



Come Migliorare l'Aderenza alla Cura

Aldo Maldonato

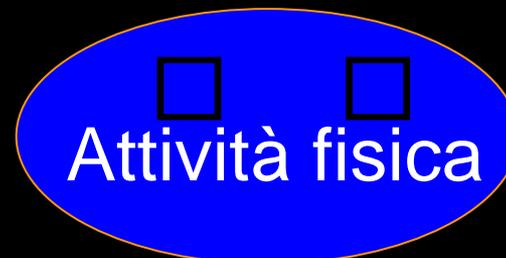
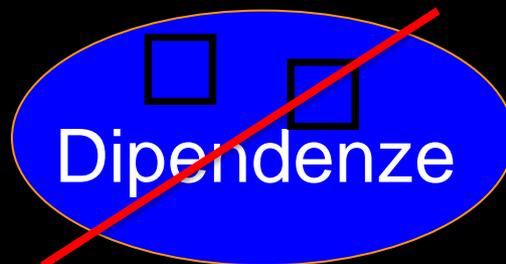
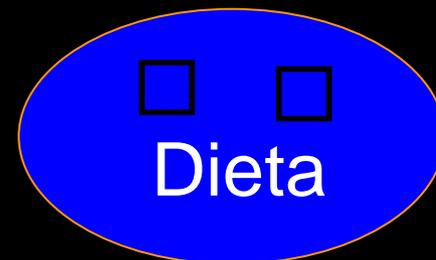
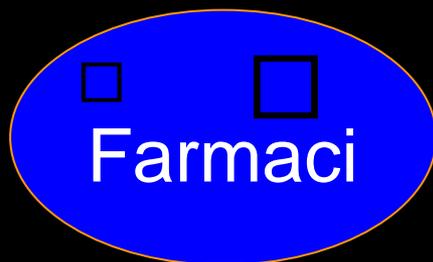
Giornata di studio SIRFET

Roma, 8/11/2013

Il Nuovo Rapporto Medico/Paziente



Alleanza Terapeutica
per l'Aderenza a...

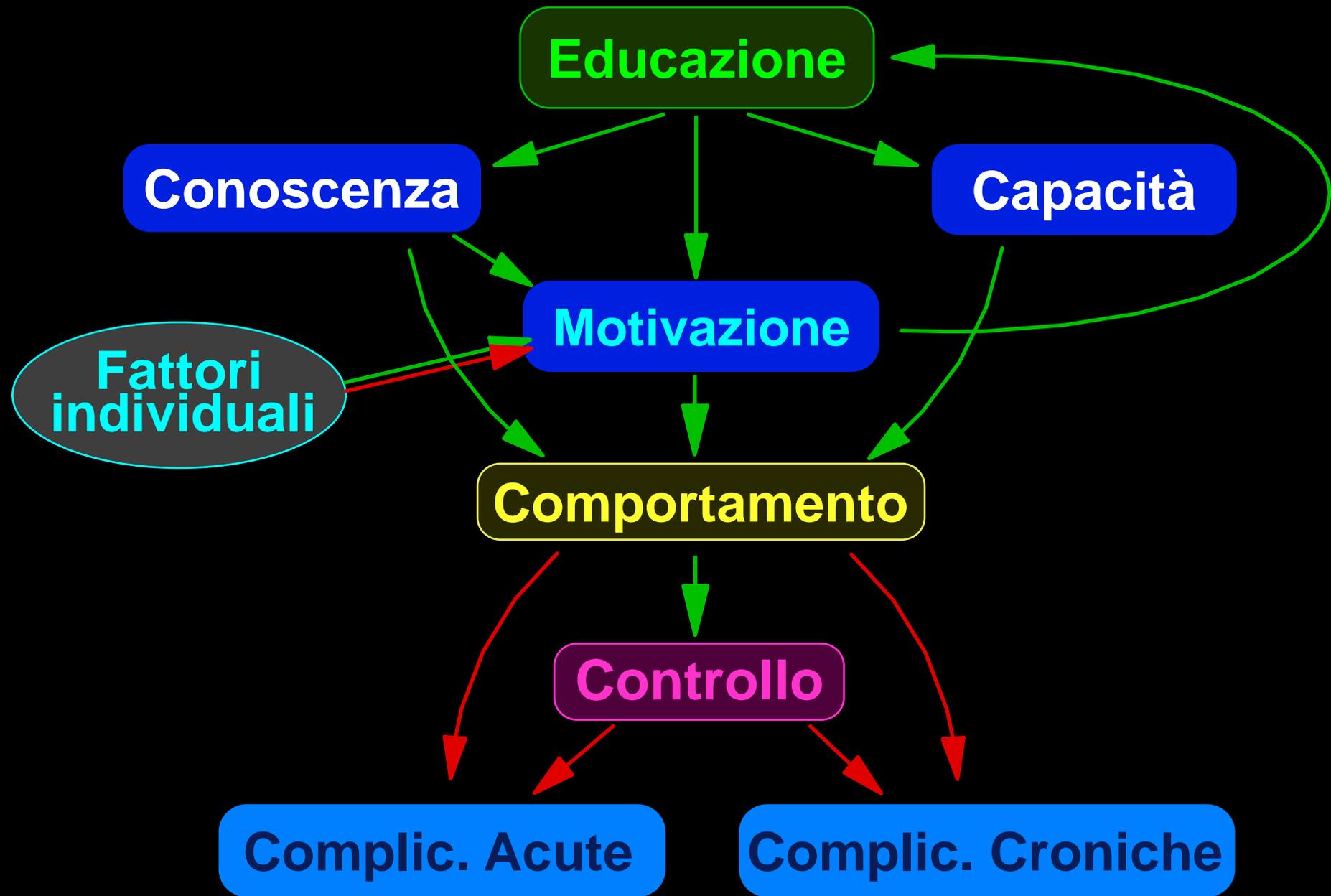


Definizioni dell'Educazione Terapeutica: Caratteristiche Comuni

- ◆ Parte del trattamento (OOSS)
- ◆ Processo (sistematico), di lunga durata
- ◆ Mira a promuovere l'autonomia del paziente, e a migliorarne la qualità di vita e il controllo
- ◆ Centrata sul Paziente e orientata al paziente
- ◆ Parte di un approccio globale bio-psico-sociale
- ◆ Valutata, e modificata di conseguenza
- ◆ Documentata
- ◆ Basata sulla moderna teoria pedagogica

Principi Educativi

- ◆ Cominciare da sé (riflessione)
- ◆ La motivazione è la chiave (desiderio di apprendere)
- ◆ Si impara facendo (interazione ed esercizio vs conferenze)
- ◆ Costruire sull'esperienza
- ◆ Lasciare che l'altro trovi la propria soluzione (*problem solving*)
- ◆ Atmosfera amichevole, informale, "sicura"
- ◆ Incoraggiare il cambiamento e la valutazione dei risultati

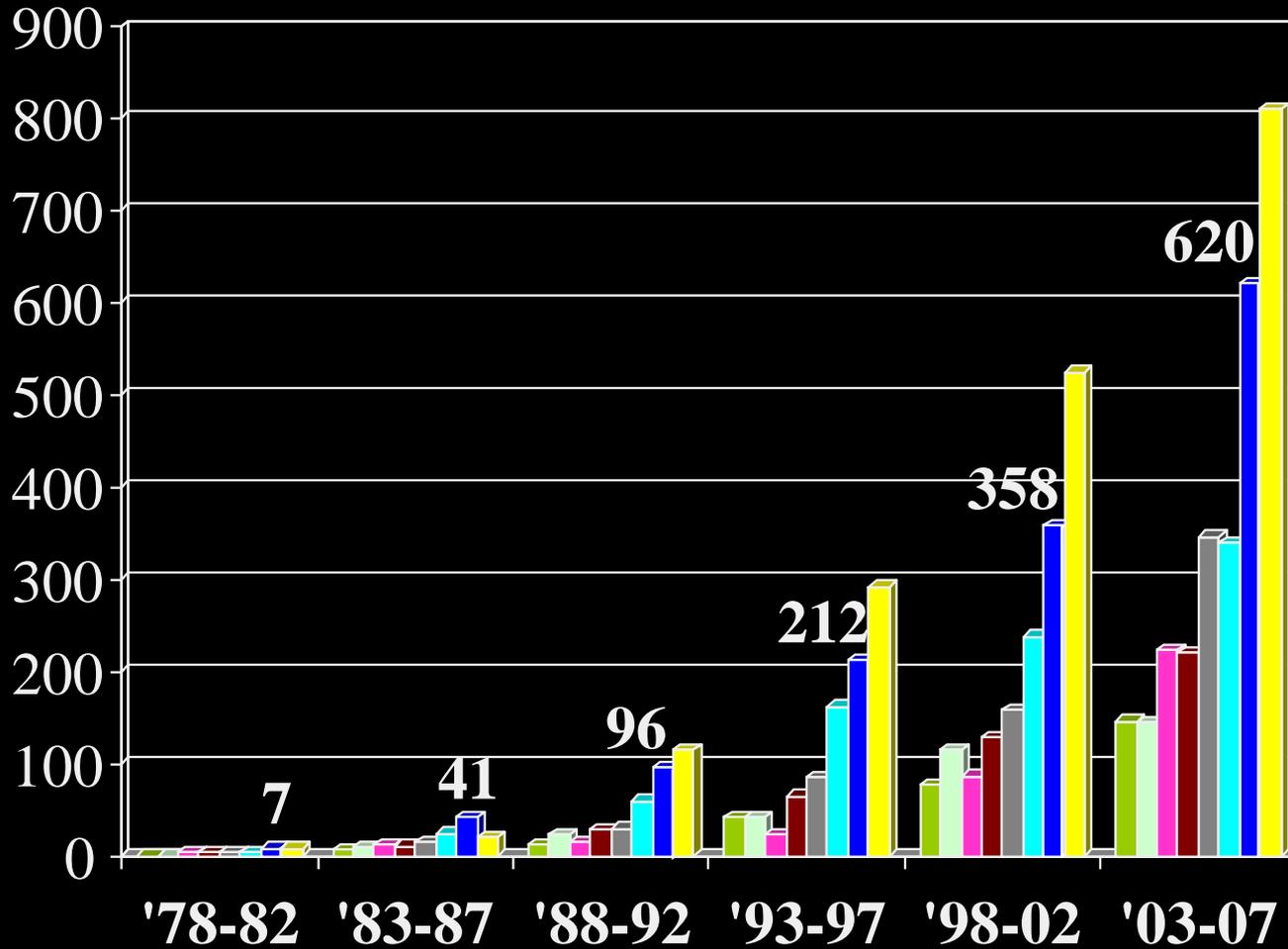


Come Migliorarle

- | Insegnamento più pratico e meno teorico
- | Approccio centrato sul discente
- | Obiettivi a breve, ben definiti e concordati
- | Distinguere tre momenti dell'educazione:
urgente, approfondita, continua
- | Educazione individuale e in gruppo

Lavori *Medline* su Educazione dei Pazienti

N./lustro

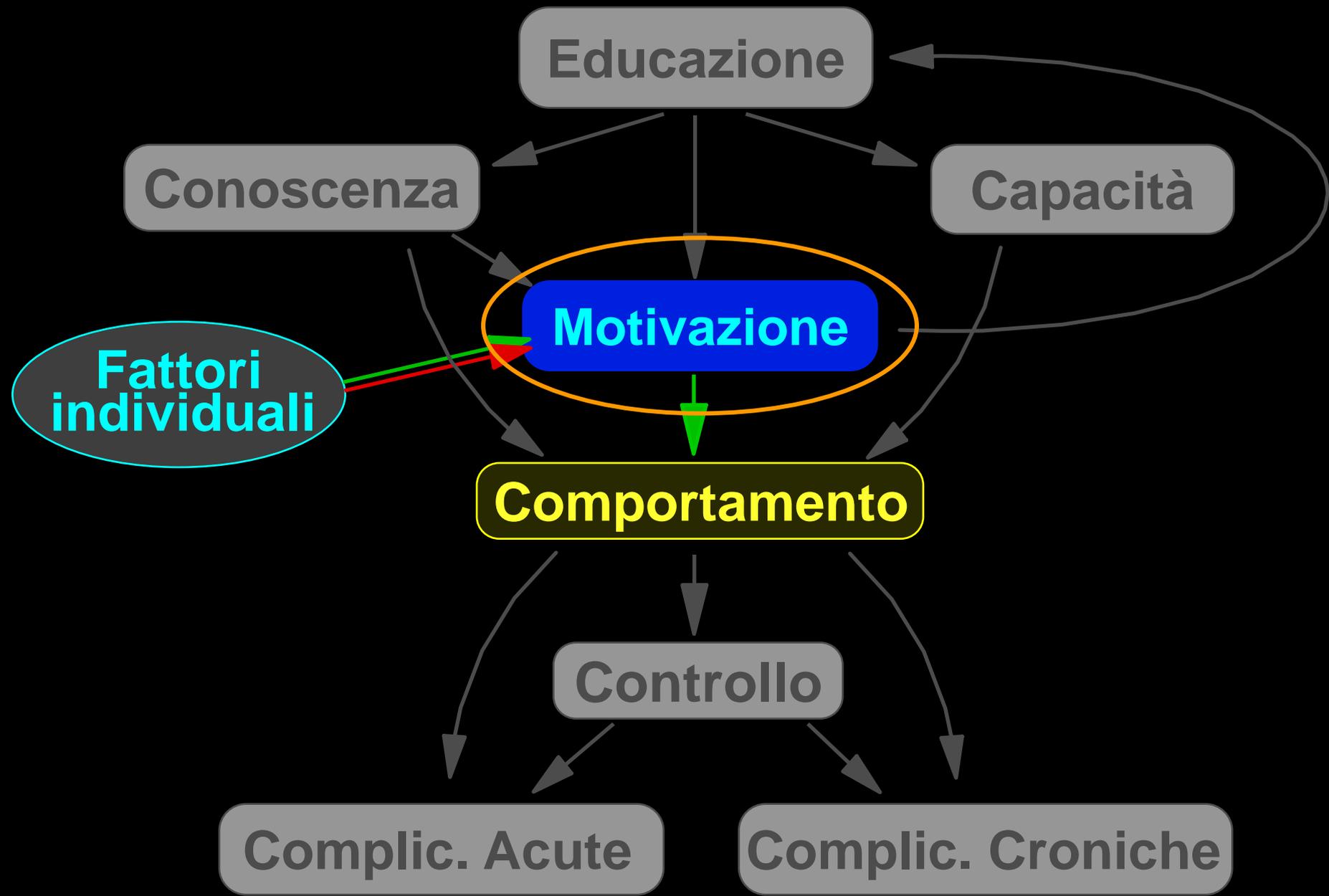


- Artrosi, mal di schiena, osteoporosi
- Epilessia, SM, Ictus
- Obesità
- Infarto, IC
- Depressione
- Asma, BPCO
- Diabete
- Cancro

Risultato: Conoscenza

- ◆ I primi tempi credevamo che informare i pazienti sarebbe stato sufficiente
- ◆ Imparammo presto che ci sbagliavamo
- ◆ La ricerca ha dimostrato che la conoscenza può crescere grazie all'ETP, e che un rinforzo regolare o la ripetizione allungano la persistenza dell'aumento
- ◆ Maggiore conoscenza non si associa regolarmente con altri cambiamenti (p.es. miglior controllo)

Norris SL et Al: Effectiveness of self-management training in Type 2 diabetes: a systematic review of (72) RCTs. Diabetes Care, 2001



Risultato Motivazione

Usando *Pathways to Change* (PTC), si è avuto un aumento di motivazione per: BGM, mangiare sano e cessazione del fumo, in T1 e T2 che erano in uno dei tre stadi *pre-azione*, che sono passati a *azione* o *mantenimento*.

Jones HL & Coll: Changes in diabetic self-care behaviors make a difference in BG control. The DiSC study. Diabetes Care, 2003

Risultato: Comportamenti

‘I comportamenti legati alla salute sono i risultati **esclusivi e misurabili** di una ETP efficace’

Risultati intermedi:

appropriate persistenti modifiche di Comportam. in 7 aree:
scelta dei cibi, attività fisica, automonitoraggio, farmaci,
risoluzione di problemi, riduzione dei rischi CV, adattamento psi.

K Mulcahy & Coll: Today's Educator. National Diabetes Education Outcomes System: Application to Practice. Diab Educat, 2000

Comportamento: Attività Fisica

Counselling 30 min, rivolto a: 1) Motivazione; 2) Auto-efficacia; 3) Piacere; 4) Sostegno; 5) Comprensione; 6) Superamento barriere; 7) Diario.

Dopo 2 anni, 70% (vs 18%) raggiungono AF obiettivo (> 10 MET/sett), con ↓BMI e ↓HbA1c.

Di Loreto C, & C: Validation of a counselling strategy to promote the adoption and maintenance of physical activity by Type 2 diabetic subjects, Diabetes Care, 2003

Di Loreto C & C. Make your diabetic patients walk: long term impact of different amounts of physical activity on type 2 diabetes. Diabetes Care, 2005

Risultato: Complicanze Acute

Grave cheto-acidosi

↓ 70-80% *LV Miller, 1972*

↓ 70-80% *JK Davidson, 1982*

↓ 58% *Sämman. FIT & DF in adolescents, Diabet Med, 2008*

↓ ipoglicemie gravi

↑ *DCCT. N Engl J Med, 1993*

→ *I Mühlauser & C. Diabetologia, 1983, 1987*

→ *S Bott & C. Diabetologia, 1997*

→ *DAFNE. BMJ, 2002*

↓ 65% *A Sämman. FIT & DF in adolescents, Diabet Med, 2008*

Risultato: Piede Non-diabetico

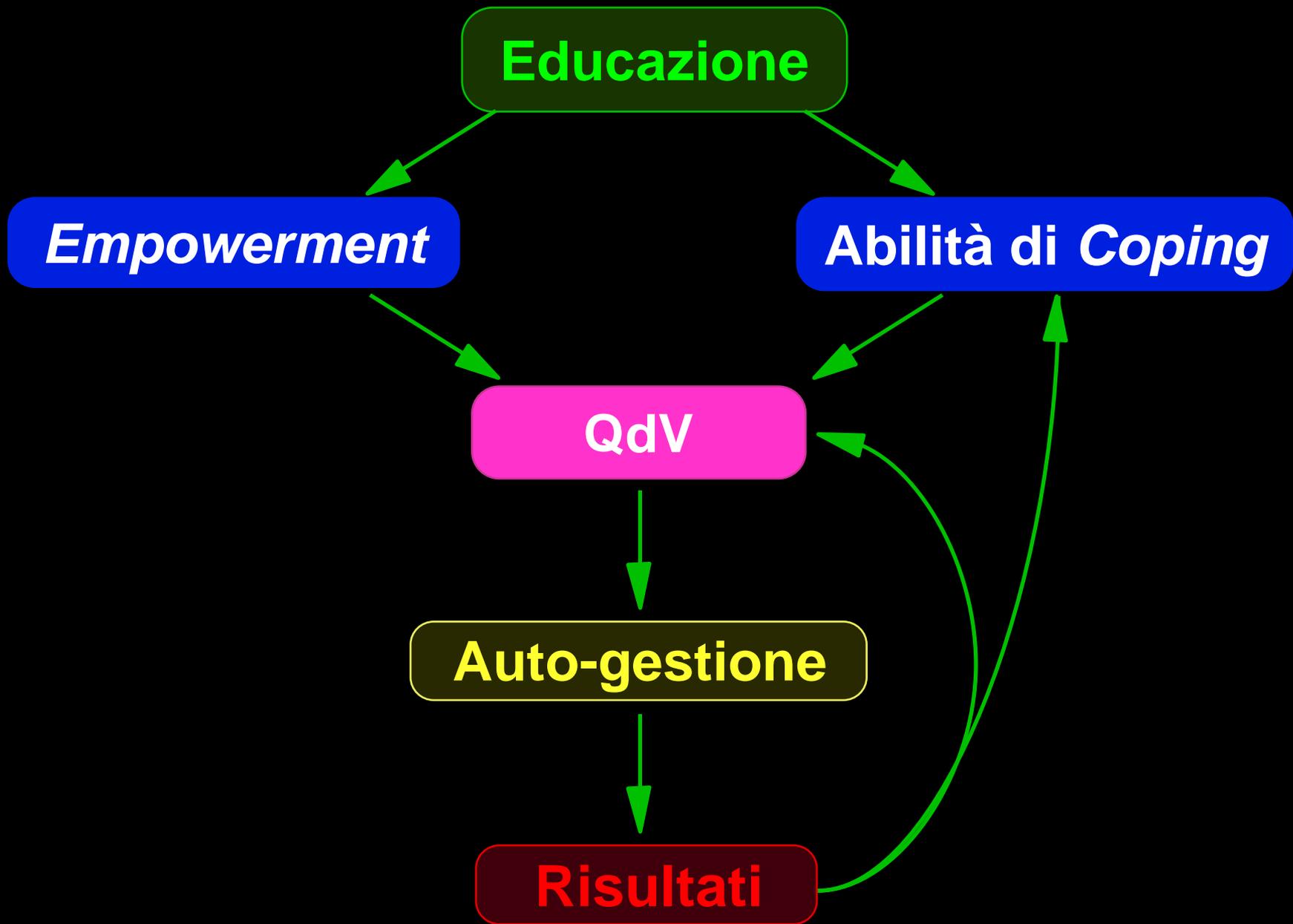
- ◆ Lesioni ai piedi (gangrene, amputazioni): ridotte in numero (↓ 50%) e gravità

J-Ph Assal, 1981

J.K Davidson, 1982

- ◆ Nonostante qualche risultato controverso e metodi spesso inadeguati, la TPE può ridurre le lesioni ai piedi e le amputazioni, soprattutto nei pazienti ad alto rischio.

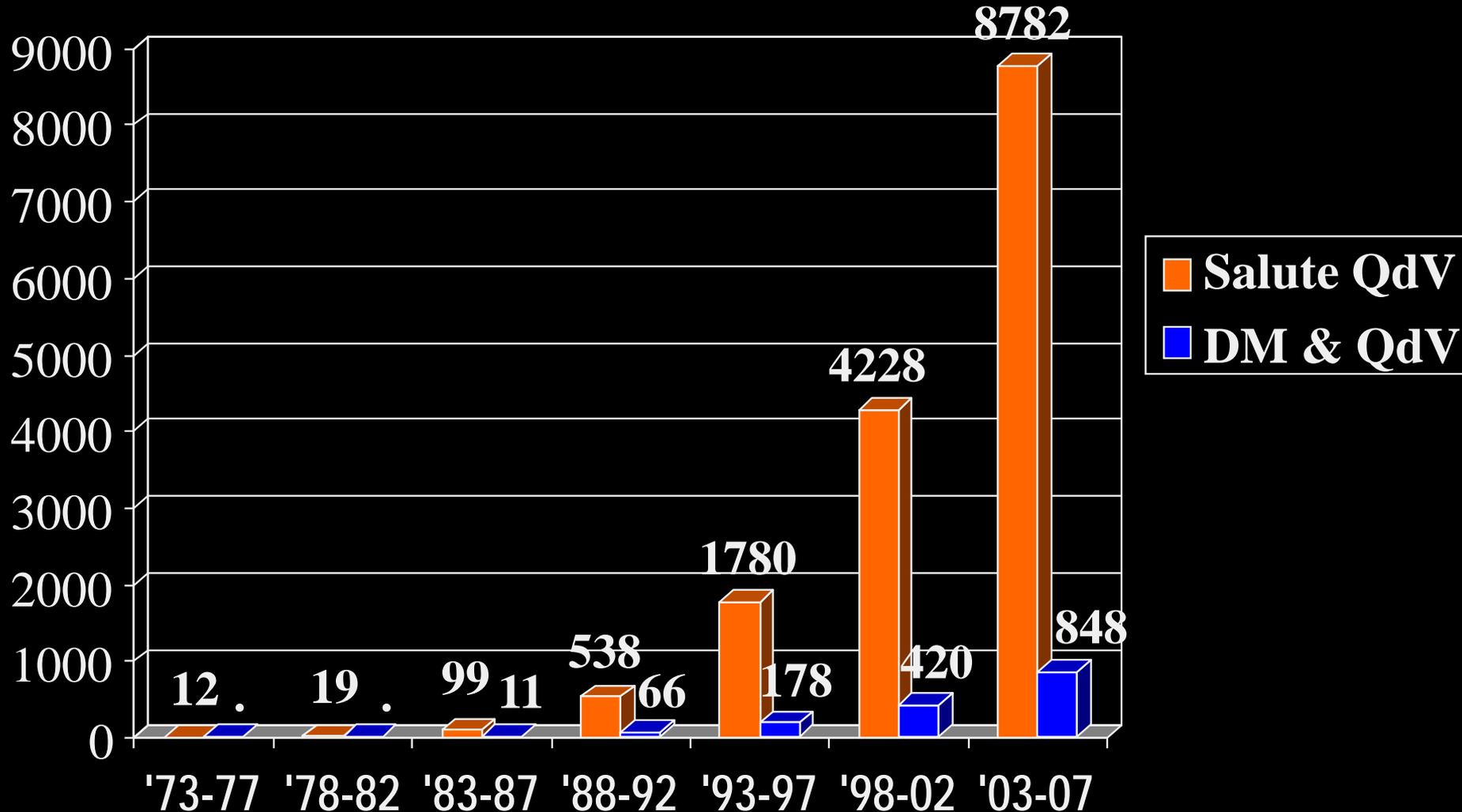
Valk GD & Coll: Patient education for preventing diabetic foot ulceration (8 RCTs). Cochrane Database Syst Rev, 2001



Lavori *Medline* su Qualità di Vita

Totali: 15520

N./lustro



Risultato: QdV

◆ Gruppi (*coping* psico-sociale) ☺

Dupuis, *Diabetes Care*, 1980

Warren-Boulton & coll, *Diabetes Care*, 1981

Rabin & coll., *Health Soc Work*, 1986

◆ 5 g. ambulat. (abilità *coping*) ☺

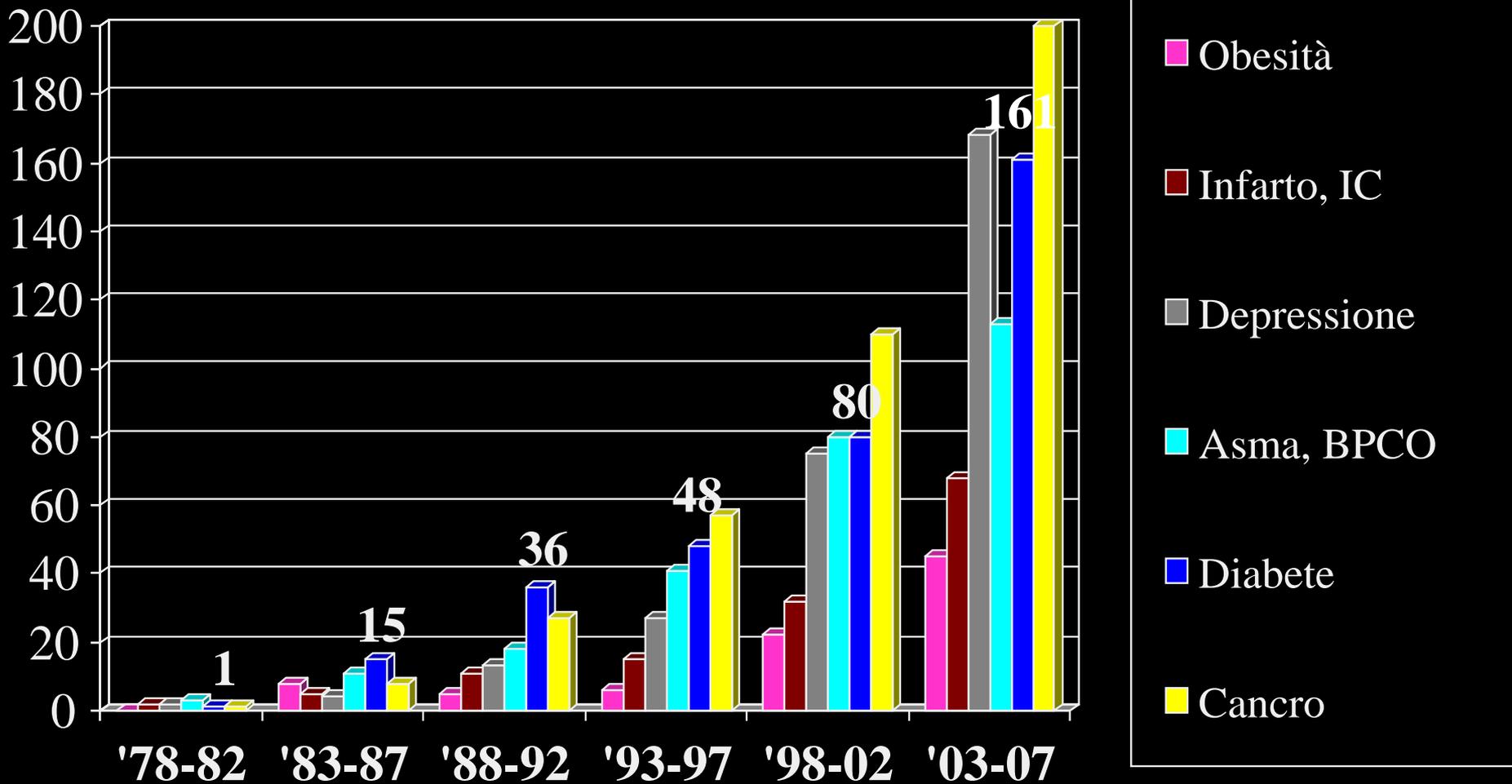
Rubin & Peyrot, *Diab Educ*, 1993

◆ 1/sett. x6 (*empowerment*) ☺

Anderson & coll., *Diabetes Care*, 1995

TRC sull'Educazione dei Pazienti

N./lustro



La ricerca sull'ETP...

In anni recenti la qualità dei lavori pubblicati sull'ETP è molto migliorata: gli aspetti psicosociali ed educativi (incluse le barriere etniche, geografiche e cultural) sono stati valutati più spesso che in passato, e le strategie e i metodi educativi sono stati descritti più regolarmente.

Albano MG & c. Analysis of the 2004-2007 literature on TPE in diabetes: results and trends. Acta Diabetol, 2008

Le sfide attuali

Le sfide per la ricerca in ETP nel prossimo futuro includono la valutazione del ruolo personale degli educatori e dell'educazione e supporto fra pari, come pure la ricerca di metodi per superare le barriere e aumentare l'accesso di tutti i malati cronici all'ETP.

Motivazione: Modelli e Strategie

◆ 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)

Come e Perché Accade il Cambiamento

Il Modello Trans-teorico

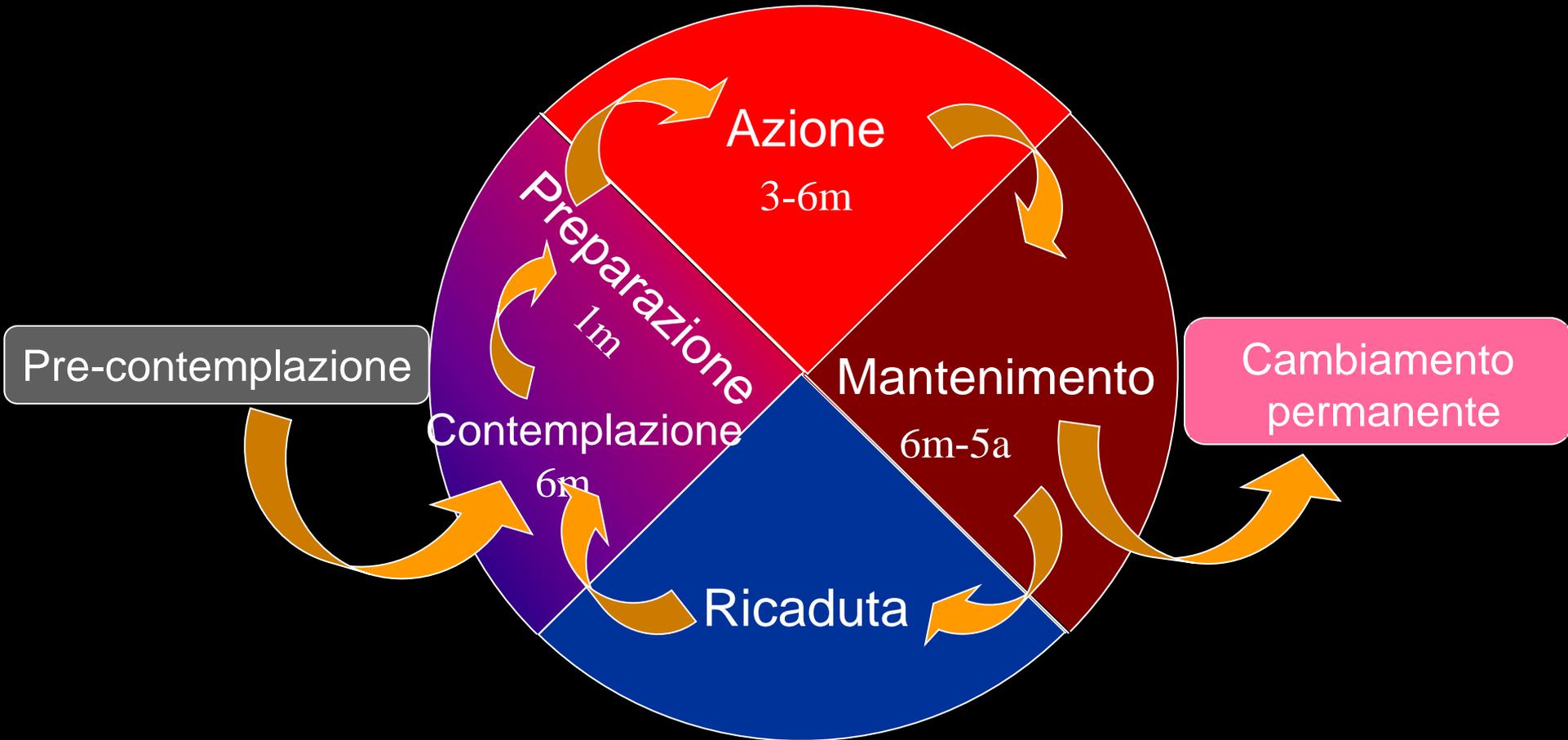
(James Prochaska, Carlo Di Clemente, 1977, 1982, 1994)

Descrive una serie di stadi attraverso cui si passa nel corso del processo di cambiamento di un comportamento.

Sviluppato con i comportamenti di dipendenza (fumo, alcolismo, abuso di droga, bulimia), si applica a tutti i cambiamenti di comportamento.

Si applica ugualmente al cambiamento effettuato in autonomia e a quello assistito da terapia.

Gli Stadi del Cambiamento



Motivazione: Modelli e Strategie

◆ 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)

Colloquio Motivazionale

(William R. Miller, 1983)

Approccio ideato per aiutare le persone a costruirsi determinazione e decidersi al cambiamento.

L'apparenza è molto centrata sul paziente; tuttavia l'OS mantiene una forte intenzionalità e direzione, e sceglie attivamente il momento giusto per intervenire in modi incisivi.

Combina elementi degli approcci direttivi e non direttivi.

Ambivalenza, il Dilemma del Cambiamento

“Voglio, ma non voglio” - Tipico dilemma o conflitto che accompagna ogni comportamento problematico.

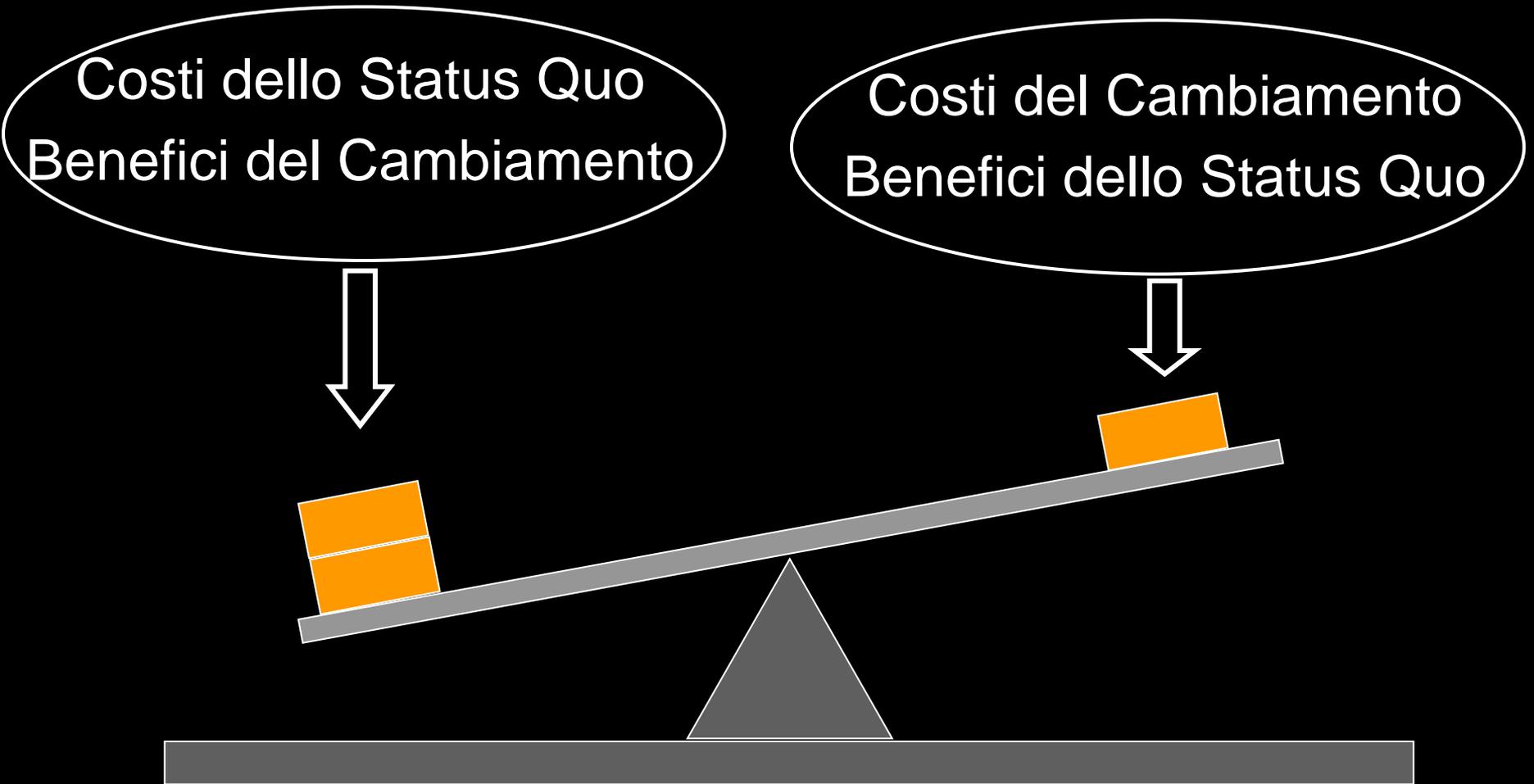
Stato mentale in cui una persona ha sentimenti coesistenti ma contrastanti riguardo a qualcosa.

L'equilibrio decisionale: motivazioni in conflitto, perché ci sono sia vantaggi che svantaggi associati con entrambi i lati del conflitto.

Attenzione a non semplificare! Sia per il Pz che per l'OS, l'ambivalenza può essere confondente, frustrante e difficile da comprendere.

Complicazioni dell'ambivalenza: Gli individui differiscono per valori, aspettative, auto-stima, contesto sociale, risposte paradose.

Contemplazione: equilibrio costi-benefici



Valutare l'Ambivalenza

Il Regolo Importanza/Fiducia

Dato un comportamento bersaglio...

... quanto **IMPORTANTE** è per te cambiare adesso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Niente

Moltissimo

... quanta **FIDUCIA** hai di poter fare questo cambiamento?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Niente

Moltissimo

Colloquio Motivazionale

1. Esprimere empatia

Un abile ascolto riflessivo è essenziale sempre.

L'accettazione facilita il cambiamento. L'ambivalenza è normale.

2. Sviluppare discrepanza

La conoscenza delle conseguenze è importante. La discrepanza fra comportamento attuale e importanti obiettivi può motivare il cambiamento. Il Pz deve esporre i motivi per cambiare.

3. Evitare conflitti

Gli scontri sono controproducenti. Discutere porta a stare sulla difensiva. La resistenza è un segnale per cambiare strategia.

Etichettare non è necessario.

4. Sfruttare la resistenza

Usare l'inerzia del Pz per far slittare le percezioni (*judo psicologico*).

Nuove prospettive non sono imposte ma offerte. Il Pz trova le soluzioni.

5. Sostenere l'autoefficacia

Crede nella possibilità di cambiamento. Responsabilità del Pz. La speranza sconfigge gli insuccessi, grazie alla gamma di opzioni alternative.

Costruire Motivazione al Cambiamento

La primissima sessione può essere cruciale.

Primo, evitare le trappole comunicative:

Trappola Domanda-Risposta

Trappola Scontro-Diniego

Trappola dell'Esperto

Trappola dell'Etichettare

Trappola del Focus Prematuro

Trappola del Biasimare

Utile, una buona affermazione strutturante che può includere:

La quantità di tempo disponibile

Una spiegazione sul ruolo e obiettivi del OS, e del ruolo del Pz

Una menzione dei dettagli di cui bisogna occuparsi

Una domanda aperta

Un aiuto per Esplorare l'Ambivalenza

Cinque Strategie Iniziali

1. Fare domande aperte

All'inizio permettono al Pz di svolgere la maggior parte della conversazione, mentre esplora i suoi problemi.

2. Ascoltare in modo riflessivo (ascolto attivo o empatico)

Evitare le 12 barriere alla comunicazione (T. Gordon, 1970)

3. Affermare

Affermazioni di apprezzamento e comprensione possono aiutare a creare un'atmosfera di sostegno.

4. Riassumere

Riassunti periodici rafforzano quello che è stato detto, mostrano che si è ascoltato attentamente, e preparano il Pz ad andare oltre.

5. Stimolare affermazioni auto-motivanti

Aiuta a risolvere l'ambivalenza. È il Pz che presenta le ragioni per cambiare. 1) Riconoscimento del problema; 2) Espressione di preoccupazione; 3) Intenzione di cambiare; 4) Ottimismo per il cambiamento

Un aiuto per Esplorare l'Ambivalenza

Cinque Strategie Iniziali

1. Fare domande aperte

All'inizio permettono al Pz di svolgere la maggior parte della conversazione, mentre esplora i suoi problemi.

2. **Ascoltare in modo riflessivo (ascolto attivo o empatico)**

Evitare le 12 barriere alla comunicazione (T. Gordon, 1970)

3. Affermare

Affermazioni di apprezzamento e comprensione possono aiutare a creare un'atmosfera di sostegno.

4. Riassumere

Riassunti periodici rafforzano quello che è stato detto, mostrano che si è ascoltato attentamente, e preparano il Pz ad andare oltre.

5. Stimolare affermazioni auto-motivanti

Aiuta a risolvere l'ambivalenza. È il Pz che presenta le ragioni per cambiare. 1) Riconoscimento del problema; 2) Espressione di preoccupazione; 3) Intenzione di cambiare; 4) Ottimismo per il cambiamento

Motivazione: Modelli e Strategie

◆ 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)

Ascolto Attivo

- ◆ Essere proiettati verso l'altro
- ◆ Ascoltare i fatti e le emozioni
- ◆ Dare feed-back
- ◆ Esprimere empatia e accettazione

Le Barriere alla Comunicazione

1. Dirigere, Dare ordini

P – Odio fare quegli esercizi, e per giunta non credo che servano a niente.

H – Continui a farli senza smettere. Lasci che sia io a giudicare.

2. Minacciare, Ammonire

P – Mi chiedo se questa debolezza alle gambe passerà mai.

H – Se rinunci alla speranza non migliorerai di sicuro.

3. Predicare, Moraleggiare

P – Non voglio prendere tutte queste medicine. Ho sentito dire che sono pericolose e non funzionano sempre.

H – Dovrebbe continuare a prenderle, per amore della sua famiglia.

4. Ridicolizzare, Prendere in giro

P – Perché non posso andare in bagno, invece di usare questa assurda padella?

H – Sentite il signor Superman. Non può accettare di starsene a letto.

Le Barriere alla Comunicazione

5. Giudicare, Criticare, Condannare

P – Mi sento così in colpa per essere ingrassata tanto dall'ultima visita.

H – Non deve biasimare altri che sé stessa per avere mangiato tanti grassi.

6. Discutere, Persuadere, Insegnare

P – Ho troppa paura a usare il microinfusore. Mi manderà in depressione. Non sarò più sexy.

H – Sbagli in entrambe queste idee. Lascia che ti esponga i dati.

7. Elogiare, Assecondare

P – Più invecchia, più mio marito tende a dimenticare. Mi rende matta.

H – Gli anziani perdono davvero la memoria. È naturale che ciò la irriti.

8. Analizzare, Interpretare, Diagnosticare

P – Mi sento proprio peggiorare continuamente.

H – Andiamo, Sig Bianchi, lo sta dicendo solo per evitare di fare la sua passeggiata.

Le Barriere alla Comunicazione

9. Rassicurare, Consolare

P – Mi manca la mia famiglia. Sono così solo qui.

H – Ma qui si è fatto tanti nuovi amici, e tutti le vogliono bene.

10. Cambiare argomento, Chiudersi

P – Per tutta la vita mi sono preso cura di me. Mi deprime essere così dipendente dagli altri.

H – Vediamo com'è la sua pressione oggi. Come va la tosse?

11. Interrogare, Inquisire

P – Le infermiere di questo ospedale trascurano i pazienti. Si dimenticano che ci sono io.

H – Usa il campanello per chiamarle? E si è lamentato con loro?

12. Consigliare, Offrire soluzioni

Può essere una barriera quando è la risposta a un messaggio indicante che il Pz ha un forte sentimento o un problema; se il consiglio o soluzione è inaccettabile per il Pz, non ha funzionato in precedenza, o richiede un cambiamento.

- ◆ Le 12 barriere veicolano il messaggio “*Ascolta me, io ne so più di te*”... e tendono a bloccare la comunicazione e a indurre resistenza.

Che cosa dire, dunque?

- ◆ Un replica con l’ascolto attivo prova a indovinare che cosa la persona intende, e lo “riflette” con un’affermazione.
- ◆ Si dovrebbero usare parole diverse (*reformulazione*) e riflettere i sentimenti, ancor meglio di fatti.
- ◆ Nel colloquio motivazionale, l’OS decide che cosa riflettere e cosa ignorare. L’ascolto riflessivo è usato estesamente nella fase iniziale, in seguito a domande aperte, soprattutto per riflettere affermazioni auto-motivanti.
- ◆ Un esempio...

I Sentimenti Negativi Possono Spaventare

“Odio questa dieta”

“Di quante calorie è?”

“Non è poi così male. Non preoccuparti, stai andando bene”

“Sembra che provi rabbia verso il tuo piano alimentare”

Possiamo trovare difficile rispondere ai sentimenti se vediamo le emozioni negative come un problema da risolvere.

Le emozioni non sono problemi da risolvere.

Non possiamo eliminarle, o far sentire meglio i pazienti riguardo al fatto di avere una malattia cronica.

Possiamo aiutare i pazienti a usare i loro pensieri e sentimenti negativi come una motivazione per cambiare.

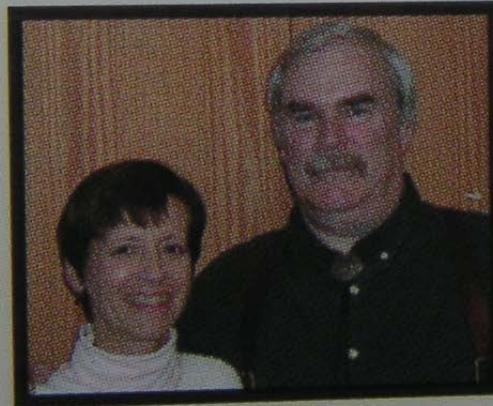
Se tutto va bene non c'è bisogno di cambiare: possono non vedere i loro comportamenti e stili di vita in una luce negativa e quindi non avere alcuna motivazione per cambiare.

Bob Anderson, Martha Funnell

L'arte dell'empowerment



Racconti e strategie
per un paziente
protagonista della terapia.



Marti Funnell was named Outstanding Educator in Diabetes by the American Diabetes Association in 1999. **Bob Anderson** won this award in 2000.

Anderson R, Funnell M: *The art of Empowerment*. Stories and strategies for diabetes Educators. ADA, 2000

Empowerment

Definiamo *empowerment*

l'aiutare le persone a scoprire e usare

la loro innata abilità

ad acquisire la padronanza sul loro diabete

Il Processo dell'Empowerment

La scoperta e lo sviluppo dell'innata capacità di una persona di essere responsabile della sua vita

Una persona è “*empowered*” quando ha:

- sufficiente conoscenza per decisioni razionali
- abbastanza controllo
- abbastanza risorse per attuare le sue decisioni
- abbastanza esperienza per valutare l'efficacia delle proprie azioni

Aspettative di Ruolo

Le interazioni con i nostri pazienti sono influenzate dalle aspettative che ciascuno di noi porta nella relazione

I nostri pazienti probabilmente si aspettano che noi risolviamo i loro problemi di salute, o che diciamo loro cosa fare

Noi operatori sanitari probabilmente ci aspettiamo che i pazienti seguano le nostre raccomandazioni o diventino responsabili della propria cura

Che siano rese esplicite o meno, le nostre aspettative sono sottese al contratto che forma la base di gran parte dell'assistenza e dell'educazione che noi forniamo.

Competenza e Partenariato

- ◆ Sia il paziente che l'OS hanno *competenze* necessarie per sviluppare un buon piano di autogestione della malattia:
 - **L'OS** conosce la malattia e comprende le varie opzioni di gestione e le loro possibili conseguenze sulla salute;
 - **Il paziente** è un esperto sulla sua vita ed è nella posizione migliore per decidere quale dei diversi programmi di cura è realistico.
- ◆ Il fatto che ciascuno dei due componenti della relazione paziente /OS porti competenze di uguale importanza rende possibile un vero *partenariato*. Purché entrambe le parti riconoscano e rispettino la *competenza* dell'altro.
- ◆ Le aspettative dei professionisti e dei pazienti riguardo alla cura sono forti e difficili da cambiare.

Educazione Terapeutica

Consideriamo l'educazione un processo di insegnamento e *counseling* ideato per aiutare i pazienti a scoprire più efficaci strategie di *problem-solving* in modo che essi possano raggiungere il loro pieno potenziale come esseri umani.

La nostra responsabilità è fornire ai pazienti le risorse necessarie a raggiungere i loro obiettivi di cura del diabete.

Nell'approccio *empowerment* **la nostra responsabilità** come educatori sta nell'aiutare i nostri pazienti a prendere decisioni consapevoli nell'autogestione del diabete.

L'approccio *empowerment* non dà le risposte, ma piuttosto ci guida a fare le domande che aiutano i nostri pazienti a trovare le loro personali risposte.

Un modello di Cambiamento di Comportamento in 5 Fasi

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

Condizioni per mettere in scena l'empowerment

Creare un ambiente dove il paziente si sente al sicuro e accettato

Fornire ai pazienti le conoscenze e le abilità manuali di cui ciascuno ha bisogno per diventare un decisore nella propria cura

Denominatori Comuni

- ◆ La motivazione può solo nascere dall'interno della persona. Auto-determinazione di obiettivi e strategie
- ◆ Accettazione
- ◆ Empatia
- ◆ Atteggiamento non giudicante
- ◆ Ascolto attivo /empatico /riflessivo
- ◆ Evitare confronto, etichettare, definire...
che stimolano resistenza, rifiuto, discussione ...

Interventi Diversi

Da assolutamente non direttivo...

... a “apparentemente” non-direttivo

Altri possibili approcci per mantenere l'aderenza

- ◆ Coaching
- ◆ Gruppi di autoaiuto (es: alcolisti anonimi, Weight Watchers)
- ◆ Websites
- ◆ Reminders su smartphone

Coaching

E' un processo che ha l'obiettivo di aiutare la persona ad acquisire una maggiore competenza professionale e/o a superare barriere che ostacolano il miglioramento della sua performance.

La parola "coach" evoca il significato di allenatore e con ciò suggerisce l'analogia tra sport ed azienda, tra competizione di business e sportiva.

Il coaching non consiste nell'insegnare o addestrare, ma nel creare le condizioni per l'apprendimento, il cambiamento e lo sviluppo personale/professionale della persona. Nella sua dimensione migliore è quindi una pratica maieutica con forti risvolti di genere psicosociale e psicologico-organizzativo.

Coaching Emozionale

Metodologia innovativa che serve a ri-programmare le emozioni intese come cosmo intermedio tra la parte razionale e l'azione.

Tutte le tecniche relazionali e interattive utilizzate, tendono a sviluppare e approfondire le abilità necessarie per dar vita a nuove e costanti modalità comportamentali, accantonando obsolete e non produttive abitudini.

Essendo le emozioni un ponte tra la realtà interiore e il mondo esteriore, svincoliamo il coaching da un approccio razionale basato solo sull'istanza logica, entrando così nel regno della parte emotivo-relazionale che pilota per circa il 90% le scelte e l'agire umano.

I principi base attorno cui ruota il Coaching Emozionale

- ◆ l'intelligenza emozionale come capacità di individuare, riconoscere e accettare le proprie emozioni agendo su di esse, sviluppando dominio e padronanza di sé
- ◆ le emozioni, come energia in movimento, come base per manifestare azioni e comportamenti orientati verso ambiziosi traguardi
- ◆ la motivazione e l'entusiasmo interiore per mantenere costante lo stato di massimo rendimento
- ◆ superamento dei limiti personali e dei sabotaggi profondi frutto dei condizionamenti primari e secondari
- ◆ attivazione della capacità di trasformare il desiderio e l'aspirazione profonda in realtà concreta, tangibile, misurabile

Grazie al Coaching Emozionale è possibile:

- ◆ superare la rabbia, il senso di inadeguatezza, di colpa, il timore del giudizio altrui...
- ◆ affrontare la depressione
- ◆ aumentare la capacità di concentrarsi
- ◆ acquisire un corretto comportamento alimentare
- ◆ gestire lo stress, imparare a rilassarsi
- ◆ risolvere i conflitti personali e interpersonali
- ◆ affrontare i disturbi psicosomatici
- ◆ modificare i comportamenti indesiderati
- ◆ migliorare i rapporti familiari e in genere interpersonali

Gruppi di Auto/Mutuo Aiuto

Metodologia d'intervento orientata all'autopromozione

Strumento per consentire alle persone di accedere a livelli di potere sufficienti per iniziare a occuparsi del proprio destino

Importante concordare scopi e modalità di lavoro (norme).

Cosa programmare in un gruppo di mutuo aiuto

1. La condivisione delle informazioni.
2. La dialettica
3. La possibilità di discutere dei tabù.
4. Far passare la norma “Siamo tutti nella stessa barca”
5. Sostegno emotivo reciproco. (Passa tramite due sentimenti: la simpatia e l’empatia).
6. Richieste reciproche.
7. Quando le richieste individuali arrivano, si avvia una procedura di *problem solving*.
8. Il gruppo può essere luogo di addestramento, in cui cioè sperimentarsi nel cambiamento.

Compiti del facilitatore

- ◆ La lavagna può diventare la memoria del gruppo
- ◆ Analizzare e rielaborare il contenuto degli interventi
- ◆ Cogliere il non verbale
- ◆ Offrire libertà di espressione in ambiente accogliente
- ◆ Non parlare troppo
- ◆ Non interrompere, e impedire le interruzioni
- ◆ Non esprimere giudizi su quanto è stato detto
- ◆ Non dare consigli
- ◆ Disincentivare gli interventi tesi a dare consigli
- ◆ Elogiare gli interventi e dare importanza a ciascuno
- ◆ Sottolineare l'elevato valore che attribuiamo al gruppo
- ◆ Sottolineare ciò che accomuna
- ◆ Atteggiamento accogliente.
- ◆ Essere disponibili ad ammettere i propri errori.
- ◆ Relativizzare il ruolo della competenza.



Fine