risultati. A un basso senso di autoefficacia corrispondono spesso comportamenti di evitamento, basse aspirazioni e poco impegno, incertezza sui propri dubbi e sulle proprie vulnerabilità a stress e depressione e un recupero lento del senso di autoefficacia dopo un insuccesso. La persona con un alto senso di autoefficacia affronta attivamente le difficoltà, si pone obiettivi di cambiamento e persevera per raggiungerli, cerca soluzioni ai problemi senza rimuginare su essi, ritiene i fallimenti rimediabili e per questo raddoppia gli sforzi in caso di fallimento. Inoltre, è poco vulnerabile a stress e depressione.

Nella prospettiva socio-cognitiva di Bandura l'uomo è capace di prevedere e gestire problemi e cambiamenti, attivo nel modellare la sua vita e il contesto sociale (Bandura, 1996).

L'uso della Bilancia decisionale è finalizzato ad aumentare l'autoefficacia, determinando quella "spinta gentile" che induce la persona a muoversi dallo stadio motivazionale di Contemplazione a quello di Determinazione e dalla Determinazione alla Pre-Azione.

## Il contesto del cambiamento

Il quarto aspetto del TTM è la definizione del contesto del cambiamento che, di fatto, è trasversale a tutti gli altri componenti del modello: il contesto interferisce sullo stadio motivazionale, favorendo o incoraggiando la propensione al cambiamento; consente di attuare molti processi per attivarlo e influisce su autoefficacia e Bilancia decisionale.

Che cosa si intende per contesto?

Si fa riferimento principalmente a tre aspetti:

1. il primo è il contesto di vita personale. Un problema personale (lutto, divorzio, perdita del lavoro) quanto interferisce in un proposito di cambiamento;
2. il secondo è il contesto di vita relazionale-sociale che può giocare un ruolo sia ostacolante, sia facilitante il cambiamento;
3. il terzo è il contesto di vita sociale e dell'ambiente: questa dimensione è la più vasta e la più inesplorata; ne fanno parte i determinanti socio-sanitari della salute, le scelte politiche, gli orientamenti culturali di una comunità. Le legge Sirchia ha prodotto enormi conseguenze sulla valutazione collettiva del fumo nei locali chiusi, per esempio; la pubblicità è un forte veicolo di immagini di benessere veicolate da un certo tipo di corporeità, di "idea di bellezza come manifestazione di salute".

Ogni comportamento è influenzato dal contesto. Per questo l'applicazione del Modello invita a prestare attenzione sia alle azioni di modificazione del contesto per facilitare l'acquisizione di comportamenti salutari, sia a lasciare spazio adeguato alla concretizzazione delle azioni di cambiamento in riferimento al valore facilitante o ostacolante dei contesti di vita personali. Relazionali e sociali.

Anche una rivalutazione dei propri rapporti con l'ambiente, inteso come ambiente naturale sarebbe da includere in un percorso di cambiamento intenzionale: una visione ecologica favorisce l'assunzione di stili di vita salutari e consapevoli nel rispetto di sé, degli altri e della natura.

# Prima valutazione, Intervento Motivazionale Breve e Strutturato: *il Vademecum*

Negli ultimi anni, prima negli Stati Uniti e poi in Europa, si sono diffuse molte forme di relazioni professionali di aiuto indirizzate a più ambiti: dall'orientamento scolastico e professionale alla elaborazione del lutto, dalla prevenzione dei comportamenti a rischio al supporto nelle crisi di coppia.

Nonostante i diversi tentativi di più aree disciplinari di rivendicare la loro priorità nella gestione degli interventi, il campo resta, forse per fortuna, molto aperto alla intersettorialità e al valore del processo di rafforzamento della competenza dell'operatore, al di là della sua formazione specifica.

In questo volume e nella FAD si parla, in generale, di Approccio Motivazionale come modalità relazionale specifica di gestione di processi di cambiamento intenzionale (dal *minimal advice* della prima valutazione all'Intervento Motivazionale Strutturato individuale o di gruppo di sostegno al cambiamento) di comportamenti legati a stili di vita non salutari. Prima di trattare questi aspetti in modo più dettagliato, è importante una riflessione terminologica sul concetto di "counselling", dal momento che esso racchiude in sé quasi tutte le caratteristiche dell'Approccio Motivazionale.

Il counselling è finalizzato ad operare più in un'ottica di promozione della salute e del benessere che di cura della malattia... si muove nella direzione di promuovere la salute, l'adattamento, la qualità della vita, facendo leva, soprattutto, sulle risorse e sui punti di forza personali o presenti nell'ambiente... Il counselling, più che un'unica tipologia di intervento di aiuto, è un insieme di interventi e di tecniche, anche molto differenziate fra loro (Calvo, *Il colloquio di counselling*, Il Mulino, p. 12).

È bene sottolineare che il counselling, di norma, prevede un consulente, il counselor e un cliente, in genere pagante o che, comunque, richiede un aiuto per affrontare una situazione problematica della vita personale, relazionale, professionale.

Non si configura come una psicoterapia, ma può prevedere anche cicli di 8-10 incontri, al termine dei quali il counselor reputa concluso il percorso di rielaborazione oggetto dello scambio.

In Gran Bretagna il counselling è molto praticato in diversi settori; l'Associazione Britannica di Counselling lo definisce come:

L'uso professionale e regolato da principi di una relazione, nell'ambito della quale il cliente è aiutato nel percorso finalizzato a facilitare una migliore conoscenza di sé e l'accettazione dei propri problemi emotivi ed a portare avanti la propria crescita emozionale e lo sviluppo ottimale delle proprie risorse personali. Lo scopo finale è di fornire al cliente un'opportunità di vivere in modo soddisfacente ed in base alle proprie risorse. La relazione di counselling può variare a seconda dei bisogni, ma riguarda comunque i compiti evolutivi ed è rivolta a risolvere problemi specifici, a prendere decisioni, a fronteggiare momenti di crisi, a sviluppare un insight personale ed una migliore conoscenza di sé, e ad elaborare sentimenti connessi a conflitti personali o a migliorare le relazioni con altre persone. Il ruolo del counselor è quello di aiutare il cliente rispettando i suoi valori, le sue risorse personali e la sua capacità di autodeterminazione" (Valerio, *La psicologia di counselling. Appendice all'edizione italiana, in Counselling psicodinamico con adolescenti e giovani adulti*, a cura di E. Nooman).

Molte scuole e indirizzi di counselling sono attualmente attivi negli Stati Uniti e in Europa, ma la definizione riportata, chiarisce quanto sia inadeguato fare corrispondere l'intervento motivazionale al counselling.

Questo volume, e la FAD a esso correlata, si concentrano sul processo di acquisizione di competenze di base da parte di tutti gli operatori (dalla prevenzione alla presa in carico) per favorire l'assunzione di stili di vita salutari (smettere di fumare, moderare l'uso di bevande alcoliche, praticare più attività fisica continuativa, migliorare il comportamento alimentare e inserire questi argomenti anche in situazioni di malattia oncologica, diabetica, cardiovascolare).

Si tratta dell'uso dell'Approccio Motivazionale nell'incontro con una persona in un setting opportunistico (Prima valutazione).

L'Approccio Motivazionale è alla base anche dell'Intervento Motivazionale Breve (8/15 minuti) e dell'Intervento Motivazionale Strutturato (4 incontri, il primo di un'ora, gli altri di 30/45 minuti ciascuno).

Le tre tipologie di intervento sono raccolte nel *Vademecum*, strumento operativo elaborato da Luoghi di Prevenzione, con la supervisione del professor Carlo DiClemente nel corso di alcuni progetti del Centro Controllo Malattie (CCM) del Ministero della Salute sul tema dell'Approccio Motivazionale:

1. Prima valutazione;
2. Intervento Motivazionale Breve;
3. Intervento Motivazionale Strutturato.

## Prima valutazione (*minimal advice/screening*)

È un intervento che si effettua prevalentemente nei setting opportunistici, non prevede un tempo dedicato; si configura pertanto come un'azione ordinaria che aumenta la sua efficacia se realizzata in un contesto di rete e non dovrebbe richiedere più di 5 minuti.

Può essere effettuato anche in luoghi non sanitari, con personale formato proveniente da più ambiti professionali. Ha l'obiettivo di destare o rinforzare l'attenzione della persona sui comportamenti legati ai propri stili di vita e, a seconda dello stadio motivazionale riscontrato, fornire indicazioni per un percorso di cambiamento.

Di seguito la presentazione di un esempio di Prima valutazione.

Operatore:

"Se me lo consente, le pongo qualche domanda sul suo stato di salute generale. Se dovesse valutare con un numero da 1 a 7 il suo grado di soddisfazione rispetto alla sua salute generale, come la definirebbe?" (oppure: "Mi potrebbe indicare con un numero da 1 a 7 come si sente oggi?").

1 = per nulla soddisfatto

7 = del tutto soddisfatto

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

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

Operatore:

"Come spiegherebbe/descriverebbe il motivo per cui ha scelto proprio questo numero?"

La risposta a questa domanda facilita un chiarimento su quali sono le considerazioni principali che la persona riconduce alla sua salute generale, con l'obiettivo di avvicinarsi alla salute soggettiva e individuarne alcune componenti.

Operatore:

"Benissimo, grazie. Adesso, le porrò qualche domanda, più specifica rispetto ai suoi stili di vita (alle sue abitudini, ai suoi comportamenti abituali)":

1. "Fuma?":
  - 1a) Se la persona risponde Sì: "Ha mai pensato di smettere?".
  - 1b) Se la persona risponde No: "Ottima scelta: il fumo, come sa, è molto dannoso per la nostra salute generale".
  
2. "Secondo lei (a suo parere), la sua pratica di attività fisica negli ultimi 30 giorni è stata":
  - Intensa
  - Buona/adequata
  - Scarsa
  - Del tutto inadeguata: sono sedentario

3. "Come considera il suo peso attuale?":
  - Adeguato
  - Mi sento sottopeso
  - Mi sento sovrappeso
  - Mi sento obeso
  
4. "Come considera il suo consumo di alcolici?":
  - Sono astemio
  - Consumo alcolici di rado
  - Consumo alcolici regolarmente durante i pasti.
  - Consumo alcolici quando capita (a pasto e fuori pasto)
  
5. "Partecipa regolarmente agli screening previsti per la sua età?"
  - Sì, partecipo regolarmente
  - Soltanto qualche volta
  - Non ho mai partecipato a campagne di screening

Anche queste 5 domande sono finalizzate a chiarire quale è la percezione della persona della relazione fra stili di vita e salute soggettiva.

Non vengono raccolti dati oggettivi, ma quanto la persona ha ritenuto opportuno riferire.

Operatore:

"Considerando la sua valutazione della salute generale e quella dei suoi stili di vita attuali, c'è un comportamento di cui le andrebbe di parlare un po' di più, qualcosa che le potrebbe interessare modificare?"

- a. Se la persona non indica alcun comportamento:

"Mi sembra di capire che lei 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, o se dovesse cambiare qualcosa, non esiti a contattarmi (consegna opuscolo informativo) o a consultare il suo Medico di Medicina Generale se desidererà parlarne in un secondo tempo. In ogni caso si ricordi che buona parte del nostro benessere psicofisico è legato ad abitudini piuttosto semplici. Tenga d'occhio questo opuscolo".

(Nel caso in cui persona abbia dichiarato di avere stili di vita non soddisfacenti, ma si sia dichiarata precontemplativa, rispetto al cambiamento, fornire comunque insieme all'opuscolo un avviso chiaro e personalizzato).
  
- b. Se la persona indica un comportamento che gli piacerebbe modificare:

"Bene! Vuole che fissiamo un appuntamento per parlarne?"

Si crea, pertanto, la possibilità di proseguire con un **Intervento Motivazionale Breve**; l'Intervento Motivazionale Breve può seguire la Prima valutazione se si ha il tempo di farlo, oppure essere programmato.

Appuntamento per Intervento Motivazionale Breve – Operatore:

“Le lascio questo opuscolo; lo legga con attenzione. Parleremo la volta prossima dei risultati che ha ottenuto rispetto al tema che vuole approfondire”.

Se dopo la prima valutazione non è prevista la possibilità di incontri successivi, non c'è la possibilità di fare un intervento dedicato o non è possibile farlo perché non se ne hanno le competenze, è auspicabile procedere con un invio al Medico di Medicina Generale.

Invio – Operatore:

“Bene, credo che potrebbe esserle utile parlarne con il suo medico di medicina generale per avere qualche indicazione in più. Intanto le lascio un opuscolo con qualche raccomandazione e qualche questionario di autovalutazione dei comportamenti. Può compilare le parti che le interessano e parlare con il suo medico circa i risultati ottenuti”.

Se la persona, invece, non presenta comportamenti a rischio, si può procedere con un **Rinforzo Motivazionale**.

Operatore:

“Da quanto abbiamo condiviso lei è una persona attenta alla sua salute generale: continui così!”

La Prima valutazione, denominata anche *screening*, è realizzabile in più ambiti dopo una formazione specifica sull'utilizzo del Vademecum.

Come si affronterà meglio di seguito, gli strumenti dell'Approccio Motivazionale utilizzati, sono: il **minimal advice**, la **domanda aperta**, la **diagnosi motivazionale**.

In un contesto opportunistico si possono incontrare persone che si trovano a diversi stadi motivazionali. Non si utilizza necessariamente la Bilancia decisionale e non è richiesta una competenza specifica sui processi del percorso di cambiamento.

Il *Vademecum* mostra come il *minimal advice* sia utile per dare informazioni e suggerimenti su come usarle.

## Intervento Motivazionale Breve

### Caratteristiche generali dell'intervento

- ▶ Ricordare sempre di:
  - avere un atteggiamento non giudicante;
  - essere consapevoli di pregiudizi, giudizi, atteggiamenti e comportamenti personali sugli stili di vita “considerati a rischio”;
  - riconoscere che è difficile parlare degli stili di vita individuali;
  - prestare attenzione all'atteggiamento generale della persona rispetto alle domande poste (per cogliere eventuali segni di disagio espressi da comunicazione non verbale: gestualità, postura...).
- ▶ Uso dell'Approccio Motivazionale:
  - stile di comunicazione: assertivo/concertativo;

- ascolto attivo che implica empatia, capacità di riformulazione, capacità di riassumere e attivare i processi che sostengono il cambiamento;
- capacità di fare una diagnosi dello stadio motivazionale;
- capacità di dare rinforzi;
- capacità di aiutare la definizione di obiettivi di cambiamento.

## **Intervento Motivazionale Breve con persone in Fase di Determinazione**

Le persone in Fase di Determinazione sono pronte a modificare un loro comportamento e a contrattare un obiettivo di cambiamento.

Gli argomenti trattati nell'intervento sono alimentazione, alcol o attività fisica; per il fumo già dal primo incontro si può procedere con l'invio al Centro Antifumo per il primo colloquio.

Di norma anche la dichiarazione di voler affrontare il tema dell'alcol sta a indicare la presenza di un problema da affrontare a un secondo livello (anche se in particolari situazioni l'operatore come il medico competente, il medico di medicina generale, l'ostetrica possono ritenere preferibile affrontare il primo intervento in prima persona). Cominciare l'intervento con una domanda di tipo generale:

"Come si sente oggi?"

La volta scorsa ha definito il suo stato di salute individuale con il numero... e ha espresso l'interesse ad approfondire il tema del suo rapporto con... C'è qualcosa che le interessa dirmi rispetto all'opuscolo che le ho consegnato, naturalmente se lo ha guardato e trovato di suo interesse?"

Approfondiamo di seguito le modalità di prosecuzione dell'intervento rispetto ai temi specifici di alimentazione, movimento e consumo di alcol.

### **Proseguimento dell'intervento sull'Alimentazione**

Operatore:

"Ha calcolato l'indice della sua massa corporea? Se non lo ha fatto, lo calcoliamo insieme. Questo è il risultato... Cosa ne pensa?"

"Bene, parliamo allora del suo rapporto con il cibo. Le mostro questa (si condivide una piramide alimentare): alla base della piramide ci sono gli alimenti che si dovrebbero consumare più spesso; all'apice della piramide quelli che si dovrebbero consumare solo raramente" (lasciare un minuto, anche meno, per l'osservazione).

Di seguito si riportano alcune domande di esempio per l'operatore. È importante ricordarsi di lasciare tempo di qualità alla persona per rispondere in tutta sincerità.

"Quale parte della piramide rispecchia meglio le sue abitudini?"

"In cosa le riesce più difficile rispettarla?"

"Il rapporto con il cibo si cambia a poco a poco. Provi, da oggi, a individuare un alimento di cui aumentare il consumo, fra quelli che si trovano alla base della piramide e un alimento che, invece, vorrebbe ridurre".

"Questa è una piramide alimentare vuota. Inserisca alla base gli alimenti di cui ha aumentato il consumo e all'apice quelli che ha ridotto. Rinnovi la piramide una volta alla settimana".

Se possibile, fissare un altro incontro a distanza di un mese, altrimenti dare l'indicazione di parlarne con il proprio medico.

### Proseguimento sul Movimento

Operatore:

"È interessato a parlare del suo rapporto con l'attività fisica! Molto bene. Cominciamo..."

"Cosa mi dice rispetto all'opuscolo che le ho consegnato? Se non ha compilato il testo walk and talk, lo guardiamo adesso, insieme. Come pensa che sarebbe il suo risultato?"

"Parliamo allora del suo rapporto con il movimento. Le mostro questa (si condivide una piramide dell'attività fisica): alla base della piramide ci sono le pratiche di attività fisica da effettuare ogni giorno (a cui dedicare più tempo), all'apice della piramide le condizioni da evitare o limitare (a cui dedicare meno tempo)".

"Si cambia a poco a poco; provi a darsi un obiettivo di cambiamento specifico a cominciare da oggi (per esempio una passeggiata di mezz'ora ogni giorno; parcheggiare lontano dal posto di lavoro; praticare uno sport almeno una volta alla settimana)".

"Questa è una piramide dell'attività fisica vuota. Inserisca alla base le pratiche di movimento che effettua regolarmente o qualche volta. Rinnovi la piramide una volta alla settimana".

Se possibile, fissare un altro incontro a distanza di un mese, altrimenti dare l'indicazione di parlarne con il proprio medico.

### Proseguimento sull'Alcol

Operatore:

"Lei ha mostrato interesse ad approfondire il tema del suo consumo di alcol. Che cosa non la soddisfa, in particolare, del suo consumo alcolico?"

"Ho capito, le sembra di bere troppo (oppure le capita di ubriacarsi qualche volta; oppure tende ad usare l'alcol per scaricare lo stress)".

"Vediamo intanto se è vero; questa è una Unità Alcolica".

BEVANDA = 1 Unità Alcolica (UA) contiene approssimativamente 12 grammi di alcool.



"Le raccomandazioni sono di non superare 1 Unità Alcolica al giorno per una donna e 2 Unità Alcoliche al giorno per un uomo. Alla luce di questo cosa pensa del suo consumo di alcol?"

"Se me lo consente, le propongo questo breve test (se lo ha già compilato da solo, lo facciamo di nuovo insieme), è composto da 3 domande e richiede 5 minuti di tempo per la compilazione".

### Test Audit G

<b>Con quale frequenza consuma una bevanda che contiene alcol?</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 alcol 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 e uguale o superiore a 4 per le femmine indica un possibile consumo rischioso di alcol.

Per tutelare la propria salute è consigliabile in questo caso parlarne con il 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: 0 unità fino a 16 anni;
- ▶ uomo adulto: 2/3 unità;
- ▶ donna adulta: 1/2 unità.

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

Operatore:

"Il suo consumo di alcol è risultato un po' eccessivo. Forse è meglio che ne parli con il suo medico e cominci una riduzione già da oggi. Se se la sente di cominciare, mi indichi il suo obiettivo da oggi e cominci a tenere un diario comportamentale del suo consumo di alcolici".

"Il consumo di alcol appartiene alla nostra cultura. A molti capita di esagerare. Cosa pensa di poter fare per ridurre un po' il suo consumo solito?"

"Se questo è quello che intende fare, potrebbe abituarsi a tenere un diario in cui registra le sue abitudini".

Se possibile, fissare un altro incontro a distanza di un mese, altrimenti dare l'indicazione di parlarne con il proprio medico.

## Intervento Motivazionale Breve con persone in Fase di Contemplazione

Le persone in stadio motivazionale di Contemplazione sono pronte a riflettere su un loro comportamento e a valutare la possibilità di modificarlo.

Operatore:

"È positivo che lei abbia espresso interesse per approfondire questo suo comportamento (relativamente a alimentazione, attività fisica, alcol)... significa che la sua salute le sta a cuore".

"Per quale motivo, in particolare le interesserebbe parlarne?"

"Mi sembrano ottime ragioni. dunque, le piacerebbe cambiare, ma non si sente ancora pronto a farlo. Proviamo a capire meglio perché".

### Bilancia decisionale a 4 braccia

<b>Motivi per mantenere lo status quo</b> 1) 2) 3) Altri?	<b>Svantaggi nel mantenere lo status quo</b> 1) 2) 3) Altri?
<b>Svantaggi di cambiare</b> 1) 2) 3) Altri?	<b>Motivi per cambiare</b> 1) 2) 3) Altri?

"Quello che ha compilato è uno strumento per valutare la sua propensione al cambiamento. Come commenterebbe quanto ha scritto?"

La compilazione della Bilancia decisionale assieme all'utente, come già descritto in precedenza, è un importante momento sia di presa di consapevolezza rispetto la propria propensione al cambiamento che di rinforzo dell'autoefficacia verso lo stesso; è importante che le motivazioni indicate siano esclusivamente della persona e non "suggerite" dall'operatore, che ha invece il compito di accompagnarlo in questo processo di consapevolezza.

Se la persona ha validi motivi per cambiare, cioè è sufficientemente motivata, si chiede di concordare un primo obiettivo di cambiamento (si passa alla modalità della prima proposta).

In caso prevalgano i motivi per non cambiare o gli svantaggi del cambiamento si riconsegna la Bilancia per una riflessione ulteriore.

Operatore:

"Probabilmente questo per lei non è ancora il momento giusto. Ci pensi bene, perché, come vede, le ragioni per cambiare le ha bene in mente. Quando si sentirà più pronto, potrà parlarne con me o con il suo medico di medicina generale. Intanto provi anche a considerare come aumentare la sua autoefficacia. Per esempio: le è più facile pen-

sare a una modificazione dei suoi comportamenti in famiglia, sul lavoro o nel tempo libero... qualcuno o qualcosa potrebbe aiutarla? C'è un altro comportamento che potrebbe modificare la sua salute e che pensa le sia più facile realizzare?" "Benissimo, osservi con attenzione la sua Bilancia e riguardi l'opuscolo. Non esiti a contattare me o il suo medico se cambia idea".

L'intervento motivazionale dura dai 10 ai 15 minuti.

Si conclude con un invio al medico di medicina generale, la presentazione della Mappa delle opportunità territoriali, l'invio ai gruppi infomotivazionali o la proposta di un altro intervento individuale da parte dello stesso operatore.

## L'Intervento Motivazionale Strutturato sul cambiamento degli stili di vita con un obiettivo di cambiamento

Il *Vademecum* è uno strumento operativo, già utilizzato da più parti nell'ambito attuativo del Piano della Prevenzione.

Si è visto che, anche quando si dedicano 10/15 minuti a un intervento breve o un intervento motivazione di preparazione al cambiamento per chi si trova in fase di Preparazione, quasi sempre si rende necessario un invio a strutture di secondo livello o la prosecuzione del percorso di cambiamento con qualche incontro ulteriore da parte di personale formato e non necessariamente interno al servizio da cui è partita la prima valutazione.

In questo spazio si può senza dubbio configurare l'attività di counselling: nel corso delle attività ministeriali degli ultimi decenni, con la supervisione del professor Carlo DiClemente si sono messi a punto e in sequenza alcuni strumenti operativi che potrebbe essere utili per una prosecuzione individuale e di gruppo (per il gruppo, tuttavia, si rimanda alla forma più completa descritta nel testo *Terapia di gruppo per abuso di sostanze. Manuale per un percorso a stadi* (Velasquez, Crouch, Stephens, DiClemente, Il Mulino Edizioni 2018).

Le persone più adatte a partecipare a questi incontri successivi (almeno 3), si trovano in stadio motivazionale di Preparazione e/o Pre-Azione. Le persone che partecipano all'Intervento Motivazionale Strutturato hanno già scelto nel colloquio precedente il comportamento su cui riflettere per modificarlo.

### Come si configura la modalità di intervento?

Dal punto di vista organizzativo si propongono quattro incontri.

**Primo incontro (45/60 minuti circa) - Assessment:** identificazione dei problemi, esplorazione, valutazione della disponibilità al cambiamento, scelta degli obiettivi specifici.

Questioni da affrontare nel primo incontro:

- ▶ quali sono stati i motivi per cui si è scelto di modificare un proprio comportamento?;
- ▶ con chi si sta condividendo questo proposito di cambiamento a casa, sul lavoro, nelle relazioni interpersonali?;

- ▶ che cosa comporta, che implicazioni ha lo specifico comportamento nella propria vita attuale personale, familiare, sociale e lavorativa?;
- ▶ ci sono relazioni fra questo comportamento e gli altri stili di vita?

Le domande possono essere presentate in apertura o accompagnare gli strumenti operativi di supporto alla fase di assessment (si ripete che gli strumenti sono solo un ausilio pratico e possono anche non essere utilizzati nella loro sequenza completa).

Modalità e strumenti operativi per il primo incontro:

1. **apertura** dell'intervento con domande aperte per la ridefinizione del comportamento (per esempio perdita di peso) e giustificazione della scelta;
2. valutazione della **disponibilità al cambiamento**;
3. confronto fra il **comportamento scelto e gli altri stili di vita**;
4. individuazione dei 3 obiettivi di cambiamento rispetto allo stile di vita individuato.

**Secondo incontro (45/60 minuti circa) – Sviluppo delle strategie per raggiungere gli obiettivi prestabili**, collocati nei diversi contesti e analizzati criticamente dal punto di vista cognitivo ed emotivo.

Questioni da affrontare:

- ▶ che riflessioni ho fatto rispetto al mio obiettivo di cambiamento?;
- ▶ come potrei integrarlo con altri obiettivi specifici rispetto al comportamento scelto?;
- ▶ cosa mi potrebbe aiutare a casa sul lavoro?;
- ▶ che relazioni vedo rispetto agli altri stili di vita?;
- ▶ come valutare vantaggi e svantaggi degli obiettivi di cambiamento specifici scelti?

Sono esempi di questioni da affrontare durante l'incontro, così articolato:

1. accoglienza e verifica dell'obiettivo di cambiamento specifico;
2. modifica approfondimento e contestualizzazione dell'obiettivo: **fattori di rischio e fattori di protezione del contesto**;
3. **Bilancia decisionale**: risorse e ostacoli dell'obiettivo scelto;
4. sintesi dei passi attraverso i quali si intende modificare il comportamento (per esempio fare più attività fisica regolare).

**Terzo e quarto incontro (30 minuti) – Implementazione.**

Si configura come un sostegno all'azione in corso:

1. accoglienza e verifica degli obiettivi specifici di cambiamento;
2. analisi delle difficoltà e delle risorse con l'ecogramma emozionale che mette in rilievo quali possono essere le componenti individuali di vulnerabilità e resilienza rispetto al piano d'azione elaborato e in corso di attuazione;
3. predisposizione percorso di implementazione e programmazione feedback periodici con brevi colloqui di rinforzo e appuntamenti telefonici, consegna **Scheda Obiettivi di Cambiamento**.

Se l'intervento (che si configura ancora nell'ambito educativo motivazionale) non dovesse dare risultati, ma la persona restasse motivata a modificare il proprio comportamento, anziché limitarsi a proseguire gli incontri, è bene inviarla a una struttura di secondo livello per un supporto specialistico.

Di seguito l'elenco dei principali strumenti operativi utilizzati nell'Intervento Motivazionale Strutturato.

### Strumenti del primo incontro: Assessment

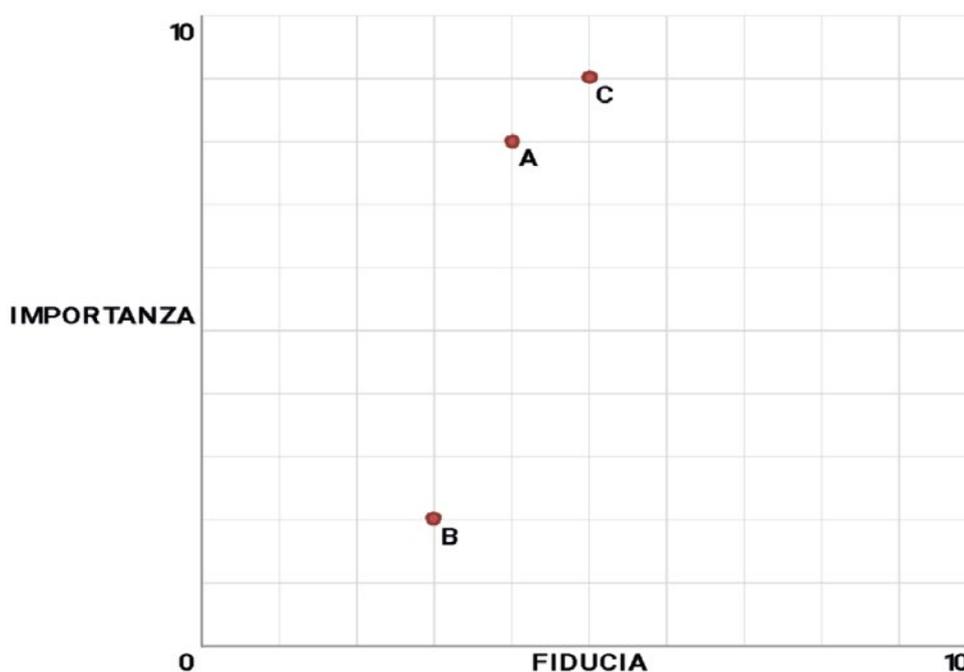
La persona ha individuato durante la prima valutazione un comportamento che intenderebbe migliorare (per esempio praticare più attività fisica regolarmente). Il **Grafico della Disponibilità al Cambiamento** aiuta a verificare la disponibilità al cambiamento in funzione della fiducia di riuscirci e dell'importanza attribuita.

Istruzioni:

- ▶ individuare tre obiettivi di salute rispetto al movimento e nominarli A, B, C scrivendoli nello spazio sotto il grafico;
- ▶ posizionare 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);
- ▶ collegare gli obiettivi di salute omologhi con un punto nello spazio interno al grafico;
- ▶ scegliere l'obiettivo di salute che si trova in posizione intermedia.

Esempi di obiettivi sul movimento:

- a. vado al lavoro a piedi;
- b. non prendo più l'ascensore;
- c. tutti i fine settimana faccio almeno 2 ore di passeggiata in bicicletta.



Gli obiettivi di cambiamento:

- a. fiducia: 4; importanza 8;
- b. fiducia 3, importanza 2;
- c. fiducia: 5, importanza 9.

Questo è il primo obiettivo di cambiamento – obiettivo A: vado a lavorare a piedi.

Si è stabilito un obiettivo di cambiamento rispetto alla attività fisica. La persona sta costruendo il piano d'azione. Può essere importante porre a confronto il comportamento scelto con altri comportamenti, per verificare se ci possono essere delle interazioni positive o negative di cui tenere conto.

I comportamenti non sono separati gli uni dagli altri. Nella preparazione di un piano d'azione è importante considerare le relazioni fra di essi e approfondirle, per chiarire su cosa si può contare (mantenimento) e cosa, comunque, ci piacerebbe modificare. Con la compilazione dello **Schema generale sulla Motivazione al Cambiamento** può accadere che la persona valuti di avere scelto un comportamento, ma di avere più necessità di partire da qualcosa di più facile, più alla sua portata.

Il professionista sostiene la persona nel percorso di consapevolezza che orienta la scelta.

### Schema generale sulla motivazione al cambiamento intenzionale degli stili di vita

Stile di vita	Precontemplazione	Contemplazione	Determinazione	Azione	Mantenimento
FUMO	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
ALCOL	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
ALIMENTAZIONE	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
RILASSAMENTO (RIPOSO/STRESS)	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
ALTRO (inserire un comportamento di carattere generale di cui si valuta la possibilità di cambiamento)	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

Dopo il commento di quanto emerso con la Scheda di Motivazione al Cambiamento si riprende l'obiettivo di cambiamento, mettendolo in relazione con gli altri comportamenti considerati. Anche in questo caso si utilizza una domanda aperta per focalizzare l'attenzione:

"Come può vedere, ci sono altri stili di vita e comportamenti sui quali sta facendo una riflessione e anche qualcosa dei suoi comportamenti che la soddisfa pienamente. Come sente di poter utilizzare questo per sostenere il suo obiettivo di cambiamento?"

Con la Definizione dei primi 3 obiettivi di cambiamento specifici rispetto alla attività fisica, la scelta dell'obiettivo con cui iniziare e la valutazione della relazione fra il comportamento scelto e gli altri stili di vita, si concordano le modalità con cui sviluppare il primo passo di cambiamento nella settimana.

## Strumenti del secondo incontro: Strategie

### Scheda dei fattori di sostegno e rinforzo e dei fattori ostacolanti

Domanda aperta iniziale di introduzione alla scheda: "Cosa, quale abitudine, quale elemento sul lavoro, in famiglia, può sostenere il suo obiettivo di cambiamento? Cosa lo può ostacolare?"

Indicare, tra i contesti proposti, quali di questi possono essere di aiuto o di ostacolo al raggiungimento del proprio obiettivo di salute, specificando in che modo.

Contesti	Fattore di sostegno e rinforzo	Fattore ostacolante	Fattore indifferente
Ambiente di lavoro			
Ambiente familiare			
Abitudini personale e benessere psicofisico			
Abitudini personali e malessere psicofisico			
Salute fisica (assenza di problemi)			
Salute fisica (presenza di problemi)			
Relazioni interpersonali			

Riprendere l'obiettivo di cambiamento evidenziando quali sono i fattori protettivi del contesto che possono rinforzarlo e i fattori ostacolanti che possono rendere più difficile conseguirlo.

Per esempio, se il primo obiettivo di cambiamento è "andare a lavorare a piedi", mi può essere di aiuto ritardare l'ingresso al lavoro, cambiare modo di passare il tempo della pausa pranzo; a casa evitare di tenere il televisore acceso a tavola...

Prendere decisioni sul contesto implica anche il confronto con le emozioni, la sfera affettiva che accompagna il cambiamento. Solo in questo modo si può perseguire un cambiamento duraturo e soddisfacente. Può essere di aiuto la compilazione dell'Eco-gramma emozionale per valutare in modo più puntuale il ruolo delle componenti affettive nel cambiamento intenzionale.

### Bilancia decisionale

A partire dall'obiettivo di cambiamento individuato, indica gli ostacoli (stili di vita che rinforzano il comportamento da modificare, contesti sfavorevoli) che potresti incontrare o stai incontrando durante la sua realizzazione e le risorse (rapporto con gli altri stili di vita, sostegno nei diversi contesti) che hai a disposizione.

Ostacoli	Risorse

## Strumenti del terzo incontro

### Ecogramma emozionale

#### *Prima fase*

Scegliere da questo Elenco delle Parole Emozionali quelle che meglio rappresentano lo stato emozionale attuale (la lista prevede una serie di parole emozionali derivate dalle emozioni primarie).

**Paura:** timore, sconforto, ansia, inquietudine, timidezza, inadeguatezza, bassa autostima.

**Tristezza:** solitudine, sconforto, depressione, apatia, malinconia, nostalgia, disperazione.

**Felicità:** calma, rilassatezza, serenità, tenerezza, allegria, vitalità, apertura.

**Disgusto:** rifiuto, disapprovazione, chiusura, disillusione, vergogna.

**Rabbia:** delusione, sconfitta, orgoglio, invidia, energia, tensione-combattimento.

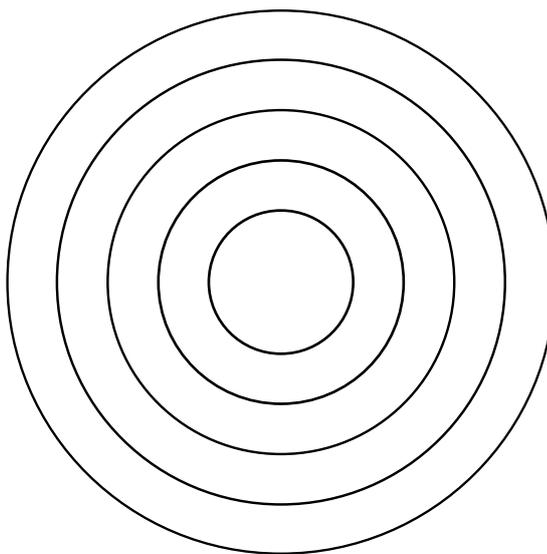
**Sorpresa:** curiosità ricerca, apertura, inquietudine, disponibilità, passione, speranza.

Individuare (se c'è) un'area emozionale prevalente rispetto alle 6 emozioni primarie. In quel caso riportarla nella **Scheda Obiettivo di Cambiamento**.

#### *Seconda fase*

Scegliere, fra quelle individuate in precedenza, le tre parole emozionali che favoriscono e le tre che ostacolano l'obiettivo di salute individuato.

Posizionare le parole nel grafico dall'interno all'esterno, utilizzando un colore diverso per le emozioni facilitanti e le emozioni ostacolanti per ordine di importanza.



*Terza fase*

Commentare l'Ecogramma con un'immagine che ha evocato qualche osservazione immediata e riportare il contributo del grafico nella Scheda **con l'obiettivo di cambiamento**.

*Quarta fase*

Programmare l'incontro di feedback e rimodulare l'obiettivo scelto in sotto obiettivi calendarizzati.

Per programmare un obiettivo di cambiamento concreto ed efficace con una **persona determinata** e accompagnare la stessa verso il cambiamento, l'operatore ha quindi diverse funzioni e azioni utili:

- ▶ rinforzare la decisione;
- ▶ rinforzare gli aspetti positivi del comportamento scelto;
- ▶ chiedere alla persona "da dove vuole cominciare";
- ▶ trovare "micro-obiettivi" (il più piccolo passo);
- ▶ supportare nel piano d'azione: cosa e come fare, piccoli step, frequenza ed intensità del comportamento, ostacoli.

Lo scopo di questo tipo di intervento è supportare la persona nel passaggio "dal pensiero all'azione", aiutando a definire il proprio obiettivo di cambiamento in modo concreto e **SMART (Specifico, Misurabile, Arrivabile, Realistico, Tempificato)**, riconoscendone gli ostacoli potenziali e programmando così in modo efficace il piano di cambiamento.

La scheda sugli obiettivi di cambiamento può essere un utile strumento, strutturato per accompagnare la persona a definire il proprio obiettivo di cambiamento.

*Scomposizione in sotto-obiettivi*

Individua le azioni facilitanti il raggiungimento del tuo obiettivo in termini di sotto-obiettivi. I sotto-obiettivi sono passi che facilitano il raggiungimento del tuo obiettivo:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**Scheda Obiettivo di Cambiamento**

**OBIETTIVO DI CAMBIAMENTO** \_\_\_\_\_

In che modo gli **altri stili di vita** possono sostenere il raggiungimento del mio obiettivo di cambiamento?

Fumo:

Alcol:

Alimentazione:

Rilassamento:

Altro comportamento:

Quali sono i **contesti** che posso identificare come fattori protettivi nel percorso di raggiungimento del mio obiettivo di cambiamento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Area emozionale** prevalente: \_\_\_\_\_

**Parole emozionali che favoriscono** il raggiungimento del mio obiettivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Parole emozionali che ostacolano** il raggiungimento del mio obiettivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Inserimento** dell'obiettivo finale del cambiamento con la previsione di un cronogramma completo.

**Suddivisione** dell'obiettivo di cambiamento in 3 sotto obiettivi specifici, a seconda del grado di difficoltà, per favorire concretezza e gradualità nel raggiungimento del risultato.

Primo obiettivo:

Secondo obiettivo:

OBIETTIVO CONCLUSIVO: \_\_\_\_\_

# L'Approccio Motivazionale

Prima valutazione, Intervento Motivazionale Breve e Intervento Motivazionale Strutturato sono applicazioni dell'Approccio Motivazionale (lo stesso vale in larga parte anche per il counselling).

Si introduce l'Approccio Motivazionale a partire da una riflessione sul concetto di salute; ognuno è in grado di fornire almeno due significati di salute: uno estrinseco legato alla concezione di salute oggettiva, che può essere più o meno completa e compresa, ma che, in ogni caso è riconducibile alle definizioni dell'OMS. L'altro, intrinseco, è relativo al pensiero e sentire personale rispetto alla salute propria. I confini e le condizioni ascrivibili al benessere e al malessere individuale sono soggettive. La salute è, prima di tutto, soggettiva ed è di questa valenza che si occupa prioritariamente l'Approccio Motivazionale.

Mentre la salute oggettiva è un concetto più o meno stabile «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia», la salute soggettiva è costituita da pensieri veicolati da immagini che esprimono il mio stare bene o meno male qui ed ora. Alla domanda "come si sente oggi", pervengono risposte diverse di giorno in giorno, quasi sempre anche diversamente orientate dalla priorità che si intende trasmettere e dalla direzione a cui si vuole prestare attenzione. Si sta sempre "meglio o peggio" rispetto a un prima.

La domanda "come si sente oggi" è un facile esempio di utilizzo dell'**Approccio Motivazionale, come modalità applicativa del TTM** e metodo per iniziare, personalizzare e sostenere il processo di cambiamento intenzionale a supporto della modificazione di comportamenti indesiderati (relativi, per es: agli stili di vita: fumo, alcol, alimentazione, attività fisica) e di attività di pianificazione e formazione sui temi della promozione della salute.

Si sono scelte alcune abilità specifiche dell'operatore che utilizza l'Approccio Motivazionale:

- ▶ valutazione della **disponibilità al cambiamento** in funzione di predisporre, iniziare e personalizzare l'intervento;
- ▶ **stile di comunicazione**, definito **assertivo/concertativo/"confrontazionale"**, come stile di comunicazione prevalente. I suoi tratti principali sono:
  - ascolto attivo/empatia;
  - riformulazioni;
  - espressioni orientate al cambiamento;
  - domande aperte;
  - avvisi brevi e personalizzati.

## La valutazione della disponibilità al cambiamento

Nella pratica dell'Approccio Motivazionale il primo tema da porsi è la valutazione della disponibilità a cambiare dell'interlocutore. Si possono predisporre modalità idonee a sostenere il percorso in conformità con lo **Stadio Motivazionale** attestato.

La **disponibilità al cambiamento** di un comportamento è funzione della importanza attribuita al comportamento da conseguire e della autoefficacia di realizzarlo. La valutazione coincide con la diagnosi motivazionale che orienta i compiti dell'operatore.

Le abilità richieste dall'operatore si riassumano in tre gradi diversi di complessità.

Nei setting opportunistici, è sufficiente limitarsi al primo:

- ▶ Alla domanda "se la sentirebbe di smettere di fumare?"
- ▶ Se la persona risponde "sì, **adesso**", è **determinata** e pronta **all'Azione**.
- ▶ Se la persona risponde "non adesso, ma **entro un mese**" è in fase di **Determinazione**.
- ▶ Se la persona risponde "non adesso, ma **entro sei mesi**" è in fase di **Contemplazione**.
- ▶ Se la persona risponde "**non ci penso nemmeno**" è in fase di **Precontemplazione**.
- ▶ Se la persona risponde "No, **ho appena ricominciato**" è in fase di **Precontemplazione da ricaduta**.

**Questo è il grado più semplice con cui l'operatore può affrontare il tema della valutazione della disponibilità al cambiamento.**

Il secondo grado richiede la capacità di rispondere a domande aperte o richieste dell'interlocutore per indagare le aree della **importanza**, **fiducia** e precisare la **disponibilità**.

<b>Area dell'importanza: Perché?</b>	Ne vale la pena? Perché dovrei? Che benefici ne avrò? Cosa cambierà? A quale costo? Lo voglio veramente? Poi sarò diverso?
<b>Area della fiducia: Come?</b>	Non so se sono in grado Come ci riuscirò Ce la farò se...
<b>Messa a fuoco della disponibilità</b>	Cosa potrei fare? Quando posso cominciare? Lei mi aiuterebbe? A chi posso rivolgermi? Crede che ce la farò?

La presenza di domande o osservazioni che riguardano le tre aree, il fatto che la persona interrompa l'operatore per saperne di più o per approfondire qualche punto, significa che il percorso di cambiamento è in atto e che la motivazione sta aumentando.

Il terzo livello prevede un tempo dedicato a valutare con più precisione la Disponibilità al cambiamento, attraverso la compilazione del **Grafico di Disponibilità al Cambiamento**, strumento operativo dell'intervento motivazionale, presentato nel paragrafo precedente.

## Caratteristiche dello stile di comunicazione assertivo nell'Approccio Motivazionale

Lo stile di comunicazione prevalente nell'Approccio Motivazionale è lo stile assertivo/motivazionale/concertativo, che promuove, rinforza e sostiene il cambiamento intenzionale.

È caratterizzato da:

- ▶ uso di domande aperte;
- ▶ ascolto attivo;
- ▶ capacità di suscitare affermazioni auto-motivanti;
- ▶ capacità di fare diagnosi motivazionale;
- ▶ capacità di dare avvisi chiari e personalizzati;
- ▶ capacità di contrattazione di obiettivi di salute concreti, specifici, situati nel tempo.

Implica abilità di base dell'operatore inerenti a:

- ▶ capacità di effettuare diagnosi dello stadio motivazionale di cambiamento;
- ▶ capacità di utilizzo della Bilancia decisionale;
- ▶ conoscenza e capacità di uso dei processi comportamentali e esperienziali che sostengono il cambiamento;
- ▶ competenze relative al contributo alla "presa in cura di sé", sostegno della persona verso processi autocura e guarigione.

L'operatore capisce se sta usando l'Approccio Motivazionale in modo corretto se:

- ▶ parla lentamente;
- ▶ l'interlocutore parla più di lui;
- ▶ l'interlocutore parla attivamente di cambiamento di comportamenti (pratica affermazioni automotivanti);
- ▶ l'interlocutore fa domande e osservazioni (contestuali allo scambio in corso);
- ▶ sorregge e sostiene più che pilotare;
- ▶ uso più domande aperte che domande chiuse;
- ▶ presta attenzione alla comunicazione non verbale;
- ▶ è concentrato sulla relazione con un ascolto attivo.

La pratica dello stile assertivo, può essere condizionata e ostacolata, da comuni pregiudizi, opinioni, pensieri, sensazioni, che inficiano l'efficacia della comunicazione, ad esempio: "deve cambiare"; "è necessario che cambi"; "sono certo che vuole cambiare";

"la salute è un fattore motivante"; "se non produco cambiamento il mio intervento è stato inutile: ho fallito"; "o si è motivati o no"; "questa è l'occasione giusta per prendere in considerazione un cambiamento"; "l'approccio prescrittivo è sempre il migliore; comunque, l'esperto sono io: ne so sicuramente più di lui".

È molto difficile non essere attraversati e turbati da almeno qualcuna di queste espressioni; importante è prenderne coscienza e ricordare che il primo esperto di salute soggettiva è la persona che potrebbe cambiare, e che nessuno può sostituirsi nel processo di cambiamento di un altro.

Allo stesso modo, la pratica può essere condizionata da pregiudizi, resistenze, emozioni, ambivalenze più o meno esplicite dell'interlocutore che diminuiscono le possibilità generative dello scambio. Non si può che progredire insieme; per questo sono senz'altro da evitare le fughe in avanti. Se la persona resiste o è refrattaria al cambiamento, il tono prescrittivo è controproducente. L'Approccio Motivazionale richiede che ci si fermi dove l'interlocutore è arrivato.

La professionalità di chi pratica lo stile assertivo dovrebbe essere riscontrata, al contrario, dal numero di persone che sostengono "sono cambiato da solo". Se molti professionisti condividessero l'uso dell'Approccio Motivazionale, sarebbero molto di più le persone coinvolte in percorsi di cambiamento intenzionale per loro soddisfacente.

Naturalmente ciò richiede una non scontata padronanza dei diversi livelli che si intrecciano nella comunicazione, soprattutto quando è rapida e occasionale. Quali livelli interagiscono nella relazione fra l'operatore e il suo interlocutore?

- ▶ Operatore (non detto): il primo livello è quello sopracitato riconducibile a **ciò che pensa e prova** nel momento in cui si instaura il contatto: mentre sta per parlare pensa qualcosa e prova delle emozioni.
- ▶ Operatore (riferito): il secondo livello è quello relativo a ciò che si sceglie di dire che non è quasi mai esattamente coincidente con il primo.
- ▶ Interlocutore (non detto): **ciò che sente**, percepisce/ascolta di quanto riferito dall'operatore.
- ▶ Interlocutore (non detto): **ciò che comprende**: chi ascolta comprende qualcosa che può essere diverso da quanto ha ascoltato.
- ▶ Interlocutore (riferito): terzo livello è ciò che restituisce. L'interlocutore risponde in base alla sua comprensione del messaggio. Manifesta la prima opinione su come lo scambio può proseguire.
- ▶ Operatore (non detto): ciò che pensa della restituzione, si fa una opinione su come andare avanti.
- ▶ Operatore (riferito): esprime la sua scelta in merito a come proseguire lo scambio.

È sufficiente l'esame di questi passaggi per evidenziare come il rapido scambio verbale del secondo e terzo livello siano il frutto di sette passaggi, nei quali non è stata inclusa l'interferenza, positiva o negativa, del setting in cui lo scambio avviene.

Molti di questi passaggi sono automatici, prenderne coscienza, aumenta le probabilità di usare l'Approccio Motivazionale in modo corretto, riducendo al minimo i condizionamenti del non detto individuale e favorendo l'attenzione necessaria all'ascolto attivo.

Quando le opportunità di affrontare il tema degli stili di vita sono ristrette e i tempi contingentati, occorre avere piena consapevolezza della coesistenza dei livelli per agire in modo rapido e non frettoloso e affrettato, anassertivo o prescrittivo, fornendo avvisi motivazionali corretti e personalizzati.

## Ascolto attivo ed empatia

**Ascolto attivo:** richiede attenzione, concentrazione, consapevolezza nel cogliere, afferrare, utilizzare pienamente il significato di qui ed ora. (per es: il prendere appunti quando l'altro parla è un buon esempio di ascolto attivo).

L'ascolto attivo si manifesta nella reciprocità della relazione in cui pensieri, messaggi riferiti, emozioni, contesto coinvolgono allo stesso modo l'operatore e il suo interlocutore: la percezione di essere veramente ascoltati favorisce, quasi sempre, l'ascolto e la concentrazione. L'ascolto attivo è favorito da caratteristiche dell'operatore che Carl Rogers ha definito di spontaneità autenticità, congruenza e che Di Fabio ha così descritto: L'operatore "dovrebbe cercare di sentire, pensare, essere e agire mantenendo un atteggiamento di congruenza interiore fra ciò che sente, ciò che fa, ciò che esprime di se stesso in quel preciso momento... dovrebbe cercare di ascoltare e accettare fenomenologicamente ciò che accade dentro di sé e di vivere, senza timori, la complessità dei propri sentimenti e reazioni. Solo in questo caso la relazione può diventare incisiva ed efficace". La sospensione del giudizio, evita ogni tentazione interpretativa. L'operatore si limita a raccogliere quanto il suo interlocutore gli riferisce e glielo restituisce non per ricevere da lui una spiegazione, ma per riceverne un ampliamento di significato, un addensamento di presenza nel qui e ora. Una osservazione emotiva, allora, può essere portatrice di una nuova idea o di un nuovo punto di vista; viceversa una razionalizzazione, un pregiudizio riformulati in un ascolto attivo possono essere rilette dal linguaggio emozionale.

Più lo stare insieme nella presenza è fertile, più la dimensione del qui ed ora diventa pregnante e può acquistare la potenza necessaria a dare inizio a un cambiamento.

Quando mi accorgo di essere in ascolto attivo? Innanzi tutto quando qualcosa nella risposta dell'altro mi sorprende, mi provoca un'idea, una emozione, un pensiero. Quando l'altro è in grado di sollecitarmi.

Se, invece, lo interrompo dicendo "capisco benissimo cosa prova", "so cosa sta per dirmi", "forse non mi sono spiegato", "non credo mi abbia capito", significa che non sono in una dimensione di ascolto presente; sono in un ascolto mediato, distaccato, giudicante.

La persona avverte istintivamente il grado di attenzione che le è riservata e reagisce di conseguenza.

Come la maggior parte delle abilità dell'Approccio Motivazionale, l'ascolto attivo non si apprende con la teoria, ma lo si reimpara con la pratica: facendone esperienza, ascoltando per ascoltare meglio l'altro.

Ascoltare meglio non significa comprendere: occorre rifuggire dalla tentazione di poter cogliere la complessità di una persona in pochi minuti di ascolto. Non è questo che la persona si aspetta.

È questione di ascoltare e rispondere, senza proporre dei collegamenti. I nessi sono già lì, sotto i nostri occhi, basta saperli rendere soggetto dell'esperienza sensoriale: toccarli, udirli, maneggiarli.

Non serve mettersi sulla stessa lunghezza d'onda della persona che parla; questo può comportare disagio, irritazione, niente sostegno partecipato, simpatia, essere in sintonia. Piuttosto, il mantenere un curioso udire cose in modo diverso, per aprirsi a un ascolto più complesso, profondo, sensibile, in grado di accogliere la dimensione simbolica.

L'ascolto attivo è un modo di vedere oltre, di cogliere nello sfondo essenziale, la forma dell'ora: ciò è reso possibile dal **rispetto**, dal riguardo per l'altro, trattenendosi a guardare con lo stesso spirito di presenza con cui ci si avvicina alla prima frase di una poesia che sempre, comincia con un'immagine.

L'ascolto attivo è consapevole che il veramente nuovo non si annuncia nel qui ed ora; coincide, semmai con il rinnovare, ritornare, riflettere.

**Empatia:** (etimologicamente, *en, in*: dentro; e *pathos*: passione, affezione, sofferenza) designa vicinanza, condivisione, solidarietà, accoglienza, cura, sintonia. Empaticamente si accoglie la dimensione dell'interiorità dell'altro, che non è localizzabile fisicamente, ma può essere illuminata dall'empatia. Originariamente alludeva al rapporto di compartecipazione emotiva che, nel teatro greco, si attuava fra attore e spettatore nello spazio-tempo scenico (modalità a cui si ispira il ruolo dello spett-attore del Teatro forum contemporaneo).

L'empatia è una risposta affettiva e corporea che si manifesta in emozioni, umori, atmosfere, scelta delle parole che curano.

Se un buon intervento motivazionale, anche breve, ha bisogno di stabilire una relazione empatica, è necessario precisare che richiede un tempo dedicato. In una prima valutazione, in uno scambio motivazionale in un setting opportunistico, è indispensabile l'uso strategico dell'ascolto attivo.

Una comprensione empatica può essere infatti stimolata e potenziata dal fare domande e dal contribuire a mostrare, fare uscire dall'ombra, senza spiegare, senza dimostrare, ma suscitando immagini illuminanti.

Il cambiamento coinvolge valori, atteggiamenti, comportamento sociale, stili di vita, relazioni interpersonali, sfera affettiva; cercare una risposta a cosa succede quando una persona cambia significa entrare nella dimensione dello psichico (Hillman, 1996).

A suo tempo K. Jaspers, pensatore, medico, studioso dell'area fenomenologica, scriveva: "quando si parla di psichico, non ci si può appellare al principio di causalità tipico del pensiero scientifico, non si ragiona per cause, ma per qualità che consente una versione integrata dei fenomeni".

È una apertura intrigante, che esula dagli obiettivi del testo, ma può aiutarci a non banalizzare, a non ridurre la centralità della relazione all'uso di tecniche di comunicazione efficaci, a percepire.

Alcune osservazioni: la dimensione dello psichico ci attraversa; non è situata da qualche parte, è ovunque. Occorre evitare di introdurre dicotomie di cartesiana memoria. La corporeità, il sentirsi nell'ambiente, la vita interiore, i gusti sono espressioni di una dimensione psichica che spesso è più facile intuire con immagini, piuttosto che con definizioni tecniche. James Hillman, con la sua psicologia archetipica, ha reso immediato, tradendolo, il mondo della simbologia Junghiana.

L'Approccio Motivazionale attribuisce un ruolo prezioso alle parole: riflessione, riformulazione, espressioni auto motivanti, domande aperte, risposte alle resistenze avvisi

chiari e personalizzati costituiscono gran parte delle abilità dell'operatore in grado di sostenere, favorire e supportare processi di cambiamento: Esistono più modi per utilizzarle. Il nostro tentativo è di liberare le espressioni scelte dal tecnicismo, dal significato del vocabolario per consegnarle alla immediatezza del suono, dell'immagine, della comprensione intuitiva. Ci si limita a dare dei suggerimenti per arricchire varietà e potenza dei contenuti, intensità dello scambio, mantenendo i confini temporali in cui l'Approccio Motivazionale si attua e restituendo "concretezza" alla dimensione dello psichico.

Cercheremo pertanto di illuminare alcuni aspetti dello stile assertivo nell'Approccio Motivazionale, con accorgimenti che introducano la dimensione psichica, evocativa, immaginale, in alcune espressioni tecniche del confronto.

### Parole di cura/parole che curano

La scelta di una parola è un atto immediato: intuizione, intenzionalità e immediatezza sono rilevanti per la qualità dell'Approccio Motivazionale. Dedicare la giusta attenzione alla scelta delle parole non è cosa banale. Può essere utile verificare su se stessi e introdurre in un percorso formativo un'occasione per farlo.

All'elenco di Parole Affettive legate alle emozioni primarie (gioia, paura, rabbia, tristezza, disgusto, sorpresa), parole ad alto valore di "sensibilità" applicabili, cioè, a diverse situazioni, collegare delle parole emozionali attinenti all'area, ma più "specifiche" (in grado di cogliere con precisione una determinata sfumatura semantica).

Definiamo **sensibile** la caratteristica attribuibile a più persone, la più generale rispetto all'area considerata; **specifica** la caratteristica orientata verso un particolare alone semantico/immaginale dell'area di riferimento (può essere utile ricorrere per similitudine all'uso che si fa di sensibilità/specificità per la descrizione della validità dei test diagnostici: test molto sensibile: pochi negativi nella popolazione ammalata; test molto specifico: pochi positivi nella popolazione sana).

È importante ricordare che la scelta della espansione semantica è personale. L'esempio vale per chi ha scelto quella determinata parola. Non ci sono attribuzioni giuste o sbagliate. Il senso dell'esercitazione è condividere i motivi che orientano, spesso in modo istintivo verso una certa scelta.

### Parole o espressioni affettive legate alle emozioni primarie: alcuni esempi

- ▶ Area della gioia:
  - **Appagato: calmo.** Cosa aggiunge calma? Una sfumatura semantica di tranquillità e di durata alla emozione gioia.
  - **Felice: in estasi.** Cosa aggiunge estasi? Una sfumatura semantica di intensità alla emozione gioia.
  - Altre parole dell'area: allegria, compiacimento, soddisfazione, splendore, sollievo, eccitazione.
- ▶ Area della paura:
  - **Pauroso: ansioso.** Cosa aggiunge ansioso? segni corporei evidenti di disagio.
  - **Spaventato: scosso.** Cosa aggiunge scosso? agitazione nello spavento.
  - Altre parole dell'area: sgomento, solitudine, tensione, terrore, timidezza, preoccupazione.

- ▶ Area della rabbia:
  - **Arrabbiato: ostile.** Cosa aggiunge ostile? una rabbia orientata verso qualcosa o qualcuna.
  - **Seccato: risentito.** Cosa aggiunge risentito? la percezione di un'offesa che irrita.
  - Altre parole dell'area della rabbia: nervosismo, furia, impazienza, irritazione, collera.
- ▶ Area della tristezza:
  - **Triste: turbato.** Cosa aggiunge turbato? Il senso del tempo nella tristezza: una tristezza nuova, non per forza negativa.
  - **Deluso: ferito.** Cosa aggiunge ferito? Il senso del tempo nella delusione: una delusione appena subita.
  - Altre parole dell'area della tristezza: depressione, malinconia, sgomento, solitudine, infelicità.
- ▶ Area del disgusto:
  - **Disgustato: fortemente contrariato.** Cosa aggiunge fortemente contrariato? Il senso dell'orientamento nel disgusto, una contrapposizione rispetto a qualcuno o qualcosa.
  - **Rifiuto/rifutante: oppositivo.** Cosa aggiunge oppositivo? Un rifiuto contrapposto verso qualcosa o qualcuno.
  - Altre parole dell'area del disgusto: repulsione, ripugnanza, insofferenza, avversione, antipatia, fastidio.
- ▶ Area della sorpresa:
  - **Sorpreso: curioso.** Cosa aggiunge curioso? Energia e apertura; una nota di felicità nella sorpresa.
  - **Aperto: attivo.** Cosa aggiunge attivo? Una dimensione dinamica e energica dell'apertura.
  - Altre parole dell'area della sorpresa: meraviglia, stupore, sbalordimento, sconcerto, sbigottimento, imbarazzo.

### Parole stigma

Spesso si ricorre a parole/espressioni che orientano la loro valenza simbolica nell'ambito di una specifica categoria diagnostica o tendono a far coincidere lo stato o la malattia con la persona.

Le seconde sono semplicemente da evitare:

- ▶ "Lei è obeso" (è un'osservazione giudicante; una diagnosi). Esempio di sostituzione: "Lei pesa di più delle persone che hanno la sua stessa conformazione fisica" (è una osservazione empirica).
- ▶ "Lei è un tabagista". Esempio di sostituzione: "Lei è una persona che fuma; lei è un forte fumatore".
- ▶ "Lei è un trapiantato". Esempio di sostituzione: "Lei è una persona che ha subito un trapianto".
- ▶ Altre: "è un cardiopatico", "è un alcolista", "è un diabetico" ecc.

Espressioni simili sono da evitare o comunque da ridurre al minimo e da pronunciare con piena consapevolezza perché non sono neutre e, tanto meno, motivazionali. Sono

fortemente stigmatizzanti e non facilitano il cambiamento o il coinvolgimento attivo, ma contribuiscono a "passivizzare" (parola bruttissima), a patire la malattia o il comportamento.

Impariamo a sostituire parole a preciso riferimento diagnostico (ad alto valore di "specificità" per la diagnosi), con parole della stessa area semantica, ma meno connotate, più sensibili, soprattutto nella prima valutazione e quando ci si trova nelle fasi iniziali di un intervento motivazionale:

- ▶ depressione con tristezza, disperazione;
- ▶ aggressività con rabbia;
- ▶ attacco ansioso con paura-panico;
- ▶ fissazione con ostinazione;
- ▶ dipendenza con abitudine, uso non controllato.

## Le riformulazioni

### a. Riflessione semplice

I: "Sono molto stanco".

O: "È stanco. Più affaticato, annoiato, esausto?"

*L'operatore risponde con una riflessione ripetendo prima la stessa parola usata dall'interlocutore, poi provoca una espansione semantica usando dei sinonimi. Si procura qualche altra informazione e caratterizza meglio la tipologia di stanchezza.*

I: "Non ho consumato alcol per tre giorni, ma ieri ho bevuto molto".

O: "Non ha consumato alcol per tre giorni. Come si è sentito? Mi faccia capire con una immagine che differenza c'è fra oggi e qualche giorno fa".

*L'operatore ripete solo la prima parte per spostare l'attenzione sulla parte positiva del riferito ed evitando di introdurre termini come "fallimento, scivolata, ricaduta, inciampo".*

O: "Quando le ho chiesto di dare un numero a come si sente oggi, mi ha detto 3. A cosa assomiglia questo 3?"

*L'operatore invita a visualizzare il 3, a chiarirlo, trasformandolo in un aggettivo che descrive.*

O: "Ho paura di non riuscire a smettere di fumare".

I: "Smettere di fumare la spaventa".

*L'operatore riflette il contenuto spostando il focus dell'attenzione sull'emozione. Prevalente nella persona rispetto al cambiamento.*

### b. Riformulazioni classiche e riformulazioni emozionali

*Esempio 1*

I: "Lei pensa che io possa riuscire a perdere peso?"

O: "E lei cosa pensa?"

*Si riformula con una domanda aperta che esplicita l'ambivalenza (riformulazione classica).*

O: "Lei si sta concentrando sulla contrapposizione fra essere pesanti ed essere leggeri. Parliamo del peso o della sua perdita?"

*In questo caso si usa una riformulazione inconsueta, spostando l'attenzione dell'interlocutore sulla coppia di aggettivi pesante e leggero. Potrebbe risultare più accettabile "sentirsi più leggeri", rispetto alla fatica del "perdere peso".*

*Esempio 2*

I: "Del cibo mi piace tutto".

O: "Del cibo le piace proprio tutto?"

*Riformulazione classica. Si riformula inserendo il punto interrogativo per invitare a spiegare meglio.*

O: "Dunque per lei il cibo è..."

*Riformulazione inconsueta. Si invita a fornire un'immagine sul binomio cibo-piacere...*

*Esempio 3*

O: "Come valuta il suo stato di salute?"

I: "Discreto".

O: "Che colore vede quando mi dice discreto? È un colore che le piace?"

*Si invita a elaborare un'associazione fra il significato di "discreto" e l'ambito dei colori. Si sposta l'attenzione sull'immaginario.*

*Esempio 4*

I: "Non mi dica che devo smettere di fumare".

O: "Non le dico che deve smettere di fumare".

*Riformulazione classica che incoraggia a proseguire.*

O: "Se le dicessi che... potrebbe smettere di fumare..." (si sostituisce la categoria del dovere con il potere).

O: "Se le dicessi che... forse una parte di lei desidera smettere di fumare" (si sostituisce la categoria del dovere con quella del desiderio).

O: "Se le dicessi che... sarei meno preoccupata per la sua salute se lei smettesse di fumare" (si cambia punto di vista, inserendo non lo stile direttivo dell'operatore, ma il tono affettivo).

O: "Non glielo dico... le dico che può scegliere di continuare a fumare o scegliere di smettere di fumare".

*La Riformulazione introduce direttamente la Bilancia decisionale.*

Ogni riformulazione introduce una sfumatura diversa. È utile esplorare più modi per rispondere a quanto la persona riferisce per avere a disposizione più possibilità di iniziare e personalizzare l'intervento, anche in una prima valutazione.

## Espressioni orientate al cambiamento

Nell'Intervento Motivazionale Breve e, soprattutto nell'Intervento Motivazionale Strutturato, l'Approccio Motivazionale attribuisce un ruolo importante a espressioni che hanno questi 4 elementi:

1. hanno il cambiamento come tema (contenuto);
2. si ricollegano a uno specifico comportamento o a un insieme di comportamenti (sono corrette rispetto al comportamento);
3. provengono dalla persona stessa: insorgono spontaneamente (spontaneità e focalizzazione);
4. sono tipicamente formulate nel tempo presente (orientamento nel presente).

Si tratta delle espressioni orientate al cambiamento (Rosengren, *Guida pratica al counselling motivazionale*, Erickson 2011), evoluzione del concetto introdotto da Miller e Rollnick (1991) di affermazioni auto motivanti. Sono frequenti nello stadio motivazionale di Contemplazione/Preparazione e, "poiché i 2/3 delle persone contemplan la possibilità di cambiare" (DiClemente, *Addiction and Change*, 2002), sono da considerarsi un prezioso segno di ampliamento della frattura interiore che precede lo stadio di Determinazione. Si riferiscono a desideri, abilità, emozioni, ragioni, pensieri, bisogni.

Di seguito alcuni esempi di **espressioni orientate al cambiamento con focus sul desiderio**:

- "Spero di riuscire ad andare a lavorare a piedi la settimana prossima".
  - "Mi piacerebbe proprio smettere di fumare".
  - "Non vorrei più avere problemi con l'alcol".
- **Espressioni legate alla sfera emotiva**
- "Mi sento leggero quando penso che forse non fumerò più".
  - "Sarei proprio felice di smettere di fumare".
  - "Mi fa paura l'idea di non riuscire a perdere peso".
- **Espressioni legate all'abilità**
- "Adesso ho capito cosa mi manca per cominciare la dieta".
  - "Farò vedere ai miei figli che ce l'ho fatta".
  - "Mi è chiaro quello che devo fare per muovermi di più".
- **Espressioni legate alle ragioni per cambiare**
- "Mia figlia sarebbe molto orgogliosa di me se smettessi di fumare".
  - "Voglio smettere di bere alcol perché voglio molto bene alla mia famiglia".
  - "Ci tengo alla mia immagine e ci tiene molto anche mio marito: voglio rimettermi in forma".
- **Espressioni legate ai bisogni**
- "Devo smettere di bere perché ho bisogno di stare concentrato sul lavoro e faccio sempre più fatica".
  - "Il mio cuore comincia a darmi problemi: bisogna che smetta di fumare".
  - "Non posso continuare a prendere peso. Ho necessità di cambiare radicalmente".

### ► **Espressioni legati a pensieri ricorrenti**

- "Mi capita sempre più spesso di avere paura di ammalarmi seriamente".
- "Sto pensando che tutti quelli che conosco si sono messi a fare attività sportiva. Solo io non mi muovo mai".
- "Mi capita spesso di sentirmi demoralizzato e pensare che non ho proprio carattere quando bevo troppo".

L'Approccio Motivazionale incoraggia queste espressioni anche con domande che le evocano:

- Ambito dei desideri: "cosa le piacerebbe fare con i soldi risparmiati se smettesse di fumare?"
- Ambito delle emozioni: "come pensa si sentirebbe se riuscisse davvero ad andare al lavoro a piedi o in bicicletta tutti i giorni?"
- Ambito delle abilità: "si è mai chiesto che cosa le manca per seguire con regolarità un programma per perdere peso? Cosa pensa che le manchi?"
- Ambito delle ragioni: "per chi, fra le persone a cui tiene, sarebbe importante che lei smettesse di consumare alcolici?"
- Ambito dei bisogni: "quali sono, in questo momento, i suoi bisogni di cambiare il rapporto con il cibo?"
- Ambito dei pensieri ricorrenti: "mi parli dei pensieri che le capita di fare più spesso rispetto al suo rapporto con le sigarette".

Le espressioni orientate al cambiamento possono essere facilitate dalle associazioni con immagini che favoriscano un rispecchiamento positivo.

Si può sottoporre alla persona una lista di parole stimolo: per esempio, guerriero, vittima, esploratore, naufrago, vincitore, giocatore, mago, viandante, condottiero, attore, atleta, giocoliere, artista, artigiano, diavolo, truffatore.

L'operatore propone una frase rispetto al comportamento oggetto del confronto e chiede al soggetto di completarla.

- "Quando fuma si sente... perché?"
- "Quando beve troppo si sente... perché?"
- "Quando riesce a rispettare l'obiettivo di cambiamento che si è dato si sente... perché?"
- "Quando è in preda al panico perché ha paura di non farcela si sente... perché?"

### **Trasformare le domande chiuse in domande aperte**

In molti contesti "opportunistici" si ha la possibilità o la necessità di porre alle persone qualche domanda rispetto ai propri comportamenti abituali. In genere si ricorre allo stile dell'anamnesi, caratterizzata per la struttura a domande chiuse. La domanda chiusa induce generalmente una risposta chiusa che non favorisce il proseguimento della interazione dialogica oltre a fornire assai poche notizie su vissuti, credenze, emozioni individuali. Sostituire una domanda chiusa con una domanda aperta, facilita la dimensione dell'accoglienza e del riconoscimento dell'interlocutore, che come abbiamo visto è alla

base dell'Approccio Motivazionale. Le domande aperte, per definizione, richiedono una risposta articolata, a cui non è possibile rispondere con un "sì" o con un "no".

Qui di seguito sono raccolte alcune esemplificazioni di domande aperte in sostituzione di domande chiuse. Possono essere utilizzate come spunto per la riflessione individuale o andare a far parte di un percorso formativo ad hoc.

### Esempi di domande chiuse e delle relative domande aperte

- ▶ **"In famiglia ci sono persone obese?"** (domanda chiusa)

  - "Come definirebbe il rapporto con il peso corporeo nella sua famiglia?"
- ▶ **"Pensa di essere in sovrappeso?"** (domanda chiusa)

  - "A cosa la fa pensare la parola sovrappeso?"
  - "Se io le dico sovrappeso quale è l'immagine che le viene in mente?"
  - "Cosa pensa del suo peso?"
  - "Come si sente nel suo corpo?"
- ▶ **"Il suo rapporto con il cibo la soddisfa?"** (domanda chiusa)

  - "Come definirebbe il suo rapporto con il cibo?"
  - "Cosa le piace del suo rapporto col cibo?"
  - "C'è qualcosa che le piacerebbe modificare del suo rapporto con il cibo?"
- ▶ **"Consuma alcolici a pasto?"** (domanda chiusa)

  - "Cosa pensa del suo consumo di alcol?"
  - "Cosa pensano, secondo lei, i suoi familiari del suo rapporto con l'alcol?"
  - "Cosa le piace nel consumo di alcol? C'è qualcosa che le piace particolarmente?"
- ▶ **"Si considera sedentario?"** (domanda chiusa)

  - "Cosa vuol dire secondo lei essere sedentario?"
  - "Cosa le capita di pensare quando vede gente che cammina velocemente?"
  - "Che cosa non le piace del movimento?"

Come abbiamo già visto, le **domande aperte** sono un elemento cardine dell'Approccio Motivazionale.

Sono relativamente semplici da utilizzare ma è importante fare pratica e autocorreggersi. Dal punto di vista generale possono risultare utili alcuni accorgimenti:

- ▶ porre le domande lentamente usando un tono di voce facilmente comprensibile, né alto, né basso;
- ▶ preferire domande brevi e semplici;
- ▶ evitare di porre due domande aperte contemporaneamente;
- ▶ formulare la domanda aperta riprendendo una parola o una espressione appena usata dal proprio interlocutore;
- ▶ le domande aperte migliori per chi ascolta e più semplici da usare per l'operatore, sono "riformulazioni eco". Es.: "l'obiettivo specifico di cambiamento che ho scelto mi crea decisamente molte difficoltà!" ; "Difficoltà?";
- ▶ nel caso si debbano porre domande chiuse, in una prima valutazione (situazione frequente dato che ci si trova spesso in un contesto di anamnesi), è opportuno espli-

citarlo chiaramente con la persona: "vorrei chiederle qualcosa a proposito di come valuta la sua salute generale, ma prima avrei bisogno di acquisire qualche informazione specifica";

- ▶ generalmente, le domande aperte iniziano con "come/che/che cosa/quale";
- ▶ non tutte le domande aperte sono domande di apertura e approfondimento;
- ▶ domande che iniziano con "dove/quando/chi/perché" sono semiaperte, non facilitano in modo particolare l'elaborazione e l'approfondimento. In particolare sono da evitare le domande che cominciano con "perché": hanno un carattere inquisitorio e suscitano con facilità le resistenze dell'interlocutore. (*La relazione con il paziente*, a cura di Del Corno e Lang, F. Angeli);
- ▶ ricorrere a domande interlocutorie, che contengono una domanda chiusa e una aperta, del tipo: "le andrebbe di parlarci di come è andata con l'alcol in questa settimana?" e "potrebbe indicarmi cosa prova quando ha la tentazione di rimettersi a fumare?". In questo modo si dà modo alla persona di rispondere: "no, non adesso"; "sì, ma non adesso", "non saprei cosa dire"; oppure di usare lo stimolo per un approfondimento;
- ▶ evitare o ridurre al minimo le domande indirette o implicite che possono essere invasive e introducono una forte componente interpretativa da parte dell'operatore. Per esempio: "mi domando come si sia sentito dopo essere riuscito a rispettare il programma di movimento che si era dato per l'intera settimana"; "non deve essere stato facile, per lei, ripresentarsi qua, oggi"; "immagino sia molto arrabbiato";
- ▶ una risorsa per l'Intervento Motivazionale Breve e l'Intervento Motivazionale Strutturato è il ricorso alle Domande Proiettive (Hough, *Abilità di counselling*, Erickson) che aiutano la persona a esprimere sentimenti, sensazioni, valori, idee, opinioni. Ne basta una per indirizzare la riflessione. Ad esempio: "cosa accadrebbe di migliorativo nella sua vita se perdesse peso, come desidera?"; "adesso, mi sta dicendo che non è pronta, ma se dovesse fare un primo passo per muoversi di più, da cosa immagina potrebbe cominciare". Le domande proiettive fanno parte delle domande che si riferiscono al futuro e sono molto efficaci nello stadio motivazionale della Pre-Azione.

Un ulteriore utile strumento per affinare la propria capacità di fare domande è questa check list elaborata da M. Hough. L'operatore può chiedersi:

- ▶ è troppo presto per fare questa domanda?;
- ▶ perché voglio una risposta alla domanda che sto rivolgendo?;
- ▶ la domanda aiuterà l'interlocutore? lo aiuterà ad essere più aperto? lo aiuterà a esplorare ulteriormente la situazione?;
- ▶ la domanda soddisfa qualche mia curiosità?;
- ▶ ho dato il tempo sufficiente per considerare la domanda e dare una risposta?;
- ▶ quante domande ho fatto?;
- ▶ che cosa non ha detto l'altro, nel rispondere ad una mia specifica domanda?

La check list originale è costituita da domande di autovalutazione chiusa; la si è riformulata con domande aperte e commentata con espressioni e parole emozionali,

per favorire da parte dell'interlocutore una osservazione meno indirizzata del proprio comportamento.

- ▶ Quando penso sia opportuno porre questa domanda?: Fretta/Ritmo/passò/ incoraggiamento, incalzare, indugiare: come commento, che parola scelgo per "è troppo presto?"
- ▶ Cosa mi aspetto dalla risposta a questa domanda?: attesa, aspettativa, desiderio, timore. Cosa ha prevalso in me, quando ho fatto questa domanda?
- ▶ Come mi sto confrontando con il problema dell'aiuto all'esplorazione del tema? Incertezza, dubbio, insicurezza, prudenza, esitazione, attenzione. Quale è la parola che più si adatta al focus sulle mie scelte?
- ▶ Da cosa sono incuriosito? Curiosità, richiesta, desiderio, speranza, approfondimento, indagine. Da quale di queste parole sono animato?
- ▶ Come sono andato con il tempo? Fretta, obiettivo, impazienza, fine, ritmo. Cosa dire del mio ritmo?
- ▶ Su cosa mi sono concentrato con le domande? Numeri, richieste, prestazione, ansia, concentrazione. Cosa ha prevalso?
- ▶ Quali mi sembra siano stati i silenzi voluti? Omissione, pausa, reticenza, ritrosia, diniego, riluttanza, resistenza. Cosa ho percepito più di tutto?

### **Avvisi motivazionali brevi e personalizzati**

Sono normalmente denominati anche *minimal advice*; esiste una ampia letteratura, soprattutto anglosassone, che evidenzia come un avvertimento motivazionale personalizzato dato da più operatori con lo stesso linguaggio in contesti diversi sia particolarmente efficace per provocare un cambiamento dello stadio motivazionale della persona. L'intervento mantiene e talvolta aumenta il proprio grado di efficacia se a darlo è lo stesso operatore, per esempio il medico di medicina generale, per più volte allo stesso assistito che fuma.

In cosa consiste: sostanzialmente nella capacità di dare un avvertimento specifico su uno stile di vita che sia preferibile modificare, in grado di attivare emotivamente la persona e farla riflettere senza stigmatizzare in modo negativo il comportamento.

Esiste pertanto la possibilità di dare avvisi motivazionali corretti, ma non personalizzati (per es: il consumo alcol pari a 0 è un modo certo per evitare le problematiche legate all'alcol; non fumare in gravidanza è una condizione necessaria; obesità e ipertensione sono 2 importanti fattori di rischio per l'insorgenza di malattie cardio vascolari).

Gli avvisi motivazionali corretti, ma non personalizzati, sono di solito accompagnati da uno stile di comunicazione prescrittivo e possono essere accompagnati dalla distribuzione di un opuscolo informativo.

Gli avvisi motivazionali personalizzati richiedono invece un approccio motivazionale/ assertivo, la concentrazione dell'operatore sull'altra persona e su quanto può indurla a riflettere sul proprio comportamento (per esempio, "lei ha solo 40 anni, tiene molto al suo aspetto, fa regolarmente attività fisica, se prendesse in considerazione di smettere di fumare migliorerebbe di certo sia la pelle che la sua resistenza al movimento: sarebbe ancora più in forma").

Sono invece da evitare gli avvisi motivazionali scorretti che stigmatizzano i comportamenti (per esempio: "se continua a fumare così, la sua vita media potrebbe accorciarsi di almeno 10 anni"; "continui pure a bere alcol in gravidanza, ha molte probabilità di causare una sindrome feto alcolica al suo bambino").

Con l'avviso motivazionale (che può essere dato anche dal farmacista, da un segretario di studio medico, da personale della palestra, in molti casi persino da personale dei centri estetici) sono importanti certi requisiti e competenze dell'operatore tra cui: autenticità, accettazione, ascolto attivo (Rogers, 2007).

Proprio perché è occasionale e limitato nel tempo, l'avviso breve prevede che l'operatore non si manifesti come distaccato o ricorra a tecnicismi inutili, bensì adoperi **autenticità, spontaneità e genuinità**.

L'avviso aumenta la proprie capacità di efficacia se è diretto e confidenziale, ma nel contempo preciso autorevole e motivato. Si tratta di un processo di riconoscimento reciproco, di una reciproca **accettazione**: da parte dell'operatore, delle caratteristiche individuali dell'interlocutore di cui l'operatore manifesta in modo esplicito il rispetto; da parte della persona, l'accettazione delle competenze dell'operatore che ha di fronte e che non è detto abbia occasione di incontrare in futuro.

Autenticità e autorevolezza si potenziano nella dimensione dell'**ascolto attivo**, dell'**attenzione**, della **consapevolezza nella scelta delle parole giuste**.

Alcuni esempi: "Guardando la sua cartella ho visto che lei fuma ancora, ma oggi si trova nel mio studio per un certificato per frequentare una palestra: questo fa presupporre che lei tenga alla sua salute. Smettere di fumare l'aiuterebbe a sentirsi meglio e a muoversi più facilmente"; "Sta aspettando un bambino e mi ha detto che sta molto attenta a rispettare le indicazioni alimentare che le ha dato il ginecologo. Sta rinunciando a molti cibi, vedo. Sa che anche molte sostanze tossiche contenute nella sigaretta passano attraverso la placenta. Il fumo, in gravidanza, sarebbe proprio da evitare per proteggere la salute del suo bambino".

La formulazione del *minimal advice* può essere di efficacia maggiore se la personalizzazione è accompagnata da parole "affettivamente calde" che facilitano la percezione del coinvolgimento attivo dell'operatore nel fornire quella che facilmente può sconfinare in una informazione/avviso prescrittivo e motivato.

È altro dire: "Lei è molto giovane. Il fumo oggi non la preoccupa. Ma in futuro potrà causarle diverse problemi" e dire: "Lei è davvero molto giovane. So che fumare non la preoccupa, ma preoccupa molto me, perché, purtroppo mi capita spesso di incontrare persone con gravi problemi legati al fumo, comparsi tardi, ma che hanno cominciato a fumare da giovani, proprio come lei. Sarebbe proprio una bella cosa se non le capitasse".

Il secondo avviso contiene le stesse informazioni, ma un contenuto affettivo molto più ampio e, soprattutto, segnala la partecipazione convinta dell'operatore nel dare il *minimal advice*.

# APPROCCIO MOTIVAZIONALE

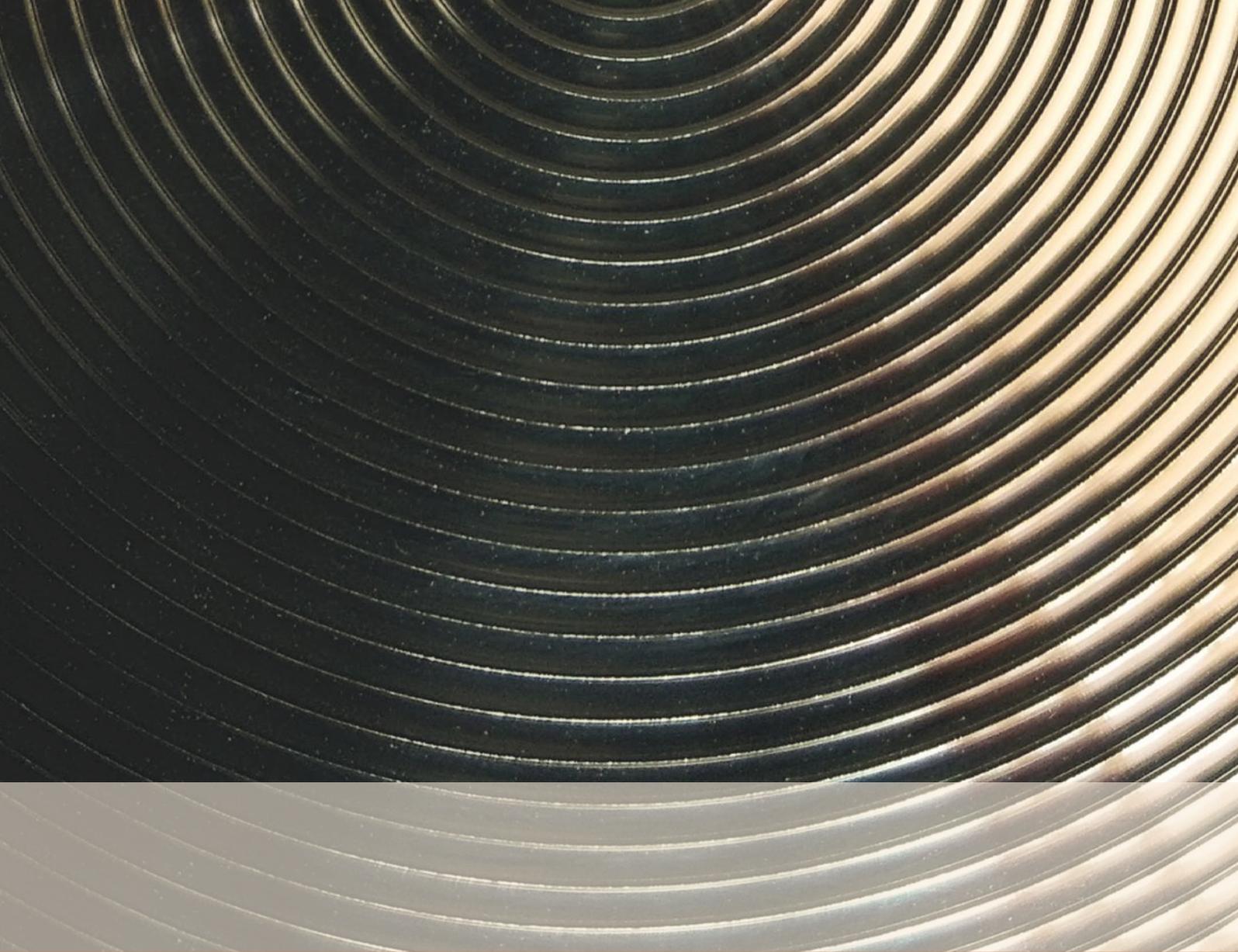
## Sintesi

La mappa concettuale ha affrontato molti punti inerenti ai contenuti della piattaforma didattica, in particolare a commento del modulo 3.

Si sono descritti il significato del TTM come meta teoria e la sua articolazione in Stadi Motivazionali, Processi, Indicatori e Contesto.

È presentato lo strumento principale elaborato nell'ambito dell'attuazione dei Progetti CCM degli ultimi anni; il *Vademecum*.

Si è evidenziato come l'applicazione del Modello avvenga attraverso l'Approccio Motivazionale, modalità di relazione comunicativa, esaminata nell'ultima parte, in cui le sue caratteristiche principali sono state contestualizzate in una prospettiva che più avanti definiremo di pratica fenomenologica e di applicazione di alcuni temi derivati dalla psicologia degli archetipi di J. Hillman, ma nelle pagine precedenti e nelle esercitazioni a loro collegate, fa riferimento alla centralità del valore evocativo della parola e alle competenze necessarie per scegliere le parole/immagini con precisione, avendo cura di preservarne risonanza, richiami simbolici, etimologia, colore affettivo.





Seconda mappa concettuale  
**FONDAMENTI CULTURALI**

*Sandra Bosi, Marco Tamelli, Mateo Ameglio,  
Antonio Mosti, Daniele Pellegrino*



# Cambiamento intenzionale, cura/medicina, psiche/parola, salute soggettiva, intenzionalità/consapevolezza

Capacità di prendersi **cura** di sé, come ascolto e scoperta del significato di **salute** soggettiva, legato ai significati del benessere nella **vita**, contenuto-trasmesso dalle parole-sintomo (espressione della salute soggettiva), delle parole segno (espressione della salute oggettiva), delle parole immagine della **psiche** (parole emozionali - parole della cura), legate al significato etimologico della **medicina/terapia** in quanto scienza e arte della guarigione. La guarigione che non sempre coincide con la remissione della patologia; è il risultato di un percorso di **cambiamento** in cui interagiscono l'**intenzionalità** dei curanti e quelli della persona che vive uno stato di malessere, disagio, stile di vita inadeguato, abitudine tossica, dipendenza, sofferenza, malattia.

# Poetica e pratica del cambiamento

"La guarigione è il risultato di un percorso di **cambiamento** in cui interagiscono l'**intenzionalità** del o dei curanti e quella della persona che vive uno stato di malessere, disagio, stile di vita inadeguato, abitudine tossica, dipendenza, sofferenza, malattia".

Ci sono stati patologici in cui la remissione è completa, altri in cui è parziale, altri con cui si impara a convivere.

Nel caso delle abitudini di vita nocive per la salute o per le dipendenze patologiche, proprio per la loro particolare natura, fortemente radicata nella parte essenziale della persona riconducibile alla dimensione "psichica" (comportamenti significativi, duraturi, inerenti a manifestazione non desiderate o nocive, parte della propria interiorità) è improprio parlare di guarigione; meglio ricorrere a cambiamento stabile o stabilizzato del comportamento. Allontanandoci dalla sfera della guarigione e remissione dei sintomi come obiettivo, distraendoci dalla meta, proviamo a considerare come iniziare una relazione d'aiuto, tenendo conto che l'oggetto del cambiamento è frutto (anche e soprattutto della dimensione psichica). Il contributo dell'operatore con e nell'Approccio Motivazionale è di evocare, stimolare l'immaginazione della persona nel riconsiderarsi in modelli per lei più positivi, accrescendo, approfondendo, intensificando la coscienza.

Come?

Innanzitutto rifuggendo dalle consuetudini di porre al centro dei ragionamenti che spesso procedono per contrasti (ma questo, appunto appartiene al ragionare).

Non si stimola l'immaginazione ragionando, ma suscitando immagini e soffermandosi il tempo necessario sulle immagini evocate.

In arte, per esempio, non si procede per contrari, semmai per contrasti, per sfumature, per gradi diversi.

Dopo il buio non c'è la luce. Proviamo a esaminare il fenomeno buio senza opporlo immediatamente alla luce... ci sono le ombre, le profondità, le sfumature del grigio e ancora non ho parlato di luce.

Quale ricaduta pratica? Una persona che non è mai andata nemmeno a fare la spesa se non con l'auto, che non ha mai praticato uno sport in vita sua e si trova a sessant'anni diabetica e ipertesa con la "prescrizione dell'attività fisica" insieme a quella dei farmaci, può sentirsi estremamente sconfortata.

Occorre concedere tempo alla sedentarietà radicata in moltissimi anni di vita di manifestarsi e farlo con premura, senza stigmatizzarla perché appartiene alla vita della persona che ho davanti. La consapevolezza è anche dolorosa, un dolore che porta a essere sensibili, ad ascoltare quanto sta dietro alla sedentarietà: pigrizia, noncuranza, fretta, dispregio della natura, voglia di nascondersi...

Se ci si sofferma sullo stare fermi, si recuperano delle immagini che sono preziose perché la persona "veda" cosa non piace a lei della sua sedentarietà, cosa le procura sofferenza e da cui vuole liberarsi. A quel punto comincia a muoversi e lo farà cercando il modo più giusto per lei, il più piacevole, il meno punitivo.

Il cambiamento intenzionale non può essere masochistico, costrittivo, penalizzante; non può consolidarsi se è costruito su tali fondamenta. La persona dovrebbe appassionarsi nel cercare e nel trovare qualcosa che le piace veramente, che la appaga nell'area del comportamento che sta provando a modificare perché è riuscita a visualizzare tutto quanto non va bene per lei nello stile di vita praticato. Lavorando sulle immagini della sedentarietà e della sedentarietà che si trasforma in movimento, stiamo portando il movimento nella sfera della psiche.

A cosa ci riferiamo, quando usiamo la parola psiche in questo testo?

La terminologia utilizzata nel testo si riferisce principalmente alla psicologia degli archetipi di J. Hillman che usa psiche in modo interscambiabile rispetto a anima, benché la tendenza sia oggi di eludere l'ambiguità della parola anima ricorrendo alla più biologica, più moderna psiche. Psiche è intesa come il naturale accompagnamento della vita fisica, possibilmente riducibile a essa. Anima ha invece una valenza metafisica. Psiche è pressoché intercambiabile, anche con altri due termini, usati in ambiti che, fino a qualche anno fa, sembravano potersi non parlare e di recente si stanno via via sempre più accostando l'un l'altro: soffio vitale (origine etimologica di anima) che si è posto al centro della pratica della meditazione concentrata sul respiro, come via di acquisizione della consapevolezza (oggetto del paragrafo *Intenzionalità, consapevolezza*) e mente/mente estesa, concetto fecondo dell'attuale evoluzione delle Neuroscienze in dialogo pluridisciplinare (nella *Postfazione* saranno approfonditi gli aspetti più di rilievo).

In questa mappa si propone, invece, un rimando esplicito alla trilogia mentale (a proposito di una visione neurobiologica della psiche come *Sé sinaptico*) descritta da J. LeDoux nel saggio *Il sé sinaptico*, che parla di cervello emotivo, cervello motivazionale, cervello razionale: cognizione/idee/ragionamenti; emozioni/passioni/sentimenti e motivazioni: esprimono insieme la dimensione del sentire che si fa esperienza, che muove, produce cambiamento intenzionale e risultati inaspettati. È un movimento aperto e non del tutto controllato, previsto e prevedibile.

Nella ricostruzione di LeDoux, la Psicologia comportamentista ha ignorato la mente (le idee, i ragionamenti), la Psicologia cognitivista ha ignorato la sfera affettiva, il campo della **motivazione** e del **cambiamento intenzionale** esprime il risultato della relazione fra ambito cognitivo e ambito emozionale.

Ha un corrispettivo funzionale nella proprietà mentale della **memoria procedurale**, la capacità individuale di raccogliere, selezionare, leggere, interpretare, contestualizzare dati cognitivi (sul concetto di memoria vedere *Postfazione*).

Oggi l'evoluzione delle Neuroscienze e il contributo della ricerca fenomenologica hanno ampliato di contenuto emotivo il significato di mente, introducendo il concetto di mente estesa oltre l'individuo (vedi *Postfazione*). La **mente estesa**, supera i limiti della mente solo cognitiva, la trilogia è il corrispondente neurobiologico della **dimensione psichica**, in cui si manifesta l'esperienza del **sentire**; la psiche come **base poetica della mente**.

La suddivisione statica della memoria non è sostenibile, ma un azzardato modo di intendere la memoria di lavoro come memoria motivazionale, memoria che sostiene e garantisce il cambiamento intenzionale può essere considerata alla base della pratica della **sapienza del sentire**.

# Cura

Il contributo alla capacità di prendersi cura di sé è obiettivo applicativo del TTM, in quanto Modello di riferimento per il cambiamento intenzionale, parte integrante della dimensione della cura.

È una dimensione complessa di cui non è facile stabilire i confini:

- ▶ ha una componente culturale - socio-sanitaria legata a fattori ecologici, ambientali, politici. La capacità di prendersi cura di sé è più accentuata e produttiva se si vive in equilibrio con l'ambiente esterno, se ci sono servizi sanitari orientati alla prevenzione, se i determinanti della salute sono favorevoli;
- ▶ ha una componente pubblica legata a qualità delle relazioni ed efficienza dei servizi territoriali;
- ▶ ha una componente privata, con buona approssimazione riconducibile al concetto di *empowerment* (coinvolgimento attivo) nei processi di scelta, nella capacità di riconoscere quali sono i fattori protettivi e i fattori di rischio personali, coltivando i primi e limitando l'esposizione ai secondi;
- ▶ ha una componente educativa, perché la capacità di prendersi cura di sé, dovrebbe essere una competenza che si acquisisce sin dalla età evolutiva, che si alimenta a scuola a partire dalla educazione a riconoscere i propri gusti, le proprie inclinazioni e si manifesta nella cittadinanza attiva e nella pienezza con cui si vive il rapporto con la salute soggettiva.

Quali sono i significati della cura che, nel tempo, è cambiata; a quali sfere semantiche appartiene?

Linguaggio affettivo, empatia, tempo, motivazione, ascolto attivo, pazienza, mediazione, visione, carattere, competenza, lentezza; tutte parole riconducibili al concetto di **consapevolezza**.

In Psicologia, con il termine "consapevolezza" si intende la capacità di essere a conoscenza di ciò che viene percepito e delle proprie risposte comportamentali. Si tratta di un processo cognitivo distinto da sensazione e percezione.

La consapevolezza definisce chi siamo, ci rende diversi gli uni dagli altri e allo stesso tempo ci aiuta a sentirci più vicini, è **tanto qualcosa che c'è già, quanto qualcosa che deve essere raggiunto** (ancora una volta compare la rilevanza del concentrarsi più sul percorso che sull'obiettivo: la consapevolezza si acquisisce a mano a mano che si procede nel cammino e si manifesta il gioco, il piacere, la sfida del cambiamento che si va compiendo).

Per precisare il concetto di cura cui fa riferimento il testo, occorre includere la pluralità delle voci che se ne occupano, condividendo domande senza prevedere risposte pre-costituite.

I percorsi di cura sono collegati a verbi come imparare a fare a meno, conservare, continuare, riparare, proteggere, **accogliere** (è preferibile ad accettare, perché si accoglie anche l'inaccettabile), **riconoscere** ciò che è piacevole da accogliere e ci fa sentire meglio, rispettando e includendo corpo e ambiente, per sviluppare una rete complessa di difesa della vita. La cura è associata alla vulnerabilità, alla comprensione del fatto che non è ignorando la sofferenza che si attua il cambiamento intenzionale, ma imparando ad ammorbidirsi. Sviluppare la capacità di risonanza, tremare per il proprio destino e il destino degli altri. Scrive J. Rumi: "*dalle ferite entra la luce*, paragone bellissimo fra le feritoie dei templi da cui filtra la luce, spesso con cascate di riflessi scintillanti e la ferita che apre uno squarcio doloroso in cui si innesca il processo di guarigione/cicatizzazione".

È inutile coltivare "l'illusione di vivere sani in un mondo malato"; è una riflessione che rimanda a un equilibrio ulteriore: benessere psicofisico dell'individuo e delle sue relazioni e rapporto salute-ambiente. Ogni uomo è oggetto e soggetto della natura che osserva, studia e **abita**. La visione ecologica della vita fa parte della dimensione della cura.

L'acquisizione di consapevolezza non è immediata, è un percorso in divenire che migliora la capacità di prendersi cura di sé e degli altri e conferisce intenzionalità piena alle proprie scelte, anche nelle piccole cose, a partire dalla quotidianità.

Non si cambia intenzionalmente da soli, non ci si cura pensando di fare da spettatore, da "paziente". In questo modo ci si condanna alla vulnerabilità, pensando di essere invulnerabili o presi in custodia.

Dal bisogno di essere accuditi e di prendersi cura e dall'istinto umano di ricerca di soluzioni, nasce il significato della Medicina come scienza che ha per oggetto lo studio delle malattie, delle loro cause, cura e prevenzione e della Medicina come arte della guarigione. La Medicina come scienza ha il linguaggio della diagnosi, procede per ragionamenti, accetta e a volte si fonda su polarizzazioni e opposizioni. La Medicina come arte ha il linguaggio delle immagini, procede per espansioni, contrasti, somiglianze, pone la parola al centro della cura e rifiuta le opposizioni (non esiste una poesia contraria all'altra).

Non a caso i Greci hanno fatto discendere le due diverse azioni da due divinità. Ricorriamo a esse per introdurre il tema dell'immagine archetipica, come arte della guarigione, perché l'apollineo e il dionisiaco rappresentano l'immagine archetipica a cui i concetti rimandano.

### **APOLLO: apollineo, immagine archetipica della Scienza medica**

A quali caratteristiche ci si riferisce?

- ▶ Osservatore a distanza: distacco.
- ▶ Padronanza di un mestiere: volontà/capacità, senso pratico.
- ▶ Ordine, armonia/prudenza.
- ▶ Razionalità.

- ▶ Valutazione obiettiva.
- ▶ Successo e senso della meta.
- ▶ Esattezza, precisione.
- ▶ Dimensione della cura: simbolo della medicina occidentale come disciplina scientifica.
- ▶ Eccellenza.
- ▶ Purezza e rigidità.
- ▶ La Scienza medica aspira all'eccellenza, richiede rigore, obiettività, validazione, professionalità, specializzazione, ricerca, idealità.

### **DIONISO: dionisiaco, immagine archetipica della Medicina come arte della guarigione**

A quali caratteristiche ci si riferisce?

- ▶ Immediatezza.
- ▶ Intuizione.
- ▶ Empatia.
- ▶ Relazione.
- ▶ Intensità nel coinvolgimento.
- ▶ Misticismo.
- ▶ Dimensione della cura: sciamanesimo, medicina tradizionale.

L'arte medica è intuizione, deduzione, empatia, che si danno in una relazione che, come si spiegherà più avanti, avviene nella sfera della "conoscenza personale".

L'idea di cura che si vuole comunicare con il volume riguarda un particolare contributo di chi ha o acquisisce competenze per aiutare l'altro a prendersi cura di sé e passa attraverso la scelta delle parole giuste, delle parole emozionali/affettive che orientano: le parole della-nella cura.

Si tratta, pertanto, di una relazione in cui i confini sono molto ben delimitati e che può essere ricondotta, per proseguire la similitudine archetipica, al richiamo simbolico di Orfeo, spesso considerato figura di mescolanza fra apollineo e dionisiaco.

### **ORFEO: orfico, immagine archetipica della dimensione della cura come sostegno ai processi intenzionali di cambiamento**

A quali caratteristiche ci si riferisce?

- ▶ Potere della parola/poesia.
- ▶ Fertilità.
- ▶ Ispirazione/motivazione al cambiamento.
- ▶ Dimensione della cura: magia, parola nella relazione terapeutica.
- ▶ Forte empatia mediata dalla espressività immaginale nella relazione.

Stiamo parlando di competenze che non sono specialistiche, non rimandano alle discipline di appartenenza, ma alla centralità della relazione, di un certo tipo di relazione, come contributo alla dimensione della cura, così come è definita sopra.

Allo stesso modo ci si riferisce a competenze che esulano dal campo della Psicologia come scienza empirica e sperimentale, ma rimandano ai contributi che restano sullo sfondo, accompagnando il substrato culturale dei contenuti formativi.

Il primo nostro riferimento è la psicologia archetipica di J. Hillman da cui proviene il contributo teorico più di rilievo del ricorso alle parole-immagine. Tutto il lavoro di Hillman presuppone "la base poetica della mente": una Psicologia radicata non già nella scienza, bensì nell'estetica e nell'immaginazione che nella metodologia di Luoghi di Prevenzione ha trovato una forte corrispondenza nella visione fenomenologica della poetica della *rêverie* di G. Bachelard. È importante richiamarli per render conto della centralità di certe parole per trasformare gli eventi in esperienza, per saperli riconoscere come "i vissuti" che fanno emergere senso, valore, profondità, risonanza, significatività all'esperienza.

Persino in esercizi apparentemente semplici e prettamente cognitivi come "la trasformazione di domande chiuse in domande aperte", la scelta di "aggettivi affettivamente caldi, piuttosto che neutri" o le "abilità nel rispondere alle emozioni", si coglie il valore della parola nella cura: la parola "immagine" a cui è possibile applicare i parametri della sensibilità e della specificità. Le parole non sono le loro definizioni; le parole hanno integrità, una loro storia, una loro personalità, sono immagini che suscitano attenzione, consapevolezza, motivazione, demotivazione, resistenza, frustrazione, a seconda della risonanza che provocano in chi le riceve.

Per questo non è possibile ricondurre l'applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento all'acquisizione di una particolare tecnica comunicativa. Per lo stesso motivo si preferisce utilizzare il generico concetto di "Approccio Motivazionale" alla espressione a cui è comunque affiancato anche in questo testo, "Intervento Motivazionale Breve".

Questi termini sembrano sinonimi e, talvolta, li trattiamo come tali, ma l'Approccio Motivazionale è di respiro più ampio. Porta con sé in modo più marcato il senso dell'avvicinamento, anche come suono, approccio/abbraccio, della relazione. Non allude all'intervento, ma al modo di intervenire. Non è una "danza fra le agende", quella che avviene con l'Approccio Motivazionale, è una danza fra tempo e spazio vissuto, durata e immediatezza.

### **Poetica del cambiamento**

Affrontare ragionamenti ad alto valore affettivo, come tutto quello che riguarda il processo di cambiamento intenzionale consapevole, significa confrontarsi con associazioni e immagini che intervengono nella acquisizione della consapevolezza di sé nelle relazioni.

Ci si trova, cioè, nell'ambito di una Poetica del cambiamento che, a partire da parole di senso comune e da immagini esteriori, dà inizio a un percorso dal fuori al dentro, consentendo alla persona di effettuare connessioni profonde significative per sé e di rispecchiarle in un gruppo senza ricorrere alla narrazione autobiografica.

Il cambiamento descritto dagli stadi motivazionali può essere ripercorso da figure di uno spazio simbolico che risuona in ognuno di noi, assumere, quella che Hillman definisce la "Prospettiva archetipica" che ha il vantaggio di organizzare in fasci o costellazioni una moltitudine di eventi che provengono da diverse parti della vita.

In questo caso specifico si è utilizzato l'archetipo dell'eroe che descrive il comportamento come pulsione ad agire, a esplorare il mondo esterno, a reagire alla sfida, ad afferrare, tenere stretto, ampliare.

Cosa aggiunge la prospettiva archetipica? La possibilità di espansioni immediate intuitive, che diventano consapevoli, emergendo.

L'archetipo apre a una simbologia immensa, profonda, aperta, ma, quando è guidato e portato in una relazione comunicativa, è sempre espressione del valore che la persona sta usando per disvelarsi. La sterminata costellazione archetipica apre "illumina la dimensione psichica" (Hillman direbbe, è un modo per *fare anima*).

Il ricorso alla immaginazione e alla fantasia guidata è spesso richiamato nelle pagine del testo. Ci si è ancora una volta ispirati alle considerazioni di James Hillmann, *Fuochi blu*, p. 206:

L'orizzonte della psiche, oggi, si è contratto; si è ridotto al personale e la nuova psicologia dell'umanesimo incoraggia l'uomo in riva al grande oceano a chiedersi come sta, riempire dei questionari, calcolare dei test... L'uomo ha abbandonato l'intelletto e ha interpretato l'immaginazione per potersi identificare tutto con le "sue competenze viscerali" e i "suoi problemi emotivi". La sua psiche ha finito per assimilarsi ad essi. La sua fantasia di cambiamento/redenzione/guarigione si è ridotta a dei modi per farcela.

La sosta sul potere evocativo della parola, facilitata da visualizzazione, fantasia guidata, esercizi di consapevolezza, è uno degli aspetti peculiari della poetica e pratica del cambiamento descritta dal testo,

Il lavoro su di sé, anche nei pochi minuti di un avviso motivazionale, è la ricerca della parola, della immagine più precisa a cogliere lo spazio e il tempo vissuto e il proprio obiettivo di cambiamento.

A ogni stadio corrisponde una figura diversa:

- ▶ Precontemplazione = Innocente
- ▶ Contemplazione = Viandante/esploratore
- ▶ Determinazione = Guerriero/Martire
- ▶ Pre-Azione = Viaggiatore
- ▶ Azione = Mago

La **Precontemplazione** non coincide esattamente con la figura dell'Innocente.

La Precontemplazione è lo stadio motivazionale di chi non si preoccupa di qualcosa (questa è la parte che coincide con l'Innocenza) e comprende anche la Resistenza al cambiamento, la percezione di non essere in grado di farlo. L'**Innocenza**, la sua traduzione metaforica, coglie soltanto la parte della luminosa inconsapevolezza.

Collegare consapevolmente Precontemplatore a Innocente aiuta il professionista a utilizzare un linguaggio affettivo (parole di cura) e non giudicante, a non spaventare, ma a favorire un coinvolgimento emotivo predisponente il cambiamento.

Di seguito un frammento estrapolato dalla fantasia guidata di Luoghi di Prevenzione "il viaggio dell'eroe", che esprime il passaggio tra Precontemplazione e Contemplazione.

C'è un tempo della vita in cui tutto sembra scorrere armonicamente.

Non ci sono desideri perché ogni desiderio appare come già appagato; è lo stadio della innocenza. Sono innocente perché sono felice; sono innocente perché sono inconsapevole del dolore; sono *innocente* perché niente mi manca.

Non si vorrebbe mai uscire dell'innocenza, ma accade qualcosa. Accade qualcosa di drammatico, inaspettato, insospettabile. Qualcosa irrompe irreversibilmente nella nostra vita, nella mia vita. Perdo ogni certezza, perdo ogni punto di riferimento: sono *orfano*.

Il passaggio dalla Precontemplazione alla Contemplazione non è indolore; è traumatico; passa attraverso una perdita, un distacco, la presa d'atto di una necessità. Anche in questo caso, il ruolo del professionista, è "accogliere" l'**orfanezza**, lo sconforto immediato, acuto e durevole che si prova dopo la diagnosi di una malattia grave, alla prospettiva di rinunciare alle sigarette fumate ogni giorno per trent'anni, al consumo di alcol a cui si è ricorsi per lenire tensioni e sedare l'ansia. Non sono necessari tempo e colloqui per "trattare l'orfanezza". Basta accoglierne l'immagine nello sguardo e nella incertezza/vulnerabilità dell'interlocutore.

Prevale L'angoscia, la paura, la disperazione, il dolore.

La figura del **Viandante** è la fase che corrisponde alla **Contemplazione**: Bilancia decisionale e autoefficacia, gli strumenti e gli indicatori per accompagnare e sostenere il percorso di cambiamento con attenzione e intenzione, trasformando il Viandante in un Viaggiatore che sa di poter subire delle sconfitte, ma diventa via via più consapevole dei vantaggi della meta.

Giunge il tempo in cui sento che devo mettermi in cammino: divento un *viandante*.

Senza averlo voluto, senza desiderarlo. Mi volto indietro, mi porto dietro la nostalgia per la mia età dell'innocenza, ma so che non potrò mai più averla con me.

Continuo il mio percorso e proseguo lungo la strada.

La fase della Contemplazione è lunga e variegata: chi si prepara al cambiamento da Viandante si fa **Esploratore**.

Prima senza curiosità, poi con curiosità crescente, mi guardo intorno e comincio a sentire nuovi richiami; ricomincio a sentirmi.

Ho ancora paura, ma sono sorpreso della mia capacità di sorprendermi ancora, non lo avrei mai creduto possibile.

Certo guardo indietro. Sono legato al mio passato, lo ricordo con nostalgia, perché "MIO". Io sono figlio del mio passato. Ma il cammino mi allontana e io guardo avanti.

La Contemplazione si completa, è trasformante alternando attraverso momenti di sconforto/sconfitta (**Martire**) e di lotta/successo (**Guerriero**). La **Determinazione** è una

conquista, il proposito di non tornare in dietro. È possibile programmare con la volontà un obiettivo concreto di cambiamento.

Combatto e mi difendo: un *guerriero*. Talvolta mi guardo in dietro ma senza rimpianto. Sono determinato a darmi una meta... Ho un obiettivo. Che cosa mi aspetta? Mi aspettano anche delle delusioni, delle illusioni, delle sconfitte, mi aspetta il desiderio di fermarmi, la tentazione di cedere alla memoria, sono anche una vittima certo, sono un martire *consapevole del sacrificio*, della necessità di rinunciare a qualcosa per ottenere ciò che vorrei, ma risoluto e soddisfatto del cammino, di me stesso in cammino.

Il passaggio dalla Determinazione alla **Pre-Azione** e alla **Azione** è il passaggio più difficile, quello che richiede più energie e intenzionalità. Avviene con la rielaborazione delle figure del Viandante, dell'Esploratore, del Guerriero, del Martire, portate a sintesi dal **Viaggiatore**. La persona non sta semplicemente valutando razionalmente vantaggi e svantaggi del cambiamento: confrontandosi con la propria vulnerabilità, con l'incertezza, l'ansia, l'inquietudine, il desiderio, la voglia di riuscire e la paura di non farcela, sta godendosi il viaggio.

Risoluto e soddisfatto, ho raggiunto un traguardo. È cambiato il mio comportamento e lo sguardo verso me stesso e verso gli altri. Non ho cambiato gli altri, ma mi sono concentrato su nuovi bisogni, nuovi desideri, nuovi pensieri. Non so per quanto, ma adesso sono arrivato, forse. Quello che sento è la pienezza della trasformazione: questo mi fa sentire *magò*.

L'Azione è tanto più efficace e duratura, tanto più è preparata con cura. All'atleta occorrono allenamento e risolutezza per affrontare la gara. Nella relazione, intesa metaforicamente come "danza", è importante che i due interlocutori condividano l'importanza del ritmo, perché il cambiamento si situa nel tempo e, se è intenzionale, occorre collocarlo nel qui e ora con un percorso concreto, sfidante, ma non impossibile.

Il sostegno al cambiamento avvenuto, la corrispondenza con la Fase Motivazionale del **Mantenimento**, richiede una rivalutazione del percorso, sottolineandone ostacoli e vantaggi, fatica e soddisfazione. La persona ha bisogno di essere rinforzata e rassicurata; l'operatore di dare e ricevere conferme, garantendo la solidità e la rilevanza del percorso fatto.

Ripercorro le tappe della mio cammino... innocente... orfano... viandante... esploratore... martire... guerriero... viaggiatore... magò... Ripenso con pienezza a quante volte nella *vita* sono cambiato... quante volte ho ricominciato il cammino... quante volte dalla crisi che non desideravo è avvenuta una trasformazione... qui e ora... con consapevolezza.

La lettura e la riflessione sulla fantasia guidata favoriscono l'interiorizzazione dei concetti attraverso la trasposizione fra registro cognitivo e registro simbolico individuale o di gruppo.

Il tema del cambiamento intenzionale si giova di un confronto con i fattori protettivi della salute, i luoghi simbolici in cui si rinforzano le competenze di salute, le capacità di resilienza.

Cambiare intenzionalmente è più facile se si sanno riconoscere i fattori protettivi e i fattori di rischio.

Per questo, ancora con gli strumenti della Poetica del cambiamento, prendiamo in esame 4 luoghi simbolici che possono facilitare o ostacolare un cambiamento salutare.

Con questo passaggio riportiamo la poetica della *rêverie* di G. Bachelard alla psicologia archetipica. Nella "poetica dello spazio" la coscienza fenomenologica parte dalla osservazione e si lascia trasportare dalle *rêverie* (in italiano rimanda a "fantasticherie", "fantasia", ma non ne coglie la profondità del significato) che la parola evoca. Bachelard ci invita a sostare sulle parole, a meditare sulle parole per coglierne la musicalità, le assonanze, le vibrazioni, lo spessore; ci invita a lasciare che le parole riposino in noi il tempo necessario a lasciarvi un'impronta. Un fenomenologo della psiche è anche un naturalista della psiche, che osserva cosa essa produce e come lo produce; si affida all'immagine, resta nell'immagine.

È nel tempo della sosta che la *rêverie* (il contrario del sogno – *rêve* –, non solo perché il sogno è notturno e la *rêverie* diurna, ma perché la *rêverie* nasce dall'essere assorti e concentrati, mentre il sogno si libera quando la coscienza intenzionale viene meno) disvela le immagini con cui le parole si richiamano ai nostri pensieri.

Una *rêverie* sull'ambivalenza degli spazi come fattori protettivi e fattori di rischio per la nostra salute; luoghi di resilienza e vulnerabilità, luoghi in cui le ferite si curano e si manifestano le fragilità; è incarnata da questa riflessione sugli spazi.

Un'altra fantasia guidata di Luoghi di Prevenzione si concentra sulla metafora dei luoghi: guscio e nido, finestra, piazza.

► **Guscio e nido** sono gli spazi dell'intimo:

- **guscio**: è il nocciolo della solitudine. La capacità di prendersi cura di sé, coltivando uno spazio di solitudine produttiva. Se il guscio buono non esiste, si traduce facilmente in angoscia, luogo in cui prevalgono emozioni negative;
- **nido**: è il luogo del riparo, delle relazioni personali legate alla vicinanza. Può essere produttivo, quando ci si sente protetti e confortati nello spazio privato; negativo quando lo spazio privato è iperprotettivo o al contrario conflittuale o inesistente. Il nido è il luogo delle relazioni personali profonde.

► **Finestra** è lo spazio dell'altro: è il luogo della curiosità verso l'esterno, della "propensione a vivere". La finestra può essere aperta, quando la curiosità verso ciò che accade oltre il nostro sguardo è forte, chiusa quando ci si rifugia in se stessi, prigionieri del guscio o del nido, raffigurazioni simboliche dello spazio personale interiore.

► **Piazza** è lo spazio dell'altrove: è il luogo dello scambio interpersonale pubblico, dello spirito di appartenenza, della partecipazione, della cooperazione e della solidarietà. A volte, invece, la piazza è fonte di smarrimento, confusione e spaesamento.

**Guscio** è il luogo in cui io curo la relazione con me stesso. Mi immagino da solo a riflettere racchiuso nel mio guscio, intorno a me silenzio profondità, intimità, contemplo i miei sogni e desideri, ne assaporo l'intensità... sento le mie ferite i miei punti doloranti, mi

fanno male ma so che posso prendermi cura di me... sostenere con delicatezza anche i miei momenti negativi, le mie paure... imparo a conoscermi, a familiarizzare con me stesso, a guardarmi con simpatia ed affetto. Posso volermi bene così come sono riconoscendo le mie qualità e accettando i miei difetti. Posso affrontare anche la sensazione di vuoto che mi prende di noia, di annullamento che ogni tanto entra nel mio guscio. so che passa quando prendo contatto con tutto quello che di buono c'è dentro di me.

**Nido** è il luogo degli affetti, delle relazioni più intime e vicine, la casa, le persone che si prendono cura di me di cui io mi prendo cura... sento il calore del mio nido, le risate, la tranquillità di un sonno sereno, la semplicità di un sorriso, di un abbraccio... a volte il pudore di scoprirsi, il luogo in cui mi riconosco e sono riconosciuto, familiarità, consuetudine, il luogo noto e conosciuto, il porto sicuro e tranquillo...

**Finestra aperta** è la dimensione che mantiene l'intenzionalità di relazione, di dialogo, di abbraccio, di scambio tra dentro e fuori. Associata alla curiosità, apertura di una finestra per respirare aria nuova... la guardo questa mia finestra aperta sul mondo... vedo tutte le esperienze che potrei fare, le persone nuove che potrei conoscere... i sogni che potrei realizzare mi sento trasportato da una forza misteriosa che mi sospinge fuori... che mi travolge con la sua vitalità...

**Piazza.** La valenza protettiva di uno spazio pubblico è legata alla sua capacità di favorire la partecipazione collettiva, la socialità, la condivisione, l'appartenenza, favorisce la conoscenza di sé nel rispecchiamento con gli altri... La piazza favorisce le relazioni umane, gli scambi, è a misura di uomo, vi si può parlare, soprattutto promuove le possibilità di un incontro. La piazza esprime l'identità collettiva, i significati sociali e politici dell'essere parte di qualcosa di più grande della nostra stessa natura.

Non sono da sottovalutare le ombre della piazza che è anche causa di spaesamento, depersonalizzazione, frastuono, solitudine, di "una sola moltitudine".

### Le parole che curano

Come si manifesta, allora, la sapienza del sentire se non attraverso la cura per la parola scelta, la capacità di accogliere le parole più significative nell'ascolto dell'altro e di suscitare una corrispondenza immediatamente evocativa di immagini ulteriori.

Quali sono queste parole?

Sono parole a forte *risonanza immaginale*, scrive Hillman, *parole che hanno integrità*, addirittura Hillman parla di *parole-persona*, per la ricchezza di mondo, sfumature, storie costellazioni che la parola si porta dietro. Sono parole che si riferiscono a un altro tipo di comunicazione.

Mentre una dopo l'altra le arti e le discipline accademiche cadono nelle paralizzanti spire dell'ossessione per il linguaggio e la comunicazione, la parola soccombe a una nuova angoscia semantica: anche le parole bruciano e si fanno carne quando parliamo.

Le parole che curano sono parole da cercare, ma soprattutto da ascoltare.

**Parole di cura**, in sostanza, sono quelle che illuminano la psiche nella relazione fra una persona e l'altra.

Le parole che curano sono le parole che trascendono le loro definizioni: "lei è un alcolista" non è una parola che cura; nemmeno "lei ha una forte depressione" è una espressione che cura.

Sono parole che curano quelle che sanno intrecciare pensiero, immagine e sentimento.

Cosa riportare nella nostra pratica di questa sorprendente, anche se non nuova, concezione della parola? Una immediata sensazione di rispetto per il peso e la bellezza delle parole!

Per prima cosa una ripresa di quanto già accennato, anche nella prima mappa.

Della parola diciamo che è:

- ▶ un segno = definizione tecnica;
- ▶ un sintomo = definizione soggettiva;
- ▶ un'immagine = risonanze, valore simbolico, rispecchiamento.

La parola, pertanto, non coincide mai con la sua definizione: per afferrarne il significato e per usarla come strumento di cura (ricordando che nell'Approccio Motivazionale non si ha a disposizione tanto altro che non sia parola e linguaggio) devo porre al centro della relazione le connotazioni semantiche profonde che la parola richiama.

Scegliere le parole con modalità ermeneutica, per comprendere quanto accade, interpretando, significa limitarsi alla parola segno, la parola diagnosi.

L'approccio fenomenologico, invece, parte dalla parola sintomo e la ripercorre nella stratificazione dei suoi significati soffermandosi sulle immagini, le risonanze, i simboli, le associazioni.

Stiamo dicendo che le parole che curano sono le metafore?

Non stiamo dicendo solo questo; pensiamo a un incrocio dei tre livelli, che possono essere considerati in progressione o in relazione alle modalità con cui si manifestano.

Si può partire dalla **parola segno**: "lei ha un cancro, lei ha una forte depressione, lei è obeso, lei è un tabagista, lei è un trapiantato, lei è un diabetico, lei ha una sindrome dismetabolica" e aggiungere a ogni parola diagnosi un *minimal advice*:

"Lei ha un cancro, pertanto dovrà probabilmente rinunciare a una lunga aspettativa di vita".

"Lei ha una forte depressione: deve imparare a convivere, usando correttamente i farmaci".

"Lei è obeso, le prescrivo subito una dieta".

"Lei è un tabagista: smetta immediatamente di fumare".

"Lei ha una sindrome dismetabolica: se non cambia completamente il suo stile di vita, avrà gravissime conseguenze per la salute".

"Lei è un trapiantato: dovrà prendere questi farmaci per tutta la vita e cambiare radicalmente molte delle sue abitudini".

"Lei è un diabetico: dobbiamo rivedere completamente le sue abitudini alimentari".

Rileggendo questi *minimal advice* costruiti a partire da parole-segno ci si rende immediatamente conto che le parole-diagnosi, che sono peraltro già l'esito di una lettura ermeneutica, non sono parole che curano; appartengono al linguaggio sanitario, sono termini tecnici più o meno specialistici, possono essere inseriti in uno scambio relazionale, ma non coincidere con la modalità scelta in un Approccio Motivazionale orientato

al cambiamento o a una situazione in cui l'operatore sta praticando ascolto attivo in presenza.

**Parola sintomo:** attraverso il sintomo è la psiche che domanda attenzione. Dare attenzione significa accudire con tenerezza e anche attendere, fermarsi, ascoltare; richiede un lasso di tempo e un prolungamento della pazienza. Tempo, tenera cura e attenzione sono appunto ciò di cui ogni sintomo ha bisogno.

Le parole sintomo sono probabilmente le prime parole a entrare nella dimensione della cura: il sintomo appartiene alla dimensione del sentire. "Come si sente oggi?" è domanda propria della dimensione della cura perché rileva un sintomo, si aspetta che l'altro comunichi qualcosa relativo al proprio sentirsi.

Le parole sintomo sono le parole che aprono lo spazio alle immagini significative; le parole sintomo costituiscono un momento riflessivo in cui si illumina la dimensione psichica, in cui si assiste all'approfondirsi degli eventi in esperienza, conferendo densità al significato condiviso con la possibilità immaginativa insita nella natura umana.

Un evento occasionale quale può essere un Intervento Motivazionale Breve, può trasformarsi in una esperienza attraverso la speculazione riflessiva, quella modalità che riconosce il simbolico nella realtà.

Hillman ci porta immediatamente a guardarci intorno con lo sguardo fenomenologico di G. Bachelard: la *rêverie*/fantasia/fantasticheria come dato primario della base fantastica della psiche.

Come si manifesta la sapienza del sentire se non attraverso la cura per la parola scelta, la capacità di accogliere le parole più significative nell'ascolto dell'altro e di suscitare una corrispondenza immediatamente evocativa di immagini ulteriori?

Ci si potrebbe chiedere: "in pratica?": in pratica riconoscendo il valore della dimensione simbolica nella relazione." Come si sente oggi?"; "Spaventata"; "A cosa assomiglia la sua parola? Che immagini si porta dietro?": questo prima ancora di chiedere perché la persona è spaventata, limitandosi ad aprire la porta alle immagini che il suo essere spaventata si porta dietro.

Per farne cosa? Per interpretarle? Niente affatto; la tentazione ermeneutica è assolutamente da rifuggire perché implica la risposta giusta; ci riporta a un percorso chiuso delineato.

La via da scegliere è quella fenomenologica perché accompagna, pone in rilievo, esalta, mitiga, illumina, ma lascia che il sentiero delle immagini sia guidato dalla persona che sta dall'altra parte.

L'operatore ha le proprie: in questo senso si mette in gioco anche senza condividerle, in questo senso si trasforma anche se non lo vuole, semplicemente con la sua "presenza", con il suo esserci.

La relazione funziona, è centrale nel percorso della capacità di prendersi cura di sé, tanto più è fertile di immagini e di idee.

In che relazione stanno le parole che curano con le idee che trasmettono?

Le idee sono modi di vedere e di conoscere, ci permettono di avere visione e mediante la visione noi possiamo conoscere. La parola "idea" proviene da *eidos*, che significava sia ciò che si vede, sia ciò che non si vede. L'implicita connessione tra l'aver idee con cui vedere e il vedere le idee stesse suggerisce che quante più idee abbia-

mo, tanto più vediamo e quanto più profonde esse sono, tanto più profondamente vediamo.

Si utilizza ormai forse troppo spesso l'espressione "coinvolgimento attivo", ma non si riflette abbastanza su cosa significa.

L'operatore è coinvolto attivamente perché sa stare in una relazione con una modalità assertiva? In ascolto empatico? Naturalmente questi sono prerequisiti, ma non sono abbastanza.

L'interlocutore (la persona ammalata, il paziente, l'utente, l'altro) è coinvolto attivamente perché risponde a domande aperte dimostrando di provare interesse per la sua salute?

Di norma sono questi i dati che ci inducono a inferire che siamo coinvolti attivamente in una relazione.

Forse il coinvolgimento attivo (essere presenti, consapevoli nella relazione) ha i suoi indicatori specifici, quasi sempre reciproci.

Una relazione è proficua tanto più è generatrice di immagini e di idee.

In una relazione di cura le immagini e le idee generate saranno orientate prevalentemente sulla salute, la guarigione, ma anche su molto altro.

È senz'altro più facile imparare a prendersi cura di sé se qualcuno sa suscitare buone idee su come farlo; se l'immaginario è abitato da una simbologia ricca e fertile al proposito.

Ecco perché ha senso dire che l'Approccio Motivazionale non si impara sui libri, ma facendo pratica: solo nella pratica dello scambio mi misuro con la bellezza e la bontà delle mie idee e imparo a elaborarne di nuove, a suscitare immagini più fertili (i concetti fecondi di cui parleremo nella terza mappa a proposito del contributo dato alla nostra metodologia formativa dal pensiero di H. Gardner) e ad accogliere con più immediatezza pensieri, sentimenti, vissuti della persona che ho di fronte. Da qui nascono le nuove prospettive per vedere se stessi e il mondo.

A Hillman ricorriamo ancora per due nodi di questa mappa culturale che hanno entrambi a che fare con il tempo.

La trasformazione personale legata al cambiamento intenzionale non è l'inizio di una nuova vita, ma l'assunzione di uno sguardo, di un punto di vista diverso rispetto alla propria vita. Per questo è tanto efficace il cerchio degli stadi motivazionali di DiClemente; l'idea della ciclicità contribuisce a connotare positivamente la ricaduta, ad affermare simbolicamente che spesso è necessario percorrere più volte la ruota per perdere un'abitudine e assumerne un'altra, ma soprattutto ci introduce nelle risonanze del "ri".

Ricominciare è diverso da cominciare; rivedere è diverso da vedere; rivalutare è diverso da valutare...

Il "ri" non è suffisso della ripetizione, ma del cambiamento intenzionale: ricominciare significa cominciare daccapo, da un'altra parte, porta con sé anche l'idea di un'altra meta; rivedere significa correggere per cambiare, ma significa anche incontrare; rivalutare significa attribuire un altro valore, introdurre elementi prima sottovalutati.

I verbi preceduti dal suffisso "ri" sono da prediligere per rinforzare il percorso di cambiamento; su di essi l'operatore potrebbe ancorare molte domande, pensieri di cura: cosa ne pensa di riprovarci? (provarci di nuovo, provarci ancora, provarci in un altro

modo) La formula, oltre a introdurre la sfumatura semantica del movimento, restituisce anche la sensazione di essere già riusciti, di avere già visto, di essere già passati, ma di poterlo fare in un modo diverso.

L'ultimo nodo è nuovamente riferito al tempo, in particolare a quel qui e ora in cui, nel nostro caso, avviene l'incontro di una prima valutazione, di un intervento motivazionale.

Più avanti si spiegherà meglio perché meditazione-consapevolezza-presenza sono modi che il soggetto ha di darsi nel qui e ora.

Ora è semplicemente la prospettiva immediata, naturalistica, il modo in cui le cose succedono, la dimenticanza, in senso fenomenologico. Ora significa, qui, vicinanza, apparenza. Questo significa che distanza, profondità ed essenzialità sono da cercare altrove nel passato. Essenziale (antico-inerente all'assenza) e nuovo (immediato) possono essere visti in relazione alla figura e allo sfondo della psicologia della *Gestalt*: il presente in cui ci si immerge nell'incontro del qui e ora dovrebbe appartenere alla ciclicità del suffisso "ri".

Indugiare nell'ora non significa "goditi l'attimo fuggente", ma assapora nell'attimo il senso del tempo come durata, lasciando che nel tempo del qui e ora passino più immagini, idee, ricordi, rispecchiamenti.

Nel qui e ora si hanno molte percezioni che la memoria a breve termine processa e cancella, il presente è significativo se si dà anche in essenza, rievocazione, se è in grado di entrare a far parte con consapevole immediatezza della memoria procedurale. A colpirci dell'istante non è la sua novità, ma il suo ripresentarsi, il suo farsi riconoscere.

A costo di cambiare registro è importante riportare queste osservazioni alle pratiche dell'intervento motivazionale. Perché è essenziale concentrarsi sulle parole? Perché occorre essere consapevoli dello spessore delle parole scelte? Perché è importante che più operatori riprendano lo stesso linguaggio?

Proprio per i motivi citati sopra: per dare la possibilità alla persona di riconoscere delle variazioni di uno stesso tema musicale, di ricordarlo con più facilità e di apprendere a variarlo essa stessa.

Hillman ha riflettuto su questi temi con la dialettica del *Puer Senex*: per il nostro discorso basta ricordare che i due opposti devono apparire insieme; non può presentarsi uno, per sviluppare conoscenza e immediatezza in una intuizione che si presti alla rielaborazione immaginale.

# Salute soggettiva: l'esperienza di sé e dell'altro nella relazione

Cosa si intende per salute soggettiva? Qualsiasi approfondimento prevede un focus sul concetto di persona "come centro d'azione e di esperienza, che *si vive* come un io (o un soggetto)".

Il cambiamento intenzionale di comportamenti disadattivi è il risultato di una rivalutazione della concezione di salute soggettiva; richiede pertanto qualche riflessione in merito al soggetto e alla relazione fra soggetti.

Ci si avvale della lettura fenomenologica per mettere in luce almeno due problemi centrali.

Il primo è riuscire a esplicitare in che cosa consista questo *viversi come un io*.

Il secondo è quello dell'*individualità essenziale*, il tipo di individualità (ossia di modo di essere "individui" o enti individuali) che distingue le persone tra di loro. Si dice che "ognuno cambia nel proprio modo", perché ognuno esprime la propria differenza proprio attraverso il cambiamento o, ancora meglio, il cambiamento intenzionale si articola in base ai tratti distintivi fra una persona e l'altra. Per questo è necessario "personalizzare il processo".

Le cose occupano uno spazio.

Le persone occupano e abitano uno spazio.

Nello spazio occupato c'è la complessità di quella determinata persona in quel momento, non è "tutta lì".

L'individualità si annuncia come nascosta, segreta, "interna", "profonda", ma è presente nello spazio abitato. Quali sono pertanto i termini entro cui si gioca il concetto di salute soggettiva?

1. La conoscenza personale "in un senso importante, la si 'fa'. A questo tipo di conoscenza sembra essenziale il momento *iniziale* dell'incontro: più che per la novità, per il margine di *iniziativa* che esso lascia ai soggetti: la libertà che hanno di 'approfondire' o non la conoscenza in questione, accettando o no di *occuparsene*" (De Monticelli, *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*, Milano, Guerini 1998, p. 141). Nell'Approccio Motivazionale è importante rendere consapevole il momento dell'incontro, iniziando al movimento motivazionale. Il setting occasionale richiede una forte

concentrazione dell'operatore per introdurre il tema della salute nello spazio abitato della persona incontrata (**incontro, inizio**).

2. "Là dove la conoscenza è un soggetto (conoscenza personale in senso stretto), il conoscente sarà anche il conosciuto. Ma attenzione. Questo è vero in due sensi". Primo: io sono conosciuto dall'altro, nella conoscenza personale c'è reciprocità. Secondo: "il soggetto 'conoscente' si fa (meglio) 'conosciuto': e cioè a sé stesso, attraverso la conoscenza di un'altra individualità essenziale [...]. La conoscenza personale è sempre anche conoscenza di sé, attraverso quella di un altro individuo. Ogni incontro, in questo senso, è letteralmente un essere chiamato per nome, un *richiamo a sé stessi* che sembra provenire dall'individuo incontrato [...]. Se lo diviene, è perché il percorso che ha seguito l'incontro vi ha rivelato parte di ciò che vi stava a cuore – dunque, per dirla in breve, del vostro 'cuore'. Di voi stessi" (De Monticelli, *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*, Milano, Guerini 1998, p. 144) (**mettersi in gioco: la manifestazione di sé all'altro**).
3. "La conoscenza personale, non solo 'si fa', ma anche 'ci fa'. Ci cambia [...] è *trasformazione* di sé [...]. Si progredisce nella conoscenza nella misura in cui si è disposti a subire o 'patire' un coinvolgimento di qualche tipo" (De Monticelli, *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*, Milano, Guerini 1998, p. 145) (**cambiamento di qualcosa di sé nella relazione**).
4. "La conoscenza personale ha, a qualunque suo grado, due tratti in fondo abbastanza sorprendenti per la loro compresenza: un elevato coefficiente di certezza e un elevato coefficiente di fallibilità" (De Monticelli, *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*, Milano, Guerini 1998, p. 145) (**immediatezza, intuitività, concretezza**).
5. La *persona* è visibile, esperibile nello spazio che abita: è la soggettività di una "vita dentro" che attribuiamo agli esseri umani anche attraverso il rapido scambio di uno sguardo. È un *darsi (alla percezione) senza esserci del tutto*; si vede, in altre parole, che *non sono tutte lì*.  
*Soggettività*: appare nell'*incontro* del volto, dello sguardo.  
*Individualità essenziale*: è la parte profonda della persona, l'anima, che si scopre attraverso un *percorso*.  
 La *presenza* personale (non l'*apparenza* di persona) fonda la percezione di una persona. (**consapevolezza, ascolto attivo, intenzionalità, attenzione, concentrazione, ritmo**).
6. Serve molta concentrazione per percepire l'altro come un altro io, diverso e simile a me, portatore di valori, passioni, memoria, giudizi, pregiudizi, pensieri, sentimenti, emozioni. "Non tutti gli aspetti della vita di un altro io sono egualmente manifesti" in un incontro occasionale. "Noi percepiamo *di* un soggetto, propriamente, tutto ciò che è passibile di avere un'*espressione facciale, somatica, motoria*" (De Monticelli, *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*, Milano, Guerini 1998, p. 157) (**spazio abitato, salute soggettiva**).
7. Chiamiamo "vissuti" (in senso proprio) le esperienze che sono *anche* esperienze di sé. (per esempio chiedere quante sigarette al giorno fuma non è fare esperienza di sé nel senso in cui lo è il "mi faccia capire qualcosa di più del suo rapporto con la sigaretta").

"Quali tipi di esperienza sono propriamente esperienza di sé, o modi del vivere che sono anche modi del viverci?"

"A volerlo dire con semplicità... patire e agire".

"Patire", nel senso di essere affetto o toccato, in senso lato; "agire", nel senso di prendere iniziative, scegliere, determinarsi a.

"Dell'ordine del patire e dell'agire sono le esperienze in cui l'essere di ciascuno si vive, attualmente. Nel puro guardare, nell'ascoltare, nel pensare e ragionare, io vivo certo, eppure non *mi* vivo – non mi 'sento' vivere: *se non in quanto questo esercitare la vista, l'udito, l'intelligenza comporti emozioni e scelte* [...]. Invece, dal più leggero mal di testa fino al lutto più irrimediabile, non è possibile sentire male senza sentirsi male [...]. E dal levarsi in piedi fino al prendere la decisione suprema di una vita, non è possibile agire e determinarsi all'agire senza viverci *soggetto effettivo* di questi atti, 'inizio' e 'causa' di ciò che ne segue, autore-attore dell'azione, centro da cui la decisione irrimediabilmente *dipende*".

"Solo alcune esperienze, ma non altre, sono *costitutive di ciò che ciascuno chiama sé stesso*, nel senso che sono appunto i modi in cui questo sé è *dato*, fatto *presente*. Sono i vissuti 'originari' di sé o della soggettività" (De Monticelli, *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*, Milano, Guerini 1998, p. 178) che è intuitiva (**patire e agire per promuovere conoscenza personale**).

"È nel sentire che si incontra se stessi [...] e si conosce l'altro, come un'azione può implicare maggiore o minor parte di me, così un vissuto affettivo può toccarmi più o meno in profondità. Descrivere la struttura di questo 'spazio interiore' è come determinare l'insieme sul quale si definisce per ciascuno *l'ordine di ciò che gli sta a cuore*, un ordine che ciascuno scopre – pezzo dopo pezzo, per così dire, e che lo definisce" (De Monticelli, *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*, Milano, Guerini 1998, p. 179) (**la dimensione del sentire**).

8. La dimensione del "sentire" si dà per *stratificazione*, ossia attraverso diversi livelli di profondità (o intimità): lo strato più "superficiale" o "esterno" (del proprio essere): le *affezioni sensoriali* (piacere e spiacevolezza inerenti alle sensazioni); lo strato "più profondo" è lo strato di sé vissuto nei "sentimenti vitali", in cui s'annuncia il proprio stato vitale: quello "fisico" (ad esempio: stanchezza, freschezza, malessere, benessere) e quello "psichico" (ad esempio "gli umori" o "stati d'animo", dalla depressione alla fiducia, all'insicurezza, all'irrequietezza, alla serenità, all'euforia). I sentimenti vitali non dicono *in che cosa io consisto, ma solo come sto, qual è il mio stato* o il mio livello di "energia vitale"; il sentimento in senso proprio, lo strato più "personale"; consentire/dissentire e l'ordine del cuore (o "identità morale").

"Ciò che ancora non è 'toccato' o implicato direttamente [...] nei sensi vitali è la personalità, nel suo essere più proprio, nella sua essenza. È questo uno strato più profondo di quello che vive nel continuo variare delle sensazioni fisiche e degli stati d'animo" (**la dimensione del sentire si approfondisce per strati**).

9. Consentire e dissentire sono *prese di posizione del secondo livello spontanee e non volontarie* (non sono libero di consentire o dissentire, non più di quanto lo sia di sentire piacevole quanto sento spiacevole). La valenza positiva di una percezione di valore corrisponde al *richiamo* che su di noi esercita una cosa, in certi casi alla sua *attrattiva*,

o viceversa al suo carattere più o meno *repellente*. Ma dove questo richiamo o questa repulsione sono immediatamente seguiti dal passaggio all'azione, là non c'è propriamente *coscienza o esperienza del valore come tale*. *Da quali qualità fra le moltissime di cose e situazioni siamo colpiti* ed, essendolo, *continuiamo a lasciarci toccare; a quale profondità ne siamo toccati, quale presa lasciamo* che abbiano su di noi, su questo si stabilisce l'ordine del sentire (De Monticelli, *L'ordine del cuore. Etica e teoria del sentire*, Milano, Garzanti 2003, pp. 111-120 **(assentire e dissentire: la scala dei valori)**).

Nei paragrafi che seguono sono ripresi i passaggi presentati sopra, con i criteri della lettura fenomenologica per portare a sintesi una definizione stratificata di "salute soggettiva".

### **Incontro/inizio**

Il setting occasionale richiede una forte concentrazione dell'operatore per introdurre il tema della salute nello spazio abitato della persona incontrata. Trasformare una occasione in una opportunità motivazionale richiede attenzione e concentrazione dell'operatore per dare inizio a un percorso motivazionale.

Come?

È sufficiente una semplice domanda. "Come si sente oggi? Potrebbe darmi una risposta con un numero da 1 a 10?"; "Mi spiegherebbe a cosa riferisce quel numero?".

In questo modo, si è inserito il concetto di salute soggettiva nell'incontro. Si è appena fornito un buon esempio di inizio di dialogo motivazionale.

### **Mettersi in gioco, la manifestazione di sé all'altro**

L'Approccio Motivazionale è soddisfacente, gratificante e faticoso. Aprirsi a una relazione di conoscenza personale implica che, nonostante la diversità dei ruoli – l'operatore conduce, l'interlocutore è condotto – non si strutturi una condizione di asimmetria piena. La metafora più utilizzata è quella della danza. Anche l'operatore fa i conti con i propri vissuti, riceve un feedback dalle reazioni del suo interlocutore. Se non si sottrae al confronto, ma ne accetta la dinamica, non può sottrarsi all'ascolto delle proprie emozioni, delle proprie idee, dei giudizi che si trova costretto a sospendere nell'immediato.

### **Cambiamento di qualcosa di sé nella relazione**

Mettersi in gioco significa aprirsi al cambiamento, non avere il pieno controllo della direzione che prende la relazione. L'Approccio Motivazionale è una sfida che può anche spaventare e destabilizzare il professionista che lo pratica, soprattutto se è persona avvezzo a trincerarsi dietro il distacco professionale, la competenza tecnica, il potere della prescrizione o la cordiale simpatia di un ascolto fine a sé stesso.

### **Immediatezza, intuitività, concretezza**

Che ci si riferisca a una Prima valutazione o a un Intervento Motivazionale Breve, l'operatore può contare di un tempo di pochi minuti in cui inserire l'Approccio Motivazionale. Il suo apporto, la competenza nel favorire l'emergere di un nuovo modo di affrontare il tema del cambiamento dei comportamenti non possono che essere immediati e intuitivi. Scegliere quale domanda, quale riflessione, quale gesto può orientare l'interlocu-

tore richiede concretezza e capacità di lettura dei segni verbali e non che l'altra persona mi manda e mantenermi molto consapevole di quelli che sto mandando io stesso.

### **Consapevolezza, ascolto attivo, intenzionalità, attenzione, concentrazione, ritmo**

Si pensa a una interazione di pochi minuti, la si pratica abitualmente, si finisce per pensare che dare un avviso breve e personalizzato sia riconducibile all'uso di una tecnica comunicativa appropriata. In realtà come per correre in modo competitivo i 100 metri serve un allenamento diverso, ma egualmente intenso che per prepararsi alla maratona, anche per trasmettere un avviso breve che sia realmente motivante, occorre aver acquisito una competenza adeguata del senso di quanto si intende comunicare. L'operatore efficace è chi è consapevole di come sta in questo momento, in grado di prestare ascolto attivo per comprendere quanto l'altro riferisce, rendere intenzionale lo scambio relazionale sostenendo attenzione, concentrazione e, soprattutto, senso del ritmo. Nei pochi minuti di una prima valutazione occorre prevedere anche il tempo della pausa, della riflessione, della concertazione.

E di conseguenza improprio parlare di una formazione orientata al "cosa": "cosa devo sapere, cosa devo evitare, su cosa mi devo concentrare". Il percorso formativo ha per oggetto il "come": "come sviluppare sapienza di sentire in me? come favorire l'ascolto? come stare in relazione?" A costo di essere ripetitivi acquisendone pratica, rendendo esperienziali tutte le formazioni che si occupano di cura, rivedendo il concetto stesso di formazione, portandola nel terreno della trasformazione.

Per gustare il piacere dei primi passi e non essere travolti dalla demotivazione per il carattere iperbolico dell'obiettivo, forse potrebbe bastare introdurre in ogni percorso formativo inerente ai temi qualche minuto legato alle immagini suscitate e al loro commento (prevedere una sosta sulle immagini ricorrenti e su quelle produttive); considerare con attenzione le idee scaturite con le immagini, senza categorizzarle sulla base della fattibilità, ma della loro intrinseca bontà estetica e intellettuale e prevedere una domanda molto semplice: "cosa ti ha sorpreso di quanto hai ascoltato?", un modo per verificare l'ascolto attivo e suscitare la piacevolezza dell'emozione sorpresa).

### **Spazio abitato; salute soggettiva**

L'incontro, lo scambio, la relazione, il primo strato della conoscenza personale si danno nello spazio che operatore e assistito momentaneamente condividono; lo spazio in cui si approfondiscono immagini, associazioni, obiettivi di salute soggettiva che, talvolta, coincide con l'assenza di malattia o una riduzione della gravità di certi sintomi, talvolta con la richiesta di cambiamento di comportamenti non desiderati, talvolta con altro ancora. In ogni caso l'operatore non deve scordare che si sta parlando della salute che sta a cuore alla persona che ha davanti e non alla sua concezione di salute individuale.

### **La dimensione del sentire si approfondisce per strati**

Alla domanda "come sta?" è forse preferibile "come si sente oggi?". Si introduce così semplicemente la dimensione più propria della salute soggettiva che è quella del sentire. Non si deve presupporre che sia naturale rispondere a una domanda di questo genere; non lo è affatto. C'è bisogno di una pausa per ascoltarsi, cercare le parole, le im-

magini; per procedere per strati. Quando dalla prima valutazione si passa a un intervento motivazionale la dimensione del sentire si chiarisce e approfondisce, diventa più precisa e concreta; probabilmente in questi passaggi dalla superficie alla profondità, la persona attraversa gli stadi motivazionali della Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione sino a pervenire all'Azione. Si potrebbe essere indotti a pensare a un percorso cognitivo, in realtà è accaduto qualcosa di più complesso inerente il "fare esperienza di sé".

### **Assentire e dissentire: la scala dei valori**

Il cambiamento intenzionale non può essere immediato. Ha bisogno di una sedimentazione, di un tempo per attraversare la stratificazione dell'esperienza di sé, per lasciare risuonare gli aspetti della relazione a cui si assente o con cui si dissente. L'obiettivo di cambiamento deve essere compreso nella scala dei valori individuali, scelto, motivato e giudicato favorevolmente, integrato nella sfera relazionale, sociale e culturale. Smettere di fumare dopo trent'anni di sigaretta, rinunciare all'alcol dopo anni di vita vissuta in stato di ebbrezza, perdere peso dopo aver sempre messo il rapporto con il cibo come uno dei massimi piaceri della vita non è un'azione superficiale, è una decisione che segna un momento di svolta nella intera esistenza.

Questa convinzione può forse essere di conforto all'operatore che non può "far smettere di fumare o di bere alcolici qualcun altro"; non può "far dimagrire", "prescrivere il movimento"; il suo ruolo è sostenere l'intenzionalità del graduale percorso di cambiamento, mantenendo salda la motivazione e rinforzando i risultati ottenuti, nel rispetto della concezione di salute che la persona ha elaborato, o sta elaborando.

# Etica della cura: intenzionalità e consapevolezza

Più volte in queste pagine è emersa la parola "consapevolezza"; le tre mappe concettuali l'hanno considerata concetto fecondo e immagine archetipica nel lessico dell'Approccio Motivazionale come applicazione del TTM, nella definizione della mappa culturale e nella concezione del progetto di formazione come trasformazione della mappa sulle competenze dei partecipanti alla piattaforma.

La pratica della piena consapevolezza è un invito a essere presenti a noi stessi e a fare dono della nostra presenza agli altri, sospendere il giudizio per accogliere ciò che ancora non ci è noto e che si va via via svelando.

In questo la pratica della piena consapevolezza è un atto di cura che conduce a calma e serenità; si può quindi affermare che la meditazione è una trasformazione radicale della qualità della presenza.

Come far emergere le risorse dalla persona che abbiamo davanti? Come facilitare le risposte? Come non cadere nelle trappole della comunicazione che ogni volta rischiano di inficiare tutto il lavoro svolto? Come essere consapevoli dei pregiudizi che condizionano reciprocamente la relazione, come creare un "clima non giudicante", accogliente, empatico?

Se dovessimo riassumere in una parola l'insieme di abilità, competenze, strumenti e qualità di cui necessitano l'operatore e l'operatrice chiamati ad applicare l'IM potremmo utilizzare il termine "Presenza".

*Essere presenti* significa stare nella relazione, autentici, aperti e consapevoli di ciò che accade momento dopo momento, consapevoli altresì che la mente ci propone per contro di occuparci di "soluzioni al problema", portandoci altrove.

Se confidiamo che "L'individuo abbia in sé ampie possibilità di comprendere sé stesso, di modificare il proprio concetto di sé e i propri atteggiamenti e di acquisire un comportamento auto diretto – e che queste potenzialità possano essere attivate appena gli si fornisca un clima definibile di atteggiamenti psicologici agevolanti" (Rogers, *In retrospect: 46 years*", American Psychology 29, 1974), ne deriva che soltanto la Presenza ci permette di creare consapevolmente un clima di accettazione, non valutativo, non giudicante.

Presenza significa coinvolgimento nell'ascolto, attivo, partecipe e mai inquisitorio e invasivo. Presenza consapevole significa sviluppare l'empatia necessaria per far sentire l'altra persona autenticamente ascoltata, accettata e compresa così com'è!

Coltivare la Presenza consapevole ci permette di essere autentici, senza dover ricorrere allo scudo del ruolo e di proporci come veri alleati del cambiamento.

Ma la Presenza non si può studiare sui libri... e allora?

### **Mindfulness**

*Mindfulness* originariamente traduce in inglese la parola "sati", termine che in lingua pali (la lingua in cui il Buddha ha dato i suoi insegnamenti) indica uno specifico e ben definito "fattore mentale", una qualità della coscienza che può essere coltivata e sviluppata, assieme ad altri fattori, come la concentrazione e la stabilità, attraverso la meditazione. Sati è la consapevolezza che si attiva portando attenzione al processo dell'esperienza così come si svolge, momento per momento. *Mindfulness* in quanto *sati* ha dunque un significato preciso, ben delimitato e soprattutto connesso e integrato a un insieme di nozioni, altri fattori mentali e altri aspetti sia cognitivi sia etici, che sono parte di una visione complessiva della mente umana propria della prospettiva buddhista, in particolare della tradizione Theravada del buddhismo antico.

A partire dal 1979 Jon Kabat-Zinn propone l'applicazione in contesti medici e clinici di un programma che prevede l'insegnamento della meditazione di consapevolezza a un livello introduttivo, delimitato e adattato: utile per proporre l'esperienza liberatoria della pratica in contesti non meditativi e mainstream (istituzionali) quali ospedali ecc. Il programma viene chiamato *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR): nome che segna la comparsa della fortunata espressione *mindfulness-based*, ossia "basato sulla pratica di consapevolezza". Nei due decenni successivi l'MBSR guadagna credito e diffusione, fino a diventare la matrice del programma chiamato *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depressive Relapse Prevention* (MBCT), che ha introdotto l'approccio *mindfulness-based* nelle vaste e articolate comunità professionali degli psicoterapeuti e delle professioni di aiuto. L'approccio incontra un grandissimo successo e diffonde le pratiche di meditazione di consapevolezza – nella particolare forma e modalità dei programmi *mindfulness-based* – all'interno di ambienti e culture distanti da quella di origine. Il che naturalmente favorisce anche equivoci, travisamenti, riduzioni semplicistiche. Oggi il numero di questi protocolli è cresciuto e si parla spesso in generale di *Mindfulness-Based Interventions* (MBIs), interventi basati sulla *mindfulness*. L'espressione *mindfulness-based* diventa quindi sempre più utilizzata e l'uso ripetuto porta a contrarla in *mindfulness*, termine che quindi amplia il suo significato per denotare in senso generale e generico i protocolli e le varie forme di applicazione delle pratiche di consapevolezza in contesti sanitari, psicosociali, educativi, organizzativi (questo è l'ambito di significato con cui si cerca di utilizzare la parola nella presente traduzione).

Negli ultimi dieci anni la crescente popolarità del termine ha inoltre indotto altri metodi di meditazione, diversi dalla meditazione di consapevolezza, così come altri metodi di training mente/corpo, ad associare il proprio nome al termine *mindfulness* o *mindful* per guadagnare visibilità e reputazione. Ciò ha finito per allargare ulteriormente il significato della parola e renderla quasi sinonimo di meditazione tout court

o, peggio, sinonimo di generico metodo di promozione di benessere psicofisico o di generica tecnica di rilassamento.

Un'ultima estensione semantica è in atto da quattro o cinque anni a questa parte: *mindfulness* viene a designare addirittura uno "stile di vita" complessivo, che rivendicherebbe la promozione di determinati valori; e arriva a comprendere un *mindfulness movement* che aspira a diffondere questo stile di vita e valori nel mondo, e forse persino una *mindful politics*.

È dunque chiaro che quando si incontra il termine *mindfulness* è necessario fare attenzione a quale sia il contesto in cui esso compare, perché i suoi significati possono essere notevolmente diversi (da Segal, Williams, Teasdale, *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*).

Riferendoci alla considerazione fatta da diversi esperti del campo (Davidson 2010; Williams 2010), appare evidente, che il termine *mindfulness* venga utilizzato in diversi modi: la *mindfulness* come pratica meditativa, la *mindfulness* come moderno intervento clinico, la *mindfulness* come stato transitorio di consapevolezza e come tratto che si mantiene nel tempo.

Nel nostro contesto, cercheremo di inserire gli aspetti della *mindfulness* come strumento e pratiche per allenare l'emergere della propria consapevolezza, che riteniamo utile all'operatore nell'applicazione dell'intervento motivazionale.

Importante inoltre fare una ulteriore chiarezza, necessaria per lo scopo di questa trattazione. Riferendoci alla *mindfulness* come a pratiche per facilitare la consapevolezza, ci teniamo a ricordare che la consapevolezza può essere coltivata in molti modi, che possiamo distinguere in *pratiche formali* e *pratiche informali*. Definiamo formali quelle pratiche che sono scandite da un inizio ed una fine, e che portiamo avanti per l'arco di tempo stabilito osservando le istruzioni che definiscono ogni pratica. Le pratiche formali (*body scan*, meditazione seduta, meditazione camminata/movimento/yoga), sono importanti per prendere confidenza ed approfondire il cammino di consapevolezza. È fondamentale ritagliare uno spazio ed un tempo, nell'arco della giornata, per dedicarsi alla meditazione attraverso una delle pratiche formali.

Tuttavia, ci si può allenare alla consapevolezza in qualunque momento della giornata anche attraverso le cosiddette pratiche informali. Le normali attività quotidiane, come guidare la macchina, preparare il caffè, lavarsi i denti ecc. possono diventare piccoli e preziosi momenti di consapevolezza, nel momento in cui portiamo una piena attenzione in quello che facciamo. Le pratiche informali, invece, possono essere considerate tutte le attività quotidiane, di qualsiasi tipo e durata, che noi decidiamo di trasformare in momenti di consapevolezza e a cui ci dedichiamo con la dovuta intenzione.

E attraverso le pratiche sopra descritte si facilita l'emergere della nostra consapevolezza nei diversi momenti della giornata e soprattutto durante lo svolgimento di colloqui e interventi motivazionali.

## Le principali differenze tra Pratiche di *Mindfulness* e Consapevolezza

### ► Pratiche di *Mindfulness*:

- nelle Pratiche di *Mindfulness* è necessario dedicare un tempo e uno spazio specifico per allenarsi a portare l'attenzione intenzionalmente in modo non giudicante ad un solo oggetto nel momento presente;
- si può esercitare seduti o sdraiati in un unico luogo per un tempo predefinito (circa 20 minuti);
- anche se il risultato può essere lo stesso, le tecniche di meditazione variano e richiede tempo per evolversi. Utile seguire una registrazione audio come guida;

Vedi Esercitazione "Respiro consapevole".

### ► Consapevolezza:

- la consapevolezza ci aiuta a vivere il presente;
- la consapevolezza è qualcosa che emerge a seguito di un periodo più o meno lungo di Pratiche di *Mindfulness*;
- la consapevolezza non appartiene all'area cognitiva razionale ma in questo caso è intesa come consapevolezza intuitiva;
- la consapevolezza ci aiuta nel riconoscere gli automatismi della nostra mente (giudizi, pregiudizi, schemi, commenti ecc.) e scegliere di decentrarsi per rimanere ancorati all'esperienza del momento presente.

Vedi Esercitazione "Consapevolezza nel quotidiano".

## Operatore consapevole e Approccio Motivazionale

Nei precedenti capitoli, rispetto all'Approccio Motivazionale abbiamo parlato di modelli, tecniche e principi. Questo potrebbe far pensare che condurre un intervento motivazionale significhi solo possedere le competenze tecniche? In una certa misura sì; è fondamentale conoscere gli strumenti necessari per la conduzione dell'intervento, e per questo è importante seguire il corso di formazione (FAD e Aula), ma pensiamo che non sia sufficiente.

E, proprio come un'esecuzione musicale non è la semplice riproduzione di uno spartito, così un intervento motivazionale non è la semplice applicazione e riproduzione meccanica di tecniche e strategie comunicative. Per gli operatori che propongono l'Approccio Motivazionale, come per i musicisti, la performance ha a che fare oltre che con il fare qualcosa, anche con l'essere qualcosa, e questo pensiamo possa essere garantito dall'essere presenti e consapevoli di ciò che si è, e ciò che sta accadendo in quel momento in relazione con quella persona, famiglia o gruppo.

*Esercizio: un adulto presente*

*Portate alla vostra memoria un adulto (insegnante, educatore, allenatore, ecc.), della vostra giovinezza, che avete apprezzato e ammirato, da cui avete imparato molto e che vi ha ispirato.*

*Quali qualità possedeva quella persona?*

*Riflettendoci un po', probabilmente scopriremo che l'efficacia di un intervento in ambiti come l'istruzione, l'educazione e la terapia, dipende più dall'attenzione e dalla presenza e non solo dalle tecniche e strumenti utilizzati.*

Naturalmente, ognuno di noi nella relazione porta anche le proprie caratteristiche di personalità, i punti di forza e di debolezza. Tutti possediamo aspetti che sono punti di forza come, per esempio, la creatività, la determinazione, la spontaneità, l'intelligenza, l'energia, la sensibilità e l'empatia.

Esserne consapevoli diventa uno strumento molto importante e utile nel condurre un intervento motivazionale e questo, al pari di altri aspetti utili all'operatore, necessita di motivazione, impegno e pratica.

Di seguito proveremo a illustrare brevemente alcuni aspetti che riteniamo importanti per poter avvicinare i lettori ai percorsi di consapevolezza.

## Consapevolezza e presenza nel condurre l'intervento motivazionale

### ► Consapevolezza e diagnosi motivazionale

La consapevolezza e l'essere nel qui e ora dell'operatore è uno degli aspetti fondamentali nel poter fare una buona diagnosi motivazionale.

Utilizzando la descrizione, proposta da Jon Kabat-Zinn, nel definire la *mindfulness*: prestare attenzione allo svolgersi dell'esperienza in modo particolare, con intenzione nel presente in modo non giudicante, possiamo trarre tali elementi e riconoscerne l'importanza anche alla relazione con i nostri interlocutori, utenti, famiglie o gruppi.

Proviamo a vedere i diversi aspetti in relazione all'intervento dell'operatore nel prestare attenzione allo svolgersi dell'esperienza in modo particolare:

- **con intenzione.** In moltissime situazioni della vita quotidiana, vi è la tendenza a non essere in contatto con l'esperienza presente ed invece ad essere assorbiti da pensieri, preoccupazioni, modelli, teorie, progetti che portano la mente altrove, anche l'ambito lavorativo e in questo caso la relazione di supporto motivazionale non né è esclusa, è pertanto importante riconoscere anche in questo caso, l'importanza della motivazione individuale per cercare di portare e riportare **intenzionalmente** l'attenzione all'esperienza che si sta vivendo in quel momento in relazione con quella specifica persona;
- **nel presente.** Vivere il momento presente significa cercare di rimanere concentrato su ciò che sta accadendo in quel preciso momento, e del suo divenire nel tempo momento dopo momento, ciò che percepiamo, che passa attraverso i nostri sensi.

Potrebbe essere utile chiedersi di tanto in tanto: "**Cosa sta accadendo ora?**", "**Quale è lo stadio motivazionale che la persona mi sta comunicando in questo momento?**":

- la mente ha la naturale tendenza a portare la propria attenzione in moltissimi ambiti temporali, fuorché nel momento più importante: il momento presente. Spostarsi sul passato può servirci per avere uno storico al quel far riferimento, limitandoci a riconoscere ciò che sta accadendo nel momento presente. Pensare al futuro, anticipando la possibile traiettoria del nostro interlocutore ci limita nel mantenere l'attenzione al qui ed ora e riconoscere l'effettivo stadio motivazionale;

- **in modo non giudicante.** Allenarsi all'astenersi dal giudizio vuol dire provare ad osservare i fatti per quello che sono con l'intenzione di capire le cause di ciò che osservo, piuttosto che definire ciò che accade utilizzando etichette o valutazioni personali. Non giudicare non significa abbandonare le proprie teorie o modelli di riferimento, ma avere la capacità di poterle sospendere e valutare la situazione così come si presenta.

#### ► **Allenarsi alla consapevolezza**

Le piccole pratiche di consapevolezza, di seguito elencate e che vanno a riprendere le *pratiche informali* sopra descritte, rappresentano un primo passo per uscire dalla modalità "pilota automatico" della nostra mente, passivamente in preda di pensieri, ricordi o preoccupazioni, ed hanno come obiettivo quello di uscire dalle "reazioni automatiche" andando invece in direzioni di "azioni scelte".

Cosa intendiamo per "pilota automatico"?

Tutti noi compiamo la maggior parte delle nostre azioni abituali con il pilota automatico inserito: camminare, guidare, mangiare, fare la doccia, parlare con gli altri... Vi è mai capitato di arrivare a lavoro, partendo da casa e di ricordare poco o nulla del tragitto? Di uscire di casa non ricordando di aver compiuto determinate azioni, come chiudere la porta a chiave?

Questo perché abbiamo imparato a farlo tanto tempo fa e non abbiamo più la necessità di portare attenzione verso le nostre azioni; ricordate, ad esempio, tutte le piccole azioni che avete dovuto compiere la prima volta che vi siete messi alla guida di un'auto?

Se questo risulta utile per "risparmiare energia cognitiva", il rischio che porta con sé è di trovarci a non essere del tutto presenti per la maggior parte della nostra vita: possiamo ritrovarci a essere lontani senza neanche accorgercene, essere presenti con il corpo mentre con la mente siamo immersi a rimuginare su quello che è successo ieri o pensare a cosa dovremmo fare dopo.

Il pilota automatico costa poco sforzo, ma non permette di rispondere in maniera adeguata alle situazioni, rendendo più probabile infilarci in situazioni in cui reagiamo a ciò che ci accade (internamente o esternamente), senza pensare.

Diventare più consapevoli dei nostri pensieri, emozioni e sensazioni fisiche, momento dopo momento, ci dà invece la possibilità di una maggiore libertà e capacità di scelta.

È possibile utilizzare queste pratiche, potenzialmente, in ogni momento della giornata, e queste possono permetterci di aumentare il nostro contatto con il momento presente, prestando attenzione ai nostri sensi, finalmente consapevoli del nostro "qui e ora".

Acquisire queste pratiche di consapevolezza può permettere al Formatore di essere maggiormente presente durante la propria attività, in contatto con il sentire dell'aula e dei propri allievi e meno condizionato dai propri pensieri o giudizi, essere più flessibile ed, in definitiva, più efficace.

Gli esercizi proposti sono utili a concentrarsi e connettersi con il mondo circostante. Possono essere praticati durante il giorno ma possono essere utilizzati e legati alle attività lavorative e durante le formazioni, in particolare nei momenti in cui ci si trova incastrati in pensieri ed emozioni.

Vedi Esercitazione "Gettare l'ancora: una pausa nel quotidiano".

# FONDAMENTI CULTURALI

## Sintesi

La sintesi di concetti ed espressioni citati nel testo potrebbe essere espressa semplicemente da un richiamo alla parola come strumento immediato di comunicazione intenzionale.

Il cambiamento avviene nello spazio e nel tempo; in modo duraturo ed efficace se sorretto dalla consapevolezza favorita dall'esercizio della meditazione, dall'attenzione dedicata da parte dell'operatore e del suo interlocutore nel breve spazio del confronto, dalla intenzionalità espressa.

È essenziale che ogni lettore colga da un lato la straordinaria potenza della parola (anche nelle sue varianti non verbali), ma non arrivi a identificarla nella parola della pratica psicoterapeutica.

Si tratta, in questo caso, di una semplice omonimia.

La parola evocativa dell'Approccio Motivazionale non è mai oggetto di interpretazioni, ma di riprese e sospensioni legate alla relazione, necessariamente rapida, che si stabilisce, per esempio nei contesti opportunistici, fra due persone: l'operatore e l'utente.

Cosa condividono? Cosa può indurli a fare qualche passo in più verso la conoscenza interpersonale?

L'oculata scelta delle parole più opportune per garantire precisione, apertura e immaginazione.

Il cambiamento intenzionale non è un progetto di vita; è un viaggio pieno di contraddizioni, condizionato da emozioni, sentimenti, pensieri, giudizi, valori, credenze, aspettative.

Un Approccio Motivazionale può rendere più confortevole e significativa la sosta breve che fa parte di un processo molto più complesso, ma non qualitativamente diverso. Il primo compito di ogni professionista che si occupa del cambiamento intenzionale dovrebbe essere il contributo alla illuminazione dei vantaggi delle modificazioni, non della fatica; alla capacità di sorprendere e a conferire leggerezza ed esattezza in quanto si fa.

Può essere illuminante la citazione di uno scambio avvenuto durante un semplice prelievo di sangue; l'operatore chiede: "le sto facendo male?"- la persona risponde: "no, mi sembra bravissimo e molto delicato" - l'operatore conclude: "è una operazione di coppia, lei mette il braccio e io l'ago".

Le buone pratiche sono figlie di esperienza consapevole.





Terza mappa concettuale  
**APPLICAZIONE DEL TTM**  
**NELLE AZIONI**  
**DI PIANIFICAZIONE E FORMAZIONE**

*Sandra Bosi, Corrado Celata,  
Giorgio Chiaranda, Gianfranco Martucci*



# **Pianificazione, formazione-trasformazione, apprendimento cooperativo, didattica orientata sulle Intelligenze Multiple**

L'evoluzione del concetto di salute che si è andato precisando negli ultimi vent'anni ha determinato il cambiamento e l'ampliamento di molti paradigmi di riferimento:

- ▶ graduale distacco dell'area semantica della salute da quella della malattia: la salute si pone in relazione in primo luogo con le politiche per la sua tutela e promozione, acquistando un ruolo sempre più intersettoriale e sempre meno sanitario;
- ▶ lettura complessa dei fenomeni connessi alla salute: interazione fra cause biologiche, psicologiche, sociali e ambientali nel percorso di prevenzione e cura delle malattie e di protezione della salute;
- ▶ rivisitazione del percorso salute/malattia (prevenzione, diagnosi, cura, assistenza), come continuum psicofisico considerato in un contesto socio-culturale in cui molte problematiche patologiche anche gravi sono legate a stili di vita abituali che appartengono alla normalità; il bere a rischio, il fumo di sigaretta, la sedentarietà e il sovrappeso, soprattutto se iniziate da giovani e continuate nel tempo, sono abitudini che conducono a malattie acute e croniche gravi; tuttavia sono a lungo evitabili o più facilmente contrastabili, modificando gli stili di vita. La prima forma di cura è proprio il sostegno alla capacità di prendersi cura di sé di cui si è occupata la seconda mappa concettuale e che ha alla base un uso sapiente della parola, la formazione, la pianificazione di diverse tipologie di interventi in contesti di reti diffuse nei territori.
- ▶ tema ecologico e necessità di rivedere la prospettiva antropocentrica che ha via via allontanato l'uomo dalla natura, considerata più come un oggetto da conoscere, dominare e sfruttare che parte dello stesso ambiente a cui lui stesso appartiene. Oggi, tuttavia, il rapporto natura-cultura e la visione antropocentrica non sono più sostenibili e proprio dalla biologia possiamo trarre la chiave per superare questo dualismo.

Tutto ciò ha comportato una sfida che si presenta con più movimenti, fortemente dialettici.

Il **primo movimento** è rappresentato dalla crescente tecnicizzazione degli interventi sanitari, sempre più raffinati, puntuali, costosi e sofisticati. Questo comporta richieste di 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 la possibilità di cogliere il valore delle sfumature della risposta fornita. Anche per chi è in cura è difficile percepire come si sente a prescindere da tante, talvolta, troppe informazioni e tecnicismi e quindi prendere decisioni per sé, per il proprio benessere, per la propria salute.

La più sofisticata **evoluzione tecnologica**, l'iperspecializzazione, rischia di far perdere di vista la persona, ponendo al centro la remissione-gestione-guarigione della malattia, anziché la cura del singolo individuo che si ammala.

L'evoluzione tecnologica ha avuto e continua ad avere, per fortuna, come principale conseguenza positiva, l'allungamento della aspettativa di vita, favorendo la "cronicizzazione di molte malattie".

Questo apre al **secondo movimento** per cui, in un contesto di crescente complessità, si chiede alla **persona** di essere **partecipe del processo di guarigione e cura**, quando non è la persona stessa a pretenderlo. Non si accetta più di "subire" le cure mediche e sanitarie, si vuole poter scegliere cosa fare, valutandone in prima persona i costi e i benefici. È un movimento positivo: 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. La rivoluzione multimediale consente a 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 possono rifugiarsi in un tecnicismo esasperato, difendendosi dall'errore sempre in agguato con la presunta oggettività del dato di laboratorio o strumentale. I secondi possono accrescere la loro diffidenza verso questa tecnica sentita fredda e 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.

Come risultanza dei due movimenti, emergono nuove problematiche e opportunità:

Occuparsi della salute significa occuparsi della promozione del benessere con interventi complessivi che riguardano l'ambiente, i determinanti socio-sanitari, l'acquisizione di competenze di salute individuali e collettive, la costruzione di abilità di resilienza, la

capacità di prendersi cura di sé in qualità di cittadino informato e consapevole. Di questo **terzo movimento** ha tenuto conto il trattato di Shanghai che ha configurato l'evoluzione del concetto di salute principalmente nelle sue implicazioni ambientali.

Da qui la ricomposizione del rapporto natura-cultura che proprio una lettura biologica dei fenomeni potrebbe facilitare.

La biologia evidenzia che natura e cultura non sono ambiti separabili, ma esprimono aspetti diversi di una stessa referenzialità attraverso le trascrizioni dei messaggi proteici, la selezione delle connessioni e l'attivazione e il consolidamento delle sinapsi inter neurali.

L'unitarietà natura-cultura, il superamento di ogni tentazione dualistica ci sono forniti da due particolari proprietà biologiche: la plasticità cerebrale e il ruolo della membrana plasmatica nella regolazione delle funzioni relazionali della cellula.

La neuroplasticità, di cui si è già scritto, è la proprietà del sistema nervoso di modificarsi attraverso l'esperienza. La neuroplasticità è strettamente legata alla capacità di apprendimento, è innata, espressione dell'interazione reciproca tra cervello e ambiente; il cervello modifica plasticamente le sue connessioni in risposta agli stimoli a cui è sottoposto; il software è in grado di modificare l'hardware.

Scrivono H. Robertson in *Il cervello plastico*: "La storia dell'uomo è unica da un punto di vista evolutivo perché siamo in grado di forgiare il nostro destino plasmando il nostro cervello. Come specie, siamo sopravvissuti alla selezione naturale in quanto muniti d'una capacità di adattamento pressoché illimitata [...]. Liberiamoci, dunque, dall'idea di un aggregato programmato di moduli cerebrali costretti a obbedire a leggi arcane [...] perché se gran parte del nostro comportamento è predeterminato geneticamente, noi possiamo, tramite la nostra cultura e civilizzazione, plasmare il nostro cervello, sfuggendo, in parte, al determinismo della biologia".

L'individuo può conoscere solo perché si trova all'ultimo stadio di un percorso evolutivo che comprende tutti gli oggetti: in realtà "l'uomo è natura che si pensa".

Il mondo (natura) e l'interpretazione del mondo (cultura) coincidono in un indefinito e complesso sistema di relazioni, espresso dal linguaggio. Il linguaggio non appartiene al livello intenzionale (cosciente) ma è connaturato alle caratteristiche biologiche del soggetto: precede la coscienza. La semiotica e, a maggior ragione, la semeiotica non sono altro che conseguenti applicazioni della biologia: il linguaggio stesso è una forma di biologia avanzata.

Se tempo e progresso tecnologico hanno potenziato l'impronta culturale con cui l'uomo ha definito la visione antropocentrica che ha messo sullo sfondo la rilevanza dell'equilibrio fra natura e cultura nella definizione del benessere, rendendola meno visibile, meno accessibile, la contemporaneità (di cui anche l'emergenza pandemica, climatica energetica fanno parte) ci riporta a quella chiave di lettura che riconosce nell'uomo, natura che si pensa.

Il governo di tale complessità, gli effetti e le sollecitazioni culturali dei tre movimenti rendono necessari nuove competenze e nuovi ruoli professionali: le figure di chi si occupa della pianificazione di interventi di promozione e ridefinizione delle priorità in materia di salute e di chi predispone e ripensa una formazione innovativa che sappia trasformarsi aprendosi alla concezione del "qui e ora", affrontata nella seconda mappa concettuale.

In questo ambito può risultare utile una ulteriore applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento (TTM): per evidenziare il ruolo dei processi nel cambiamento dei contesti e per contribuire a delineare questa nuova idea di formazione.

Vediamo pertanto, innanzitutto, di chiarire quali sono le caratteristiche prioritarie dei ruoli del Pianificatore e del Formatore, (i principali destinatari della FAD), poi definire le modalità con cui è stato applicato il TTM nelle azioni che li riguardano.

### **Dove si situa il ruolo professionale del Pianificatore?**

- ▶ Attivazione di un lavoro di rete.
- ▶ Elaborazione di strategie di intervento.
- ▶ Orientamento di scelte di salute.
- ▶ Attuazione del Piano della Prevenzione o comunque recepimento e elaborazione di linee operative di documenti di riferimento.
- ▶ Nodo consapevole della rete di lavoro (mantenimento di uno sguardo circolare sui processi per collocare competenze/risorse opportune).
- ▶ Consapevolezza delle implicazioni dei tre movimenti sopra citati nella evoluzione del concetto di salute.

### **Tratti distintivi**

- ▶ Consapevolezza di mandato.
- ▶ Competenze trasversali di programmazione e gestione di piani d'azione sulla salute.
- ▶ Competenze professionali specifiche di almeno un ambito culturale (sociologico, politico-sociale, metodologico, sanitario, comunicativo, epidemiologico, psicologico, giuridico, economico) e di salute pubblica, oltre a una buona conoscenza e/o capacità di lettura delle specificità del territorio.
- ▶ Conoscenza delle reti degli interlocutori (tessuto politico, gestionale, territoriale).
- ▶ Conoscenza dell'approccio metodologico e di progettazione (Modello del *Green e Project Cycle Management*) e dei principali documenti di programmazione nazionale e internazionale.
- ▶ Visione d'insieme delle risorse esistenti nei diversi setting professionali, che possano confluire verso obiettivi comuni (strategia per non disperdere energie).
- ▶ Cura delle e nelle relazioni e della comunicazione (competenze motivazionali).
- ▶ Caratteristiche personali facilitanti: autorevolezza, determinazione, incisività, equità (per risollevare gli strati sociali più fragili e portare attenzione ai loro bisogni), flessibilità (usare parole chiave sensibili al target a cui ci si rivolge), capacità di mediazione e comunicazione efficace.
- ▶ Conoscenza di metodi e programmi *evidence based prevention* che risultano più solide come punto di partenza.
- ▶ Programmazione di azioni mirate e progetti circoscritti per coinvolgere il contesto, rispondere ai bisogni e lavorare in sinergia.
- ▶ Intersettorialità, trasversalità, multidisciplinarietà come rete di lavoro.

- ▶ Tolleranza verso la deviazione standard dalla teoria di partenza: saper lavorare nella flessibilità e nel problem solving: uscire dalla rigidità della teoria, stando attenti a "non perdere la rotta".
- ▶ Attenzione e raccordo con il mandato ricevuto.

### **Dove si situa il ruolo professionale del Formatore? Come si esplica?**

La figura del Formatore richiede un profondo ripensamento. Il concetto stesso di "formazione" va ripensato.

Il Formatore è:

- ▶ capace di applicare metodologie didattiche aperte e flessibili alla specificità dei contenuti;
- ▶ conoscitore dei diversi livelli organizzativi in cui opera;
- ▶ competente in materia di promozione della salute, tecniche della comunicazione, metodologie attive, dinamiche che influenzano il clima dell'aula, Intelligenze Multiple (stili di apprendimento individuali), apprendimento cooperativo, modalità di acquisizione di competenze professionali trasversali e competenze di salute;
- ▶ parte del gruppo di lavoro che si occupa della definizione dei temi dei percorsi formativi integrati alla pianificazione degli interventi.

### **L'utilizzo del TTM da parte dei Pianificatori**

L'utilizzo del TTM per immaginare interventi che possano creare ambienti a sostegno di processi di trasformazione delle persone che lo abitano offre ai Pianificatori l'opportunità di renderlo attuabile in percorsi individuali e di gruppo.

Nel fare ciò, il Pianificatore dovrà tenere in considerazione che gli operatori stessi, nel momento in cui devono iniziare, o proseguire, l'utilizzo del Modello, devono essi stessi affrontare un cambiamento, che in questo caso ha a che fare con la pratica professionale. È indispensabile, quando si pianifica l'introduzione del TTM in un contesto che è parte di un'organizzazione strutturata, porsi il problema di quali possono essere i fattori che motivano gli operatori a cambiare, e quali possono essere invece gli ostacoli. Come nel caso del mantenimento di un comportamento disadattativo, anche il mantenimento di pratiche professionali consolidate presenta sempre alcuni vantaggi: cambiarle significa affrontare la fatica di apprendere, il cambiamento del proprio ruolo e delle dinamiche di potere, il timore di sbagliare, il timore di non soddisfare gli obiettivi principali del servizio e le aspettative di colleghi e superiori. L'obiettivo di applicare il TTM può essere percepito secondario rispetto ad altri obiettivi che l'organizzazione monitora con più attenzione, come il numero di prestazioni erogate in un dato tempo. Anche se il counseling viene chiaramente enunciato come obiettivo, e gli operatori ne riconoscono l'importanza, essi possono essere rimanere intimamente diffidenti rispetto al fatto che si tratti realmente di un obiettivo importante per l'organizzazione, e ciò a causa di assunti culturali che si sono profondamente sedimentati nel tempo nella cultura professionale e dell'organizzazione. Affinché il TTM possa diventare diffusamente parte delle pratiche assistenziali occorre, pertanto, non solo creare le condizioni organizzative minime perché possa essere applicato con soddisfazione da parte degli operatori, ma anche facilitare e sostenere il cambiamento della pratica professionale, sostenendone l'importanza e prendendo le

misure possibili che riducano gli svantaggi e la fatica necessari al cambiamento che si chiede di intraprendere.

Possiamo affermare che l'adozione pratica del TTM nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche del sistema sanitario nazionale debba essere esplicitamente inquadrata nell'ambito delle attività ordinarie, parte integrante della missione delle organizzazioni sanitarie pubbliche e private. Ciò richiede un'adeguata capacità di lettura di quelle che sono le modalità di funzionamento dell'organizzazione. Se l'organizzazione di riferimento è, come la maggior parte delle organizzazioni sanitarie, caratterizzata da una forte formalizzazione, può essere opportuno redigere dei documenti obiettivi coerenti con quelli istituzionali, modalità organizzative e responsabilità specifiche che entrano in gioco nel rendere possibile l'applicazione pratica del TTM. Il tipo di documento scelto dovrebbe essere coerente con la tipologia di documenti che è abitualmente utilizzata per l'organizzazione del lavoro. Le aziende sanitarie che danno importanza al sistema qualità e all'accreditamento potrebbero decidere, per esempio, di redigere una procedura aziendale che descriva come il TTM è applicato nella realtà locale. La redazione della procedura, o di altro documento analogo, dovrebbe prevedere il coinvolgimento di tutte le figure professionali che saranno chiamate, in prima battuta, alla sua applicazione, in modo da raggiungere una definizione condivisa del processo. Le figure coinvolte potranno essere sia interne all'organizzazione, che esterne ma collegate a essa, come per esempio medici convenzionati e operatori di servizi che sono attivi in collegamento con l'organizzazione. È opportuno che alla redazione del documento e alla sua revisione partecipino anche operatori che hanno familiarità con la redazione di questa tipologia di documenti, come per esempio membri del servizio qualità aziendale, ove presente. La validazione del documento dovrebbe essere attuata dalla figura che, nell'ambito dell'organizzazione, normalmente si occupa della formalizzazione di questo tipo di documenti. Da quanto descritto si comprende come la redazione della procedura, o di documento analogo, non rappresenti un punto di partenza imprescindibile, ma un punto di consolidamento di un processo di costruzione di consenso, pratiche organizzative e punti di riferimento attorno alla metodologia proposta. Per questo motivo si è ritenuto utile includere nell'eserciziario/strumenti operativi le sessioni:

- ▶ riferimenti normativi a uso degli operatori;
- ▶ matrice delle responsabilità;
- ▶ scegli il tuo stile (scheda di applicazione del *Vademecum* presentato nella mappa concettuale 1, a uso dell'operatore).

### *Riferimenti normativi a uso degli operatori*

Sostenere l'adozione, da parte degli operatori, della pratica sistematica dell'Approccio Motivazionale significa anche esplicitare che l'adozione della pratica rappresenta un obiettivo che l'organizzazione nel suo complesso si è data. Il lavoro degli operatori e il tempo lavoro che essi dedicano all'applicazione del TTM dovrebbero trovare piena legittimazione nella esplicitazione dei riferimenti normativi che ne sostengono la necessità dell'adozione. In particolare, al momento della redazione del presente documento, i riferimenti fondamentali sono:

- ▶ DPCM 12 gennaio 2017, "Nuovi LEA", si veda in particolare l'allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", area F "Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale";
- ▶ Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025;
- ▶ Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 "Piano Nazionale della Cronicità".

Ulteriori riferimenti normativi potranno essere individuati nell'ambito dei Piani Regionali di Prevenzione e altri atti di indirizzo regionali, linee guida e documenti di organizzazioni nazionali e sovranazionali, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nonché in documenti strategici di valenza aziendale.

### *Obiettivi generali e specifici*

Una volta che siano stati resi evidenti i riferimenti normativi che forniscono legittimità ai percorsi, è opportuno che sia esplicitato, anche in un atto formale, qual è l'obiettivo generale che sostiene la decisione di implementare la pratica del counseling. Un esempio di obiettivo generale può essere: "incrementare la pratica e l'efficacia del consiglio finalizzato al cambiamento di stili di vita a rischio per la salute".

L'obiettivo generale andrà successivamente declinato in obiettivi operativi specifici, che dovranno essere misurabili in un arco di tempo ragionevole. Diversi sistemi di valutazione delle performance delle aziende sanitarie hanno integrato obiettivi misurabili di performance basati sulla quota di persone che riferiscono di aver ricevuto un consiglio sullo stile di vita da parte di un operatore sanitario, o sulla proporzione di persone che riferiscono di tenere un comportamento a rischio. È possibile collegare tali indicatori al documento che si va a redigere.

Un esempio di come potrebbero essere declinati degli obiettivi specifici è il seguente:

1. miglioramento, al termine del triennio successivo all'implementazione della procedura (2021-2023), dei risultati della rilevazione PASSI nel territorio di competenza (intervistati consigliati di fare attività fisica dal 28 al 35%; intervistati consigliati di smettere di fumare dal 40 al 49%);
2. aumento delle persone che hanno ricevuto un consiglio sugli stili di vita;
3. aumento delle persone che concordano un obiettivo di modifica degli stili di vita con un operatore sanitario;
4. aumento delle persone che migliorano il proprio stile di vita a seguito del colloquio con un operatore sanitario.

### *Campo di applicazione*

L'identificazione dell'ambito di applicazione del documento, e conseguentemente del gruppo di lavoro, dovrà basarsi su un'attenta analisi del contesto dell'organizzazione. Questa include l'opinione degli stakeholders (per esempio operatori, alta direzione, uten-

ti, committenti), dalle aree di sviluppo che l'organizzazione sta perseguendo, ma anche dalla motivazione espressa da singole strutture che compongono l'organizzazione.

### *Definizione delle responsabilità e matrice delle responsabilità*

La messa in pratica di efficaci percorsi a sostegno del cambiamento dei comportamenti a rischio per la salute delle persone prevede percorsi complessi, la cui responsabilità non può esaurirsi con il ruolo dell'operatore formato alla pratica dell'avviso breve e del counseling. Per una diffusione capillare del Modello può essere opportuno che, a livello dell'organizzazione (ad esempio di un'azienda sanitaria) siano individuate strutture che si occupano di parti specifiche del percorso (ad esempio una struttura potrebbe occuparsi di sostenere e affinare la formazione degli operatori, una di creare la rete di opportunità di secondo livello, una di porre in collegamento le attività di counseling con opportunità sanitarie e comunitarie di secondo livello attraverso modulistica, siti web, organizzazione di incontri tra operatori e gestori delle attività di secondo livello ecc.

Un utile strumento per descrivere il ruolo delle diverse figure in gioco è rappresentato dalla "matrice delle responsabilità", la quale rende visibili a colpo d'occhio la rete che sostiene i percorsi e gli snodi che ne consentono l'ordinato funzionamento.

La matrice contiene una serie di righe che elencano tutte le attività necessarie (le quali saranno puntualmente descritte in altre parti del documento), e tante colonne quante sono le figure professionali/i servizi coinvolti nella corretta messa a punto e nel funzionamento del percorso. Per ogni riga è indicata, attraverso un segno collocato nell'opportuna colonna (lettera R = Responsabile), quale è la figura professionale/ il servizio responsabile dello svolgimento dell'attività. Per ogni riga di attività deve essere indicato uno e un solo responsabile. Possono essere invece indicate altre figure tenute a concorrere al corretto svolgimento dell'attività (indicate con la lettera C = Corresponsabile).

La matrice può altresì prevedere la descrizione delle modalità con cui è possibile registrare le attività svolte, al fine di verificarne il corretto svolgimento, identificare le criticità e le relative azioni di miglioramento, monitorarne l'esito. Tutti gli strumenti di registrazione dovrebbero essere il più possibile integrati con quelli abitualmente in uso, sia per ragioni pratiche, sia per rafforzare il messaggio che l'applicazione del TTM non è una sovrastruttura provvisoria rispetto a ciò che è attività ordinaria.

Di seguito è riportato un possibile esempio di matrice delle responsabilità per l'applicazione del TTM nell'ambito di un'azienda sanitaria locale.

# L'utilizzo del TTM nelle azioni di Programmazione degli interventi di promozione della salute: la Pianificazione e la Formazione

L'utilizzo del TTM nella Programmazione degli interventi di promozione della salute (Pianificazione e Formazione) può essere oggetto di discussione, a partire da dubbi giustificabili:

- ▶ il cambiamento di comportamento di una comunità spesso non è intenzionale;
- ▶ le dinamiche di un gruppo influenzano sia gli obiettivi, sia la motivazione ad apprendere altre modalità di gestire i propri comportamenti (a maggior ragione nei contesti formativi).

Alla luce di questo è intenzione di chi scrive non fornire una descrizione esaustiva di come avviene il cambiamento di gruppi, reti, comunità, ma fornire spunti per avviare una riflessione pratica su quanto la consapevolezza individuale sia più o meno determinante nel processo di cambiamento intenzionale sovra individuale.

La domanda che ci si pone è: quanto concorre il cambiamento intenzionale individuale nella trasformazione di uno spazio più ampio? Avendo più chiari i confini si può agire in modo più efficace la propria influenza; non solo, l'acquisizione della rilevanza della responsabilità individuale aumenta l'attenzione sulla relazione fra salute e ambiente (interpersonale e fisico) come agente favorente o ostacolante il benessere.

L'applicazione del Modello può essere di aiuto nell'organizzare il lavoro sanitario come sistema, essere utilizzata per pianificare interventi in ambito educativo, sociale e sanitario, orientare obiettivi e qualità dei processi formativi, favorendo il coinvolgimento attivo dei partecipanti.

D'altro canto, l'applicazione del TTM si è evoluta, come già detto, nel corso del tempo:

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

tamenti a rischio per la salute, quali il fumo di sigaretta, il consumo problematico di alcolici o altre dipendenze patologiche;

- ▶ 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. Su questi aspetti si è fondata l'evoluzione dei campi applicativi del Modello.

In questi ultimi anni, per esempio nell'ambito della collaborazione con Luoghi di Prevenzione, il Modello è stato esteso al ripensamento con cui impostare la formazione e contribuire ad attivare i processi cognitivi ed esperienziali propri del Modello nella pianificazione degli interventi di promozione della salute.

# Come l'applicazione del Modello Transteorico del Cambiamento potrebbe facilitare le azioni del Pianificatore?

- ▶ Si configura come **strumento di orientamento** nel posizionare le informazioni possedute, ridimensionare le aspettative dagli interventi di promozione della salute e gli obiettivi a breve e medio termine con l'utenza/destinatari;
- ▶ sostiene la costruzione di **obiettivi** raggiungibili per il target e permette di ottimizzare le risorse esistenti (azioni del Pianificatore mirate rispetto ai bisogni rilevati);
- ▶ in un **approccio di rete**, in modo programmatico e flessibile permette di individuare setting, **percorsi diversificati**, **target**, fasi motivazionali e **strategie di intervento** necessarie;
- ▶ funziona in contesti complessi, è **evocativo e collaborativo**, permette la condivisione dell'obiettivo e ha il vantaggio che può essere adattato a diversi livelli, sia professionali che organizzativi;
- ▶ pone al centro libertà, autonomia e **responsabilità** delle persone di cambiare, favorendo il coinvolgimento attivo nei processi di cambiamento intenzionale;
- ▶ prevede il ricorso a strategie diversificate a seconda della tipologia di interlocutore (utente, decisore politico, contesto e gruppo) e dello **stadio motivazionale**; può essere **utilizzato a più livelli**;
- ▶ **fa emergere risorse e competenze nuove**, in base al contesto e ai tempi in cui si opera;
- ▶ offre una sonda, **una chiave di lettura** della mappa di azioni da attuare in più contesti, utile per fare una categorizzazione degli interventi.

## Il cambiamento del contesto nella pianificazione degli interventi: il ruolo dei processi

*Ogni attività a cui dai inizio con lo scopo di modificare il tuo modo di pensare, di sentire o di comportarti è un processo di cambiamento.*

Una parte fondamentale nel cambiamento intenzionale di un contesto è l'evocazione strategica delle forze, dei valori e delle ragioni per il cambiamento, rappresentata dalle **affermazioni orientate al cambiamento** che compaiono nelle relazioni.

Nell'ambito della presentazione di una proposta di promozione della salute è necessario chiedersi: "quali domande possiamo fare, che possano essere di sostegno, cioè che riconoscono i comportamenti positivi di quel contesto e le sue risorse?"

L'Approccio Motivazionale si fonda su una serie di passi progressivi: stabilire una relazione, focalizzare le priorità del contesto rispetto alla promozione della salute, pianificare cioè individuare specifici obiettivi e strategie per raggiungerli favorendo così l'attivazione di processi. I processi del cambiamento includono esperienze e azioni che permettono di passare da uno stadio motivazionale all'altro.

Il ruolo del contesto come agente attivo del cambiamento è la parte del TTM messa in atto con l'attivazione dei processi che sostengono il cambiamento. La focalizzazione sulla capacità di scegliere le domande giuste per suscitare affermazioni auto motivanti è finalizzata a prestare attenzione a come si sostiene intenzionalmente il passaggio da uno stadio motivazionale all'altro.

### Processi esperienziali nei contesti

**Aumento della consapevolezza:** processo per cui si promuovono azioni tese ad aumentare la conoscenza dei presupposti che rendono la promozione della salute efficace e come il processo di "primato della salute (personale e non medicalizzata), intesa come qualità delle relazioni, attenzione e incoraggiamento di comportamenti salutari, cura dell'ambiente" possano migliorare la qualità del contesto e dei servizi offerti, e benessere delle sue singole componenti.

*Quali azioni possono attivare questo processo?*

- ▶ **Attivazione emotiva:** un'esperienza rilevante di tipo emotivo capace di toccare sia la mente che il cuore può contribuire a far cambiare il proprio punto di vista.  
Esempi legati al problema: alta dispersione scolastica, spaccio di sostanze a scuola, studenti che si ubriacano in gita scolastica...  
Esempi legati alla soluzione: apprezzamento dei genitori per una positiva esperienza di *peer education*...  
Esempi legati a un luogo di lavoro, di cui anche i servizi sanitari fanno parte: riduzione dell'assenteismo sul lavoro e miglioramento della produttività nel medio e lungo periodo; potenziamento del benessere organizzativo, diminuzione dello stress lavoro correlato nel breve periodo.

*Quali azioni possono attivare questo processo?*

- ▶ **Autorivalutazione:** riconoscere come la modalità attuale di affrontare il tema della salute non sempre sono soddisfacenti e che questo è in contraddizione con lo standard qualitativo dei servizi offerti.
- ▶ **Rivalutazione ambientale:** riconoscere che non affrontare i bisogni di salute con modalità adeguate ha ricadute negative sui comportamenti dei lavoratori e può produrre rimostranze da parte degli utenti.
- ▶ **Liberazione sociale:** realizzare che un ambiente che promuove salute può introdurlo in una rete educativa sociale e sanitaria, riconosciuta come risorsa della comunità attiva che può valorizzarne i servizi.

## **Processi comportamentali**

### **Controcondizionamento:**

- ▶ **gestione del rinforzo:** restituzione di feedback periodici ravvicinati sui processi in corso;
- ▶ **autoliberazione:** comunicazione istituzionale e non e pubblicizzazione delle azioni svolte rivolta al personale interno e all'utenza;
- ▶ **relazioni di sostegno:** costruire relazioni positive tra i componenti del gruppo di lavoro ristretto che pianifica le attività, il resto del personale e l'utenza esterna. Includere nelle azioni l'attivazione di gruppo info educativi o infomotivazionali per personale interno e utenza sul cambiamento dei comportamenti disadattivi legati agli stili di vita.

**Strategie:** dopo aver effettuato la diagnosi motivazionale dello stadio in cui si trova il contesto, può essere utile attivare in modo strategico i processi a seconda della fase motivazionale.

## **Dalla Precontemplazione alla Contemplazione: processi del cambiamento più rilevanti**

### **Autorivalutazione**

Come attivare questo processo? Quali affermazioni automotivanti sollecitare? Di seguito alcune domande aperte atte a suscitare consapevolezza e motivazione:

- questo servizio si contraddistingue per la sua efficienza. Che ruolo ha la salute e la sua promozione in questo?
- qualcosa si potrebbe migliorare nei modi in cui le azioni di promozione della salute rivolte al personale sono messe in atto nel servizio?
- qualcosa si potrebbe migliorare nei modi in cui le azioni di promozione della salute rivolte all'utenza sono messe in atto nel servizio?

### **Rivalutazione ambientale**

Come renderlo evidente? Quali affermazioni automotivanti sollecitare? Di seguito alcune domande aperte atte a suscitare consapevolezza e motivazione:

- come si palesa lo stress lavoro correlato nel servizio?
- in quali occasioni non è stato possibile tutelare il benessere del personale?
- quali sono le rimostranze dell'utenza che hanno a che fare con il ruolo della promozione della salute in questo contesto?

### **Liberazione sociale**

Come renderla evidente? Quali affermazioni automotivanti sollecitare? Di seguito alcune domande aperte atte a suscitare consapevolezza e motivazione:

- realizzare che un ambiente che promuove salute può introdurlo in una rete educativa sociale e sanitaria, riconosciuta come risorsa della comunità attiva che può valorizzarne i servizi.
- che immagine della salute e della sua promozione lega e condivide questo servizio con il territorio?

- da cosa si evince?
- come potrebbe essere meglio riconosciuto da una comunità attiva il ruolo propulsivo sui temi di promozione della salute da parte del servizio?

### **Dalla Contemplazione alla Preparazione: processi del cambiamento più rilevanti**

#### **Autorivalutazione**

- Questo servizio si distingue per una certa efficienza. Come rendere più evidente il ruolo assunto rispetto alla salute e la sua promozione?
- Come si potrebbero migliorare i modi in cui le azioni di promozione della salute rivolte al personale sono messe in atto nel servizio?
- Come si potrebbero migliorare i modi in cui le azioni di promozione della salute rivolte all'utenza sono messe in atto nel servizio?

#### **Rivalutazione ambientale**

- Come renderlo evidente?
- Come sarebbe possibile ridurre lo stress lavoro correlato nel servizio?
- Con quali strumenti concreti sarebbe possibile tutelare meglio il benessere del personale?
- Quali sono le risposte più semplici che si potrebbero dare per rispondere alle rimostranze dell'utenza che hanno a che fare con il ruolo della promozione della salute in questo contesto?

**Autoliberazione:** comunicazione istituzionale e non e pubblicizzazione delle azioni svolte rivolta al personale interno e all'utenza.

- Come si potrebbero comunicare i provvedimenti presi per ricollocare l'intervento sulla promozione della salute al personale e da parte del personale all'utenza?
- Come si potrebbero pubblicizzare tutte le iniziative messe in atto per rendere evidente il ruolo di questo contesto nella diffusione di buone pratiche di promozione della salute?
- Che tipo di vantaggi si potrebbero prefigurare?

#### **Controcondizionamento**

- Come rendere più evidente il ruolo della "cura" dell'ambiente nell'idea di salute che si trasmette?
- Quali provvedimenti mettere in atto per iniziare a prendersi cura del benessere dei dipendenti?
- Quali sono gli aspetti del cambiamento del contesto che si vuole rendere prioritariamente esplicito con l'utenza?

#### **Relazioni di sostegno**

- Come favorire lo sviluppo di queste relazioni di "cura" diffusa per il personale?
- Quale offerta di supporto al cambiamento di stili di vita non salutari si possono offrire all'utenza?
- Come pubblicizzare e gestire la comunicazione dei cambiamenti messi in atto dal servizio?

# Formazione-trasformazione

**Formazione:** nella formazione gli esseri umani si creano, si danno forma e portano loro stessi in questa forma. Forma e formazione hanno la loro origine nella parola cultura, che deriva da **cura** (la circolarità a cui rimandano le radici etimologiche di molti dei nostri concetti fecondi funziona da bussola e navigatore fra le diverse mappe concettuali).

La formazione, come piacere di assumere una forma diversa attraverso l'apprendimento consapevole, non può non includere il valore dell'aspetto emozionale.

Il processo di formazione, cura e trasformazione di sé, riconosce potenzialità con lo scopo di rafforzarle, sono potenzialità la ragione, il potere dell'immaginazione, il giudizio, l'esperienza; la formazione può essere determinata solo formalmente; i contenuti e i materiali non possono essere obiettivi, ma solamente strumenti per l'apprendimento.

Di conseguenza anche la concezione di formazione si è evoluta:

- ▶ meno formazione "chiusa", più interazione seminariale;
- ▶ centralità di concetti aperti (fertili/fecondi nella accezione di H. Gardner) approfonditi con linguaggi diversi. Es: sostenibilità, complessità, salute, cura, diseguaglianze, ecologia, cambiamento;
- ▶ centralità delle competenze trasversali;
- ▶ apprendimento cooperativo e approfondimenti laboratoriali;
- ▶ educazione e supervisione fra pari.

È di certo utile suddividere il discorso sulla concezione della formazione a 2 livelli: il livello della costruzione di singoli moduli formativi e l'elaborazione del paradigma metodologico alla base della concezione stessa.

L'applicazione del TTM si è rivelata utile nella riconfigurazione del primo livello.

## L'applicazione del TTM nella formazione

Quale è l'apporto dell'applicazione del TTM al processo formativo? Che ulteriore innovazione introduce?

Contribuisce alle componenti sopra menzionate, affrontando ogni tema di salute in una prospettiva di "prendersi cura": inserendo le azioni in un quadro di cambiamento dei comportamenti, partendo dalla riflessione sul sé (saper essere), per modulare competenze e saperi.

Proviamo a chiarirlo con un esempio: **percorso formativo alimentazione e salute**.

Domande: gli argomenti sono affrontati con domande aperte che collocano nel qui e ora il tema da approfondire:

- ▶ come considero il mio comportamento alimentare?
- ▶ quali sono i miei vissuti rispetto al cibo?
- ▶ cosa vorrei cambiare?
- ▶ cosa mi sento in grado di cambiare?
- ▶ che obiettivo vorrei darmi?
- ▶ quali sono le informazioni essenziali che intendo veicolare sulla relazione alimentazione e salute?
- ▶ che obiettivi di cambiamento mi prefiggo?

*Quali sono i vantaggi di questa impostazione?*

Innanzitutto favorisce l'attenzione e la concentrazione sul tema; apre a più registri di approfondimento, è orientata verso il cambiamento, contestualizza le informazioni rispetto agli obiettivi.

Questa impostazione consente una immediata applicazione delle quattro componenti del Modello al gruppo di apprendimento, diversificando i percorsi per livello di motivazione, sostenendo l'autoefficacia e rinforzando gradualmente gli obiettivi di apprendimento.

Il TTM è un metodo di apprendimento naturale, graduale, aperto, progressivo e orientato dai bisogni e dagli obiettivi di apprendimento degli allievi.

Nell'eserciziario sono inserite alcune proposte di moduli formativi in cui l'applicazione del TTM è legato a tecniche interattive che favoriscono l'approfondimento scientifico, espressivo ed esperienziale dei contenuti appresi.

Per il secondo livello, invece, la riformulazione del paradigma della formazione che trasforma, ci soffermiamo in particolare sul ruolo dell'apprendimento cooperativo e della didattica orientata sulle Intelligenze Multiple.

# Apprendimento cooperativo

Classicamente, l'apprendimento è considerato esito di azioni unidirezionali di insegnamento che vedono un soggetto – in possesso di cognizioni, informazioni, contenuti da trasmettere – attivarsi all'interno di un percorso unidirezionale di comunicazione e di "riempimento" delle carenze, delle necessità, dei "vuoti" dell'altro. È evidente come questo disegno veda una parte – la prima, quella del trasmittente – porsi in posizione "attiva" e releghi il destinatario in una posizione subalterna e passiva.

In questa visione, parole come "passare", "trasmettere", "inculcare" i concetti, sono quelle che connotano le scene e i contesti di insegnamento/apprendimento. Ciò vale, in primis, in ambito scolastico, in cui spesso il perseguimento di obiettivi di apprendimento da parte degli studenti è confuso con l'adeguamento di questi ultimi alle prescrizioni e alle nozioni ricevute dagli insegnanti.

Anche se questo approccio si è via via ampliato, prendendo in considerazione e valorizzando entrambe le parti in gioco come soggetti di inter-azioni portatrici di arricchimento dei rispettivi gradi di informazione, conoscenza e consapevolezza, è solo in tempi recentissimi che si sono affermati in questo campo concetti che valorizzano la dimensione relazionale e circolare delle interazioni comunicative, evidenziandone le potenzialità e le opportunità di cui sono foriere, sia dal punto di vista del miglioramento del grado di coinvolgimento delle parti in gioco sia da quello dell'efficacia dei processi di apprendimento stessi.

## **L'apprendimento cooperativo**

Sono moltissime le occasioni della vita in cui un individuo sperimenta situazioni di apprendimento così come quelle in cui si pone nella posizione di insegnare a qualcun altro qualche cosa.

In tutti questi contesti è possibile rintracciare modalità differenti di posizionarsi delle persone in gioco. È possibile riconoscere a chi si pone in posizione "attiva" di fronte al "discente" atteggiamenti e comportamenti caratterizzati da intenti formativi (quando al contenuto informativo del messaggio si aggiunge la messa in discussione dello status quo), terapeutici (quando si persegue il cambiamento dell'altro), maieutici (quando la finalità è l'emersione degli elementi personologici), interpretanti (laddove l'interlocuzione diviene occasione per ridefinire i contenuti portati dai soggetti in gioco), militanti (se il processo è orientato a indirizzare i pensieri e le azioni dell'interlocutore), riparatori (nel momento in cui chi insegna si pone l'obiettivo di risolvere situazioni di mancanza del discente), trasgressivi (nell'ottica di destabilizzare schemi dati o consolidati), di-

struttivi (al fine, ad esempio, di sostituire nozioni e o comportamenti in essere con opzioni alternative).

Tecnicamente, l'"apprendimento cooperativo" costituisce una specifica metodologia di insegnamento attraverso la quale i discenti apprendono in piccoli gruppi, aiutandosi reciprocamente e sentendosi corresponsabili del percorso condiviso. Il "docente" assume un ruolo di facilitatore e di organizzatore delle attività, strutturando "ambienti di apprendimento" in cui i "discenti", favoriti da un clima relazionale positivo, trasformano ogni attività di apprendimento in un processo di "problem solving di gruppo", conseguendo obiettivi la cui realizzazione richiede il contributo personale di tutti. Tali obiettivi possono essere conseguiti se all'interno dei piccoli gruppi di apprendimento i "discenti" sviluppano determinate abilità e competenze sociali, intese come un insieme di "abilità interpersonali e di piccolo gruppo indispensabili per sviluppare e mantenere un livello di cooperazione qualitativamente alto" (Comoglio, *Verso una definizione del Cooperative Learning*, in: *Il Cooperative Learning. Strategie di sperimentazione, Quaderni di Animazione Sociale*, Torino: Edizioni Gruppo Abele 1999, p. 13).

In un processo di apprendimento collaborativo, a queste dimensioni "di base" se ne aggiungono altre, del tutto centrate sul piano relazionale, che caratterizzano l'inter-azione fra i soggetti in gioco: l'accettazione dei sentimenti dell'interlocutore (ovvero la capacità di "abitare" empaticamente la relazione); la comprensione delle influenze del contesto sul reciproco posizionamento degli interlocutori (nella logica di relativizzare le situazioni e le affermazioni), la capacità di cogliere e valorizzare gli elementi di *feedback* tipici di ogni processo comunicativo (riconoscendo e rimandando in un continuum di parole, sensazioni, sguardi, la dimensione sociale degli scambi in gioco), la valorizzazione dei contenuti e delle proposte che provengono dall'altro (in un equilibrio inter-soggettivo quanto più possibile paritario e promozionale delle competenze altrui).

Puntare sulla ricerca attiva da parte delle persone permette di valorizzare la propensione e l'atteggiamento di scoperta che caratterizza l'uomo fin da bambino e arricchisce di potenti opportunità educative ogni situazione di scambio di conoscenze e/o di informazioni:

- superando le modalità discendenti di insegnamento (basate sulla trasmissione frontale dei contenuti, sull'apprendimento fondato dalla ripetizione, sulla verifica formale degli apprendimenti individuali);
- passando da logiche deduttive di conoscenza a logiche induttive ed esperienziali;
- ridefinendo il ruolo stesso di chi insegna (da esperto sui singoli temi e/o discipline, a facilitatore di processi di costruzione della realtà, percepita ed elaborata insieme ai discenti).

Nella struttura cooperativa il livello di autorità tende a spostarsi (con gradualità diverse nelle varie situazioni) verso i discenti, invece di polarizzarsi sull'insegnante, come accade normalmente nelle strutture competitive o individualistiche.

Evidentemente, perché possano applicare meccanismi cooperativi di apprendimento, le persone devono apprendere questo stile sperimentando a loro volta situazioni di

collaborazione, a partire dall'età della scuola. A maggior ragione, dal momento che la cooperazione di gruppo è il cuore della vita democratica, la vita della e nella classe dovrebbe, quindi, rappresentare un processo democratico in micro, permettendo di sperimentare, nelle fasi della vita in cui si vanno formando atteggiamenti e comportamenti:

- ▶ l'interdipendenza positiva fra e con i coetanei, così come con gli adulti di riferimento;
- ▶ l'interazione promozionale vis a vis con gli altri;
- ▶ l'uso di abilità interpersonali nel piccolo gruppo;
- ▶ il controllo e la revisione delle esperienze e del lavoro di e in gruppo;
- ▶ la dimensione della ricompensa come importante aspetto relazionale.

### **Apprendere cooperando a scuola**

Come sappiamo bene anche per l'esperienza diretta che ne abbiamo avuto, a scuola, e in modo ancora più evidente nella classe, ciascun individuo sperimenta tre importanti livelli di interazione: l'interazione fra insegnante e studenti, tra studenti e contenuti del curriculum, tra studente e studente. Si tratta di inter-azioni e inter-relazioni che fondano il contesto scolastico quale dispositivo tradizionalmente e istituzionalmente previsto e organizzato.

Per assolvere al mandato sociale che le è assegnato, la Scuola (in questo caso con la "s" maiuscola e intesa come dispositivo istituzionale preposto all'istruzione delle giovani – e non solo – generazioni) ha per secoli polarizzato nel binomio "io insegno"/"tu impari" l'asimmetria fondante di ogni discorso educativo (in cui l'intenzionalità di una parte orienta e accompagna, nella relazione qui e ora, la soggettività e l'esperienza dell'altro), dando forma a occasioni e contesti di insegnamento/apprendimento fondati sulla certezza che attraverso le azioni programmate e progettate dal docente (adulto e per questo "più" esperto dei suoi allievi sia sul piano disciplinare sia su quello esperienziale) potessero essere prodotti gli apprendimenti degli allievi a lui affidati.

Solo a partire dagli anni '70, dopo il tramonto dell'epoca cognitivista, e di fronte alla richiesta di ampliare la propria *mission* con una *vision* che integrasse la funzione di insegnamento/apprendimento con quella più ampiamente educativa/formativa/preventiva, si sono diffusi anche nel contesto scolastico approcci alla didattica fondati su metodi attivi, capaci di riconoscere e valorizzare l'apporto di tutti i soggetti in gioco nei processi di insegnamento e apprendimento, senza per questo abdicare dalla responsabilità di orientamento valoriale e culturale propri della funzione magistrale in senso stretto.

Ciò è apprezzabile a maggior ragione quando, al di là della valutazione degli apprendimenti previsti a livello curricolare, si concentri l'attenzione sulla forma e la consistenza delle conoscenze, delle credenze, degli atteggiamenti e dei comportamenti di salute maturati dalle giovani generazioni nell'interazione con compagni e insegnanti.

Sappiamo, infatti, come la scuola concretizzi la sua azione su più piani, attraverso una molteplicità di occasioni e grazie all'interazione e agli esiti di diversi dispositivi, formali e non: la relazione quotidiana fra gli adulti – insegnanti/operatori/dirigenti – e i giovani-allievi, le lezioni frontali così come le discussioni di gruppo; il dibattito, lo scambio e il confronto fra identità e culture differenti; il mix di momenti formali e informali, la dimensione organizzata del contesto così come le sue connotazioni culturali e ambientali implicite.

La dimensione cooperativa nei processi di insegnamento e di apprendimento a Scuola:

- si fonda sulla capacità degli individui (in primis, ovviamente gli adulti depositari del compito di orientamento e di accompagnamento dei più giovani) di adottare uno sguardo ottimistico verso il futuro (per questo generatore e promotore di spunti costruttivi e positivi);
- caratterizza i rapporti fra le persone (giovani vs adulti, ma anche giovani vs giovani così come adulti vs adulti) nel qui ed ora come im-mediati e condivisi passaggi fra passato e futuro (in particolare, ad esempio, quando favorisce la messa in comune delle storie delle persone e la rielaborazione in spazi relazionali – prima ancora che fisici – delle ipotesi di crescita e di cambiamento di ciascuno);
- stimola l'adozione da parte delle persone di atteggiamenti e criteri flessibili e aperti nell'approccio, nella decodifica e nella comprensione dei contenuti e delle situazioni di conoscenza, coerentemente con le finalità formative ed educative proprie del contesto;
- permette di rinforzare le capacità di scelta delle persone, a partire dalla sperimentazione in concreto di situazioni in cui i diversi punti di vista e il bagaglio di conoscenze di ciascuno trovano cittadinanza, assumendo valore e senso all'interno di percorsi di crescita condivisi.

Collocandosi in questa prospettiva, la didattica – trasversalmente alle diverse aree disciplinari:

- stimola iniziativa e desideri dei discenti;
- utilizza le motivazioni intrinseche e personali, trasformandole in occasioni e spunti per imparare;
- esige flessibilità nell'esercizio del proprio ruolo da parte del docente (teorico nella fase di Preparazione; animatore/facilitatore e catalizzatore nella gestione dell'aula, progettista, verificatore ecc.);
- prevede un contratto partecipato fra allievi e docenti;
- facilita un clima sereno;
- valorizza l'aspetto ludico e di ricerca;
- stimola la responsabilizzazione delle persone.

L'adozione di stili collaborativi di apprendimento (e conseguentemente di insegnamento) permette alla Scuola (questa volta intesa come comunità educativa) di promuovere fattivamente la Salute delle persone che quotidianamente in essa vivono, dal momento che:

- favorisce e rinforza la stima di sé delle persone, al di là dei rispettivi ruoli e delle diverse responsabilità;
- promuove il miglioramento della qualità dei rapporti fra gli allievi, fra questi e i docenti, fra gli insegnanti stessi e fra questi e i genitori;
- moltiplica le occasioni di conoscenza e di apprendimento a disposizione degli allievi e più in generale delle persone;
- migliora la qualità dell'ambiente fisico in cui l'interazione si colloca;
- cura i buoni rapporti con le famiglie e la comunità;
- promuove il benessere dei docenti;

- ▶ valorizza l'azione dei servizi sociali e sanitari nell'ambito della propria programmazione didattica e formativa.

Perché questi meccanismi virtuosi si inneschino è opportuno che gli insegnanti curino la preparazione delle attività didattiche:

- ▶ predispongano liste di comportamenti collaborativi efficaci e sappiano esprimere approvazione nei confronti di chi li adotta;
- ▶ mantengano i gruppi insieme per un tempo sufficiente a sviluppare coesione e spirito di gruppo;
- ▶ premiano gli studenti per i loro cambiamenti positivi, in modo tale da rinforzare i comportamenti virtuosi dei singoli e la crescita del gruppo.

D'altra parte, è importante che gli studenti:

- ▶ sviluppino motivazione sull'opportunità e sulla possibilità di aiutarsi;
- ▶ maturino la convinzione e la sensazione di essere responsabili verso il gruppo di cui fanno parte e apprezzino l'importanza di rendere conto al gruppo stesso (come anche a se medesimi) su come migliorare;
- ▶ acquisiscano competenze utili a un lavoro cooperativo efficace.

### **L'apprendimento collaborativo nella promozione della salute e nella prevenzione**

Sappiamo bene che la nostra concezione di salute, intesa come capacità di valorizzare le nostre potenzialità di "star bene" e di "star meglio", è frutto di lunghi e complessi percorsi di apprendimento in cui hanno interferito positivamente le nostre figure adulte di riferimento (in primis i genitori e in senso lato i familiari), le caratteristiche e le culture dell'ambiente e dei contesti in cui siamo cresciuti, così come l'insieme di informazioni e conoscenze con cui siamo entrati via via in contatto nei diversi contesti di apprendimento e di confronto, formali e non.

Sappiamo, inoltre, che non può esistere vera educazione, e quindi nemmeno vera educazione alla salute, laddove non ci sia costruzione di novità.

Proprio per tali ragioni, in questo campo, è cruciale adottare approcci che per il loro intrinseco potenziale di ri-vitalizzazione delle relazioni e dei contesti assumono un ruolo centrale nel rafforzamento delle possibilità generatrici di apprendimento degli individui in tutti i contesti. Ciò a maggior ragione quando si vogliono trattare, in ottica promozionale, le questioni legate al rafforzamento/miglioramento delle concezioni e delle condizioni di salute delle persone e delle comunità.

È dimostrato, infatti, che orientare gli sforzi educativi in senso collaborativo permette:

- ▶ migliori risultati degli studenti: tutti gli studenti lavorano più a lungo sul compito e con risultati migliori, migliorando la motivazione intrinseca e sviluppando maggiori capacità di ragionamento e di pensiero critico;
- ▶ relazioni più positive tra gli studenti: gli studenti sono coscienti dell'importanza dell'apporto di ciascuno al lavoro comune e sviluppano pertanto il rispetto reciproco e lo spirito di squadra;
- ▶ maggiore benessere psicologico: gli studenti sviluppano un maggiore senso di auto-efficacia e di autostima, sopportano meglio le difficoltà e lo stress.

# Didattica orientata sulle Intelligenze Multiple

Perché le intuizioni di Howard Gardner possono essere utili per indirizzare un percorso formativo con obiettivi aperti e un forte scambio fra docenti-formatori e colleghi in formazione?

L'aspetto di interesse per il testo è che a partire dalla descrizione delle Intelligenze Gardner è pervenuto alla elaborazione di un progetto metodologico formativo che può risultare particolarmente adatto in quel contesto di *formatio*-formazione-*transformatio* alla base della FAD, in un processo formativo flessibile, divergente, dinamico.

Come si articola la proposta, che ben si adatta alle competenze del ruolo di Formatore prima presentato?

Alla base del percorso di apprendimento-insegnamento c'è l'individuazione di quello che Gardner definisce "**concetto fertile/fecondo**".

**a. Struttura:** la formazione non è veicolata dall'apprendimento di informazioni/contenuti chiusi, ma dall'articolazioni di concetti fecondi aperti, processabili da stili di pensiero diversi. su cui articolare le connessioni più proficue all'approfondimento del pensiero. Un concetto è adatto quando è complesso, aperto, fertile, rispetto a diversi tipi di approccio conoscitivo. Tempo, durata, numero, successione, nascita, relazione, sono buoni esempi di concetti da utilizzare nella prospettiva delle Intelligenze Multiple.

**b. Metodo:** il concetto fertile è analizzato attraverso linguaggi didattici differenziati che ne favoriscono la piena comprensione e rielaborazione con i registri della:

- narrazione: il concetto è raccontato dai diversi punti di vista dei partecipanti. La narrazione consente la condivisione dei vissuti individuali sul tema; l'ampliamento delle connessioni con altri concetti di interesse e la costruzione di più percorsi su cui impostare le azioni di apprendimento/insegnamento. In questo modo sono i bisogni e le competenze dell'aula a orientare la didattica e non il sapere del docente-formatore;
- quantificazione: esploro il concetto attraverso numeri, relazioni di causa-effetto, percentuali di attribuzione: l'esplorazione quantitativa è dedicata sia alla definizione che al monitoraggio degli strumenti selezionati per valutare informazioni/conoscenza (sapere), competenze (saper fare) abilità acquisite/esiti del cambiamento personale dopo la formazione (saper essere). Si approfondisce, in sostanza,

il linguaggio comune tecnico e non che descrive cosa è necessario sapere da tutti del concetto fertile, a cosa servono e dove vengono utilizzate le informazioni necessarie, come trasformano il modo di guardare i problemi e come intervengono a migliorare la prestazione lavorativa (contributo alla consapevolezza);

- analisi valoriale: concentrazione sull'importanza di un fatto per la comprensione del contesto; spiegazione della sua rilevanza. Il concetto fecondo porta con sé una costellazione di concetti, idee, immagini. Questo tipo di analisi consente di definire gli alberi degli obiettivi a partire dall'approfondimento e dalle priorità emerse dai contributi dell'aula.

**c. Valutazione:** la valutazione continua della partecipazione al processo di insegnamento-apprendimento è fondamentale per stimolare il coinvolgimento attivo dei discenti con domande di stimolo e aiuto al gruppo; per far luce sulle questioni di fondo, per favorire lo sviluppo del pensiero divergente.

**d. Comprensione/consapevolezza del significato** dei concetti fertili appresi e delle loro espansione attraverso un processo di interiorizzazione fondato su:

- Estetica: favorire domande e approfondimenti che vadano nella direzione del perché è bello occuparsi di certi argomenti, quali vantaggi si ottengono, come migliorano la nostra vita. Di questa dimensione fa parte anche la capacità di suscitare la bellezza della sfida dell'apprendimento continuo;
- Etica: la capacità di inserire i concetti in un quadro di riferimento valoriale che sia di orientamento alla vita pratica. Favorire domande e approfondimenti che vadano nella direzione del perché è giusto, utile e necessario occuparsi di certi temi, suscitando la responsabilizzazione e l'interesse personale nella trasmissione delle competenze acquisite.

**e. Capacità d'analisi, sintesi e generalizzazione:** il sistema di insegnamento-apprendimento dovrebbe prevedere l'attualizzazione dei contenuti e la comprensione della contemporaneità favorendo:

- "la capacità di pensare in modo analitico attraverso la confidenza con il linguaggio tecnico disciplinare per poterlo applicare proficuamente e flessibilmente alla gestione di problemi e contribuire alla costruzione di un sistema comunicativo inter-settoriale di informazioni, competenze e condivisione di "visione comune";
- "la capacità di affrontare i problemi e le questioni che non rispettano i confini disciplinari";
- l'interazione civile, segnata da reciprocità e apertura nei confronti di società interculturale, visione ecologica, contrasto alle diseguaglianze.

Nell'eserciziario si propone un esempio applicativo della didattica orientata sulle Intelligenze Multiple che ha scelto come concetto fertile il concetto di salute.

C'è una convinzione alla base di questa impostazione: la formazione non è o non dovrebbe essere aggiornamento, ma riscoperta, rilettura, approfondimento, scoperta, trasformazione, sfida e soprattutto piacere, occasione per migliorare il proprio modo di porsi verso il sapere; quindi *formatio*-formazione-*transformatio* è prima di tutto un'occasione di crescita individuale.

# **APPLICAZIONE DEL TTM NELLE AZIONI DI PIANIFICAZIONE E FORMAZIONE**

## **Sintesi**

Il Corso FAD ha in realtà due tipologie di destinatari privilegiati: i Pianificatori (professionisti provenienti da più settori che hanno ruolo e competenze per contribuire all'attuazione del piano della prevenzione ) e i Formatori (che supportano la gestione e la realizzazione dei piani formativi).

Ognuno dei moduli di cui la FAD è composta contiene informazioni, riferimenti concettuali e metodologici, strumenti operativi utili alle due categorie di riferimento, peraltro spesso molto eterogenee per provenienza e competenza.

La mappa concettuale, pertanto, si è limitata a evidenziare quali sono le caratteristiche principali riconducibili ai rispettivi ruoli e la tipologia di formazione che può facilitare un apprendimento aperto, più utile, a nostro avviso, a cogliere le implicazioni di una autentica Promozione della Salute (così come auspicata dall'OMS) garantendone le peculiarità e le specificità.

La mappa concettuale è stata affrontata in modo molto diverso nella parte dedicata ai Pianificatori, rispetto alla parte dedicata ai Formatori.

Per i primi si sono date indicazioni dettagliate e presentati strumenti procedurali per favorire l'inserimento dell'Approccio Motivazionale nella prassi di una organizzazione aziendale.

Per i Formatori si è posta l'attenzione non su contenuti essenziali (ampiamente presenti nel corso FAD), ma sulle modalità per gestire un contesto di apprendimento cooperativo e aperto in una dimensione di Aula.

In ognuna delle tre mappe concettuali sono da cogliere, anche quando non espressamente indicate, le connessioni approfondite nella postfazione che illumina molto efficacemente la relazione fra natura biologica, cultura, apprendimento, memoria, realtà (nelle sue diverse connotazioni), consapevolezza del sé individuale, comunitario ed espanso all'ambiente.

# Postfazione

## Neuroscienze

### e Modello Transteorico del Cambiamento

*Cristian Chiamulera*

#### **Proprietà emergenti: cervello, comportamento e luoghi**

La ricerca di base in ambito biologico ha svelato i meccanismi sottostanti processi, fenomeni e sintomi che caratterizzano la mente umana. In particolare, le Neuroscienze e la Psicologia sperimentale hanno indicato le basi molecolari e cellulari dei processi psico-comportamentali che caratterizzano le funzioni emotive e cognitive. Rimane tuttavia la difficoltà nel concettualizzare la complessità e unicità della mente in termini di semplici meccanismi. Per esempio, come poter spiegare l'emergere della coscienza e del pensiero auto-riflessivo? Come spiegare l'individualità o il libero arbitrio? La credenza più comune è che l'approccio scientifico riduzionista non sia in grado di provvedere a tali risposte, esattamente come le caratteristiche di un mattone non possono spiegare un edificio architettonico. Oppure, all'estremo opposto, che tutto sia basato unicamente su una semplicistica visione fondata sul neurone.

Quale definizione, allora, quale approccio di conoscitivo che ci possa aiutare – pragmaticamente – a capire la mente umana? Con questi presupposti "pratici", si potrebbe appunto partire dalla Biologia, sapendo che il cervello è un "organo di relazione", della relazione tra le varie componenti del corpo e ciò che sta all'esterno. Il cervello quindi come sistema morfo-funzionale di relazione tra corpo e ambiente, frutto di un'evoluzione basata sull'adattamento e modulazione reciproci, dove uno agisce sull'altro e viceversa.

La scienza dei sistemi complessi degli ultimi anni ha fornito ulteriori modelli e paradigmi – anche nelle Neuroscienze – che hanno permesso di ampliare queste conoscenze (chiamiamole "di partenza") estendendo l'indagine alla complessità e alla individualità. Tali approcci studiano le Neuroscienze della coscienza proponendo modelli dove appare fondamentale il rapporto tra meccanismi "bassi" e caratteristiche "superiori" (Varela li definiva *locali* e *globali* rispettivamente), con i primi che ricevono le afferenze dall'esterno e le dirigono verso l'alto (*bottom-up*) mentre le caratteristiche superiori,

globali, governano le interazioni locali (*top-down*) in base anch'essi ad interazione con l'ambiente. Una *causalità reciproca*.

Il concetto su cui si basano questi modelli è quello delle proprietà *emergenti*. Il cervello è composto da neuroni, sinapsi, circuiti e vie nervose che crescendo di complessità strutturale acquisiscono nuove proprietà rispetto ai livelli sottostanti, nuove caratteristiche che appunto *emergono*. Una rete neurale possiede delle caratteristiche funzionali che non possono essere inferite dalla proprietà del singolo neurone, anche se è formata da un insieme di quest'ultimi. Con il crescere della complessità biologica, la funzione emerge alla coscienza come pensiero, emozioni e comportamento, come sintomi e fenomeni. L'azione, la parola, il gesto inducono effetti sia sul corpo sia sull'ambiente circostante che si ripercuotono – come un boomerang – sui processi e meccanismi cerebrali i quali si adattano così a modificare il loro funzionamento originale. Si tratta quindi di un continuo ed evolutivo dialogo biologico da neuroni e sinapsi ai processi psicologici e comportamentali, e viceversa.

Questa relazione reciproca di modifica delle funzioni dal basso verso l'alto e viceversa suggerisce intuitivamente che il nostro cervello possieda fondamentali caratteristiche di flessibilità e adattamento. Infatti, la scoperta di queste caratteristiche come il neuroadattamento e la neuroplasticità – a vari livelli di complessità biologica – sta fornendo le basi per spiegare sintomi e fenomeni.

L'organismo ed il suo elettivo organo di relazione - il cervello - non sono quindi delle macchine *cibernetiche* che rispondono automaticamente a input e output, ma possiedono la possibilità di un adattamento funzionale basato su un cambiamento di struttura e morfologia. Si può affermare che noi diventiamo quello che percepiamo, pensiamo, proviamo e facciamo – nell'interazione con l'ambiente circostante.

*La relazione reciproca tra l'individuo e l'ambiente è opportunità e potenzialità di cambiamento. Carlo DiClemente, in un suo commentario sulla rivista Addiction (2010), ricorda come cervello e comportamento sono strettamente inter-correlati, "spesso eludendo i nostri sforzi di [...] pensiero lineare e dicotomico sui fenomeni cervello-comportamento". Sempre nello stesso commentario, egli suggerisce che le generalizzazioni sui rapporti causa-effetto che si portano a spiegare per esempio intervento come la mindfulness, potrebbero essere in realtà delle dei rapporti, delle operazioni di auto-regolazione e modulazione reciproca tra aree cerebrali ed input esterni. La MTT stessa, in generale, è basata su una imprescindibile relazione cervello-comportamento che include concetti come l'adattamento, il rapporto reciproco tra parti e funzioni, ed il ruolo dell'interazione con l'ambiente.*

### **Memoria: plasticità, tempo e esperienza**

La complessità dell'interazione tra cervello-comportamento e ambiente non si riduce, tuttavia, a una lunga teoria di azioni/reazioni che si esauriscono nell'istante. La neuroplasticità è il fattore biologico che porta nell'equazione la componente temporale del *futuro*. Se il cambiamento instauratosi non è adattativo, non c'è futuro. Se al contrario lo è, la funzione si esprimerà nel futuro in modo adattativamente diverso, ipoteticamente migliore. Neuroplasticità è il meccanismo alla base anche delle varie forme di funzione cerebrale che noi chiamiamo memoria. La memoria intesa non solo come quella consapevole,

autobiografica, ma anche come archivio di informazioni, di schemi, che permettono di definire piani esecutivi (strategie), e prendere decisioni e azioni (tattiche). La memoria è anche emozionale: riconosce segnali come situazioni, espressioni facciali, segnali di pericolo o di piacere, e regola comportamento, risposte neurofisiologiche e somatiche.

La memoria biologicamente risiede in diverse aree del cervello. Ma il termine "risiede", comodo per visualizzare un archivio, un deposito, una libreria, in realtà non rende correttamente cosa è la memoria, come si forma. L'apprendimento consiste in una serie di eventi sinaptici che innescano risposte persistenti a livello neuronale, come sintesi di nuove proteine e enzimi, formazione di nuovi prolungamenti e connessioni. La funzione si trasforma così in morfologia, una trasformazione sempre plastica, che si adatta alla frequenza e alla intensità degli impulsi che riceve. La memoria intesa anche come richiamo del suo contenuto – che emerga o no alla consapevolezza – è riattivazione di meccanismi molecolari e funzioni a livello di sinapsi, neuroni e circuiti a suo tempo coinvolti nel processo dell'apprendimento. La memoria è quindi definibile come un processo dinamico e non come una caratteristica statica. I meccanismi alla base delle memorie possono originare anche da esperienze e situazioni come stress, traumi, conseguenze di cattivi stili di vita e molte altre. Queste memorie *maladattative* possono essere alla base di alcuni disturbi psichici, ma anche rimanere sotto-soglia non espresse per lungo tempo, per poi manifestarsi sottoforma di evitamenti e fobie.

*Non siamo solo un ciclo di input-output, in un eterno presente, ma possediamo una proprietà che rimane nel tempo: la memoria. La memoria che lega l'individuo al tempo ed alle sue esperienze è un ulteriore fattore favorente il cambiamento. La memoria quindi come ulteriore caratteristica morfo-funzionale del cervello il cui contenuto si crea nella relazione con l'esterno, lo Spazio, ma possiede durata, Tempo. Si potrebbe dire a riguardo che nella MTT il tempo ha due ruoli. Il tempo della storia passata dell'individuo come elemento ineludibile, come caratteristica soggettiva dell'esperienza passata ma anche potenzialmente disponibile nel presente all'indagine e alla sua oggettivazione. Il secondo ruolo è il tempo del percorso del cambiamento, attraverso i suoi stadi, passaggi che lasciano segnali su cui regolare e modulare l'affettività, la motivazione ed il comportamento di cambiamento proiettato nel futuro del percorso stesso.*

### La prospettiva fenomenologica

Quanto visto finora fornisce concetti ed evidenze (gli uni si basano sulle altre e viceversa) che dalle Neuroscienze alla Psicologia cognitivista si intersecano e dialogano con la MTT. Altri spunti giungono tuttavia anche da settori diversi, dove la dialettica con le Neuroscienze ha presentato delle apparenti inconciliabilità ma anche sinergie. Un recente approccio alla cognizione basato sulla filosofia fenomenologica è il paradigma delle 4-E, dall'inglese delle parole *embodied*, *enacted*, *extended* e *embedded*, traducibili come *cognizione incarnata*, *agente*, *estesa* e *immersa*. Il paradigma della cognizione 4-E afferma che la cognizione non risiede solamente nel cervello ma si svolge anche esternamente a esso nel corpo, nell'azione, nello spazio extra-corporeo e nell'ambiente:

- ***embodied***: il cervello è nel corpo, tale che i processi cognitivi trascendono dall'interazione corpo-cervello;

- **enacted**: siamo potenzialità d'azioni che nascono dall'interazione percezione-azione;
- **extended**: siamo oltre il corpo, nel raggio d'azione extra-corporeo in cui può risiedere e agire la nostra attività cognitiva, ovvero la relazione corpo-cervello-spazio prossimale;
- **embedded**: siamo parte dell'ambiente, siamo immersi in uno spazio fisico ricco di stimoli percettivi e segnali, ovvero la relazione corpo-cervello-spazio distale.

Il paradigma delle 4-E va oltre la convenzione della cognizione come processo interno che genera output di conoscenza e azione. Aggiunge complessità fattoriale ma ottimisticamente in un'ottica di prevenzione e riabilitazione, e quindi anche di opportunità. La cognizione non è più determinata dalle intenzioni e credenze di un individuo agente, ma anche da accadimenti dell'ambiente. Il paradigma delle 4-E nasce da numerose influenze in Psicologia (per esempio il lavoro di Gibson su percezione e spazio), dalle Neuroscienze, così come si basa molto sulla filosofia fenomenologica. L'interconnessione tra il metodo scientifico delle Neuroscienze e la ricerca fenomenologica ha prodotto linee progettuali in quell'area di ricerca denominata Neurofenomenologia, ove l'esperienza soggettiva, per esempio della percezione estetica, è legata causalmente o correlativamente a meccanismi e processi cerebrali.

Le 4-E si collocano inoltre in un continuum che non esula da quanto noto dalle Scienze neurobiologiche, cognitive e della su descritta emergenza di struttura e funzioni, della memoria. Plasticità e adattamento non sono solo una caratteristica anatomo-funzionale, ma diventano lo strumento per il raggiungimento del fine cognitivo, pratico a cui l'individuo tende. Il prendere in considerazione le proprietà delle 4-E definisce così una cognizione energeticamente economica, che garantisce regolarità e automatismi, ma anche opportunità di cambiamento.

*Le 4-E offrono un paradigma di analisi e studio sulla multidimensionalità cognitiva dell'individuo che può fornire una visione più complessa (un'ulteriore proprietà emergente?) del rapporto cervello-comportamento-ambiente. La MTT mette sempre in primo piano l'elemento della relazione multifattoriale con l'ambiente. Il cambiamento in funzione del luogo, della relazione, della socialità. La MTT che può agire non solo sull'individuo e sulle sue risorse mentali considerate come esclusivamente interne, ma anche sui numerosi fattori di interazione con il corpo, lo spazio (prossimale e distale) e l'azione.*

### La prospettiva digitale

Le capacità cognitive dell'essere umano sono state implementate nel corso della sua storia da tecnologie come il linguaggio e la scrittura. Lo sviluppo di queste tecnologie ha a sua volta permesso la modifica e l'adattamento di caratteristiche morfo-funzionali, per esempio quelle delle aree cerebrali del linguaggio.

Nei secoli, altre tecnologie – come gli utensili, la stampa, e molte altre – hanno gradualmente fornito all'essere umano un vantaggio nell'agire all'esterno del proprio corpo, ma anche conseguentemente una modifica delle sue funzioni cognitive. Per esempio, l'uso della calcolatrice o del cellulare per operazioni algebriche o per memorizzare informazioni demandando a queste protesi esterne funzioni mentali di calcolo e memoria (*non siamo più capaci di fare i calcoli a mente*). Ritroviamo quindi quel dialogo circolare

ove l'azione nello spazio a sua volta permette la generazione di feedback che a loro volta modellano plasticamente il meccanismo cerebrale. L'esercizio, ed il tipo di esercizio, modificano l'organo.

Analogamente, si può quindi ipotizzare che la recente esternalizzazione digitale di molte funzioni cognitive stia ristrutturando il funzionamento delle stesse funzioni agendo tramite la proprietà della neuroplasticità. Un'intera generazione di nativi digitali è cresciuta con questi strumenti e sta sviluppando caratteristiche cognitive diverse dai più anziani. Dal punto di vista delle criticità, si osserva aumento della distraibilità e perdita di performance in compiti che richiedano focalizzazione e attenzione. La trasformazione digitale comporta tuttavia nel frattempo anche dei vantaggi che si riflettono sulle funzioni neurocognitive e sui comportamenti:

- ▶ l'informazione è più facilmente e rapidamente fruibile in quanto parte della memoria è allocata esternamente alla materia del cervello;
- ▶ Internet è un'immensa fonte di informazione;
- ▶ i social sono un modo di interazione sociale con impatto positivo sulle emozioni;
- ▶ è possibile instaurare tramite app dedicate dei condizionamenti motivanti a comportamenti sani e positivi di stile di vita.

Al di là dei noti ed evidenti problemi, come la difficoltà di autorevolezza e autenticità dell'informazione e i rischi di una socialità de-personalizzata, superficiale e fisicamente de-localizzata, l'uso della tecnologia è comunque gratificante: accesso rapido a informazioni, musica a scelta, shopping, cibo a domicilio, ampia rete di contatti e amici, monitoraggio sul cambiamento dei propri stili di vita.

L'attività digitale permette quindi esperienze che coinvolgono in modo nuovo i nostri processi cognitivi, affettivi e motivazionali. Un nuovo modo di pensare e agire si sta così sviluppando grazie alla tecnologia digitale. Il quesito è quindi come il digitale possa essere uno strumento pragmaticamente utile. Se il digitale riesce a entrare nel cervello permettendo un nuovo modo di funzionare, la sfida è identificare la modalità più efficiente e sicura. Se la digitalizzazione agisce sul cervello e sui comportamenti – oltre a vigilare sui possibili danni – è doveroso cercare di coglierne i vantaggi da applicare in condizioni sicure e controllate.

*Da questo punto di vista, è stata esplorata la possibilità che interventi motivazionali brevi forniti tramite computer possano portare dei vantaggi negli interventi info-educativi in confronto a all'intervento fornito da personale in carne ed ossa. Carlo DiClemente ha esplorato l'applicabilità di queste tecnologie digitali nell'intervento con adolescenti (Gryczynski et al., 2021), in ambito pediatrico (Giudice et al., 2015) ed in genere valutando interventi nei fumatori (DiClemente, 2020). Il messaggio di questi lavori è ovviamente in linea con l'approccio rigoroso che caratterizza la ricerca scientifica, ovvero condurre studi e indagini senza il rischio di un bias che vada a cercare la risposta che conferma l'ipotesi di efficacia o superiorità. La prospettiva digitale ed il suo potenziale uso a supporto delle tecniche usate sul MTT richiede valutazioni progettate specificatamente sulle diverse popolazioni e obiettivi di cambiamento.*

### **Epilogo: Realtà Virtuale, Luoghi di Prevenzione e MTT**

Un aspetto che abbiamo affrontato a Luoghi di Prevenzione è il valore e il ruolo dello spazio, inteso come luogo ma anche come socialità. L'argomento ha avviato un percorso che ha esplorato come alcune tecnologie digitali potessero offrire un modello da utilizzare per comunicare l'esperienza di situazioni diverse (per esempio, a rischio o protettive), comunicarle ed utilizzarle per l'intervento info-educativo in particolare modo alle nuove generazioni. Il processo di valutazione ci ha portato a prendere in considerazione la Realtà Virtuale. La Realtà Virtuale è uno strumento per rispondere a quesiti e interpretare risposte senza per questo assegnare caratteristiche di "soluzione", "rimedio magico" o "tecnica terapeutica" atta a rivoluzionare conoscenze e competenze. Abbiamo avviato una sperimentazione sulla Realtà Virtuale come tecnologia paradigmatica di un nuovo modo di fare ricerca, intervento, riabilitazione, ma anche educazione e prevenzione, partendo dai presupposti scientifici su illustrati e legati all'applicazione della MTT.

La Realtà Virtuale offre una esperienza mentale che coinvolge le afferenze sensoriali e percettive (l'immersione), la presa di consapevolezza cognitiva e la possibilità di mettere in atto azioni (il coinvolgimento), potenzialmente generalizzabili nella vita reale. Lo studioso italiano Giuseppe Riva (2016) suggerisce che la Realtà Virtuale, oltre a essere uno strumento per la terapia e la riabilitazione, possa essere una tecnologia *trasformativa*, ove questa definizione indichi un processo ciclico di esperienza che porti a un cambiamento. Il coinvolgimento sensoriale, cognitivo ed emozionale garantisce un maggiore livello di apprendimento, una partecipazione attiva al compito e la consapevolezza del risultato e dei miglioramenti ottenuti. Il risultato positivo viene appreso anche emozionalmente, e ciò contribuisce a migliorare la motivazione alla ripetizione dell'atto corretto. Ritroviamo così una analogia con la MTT, non tanto nei presupposti teorici ma nella comune realizzazione applicativa che si sviluppa – al di là del simbolismo della ciclicità che le accomuna – in un continuum temporale del processo.

L'opportunità della Realtà Virtuale è stata quindi considerata nella collaborazione tra Luoghi di Prevenzione e Università di Verona come la disponibilità di un modello non solo sperimentale ma anche esperienziale per spingersi ai confini e fuori del laboratorio. Nelle numerose attività svolte abbiamo esplorato il confronto tra esperienza individuale e personale nel relazione con il fumo e l'alcol, le caratteristiche ambientali domestiche o urbane che modulano percezioni, umore e desiderio, così come lo studio di situazioni a rischio o protettive. La Realtà Virtuale ci ha permesso di esplorare questi aspetti sottolineando l'importanza dell'interpretazione analitica e nel contempo di quella fenomenologica. L'esperienza digitale può rendere possibile virtualmente ciò che non è altrimenti accessibile finché non se ne crei l'occasione reale, suggerisce Riva, e permette un livello di auto-riflessione guidata e controllata maggiore dell'immaginazione e della rievocazione. Noi la proponiamo come uno strumento che può offrire ulteriori potenzialità all'intervento basato sulla MTT non solo per le sue caratteristiche di tecnica controllabile e standardizzabile, ma anche per il suo essere adattabile alla persona, alle sue esperienze (Benvegnù et al., 2021) e al suo spazio (Chiamulera et al., 2017), come anche suggerito da altri ricercatori (Wienrich et al., 2021).

# Bibliografia ragionata

Il testo è rivolto principalmente a professionisti, Pianificatori e Formatori coinvolti nell'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione e in particolare a chi utilizza la Piattaforma didattica di Luoghi di Prevenzione; **è percorribile secondo tre mappe concettuali** corredate da una breve bibliografia ragionata.

## **Prima mappa concettuale: Approccio Motivazionale**

**La descrizione del Modello Transteorico del Cambiamento si riferisce principalmente a:**

DiClemente CC, *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*, New York: Guilford 2003.

Velasquez MM, Crouch C, Stephens NS, DiClemente CC (2015), *Terapia di gruppo per abuso di sostanze. Manuale per un percorso a stadi*, Il Mulino Edizioni 2018.

DiClemente CC, *Screening, brief intervention, and referral to treatment: An efficacious public health approach to substance use prevention and treatment*, 2020.

DiClemente C C, Graydon MM, *10 changing behavior using the Transtheoretical Model*, The Handbook of Behavior Change 2020;136.

**La bibliografia che, direttamente o indirettamente, fa riferimento al Modello, è sterminata. Ci limitiamo a segnalare testi che hanno contribuito a caratterizzare l'approccio e l'intervento motivazionale cui rimanda il testo:**

Miller WR, Rollnick S, *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*, Edizioni Erickson 2004.

Bandura A. (Ed.), *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione*, Edizioni Erickson 1996.

**Per l'approfondimento di una relazione di aiuto focalizzata sui bisogni espressi dall'utente:**

Rogers CR, *Terapia centrata sul cliente*, vol. 7, Edizioni La Meridiana 2007.

**Per le definizioni di counselling come modalità affine, ma non corrispondente all'Approccio Motivazionale:**

Mucchielli R, *Apprendere il counseling*, Centro studi Erickson, 1987.

## **Seconda mappa concettuale: fondamenti culturali**

**I riferimenti costituiscono le basi culturali su cui è stata declinata l'applicazione del TTM come poetica e pratica del cambiamento intenzionale.**

### **L'approccio fenomenologico:**

Binswanger L, Giacanelli F, Filippini E, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, Feltrinelli 1970.

Husserl E, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Il saggiatore 2015.

Borgna E, *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli Editore 2001.

Borgna E, *Le emozioni ferite*, Feltrinelli Editore 2010.

Borgna E, *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli Editore 2018.

### **È inserito nella rilettura dell'opera di:**

Hillman J, *La vana fuga dagli dei*, Milano: Adelphi 1991

Hillman J, *Fuochi blu*, tr. it. di Bottini A, Milano: Adelphi 1996.

Hillman J, *L'anima dei luoghi: conversazione con Carlo Truppi*, Milano: Rizzoli 2004.

Hillman J, *Anima. Anatomia di una nozione personificata*, Milano: Adelphi 2002.

### **E nella poetica della rêverie di:**

Bachelard G, *La poetica dello spazio*, Edizioni Dedalo 2006.

Bachelard G, *La poetica della rêverie*, Edizioni Dedalo 2015.

Bachelard G, *Psicanalisi delle acque*, Red. Edizioni 2015.

**Il tema della consapevolezza e del rilievo delle pratiche della meditazione come espansione dell'esserci con pienezza è ben rappresentato nel saggio *L'etica della cura*, del testo:**

Mortari L, Valbusa F, *Il sentire che noi siamo. Teorie sulla vita affettiva*, Carrocci Editore 2021.

## **Terza mappa concettuale: applicazione del TTM nelle azioni di Pianificazione e Formazione**

**Per i riferimenti al ruolo dei Pianificatori regionali si rimanda ai testi già realizzati nell'ambito di Progetti CCM**

*Strumenti teorici, metodologici e operativi per pianificazione Regionali (Guida per Pianificatori regionali in materia di tabagismo)*, Montecchio Emilia: L'Olmo 2007.

*Reti e Comunità - Dalla pianificazione regionale alla programmazione aziendale di interventi di prevenzione e cura sul tabagismo e gli altri stili di vita - guida per operatori*, Pisa: Pacini Editore 2014.

Mortari L, *La politica della cura: prendere a cuore la vita*, Milano: Raffaello Cortina Editore 2021.

### **Per l'approfondimento del significato di Formazione come Trasformazione:**

Mortari L, Valbusa F, *Il sentire che noi siamo. Teorie sulla vita affettiva*, Carrocci Editore 2021.

### **Sul concetto di Motivazione il testo base di riferimento è**

Maslow AH (1954), *Motivazione e personalità*, Roma: Armando 1973.

**Sulla didattica delle Intelligenze Multiple:**

Gardner H, *Educazione e sviluppo della mente. Intelligenze multiple e apprendimento*, Edizioni Erickson 2005.

Gardner H, *Formae mentis*, Edizione economica Feltrinelli 2022.

**Lecture utili per l'approfondimento di alcuni temi trattati nella FAD**

**Un testo divulgativo, di uno specialista che offre un'ottima descrizione delle interazioni fra funzioni cognitive, emotive e motivazionali:**

LeDoux J, *Il sé sinaptico: come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo*, Raffaello Cortina 2002.

**Approfondimento della relazione fra emozione, ragione e cervello umano da un punto di vista neurobiologico:**

Damasio A, *L'errore di Cartesio: emozione, ragione e cervello umano*, Milano: Adelphi 1995.

**Strumento fondamentale per affrontare il rapporto cultura/natura dal punto di vista della "culturalità" delle nostre basi biologiche:**

Prodi G, *Alla radice del comportamento morale*, Marietti 1987.

**Approfondimento su alcune tematiche relative al fatto che un corpus organico di teorie, conoscenze e esperienze della descrizione di una scienza ecologica della mente, non esiste:**

Bateson G, Longo G, *Verso un'ecologia della mente*, vol. 17, Adelphi 2000.

**Approfondimento dei temi lasciati nello sfondo, ma di importanza di rilievo Natura ed Ecologia; tecnica soggetto e vivente, il soggetto ecologico:**

Iofrida M, *Per un paradigma del corpo: una rifondazione filosofica dell'ecologia*, 2019, pp. 1-246.

Finito di stampare nel mese di settembre 2022  
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore Srl  
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa  
Tel. 050 313011 • Fax 050 3130300  
[www.pacineditore.it](http://www.pacineditore.it)



Il volume è uno strumento agile per affrontare i contenuti della Piattaforma didattica di Luoghi di Prevenzione dedicata all'approfondimento dell'Approccio Motivazionale. I percorsi sono orientati da mappe concettuali degli elementi base della teoria degli stadi e dei processi motivazionali del cambiamento e forniscono competenze su diagnosi motivazionale e contrattazione di obiettivi di salute a professionisti di provenienza intersettoriale.

È una ricostruzione originale degli elementi costitutivi del TTM (Modello Transteorico del Cambiamento) da parte dell'ideatore professor Carlo DiClemente che ne ha seguito l'evoluzione con il Gruppo di lavoro interregionale di Luoghi di Prevenzione, definendo strumenti operativi rivolti a Pianificatori e Formatori nell'ambito della promozione della salute.

Il titolo rimanda a teoria e pratica del cambiamento intenzionale interpretato alla luce delle relazioni con l'approccio fenomenologico e le neuroscienze. È completato da un eserciziario che riprende molti dei concetti già affrontati dalla Piattaforma didattica correlata.

Si tratta di un lavoro corale, frutto di anni di impegno nell'ambito della realizzazione di Progetti del Centro Controllo Malattie del Ministero della Salute.

