



AMD SICILIA

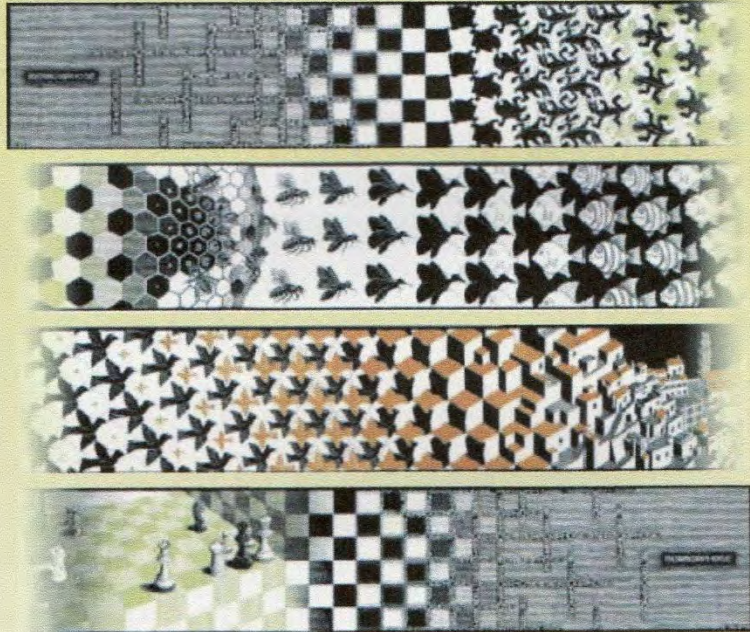


In Collaborazione
Scuola di Formazione AMD

L'Educazione Terapeutica Strutturata

nella Gestione Integrata

Percorsi e ruoli nella realtà Siciliana



5/6 DICEMBRE 2012

HOTEL EXCELSIOR PALACE - PALERMO

CORSO di FORMAZIONE



PATIENT EMPOWERMENT

A. ERCOLI

PALERMO



“NON PUOI INSEGNARE QUALCOSA A UN UOMO.

LO PUOI SOLO AIUTARE A SCOPRIRLA DENTRO DÌ SE”

“ Galileo”



PREMESSA

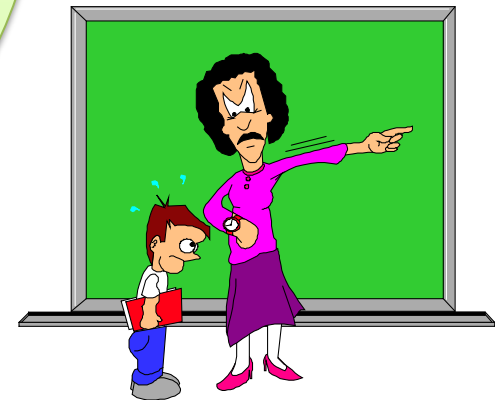
Modelli di rapporto medico-paziente (Holland)

**Rapporto
adulto-adulto**



**Es.: diabete,
riabilitazione**

**Rapporto
genitore-adolescente**



**Es.: febbre,
infezioni**

**Rapporto
genitore-lattante**



Es.: coma, chirurgia, P.S.

**IN AMBITO DIABETOLOGICO,
AFFINCHE' IL PAZIENTE
POSSA DIVENTARE PARTE ATTIVA,
PER GESTIRE LA SUA MALATTIA,
GLI OPERATORI SANITARI
PREPOSTI ALL'EDUCAZIONE
TERPEUTICA, UTILIZZANO
PREVALETAMENTE
QUATTRO MODELLI DI STRATEGIE
RELAZIONALI/ MOTIVAZIONALI :**

◆ Modello Trans-teorico

(I. Prochaska, C. DiClemente, 1972)

◆ Colloquio Motivazionale

(W. Miller, 1983)

◆ Terapia centrata sul cliente, Ascolto attivo

(C. Rogers, 1951; T. Gordon, 1970, 1995)

◆ **Empowerment**

(R. Anderson, M. Funnell, 1991)



Empowerment: definizione



- **Si basa su due elementi principali: la sensazione di poter compiere azioni efficaci per il raggiungimento di un obiettivo, e il controllo, la capacità di percepire l'influenza delle proprie azioni sugli eventi.**

Ambito psicologico – psicoterapeutico dell'Empowerment

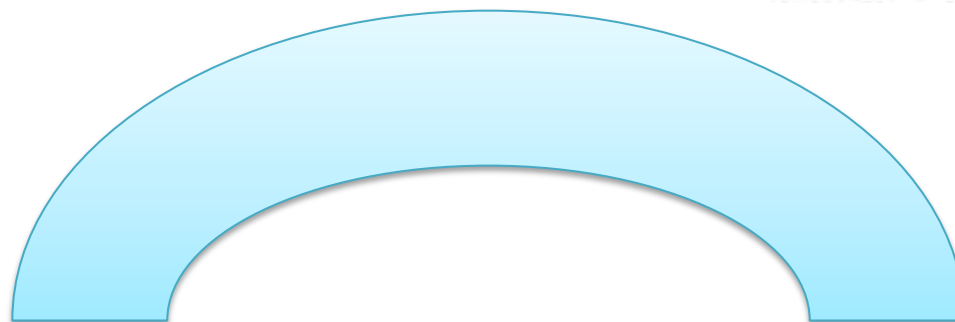
Il concetto è stato qui utilizzato con più finalità:

- ❖ diminuire la dipendenza dalla figura medica e terapeutica nei soggetti**
- ❖ aumentare progressivamente la percezione delle proprie capacità di autonomia;**
- ❖ favorire processi riabilitativi con interventi brevi ed efficaci;**
- ❖ liberare i soggetti dalla passività appresa, lavorando sulle loro elaborazioni cognitive di fronte a rischi e problemi.**

**EMPOWERMENT SI SVILUPPA SU
DUE GROSSE AREE:**



EMPOWERMENT



AREA INTERNA:
DOVE RISIEDONO
LE NOSTRE ASPIRAZIONI
E DESIDERI

AREA ESTERNA:
DOVE PROIETTIAMO
TUTTE LE NOSTRE
ASPIRAZIONI
RENDENDOLE MANIFESTE

(Bruscaglioni /Gheno)

**AREA
INTERNA**



**AREA
ESTERNA**

**L'AREA CHE SI FORMA TRA QUESTI DUE AREE.
E' LO SPAZIO DELL' AZIONE PERFORMATIVA
PER RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI**

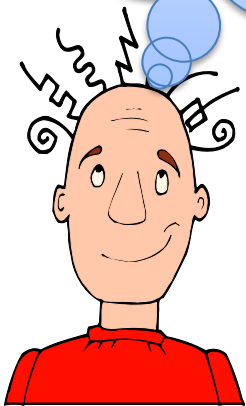
AZIONE



(Bruscaglioni /Gheno)

1) FASE
MANIFESTARE UN
NUOVO DESIDERIO

*VOGLIO FARE ATTIVITA'
AGONISTICA
VOGLIO DIMAGRIRE*



2) FASE
AVERE CHIARA
L'IMMAGINE
DÌ QUELLO CHE SI DESIDERA

3) FASE
APERTURA DELLA NUOVA
POSSIBILITA'

3) FASE APERTURA DELLA NUOVA POSSIBILITA'

3.1 Reperimento di risorse esterne (es. Capacita' informazioni ecc.ecc.)

- Competenze specifiche – quali conoscenze, metodologie, strumenti, capacità operative.
- Informazioni
- Collegamenti - nuove relazioni con persone e ambienti che stimolano al raggiungimento dell'obiettivo.
- sostenitori, alleati, sponsor,
- risorse diverse – economiche, organizzative, tecnologiche

3.2. Elaborazione attivazione e riconoscimento delle risorse interne.

- fiducia in sé: ovvero la capacità di saper mettere in atto comportamenti corretti
- fiducia che comportamenti corretti porteranno buoni risultati
- tendenza ad investire sulle risorse esistenti
 - sia interne che esterne –piuttosto che su quelle mancanti
- tendenza a considerare i propri comportamenti come causa degli effetti collegati (locus of control interno)
- tendenza al pensiero positivo sulle possibilità proprie e altrui
- tendenza a pensare di poter influire, gestire, indirizzare e modificare le cose che ci riguardano

AZIONI

(Bruscaglioni /Gheno)



**GLI ELEMENTI CHE PERMETTONO
LO SVILUPPO DEL PROPRIO
POTERE PERSONALE**

COME SE

CREDENZE

AZIONE

MOTIVAZIONE

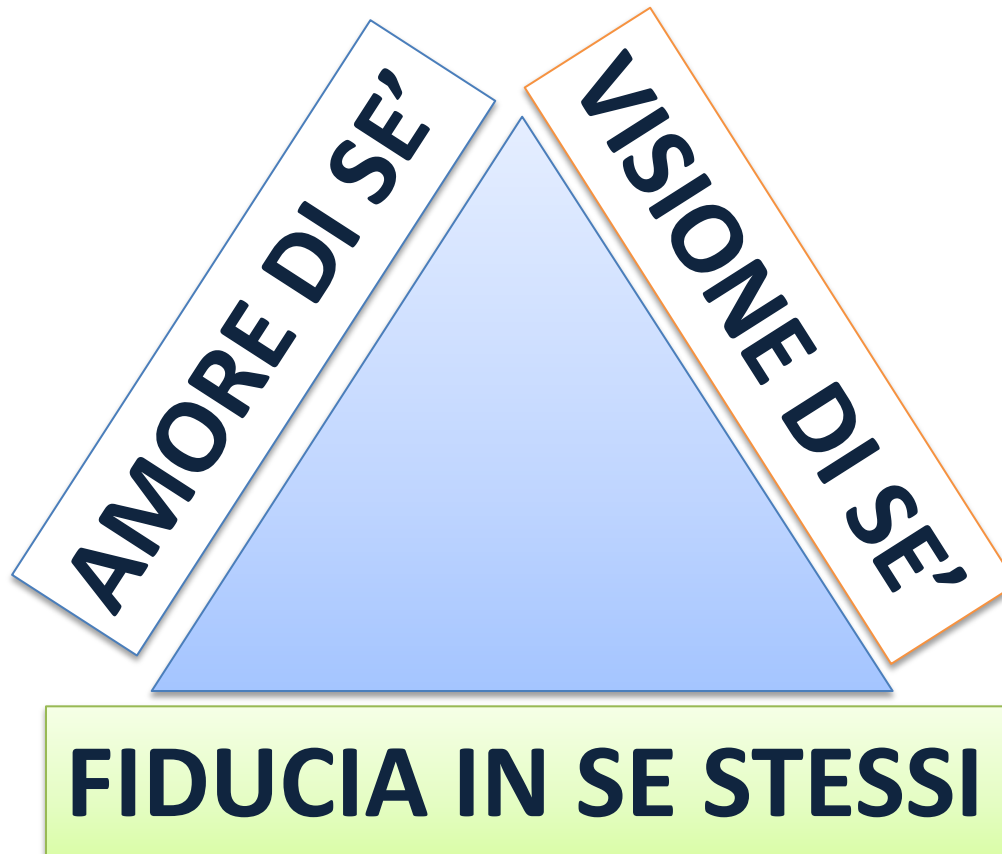
VISIONE



AUTOSTIMA



I PRINCIPI SONO:



COME SE

CREDENZE

AZIONE

MOTIVAZIONE

VISIONE

AUTOSTIMA





VISIONE: dal latino VIDERE

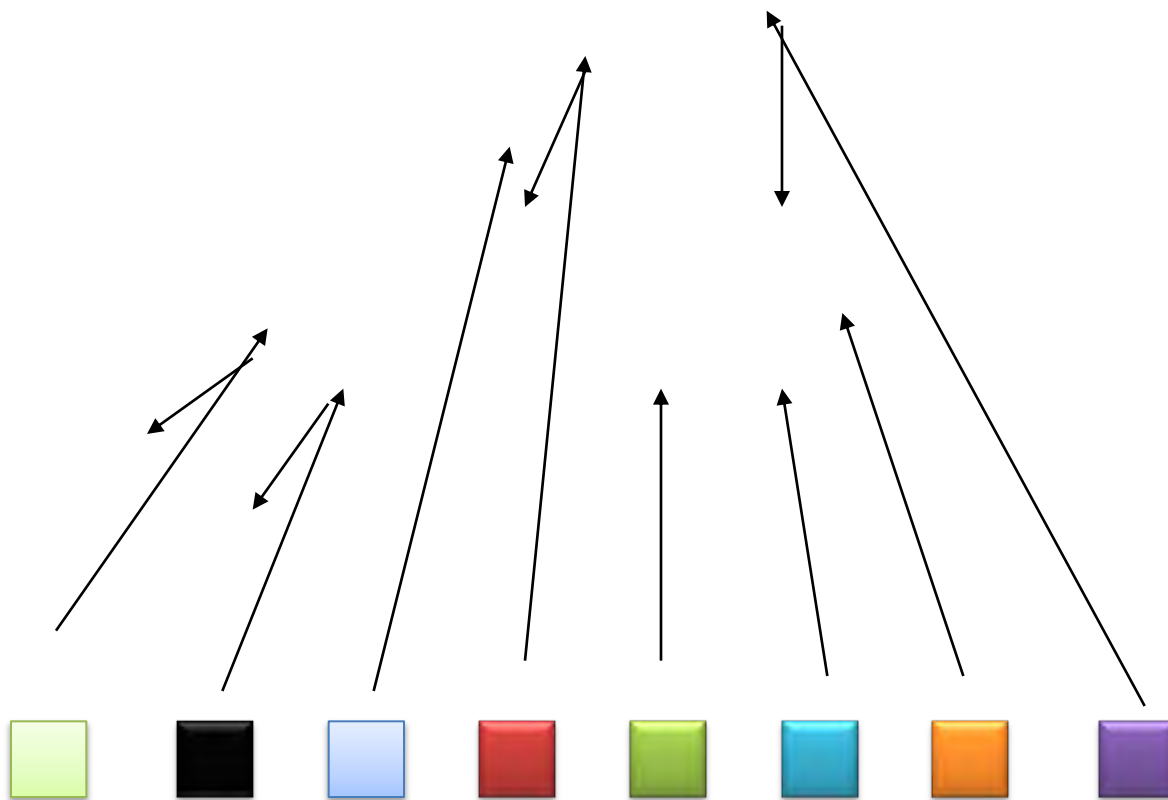
**AVERE UNA VISIONE SIGNIFICA
AVERE UN'IMMAGINE
INTERNA**

**VISIONE
UGUALE A MAGNETE**



**ENERGIA - PENSIERI
EMOZIONI**

CON VISIONE



**ENERGIA - PENSIERI
EMOZIONI**

SENZA VISIONE



LA FORZA DELLA VISIONE

**Le visioni sono i *presupposti basilari dell'energia*.
L'energia a sua volta provoca
movimento, fino a che, passo dopo passo, la visione acquista forma
materiale, ossia viene realizzata e portata a manifestazione.**

COME SE

CREDENZE

AZIONE

MOTIVAZIONE



VISIONE

AUTOSTIMA

**LA MOTIVAZIONE E' UNO SCHEMA COGNITIVO CHE CI PERMETTE
DI OPERARE UN CAMBIAMENTO OGNI VOLTA CHE DOBBIAMO
REALIZZARE E SODDISFARE DELLE ASPETTATIVE.**

MOTIVAZIONE



MOTIVO



AZIONE



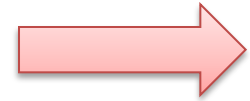
CAMBIAMENTO

**CHI E' MOTIVATO LAVORA CON MINOR FATICA E RAGGIUNGE
CON MAGGIORE EFFICACIA I SUOI OBIETTIVI**

COME SE

CREDENZE

AZIONE



MOTIVAZIONE

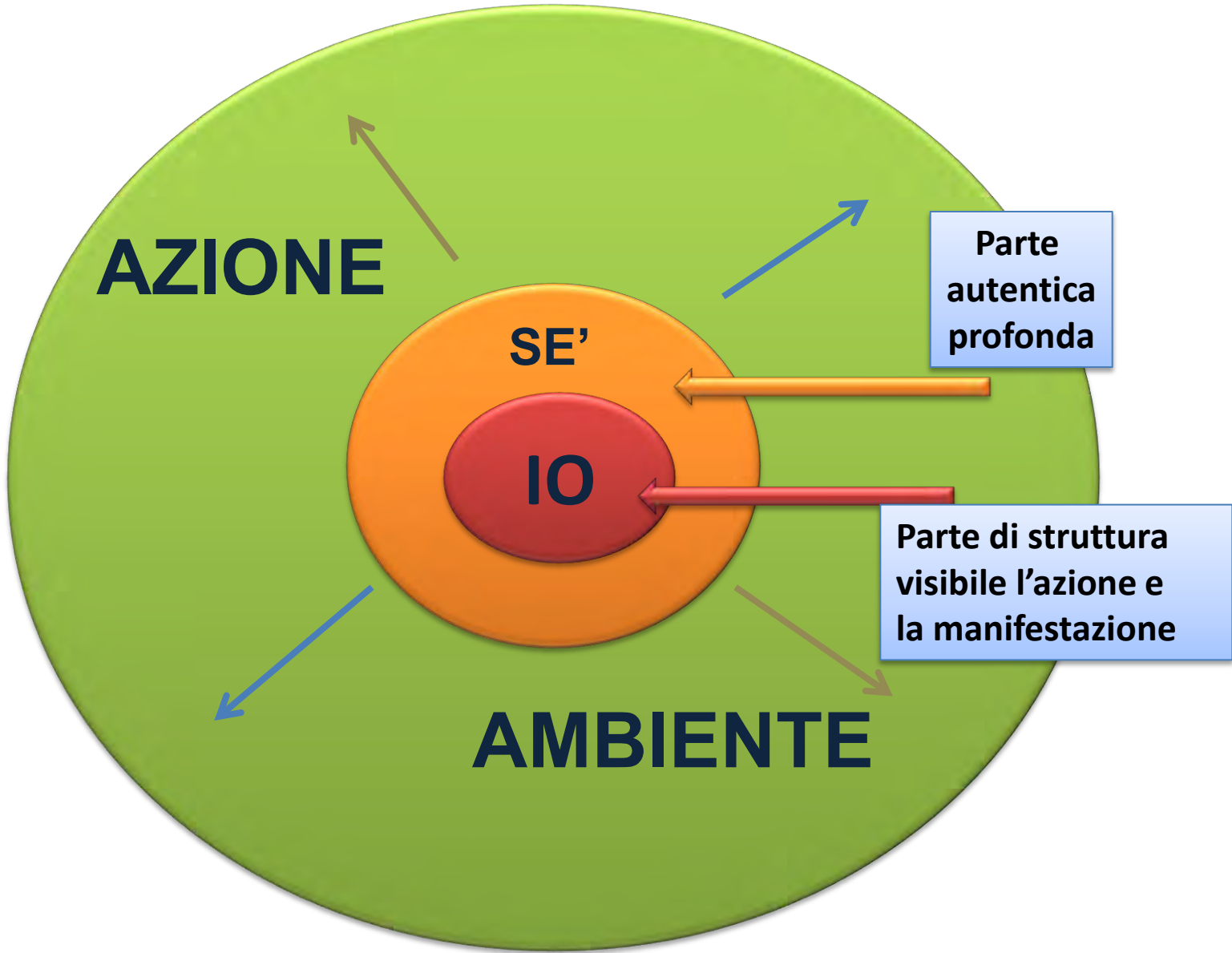
VISIONE

AUTOSTIMA

**LA SI INTRAPRENDE ATTRAVERSO UN
COMPORTAMENTO
PIU' O MENO ORGANIZZATO
CHE COMPRENDE ED UTILIZZA:**



AMBIENTE E RISORSE



COME SE

CREDENZE



AZIONE

MOTIVAZIONE

VISIONE

AUTOSTIMA

LE CREDENZE CIO' CHE E' VERO PER ME

LE CREDENZE POSSONO ESSERE POTENZIANTI O LIMITANTI

POTENZIANTI:

APRONO A NOI LO SVILUPPO DI RISORSE, MOTIVAZIONE, CARICA PER ANDARE AVANTI E RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI.

“CON IL GIUSTO IMPEGNO RIUSCIRO' A RAGGIUNGERE I RISULTATI”

LIMITANTI:

SONO QUELLE CHE CHIUDONO ALLA POSSIBILITA' DELLE RISORSE, CHE FRENANO LA NOSTRA MOTIVAZIONE, ATTIVITA', E IL NOSTRO IMPEGNO NEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO.

“SONO FATTO COSI' NON CAMBIERO' MAI”

“NON SONO PORTATO PER QUESTO LAVORO NON CE LA FARO' MAI”

COME SE

A diagram illustrating a process or model. On the left, a blue vertical bar and a green horizontal bar form an L-shape. Five light red rectangular boxes are arranged in a staircase pattern, ascending from bottom-left to top-right. The boxes are labeled 'AUTOSTIMA', 'VISIONE', 'MOTIVAZIONE', 'AZIONE', and 'CREDENZE' from bottom to top. To the right of the top box is a larger light red box labeled 'COME SE' with a light red arrow pointing to the right.

CREDENZE

AZIONE

MOTIVAZIONE

VISIONE

AUTOSTIMA

**CI SI COMPORTA “COME SE”
L’IMMAGINE MENTALE, LA VISIONE,
FOSSE GIA’ MANIFESTA**

- 1. LA GIUSTA CONVINZIONE**
- 2. UN SETTING ADEGUATO DI CREDENZE**
- 3. LA GIUSTA RAPPRESENTAZIONE**
- 4. LA CONTESTUALIZZAZIONE AL PROPRIO AMBIENTE
DI RIFERIMENTO**
- 5. LA SCOMPOSIZIONE DELL’IMMAGINE IN PROCESSI E AZIONI**

**IL COMPORTAMENTO AGITO “COME SE” CONNOTERA’ LA REALTA’
E ATTRAVERSO L’AMBIENTE SI REALIZZA UNA TRASFORMAZIONE.**

La differenza fra la teoria e la pratica ...?

“

In teoria, non c'è differenza fra la teoria e la pratica.

In pratica, c'è una grossa differenza.

”

Ignoto

Modello Tradizionale

1 Il diabete è una **malattia fisica**

2. **La relazione** fra OS e paziente è autoritaria, basata sul sapere dell'OS

3. **I problemi** e i bisogni educativi sono di solito identificati dagli OS

4. **L'OS** è visto come chi risolve problemi e fornisce la cura. Quindi l'OS è responsabile della diagnosi e dei risultati.

Modello Empowerment

1 Il diabete è una **malattia bio-psico-sociale**

2. **La relazione** fra OS e paziente è democratica e basata sul sapere condiviso

3. **I problemi** e i bisogni educativi sono di solito identificati dal paziente

4. **Il paziente** è visto come chi risolve i problemi e fornisce la cura. **L'OS** agisce come risorsa e aiuta il paziente a stabilire obiettivi e sviluppare un progetto di auto-gestione.

Modello Tradizionale

5. **L'obiettivo** è il cambiamento di comportamento. Si usano **strategie comportamentali** per aumentare l'adesione al trattamento raccomandato. Una **mancaza di adesione** (*compliance*) è vista come insuccesso del paziente e dell'OS.

6. I cambiamenti di comportamento sono **motivati** dall'esterno.

7. Il paziente è privo di **potere**, l'OS ha il potere.

Modello Empowerment

5. **L'obiettivo** è abilitare i pazienti a fare scelte informate. Si usano **strategie comportamentali** per aiutare i pazienti a sperimentare cambiamenti di comportamento di loro scelta. **Cambiamenti non adottati** sono visti come strumenti di apprendimento per fornire nuove informazioni che possono essere usate per sviluppare nuovi obiettivi e piani.

6. I cambiamenti di comportamento sono **motivati** dall'interno.

7. Il paziente ha **potere e l'OS** diventa patnership



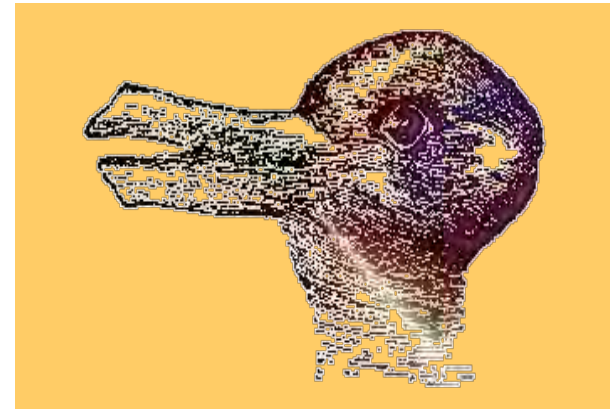
Gli operatori sanitari si aspettano che i pazienti seguano le indicazioni date

I sanitari conoscono il diabete e sanno quali sono le opzioni di gestione e le possibili conseguenze



I pazienti si aspettano che i loro problemi di salute vengano risolti dai sanitari

I pazienti sono esperti sulla loro vita e sono nella posizione migliore per decidere quale programma di cura è più adatto a loro



ASCOLTARE

- Anche se è difficile liberarci dalla responsabilità di fare qualcosa di valore per i pazienti, dobbiamo imparare prima di tutto ad ascoltare
- se ascoltiamo attentamente, la direzione che dobbiamo prendere apparirà dalla storia del paziente

ASCOLTARE GUARISCE

- Essere ascoltati, senza essere giudicati, criticati o persuasi, aiuta i pazienti a sentirsi accettati e capiti.
- Sospendendo consigli, soluzioni e/o interpretazioni si aiutano i pazienti a vedere e a sentire più in profondità cosa è vero e utile per loro.

UN MODELLO DI CAMBIAMENTO DI COMPORTAMENTO

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Identificare il problema. | <i>Qual è il problema?</i> |
| 2. Esplorare le emozioni. | <i>Come si sente?</i> |
| 3. Fissare gli obiettivi. | <i>Cosa vuole ottenere?</i> |
| 4. Fare un piano. | <i>Cosa vuole fare?</i> |
| 5. Valutare i risultati. | <i>Funziona?</i> |

**POSSIBILI DOMANDE PER AIUTARE I PAZIENTI
A IDENTIFICARE IL PROBLEMA**

Cosa vuol dire per lei vivere con il diabete?

Quale è la sua preoccupazione maggiore?

Cos'è più difficile per lei nella cura del diabete?

Che cosa le provoca più angoscia o disagio?

Cosa ritiene che lo renda così difficile per lei?

Cosa ritiene che stia accadendo?

Quando pensa a questo problema, che cosa le viene in mente?

**POSSIBILI DOMANDE PER AIUTRE I PAZIENTI A
IDENTIFICARE I SENTIMENTI**

Come si sente riguardo a ___ ?

Cosa pensa riguardo a _____ ?

Come si sentirà se le cose non cambiassero?

POSSIBILI DOMANDE PER AIUTARE I PAZIENTI A FISSARE GLI OBIETTIVI

- *Che cosa desidera?*
- *Cosa guadagna se cambia? A cosa dovrebbe rinunciare?*
- *Secondo lei vale veramente la pena cambiare?*
- *Ha intenzione di fare qualcosa per migliorare la situazione?*
- *Cosa deve accadere perché lei ottenga ciò che vuole?*
- *Che cosa è necessario che lei faccia?*
- *Nella sua situazione, o con i sentimenti che prova, che cosa può fare?*

**POSSIBILI DOMANDE PER AIUTARE I
PAZIENTI A FARE UNA STRATEGIA**

Quali strategie potrebbero funzionare?

Ha già provato a fare qualcosa in passato?

Perché pensa che abbia /non abbia funzionato?

Cosa potrebbe fare per avvicinarsi un po' a dove vorrebbe arrivare?

*C'è una cosa che può fare per far in modo che le sue cose
migliorino?*

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

- Ruolo dei sanitari è aiutare i pazienti a monitorare e valutare l'efficacia delle strategie che hanno scelto
 - considerando i cambiamenti come una serie di esperimenti
 - l'opportunità di imparare su sé stessi
 - non concentrandosi solo sui successi o sui fallimenti , ma...

DOMANDE SUL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

- **Cos'ha imparato nel tentare di raggiungere questo obiettivo?**
- **Cosa farebbe di diverso?**
- **Quali ostacoli ha incontrato?**
- **Ha qualche idea per superare questi ostacoli?**
- **Cosa ha capito di ciò che è più importante per lei?**



CONCLUSIONI

Il diabete: una vita in bilico

- **Ambizioni/ob**
- **Bis**
-

“Il problema del tentare di preservare la salute del corpo è che risulta molto difficile farlo senza distruggere la salute della mente”

relazione del

sano

Gilbert Keith Chesterton (1874-1936)

**Una vita felice
& completa**

**Una vita lunga
e sana**





Il segreto
per andare avanti
è iniziare. (Sally Berger)



Anna ERCOLI
Human Behavior
STUDIO ERCOLI – UDINE
Sviluppo Risorse Umane
anna.ercoli@hotmail.it