



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'INTERVISTA MOTIVAZIONALE:  
Efficacia di un programma di formazione in  
modalità e-learning rivolto a studenti del  
Corso di Laurea in Infermieristica.  
Studio quasi-sperimentale.**

Relatore: Dott.ssa  
**Stefania Liberati**

Tesi di Laurea di:  
**Sara Sablone**

A.A. 2019/2020

# INDICE

<b>ABSTRACT</b> .....	
<b>INTRODUZIONE</b> .....	1
<b>CAPITOLO 1. MODELLI CONCETTUALI DELLA RELAZIONE NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b> .....	2
<b>1.1 Hildegard Peplau e le Teoria del Nursing Psicodinamico</b> .....	2
<b>1.2 Carl Rogers e la Teoria della Relazione d'aiuto</b> .....	4
1.2.1 La comunicazione.....	6
1.2.2 L'ascolto .....	7
1.2.3 L'autenticità.....	8
1.2.4 La fiducia.....	8
1.2.5 L'empatia.....	9
<b>1.3 Criteri guida: l'indispensabilità dell'uso della relazione</b> .....	10
<b>CAPITOLO 2. TECNICHE DI RELAZIONE: IL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE</b> .....	13
<b>2.1 Basi teoriche</b> .....	13
<b>2.2 Stadi del cambiamento</b> .....	13
<b>2.3 Definizione del Colloquio Motivazionale</b> .....	16
2.3.1 Lo spirito .....	16
2.3.2 I processi.....	18
2.3.3 Le tecniche.....	19
<b>2.4 La “motivazione”</b> .....	23
<b>2.5 Applicazione del Colloquio Motivazionale in sanità</b> .....	25
<b>2.6 Il ruolo infermieristico</b> .....	26
<b>CAPITOLO 3. LO STUDIO</b> .....	27
<b>3.1 Introduzione</b> .....	27
<b>3.2 Materiali e metodi</b> .....	28
<b>3.3 Risultati</b> .....	32
3.3.1 Caratteristiche dei partecipanti .....	32
3.3.2 Risultati di efficacia dello studio .....	33
3.3.3 Risultati di soddisfazione .....	34
<b>3.4 Discussione</b> .....	35
3.4.1 Limiti .....	36

<b>CONCLUSIONI</b> .....	36
<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b> .....	38
<b>ALLEGATI</b> .....	43

## **ABSTRACT**

**Introduzione:** L'Intervista (MI) o Colloquio Motivazionale (CM) è un metodo scientificamente testato per la consulenza ai clienti, sviluppato da William R. Miller e Stephen Rollnick, e considerato come un'utile strategia di intervento nel trattamento dei problemi di salute legati allo stile di vita e alle possibili ricadute nei soggetti affetti da patologie croniche. È uno stile collaborativo di conversazione volto ad aiutare i clienti a riconoscere e ad adottare comportamenti consoni ai loro problemi attuali o potenziali. È un Colloquio utile per i clienti poco intenzionati a cambiare o che sono ambivalenti nel modificare il loro comportamento. Per la realizzazione di questo studio è stata eseguita una formazione riguardo al Colloquio Motivazionale a studenti di Infermieristica del polo didattico di Macerata, nel corso del Laboratorio Relazionale. Non essendo stato possibile svolgere il Laboratorio in presenza a seguito dell'emergenza Covid-19, si è ricorsi all'utilizzo della tecnologia. Il corso di formazione è stato svolto, quindi, sulla piattaforma Teams, messa a disposizione dall'UNIVPM.

**Materiali e Metodi:** È stato condotto uno studio che ha coinvolto gli studenti del secondo anno del Corso di Infermieristica del polo didattico di Macerata, che, all'interno del Laboratorio Relazionale, hanno ricevuto un intervento formativo sul Colloquio Motivazionale in modalità E-learning (piattaforma *Teams*, messa a disposizione dall'UNIVPM) sincrona, cioè alla presenza del docente. Prima di sottoporre il gruppo all'intervento formativo si è somministrato un questionario con l'intento di analizzare le conoscenze di base rispetto alla tecnica del Colloquio Motivazionale. Lo stesso questionario è stato nuovamente somministrato a 20 giorni dall'intervento formativo. La somministrazione del questionario è stata preceduta da una breve spiegazione degli obiettivi dello studio. Le domande sono state tratte da uno studio condotto dal Dott. Guillaume Fontaine, ricercatore Canadese della *Montreal Heart Institute Research Center, Montréal, QC, Canada* in collaborazione con la *Faculty of Nursing, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada*. L'utilizzo del questionario è stato autorizzato dall'autore dello studio. Nel corso dell'intervento formativo agli studenti è stato mostrato un video sulle diverse modalità di approccio al paziente con "cattivi" stili di vita (tradizionale vs Colloquio Motivazionale). Di seguito si è dato spazio agli studenti per esprimere commenti e riflessioni sull'argomento. Al

termine gli studenti hanno ricevuto un intervento formativo condotto dalla psicologa sui contenuti e le applicazioni pratiche del Colloquio Motivazionale.

**Risultati:** Hanno partecipato allo studio 54 studenti, di cui il 74.1% donne e il 25.9% uomini, con età media prevalentemente tra i 20 e i 25 anni. I punteggi medi del post-test sono stati più alti dei punteggi preformazione (pre- test  $\mu=3,31$  (SD = 0.192) e post – test  $\mu=3,63$  (SD = 0.148). Il livello di conoscenza della tecnica del Colloquio Motivazionale post intervento ha dimostrato una significatività statistica elevata ( $P$  value  $<.001$ ) È stata inoltre valutata l'esperienza formativa da parte degli studenti mediante l'utilizzo di un questionario di gradimento e relativa scala Likert con punteggio da 1 a 4 ( $\mu = 3,20$  SD 0.19). L'evento è stato giudicato nel complesso soddisfacente.

**Analisi:** Sono stati confrontati i dati del pre e post-test utilizzando il test  $t$  di Student per campioni accoppiati, con livello di significatività ( $\alpha$ ) 0,05 a due code. Sono state verificate le ipotesi di base, come distribuzione normale, prima dell'analisi. Le variabili quantitative sono state sintetizzate in termini di media ( $\mu$ ) e deviazione standard (SD). L'analisi statistica è stata eseguita usufruendo del software statistico JAMOVI versione 1.6.3.0.

**Discussione:** L'intervento di formazione sul Colloquio Motivazionale rivolto a studenti del Cdl Infermieristica è risultato efficace e soddisfacente nella modalità E-Learning proposta. Si evince, quindi, che si tratta di un metodo con un importante effetto potenziale, di cui sia gli studenti infermieri che gli assistiti possono beneficiare; l'uno nella pratica e l'altro nel vissuto della relazione di cura.

## **INTRODUZIONE**

Nella professione infermieristica, al sapere tecnico scientifico acquisito, è fondamentale integrare tutti i valori umani che caratterizzano la relazione infermiere – paziente.

Per una buona assistenza infermieristica diviene importante possedere l'abilità di comprendere il mondo interiore della persona assistita, identificare quali siano i suoi bisogni e le modalità più adeguate al fine di soddisfarli. L'infermiere deve pertanto acquisire le conoscenze necessarie per partecipare efficacemente ad una relazione terapeutica con l'assistito, fulcro dell'assistenza infermieristica stessa.

L'interesse nei confronti della "relazione" è stato influenzato e incentivato da alcune esperienze vissute durante il mio tirocinio universitario, che mi hanno permesso di entrare in contatto con un aspetto della professione che spesso viene messo in secondo piano rispetto al tecnicismo e alle pratiche del mestiere.

Da qui l'importanza di una formazione mirata ed efficace rispetto alla tecnica del Colloquio Motivazionale. Il Colloquio Motivazionale è un metodo comunicativo costruito sulla centralità del paziente che mira a sostenere la motivazione al cambiamento. Attraverso vere tecniche di comunicazione si costruisce un rapporto con il paziente basato sull'empatia, sul rispetto per le sue prospettive e sull'aumento della sua autoefficacia, che influenza positivamente la soddisfazione, la sicurezza e l'aderenza del paziente al proprio piano di cura.

Scopo di questa tesi è dimostrare l'efficacia della formazione didattica in modalità E-learning sull'Intervista Motivazionale, attraverso le osservazioni di questionari pre e post, che ha visto il coinvolgimento degli studenti del secondo anno del Corso di Laurea in Infermieristica del polo didattico di Macerata, previo consenso da parte del Presidente e del Direttore ADP del medesimo durante il Laboratorio Relazionale.

# CAPITOLO 1. MODELLI CONCETTUALI DELLA RELAZIONE NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

## 1.1 Hildegard Peplau e le Teoria del Nursing Psicodinamico

Nel corso degli anni le teorie del Nursing hanno spiegato il principio della relazione come concetto fondamentale nell'ambito di cura. Esso, infatti, comporta il coinvolgimento di tutti gli elementi della persona, della salute, dell'ambiente e dell'assistenza. La teorica che ha posto al centro della sua teoria la relazione è l'infermiera statunitense Hildegard Elizabeth Peplau, la quale, nel 1952, definì l'assistenza infermieristica “*una relazione interpersonale significativa, ovvero basata sull'esplorazione e sulla gestione dei significati psicologici di valori, sentimenti e comportamenti del paziente*”. [1] Essa, attraverso la Teoria del Nursing Psicodinamico, sosteneva che il rapporto infermiere-paziente fosse il contatto umano primario fondamentale per fornire assistenza. Ovviamente gli infermieri hanno bisogno di teoria e tecniche di colloquio e counseling, perché proprio durante queste relazioni essi fanno osservazioni, chiedono e rispondono a domande, ottengono e utilizzano informazioni personali vitali. L'assistenza infermieristica non può procedere in modo efficace verso risultati positivi per i pazienti senza che l'infermiere abbia informazioni adeguate su di esso sulle sue condizioni di salute. [1] L'accento è quindi posto sullo sviluppo della risoluzione dei problemi e delle competenze interpersonali attraverso l'evoluzione della relazione. [2] Nell'evoluzione della relazione l'infermiere, secondo la Peplau, assume diversi ruoli interscambiabili, a seconda del momento:

1. *Estraneo*: utile nelle prime fasi, per accettare il paziente senza alcun pregiudizio;
2. *Risorsa/sostegno*: professionista in grado di rispondere in maniera adeguata ai dubbi del paziente;
3. *Educatore*: l'infermiere conduce il paziente a servirsi della propria situazione come occasione di apprendimento;
4. *Leader partecipativo*: l'infermiere porta il paziente a raggiungere gli obiettivi assumendo un ruolo di supervisione e cooperazione;
5. *Sostituto*: il paziente attribuisce all'infermiere una gamma di emozioni che ha già provato in passato;

6. *Consulente*: ruolo di consigliere assunto dall'infermiere.

La Peplau identificò inoltre quattro momenti consequenziali, che se presi nella giusta collocazione, risultano essere la base per una pratica infermieristica ottimale.

Le quattro fasi sono:

1. *Fase dell'orientamento*: l'infermiere, il paziente e, in alcuni casi, i familiari si incontrano e collaborano per instaurare una relazione positiva, per fare in modo che la persona non viva con tensione la percezione del suo bisogno;
2. *Fase dell'identificazione*: il paziente si identifica con colui che potrà aiutarlo attraverso un chiarimento di aspettative e modalità di comportamento che gli permette di raggiungere la consapevolezza delle proprie chances di ovviare al suo problema;
3. *Fase dello sviluppo*: infermiere e paziente progettano insieme gli obiettivi da raggiungere e il paziente matura l'idea di essere in grado di auto-assistersi;
4. *Fase della risoluzione*: il paziente si allontana gradualmente dall'identificazione con l'infermiere, fino allo scioglimento del rapporto terapeutico [3].

L'infermiere, guidato dalla teoria della Peplau, userà l'autoriflessione e sarà osservante dei modelli di interazione nella relazione terapeutica. Dal momento che le persone crescono attraverso le relazioni con gli altri, il rapporto infermiere-paziente offre un'opportunità di crescita sia per l'infermiere che per l'assistito. [2] L'infermiere dovrebbe essere capace di adattare il proprio ruolo in termini relazionali e il proprio intervento alla persona che ha di fronte, deve lasciarsi coinvolgere, nella giusta misura, in una relazione che porti l'assistito a sentirsi veramente al centro del suo impegno professionale. L'impronta che la Peplau ha dato all'attuale assistenza infermieristica è determinante nell'ottica in cui la relazione tra curato e curante rifletta la qualità dell'assistenza stessa. L'infermiere e il paziente possono solo avere giovamento da tale meccanismo, che porta ad un esito, senza dubbio positivo, sui risultati in termini di salute, per entrambi.



## 1.2 Carl Rogers e la Teoria della Relazione d'aiuto

Carl Ramson Rogers, americano, psicologo e psicoterapeuta, viene considerato il padre della "Terapia non direttiva e del Counseling relazionale", rivoluzionando il campo delle professioni d'aiuto. È sul tema delle relazioni interpersonali che Rogers, tra gli anni '50 e '60 del '900, ha elaborato, insieme a una Teoria della personalità, del counseling e della relazione di aiuto, un approccio incentrato sulla persona, individuando sempre come fattore prioritario nei diversi contesti applicativi, la qualità della relazione. [4] Egli fu il primo a considerare la natura umana come una capacità innata volta al raggiungimento e al mantenimento della salute e dell'autoregolazione. Partendo da questo presupposto, rifiutò il termine "paziente", poiché lo considerava viziato dal concetto di malattia e lo sostituì con il termine "cliente" [5], a indicare che il rapporto terapeutico non è un processo di guarigione. All'interno di questa cornice di pensiero egli sviluppò nel 1957 la teoria della "Terapia incentrata sul cliente", un metodo terapeutico non-direttivo secondo cui l'elemento più importante per il successo o il fallimento dell'interazione terapeutica è la qualità della relazione tra terapeuta e cliente. Egli propose sei caratteristiche di questa relazione che devono esistere perché si verifichi un cambiamento della personalità terapeutica:

1. Due persone sono in contatto psicologico;
2. La prima persona, chiamata "cliente", si trova in uno stato di incongruenza, essendo vulnerabile o ansiosa;
3. La seconda persona, denominata "terapeuta", è congruente o integrata nella relazione;
4. Il terapeuta sperimenta una positiva stima incondizionata nei confronti del cliente;
5. Il terapeuta sperimenta una comprensione empatica del quadro di riferimento interno del cliente e cerca di comunicargli questa esperienza;
6. La comunicazione al cliente della comprensione empatica del terapeuta e del suo rispetto positivo incondizionato è raggiunto ad un livello minimo.

Rogers suggerisce che, qualora queste sei condizioni fossero presenti, la relazione tra terapeuta e cliente può essere definita una "relazione di aiuto". [6] Con il termine "**Relazione di aiuto**" ha inteso una *"relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il*

*raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato. L'altro può essere un individuo o un gruppo. In altre parole, una relazione di aiuto potrebbe essere definita come una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire in una o ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggior possibilità di espressione". [7] Con Carl Rogers si è formata quindi una visione antropologica "nuova" dell'uomo e della relazione di aiuto in cui spicca il concetto di vita-in-relazione: noi viviamo solo se siamo "esseri nel mondo", "esseri in relazione". Le relazioni si pongono come obiettivo finale quello di aiutare, promuovere, facilitare la crescita e lo sviluppo delle persone. Funzionano nel momento in cui, tra chi offre l'aiuto e chi lo riceve, si instaura un legame di fiducia che permette alla persona di aprirsi e di condividere con l'operatore i vissuti personali. Ma quali sono le caratteristiche delle relazioni di aiuto che facilitano la crescita? Secondo tale approccio il terapeuta non possiede delle tecniche di intervento protocollari e per questo è libero di interagire con il cliente. Una relazione significativa si costruisce attraverso alcune condizioni o atteggiamenti particolari, necessari e sufficienti, che Rogers ha identificato nell'*empatia*, nella *congruenza* e nella *considerazione primaria/accettazione*.*

- L'*Ascolto empatico*, non valutativo, favorisce il dialogo e permette al terapeuta di comprendere i vissuti emozionali del cliente. È necessario che il terapeuta vesta i panni del cliente e tenti di vedere il mondo con i suoi occhi, abbandonando i propri schemi personali.
- La genuinità è fondamentale, consente di essere trasparenti riguardo ai sentimenti provati nella relazione con il cliente, di essere una persona vera e di presentarsi per quello che si è, senza maschere o ruoli. Tale aspetto si manifesta nella *Congruenza* come la corrispondenza tra esperienze interne, simbolizzazione delle stesse e la loro espressione verbale. Se nel cliente si determina una sorta di conflitto interiore e di inautenticità che lo porta a non essere pienamente se stesso nella relazione, si parla di *Incongruenza*.
- La piena *Accettazione del cliente* è la fondamentale forma di interesse e rispetto, nonché di considerazione e fiducia nelle capacità e potenzialità dell'altro. [4]

Applicare questo modello nell'assistenza infermieristica implica rendergli centrale il concetto di Relazione d'aiuto. Gli obiettivi di sostenere, assistere e prendersi cura della

persona, sono essi stessi parte di una relazione, considerata terapeutica grazie a reciprocità, intimità e scambio intrinseci ad essa. Secondo la concezione olistica rogersiana di persona, gli infermieri si occupano non solo della patologia in sé e delle conseguenze ad essa correlate, ma anche dell'impatto che la malattia ha sul quotidiano del paziente e pertanto devono avere competenze sia per gestire i problemi fisici, ma anche quelli psicologici e sociali. L'assistenza infermieristica non è rivolta solamente ai bisogni fisici della persona, ma anche spirituali ed emozionali. Dal momento in cui il sentire di una persona influenza il suo agire, la consapevolezza dei fattori che lo influenzano (emozioni, sentimenti, pregiudizi) è di vitale importanza nella cura dei propri bisogni emotivi e nel dare risposta a quelli della persona assistita. [8] La relazione di aiuto come attività infermieristica può essere di due tipi:

- *Informale*: tipico dell'assistenza infermieristica quotidiana, in risposta a bisogni e problemi degli assistiti e riguarda l'iter diagnostico-terapeutico-assistenziale; è una relazione che si esplicita in un atteggiamento empatico, di comprensione e di ascolto, improntata alla reazione positiva alle difficoltà.
- *Formale*: basata su un progetto assistenziale specifico, volto a realizzare un intervento mirato ad obiettivi nel medio-lungo termine. Oltre ad un'adeguata preparazione dell'operatore, occorre una struttura e un modello organizzativo che consenta all'infermiere di avere il tempo e l'autonomia necessari. [9]

È nell'etica del “*saper fare*” e nel “*saper essere*” dell'infermiere che sono compresi i seguenti concetti: la *Comunicazione*, l'*Ascolto*, l'*Autenticità*, la *Fiducia* e l'*Empatia*.

### **1.2.1 La comunicazione**

L'importanza che riveste la comunicazione nel processo terapeutico fa capire quanto essa sia determinante, specialmente in un processo assistenziale mirato ed unico. Comunicare è da sempre uno dei bisogni fondamentali dell'uomo ed è stato soddisfatto attraverso i mezzi che, prima la natura e poi la tecnologia, gli hanno fornito. Parlare, scrivere e informare non significa comunicare. Comunicare è interagire: scambio e relazione. La stessa etimologia del termine “comunicare” deriva dalla parola greca “*koinè*” (partecipo) e dal latino “*communis*” (metto in comune), intendendo un

mettere in comune qualcosa, un passaggio, far partecipi altri di qualcosa. [10] Nella comunicazione che si instaura tra infermiere e persona assistita è rilevante, quindi, la qualità di essa. L'infermiere, nel prendersi quotidianamente cura del malato non si limita ad eseguire interventi tecnici, ma svolge anche una funzione supportiva e terapeutica attraverso il dialogo, allo scopo di stabilire un'interazione efficace e personalizzata, finalizzata al soddisfacimento dei bisogni e al recupero della maggior autonomia possibile. Per una comunicazione efficace in un processo assistenziale è importante sapere che la comunicazione umana si manifesta non solo attraverso il linguaggio, la parola e il loro utilizzo, la struttura, la lunghezza della frase (*Comunicazione verbale*), ma anche attraverso i messaggi che arrivano dal nostro corpo come il tono, il volume, il ritmo, la velocità della voce, la mimica facciale, lo sguardo, i gesti, la postura (*Comunicazione non – verbale*). Una buona comunicazione, nella relazione tra infermiere e assistito deve perseguire una serie di scopi tali da permettere al paziente una migliore e più facile collaborazione. Deve dimostrare all'interlocutore accettazione e considerazione (*funzione di riconoscimento*), permettere l'acquisizione di informazioni sul percorso di cura (*funzione di conoscenza*), consentire di mettere da parte atteggiamenti emotivi che sono presenti in chi deve ricevere l'aiuto (*funzione catartica*) e impegnarsi, quando necessario, ad agire sul comportamento per migliorare l'idea di poter raggiungere una migliore qualità di vita, ponendosi positivamente rispetto alla realtà che sta vivendo (*funzione di rinforzo*). [10] Fondamentale per l'infermiere è creare, attraverso la comunicazione, una connessione con il paziente al fine di renderlo più disponibile a collaborare attivamente alla ricerca di una risoluzione del problema, migliorando sensibilmente la *compliance* e l'*adherence* terapeutica.

### **1.2.2 L'ascolto**

Il processo di comunicazione non termina con la semplice trasmissione di notizie, ma è anche determinato da un altro punto cardine: l'ascolto. Per arrivare a nuove soluzioni, idee e concetti è necessario saper ascoltare gli altri ma anche sé stessi, consentendo una crescita sia personale che professionale. Il saper ascoltare permette di ridurre nell'interlocutore l'incomprensione e lo stimolo a non aver timore nel manifestare il proprio pensiero. Per l'infermiere diventa essenziale soffermarsi su cosa, come e perché un paziente esprima un determinato concetto. Questo permette all'assistito di

comprendere di essere rispettato e considerato al centro degli obiettivi assistenziali, ma soprattutto che le sue emozioni siano abbracciate e condivise. [10] Alla base della relazione terapeutica ci deve essere un ascolto che non frappone eccessive barriere emotive (il rifiuto, la fretta, la paura, la stanchezza, il disprezzo, la chiusura in sé, il disinteresse, la noia), ma che nasce dalla disponibilità e dall'attenzione che l'infermiere è in grado di dare al paziente. Nel momento in cui emergono situazioni problematiche, di sofferenza o confusione o conflitto o diversità, si deve prestare un *ascolto sensibile*, non giudicante, orientato empaticamente sul mondo dei sentimenti dell'altro e di fornire un *feedback* accurato che faciliti una maggiore consapevolezza e che sia di incoraggiamento per la risoluzione delle difficoltà. [5]

### **1.2.3 L'autenticità**

L'assistenza infermieristica è in prima istanza "presenza"; la prima terapia è rappresentata dall'infermiere stesso, poiché il trattamento non si riduce all'individuazione di uno strumento o di un materiale e al loro corretto utilizzo, ma comprende sempre un complesso di risposte umane realizzate in un rapporto. Per potersi fare carico della sofferenza altrui è indispensabile entrare nella propria, guardandola senza distogliere lo sguardo; lo sguardo interiore ci permette di aumentare la nostra capacità di essere con l'altro e di interagire con autenticità. [11] Essere "Autentici", vuol dire scoprire sé stessi, i limiti, le fragilità, i doni e le potenzialità. È trasmettere a chiunque sicurezza e padronanza, non insicurezza e smarrimento. Autenticità è verità. La vera autenticità è decisione, ascolto, confronto, consiglio, punto di vista, positività e sano sorriso che, per essere concretamente verificate, richiedono attuazione. [12] Gli infermieri sono considerati le persone che hanno più opportunità di conoscere il paziente, pertanto sono nella posizione privilegiata per fornire l'aiuto.

### **1.2.4 La fiducia**

Il concetto di fiducia è collegato all'affidare qualcosa da custodire. In nessun ambito, come in quello infermieristico, i concetti di affidamento e accoglimento acquistano un significato fondante. Come professionisti sanitari gli infermieri hanno in custodia un bene fondamentale della popolazione: la salute. È nei confronti dell'infermiere che i

cittadini nutrono aspettative riguardanti la propria salute, affidano le proprie speranze e richiedono affidabilità, così che la fiducia riposta non sia disattesa. Nelle relazioni di cura si mettono nelle mani dell'altro la salute, la vita, la speranza, valori così fondamentali da poter essere affidati solo a chi si ritiene meritevole di fiducia. [13] La relazione di fiducia è una preconditione dell'assistenza infermieristica, in quanto è indispensabile per poter conoscere a fondo il paziente e ciò che lo riguarda, così da individuare i suoi bisogni. L'atto di fiducia può essere accordato in modo previo tra infermiere e paziente, in quanto nasce nel momento in cui l'assistito si pone davanti all'infermiere. La fiducia reciproca assume un valore fondamentale, unico ed esclusivo. Questo tipo di relazione va tutelata e protetta in quanto diritto dell'assistito e valore proprio della professione. *“L'infermiere dimostra di possedere valori professionali quali il rispetto, la comprensione, la compassione, la fiducia e l'integrità”*. [14]

### **1.2.5 L'empatia**

Il concetto di empatia è stato variamente concettualizzato come un comportamento, una dimensione della personalità e un'emozione vissuta. [15] L'empatia rappresenta una componente fondamentale nella relazione di aiuto e per questo rilevante per l'assistenza infermieristica. Implica un'accurata percezione del mondo del paziente e la capacità di comunicargli questa comprensione, in modo che egli sia consapevole della cognizione che l'infermiere ha della sua posizione. È rilevante per il fatto che i pazienti dovrebbero condividere la responsabilità per la propria salute, dire ai professionisti ciò che vogliono e avere il diritto di essere trattati come una persona, non come un caso. [16] Per l'infermiere significa cogliere il significato delle parole e dei gesti di un paziente, mantenendo la consapevolezza di sé stesso. Possedere una grande empatia in un professionista sanitario equivale a svolgere il proprio ruolo con il minimo margine di commettere errori, soddisfacendo il paziente stesso. È una caratteristica che alza il livello di assistenza. Questa necessità di comprensione è particolarmente forte quando si affrontano alcune delle crisi che portano le persone a contatto con gli infermieri; malattie terminali, deturpazioni improvvise o condizioni croniche che alterano la vita, causando i sentimenti umani più profondi di paura, perdita, dolore e disperazione. [17] Gli infermieri sono costantemente esposti a situazioni emotive legate alla malattia e al

disagio dei pazienti, per questo sono chiamati a sviluppare strategie di “coping” orientate all’equilibrio tra eccessivo coinvolgimento emotivo e la propria persona.

### 1.3 Criteri guida: l’indispensabilità dell’uso della relazione

Il complesso di norme che regola l’assistenza ai vari livelli è molto chiaro: la relazione con la persona assistita è un elemento imprescindibile, anzi è un indicatore indispensabile per una buona assistenza sanitaria. [8] Per cogliere tale importanza e indispensabilità anche legale, basta citare alcuni passi della normativa quali criteri guida per l’esercizio professionale della figura infermieristica: il *Profilo Professionale* e il *Codice Deontologico*. Il D.M. 14 settembre 1994, n. 739 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo **Profilo professionale** dell’infermiere”, all’Art.1 comma 2, afferma che “*L’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa.*” [18] Non si può parlare di Infermieristica senza inquadrarla in un binomio inscindibile composto dal concetto di “*to cure*” e “*to care*”. Il principio del “*to cure*” si fonda sull’identificazione delle cause della malattia e dei regimi di trattamento al fine di correggere le patologie sottostanti, restituendo al paziente la salute completa. [19] Tale metodo trova compiutezza nel concetto di Assistenza, dal latino “*adsistere*”, stare vicino, come lo svolgere la propria opera o le proprie cure a chi ne abbia bisogno, recando, ove sia necessario, conforto, aiuto, soccorso. [20] Il modello del “*to care*”, invece, riflette l’approccio bio-psico-sociale che ha introdotto una concezione olistica della persona in ambito sanitario e una visione multidimensionale della salute che ha spostato l’attenzione dalla malattia all’individuo nella sua complessità. [21] In questo contesto si inserisce l’Assistenza Infermieristica, come disciplina fondante e caratterizzante la professione stessa. Essa è un processo interattivo non solo nell’uso di attrezzature e conoscenze strutturate, ma in azioni che si configurano come processi di intervento di relazione e di soggettività. [22] L’infermiere, quindi, sviluppa la propria professione sul “*sapere*”, “*saper fare*” e “*saper essere*” ed è fondamentale non scindere le tre dimensioni: “*tecnica, relazione ed educazione*”. Vigge l’errata convinzione che la figura infermieristica si concentri solo su un percorso rigidamente tecnico e specialistico, allontanando quella che è la sfera relazionale, vera essenza e peculiarità del processo di

Nursing. Il Processo di Nursing è descritto come il modello metodologico infermieristico che organizza l'assistenza in cinque fasi: la raccolta dei dati o la storia, la diagnosi infermieristica, la pianificazione, la realizzazione degli interventi e la valutazione infermieristica. [22] È una metodologia che restituisce centralità ai bisogni della persona e dà spazio alla professionalità dell'infermiere, in quanto si pone come obiettivo principale la salute del paziente nella sua totalità, non solo come cura della malattia. Per l'infermiere mettere il paziente al centro dell'assistenza significa applicare non solo la buona "scientia" infermieristica come sapere teorico, ma anche il suo essere professionista all'interno di una relazione con l'assistito che trova senso quando è autentica ed empatica. Il **Codice Deontologico**, la cui ultima versione risale al 2019, è un insieme di regole e principi adottati dalla professione che ne orienta il comportamento; è un patto esplicito dei professionisti con la società ed è il più importante atto di autoregolamentazione. [23] Serve come modello critico per gli standard etici nella professione infermieristica, sottolineando la responsabilità e la difesa dei diritti umani dei pazienti, delle loro famiglie e delle comunità, così come le questioni sociali, il lavoro degli infermieri all'interno dei sistemi sanitari e la collaborazione con altri professionisti della salute. [24] *"Rappresenta per l'infermiere uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura."* (Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche – FNOPI). Dopo dieci anni dall'ultima versione del 2009, il nuovo Codice ha introdotto nei suoi capitoli l'argomento della Relazione nel contesto di cura. Non a caso il Capo I "Principi e valori professionali", l'Art. 4 – Relazione di cura, riporta: *"Nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura"*. [25] È fondamentale considerare la qualità della cura strettamente collegata alla qualità della relazione con il paziente, che è il fulcro dell'assistenza infermieristica. Il miglioramento dell'approccio all'assistito rende la "compliance", cioè l'adesione al trattamento, più favorevole non solo per il vissuto del paziente, ma anche per l'operato del professionista. La mera tecnica non deve essere il solo fine dell'infermiere, ma uno



strumento attraverso cui egli qualifica la propria relazione con l'assistito e la rende più appropriata.

Sotto il Capo IV "Rapporti con le persone assistite", l'Art. 17 – Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura, è riportato: *“Nel percorso di cura l’infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vita e le sue emozioni e facilita l’espressione della sofferenza. L’infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l’interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l’adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili”*.

Il modello di assistenza infermieristica sul rapporto infermiere-paziente si basa sul rispetto reciproco e sulla necessità che infermieri e pazienti si comprendano. Sia il punto di vista del paziente che quello dell'infermiere, la conoscenza, gli atteggiamenti e i valori sono influenti nel gettare le basi per una relazione fruttuosa, con un paziente fiducioso che l'infermiere sia capace, abbia conoscenze e intuizioni per farlo. Gli atti degli infermieri devono essere convincenti e basarsi sulla comprensione che ogni paziente è unico e con la propria percezione della situazione. [26]

L' Art. 19 – Confidenzialità e riservatezza, cita: *“L’infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l’intero percorso di cura. Raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario all’assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente”*. La relazione di aiuto fornisce all'assistenza infermieristica un'identità. Essa raggiunge l'eccellenza quando l'infermiere è capace di mantenerla interattiva, al fine di trovare le formule di cura più efficaci. [27]

## **CAPITOLO 2. TECNICHE DI RELAZIONE: IL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE**

### **2.1 Basi teoriche**

Il metodo del Colloquio Motivazionale nasce in America negli anni '80 ad opera dei professori e clinici W.R. Miller e S. Rollnick come “*stile di counseling direttivo, centrato sul cliente, che si propone di promuovere le modifiche del comportamento aiutando gli utenti a esplorare e risolvere l'ambivalenza.*” [28] Cosa spinge una persona a cambiare? In termini “motivazionali”, individuamo tre fattori fondamentali che spingono la persona al cambiamento:

1. La “*Frattura interiore*”, nella Teoria della dissonanza cognitiva di Festinger, “è la dolorosa percezione delle contraddizioni, la differenza tra il vissuto e il desiderato, tra ciò che si è e ciò che si vorrebbe essere”. (Festinger, 1957) [29]  
L'incoerenza tra la condizione in cui una persona si trova e quella in cui pensa che dovrebbe o vorrebbe trovarsi, può innescare l'inizio del percorso verso il cambiamento. [30]
2. L' “*Autoefficacia*”: è la percezione che abbiamo di noi stessi di sapere di essere in grado di fare, sentire, esprimere, essere o divenire qualcosa. È la fiducia che si ha in se stessi di attuare un determinato cambiamento in un determinato periodo di tempo (Bandura, 1977) [31]
3. La “*Disponibilità al cambiamento*”: rappresenta il grado di riconoscimento del problema, di volontà di modificare un comportamento o prendere una decisione (Prochaska e Di Clemente, 1986). [32]

Altra teoria alla base del colloquio motivazionale è quella centrata sul cliente di Carl Rogers, da cui derivano l'attenzione alla relazione tra operatore ed utente, ponendo in primo piano l'empatia, una condizione necessaria per attivare il cambiamento. [30]

### **2.2 Stadi del cambiamento**

L'interesse verso l'argomento della motivazione spesso nasce quando ci si chiede perché le persone non cambiano. Si ritiene invece che una domanda più produttiva e affascinante riguardi il perché le persone cambiano. [33] Il ruolo di fornitori di assistenza sanitaria efficace, deve includere, quindi, una comprensione delle

competenze interpersonali che possono essere utilizzate per motivare gli individui a muoversi verso uno stato di salute ottimale. Il Modello Transteorico, emerso dalla ricerca di Carlo DiClemente e James Prochaska, può guidare nel facilitare il cambiamento, in quanto descritto in termini di processo, stadi e livelli. Prochaska e Di Clemente parlano infatti di “Stadi del cambiamento”, che consistono in sei categorie lungo un continuum che riflettono l’interesse e la motivazione di un individuo a modificare un comportamento attuale. È attraverso il movimento lungo queste fasi che si è in grado di ottenere un cambiamento comportamentale di successo. Ogni fornitore di assistenza sanitaria deve determinare la disponibilità a cambiare la fase in cui ogni paziente si trova prima di sviluppare un piano di trattamento. [34] (Fig.1)



*Fig. 1 Gli stadi del cambiamento secondo il modello transteorico di Prochaska e DiClemente.*

### **1. Precontemplazione**

Il soggetto in questa fase non ha ancora preso in considerazione l’ipotesi di modificare il proprio comportamento. [35] La persona può trovarsi in questa fase perché per nulla o poco informata sulle conseguenze del suo comportamento, oppure può aver tentato di cambiare un certo numero di volte e demoralizzarsi riguardo alla propria capacità di cambiamento. [36]

### **2. Contemplazione**

L’ipotesi di poter mettere in atto un cambiamento nei confronti del proprio comportamento inizia a venir presa in considerazione dai soggetti. [35] Essi sono consapevoli dei pro e dei contro del cambiamento. Questo equilibrio può produrre una profonda ambivalenza che può tenere la persona bloccata in questa fase per lunghi

periodi di tempo; spesso questo fenomeno è caratterizzato come contemplazione cronica o procrastinazione comportamentale. [36]

### **3. Determinazione**

In questo stadio la decisione di modificare il proprio comportamento viene presa dal soggetto e pianificata insieme al curante [35] Tendenzialmente, la durata di questo stadio è limitata perché o si passa alla fase successiva o si torna indietro Inoltre, DiClemente parla di “teachable moments”, ovvero eventi importanti che possono motivare un cambiamento e vengono opportunamente sfruttati in questo momento, in quanto più sarà forte la determinazione e meno sarà alto il rischio di ripensamenti nella fase successiva. [35]

### **4. Azione**

Il soggetto agisce per modificare il proprio comportamento. L'azione non è sempre una modificazione diretta del comportamento ma tutto quell'insieme di attività che vengono messe in atto nel tentativo di modificare un comportamento (atti singoli ed episodici, azioni ricorrenti, strategie semplici e complesse). Se dovessero esserci dei fallimenti o degli insuccessi, devono essere considerati come opportunità per un ulteriore approfondimento. [35]

### **5. Mantenimento**

In questa fase il soggetto si applica al mantenimento nel tempo e alla stabilizzazione del cambiamento. [35]

### **6. Ricaduta**

La ricaduta è parte integrante del processo di cambiamento; solo il 5% delle persone impegnate nell'eliminazione di un comportamento disfunzionale ci riesce al primo tentativo e mediamente si ripercorre la ruota del cambiamento almeno tre/quattro volte. All'interno di questa ruota è importante sottolineare che le fasi sono tutte ugualmente importanti e che la ricaduta non è un segnale di fallimento, bensì una tappa del processo; per questo motivo l'utente deve essere preparato alle ricadute e deve essere informato che queste ultime sono comprensibili. [37] Essere preparati a prevenire la ricaduta all'interno del trattamento, diminuisce la probabilità di ritorno del paziente a stadi precedenti. [38]

Identificato lo stadio in cui si trova il paziente, il terapeuta deve implementare competenze cliniche che aiutino a facilitare la progressione e il movimento del paziente lungo il continuum.

## **2.3 Definizione del Colloquio Motivazionale**

Nell'ultima edizione del manuale, William R. Miller e Stephen Rollnick definiscono il Colloquio Motivazionale *“uno stile di comunicazione collaborativo e orientato, che presta particolare attenzione al linguaggio del cambiamento, progettato per rafforzare la motivazione personale e l'impegno verso un obiettivo specifico, attraverso la facilitazione e l'esplorazione delle ragioni proprie della persona per cambiare, il tutto in un'atmosfera di accettazione e aiuto”*. [39] Inizialmente, si è sviluppato nell'ambito delle dipendenze, ma a poco a poco si è esteso anche ad altri domini, come nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare o nelle malattie croniche, dove i pazienti avevano una difficoltà nel cambiare il proprio stile di vita (es. diabete, dislipidemie, malattie cardiovascolari). [30] La modalità conversazionale sulla quale si basa il Colloquio Motivazionale infatti non è di tipo direttivo, ma si basa sullo stile del guidare, ponendosi al centro di un continuum tra il dirigere e il seguire. [40] Il professionista raramente tenta di convincere o persuadere il cliente in cosa e come cambiare, egli crea un clima non giudicante e incoraggiante al fine di far sentire a proprio agio nell'esplorare i propri comportamenti disfunzionali. [34] Per praticare il Colloquio Motivazionale è fondamentale non solo conoscere e applicare le sue *tecniche*, ma entrare nel suo *spirito* fondante e in quell'atteggiamento cognitivo ed emotivo che sta alla base dei quattro *processi* di esso. [40]

### **2.3.1 Lo spirito**

I quattro aspetti dello *Spirito* del Colloquio Motivazionale sono (Fig. 2):

- ❖ Collaborazione (Collaboration)
- ❖ Accettazione (Acceptation)
- ❖ Evocazione (Evocation)
- ❖ Propensione all'aiuto (Compassion)

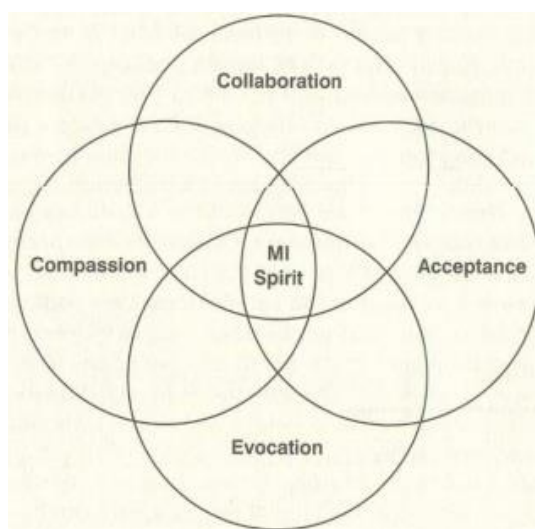


Fig. 2 I fondamenti dello spirito del Colloquio Motivazionale. (Miller e Rollnick, 2013)

L'aspetto della **Collaborazione** implica un lavoro di partecipazione attiva tra due persone. Il Colloquio Motivazionale non viene fatto “su” o “ad” una persona, ma “con” una persona collaborante, poiché il professionista non può agire da solo, specialmente se l'obiettivo è il cambiamento del cliente. L'operatore è esperto del suo ambito, il cliente invece del suo cambiamento e di sé stesso; per questo è importante il rispetto dell'esperienza e della competenza altrui. [41] L' **Accettazione** intesa da Miller e Rollnick si avvicina molto alla “Terapia centrata sul cliente” di Carl Rogers (1980). L'accettazione non è un atteggiamento di benevolenza e nemmeno un impulso legato al buon senso, ma uno specifico assetto di mente e di cuore nell'affrontare il colloquio con il cliente. Questo assetto va sviluppato e allenato e comprende quattro aspetti: l'*assoluto valore della persona*, in sé stessa e in ciò che essa dice, consiste nel riconoscere il valore e le potenzialità della persona che si ha di fronte; *il sostegno*, ovvero sostenere i punti di forza e riconoscere gli sforzi che la persona compie; *il sostegno dell'autonomia* della persona nel cambiamento in maniera esplicita in quanto essa ha piena autonomia rispetto a modalità e tempistiche del suo cambiamento; l'*accurata empatia* che rappresenta la sincera curiosità verso il punto di vista della persona, il porre un interesse autentico verso l'altro considerando importante comprendere il suo punto di vista. Non bastano benevolenza e buon senso, servono tecniche ed abilità. [42] Grazie all' **Evocazione** emergono gli elementi pro-cambiamento. Essere evocativi è il cuore del Colloquio Motivazionale, poiché si cerca di far emergere dalla persona le ragioni per

andare verso il cambiamento, evidenziarne il suo bisogno e desiderio, evocando le abilità che possono sostenerlo. Le ragioni e le strategie più efficaci per il cambiamento di ogni cliente emergono dal cliente stesso, non è l'operatore ad inserirli nella persona. Un operatore che vuole lavorare in stile motivazionale sa incanalare le sue energie ed il suo impegno non nell'inserire un cambiamento dall'esterno ma dal creare le condizioni migliori possibili affinché sia il cliente stesso a far emergere idee, soluzioni e motivi per cambiare. [43] La **Propensione all'aiuto** non intende solo aiutare le persone che ascoltano e seguono i consigli, ma l'offrire il supporto a tutti senza alcun interesse da parte dell'operatore, in quanto gratuita ed indiscriminata. Si è lì "per" e "con" le persone, per le quali il cambiamento è oltre che una cura, un bene. La garanzia data alla persona è la presenza, unico motivo alla base di una solida relazione. [44]

### 2.3.2 I processi

Miller e Rollnick hanno individuato quattro processi che compongono il Colloquio Motivazionale (Fig.3):

- ❖ Stabilire una relazione (Engaging)
- ❖ Focalizzare (Focusing)
- ❖ Evocare (Evoking)
- ❖ Pianificare (Planning)



*Fig.3 I quattro processi del Colloquio Motivazionale. (Miller e Rollnick, 2013)*

Ogni operatore conosce l'importanza di essere per il proprio cliente una guida orientata e stabile, un aiuto reale nel procedere verso il cambiamento. La struttura dei quattro processi permette di impostare delle solide ma flessibili linee guida attraverso cui muoversi e aiutare ad ottenere il massimo possibile da ogni intervento. Gli autori hanno sviluppato la struttura del Colloquio Motivazionale in fasi, che sono rappresentati come

i gradini di una scala. Questi processi si verificano in modo sequenziale e ricorrente; si succedono generalmente dal gradino più basso a quello più in alto ed ogni processo si sovrappone al precedente che è base per il successivo, prevedendo in qualunque momento la possibilità di procedere al gradino successivo o di ritornare al precedente. Si inizia con il processo di **“stabilire una relazione”** che è la premessa per qualsiasi tipo di lavoro sul cambiamento. Nessun approccio o metodo funzionano se tra l’operatore e il cliente non vi si stabilisce una relazione. È responsabilità dell’operatore costruire una relazione collaborativa, evocativa, di accettazione, di aiuto e nutrirla. Si ascolta attentamente e monitora la risposta del cliente e il suo atteggiamento, non solo all’inizio, ma lungo tutto il percorso che si farà insieme, riportando su questo punto l’attenzione tutte le volte che serve. [45] Un obiettivo strategico per applicare correttamente il Colloquio Motivazionale è il processo di **“focalizzare”** un argomento, come una bussola che aiuta l’operatore a condurre con sicurezza ed efficacia il suo cliente lungo un cambiamento comportamentale. L’argomento a volte è più chiaramente definibile, alle volte meno, in quanto nel colloquio le persone tendono a spostarsi da un tema all’altro. In ogni caso è sempre compito dell’operatore aiutare il cliente a definire di volta in volta quello che è l’argomento del colloquio, ritornando a chiarirlo ed esplicitarlo più volte durante l’interazione se vede che "ci si è persi". [33] Nel terzo processo, **“evocare”**, l’operatore stimola e fa emergere la motivazione al cambiamento, la riconosce e la rinforza. È il fulcro del colloquio motivazionale e significa far emergere ed accogliere le affermazioni al cambiamento, evocare speranza, fiducia e aumentare la frattura interiore. [43] L’ultimo processo del Colloquio Motivazionale è il **“pianificare”** le azioni che è necessario che la persona compia affinché il cambiamento possa avvenire. È il processo conclusivo che permette al curante di assistere l’utente a formulare un piano d’azione ed implica inoltre l’assunzione del ruolo di guida, cioè colui che conduce la persona verso l’obiettivo desiderato e concordato insieme, dove l’impresa è comune e non imposta. [30]

### **2.3.3 Le tecniche**

L’acronimo **OARS** (O – [open questions] domande aperte, A – [affirming] sostenere e confermare, R – [reflecting] praticare l’ascolto riflessivo, S – [summarize] riassumere) è



utile per ricordare le quattro abilità del Colloquio Motivazionale. [46]

***Utilizzare domande aperte:***

---

Cosa ne pensa di ...? In che modo, questo ...? Cosa intende con ciò?

Cosa La preoccupa di ...? In che senso? Come vede questa situazione?

Cosa La soddisfa di ...? In che cosa ... è un problema?

In genere nel Colloquio Motivazionale è opportuno utilizzare domande aperte, ovvero domande che non consentono risposte brevi o del tipo “sì/no”, che non predeterminano la risposta e che, al contrario, centrano l’attenzione sulla persona, facilitano il coinvolgimento dell’altro, incoraggiano a parlare e favoriscono l’approfondimento della comunicazione. L’uso delle domande aperte è utile anche per semplificare lo scambio di informazioni tra operatore e cliente, scambio che non si connota come semplice passaggio dal primo al secondo ma come processo circolare: l’operatore favorisce l’emergere delle informazioni da parte del cliente (passo 1); sulla base di ciò che emerge, l’operatore fornisce le informazioni opportune (passo 2), per poi tornare ad interrogare il cliente rispetto all’uso possibile di quelle informazioni (passo 3). Questa operazione richiede l’uso di un linguaggio semplice e chiaro e la ricerca di riscontri da parte dell’altro.

---

**Passo 1. Far emergere**

Cosa sa a proposito di ...? Cosa vorrebbe sapere a proposito di ...?

**Passo 2. Dare informazioni**

... [fornire le informazioni richieste]

**Passo 3. Far emergere**

Le ho detto molte cose in merito a ..., cosa ne pensa a riguardo? Che effetto ha avuto su di

Lei venire a conoscenza di questi aspetti? In che modo questa informazione può esserle utile?

L’uso delle domande aperte è utile infine per evocare nel cliente affermazioni nella direzione del cambiamento, ovvero affermazioni che riconoscono gli svantaggi della situazione attuale e i vantaggi del cambiamento:

---

Adesso capisco che se continuo così posso far male alla mia salute.

Non avevo pensato che potesse essere un problema.

I miei figli lo apprezzerebbero, insistono sempre perché smetta.  
Avrei molto più tempo per me.

O affermazioni che esprimono fiducia nella propria capacità di riuscire o l'intenzione di cambiare:

---

Sono una persona testarda, se decido di fare una cosa probabilmente ci riesco.  
Penso che sia giunto il momento di smettere.

### ***Sostenere e confermare***

---

Grazie per essere arrivato puntuale oggi.  
Mi ha fatto piacere parlare con Lei e avere avuto la possibilità di conoscerla meglio.  
È un buon suggerimento.  
Lei è una persona con forte volontà e piena di energia.  
Se fossi stato nella Sua posizione avrei fatto molta fatica ad affrontare tutto quello stress.

Il sostegno e l'apprezzamento non devono connotarsi come banali e sdolcinati complimenti, ma basarsi il più possibile su elementi concreti e realistici emersi nella comunicazione o nella relazione con il cliente.

### ***Praticare l'ascolto riflessivo***

Il professionista deve sostituire le domande con affermazioni, ossia con ragionevoli supposizioni sul significato di alcune parole o stati della persona.

---

Invece di domandare "Si sente a disagio?" è meglio affermare "Si sente a disagio".  
Invece di "È arrabbiato con Sua madre?" è meglio "È arrabbiato con Sua madre".

La differenza sta nella cadenza. Alla fine di una domanda il tono della voce sale, alla fine di un'affermazione scende. L'affermazione comunica comprensione. Questa tecnica consente di rinviare a chi parla quanto egli stesso sta dicendo; permette di chiarire le idee e verificare i significati, di capire le frustrazioni e i problemi dell'altro senza esprimere giudizi, di sottolineare e amplificare aspetti particolari o, al contrario, relativizzarli.

---

La premessa è sempre:

Da quello che mi sta dicendo capisco che ... Quello che Le ho detto La preoccupa; è molto spaventato per quanto Le è accaduto; Lei è convinto che sia il momento di cambiare.

### ***Riassumere***

---

Lei vuole dire che ...

In altre parole ...

A Suo avviso perciò ...

Se non ho capito male, intende dire che ...

Con la riformulazione il professionista prova a ridire o riorriferire all'altro le sue stesse affermazioni, utilizzando le medesime parole o altre parole pertinenti. La tecnica della riformulazione permette un chiarimento progressivo del contenuto e del significato della narrazione dell'altro e consente all'altro di confermare o meno quanto riformulato.

Nella riformulazione non c'è valutazione, discussione, suggerimento. Solitamente l'altro rimane sorpreso e poi sollevato perché si sente compreso. Il focus è sul problema e su come questo viene vissuto.

Esempi di domande evocative con vari focus:

### ***Svantaggi della situazione attuale***

---

Cosa la preoccupa della Sua situazione attuale?

Che difficoltà o problemi ha avuto in relazione all'abuso di alcool?

In che modo ciò La preoccupa?

Cosa crede che accadrà se non fa alcun cambiamento?

Se continua così, in quale situazione si immagina fra quattro anni?

Com'era la Sua vita prima?

### ***Vantaggi del cambiamento***

---

In che modo vorrebbe che le cose fossero diverse?

Quale sarebbe il lato positivo del perdere peso?

Se avesse la bacchetta magica, come crede che sarebbe adesso la Sua vita?

Quali sarebbero i vantaggi nel fare questo cambiamento?

Provi a immaginare di svegliarsi e di aver risolto il Suo problema. Come si immagina la Sua giornata?

| Che cosa è importante per Lei? In che modo questo si lega allo smettere di bere?

L'evocazione degli svantaggi della situazione attuale e dei vantaggi del cambiamento ha lo scopo di aumentare la frattura interiore, cioè lo scarto fra i propri valori e la situazione attuale.

### ***Fiducia nella propria capacità di riuscire***

---

Cosa Le fa pensare che se decidesse di cambiare sarebbe in grado di farlo?

Cos'è che Le dà il coraggio di cambiare?

Quale è stato un altro momento della Sua vita in cui è riuscita a fare un cambiamento simile?

Che cosa potrebbe aiutarla nel fare questo cambiamento?

Chi potrebbe aiutarla nel fare questo cambiamento?

Se decidesse di provare ancora, quale potrebbe essere il metodo migliore?

Queste domande hanno lo scopo di aumentare la percezione di autoefficacia.

### ***Intenzione di cambiare***

---

Che cosa pensa di fare?

Che cosa sarebbe disposto a tentare?

In che modo potrebbe ottenere il risultato desiderato?

Quali dovrebbero essere i primi passi per ottenere questo risultato?

Queste domande spingono il cliente a definire un piano d'azione una volta che ha già preso la decisione di cambiare. [47]

## **2.4 La “motivazione”**

Un modo per comprendere la motivazione del cambiamento è ritenere la motivazione fondamentale per il cambiamento stesso. Quello che le persone dicono sul cambiamento è importante. Le affermazioni che riflettono la motivazione e l'impegno a cambiare sono in grado di predire il successivo cambiamento di comportamento, mentre invece le discussioni contro il cambiamento (resistenza) ne producono meno. La motivazione può essere influenzata da molti fattori interpersonali e intrapersonali che sono naturalmente presenti e altrettanto da interventi specifici. Ma che cos'è la “motivazione”? Forse c'è saggezza nel linguaggio comune che in inglese comprende il detto “pronto, desideroso e

capace” (“Ready, willing and able”), che sta a significare un alto livello di motivazione al cambiamento. Un fattore è rappresentato dal grado con cui una persona vuole, desidera o ambisce il cambiamento. Ne deriva che sono presenti almeno tre componenti cruciali nella motivazione: essere pronti, cioè “*disponibilità*”, essere desiderosi, cioè “*volontà*”, essere capaci, cioè “*abilità*”.

**Volontà:** come l’importanza percepita di un particolare cambiamento. È possibile pensare questo fattore come il grado di frattura interiore tra lo stato attuale e l’obiettivo finale. Quando viene individuato un valore fuori portata, compare un processo di cambiamento. Questo suggerisce che ciò che si deve fare in questo caso, per sollecitare il cambiamento, è aumentare la frattura interiore: ciò significa accrescere la percezione dell’importanza del cambiamento.

**Capacità:** intesa come la fiducia nel cambiamento; a volte una persona si sente volenterosa, ma non in grado di cambiare. “Vorrei poter essere in grado” coglie questa combinazione di elevata importanza e scarsa fiducia. Quando la frattura interiore cresce a sufficienza e il cambiamento è percepito come importante, viene avviata una ricerca dei possibili metodi di cambiamento. Tuttavia, se una persona si allarma a causa di una frattura interiore ma non percepisce nessuna via di cambiamento, allora si verifica un atteggiamento “difensivo”.

**Disponibilità:** si può volere ed essere in grado di cambiare, ma non essere pronti a farlo. Supponendo la presenza di un’adeguata importanza e di fiducia, questa terza dimensione, ha a che fare con le priorità relative: “lo voglio, ma non ora”. Le priorità relative sono parte del normale funzionamento umano e la scarsa disponibilità può essere vista non come una corazza di personalità, ma come un’informazione sul passo successivo da intraprendere verso il cambiamento.

Un cambiamento costruttivo di comportamento sembra sorgere quando la persona lo associa a qualcosa di grande valore intrinseco, di importante, che sta a cuore. La motivazione intrinseca al cambiamento nasce dall’atmosfera di accettazione che fa sentire la persona sicura nell’esplorare un presente che può essere doloroso in relazione a quello che vuole e ritiene importante per il futuro. [46]

## **2.5 Applicazione del Colloquio Motivazionale in sanità**

Mentre la maggior parte del lavoro iniziale applicato nel Colloquio Motivazionale si è centrato sui comportamenti di tipo dipendente, negli ultimi anni c'è stato un notevole interesse da parte della sanità pubblica e dei professionisti nell'uso del CM per affrontare altri comportamenti e condizioni legati alla salute, come fumo, dieta, attività fisica, controllo del diabete, gestione del dolore, screening, comportamenti sessuali e aderenza al trattamento. Forse il fattore più limitante nell'utilizzo del CM in medicina o nella sanità pubblica è il tempo. Mentre un CM che affronta le dipendenze può comprendere sessioni multiple di notevole durata, in medicina gli incontri con i pazienti solitamente durano da dieci a quindici minuti. [48] Nei contesti medici (ambulatorio, ospedale), per esempio, i professionisti possono non avere tempo sufficiente per esplorare appieno l'ambivalenza del paziente o per fare un ascolto riflessivo estensivo. In alcuni casi, l'utilizzo degli interventi brevi può avere come obiettivo semplicemente quello di far sì che il paziente si impegni ad accettare un trattamento o a riflettere sulla possibilità di futuri cambiamenti. [49] Negli ambiti medici e della sanità pubblica per applicare il CM sono stati impiegati più frequentemente infermieri, medici, dietologi o educatori sanitari. Per queste professioni, apprendere il CM può rappresentare l'adozione di uno strumento complementare nuovo rispetto alla loro formazione di partenza. [48] Tradizionalmente medici, infermieri e dietologi vengono preparati a dare consigli pratici sui benefici che può portare un cambiamento nei comportamenti riguardanti la salute. Gli infermieri talvolta vanno oltre, forniscono consigli e tentano di educare i pazienti, in modo prescrittivo, sui passi che possono fare per cambiare i loro comportamenti riguardanti la salute. Le abilità tecniche sono necessarie ma non sufficienti ad acquistare lo spirito del Colloquio Motivazionale. Riuscire ad utilizzare alcune delle abilità e delle strategie fondamentali del Colloquio Motivazionale significa fare domande aperte, concordare una scaletta, ottenere il permesso, limitare i consigli non richiesti e praticare l'ascolto riflessivo di base. Padroneggiare l'ascolto riflessivo a un livello più profondo, affrontare affermazioni o pazienti resistenti e applicare il Colloquio Motivazionale nei comportamenti legati alla salute, richiede spesso un grado di formazione, pratica e supervisione che, nella maggior parte dei settori sanitari, non è frequente incontrare. [49]

## **2.6 Il ruolo infermieristico**

Gli infermieri hanno il compito di comunicare con i pazienti e di educarli alle loro condizioni di salute, ai loro trattamenti e ai cambiamenti di comportamento che possono portare al massimo livello di salute e di benessere. Interazioni di questo tipo richiedono agli infermieri di avere una solida capacità di comunicare bene con coloro ai quali viene fornita assistenza. Buone capacità di comunicazione praticate dagli infermieri possono influenzare positivamente la soddisfazione del paziente, la sicurezza e l'aderenza del paziente al proprio piano di cura. [50] Comunicare è fondamentale per l'assistenza centrata sul paziente, per una buona gestione delle malattie croniche e per l'assistenza sanitaria generale. È anche vitale per il rapporto infermiere-paziente. Gli infermieri, tuttavia, tendono a identificarsi con le esigenze fisiche dei loro pazienti e fanno grande affidamento sulle competenze tecniche con cui si sentono più a loro agio. Offrire agli infermieri un'istruzione riguardo al CM rappresenta una significativa opportunità per un'assistenza sanitaria centrata sul paziente. Questa, infatti, richiede agli infermieri di coinvolgere i pazienti nella definizione del percorso di cura. Gli infermieri hanno bisogno di capacità di comunicazione che incoraggino l'importanza della centralità paziente, in particolar modo in questi ultimi anni dove l'assistenza sanitaria si è concentrata sulla gestione di malattie croniche a lungo termine e sull'incoraggiamento di stili di vita più idonei rispetto alla condizione di salute, in quanto richiedono un ruolo partecipativamente attivo del paziente stesso. [51] Alla base del CM vi è un approccio olistico di collaborazione e autonomia, che è inerente alla pratica infermieristica. L'alleanza terapeutica è essenziale per l'assistenza infermieristica. I concetti e i metodi del CM sono scientificamente provati per essere efficaci per lo sviluppo di un rapporto terapeutico e per migliorare i cambiamenti positivi del comportamento sanitario o il recupero durante un ricovero in ospedale. [52]

## CAPITOLO 3. LO STUDIO

### 3.1 Introduzione

**Background:** I pazienti affetti da patologie croniche sviluppano spesso una sofferenza psicologica che può compromettere il benessere ed interferire con la compliance, dando così origine a comportamenti disfunzionali. L'esistenza di difficoltà nell'accettazione della malattia e la presenza di problematiche nel "self care" e "self management" possono far oscillare i comportamenti dei pazienti da un'estrema rigidità alla più completa ribellione e trascuratezza delle indicazioni terapeutiche. L'adozione di un approccio multidisciplinare ed il prendersi cura anche degli aspetti psicologici, con miglioramento degli indici di benessere, sembra condurre verso un consolidamento di appropriate strategie comportamentali che facilitano la corretta gestione della patologia e l'aderenza al trattamento. [53] Le consultazioni sul cambiamento di comportamento sono abbastanza diffuse in campo sanitario. Si verificano nella maggior parte dei contesti (assistenza primaria, secondaria e terziaria) e abbracciano sia la gestione che la prevenzione di una vasta gamma di condizioni. [46] Il cambiamento del comportamento sanitario è determinato principalmente dalla "convinzione" (cioè dalla conoscenza e comprensione della malattia, dal significato personale e dalla rilevanza di tale conoscenza) e dalla "fiducia" nella propria capacità di cambiare con successo [54,55]. Queste determinanti del cambiamento di salute possono essere affrontati attraverso interventi incentrati sul cliente che si rivolgono alle convinzioni, ai valori e alla motivazione degli individui. Da ciò è emersa l'importanza del Colloquio Motivazionale, come metodo comunicativo costruito sulla centralità del paziente che mira a sostenere la motivazione al cambiamento [56]. Alla base, infatti, del Colloquio motivazionale vi sono: l'empatia e il rispetto per le prospettive dei pazienti, l'aumento della consapevolezza sui comportamenti a rischio, la visione della resistenza come naturale e come energia che può essere usata come motivazione e il sostegno all'autoefficacia [57]. Una revisione sistematica ha valutato 10 studi che coinvolgono l'uso da parte degli operatori sanitari di metodi di formazione riguardo il Colloquio Motivazionale. La durata della formazione variava da 20 minuti a 24 ore, mentre il formato variava da sessioni in presenza a brevi moduli video in aula. I risultati della revisione sono stati generalmente favorevoli, suggerendo che la formazione sul Colloquio Motivazionale



genera un aumento delle conoscenze, delle competenze e dell'uso clinico. Al contrario, pochissimi studi hanno finora esaminato la formazione MI erogata tramite e-learning basato sul web. [58] Lo studio preso in considerazione per la stesura di questa tesi riguarda la progettazione, l'implementazione e la valutazione di una piattaforma di e-learning basata sul web (MOTIV@COEUR) per il Colloquio motivazionale, che comprendeva video di modellazione dei ruoli per gli infermieri nel campo della cura cardiovascolare. Lo scopo dello studio era quello di dimostrare la fattibilità e l'efficacia di una formazione in modalità web per gli infermieri. [59] È stato concepito un progetto di formazione sul Colloquio Motivazionale che coinvolgesse gli studenti infermieri, al fine di ottenere una conoscenza di questa tecnica clinicamente rilevante e congruente al loro percorso di studi.

**Obiettivo dello studio:** L'obiettivo principale di questo studio è quello di valutare l'efficacia e l'efficienza di un intervento formativo sul Colloquio Motivazionale, rivolto a studenti infermieri, svolto in modalità e-learning. Non potendo svolgere l'intervento formativo in presenza a causa delle normative anti Covid-19, gli studenti, all'interno del Laboratorio Relazionale, hanno ricevuto l'intervento su una piattaforma web, in maniera sincrona, quindi alla presenza di un docente. Allo scopo di valutarne l'efficacia è stato somministrato loro un pre-test e, 20 giorni successivi alla formazione, un post-test.

### **3.2 Materiali e metodi**

**Disegno di studio e setting:** Lo studio quasi-sperimentale condotto in questa tesi con lo scopo di dimostrare l'efficacia e l'efficienza di un intervento formativo, si esplica nella somministrazione del trattamento ad un Gruppo sperimentale (GS), ovvero gli studenti del secondo anno del Corso di Infermieristica del polo didattico di Macerata. L'intervento rivolto al GS è stato elargito all'interno del Laboratorio Relazionale, tramite piattaforma e-learning (*Teams*, messa a disposizione dall'UNIVPM) in modalità sincrona, dunque, in presenza di un tutor e di una psicologa, esperta di CM. Il Laboratorio ed i suoi obiettivi sono stati introdotti attraverso una breve presentazione a cui è seguita l'illustrazione del programma del corso. L'intervento formativo è stato preceduto dalla somministrazione di un questionario (*pre – test*) con l'intento di

analizzare le conoscenze di base rispetto alla tecnica del Colloquio Motivazionale. Lo stesso questionario (*post – test*) è stato nuovamente somministrato a 20 giorni dall'intervento formativo. Le valutazioni finali sono state confrontate con le valutazioni del periodo pre-intervento. Per la realizzazione dei questionari è stata utilizzata l'applicazione di Google Moduli, un programma multidimensionale incluso nella suite per ufficio di Google Drive. Ad ogni questionario corrispondeva un link che, inviato agli studenti, permetteva di accedere direttamente alla piattaforma.

***Partecipanti:*** lo studio è rivolto agli studenti del secondo anno del Corso di Laurea in Infermieristica del polo didattico di Macerata (GS), già esistente e precostituito. Nella parte introduttiva i test presentavano una sezione relativa ai dati sociodemografici dei partecipanti, i quali sono stati raccolti e analizzati: sesso, età, nazionalità, scolarità.

***Procedura e valutazioni:*** l'emergenza Covid-19 e la firma del DPCM, Art. 1 Misure urgenti di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale, nel periodo che ha visto l'Italia in pieno lockdown, non ha permesso alle attività didattiche universitarie di poter essere svolte in presenza, ma ove possibile, in modalità a distanza. Utilizzando quindi la piattaforma Teams, messa a disposizione dall'UNIVPM, è stato svolto il Laboratorio Relazionale sul "Colloquio Motivazionale", organizzato da esperti della tecnica: un tutor didattico ed una psicologa. La formazione agli studenti era caratterizzata da lezione teorica, discussioni, video e guida di gruppo con l'esperto di MI. A tutti loro è stato offerto un giorno di formazione all'interno della didattica, con materiale supplementare. Nell'introduzione gli studenti sono stati informati sull'obiettivo e le implicazioni degli interventi. Prima di sottoporre il gruppo all'intervento formativo si è somministrato un questionario con l'intento di analizzare le conoscenze di base rispetto alla tecnica del Colloquio Motivazionale. Lo stesso questionario è stato nuovamente somministrato a 20 giorni dall'intervento formativo. I quesiti posti nel test provengono da uno studio condotto dal Dott. Guillaume Fontaine, ricercatore Canadese della Montreal Heart Institute Research Center, Montréal, QC, Canada in collaborazione con "Faculty of Nursing, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada". [58] Lo studio Canadese era finalizzato ad una valutazione di efficacia e fattibilità di un corso di formazione sul Colloquio Motivazionale rivolta ad infermieri

del reparto di Cardiologia, su piattaforma E-learning. È stato condotto in maniera asincrona, quindi senza la presenza di un docente, su una piattaforma a cui gli infermieri del reparto potevano accedere in maniera libera. Previo consenso da parte dell'autore all'uso dello strumento da essi impiegato, agli studenti sono state sottoposte le medesime domande, sia nel pre che nel post - test. (*Allegato 1*) Al questionario originale, inviato dallo stesso autore in lingua Francese, è stata resa una traduzione non validata. (*Allegato 2*) Il test è composto da 52 items divisi in due sezioni uguali: 26 items per la “Componente Abilità” e 26 items per la “Componente Frequenza” (Tab.1)

1.	Chiedere al paziente di descrivere le sue abitudini in rapporto allo «stile di vita».
2.	Chiedere al paziente il suo bisogno di informazioni in rapporto allo «stile di vita».
3.	Rispondere alle domande del paziente.
4.	Incoraggiare il paziente a porre domande.
5.	Aumentare la percezione degli effetti negativi sullo «stile di vita».
6.	Discutere le inquietudini del paziente in rapporto allo «stile di vita».
7.	Discutere i benefici per la salute per migliorare lo «stile di vita».
8.	Discutere le varie opzioni disponibili per facilitare la riduzione di un fattore di rischio.
9.	Discutere i vantaggi pratici della riduzione di un fattore di rischio in rapporto allo «stile di vita»
10.	Discutere le emozioni associate al cambiamento per lo «stile di vita».
11.	Far emergere i vantaggi personali se si riduce un fattore di rischio.
12.	Valutare la vulnerabilità al cambiamento (sensazioni negative).
13.	Aiutare il paziente ad esprimere la gamma di ragioni per ridurre un fattore di rischio in relazione allo «stile di vita».
14.	Promuovere la consapevolezza dei rischi connessi al mantenimento di un fattore di rischio.
15.	Esaminare le convinzioni che animano il paziente.
16.	Invitare il paziente a descrivere le sue convinzioni sul suo problema di salute e a fornire le informazioni necessarie

17. Discutere una scelta di strategia per promuovere il cambiamento verso un buono «stile di vita».
18. Valutare se il paziente è riuscito in altri cambiamenti di successo.
19. Discutere i benefici che si potrebbero ottenere riducendo i fattori di rischio.
20. Discutere alternative e strategie per risolvere problemi possibili nel processo di cambiamento finalizzato a ridurre un fattore di rischio.
21. Discutere le alternative e le strategie per prevenire una ricaduta.
22. Valutare e suggerire di sollecitare il sostegno che la famiglia e i suoi prossimi possono fornire.
23. Suggerire al paziente che possono esserci ricompense per la riduzione dei fattori di rischio in relazione allo «stile di vita».
24. Rafforzare l'adozione di un nuovo comportamento sano che contribuisca a ridurre un fattore di rischio.
25. Discutere i possibili problemi che il paziente può incontrare con un nuovo «stile di vita».
26. Incoraggiare il paziente a continuare ad impegnarsi per cambiare.

*Tab. 1 Items presenti nei questionari somministrati agli studenti*

Le risposte sono state valutate tramite il metodo della Scala Likert, differenti per le due componenti. La componente abilità prevedeva una risposta alla domanda “Quanto vi sentite a vostro agio nel farlo (abile)?” con un range di valori da 1 (per niente) a 5 (moltissimo). (Tab. 2)

<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Moderatamente</i>	<i>Molto</i>	<i>Moltissimo</i>
1	2	3	4	5

*Tab.2 Valori scala Likert per ogni risposta alla sezione “Componente abilità”.*

La componente frequenza prevedeva una risposta alla domanda “Con quale frequenza lo fate?” con un range di valori da 1 (mai) a 5 (sempre). (Tab.3)

<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Occasionalmente</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>
1	2	3	4	5

*Tab.3 Valori scala Likert per ogni risposta alla sezione “Componente frequenza”.*

### 3.3 Risultati

I risultati dello studio sono stati raccolti sulla base delle domande poste ai partecipanti e suddivisi in:

1. *Caratteristiche dei partecipanti*: dati sociodemografici emersi dal questionario;
2. *Risultati di efficacia dello studio*: analisi statistica svolta sui dati raccolti;
3. *Risultati di soddisfazione* rispetto al livello di gradimento della formazione.

#### 3.3.1 Caratteristiche dei partecipanti

Agli studenti (n = 54) sono state poste, all'interno del questionario, delle domande preliminari per la conoscenza dei loro dati sociodemografici. Dai risultati ottenuti si evince che il 74.1% degli studenti sono di sesso femminile e il 25.9% di sesso maschile. L'età prevalente (92.6%) degli studenti è tra i 20 e i 25 anni. È stato chiesto agli studenti la nazionalità, tra cui il 96.3% è risultata essere quella Italiana, mentre il 3.8% di studenti ha origini non italiane. Il 16.7% di loro possiede già una Laurea Triennale, l'83.3% il Diploma di scuola superiore, nessuno invece una Laurea Magistrale. (Tab.4)

Caratteristiche	Possibili risposte	Media o n. (%)
Sesso	F	40 (74.1%)
	M	14 (25.9%)
Età	20-25	50 (92.6%)
	25-30	3 (5.6%)
	>30	1 (1.9%)
Nazionalità	Italiana	52 (96.3%)
	Altro	2 (3.8%)
Scolarità	Diploma di scuola superiore	45 (83.3%)
	Laurea Triennale	9 (16.7%)
	Laurea Magistrale	0 (0.0%)

Tab. 4 Dati sociodemografici degli studenti partecipanti.

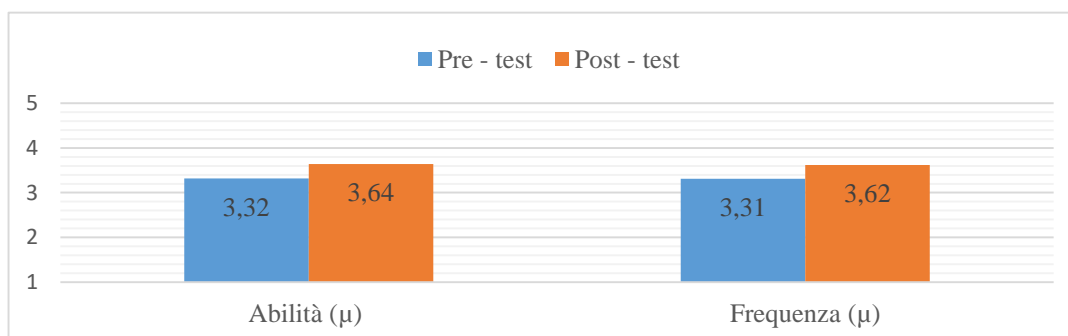
### 3.3.2 Risultati di efficacia dello studio

L'analisi statistica è stata condotta in termini di statistica descrittiva e test di significatività statistica. Le statistiche descrittive sono state presentate come media ( $\mu$ ) e deviazione standard (SD). I risultati dei questionari rivelano un punteggio medio nel pre – test di  $\mu=3,31$  (SD = 0.192) e nel post – test di  $\mu=3,63$  (SD = 0.148). È dimostrata, quindi, una differenza tra i due questionari che indica un cambiamento basato su prove di successo. (Tab.7)

	Pre – test	Post – test	Differenza
Numero campione(N)	52	52	52
Media	3.31	3.63	-0,33
Mediana	3.30	3.62	-0,35
Deviazione Standard (SD)	0.192	0.148	0.132

Tab. 7 Statistica descrittiva di pre – test, post – test e della loro differenza.

All'interno del questionario erano presenti due diverse sezioni: la componente *Abilità* (n = 26) e la componente *Frequenza* (n = 26). Per ciascun quesito sono stati calcolati la rispettiva media e deviazione standard, sia del pre che del post-test. (Allegato 4) I punteggi medi del pre – test nella componente abilità, in un range da 0 a 5, sono stati  $\mu=3,32$  (SD = 0.19), nella componente frequenza, in un range da 0 a 5 è stato  $\mu=3,31$  (SD = 0.20). Il punteggio medio del post – test, nella componente abilità (n = 26) era  $\mu=3,64$  (SD = 0.14), mentre nella componente frequenza era  $\mu=3,62$  (SD = 0.15). I punteggi medi del post – test, tuttavia, hanno rivelato, in entrambe le componenti, un aumento nella conoscenza generale degli studenti. (Tab.8)



Tab. 8 Confronto dei punteggi medi ottenuti per le due componenti di entrambi i test.

Il test di significatività statistica per il confronto delle medie tra i due campioni è stato il Test *t* di Student per campioni accoppiati, con livello di significatività ( $\alpha$ ) 0,05 a due code. Il calcolo del *P* value <.001 rappresenta una forte significatività statistica di tale studio. Abbiamo verificato le ipotesi di base, come la distribuzione normale, prima dell'analisi. (Tab. 9) L'analisi statistica è stata eseguita usufruendo del software statistico JAMOVI versione 1.6.3.0 [60]

		<b>statistic</b>	<b>df</b>	<b><i>P</i></b>	<b><math>\mu</math> differenza</b>	<b>SD differenza</b>	<b>IC 95%</b>
Pre-test	Student's t	-18,3	51	<.001	-0,328	0,0176	-0.356;-0.286
Post-test							

Statistic = risultato test *t* di Student

df = gradi di libertà

*P* = p value

SD = deviazione standard

IC = intervallo di confidenza

*Tab. 9 Analisi statistica con risultati del test di significatività.*

### 3.3.3 Risultati di soddisfazione

Al termine del laboratorio agli studenti è stato inviato un questionario di gradimento al fine di valutare il grado di soddisfazione dei partecipanti. (*Allegato 3*) Alla base di tale questionario vi è la scelta di comprendere non tanto quanto gli studenti avessero appreso a livello tecnico/teorico, ma come la qualità del corso di formazione fosse stata da loro giudicata. Si è richiesto ai partecipanti di esprimere il proprio grado di soddisfazione sul corso, con particolare attenzione agli aspetti di: *utilità percepita, interesse e partecipazione, didattica* (docenza, tutoraggio), *materiale didattico, organizzazione e servizi*. I dati sono stati raccolti tramite l'utilizzo della Scala Likert con un range di valori da 1 (non soddisfacente) a 4 (molto soddisfacente). (Tab.5)

<i>Non soddisfacente</i>	<i>Poco soddisfacente</i>	<i>Soddisfacente</i>	<i>Molto soddisfacente</i>
1	2	3	4

*Tab. 5 Scala Likert con range di punteggio 1 – 4 del questionario di gradimento finale.*

Gli studenti che hanno risposto al questionario di gradimento sono stati 46; il punteggio medio ottenuto è  $\mu = 3,20$  (SD 0.19), quindi particolarmente soddisfacente. (Tab.6)

	<b>N.ro items</b>	<b>Possibili range</b>	<b>Punteggi medi (SD)</b>
Utilità	5	1 – 4	3,15 (0.60)
Interesse e partecipazione	2	1 – 4	2,97 (0.60)
Didattica			
- <i>Docente</i>	8	1 – 4	3,18 (0.63)
- <i>Tutor</i>	5	1 – 4	3,75 (0.63)
Materiale didattico	5	1 – 4	3,06 (0.63)
Verifiche intermedia e finale	2	1 – 4	3,12 (0.71)
Organizzazione e servizi	1	1 – 4	3,39 (0.61)

*Tab. 6 Risultati sul questionario di gradimento rivolto agli studenti. (n = 46).*

### 3.4 Discussione

Questo studio ha riguardato la progettazione, la somministrazione e la valutazione di un intervento di formazione rivolto ad una classe di studenti del Corso di Laurea in Infermieristica riguardo il Colloquio Motivazionale. Impossibilitati a causa delle disposizioni anti Covid-19 per la formazione, svoltasi in modalità e-learning, ci si è avvalsi dell'utilizzo di video di sensibilizzazione, spiegazioni tecniche e questionari. È stata dimostrata la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia dell'intervento, in quanto il test post formazione ha ottenuto risultati migliori in ogni sua sezione, rispetto a quelli ottenuti nel pre – test. L'elevata significatività statistica ottenuta con il calcolo del *P* value conferma l'efficacia dello studio. Il risultato delle medie ottenute e del *P* value (<.001) riflettono con evidenza il feedback positivo ricevuto dai partecipanti. Mentre lo studio preso in considerazione ha esaminato la valutazione di una piattaforma e-learning basata sul Web asincrona per il CM da parte degli infermieri [61], questo studio ha dimostrato l'efficacia di una formazione sul Colloquio Motivazionale svolta



su piattaforma e-learning in modalità sincrona, rivolta a studenti. Il grande coinvolgimento dei partecipanti riflette l'applicabilità di tale intervento formativo. La formazione e-learning, tramite la piattaforma Teams, è progredita molto bene senza significative difficoltà tecniche. I partecipanti non hanno avuto difficoltà nell'utilizzo della piattaforma proposta ed hanno potuto usufruire sia del materiale che della presenza del personale docente a loro disposizione. La presenza del Tutor e della Psicologa ha dato loro l'opportunità di confronti e dialoghi aperti. Inoltre non è stata riscontrata difficoltà nello svolgimento dei test, creati tramite la piattaforma di Google Moduli. Per quanto riguarda le implicazioni cliniche dello studio, i risultati sono stati incoraggianti e hanno dimostrato che gli studenti si sono detti soddisfatti e disposti ad ottenere un intervento formativo sul Colloquio Motivazionale. Nonostante gli studenti abbiano giudicato soddisfacente la formazione "a distanza", è stata da loro informalmente esplicitata la perplessità della modalità svolta, richiedendo di svolgere l'intervento con un metodo didattico in presenza, per ridurre la "distanza" tecnologica ed aumentare ancor di più l'efficacia stessa della formazione.

### **3.4.1 Limiti**

Un limite riscontrato dall'analisi dei dati, è l'esiguo spazio temporale tra la compilazione del pre e del post – test (20 giorni in questo studio). Al fine di rendere il risultato dell'indagine sull'apprendimento della tecnica ancor più coerente e prossimo alla realtà, il questionario post – formazione potrebbe essere somministrato agli studenti dopo un periodo di minimo 30 giorni di tirocinio clinico. Potrebbe essere utile fornire agli studenti un tempo maggiore per consentire di sperimentare la tecnica nel contesto di apprendimento pratico.

Altro limite riconosciuto per questo studio quasi sperimentale è stata l'assenza di un Gruppo di controllo (GC), possibilmente equivalente al Gruppo sperimentale. Si potrebbero implementare ulteriormente i risultati analizzando anche un'altra classe di studenti dello stesso anno di corso appartenenti ad un polo diverso. Dal confronto dei risultati post formazione tra i due gruppi potrebbe risultare una maggior differenza e quindi efficacia della formazione.

## **CONCLUSIONI**

Sarebbe auspicabile che il passo successivo a questo progetto sia ottimizzare la struttura e il contenuto della formazione. Considerato che il lavoro svolto ha avuto un riscontro significativo, sarebbero necessarie ulteriori esperienze e studi sia per consolidare il dato ottenuto rispetto alla formazione su piattaforma e-learning, sia per confrontare quest'ultima con la modalità di formazione in presenza. Ripetere l'esperienza sia su piattaforma e-learning che in presenza e successivamente compararle, consentirebbe di poterla ritenere significativa. Da questo studio potrebbero trarne beneficio anche altri poli didattici del Corso di Laurea in Infermieristica, al fine di rafforzare ulteriormente la validità del risultato.

Nell'iter formativo universitario è importante porre l'accento sulla "relazione", poiché l'infermiere in quanto professionista sanitario, deve eccellere non solo nella tecnica e nelle conoscenze, ma anche nel giusto approccio al paziente.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

[1] Peplau, H.E. (1952/1991). *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychoanalytic nursing*. New York: Putnam.

[2] Forchuk, C. & Dorsay, J. P. (1995). Hildegard Peplau meets family systems nursing: innovation in theory-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 110–115.

[3] Di Santo, S. (2016). Hildegard Peplau e la teoria correlata all'interazione. *Nurse24.it* Disponibile in: <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/hildegard-peplau.html>

[4] Vignati, R. (2017). *Lo sguardo sulla persona. Psicologia delle relazioni umane*. (2a edizione) Padova: Libreriauniversitaria.it.

[5] Fiore, F. (2019). Carl Rogers, la psicologia umanistica e la terapia centrata sul cliente – Introduzione alla Psicologia. *State of Mind: il giornale delle scienze psicologiche*. Disponibile in: <https://www.stateofmind.it/2019/09/carl-rogers-terapia/>

[6] Hallett, C.E. (1997). The helping relationship in the community setting: the relevance of Rogerian theory to the supervision of Project 2000 students. *International Journal of Nursing Studies*. 34(6), 415–419.

[7] Rogers, R.C. (1958), The characteristics of a helping relationship. *The Personnel and Guidance Journal*. 37(1), 6–16.

[8] Ditadi, A. & Bonso, O. (2017). *Manuale di pratica della relazione nell'assistenza infermieristica*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

[9] Redigolo, D., Kaldor, K. & Magrini, I.R. (1995). *Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto*. Firenze: Rosini Editrice.

[10] Farina, L., Malinconico, M. & Rispo, A. (2005). La comunicazione quale tramite per una assistenza infermieristica personalizzata; un diritto del malato un dovere dell'infermiere: aspetti filosofici, metodologici, applicativi. *AICO. Organo ufficiale dell'associazione italiana infermieri di camera operatoria*. 17(3):253–281.

[11] Gasparetti, P. (2011) Nursing e counselling. *SIAN – Società Infermieri Area Nefrologica*. Disponibile in: [https://www.sian-italia.it/index.php?option=com\\_content&view=category&id=17&Itemid=101&limitstart=140](https://www.sian-italia.it/index.php?option=com_content&view=category&id=17&Itemid=101&limitstart=140)

[12] Redaelli, M. (2017) Il privilegio essere autentici. *Il sentiero della salute*. Disponibile in: <http://sentierodellasalute.com/2017/01/19/il-privilegio-di-essere-autentici/>

[13] Iacuaniello, F., Di Santo, S., Palladini, D., Caputo, P. (2018). Quella fiducia tra infermiere e paziente che dobbiamo custodire. *Nurse24.it*. Disponibile in: <https://www.nurse24.it/infermiere/testimonianze-infermieri/quella-fiducia-tra-infermiere-e-paziente-che-dobbiamo-custodire>.

[html#:~:text=L'atto%20di%20fiducia%20pu%C3%B2,credito%2C%20anticipando%20un%20bene%20possibile](#)

[14] *Il Codice Deontologico degli Infermieri del Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN)*. International Council of Nurses, Ginevra, 2012. Punto 1: Gli infermieri e le persone. p. 3

[15] MacKay, R., Hughes, J. & Carver, E. (1990). *Empathy in the Helping Relationship*. New York: Springer Publishing Co.

[16] Reynolds, W. J. & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 363–370.

[17] Kirk, T. W. (2007). Beyond empathy: clinical intimacy in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 8(4), 233–243.

[18] *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale. (1995) Disponibile in: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_1870\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1870_allegato.pdf)

[19] Hall, P., O'Reilly, J., Dojeiji, S., Blair, R., & Harley, A. (2009). From Cure to Care: Assessing the Ethical and Professional Learning Needs of Medical Learners in a Care-Based Facility. *Gerontology & Geriatrics Education*, 30(4), 351-366.

[20] Istituto della Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani. Disponibile in: <https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/ASSISTENZA/>

[21] Morsello, B., Cilona, C., & Misale, F. (2017). *Medicina Narrativa. Temi, Esperienze e Riflessioni*. Roma: Roma Tre-Press.

[22] Rocha, E.N. & Lucena, A.F. (2018) Single Therapeutic Project and Nursing Process from an interdisciplinary care perspective. *Revista Gaúcha Enferm.* 39:e2017-0057.

[23] Di Santo, S. (2016). Il Codice deontologico dell'infermiere. *Nurse24.it*. Disponibile in: <https://www.nurse24.it/infermiere/codice-deontologico-infermiere.html>

[24] Stievano, A., & Tschudin, V. (2019). The ICN code of ethics for nurses: a time for revision. *International Nursing Review*, 66(2), 154–156.

[25] FNOPI, Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. (2019). *Codice deontologico delle professioni infermieristiche*. Roma: FNOPI.

[26] Uhrenfeldt, L., Sørensen, E. E., Bahnsen, I. B., & Pedersen, P. U. (2018). The centrality of the nurse-patient relationship: A Scandinavian perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15-16), 3197–3204.

- [27] Granados Gámez, G. (2009). The Nurse-Patient Relationship as a Caring Relationship. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 126–127.
- [28] Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What Is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 23, 325-334.
- [29] Festinger, L. (1957) *A Theory of cognitive dissonance*. California: Stanford University Press. (tr. it. Teoria della dissonanza cognitiva, Milano, Angeli, 1973).
- [30] Guelfi, G. P., Quercia, V., Scamperle, A. & Zavan, V. (2014). *Il colloquio motivazionale nell'ambivalenza dei cambiamenti*. *Animazione Sociale* 284,2014, 39-83.
- [31] Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*. Vo. 84: 191-215.
- [32] Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Velicer, W. F. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*. 10(4), 395–406
- [33] Youtube (2019, Dicembre 17) I processi del CM: Focalizzare. [File video] tratto da: <https://www.youtube.com/watch?v=eI6lJyLKHbU>
- [34] Shinitzky, H. E., & Kub, J. (2001). The art of Motivating Behavior Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health. *Public Health Nursing*. 18(3), 178–185.
- [35] Ragazzoni, P., Di Pilato, M., Longo, R., Scarponi, S. & Tortone, C., (2014) *Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni. Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska*. (3a edizione) Torino: Regione Piemonte - ASS alla tutela della Salute e della Sanità. Quaderni del Centro regionale di Cocumentazione per la Promozione della Salute. II edizione 2014. Disponibile in: [https://www.dors.it/alleg/0200/ragazzoni\\_quaderno.pdf](https://www.dors.it/alleg/0200/ragazzoni_quaderno.pdf)
- [36] Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48.
- [37] Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C.C. (1995). *Changing for good*. New York, NY: Avon Books.
- [38] Prochaska, J.O., Norcross J.C. & DiClemente, C.C. (2005). *Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. Reprint Edition
- [39] Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: helping people forchange*. New York. Guildford Press
- [40] Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). *What Is Motivational Interviewing?* *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23, 325-334.

- [41] Youtube (2019, Gennaio 7). Collaborazione con il cliente. [File video]. Tratto da: <https://www.youtube.com/watch?v=NJXgkJvQ-Zs>
- [42] Youtube (2019, Febbraio 25 ) Accettazione del cliente. [File video]. Tratto da: <https://www.youtube.com/watch?v=6xwEAXnkquQ>
- [43] Youtube (2019, Marzo 7) Evocazione. [File video]. Tratto da: [https://www.youtube.com/watch?v=JZo8\\_18ngtI](https://www.youtube.com/watch?v=JZo8_18ngtI)
- [44] Youtube (2019, Marzo 14) Compassion-predisposizione all'aiuto. [File video] Tratto da: <https://www.youtube.com/watch?v=f04JXK2SUFY&t=1s>
- [45] Youtube (2019, Marzo 22) I 4 processi del colloquio motivazionale: Stabilire una relazione. [File video]. Tratto da: <https://www.youtube.com/watch?v=1X8pZxWxebU>
- [46] Miller, W.R., Rollnick, S., Guelfi, G.P. (a cura di), Passudetti, C. (a cura di), Quercia, V. (a cura di) & Leoni, M. (traduttore) (2004). *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*. Erikson
- [47] Miller, W.R. & Rollnick, S. (2014) *Il Colloquio Motivazionale*. Erickson, (3a edizione).
- [48] Emmons, K.M. & Rollnick, S. (2001) Motivational Interviewing in health care: settings, opportunities and limitations. *American Journal of Preventative Medicine*, 20, 68-74.
- [49] Resnicow, K., DiIorio, C., Soet, J. E., Borrelli, B., Hecht, J., & Ernst, D. (2002). Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. *Health Psychology*, 21(5), 444–451.
- [50] Institute for Healthcare Communication. (2011). *Impact of communication in healthcare*. Disponibile in: <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>
- [51] Pyle, J. J. (2015). A Motivational Interviewing education intervention for home healthcare nurses. *Home Healthcare Now*, 33(2), 79–83.
- [52] Mallisham, S. L., & Sherrod, B. (2016). The Spirit and Intent of Motivational Interviewing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(4), 226–233.
- [53] Garrapa, G.G.M., Tangerini, G., Frausini, G., Landini, E., Lizzadro, F., Lucarelli, G et al.(2015). Approccio integrato educativo e cognitivo-comportamentale in un gruppo di pazienti diabetici: effetto sul compenso metabolico e sul benessere psicologico. *Il Giornale di AMD*, 18:177-182.
- [54] Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183.

- [55] Strecher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. *Baum Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1997:113-116.
- [56] Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen B. (2005) Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*. 55:305–312
- [57] Miller, W.R., Rose, R., Gary, S. (2009) *Toward a theory of motivational interviewing*. *Am Psychol*. 64: 527–37.
- [58] Soderlund, L., Madson, M., Rubak, S., Nilsen, P. (2011) A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Educ Couns* 84(1):16-26.
- [59] Fontaine, G., Cossette, S., Heppell, S., Boyer, L., Mailhot, T. Simard, M.J. & Tanguay, J.F. (2016) Evaluation of a Web-Based E-Learning Platform for Brief Motivational Interviewing by Nurses in Cardiovascular Care: A Pilot Study. *Journal of Medical Internet Research*. 18(8):e224
- [60] The jamovi project (2020). jamovi. (Version 1.2) [Computer Software]. Disponibile in: <https://www.jamovi.org>

# ALLEGATI

## Allegato 1.

### Questionnaire sur les habiletés perçues en entretien motivationnel et la fréquence des interventions motivationnelles dans la pratique.

#### Introduction:

Les énoncés suivants représentent des façons de faire et d'être dans votre pratique clinique de même que des interventions motivationnelles face aux facteurs de risque cardiovasculaires. Les facteurs de risque les plus courants sont le tabagisme, la non-adhésion au traitement médicamenteux, la sédentarité et une alimentation riche en gras et en sel. Nous vous demandons d'évaluer en premier lieu à quel point vous vous sentez habile – ou à l'aise – à effectuer ces interventions. En second lieu, nous vous demandons d'évaluer à quelle fréquence vous effectuez ces interventions dans votre pratique courante, en général depuis les deux dernières semaines. Ceci ne vise pas à vérifier vos connaissances : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous pensez face à chaque énoncé. Il est très important de répondre à tous les énoncés concernant chacun des deux volets, soit les habiletés et la fréquence face aux interventions motivationnelles.

Légende pour l'habileté perçue:

<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyennement</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Légende pour fréquence:

<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>De temps à autre</i>	<i>Souvent</i>	<i>Toujours</i>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Interventions</b>	<b>À quel point vous sentez-vous à l'aise de le faire (habile) ?</b>	<b>À quelle fréquence le faites-vous ?</b>
1. Demander au patient de <b>décrire ses habitudes</b> par rapport à un facteur de risque cardiovasculaire.	<b>1 2 3 4 5</b>	<b>1 2 3 4 5</b>



2. Demander au patient <b>son besoin d'information</b> par rapport à un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3. Répondre aux <b>questions</b> du patient.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4. Encourager le patient à <b>poser des questions</b> .	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5. Augmenter les <b>perceptions des effets néfastes</b> pour la santé d'un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6. Discuter des <b>inquiétudes</b> du patient par rapport à un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7. Discuter des <b>bénéfices pour la santé</b> à diminuer un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8. Discuter des <b>différentes possibilités</b> qui s'offrent pour faciliter la réduction d'un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9. Discuter des <b>avantages pratiques</b> de la réduction d'un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10. Discuter des <b>émotions liées au changement</b> pour la réduction d'un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11. Faire ressortir les <b>avantages personnels</b> à la réduction d'un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12. Évaluer la <b>vulnérabilité au changement</b> (les sensations négatives par rapport à un facteur de risque cardiovasculaire).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13. Aider le patient à exprimer l'éventail des <b>raisons en faveur</b> de la réduction d'un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14. Favoriser la prise en compte des <b>risques encourus</b> à conserver un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

15. Faire un retour sur les <b>convictions</b> qui animent le patient.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16. Inviter le patient à <b>décrire ses croyances</b> par rapport à son problème de santé et donner de l'information au besoin.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17. Discuter un <b>choix de stratégie</b> pour favoriser le changement face à un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18. Évaluer si le patient a <b>réussi d'autres changements</b> face aux facteurs de risque cardiovasculaires.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
19. Discuter des <b>bénéfices</b> de réduire un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20. Discuter des <b>alternatives et des stratégies</b> pour les éventuels <b>problèmes</b> dans le processus de changement pour diminuer un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
21. Discuter des <b>alternatives et des stratégies</b> pour prévenir une <b>rechute</b> .	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
22. Évaluer et suggérer de solliciter le <b>soutien que sa famille</b> et ses proches peuvent lui fournir.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
23. Suggérer au patient qu'il pourra s'offrir des <b>récompenses</b> quand il aura diminué un ou des facteurs de risque cardiovasculaires.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
24. Renforcer l'adoption <b>d'un nouveau comportement</b> sain qui contribuera à réduire un facteur de risque cardiovasculaire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
25. Discuter des <b>éventuels problèmes</b> auxquels le patient risque de faire face à une nouvelle habitude de vie.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
26. L' <b>encourager</b> à poursuivre dans ses efforts de changement.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

## Allegato 2.

### Questionario sulle capacità motivazionali percepite e sulla frequenza degli interventi motivazionali nella pratica.

#### Introduzione:

Le seguenti affermazioni sono riferite a comportamenti da voi adottati durante la vostra esperienza di tirocinio riguardo alla relazione con il paziente, nonché l'uso di interventi motivazionali per correggere i comportamenti che impattano sullo stile di vita. I fattori di rischio più comuni sono il fumo, la non aderenza alla terapia farmacologica, l'inattività fisica e una dieta ricca di grassi e sale.

Vi chiediamo di valutare prima di tutto quanto vi sentite abili - o a vostro agio – ad effettuare questi interventi. In secondo luogo, vi chiediamo di valutare con quale frequenza eseguite queste procedure nella vostra pratica quotidiana. Questo test non ha lo scopo di mettere alla prova le vostre conoscenze: non ci sono risposte giuste o sbagliate.

Barrare la casella che meglio corrisponde a ciò che pensate di ogni affermazione. È molto importante rispondere a tutte le affermazioni per ognuna delle due componenti, le abilità e la frequenza degli interventi motivazionali.

Legenda per abilità percepita:

<i>Per niente</i>	<i>Poco</i>	<i>Moderatamente</i>	<i>Molto</i>	<i>Moltissimo</i>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Legenda per frequenza:

<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Occasionalmente</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Interventi</b>	<b>Quanto vi sentite a vostro agio nel farlo (abile)?</b>	<b>Con quale frequenza lo fate?</b>
1. Chiedere al paziente di <b>descrivere le sue abitudini</b> in rapporto allo «stile di vita».	<b>1 2 3 4 5</b>	<b>1 2 3 4 5</b>
2. Chiedere al paziente <b>il suo bisogno di informazioni</b> in rapporto allo «stile di vita».	<b>1 2 3 4 5</b>	<b>1 2 3 4 5</b>

3.Rispondere alle <b>domande</b> del paziente.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.Incoraggiare il paziente a <b>porre domande</b> .	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5.Aumentare la <b>percezione degli effetti negativi</b> sullo «stile di vita».	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6. Discutere le <b>inquietudini</b> del paziente in rapporto allo «stile di vita».	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7.Discutere i <b>benefici per la salute</b> per migliorare lo «stile di vita».	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8.Discutere le varie opzioni disponibili <b>per facilitare la riduzione</b> di un fattore di rischio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9.Discutere i <b>vantaggi pratici</b> della riduzione di un fattore di rischio in rapporto allo «stile di vita».	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10.Discutere le <b>emozioni associate al cambiamento</b> per lo «stile di vita».	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11.Far emergere i <b>vantaggi personali</b> se si riduce un fattore di rischio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12.Valutare la <b>vulnerabilità al cambiamento</b> (sensazioni negative).	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
13.Aiutare il paziente ad esprimere la gamma di <b>ragioni per ridurre</b> un fattore di rischio in relazione allo «stile di vita».	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
14.Promuovere la consapevolezza dei <b>rischi connessi</b> al mantenimento di un fattore di rischio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
15.Esaminare le <b>convinzioni</b> che animano il paziente.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
16.Invitare il paziente a <b>descrivere le sue convinzioni</b> sul suo problema di salute e a fornire le informazioni necessarie	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
17.Discutere una <b>scelta di strategia</b> per promuovere il cambiamento verso un buono «stile di vita».	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
18.Valutare se il paziente è riuscito in <b>altri cambiamenti di successo</b> .	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

19.Discutere i <b>benefici</b> che si potrebbero ottenere riducendo i fattori di rischio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
20.Discutere alternative e strategie per risolvere problemi possibili nel processo di cambiamento finalizzato a ridurre un fattore di rischio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
21.Discutere le <b>alternative e le strategie</b> per prevenire una <b>ricaduta</b> .	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
22.Valutare e suggerire di sollecitare il <b>sostegno che la famiglia</b> e i suoi prossimi possono fornire.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
23.Suggerire al paziente che possono esserci <b>ricompense</b> per la riduzione dei fattori di rischio in relazione allo «stile di vita».	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
24.Rafforzare l'adozione di un <b>nuovo comportamento</b> sano che contribuisca a ridurre un fattore di rischio.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
25.Discutere i <b>possibili problemi</b> che il paziente può incontrare con un nuovo «stile di vita».	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
26. <b>Incoraggiare</b> il paziente a continuare ad impegnarsi per cambiare.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

## **Allegato 3.**

### **Rilevazione del gradimento finale**

Il presente questionario è compilato a cura di ciascuno studente e intende rilevare il grado di soddisfazione dei partecipanti al termine del Laboratorio relazione al quale hanno preso parte. Attraverso il questionario si richiede ai partecipanti di esprimere il proprio grado di soddisfazione sul corso, con particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- utilità percepita, interesse e partecipazione
- didattica: docenza, tutoraggio e materiale didattico
- organizzazione e servizi

I dati raccolti verranno trattati in forma aggregata ed anonima e saranno oggetto di uno studio atto a valutare, all' interno del Laboratorio Relazionale, il grado di apprendimento riguardo alla tecnica del Colloquio Motivazionale in studenti del Corso di laurea in Infermieristica.

Si prega di esprimere una valutazione secondo la seguente scala:

1. Non soddisfacente
2. Poco soddisfacente
3. Soddisfacente
4. Molto soddisfacente

<b>Utilità</b>
1. Congruenza dei contenuti del corso rispetto agli obiettivi enunciati.
2. Rispondenza dei contenuti formativi rispetto alle aspettative iniziali.
3. Rispondenza dei contenuti formativi rispetto agli interessi professionali.
4. Applicabilità degli argomenti trattati nell'ambito del tirocinio clinico.
5. Rispondenza dei contenuti formativi rispetto ai bisogni formativi.
<b>Interesse e partecipazione</b>
6. Come giudica il suo grado di coinvolgimento (interesse ai contenuti, propensione ad intervenire durante la lezione, ecc.) per la durata del corso?
7. Come giudica il grado di coinvolgimento (interesse ai contenuti, propensione ad intervenire durante la lezione, ecc.) degli altri partecipanti per la durata del corso?
<b>Didattica</b>
8. Stile di conduzione da parte del/i docente/i.
9. Gestione del tempo rispetto all'esposizione.
10. Spazio per domande/interventi.

<p>11. Padronanza dei contenuti e chiarezza espositiva.</p> <p>12. Gestione dell'aula virtuale capacità comunicative e relazionali con singoli e gruppi.</p> <p>13. Organicità e sequenzialità nella presentazione degli argomenti.</p> <p>14. Capacità di coordinamento con gli altri docenti/relatori.</p> <p>15. Capacità di coordinamento con il/i tutor.</p>
<b>Tutor</b>
<p>16. Chiarezza espositiva (se intervenuto) e capacità di rispondere alle domande di chiarimento.</p> <p>17. Conoscenza dei contenuti.</p> <p>18. Capacità di coordinamento con il/i docente/i.</p> <p>19. Capacità comunicativa e capacità di stimolare l'attenzione e la riflessione personale.</p> <p>20. Uso degli strumenti tecnici.</p>
<b>Materiale didattico</b>
<p>21. Come giudica la quantità del materiale didattico distribuito?</p> <p>22. Come giudica la qualità del materiale didattico distribuito?</p> <p>23. Completezza e facilità di utilizzo dei materiali a supporto della didattica.</p> <p>24. Utilità dei materiali didattici nello studio e nel lavoro.</p> <p>25. Come giudica gli strumenti tecnici (Pc, piattaforma Teams) utilizzati?</p>
<b>Verifiche intermedia e finale</b>
<p>26. Adeguatezza delle verifiche proposte durante l'intervento (per quantità e difficoltà) rispetto agli obiettivi dichiarati.</p> <p>27. Adeguatezza della verifica finale rispetto ai contenuti del corso.</p>
<b>Organizzazione e servizi</b>
<p>28. Facilità di accesso alla piattaforma in cui si è svolta la formazione.</p>

## Allegato 4.

### Statistica descrittiva dei risultati ottenuti.

<b>N.ro items</b>	<b>Possibili range</b>	<b>Punteggio medio (SD) Pre-test</b>	<b>Punteggio medio (SD) Post- test</b>
<b>Componente «Abilità»</b>	26–130	86,28 (16.04)	94,75 (13.26)
<b>1.</b>	0 – 5	3,31 (0.70)	3,70 (0.77)
<b>2.</b>	0 – 5	3,20 (0.88)	3,76 (0.80)
<b>3.</b>	0 – 5	3,77 (0.92)	4,04 (0.80)
<b>4.</b>	0 – 5	3,48 (0.86)	3,91 (0.90)
<b>5.</b>	0 – 5	3,13 (0.75)	3,65 (0.93)
<b>6.</b>	0 – 5	3,13 (0.95)	3,52 (0.93)
<b>7.</b>	0 – 5	3,54 (0.82)	3,74 (0.87)
<b>8.</b>	0 – 5	3,28 (0.86)	3,65 (0.89)
<b>9.</b>	0 – 5	3,22 (0.90)	3,63 (0.88)
<b>10.</b>	0 – 5	3,33 (0.93)	3,80 (0.96)
<b>11.</b>	0 – 5	3,43 (1.00)	3,76 (0.97)
<b>12.</b>	0 – 5	3,31 (0.86)	3,48 (0.77)
<b>13.</b>	0 – 5	3,02 (0.86)	3,52 (0.86)
<b>14.</b>	0 – 5	3,19 (0.85)	3,56 (0.77)
<b>15.</b>	0 – 5	3,20 (0.90)	3,59 (0.77)
<b>16.</b>	0 – 5	3,35 (0.80)	3,57 (0.94)



<b>17.</b>	0 – 5	3,26 (0.85)	3,50 (0.84)
<b>18.</b>	0 – 5	3,37 (0.90)	3,57 (0.81)
<b>19.</b>	0 – 5	3,46 (0.86)	3,57 (0.81)
<b>20.</b>	0 – 5	3,11 (0.74)	3,44 (0.82)
<b>21.</b>	0 – 5	3,09 (0.85)	3,44 (0.84)
<b>22.</b>	0 – 5	3,30 (0.82)	3,72 (0.94)
<b>23.</b>	0 – 5	3,39 (0.74)	3,65 (0.85)
<b>24.</b>	0 – 5	3,35 (0.76)	3,61 (0.79)
<b>25.</b>	0 – 5	3,26 (0.89)	3,61 (0.92)
<b>26.</b>	0 – 5	3,80 (0.86)	3,76 (0.91)
<b>Componente «Frequenza»</b>	26-130	85,95 (17.19)	94,18 (14.03)
<b>1.</b>	0 – 5	3,30 (0.84)	3,54 (0.84)
<b>2.</b>	0 – 5	3,22 (0.92)	3,48 (0.95)
<b>3.</b>	0 – 5	3,91 (0.94)	4,15 (0.86)
<b>4.</b>	0 – 5	3,48 (0.97)	3,74 (1.03)
<b>5.</b>	0 – 5	3,13 (0.83)	3,57 (0.92)
<b>6.</b>	0 – 5	3,19 (0.89)	3,65 (0.95)
<b>7.</b>	0 – 5	3,44 (0.82)	3,65 (0.93)
<b>8.</b>	0 – 5	3,20 (0.74)	3,65 (0.91)
<b>9.</b>	0 – 5	3,31 (0.77)	3,67 (0.89)
<b>10.</b>	0 – 5	3,28 (0.81)	3,59 (0.94)
<b>11.</b>	0 – 5	3,33 (0.73)	3,69 (0.89)

---

<b>12.</b>	0 – 5	3,15 (0.88)	3,48 (0.95)
<b>13.</b>	0 – 5	3,09 (0.81)	3,22 (0.96)
<b>14.</b>	0 – 5	3,30 (0.77)	3,54 (0.86)
<b>15.</b>	0 – 5	3,28 (0.90)	3,63 (0.88)
<b>16.</b>	0 – 5	3,37 (0.78)	3,69 (0.89)
<b>17.</b>	0 – 5	3,15 (0.83)	3,57 (0.88)
<b>18.</b>	0 – 5	3,30 (0.92)	3,57 (0.84)
<b>19.</b>	0 – 5	3,39 (0.88)	3,59 (0.90)
<b>20.</b>	0 – 5	3,06 (0.88)	3,52 (0.82)
<b>21.</b>	0 – 5	3,20 (0.96)	3,59 (0.94)
<b>22.</b>	0 – 5	3,30 (0.84)	3,67 (0.97)
<b>23.</b>	0 – 5	3,17 (0.84)	3,54 (0.91)
<b>24.</b>	0 – 5	3,35 (0.89)	3,76 (0.82)
<b>25.</b>	0 – 5	3,20 (0.96)	3,65 (0.89)
<b>26.</b>	0 – 5	3,87 (0.78)	3,80 (0.79)

---

## **Ringraziamenti**

Grazie.

Alla mia famiglia, per avermi sempre supportata e sopportata in questo percorso. Perché mi ha incoraggiato nei momenti di sconforto, ripreso nei momenti di caduta e gioito insieme a me nelle piccole soddisfazioni. A voi dedico questo mio traguardo.

A Giulia, amica dell'anima, per avermi insegnato nel corso di tutti questi anni la bellezza della condivisione, il coraggio di affrontare gli ostacoli ed il valore profondo della gratuità.

Alle mie amiche, per avermi fatto sempre sentire un caro e sincero appoggio e per aver condiviso con me tanti bei momenti memorabili. Ai nuovi legami, a quelli riscoperti e a quelli rafforzati, niente succede per caso. Grazie perché avete contribuito in questi anni ad essere quella che sono oggi.

A tutti i colleghi infermieri che ho incontrato in questi anni di tirocinio, perché, nonostante i turni estenuanti, i piccoli errori e le corse in reparto, sono stati un grande esempio ed hanno sempre trovato un momento per me, insegnandomi prima che a “fare” ad “essere” infermiera.

A tutti i pazienti che ho avuto l'onore di conoscere, per avermi insegnato ad amare la vita. È grazie alla loro storia, alla loro forza e alle loro parole che sono fiera di aver intrapreso questo percorso di studi.

È doveroso, in conclusione, porgere i ringraziamenti alla mia relatrice, la Prof. Stefania Liberati, e alla Dott.ssa Pamela Accaramboni, per aver contribuito alla realizzazione di questo lavoro e per aver creduto in me sin dall'inizio, contribuendo alla mia crescita personale e professionale.