



CIBI E SALUTE

Manuale operativo a supporto
dell'intervento motivazionale breve
della equipe multidisciplinare
su problematiche del
comportamento alimentare nel
bambino e nell'adulto



CIBI E SALUTE

Manuale operativo a supporto dell'intervento
motivazionale breve della equipe multidisciplinare su
problematiche del comportamento alimentare
nel BAMBINO e nell'ADULTO



Il manuale è stato realizzato nell'ambito del Progetto CCM:
Applicazione di percorsi preventivi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PPDTA) per la gestione integrata dei soggetti in sovrappeso/obesi attraverso interventi mirati efficaci, appropriati e sostenibili partendo dalla rete sanitaria già esistente.

Si ringraziano per la collaborazione: Regione Lombardia, Azienda Sanitaria Locale CN 1, Azienda USSL 6 Euganea, Azienda USL Toscana Sud Est, Azienda Sanitaria Locale Roma 2, Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, Regione Puglia, Istituto Superiore di Sanità. **Si ringrazia per la collaborazione il Prof. Carlo DiClemente**

© Copyright 2025 by LILT Lega Italiana per la lotta contro i tumori

ISBN 979-12-5486-536-1

Editing:

Francesca Zironi

I contenuti sono a cura di:

Carlo DiClemente

Sandra Bosi

Realizzazione editoriale

150  **Pacini**
1872 - 2022 Editore
150 anni nell'editoria di qualità

Via A. Gherardesca

56121 Ospedaletto (Pisa)

Responsabile editoriale e progetto grafico

Silvia Frassi

Fotolito e Stampa

IGP Industrie Grafiche Pacini

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

Premessa	p.	5
-----------------------	----	---

Marina Fridel

Prefazione	»	7
-------------------------	---	---

Prof. Carlo DiClemente

Introduzione	»	11
---------------------------	---	----

Sandra Bosi

PRIMA PARTE

TTM e Approccio motivazionale	»	13
--	---	----

Descrizione del TTM	»	13
---------------------------	---	----

Stadi del cambiamento	»	13
-----------------------------	---	----

Processi: i motori del cambiamento	»	16
--	---	----

Indicatori	»	23
------------------	---	----

Contesto	»	24
----------------	---	----

Conclusioni	»	27
-------------------	---	----

SECONDA PARTE

La pratica	»	29
-------------------------	---	----

Stili comunicativi: lo stile assertivo-concertativo	»	29
---	---	----

Comunicazione non verbale	»	33
---------------------------------	---	----

Diagnosi motivazionale e disponibilità al cambiamento	»	35
---	---	----

Obiettivo di cambiamento	»	37
--------------------------------	---	----

Lavorare in Rete e condividere linguaggio e obiettivi	»	38
---	---	----

Esempi a completamento dell'utilizzo dell'approccio motivazionale	»	41
--	---	----

Conclusioni	»	55
-------------------	---	----

Premessa

Marina Fridel

Progetto CCM 2022 “Applicazione di percorsi preventivi Diagnostico-terapeutico-assistenziali (PPDTA) per la gestione integrata dei soggetti in sovrappeso/obesi attraverso interventi mirati efficaci, appropriati e sostenibili partendo dalla rete sanitaria già esistente”

La strategia per il contrasto dell'obesità richiede un approccio multidisciplinare, con un ampio spettro di interventi coordinati a differenti livelli, per prevenirne l'insorgenza, assicurare la precoce presa in carico dei soggetti a rischio al fine di rallentare la progressione della malattia con un approccio combinato e integrato tra strategie di comunità (orientate alla promozione della salute, intersettoriali e per setting) e strategie basate sull'individuo (individuazione dei soggetti a rischio e della malattia in fase precoce).

Il progetto CCM nasce con l'obiettivo di garantire una gestione integrata del sovrappeso e obesità attraverso la creazione di percorsi preventivi diagnostico-terapeutici dedicati (PPDTA) per un precoce, sinergico e simultaneo inquadramento preventivo e clinico-nutrizionale. Il progetto ha coinvolto 9 Regioni (Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto) e l'ISS. La Regione Emilia-Romagna ha coordinato il progetto con la finalità di creare un modello organizzativo unico, che garantisca continuità tra l'area preventiva e quella clinica, ma anche fluido e flessibile, in modo che diventi adattabile ai differenti contesti territoriali.

Prefazione

Prof. Carlo DiClemente

Un rapporto dell'WHO/OMS stima che 56.6 milioni di persone nel mondo muoiano ogni anno a causa di malattie non trasmissibili/malattie croniche.

Le cause più rilevanti sono riconducibili a patologie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete.

I principali fattori che vi contribuiscono sono comportamenti ripetuti, mantenuti e rinforzati nel tempo riconducibili a:

- Uso di tabacco
- Diete non salutari
- Consumo di Alcol
- Sedentarietà
- Stress

La maggior parte delle minacce alla salute ed al benessere coinvolge comportamenti e stili di vita personali: ci sono influenze biologiche, psicologiche e socio/culturali su questi comportamenti che, spesso, sono appresi sin dall'infanzia.

Si tratta di comportamenti:

- Multidimensionali
- Variabili per frequenza
- Variabili per intensità
- Riconducibili a diversi livelli di motivazione
- Integrabili con più o meno difficoltà in differenti stili di vita.

Controllo del peso e sedentarietà sia nel bambino che nell'adulto non possono essere trattati positivamente se non in un contesto specifico da un equipe multiprofessionale.

Eccesso ponderale

- Adottare una dieta più salutare
- Cambiare i pensieri disfunzionali che contribuiscono a mangiare in modo problematico
- Dotarsi di un programma di attività fisica regolare

- Approfondire i motivi per cui si mangia male
- Riconoscere gli stigma
- Migliorare l'autoefficacia sul controllo del peso
- Migliorare le conoscenze sui danni per la salute provocati da un comportamento alimentare scorretto prolungato nel tempo
- Intervenire sulle dinamiche familiari

Attività fisica

- Trovare un attività fisica accettabile ed efficace
- Riconoscere i problemi legati alla propria sedentarietà
- Limitare il tempo che si passa seduti
- Auto-regolazione del comportamento: definire un piano di cambiamento
- Monitoraggio continuo dei problemi correlati
- Scegliere con ponderatezza le attività da fare
- Gestire di situazioni personali di ostacolo
- Gestire situazioni sociali o ambientali di ostacolo

Quando si parla di cambiamento intenzionale di comportamenti a rischio occorre ricordare che ci sono diverse strategie di intervento. Accesso agli screening e attività fisica regolare in individui sedentari richiedono che si **inizino nuove azioni**.

Il comportamento alimentare scorretto prolungato nel tempo richiede interventi di **modificazione dello stile di vita adottato**.

L'uso di sostanze psicoattive, alcol, droghe, fumo di sigaretta richiedono la **cessazione del comportamento**.

È inoltre utile ricordare che l'approccio motivazionale non è efficace in tutte le circostanze, quando è:

- IMPOSTO e la ragione per il cambiamento viene dall'esterno (motivazione estrinseca) è **poco o non sostenibile**.
- SVILUPPO: in situazioni di vecchiaia o patologie gravi: **controindicata la partecipazione**.

Spesso adulti e bambini vedono ogni restrizione nella dieta o di prescrizione di attività fisica come qualche cosa di imposto dalla famiglia, medici, o società: i cambiamenti imposti sviluppano resistenza, tentativi di ribellione e rabbia, qualche volta peggioramento dei comportamenti messi in atto.

L'approccio motivazionale è la risposta alternativa che limita le resistenze, facendo leva sulle possibilità di collaborazione, individuando sentimenti, valori e ragioni che possono creare motivazione. Il cambiamento sostenuto intenzionalmente con motivazione intrinseca è il più efficace.

Un altro accorgimento utile per il professionista che si occupa di motivazione è che ogni obiettivo di cambiamento intenzionale può essere scomposto in sotto obiettivi.

Per esempio: nel comportamento alimentare, si può essere disposti a rinunciare a fritti e fast-food, ma non a pasta e pane (o viceversa). Per il movimento si può prendere in considerazione di fare passeggiate, ma non di andare in bicicletta o frequentare una palestra o una piscina, o viceversa.

È essenziale condividere con l'utente e, quando possibile, con la famiglia, quali sono gli obiettivi accettabili, accettati, concreti e raggiungibili.

Sfide/obiettivi motivazionali per cambiare le abitudini alimentari famigliari:

- Sfide motivazionale per i bambini:
- Il modo di cambiare per i bambini è quasi sempre estrinseco
- Dobbiamo capire: accesso al cibo e come il bambino mangia a casa, a scuola e fuori casa
- Non ha la maturità o la libertà di accedere bene a un cambiamento intenzionale
- Spesso non pensa alle conseguenze del comportamento
- Il bilancio decisionale è focalizzato alla gratificazione o frustrazione del presente immediato

Raccomandazioni:

- Prima di nascere la dieta della mamma è importante
- Minimizzare la crescita di peso durante la gravidanza
- Monitoraggio del peso del bambino e feedback
- Dopo la nascita allattamento al seno consigliato almeno fino al sesto mese
- Introdurre cibo e latte con cura e un poco alla volta
- Non dare cose troppo zuccherate ai bambini, proporre frutta invece di succo di frutta
- Diminuire tempo davanti alla TV e dopo sul cellulare
- Promuovere e partecipare a attività aggregative che facilitino forme di convivialità efficace

La presa di coscienza è l'esperienza personale di consapevolezza, comprensione, di nuova conoscenza: è il cuore di quello che noi speriamo che l'educazione faccia, offrendo informazioni che favoriscano consapevolezza giusta. Ogni individuo ha già le proprie informazioni, i suoi quadri di riferimento: dobbiamo trovare e utilizzare i bisogni sui per attivare i processi.

Chi può stimolare questo processo?

Usiamo esperienze (simulazioni virtuali), opuscoli, presentazioni, conversazioni che provano a promuovere una presa di coscienza sul cambiamento di un comportamento: c'è bisogno di approfondire pensieri, emozioni/sentimenti individuali e valutare se il comportamento o il cambiamento sono positivi per la persona, quanto si allineano con i suoi valori di riferimento.

Valori e rivalutazione correlate al comportamento e al cambiamento includono l'importanza degli altri (sociale) e dell'ambiente (contesto generale). Anche questo include valori, credenze, pensieri e emozioni: sia comunicazioni pubblicitarie che messaggi sociali possono influire su questo processo.

Le campagne che mettono in luce la relazione tra aspetti generali e significati personali, provano a influenzare le decisioni, raggiungendo, se ben fatte, buoni risultati.

Introduzione

Sandra Bosi

Il manuale “Cibi e Salute” declina l'intervento motivazionale dal punto di vista dei diversi componenti di un equipe multidisciplinare che si occupa, in base al proprio ruolo, di sostenere percorsi di cambiamento intenzionale di comportamenti non desiderati rispetto al cibo.

Quando si applica ai bambini, l'approccio motivazionale si rivolge alla famiglia, ma già in età prescolare è preferibile che il bambino venga coinvolto negli incontri.

Anche quando si applica a tematiche relative a sovrappeso o patologie come il diabete o la sindrome metabolica, l'inserimento della famiglia è vantaggioso per consolidare i risultati ottenuti.

L'approccio motivazionale è una declinazione applicativa del TTM (Trans Theoretical Model): modello teorico che descrive come avviene il cambiamento intenzionale dei comportamenti individuali disadattivi dal punto di vista della persona che cambia; è stato scientificamente validato con diversi programmi sperimentali sulle sue singole componenti.

È stato elaborato da Carlo DiClemente e James Prochaska nel 1982, dopo una analisi comparata di oltre 300 teorie descrittive dei percorsi di cambiamento; è, dunque, una metateoria, derivata dal confronto fra le Teorie sul cambiamento (i principali punti di riferimento sono A. Bandura, per il concetto di “autoefficacia” e K. Rogers per la “Teoria centrata sul cliente”).

Il focus è la persona, non il problema e il percorso di cambiamento, anche se può essere influenzato positivamente e negativamente da contesti di gruppo, dinamiche sociali e provvedimenti legislativi, è sempre individuale e si realizza con una **relazione interpersonale** che orienti al cambiamento.

Nel caso dell'intervento motivazionale da parte del Pediatra, l'interlocutore è il bambino insieme al genitore o familiare che lo accompagna (il contratto è con la famiglia).

Il cambiamento è un percorso dinamico, non uno stato; va pertanto alimentato, sostenuto e controllato tenendo conto di valori, aspettative,

desideri, intenzioni, bisogni, emozioni, credenze, giudizi, pregiudizi della persona che cambia.

Il TTM, spesso, viene ricondotto alla Teoria degli Stadi motivazionali, ma è molto più complesso. Luoghi di Prevenzione, con la supervisione e il confronto diretto con il Prof. Carlo DiClemente, ne ha studiato e sperimentato l'applicazione nei processi formativi, nel cambiamento intenzionale nei contesti di gruppo, nelle dinamiche inerenti alle competenze di pianificazione degli interventi preventivi e di cura.

Il tema del rapporto fra Cibo e Salute nel bambino e nell'adulto è particolarmente adatto ad essere trattato con l'approccio motivazionale perché:

- È un tema complesso con forti implicazioni culturali-sociali-educative-sanitarie
- Richiede la condivisione di linguaggio e obiettivi da parte di professionisti di vari servizi di appartenenza (sanitari e non)
- Risponde meglio a stili relazionali riconducibili allo stile assertivo/ concertativo/ motivazionale.

Non è oggetto del manuale il Colloquio Motivazionale (intervento specialistico strutturato di secondo e terzo livello). Un compendio conclusivo è dedicato agli Interventi infomotivazionali di gruppo (adottabili e preziosi già in questa fase).

PRIMA PARTE

TTM e Approccio motivazionale

Descrizione del TTM

Il TTM è suddiviso in:

- **stadi** motivazionali,
- **processi** cognitivo-comportamentali,
- **indicatori**/markers del cambiamento,
- **contesto** del cambiamento.

Il TTM modello transteorico del cambiamento descrive i percorsi di cambiamento **intenzionale** dal punto di vista simbolico, affettivo, relazionale. Si agisce per sostenere il cambiamento intenzionale individuale, che spesso richiede un coinvolgimento della famiglia e propone opportunità di cambiamento quando il Professionista lo ritiene auspicabile.

Il metodo facilita incrocio e interazione fra i linguaggi diversi che contribuiscono alla definizione di un concetto di facile senso comune, ma difficile da interiorizzare e tradurre in pratica intenzionale – consapevole e programmata, quale è il **cambiamento di comportamenti disadattivi** (ostacolanti il benessere psico-fisico individuale) che sono molteplici e multi fattoriali nel caso del comportamento alimentare

Il TTM riassume il processo di cambiamento intenzionale individuale come un passaggio costante da uno stadio motivazionale all'altro, passaggio che può procedere o retrocedere. Il ruolo del professionista è garantire sostegno alla progressione positiva del percorso, utilizzando gli strumenti dell'approccio motivazionale e attivando i processi che lo sostengono. In cosa consistono gli stadi motivazionali? Quali sono i compiti dell'operatore? Apprendere ad effettuare una diagnosi motivazionale corretta, significa anche differenziare le modalità con cui ci si rapporta con la persona che si ha di fronte.

Stadi del cambiamento

Nella Metateoria di DiClemente, il ciclo degli stadi motivazionali è ormai parte acquisita di un sapere collettivo; si dispiega per Fasi:

Precontemplazione: la persona non è motivata a cambiare intenzionalmente, non è interessata a farlo, priva o con scarsa autoefficacia rispetto

al suo percorso di cambiamento intenzionale. La precontemplazione riguarda, pertanto anche le persone che si trovano in una fase di ricaduta.

Compito del pediatra e del professionista che incontra persone in setting opportunistici: informare e informarsi, attivare emotivamente (preferibilmente con il ricorso a domande aperte), stabilire e mantenere un contatto.

Esempio di domande aperte:

- *Cosa pensa del rapporto che suo figlio ha con l'alimentazione?*
- *Mi può descrivere i tempi e le modalità con cui si consumano i pasti del bambino in una giornata tipo? Esistono riti, preferenze, abitudini consolidate?*
- *Come valuta il rapporto di suo figlio con movimento e gioco libero?*
- *Questo è il suo valore glicemico e questo è quanto dovrebbe essere. Questo è il suo peso corporeo attuale. Cosa ne pensa?*
- *Mi potrebbe descrivere se c'è qualcosa, evidentemente, se c'è, del suo rapporto con l'alimentazione che le piacerebbe approfondire?*
- *Le metto a disposizione un po' di materiali informativi. Si leggono velocemente. Se pensa che possano esserle utili, ne potremo riparlare. Io sono qui.*

La **Precontemplazione**: si può ricondurre alla dimensione della “**Impotenza**” e/o della “**Rassegnazione**”. Nello stadio motivazionale di Precontemplazione, raramente si fa esercizio attivo di “**intenzionalità**”. Di conseguenza, obiettivo della relazione (educativa, formativa, terapeutica) è favorire la maturazione della consapevolezza con attivazione emozionale, informazioni motivanti, contatto e vicinanza (**attivazione di fili di comunicazione interpersonale per una relazione efficace**).

Contemplazione: la persona ha un grado di motivazione, interesse e autoefficacia ambivalenti. Sta riflettendo su un comportamento disadattivo (che vorrebbe modificare), intuisce e spesso riconosce i motivi per cambiare, ma sente anche i vantaggi dello stato in cui si trova. La maggior parte delle persone si trovano in uno stadio di “contemplazione”, rispetto ad un proprio comportamento legato agli stili di vita. È lo stadio prevalente.

Compito del pediatra: sostenere l'autoefficacia (con la capacità di suscitare **affermazioni automotivanti**) e ampliare la frattura interiore per evidenziare l'ambivalenza (**Bilancia decisionale**)

Compito di approccio motivazionale da parte di un qualsiasi operatore che si trova in una rete operativa che si occupa di problemi legati all'alimentazione: sostenere l'autoefficacia (con la capacità di suscitare **affermazioni automotivanti**) e ampliare la frattura interiore per evidenziare l'ambivalenza (**Bilancia decisionale**)

- *Es:* È tornato di nuovo al controllo. Sono contento di rivederla. Che cosa la preoccupa di più..?
- *Es:* Rinunciare a qualcosa che di solito è gratificante, come il rapporto con il cibo.. non è sempre facile. Che cosa le sta costando di più? C'è uno strumento che vorrei proporle: bilancia decisionale.

Lo stadio della **Contemplazione** dal punto di vista della descrizione del cambiamento intenzionale, orienta, valuta vantaggi e svantaggi del cambiamento, innesca il movimento, si confronta con l'autoefficacia. È lo stadio motivazionale in cui capita di restare molto a lungo, senza ottenere risultati duraturi: è uno stadio di movimento, pause, ricontrattazioni, riflessioni, sconfitte e conseguimento di risultati.

Determinazione: la persona ha una motivazione buona, interesse alto, autoefficacia ambivalente.

Compito dell'operatore: sostenere e condurre alla elaborazione di un **piano decisionale con la contrattazione di obiettivi specifici di cambiamento** (si configura qui il percorso di intervento motivazionale individuale, di famiglia o di gruppo).

Azione: la persona, la famiglia, ha motivazione, interesse, autoefficacia adeguati a conseguire un obiettivo di cambiamento.

Compito dell'operatore: sollecitare e alimentare i **vantaggi del cambiamento, rinforzando e sostenendo gli obiettivi perseguiti** (corretta gestione dell'invio).

Mantenimento: la persona ha una motivazione alta a mantenere il risultato, adeguata autoefficacia, rischio di perdita di interesse per eccesso di sicurezza (per es: ormai l'alcol è sotto controllo, posso permettermi di prendere un aperitivo e mettermi alla guida).

Compito dell'operatore: usare nei contesti opportunistici **rinforzi motivazionali**.

Ricaduta: la persona ha una motivazione bassa, interesse non presente o presente, scarsa autoefficacia, spesso accompagnata da senso di frustrazione e negazione del problema. Chi è in stadio motivazionale di ricaduta, non accetta di confrontarsi con il cambiamento: in tal senso si trova molto vicino a chi è in stadio motivazionale di precontemplazione.

Compito dell'operatore: evidenziare come la ricaduta verso un comportamento disadattivo faccia parte del ciclo del cambiamento che quasi sempre si ripete più volte, prima di aprire ad una via di uscita.

La Teoria degli Stadi Motivazionali, si è ulteriormente avvantaggiata della descrizione comportamentale dello Stadio di **Preparazione** che sostiene il passaggio fra Contemplazione e Determinazione e lo stadio di **Pre-Azione**, immediatamente precedente all'inserimento in un percorso di cambiamento intenzionale.

Processi: i motori del cambiamento

Sono di 2 tipi:

Processi cognitivo-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)

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 in-

teragiscono 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, si individuano 2 fasi:

- **Fase propedeutica** in cui si predispone il Piano di cambiamento individuale, si esplorano i vissuti, si individuano strategie personalizzate. La fase propedeutica si attua nei passaggi motivazionali che vanno dalla Precontemplazione alla Determinazione. Si usano prevalentemente **processi cognitivo-esperienziali**;
- **Fase attiva** Azione/Mantenimento in cui si usano prevalentemente **processi comportamentali**.

Tabella 1.1 - 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 all'azione	Dall'azione al mantenimento	Restare in mantenimento
Processi del cambiamento più rilevanti	Aumento della consapevolezza				
	Attivazione emotiva				
	Autovalutazione	Autovalutazione			
	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
		Controcondizionamento	Controcondizionamento	Controcondizionamento	Controcondizionamento
		Relazioni di aiuto	Relazioni di aiuto	Relazioni di aiuto	Relazioni di aiuto
	Liberazione sociale		Liberazione sociale		

Velasquez, M. M., Crouch, C., Stephens, N. S., & DiClemente, C. C. (2015). *Terapia di gruppo per abuso di sostanze. Manuale per un percorso a stadi*. Il Mulino Edizioni. 2018

Processi cognitivo-esperienziali

*Processi correlati al **passaggio dalla precontemplazione alla contemplazione***

Aumento di consapevolezza: “So di avere un problema con il cibo. Mi piace molto mangiare e sono golosa”.

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

“Lei ha detto cose molto importanti. Sa di avere un problema con il cibo. Potrebbe spiegarmelo meglio, magari ordinandole per il grado di importanza che hanno per lei?”

Responsabilizzazione ed empowerment si collegano fortemente alla applicazione del TTM.

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.

Attivare **il processo di consapevolezza**, è utile soprattutto **nel primo incontro**, anche per contrastare disagio e resistenze, rispetto a essere quasi costretti a trovarsi lì.

Attivazione emotiva: “Ne sono preoccupato”

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.

L’attivazione dei processi è sequenziale, ma 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.

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). 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'attivazione emotiva non rielaborata non produce cambiamento.

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 del suo rapporto con il cibo?; 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?"

"C'è qualcosa che la preoccupa in modo particolare per la salute del suo bambino?"

"Qualcosa le dà ansia particolare nel modificare qualche aspetto delle vostre abitudini famigliari rispetto al cibo..?"

"Che immagini le suscita la parola "corpo" ?

Il processo di **attivazione emotiva**, insieme al processo di autoconsapevolezza è utile nel **primo incontro**, anche in **contesti opportunistici**.

Processi correlati al passaggio da contemplazione e preparazione

I 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 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, mo-

dificazione 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”

“Sono preoccupato per mio figlio”

“Non mi piace essere considerata sovrappeso”

“Temo che mia figlia venga discriminata perché cicciottella”

L'applicazione del modello facilita l'esplicitazione dei giudizi che la persona dà di sé stessa.

Spesso nel cercare motivazioni usiamo delle frasi generiche:

“Non fare colazione e cenare alle 10 di sera... è sbagliato!”. Certo, è vero, ma in che senso si applica a te? Come si accorda con i tuoi valori?

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.

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 e mi sento in colpa perché non sono in forma come le altre nonne, quando porto al parco il mio nipotino”.

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 nel-

la ricerca di strategie di fronteggiamento alle tentazioni, collegandosi al processo più avanzato delle “relazioni di aiuto”.

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.

In questo senso gli obblighi derivati dalla legislazione vigente rispetto ad alcol e guida, possono far parte del processo di rivalutazione ambientale.

Processi comportamentali

Correlati al passaggio da preparazione ad azione

Autoliberazione: “Sono responsabile di cambiare”

Assumo la responsabilità della scelta di cambiare (o di non cambiare). Nel campo della prevenzione e della promozione della salute le persone manifestano spesso una difesa “fatalistica” rispetto ai rischi correlati ai propri comportamenti: “sono stato sfortunato”.

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 “Non mi succederà più” ma “Sto preparando le condizioni per cambiare”.

Relazioni di aiuto: “Cerco l'aiuto degli altri” focalizzato in relazione a questo specifico cambiamento. Non cerco 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 all'alcol è un proposito rinforzato positivamente se si individuano contemporaneamente situazioni altrettanto piacevoli 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

di uscire con gli amici per l'aperitivo, ma posso anche bere un aperitivo analcolico se devo guidare...). Posso anche individuare dei richiami che ricordino il cambiamento che voglio attuare (una foto di mia figlia in ufficio, per ricordarmi di non bere se mi metto alla guida). Questo processo è molto importante nelle fasi iniziali dell'azione: interrompere le vecchie abitudini che portavano al comportamento problematico, facilitare l'avvio del cambiamento perseguito.

Controcondizionamento: “Cerco soluzioni diverse dal passato”

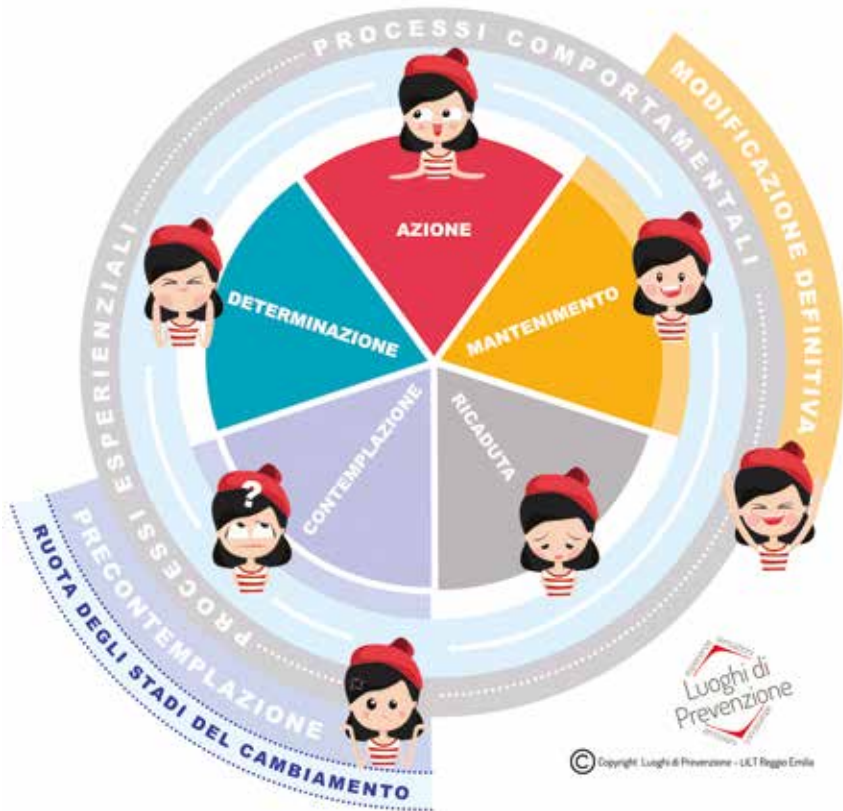
Molte circostanze non sono evitabili. Il cambiamento è dirompente, va a scontrarsi con abitudini cristallizzate, con momenti di tentazione improvvisi. Il controcondizionamento si potenzia con l'avanzare dello stadio di azione, per questo è importante insistere nella ricerca di soluzioni e gratificazioni diverse.

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, 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.

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 1.1. 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.



Indicatori

Autoefficacia: il riferimento principale è la teoria dell'apprendimento sociale di A. Bandura, competenze individuali di autoriflessione (analisi delle proprie esperienze per generare altri pensieri) e autoregolazione, non è sinonimo di autostima. So e sento quello che voglio e so cosa mi manca per ottenerlo.

Bilancia decisionale: è preferibile usare la bilancia a 4 braccia, anziché a 2. Si può lasciare aperta o, come nel caso sotto riportato, chiedere di attribuire un punteggio ad ogni fattore individuato a sostegno o contro il cambiamento.

Aspetti POSITIVI del comportamento attuale	Punteggio 1-10	Aspetti NEGATIVI del comportamento attuale	Punteggio 1-10
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
Totale		Totale	
Aspetti NEGATIVI del cambiamento	Punteggio 1-10	Aspetti POSITIVI del cambiamento	Punteggio 1-10
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
Totale		Totale	

Contesto

Fattori favorenti o ostacolanti nella vita personale, relazionale, sociale: l'analisi del contesto viene effettuata per chiarire come abitudini familiari sulla alimentazione, patologie in famiglia, modalità di assunzione dei pasti (in casa, fuori casa, da soli o in compagnia, con o in assenza di televisore, cellulare e altre fonti di distrazione attive, in modo regolare o irregolare) possano influire sulla contrattazione di un obiettivo di cambiamento.

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

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 scelto, specificando in che modo.

Contesti:	Fattore di sostegno e rinforzo (può facilitare un cambiamento intenzionale di uno stile di vita)	Fattore ostacolante (può ostacolare un cambiamento intenzionale di uno stile di vita)	Fattore indifferente (non influisce su un cambiamento intenzionale di uno stile di vita)
Ambiente di lavoro			
Ambiente familiare			
Abitudini personali e benessere psicofisico			
Abitudini personali (stili di vita e stress)			
Salute generale			
Relazioni interpersonali			

La compilazione della Scheda sui Fattori di protezione e fattori di rischio è utile sia nel trattamento di problematiche alimentari del bambino con la famiglia, che nell'intercettazione precoce dell'adulto a rischio nei contesti opportunistici e di prima valutazione.

Scheda Cibo ed Emozioni

Disgusto	Paura	Rabbia	Tristezza	Sorpresa	Felicità
					
Cibi associati	Cibi associati	Cibi associati	Cibi associati	Cibi associati	Cibi associati

Scheda Attività motoria ed Emozioni

Disgusto	Paura	Rabbia	Tristezza	Sorpresa	Felicità
					
Attività motoria associati	Attività motoria associati	Attività motoria associati	Attività motoria associati	Attività motoria associati	Attività motoria associati

Esempi attività motoria

PASSEGGIARE/CAMMINARE

ANDARE IN BICICLETTA

GIOCO LIBERO

CORRERE

NUOTARE

EDUCAZIONE MOTORIA A SCUOLA

PALESTRA

PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA INDIVIDUALE

PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI GRUPPO

Conclusioni

- Il TTM è una meta teoria, un modello descrittivo, uscito dal confronto di 300 Teorie sul cambiamento intenzionale, che si sono, negli anni, rivelate sperimentalmente più efficaci.
- Le applicazioni cliniche del modello sono in larga parte state interpretate da Rollnick e Miller con interventi motivazionali individuali, usati in ambito clinico per promuovere e sostenere il cambiamento intenzionale di un comportamento disadattivo.
- L'applicazione in un contesto di gruppo infoeducativo-motivazionale, implica che:
 1. L'intervento sia strutturato e suddiviso in più incontri con l'obiettivo generale di attuare un Piano di cambiamento personalizzato, in cui ogni incontro, ha un preciso obiettivo specifico.
 2. Il conduttore o i conduttori adottino lo stile comunicativo motivazionale e lo applichino seguendo il percorso prestabilito e non le suggestioni del gruppo.
 3. La parte frontale, anche interagita, di informazioni, sia una % minima e, comunque, non oltre il 20% del tempo dedicato all'intervento.
 4. Le modalità di attivazione emotiva, legate a video stimolo o altre sollecitazioni siano una % minima e, comunque, non oltre il 10% del tempo dedicato all'intervento.
 5. Il ruolo del o dei conduttori è di contribuire alla costituzione del gruppo, governarne le dinamiche e condurre alla realizzazione dei Piani di Cambiamento Individuale, sospendendo atteggiamenti giudicanti, evitando di fare diagnosi cliniche, non stigmatizzando i comportamenti dei partecipanti e mettendo al centro la relazione interpersonale e l'obiettivo di cambiamento in ogni fase del percorso.

SECONDA PARTE

La pratica

Stili comunicativi: lo stile assertivo-concertativo

I registri comunicativi nella quotidianità e nella professione si alternano, cambiamo da persona a persona e, generalmente, possono essere suddivisi con una certa facilità in:

- stile anassertivo/empatico/passivo: concentrato prevalentemente su ascolto aperto che favorisce l'esplorazione del tema, ma è poco focalizzato su un focus di approfondimento specifico.
- Stile prescrittivo/direttivo/paternalistico: concentrato prevalentemente su fornire indicazioni, consigli, prescrizioni, molto focalizzate su bisogni, aspettative e obiettivi dell'operatore.
- Stile assertivo/concertativo: oggetto dell'approccio motivazionale.

Ogni stile comunicativo ha vantaggi, svantaggi e controindicazioni, ma l'applicazione del TTM è favorita dall'uso regolare e strategico dello stile assertivo nei contesti individuali e di gruppo.

Accorgimenti per utilizzare lo stile motivazionale

Accoglienza: Domande chiuse vs 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 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:

“Lei fuma?” (domanda chiusa)

- “Cosa le piace del suo rapporto con il fumo?”
- “Cosa non le piace del suo rapporto con il fumo?”
- “A cosa le fa pensare la sigaretta?”

“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 esplicitarlo 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 ("Psicologia clinica. La relazione con il paziente" Del Corno, F., & Lang, M. - FrancoAngeli 2004).
- Evitare di ricorrere a domande interlocutorie, che contengono una domanda chiusa e una aperta, del tipo "le andrebbe di parlarmi di come è andata con il cibo in famiglia in questa settimana?" o "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 solo esplorativo;
- 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 es: "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, visti gli esiti degli esami: immagino sia molto arrabbiato e deluso";
- Una risorsa per l'Intervento Motivazionale Breve e l'Intervento Motivazionale Strutturato è il ricorso alle Domande Proiettive (Hough, M. Abilità di counselling, Erickson) che aiutano la persona a esprimere sentimenti, sensazioni, valori, idee, opinioni. Ne basta una per indiriz-

zare 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?”; “cosa accadrebbe che lei desidera, se le vostre abitudini famigliari sul cibo, si modificassero..?”

Le domande proiettive fanno parte delle domande che si riferiscono al futuro e sono molto efficaci, sin dallo 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 e qui rivista, per **l'autovalutazione delle competenze dell'operatore**:

- Valutazione della tempestività: È il momento giusto per porre la domanda?
- Valutazione dell'obiettivo personale: Perché voglio una risposta alla domanda che sto rivolgendo?
- Valutazione dell'obiettivo di cura: La domanda aiuterà l'interlocutore? Lo aiuterà ad essere più aperto? Lo aiuterà ad esplorare ulteriormente la situazione?
- Valutazione interesse generale dell'operatore: La domanda soddisfa qualche mia curiosità? Quale in modo specifico?
- Valutazione dei tempi: Ho dato il tempo sufficiente per considerare la domanda e dare una risposta?
- Valutazione della tempistica dell'intervento: Quante domande ho fatto?
- Valutazione delle possibilità di amplificazione: 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/ passo/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?

Comunicazione non verbale

L'intervento motivazionale breve, proprio perché avviene spesso in contesti cosiddetti "opportunistici", non dispone di un ambiente dedicato alla promozione della salute.

Quando ad effettuare l'intervento è l'operatore sanitario è utile tenere conto di alcune osservazioni generali che riguardano la cura del setting: un ambiente che promuove salute rinforza l'efficacia di messaggi brevi sugli stili di vita. Il modulo precedente ha approfondito in prevalenza gli aspetti della comunicazione verbale a supporto dei processi di cambiamento individuali degli stili di vita a rischio.

In questo modulo si considerano gli aspetti relativi a **setting** e **comunicazione non verbale** a cui l'operatore sanitario deve prestare attenzione.

Caratteristiche del setting

Alcune caratteristiche di un setting sfavorevole all'intervento motivazionale:

- l'operatore sanitario ha il cellulare acceso e risponde quando il telefono squilla;
- l'operatore sanitario ha il cellulare acceso e non risponde alla chiamata quando il telefono squilla;
- fra la persona e l'operatore sanitario c'è un pc;
- nella stanza /ambulatorio fa troppo caldo o troppo freddo;
- nella stanza/ambulatorio non c'è nessun materiale informativo sui temi della promozione della salute;
- la stanza /ambulatorio è molto rumorosa;
- la stanza è buia;

- capita che si bussi spesso per richieste all'operatore sanitario.

Alcune caratteristiche di un setting favorevole all'intervento motivazionale:

- L'operatore sanitario dice: "spegliamo i cellulari così possiamo parlare in modo più tranquillo";
- la stanza/ambulatorio è confortevole;
- alle pareti è esposta almeno una locandina sui temi della promozione della salute;
- sul tavolo dell'operatore sanitario ci sono materiali informativi.

La comunicazione non verbale è un importante indice relazionale di cui ci si limita a considerare qualche indice:

- Contatto con gli occhi: guardare direttamente l'altro è un segno di attenzione e anche di ricerca di relazione bilanciata. Il contatto non dovrebbe mai essere evitato e mai insistito;
- Piegarsi in avanti: l'inclinazione del corpo in avanti e comunque fino a poter appoggiare gli avambracci sulle cosce, è importante per esprimere un sentimento di vicinanza e attenzione;
- Mettersi di fronte: sedersi di fronte, mantenendo il contatto con gli occhi e una inclinazione di circa 20 gradi;
- Tono della voce: normale, leggermente basso.

Cosa non fare:

- scrivere al pc anziché rivolgersi direttamente alla persona;
- stare dritti dietro il pc;
- usare un registro prescrittivo e parlare a voce troppo alta o troppo bassa.

Osservare i movimenti del corpo.

Nell'interazione con il paziente, è importante osservare i movimenti del corpo. Questi sono un indicatore dell'energia personale, dello sforzo fisico che si può mettere nello svolgimento di un compito:

SEGNALI DI APERTURA

- Posizione eretta, inclinazione in avanti;
- Congruenza fra quanto dice e come si muove.

SEGNALI DI CHIUSURA

- Movimenti molto lenti;

- Incongruenze: “mi sento bene”, ma l’utente è accasciata sulla sedia con gli occhi bassi e sembra agitata;
- Movimenti molto molto rapidi

Diagnosi motivazionale e disponibilità al cambiamento

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 esempio, 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:

La valutazione della disponibilità al cambiamento

Nella pratica dell’Approccio Motivazionale il primo quesito da porsi è la valutazione della disponibilità a cambiare dell’interlocutore. In base a questo, infatti, si possono predisporre le modalità più idonee a sostenere il percorso conforme allo **Stadio Motivazionale** attestato. **La disponibilità al cambiamento** di un comportamento è funzione della importanza attribuita al cambiamento da realizzare e della autoefficacia di realizzarlo. La sua 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 **all'avviso motivazionale**, introdotto da una, massimo 2 domande aperte.

Con un po' di tempo dedicato e il setting adeguato l'operatore può affrontare il tema della Valutazione alla Disponibilità al Cambiamento rispetto alle aree della importanza, fiducia per meglio precisare la disponibilità.

Area dell'importanza: Perché?	<ul style="list-style-type: none"> ● Ne vale la pena? ● Perché dovrei? ● Che benefici ne avrò? ● Cosa cambierà? ● A quale costo? ● Lo voglio veramente? ● Poi sarò diverso?
Area della fiducia: Come?	<ul style="list-style-type: none"> ● Non so se sono in grado ● Come ci riuscirò ● Ce la farò se...
Messa a fuoco della disponibilità:	<ul style="list-style-type: none"> ● 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.

Obiettivo di cambiamento

SCHEDA OBIETTIVO DI CAMBIAMENTO STILI DI VITA: Alimentazione e movimento

Step 1: Scelta di un comportamento generale da modificare su alimentazione e movimento

Step 2: Pianificazione degli obiettivi di cambiamento.

Del comportamento generale indica alcuni sotto OBIETTIVI DI CAMBIAMENTO (almeno due):

A. -----

B. -----

C. -----

Step 3: IMPORTANZA/FATTIBILITÀ degli obiettivi di cambiamento.

Considerando i tuoi obiettivi scrivi a fianco di ognuno un punteggio da 1-10 relativo al quanto sono IMPORTANTI per te e sempre da 1-10 quanto sono FATTIBILI. Somma i punteggi per ogni obiettivo.

Step 4: confronta l'obiettivo di cambiamento con le schede Cibo e emozioni / attività fisica e emozioni e Fattori di protezione e fattori di rischio

Step 5: Scelta di 1 OBIETTIVO DI CAMBIAMENTO.

L'obiettivo che ha il punteggio finale più alto è quello da cui partire per primo. Questo è il tuo primo obiettivo di cambiamento (ricopia l'obiettivo con il punteggio più alto):

Step 6: Scomposizione in piano attuativo concreto del tuo obiettivo a piccoli passi

Lavorare in Rete e condividere linguaggio e obiettivi

Strumenti per l'automonitoraggio delle competenze di programmazione degli interventi di promozione della salute attraverso il lavoro in reti educative, sociali e sanitarie.

Introduzione: gli strumenti proposti non sono test, ma griglie che potrebbero facilitare il monitoraggio delle proprie azioni nell'ambito della pianificazione, programmazione, realizzazione degli interventi di promozione della salute da parte di chi ha competenze professionali specifiche o è interessato culturalmente al settore.

Possono essere pertanto utili per osservare l'evoluzione degli interventi nel tempo rispetto ai parametri di: visibilità, influenza culturale, efficienza/ efficacia, appropriatezza/ sostenibilità, capacità di previsione e autoregolamentazione (**monitoraggio dell'efficienza delle azioni di rete**) e per riconoscere il grado di realizzazione e riconoscimento delle proprie **competenze nel lavoro in rete**.

GRIGLIA A: Monitoraggio dell'efficienza delle azioni di Rete:

● **Visibilità/Livello di partecipazione:**

1. in quanti nel mio servizio condividono con me IL SIGNIFICATO E GLI OBIETTIVI degli interventi di cui mi sto occupando? 1a: Meno di tre = inadeguato; 1b: da tre a 5= accettabile, da migliorare; 1c: più di 5= buono
Punti: 1a= 0; 1B= 1; 1c= 2
2. gli operatori/attori nel mio servizio/ente di appartenenza sono consapevoli del loro ruolo come nodo di rete e delle relazioni interistituzionali già esistenti rispetto al tema di cui mi sto occupando? Si= 2 no= 0 in parte= 1

● **Influenza culturale sui modi e luoghi in cui si affronta il tema (capacità di modificare il contesto):**

3. sono in grado di descrivere sinteticamente il ruolo specifico del nodo che il mio Ente di appartenenza rappresenta nel contesto di rete a diverse tipologie di interlocutori? Si = 2 no = 0 in parte =1
4. quali sono i segni che mi indicano che ci siamo messi in rete? Provo ad elencarli. Ne so elencare meno di tre= inadeguato; da tre a 5=

accettabile, da migliorare; più di 5= buono.

Punti: 4a= 0; 4B= 1; 4c= 2

● **Efficienza/ Efficacia:**

5. sono in grado di definire l'obiettivo di salute (obiettivo di cambiamento) della rete in cui ho funzioni di pianificazione? Si = 2 no= 0
6. da 0 a 5, quanto, secondo me, il mio servizio/ente di appartenenza è in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni reali dell'utenza rispetto al suo ruolo specifico? Fino a 2=0; 3= 1; 4/5=2

● **Appropriatezza/Sostenibilità:**

7. credo che l'obiettivo di salute identificato appartenga alle attività ordinarie del mio servizio/ente di appartenenza? Si=2 No=0
8. nel caso non lo siano, sono previste strategie e strumenti per mantenere attivo il processo nel tempo? Si / no / in parte Si=2 No= 0 In parte=1

● **Capacità di previsione e di autoregolamentazione (sorvegliare la specificità e il rigore metodologico del proprio ruolo)**

9. sono coerente con il mandato del mio Ente di appartenenza? Si =2 no= 0 / in parte=1
10. mie azioni professionali nell'ambito della Pianificazione, sono (scala da 1 a 5):
 - a. coerenti con il mandato del mio servizio/ente di appartenenza: fino a 2=0; 3 =1; 4/5=2
 - b. specifiche per il raggiungimento dell'obiettivo di salute della rete: fino a 2=0; 3 =1; 4/5=2
 - c. rigorose nell'applicare la metodologia del lavoro di rete: fino a 2=0; 3 =1; 4/5=2

Lettura dell'automonitoraggio:

- da 22 a 24: i compiti che svolgo nell'ambito della pianificazione/programmazione degli interventi di promozione della salute, sono efficienti rispetto alle caratteristiche del lavoro in rete e alle competenze del mio servizio
- da 18 a 21: i compiti che svolgo nell'ambito della pianificazione/programmazione degli interventi di promozione della salute, sono efficienti, ma migliorabili, rispetto alle caratteristiche del lavoro in rete e alle competenze del mio servizio
- da 15 a 17: i compiti che svolgono nell'ambito della pianificazione/pro-

grammazione degli interventi di promozione della salute, sono buoni e decisamente migliorabili rispetto alle caratteristiche del lavoro in rete e alle competenze del mio servizio

- sotto i 15: il lavoro può essere molto migliorato rispetto a molti degli aspetti considerati nell'automonitoraggio

GRIGLIA B: Automonitoraggio delle competenze nel contributo gestionale di una rete educativa-sociale-sanitaria

1. Sono in grado di elencare i miei interlocutori più prossimi nella rete: si/no
2. Sono in grado di definire la rete in cui lavoro rispetto alla prevalenza del nodo educativo, sociale, sanitario o perfettamente equilibrata?: si/no
3. So definire e descrivere almeno 3 nodi della rete con cui sono stati condivisi obiettivi di salute (stimando con una buona approssimazione quali servizi, quali enti, quante persone rispondono al singolo nodo): si/no
4. Esistono canali di comunicazione attivi con i miei nodi di prossimità con cui funzionino modalità di comunicazione pressoché automatiche?: si/no
5. I 3 nodi della rete di base hanno condiviso preliminarmente una definizione di salute, di obiettivo per la salute, di rischio: si/no
6. Sono in grado di definire i concetti in modo sintetico e comune agli altri nodi di base della rete: si/no
7. Le azioni di rete prevedono un coordinamento flessibile nel tempo che può prevedere impegni diversi da parte dei nodi coinvolti (per es: l'asse di coordinamento può essere riorientato nel tempo se le azioni da svolgere sono prevalentemente di tipo educativo, sociale e sanitario: si/no
8. Sono state predisposte azioni per inserire formalmente (o, quanto meno, informalmente) l'intervento di Promozione della Salute nelle azioni ordinarie degli Enti coinvolti: si/no
9. È stato predisposto un piano di comunicazione diversificato per i target coinvolti nell'intervento che sta accompagnando tutte le fasi dell'intervento: si /no
10. L'intervento di promozione della salute prevede azioni specifiche per la riduzione delle disuguaglianze: si/ no

Criteri di lettura:

Gli items possono essere utili per definire in modo preciso le competenze raggiunte nell'ambito di una programmazione degli interventi di promozione della salute secondo la logica di rete.

Il 50% di sì dati agli items sono indicativi dell'attivazione di un processo; al di sotto del 50% le competenze professionali sono, probabilmente carenti; al di sopra del 50% ci si trova in un confronto competente e già ampiamente condiviso e recepito in una organizzazione in rete.

Esempi a completamento dell'utilizzo dell'approccio motivazionale

Si ritiene utile fornire un esempio pratico di intervento motivazionale da parte del pediatra di famiglia e uno schema base degli interventi motivazionali di gruppo.

Il sostegno al cambiamento delle abitudini nutrizionali in famiglia per la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare: elementi per una comunicazione efficace del Pediatra di libera scelta

Esempio di un intervento motivazionale breve da parte del Pediatra

L'intervento complessivo si svolge in tre incontri: il primo opportunistico, il secondo con appuntamento dedicato, il terzo a discrezione, con appuntamento o nel contesto di appuntamenti programmati.

Descrizione dell'intervento

Nel suo complesso, richiede, circa 1 ora di tempo.

- 15 minuti primo intervento in setting opportunistico
- 30 minuti dedicati con appuntamento
- 15 minuti: dedicati con appuntamento o in contesto di setting opportunistico.

1. Primo incontro: Azioni del pediatra: accoglienza, minimal advice

- a. richiesta di informazioni sulle abitudini familiari rispetto al comportamento alimentare, prima con domande aperte, per es.:
 1. Come valuterebbe con un numero da 1 a 7 le vostre abitudini familiari rispetto al cibo...? Perché ha scelto proprio questo numero?

2. Mi potrebbe descrivere cosa prevede di solito il pasto più importante della sua bambina?
 3. Eventuale compilazione di un questionario o strumenti per commentare la relazione del bambino e della famiglia con l'alimentazione
- b. consegna opuscolo informativo, anche le semplici piramidi alimentare e dell'attività fisica. A fine incontro avviso motivazionale breve, personalizzato sulla importanza di introdurre qualche cambiamento nelle abitudini alimentari dedicate.
1. Tempo stimato per il primo incontro: 15 minuti

2. Secondo incontro: esplorazione dei vissuti, programmazione obiettivi di cambiamento

- a. consegna scheda cibo e emozioni (compilata dal bambino insieme ai genitori) (pag. 26)
- b. consegna scheda attività fisica e emozioni (pag. 26)
- c. confronto sulle piramidi dell'alimentazione e della attività fisica (pagg. 43-44): definizione obiettivo di cambiamento rispetto alla promozione di consumo giornaliero di determinati cibi e pratica del movimento che tenga conto dei gusti del bambino
- d. Tempo stimato del secondo incontro: 30 minuti

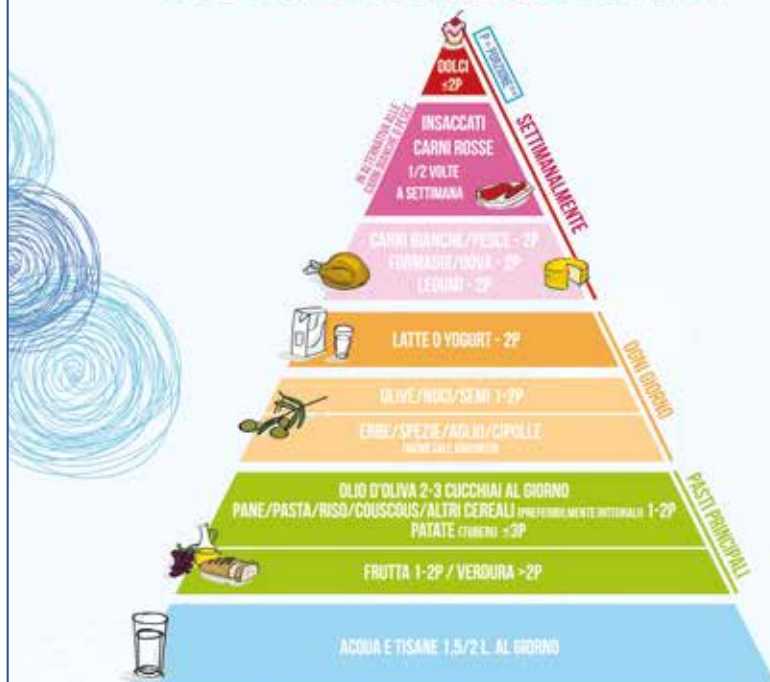
3. Terzo incontro: verifica obiettivo di cambiamento

- a. **bilancia decisionale** su fattori che ostacolano o facilitano il cambiamento delle abitudini alimentari (pag. 24)
- b. **compilazione scheda fattori protettivi e fattori di rischio del contesto** (pag. 53)
- c. consegna del **diario sulle abitudini alimentari e gli stili di vita**
- d. precisazione o rimodulazione obiettivo di cambiamento
- e. se previste nella mappa delle opportunità, proposta partecipazione laboratorio educativo di cucina per famiglie (anche in collaborazione con gli Istituti Alberghieri del territorio)

Tempo stimato: 15 minuti

PIRAMIDE ALIMENTARE MEDITERRANEA

UNO STILE DI VITA QUOTIDIANO



PORZIONI CONSIGLIATE:

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

ENTITÀ DELLE PORZIONI STANDARD NELL'ALIMENTAZIONE ITALIANA

GRUPPO DI ALIMENTI PORZIONE PESO (g)

CEREALI E TUBERI: Pane 1 fetta piccola/50 gr; Prodotto da forno 2-4 biscotti/20g; 2,5 fette biscottate; Pasta o riso 1 porzione media 80 gr (in minestra 40 gr); Pasta fresca all'uovo 1 porzione piccola 120 gr (in minestra 60 gr); Patate 2 patate piccole 300 gr.

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

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

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

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

GRASSI DA CONDIMENTO: Olio 1 cucchiaino 10 gr; Burro 1 porzione 10 gr; Margarina 1 porzione 10 gr.

PIRAMIDE DELL'ATTIVITÀ FISICA

UN'ATTIVITÀ FISICA REGOLARE MIGLIORA LA TUA SALUTE



RACCOMANDAZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ:

DAI 5 AI 17 ANNI: almeno 60 minuti al giorno di attività moderata-vigorosa, includendo almeno 3 volte alla settimana esercizi per la forza che possono consistere in giochi di movimento o attività sportive

DAI 18 AI 64 ANNI: almeno 150 minuti alla settimana di attività moderata o 75 minuti di attività vigorosa (o combinazioni equivalenti delle due) in sessioni di almeno 10 minuti per volta, con rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari da svolgere almeno 2 volte alla settimana

DAI 65 ANNI IN POI: le indicazioni sono le stesse degli adulti, con l'avvertenza di svolgere anche attività orientate all'equilibrio per prevenire le cadute. Chi fosse impossibilitato a seguire in pieno le raccomandazioni deve fare attività fisica almeno 3 volte alla settimana e adottare uno stile di vita attivo adeguato alle proprie condizioni.



www.luoghidiprevenzione.it

L'intervento motivazionale strutturato sul cambiamento dei comportamenti a rischio: Gruppi info-motivazionale su alimentazione e movimento

Testo di riferimento: *Terapia di gruppo per abuso di sostanze. Manuale per un percorso a stadi* (Velasquez, M. M., Crouch, C., Stephens, N. S., & DiClemente, C. C. (2015). Il Mulino Edizioni. 2018).

Caratteristiche dei partecipanti:

- Diverso stadio motivazionale rispetto al comportamento alimentare;
- Diverso stadio motivazionale rispetto alla consapevolezza della opportunità/necessità di un cambiamento;
- Partecipazione in qualche modo imposta o fortemente consigliata dalla presenza di patologie croniche;
- Età, grado di istruzione, estrazione sociale molto diversa.

Al primo incontro “il gruppo” si può presentare anche molto eterogeneo.

Come si configura la modalità di intervento rispetto alla applicazione dell'approccio motivazionale?

Si evidenziano questi steps:

PRIMO INCONTRO: **Assessment**: accoglienza, identificazione dei problemi, esplorazione, valutazione della disponibilità al cambiamento, scelta degli obiettivi specifici.

Questioni da affrontare nel primo incontro:

- Quali sono, se ci sono altri motivi per cui si è scelto di partecipare al gruppo?
- Con chi si sta condividendo questo impegno a casa, sul lavoro, nelle relazioni interpersonali?
- Che cosa comporta o ha comportato, 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? (per es: rapporto con il fumo, lo stress, il movimento, patologie concomitanti...?)

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 step:

1. **Apertura** dell'intervento con le domande aperte di cui si sono sopra proposti alcuni esempi per la definizione
2. Accoglienza con compilazione scheda dei vissuti
3. Valutazione della **Disponibilità al cambiamento**

SECONDO INCONTRO: **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. **Bilancia decisionale**: risorse e ostacoli dell'obiettivo scelto
2. Modifica approfondimento e contestualizzazione dell'obiettivo: **Fattori di rischio e fattori di protezione del contesto**

TERZO INCONTRO: **Implementazione**

Si configura come un sostegno all'azione.

1. Verifica degli obiettivi specifici di cambiamento
2. Analisi delle difficoltà e delle risorse
3. Predisposizione percorso di implementazione e programmazione di feedback periodici con brevi colloqui di rinforzo e appuntamenti telefonici, Consegna Scheda **Obiettivo di cambiamento e programmazione del colloquio individuale di fine percorso**

L'intervento si configura ancora nell'ambito educativo; se la persona è motivata a modificare il proprio comportamento, è bene inviarlo a una struttura di secondo livello per un supporto specialistico (prevedendo modalità di raccordo, anche con la presenza del personale di accoglienza del secondo, terzo livello specialistico).

Elenco dei principali strumenti operativi utilizzati nell'Intervento motivazionale strutturato di gruppi.

PRIMO INCONTRO: 60/80 minuti

- Accoglienza con compilazione scheda **Vissuti rispetto al cibo**



Scheda sui vissuti legati al cibo

Cerchia le 3 espressioni che meglio descrivono i tuoi vissuti sul comportamento alimentare.

Scegli quella più forte e significativa per te

Mangio troppo — Mangio solo quando ho fame - Mangio in modo disordinato

*Mangio in modo molto sano ed ho una dieta equilibrata
Faccio spesso spuntini fuori pasto - Adoro cucinare - Sono una ottima cuoca/o*

*Detesto cucinare - Cucino svogliatamente- Mi piace andare a mangiare fuori
La tavola è il luogo più importante per le mie relazioni personali, con famiglia ed amici*

*Mi ritengo molto informata/a e aggiornata/o in ambito di cibo e salute
Mangiare per me è un piacere - Faccio regolarmente colazione
Non consumo alcolici - Mangio lentamente e mi piace conoscere cibi nuovi*

*Uso spesso le spezie, le conosco e mi piace la cucina etnica
Mangio di fretta e quasi sempre le stesse cose - Sono vegetariano/a
Sono soddisfatta /o della mia immagine quando mi guardo allo specchio
Vorrei prendere qualche chilo - Vorrei perdere qualche chilo*

*Consumo almeno un pasto a casa tutti i giorni
Adoro i dolci - Adoro i cibi piccanti
Mangio di più quando sono triste - Mangio di più quando sono allegra
Mangio di più quando sono in casa da solo - Mangio di più quando sono in compagnia*

Il cibo è una bella consolazione e fonte di allegria

Vissuti del cibo nel bambino

Scegli tre espressioni che posso riguardare i vissuti del cibo di un bambino

Qualcuno mi dice che sono obeso
Qualcuno mi dice che sono magro da far schifo
Non mi piace il mio corpo
Mangio molto volentieri
Mangerei solo dolci
I mei non si interessano della mia alimentazione
I miei sono troppo pressanti
Il grasso mi crea disagio
In classe chi è obeso viene preso in giro
Tutte le pubblicità hanno come riferimento bambini molto belli e in forma
Non mi piace praticare sport
Sto bene da solo a leggere libri
Mi vergogno del mio corpo
So di essere qualche chilo in più ma per me non è un problema e
nemmeno per i miei genitori, lo è invece per il pediatra
I cibi salutari sono cattivi

Grafico della Disponibilità al cambiamento

Il grafico aiuta a verificare la disponibilità al cambiamento in funzione della fiducia di riuscirci e dell'importanza attribuita.

Istruzioni:

- **Individuare** tre obiettivi di cambiamento rispetto a alimentazione e movimento (A, B, C) riportandoli 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.

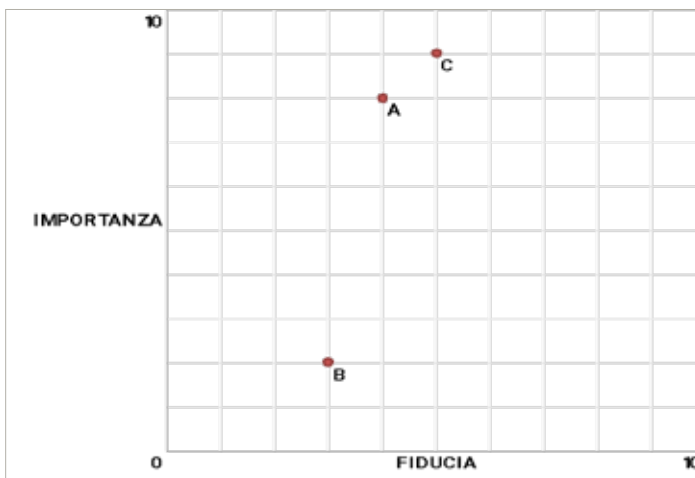
- Scegliere l'obiettivo di salute che si trova in posizione intermedia

ESEMPI DI OBIETTIVI:

- A. Vado al lavoro a piedi
- B. Non consumo più spuntini quando sono fuori casa
- C. Ceno prima delle 20

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 al tema. La persona sta costruendo il Piano di 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.

SECONDO INCONTRO

Confronto fra stadi motivazionali del cambiamento rispetto ai singoli comportamenti legati allo stile di vita

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. L'operatore sostiene il gruppo nel percorso di consapevolezza che orienta la scelta.

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

Anche in questo caso si utilizza una domanda aperta per focalizzare l'attenzione:

“Come si 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 a alimentazione e movimento. La scelta dell'obiettivo con cui iniziare e la valutazione della relazione fra il comportamento scelto e gli altri stili di vita, si concorda la modalità con cui sviluppare il primo passo di cambiamento nella settimana.

Bilancia decisionale su fattori che ostacolano o facilitano il cambiamento delle abitudini alimentari (pag. 24)

TERZO INCONTRO

- Raccolta feedback
- Esplorazione con schede cibo e emozioni/Movimento e emozioni (pag. 26)

Analisi della sfera emozionale rispetto all'obiettivo di cambiamento scelto: in questo caso “andare al lavoro a piedi”

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 l'obiettivo di cambiamento**.

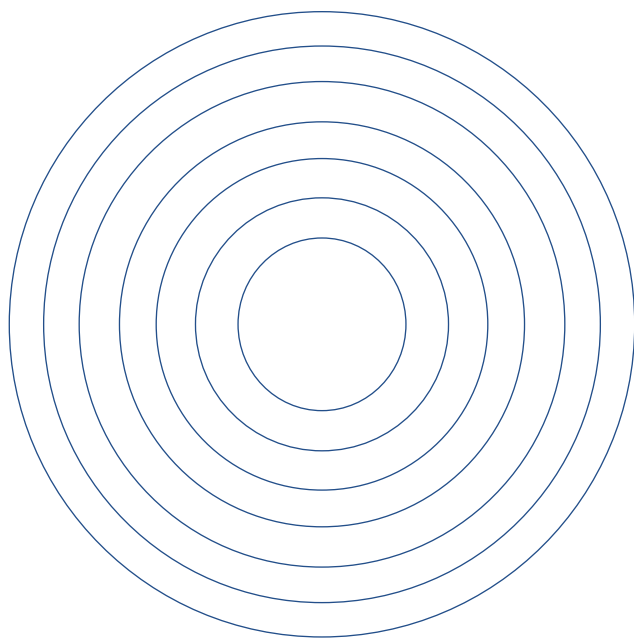
Per programmare un obiettivo di cambiamento concreto ed efficace con una **persona determinata** ed accompagnare la stessa verso il cam-

biamento, l'operatore ha quindi diverse funzioni ed 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.

Ecogramma emozionale

Disponi i cibi che hai identificato nelle schede cibo e emozioni/movimento e emozioni utilizzando due colori diversi (uno per i cibi che emotivamente preferisci e un colore per i cibi che emotivamente gradisci meno) per segnalare quanto per te sono importanti e collocandoli dall'esterno all'interno rispetto alla frequenza con la quale tu li usi (all'esterno quelli che usi di più e all'interno quelli che usi di meno).



Commenta brevemente il tuo ecogramma emozionale rispetto al cibo.

QUARTO INCONTRO

L'obiettivo di cambiamento deve essere definito 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.

- Condivisione piramidi
- Presentazione e condivisione didattica bilancia decisionale (da consegnare individualmente).

Analisi di alcune bilance decisionali e raccolta feedback gruppo

Scheda dei fattori di sostegno e rinforzo degli obiettivi di cambiamento

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 scelto, 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			

Obiettivo scelto rispetto a alimentazione e movimento

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. _____

La conduzione dell'intervento motivazionale:

L'intervento motivazionale richiede uno stile di comunicazione specifico (assertivo/ motivazionale/concertativo caratterizzato da:

- Ricorso dell'operatore a domande aperte invece di domande chiuse per acquisire informazioni e favorire l'apprendimento;
- Ascolto attivo/uso delle riformulazioni
- Capacità di suscitare affermazioni auto motivanti
- Capacità di fare diagnosi motivazionale
- Capacità di contrattare obiettivi di cambiamento specifici

L'operatore ricorre il meno possibile allo stile prescrittivo che alimenta le resistenze dell'interlocutore.

Lavora bene quando parla meno dell'interlocutore, presta attenzione alla comunicazione non verbale, sorregge e sostiene più che pilotare, è concentrato sulla relazione con un ascolto attivo.

Conclusioni

Sostenere e accompagnare il cambiamento intenzionale

I contenuti del compendio possono aiutare ogni professionista coinvolto in percorsi di sostegno e accompagnamento intenzionale di comportamenti indesiderati. I punti salienti sono:

- Focus of control rivolto al proprio approccio: è importante ascoltarsi, quanto ascoltare l'interlocutore. L'approccio motivazionale richiede la disponibilità a mettersi in gioco (non sempre così scontata);
- Non è un approccio clinico, ma educativo e di orientamento motivazionale;
- Attenzione a curare le fasi di accoglienza, assessment, esplorazione, contrattazione e monitoraggio degli obiettivi di cambiamento concertati con la persona;
- Non ricondurre l'intervento a uno stile di comunicazione, ma avere cura di esplorare i vissuti della persona rispetto al tema, fare diagnosi motivazionale, prestare tempo adeguato alla compilazione della bilancia decisionale, contrattare obiettivi di cambiamento concreti, chiari e specifici scelti dalla persona e non dal professionista;
- Tenere conto che l'intervento prevede un tempo dedicato di almeno 20 minuti nella fase di esplorazione e approfondimento;
- L'intervento motivazionale breve funziona meglio e dà risultati che si consolidano nel tempo se condiviso da più operatori in una logica di rete. Condividere linguaggio e strumenti è fondamentale perché la persona non si senta disorientata da modalità di intervento e richieste, distanti o poco coerenti fra loro;
- Non avere fretta: seguire i tempi della persona e non i propri obiettivi terapeutici;
- L'approccio motivazionale è pratica e lo si acquisisce facendolo: si può sbagliare, ci si può correggere e si può migliorare;
- L'approccio motivazionale non è adatto a tutti e non a tutti i contesti. Va utilizzato, quando il professionista ritiene possa essergli utile a mettere in grado la persona di prendersi meglio cura di sé.

Finito di stampare nel mese di Aprile 2025
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore Srl
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Telefono 050 313011
www.pacineditore.it



Il **rapporto con il cibo** è complesso e si esprime con componenti relazionali, affettive, biologiche.

Sia nel **bambino** che nell'**adulto** con problematiche legate all'alimentazione è importante attivare il lavoro in rete di una equipe multidisciplinare che condivida strumenti operativi e visione culturale del tema. Grazie al Prof. Carlo DiClemente e al lavoro di tanti professionisti si propone un agile manuale di base per affrontare l'argomento con l'approccio motivazionale, la metodologia che facilita consapevolezza e intenzionalità dei singoli e dei gruppi di **agire il cambiamento da protagonisti**, migliorando la capacità di prendersi cura di sé.