

FORMAZIONE FORMATORI

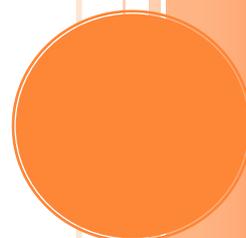
Corso Progettisti 2018

Project work

*La comunicazione nella relazione educativa volta ad
un cambiamento*

Gruppo di lavoro: Lara Tani - Azienda USL Bologna

[19/01/2018]



La comunicazione nella relazione educativa volta ad un cambiamento

Razionale:

Alcuni stili di vita contribuiscono ad un aumento del rischio cardiovascolare, che nella nostra regione è una delle prime cause di mortalità, con una incidenza che si aggira sul 38%.

Tra gli stili comportamentali che contribuiscono all'incremento dei fattori di rischio il fumo di sigaretta si colloca per incidenza tra i primi con il 30% nella popolazione compresa fra i 18 e i 69 anni (con una prevalenza maggiore nelle classi più giovani).

Il cambiamento di abitudini consolidate e accettate dalla società, seppure dannose per la salute, è un impegno per i professionisti della sanità che sempre più devono impegnarsi nell'ambito della prevenzione per cercare di interrompere il circolo vizioso che negli ultimi decenni si è instaurato e cercare di incrementare comportamenti che diano vita ad un circolo virtuoso.

Intervenire nelle fasce d'età più giovani può fare in modo che il comportamento assunto possa essere modificato più facilmente perché ancora non ben radicato e possa fare da trainante anche nei confronti delle generazioni più anziane come esempio di un comportamento corretto e coinvolgente in famiglia.

Allo stesso tempo è necessario lavorare sulle persone adulte che rientrano nelle categorie a rischio cardiovascolare per modificare i comportamenti errati prima che questi possano produrre danni organici irreversibili.

Il progetto regionale per la lettura integrata del rischio cardiovascolare nelle Case della Salute avviato già nel 2011 e integrato poi per l'applicazione del Piano Regionale della prevenzione 2015-2018 ha visto il coinvolgimento di soggetti che nel 2012 avessero compiuto 45 anni di età se maschi e 55 anni se femmine per la somministrazione di un'intervista strutturata al fine di raccogliere informazioni sugli stili di vita e dati anamnestici sulle patologie cardiovascolari. Il primo contatto è costituito da una lettera firmata congiuntamente dal MMG e dal Responsabile del progetto Aziendale; successivamente le persone vengono contattate dall'infermiere di riferimento del nucleo di cure primarie per fissare un appuntamento ed eventualmente per effettuare esami ematochimici. A seguito della compilazione della carta del rischio

cardiovascolare tutti coloro che presentano fattori di rischio comportamentali, con l'ausilio di tecniche comunicative e motivazionali, vengono cooptati dal personale per essere inseriti in programmi finalizzati a correggere i comportamenti fino ad ora adottati e ad accogliere uno stile di vita più sano. Per questo motivo sono nati i centri antifumo (CAF) che accolgono i pazienti ad essi indirizzati dopo il primo contatto. In questi centri, presenti anche sul territorio della ausl di Bologna, viene offerto un supporto di gruppo per la disassuefazione dal tabagismo con un approccio motivazionale; gli incontri sono condotti da personale formato al colloquio motivazionale breve.

Il metodo del colloquio motivazionale è nato negli Stati Uniti all'inizio degli anni '80 grazie a W.R. Miller e S. Rollnick (rispettivamente psicologo clinico e docente presso la Cochrane school di Cardiff); inizialmente rivolto a persone affette da dipendenze patologiche. Una definizione non tecnica di questa metodologia la descrive come "uno stile collaborativo di conversazione volta a rafforzare le motivazioni e l'impegno al cambiamento di una persona"; la definizione tecnica invece lo definisce "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 dell'esplorazione delle ragioni proprie della persona per cambiare il tutto in un'atmosfera di accettazione di aiuto".

Sulla base di questi progetti già in essere e per dare supporto al personale già formato a sopperire alle richieste che quotidianamente pervengono all'azienda è stato pensato questo progetto formativo.

OBIETTIVO GENERALE:

Obiettivo generale del presente lavoro è strutturare un intervento formativo riguardante gli stili di comunicazione e la gestione della relazione d'aiuto per accompagnare al cambiamento di uno stile di vita che pone a rischio il paziente.

Scopo principale è formare il personale che opera nelle Case della Salute - e in particolare negli ambulatori infermieristici che hanno in carico pazienti fragili e pazienti cronici - al giusto approccio comunicativo e relazionale al paziente che con stili di vita non sani pone seriamente a rischio di problematiche cardiovascolari la propria vita.

Questa azione formativa ha un duplice intento: aumentare la motivazione del personale consolidando le competenze già possedute per gestire il proprio intervento di prevenzione primaria e secondaria; in seconda istanza un effetto sulla popolazione che, interfacciandosi con personale preparato dal punto di vista della comunicazione e della relazione, può contare su un aiuto più strutturato per modificare i propri stili di vita.

Nel lungo termine questo approccio si pone l'obiettivo di diminuire la percentuale di persone che fumano e di persone obese e quindi di perseguire una reale diminuzione del rischio cardiovascolare attualmente rilevabile nel territorio dell'Azienda USL di Bologna

SCHEDE GUIDA/DIDATTICHE

1. FASE PREPARATORIA/ANALISI ORGANIZZATIVA

L'approccio relazionale e comunicativo è determinante per la buona riuscita di un cambiamento permanente dello stile di vita di una persona, pertanto vanno coinvolti tutti i potenziali attori di relazioni d'aiuto al cambiamento (infermieri, fisioterapisti, assistenti sanitari, dietiste, educatori, ostetriche) che operino nelle Case della Salute

L'intervento formativo si articola in due momenti:

1° livello – una formazione di base agli stili comunicativi assertivi e agli stili relazionali utili a motivare il paziente al cambiamento con colloqui in presenza e telefonici e gestione delle comunicazioni scritte fra servizio e medici di medicina generale

2° livello – rivolto a personale selezionato che abbia partecipato primo livello - per formare operatori che possano agire con tecniche di colloquio motivazionale breve per aiutare concretamente l'utente che intende modificare il proprio stile di vita e supportare i colleghi che operano nei CAF.

2. FASE MICRO PROGETTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE DEL PROCESSO FORMATIVO: rafforzare le strategie e gli strumenti comunicativi nella relazione educativa volta al cambiamento

OBIETTIVO GENERALE DEL CORSO DI 1° LIVELLO: fornire informazioni e strumenti per la gestione della comunicazione in presenza e telefonica e per la gestione della comunicazione scritta.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL CORSO DI 1° LIVELLO:

sapere:

- Fornire strumenti cognitivi in merito ai vari stili comunicativi della relazione d'aiuto.
- la comunicazione telefonica: fornire conoscenze in merito alla gestione di una intervista telefonica con fine epidemiologico-sanitario.
- la comunicazione scritta: fornire strumenti teorici per la costruzione di una mail che abbia come obiettivo il passaggio di consegne.

saper fare:

- saper condurre una intervista telefonica con questionario strutturato o semi-strutturato
- saper articolare un contenuto informativo, scritto, al fine di saper far cogliere gli elementi fondamentali della comunicazione

saper essere:

- saper trasferire empatia e assertività al paziente attraverso la comunicazione non in presenza (telefonata)
- saper motivare i pazienti al fine di aderire ai programmi di salute proposti.

METODOLOGIA DIDATTICA DEL CORSO DI 1° LIVELLO:

Per gli obiettivi di sapere metodologia didattica Espositiva (metodo deduttivo)

Per gli obiettivi di saper fare e saper essere: metodologia Esperienziale (metodo induttivo)

TECNICHE DIDATTICHE DEL CORSO DI 1° LIVELLO:

Per gli obiettivi di sapere si è pensato di adottare come tecnica didattica quella classica della lezione frontale con discussione aperta.

Per gli obiettivi di sapere fare e saper essere: simulazione della gestione di una telefonata con intervista strutturata o semi-strutturata, esercitazione alla stesura di testi scritti che verranno considerati al fine della valutazione in itinere

OBIETTIVO GENERALE DEL CORSO DI 2° LIVELLO:

Rafforzare le strategie e gli strumenti comunicativi nella relazione educativa.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL CORSO DI 2° LIVELLO:

SAPERE:

- Fornire conoscenze in merito alla conduzione di un colloquio motivazionale breve
- Promuovere il corretto stile di vita e accompagnare il paziente alla scelta di modificare le proprie abitudini di vita
- Consolidare le conoscenze in merito alla prevenzione primaria e secondaria
- Fornire strumenti comunicativi e relazionali al personale che deve motivare i pazienti

SAPER FARE:

- Condurre un colloquio motivazionale breve
- Assistere l'utente nel percorso per modificare il proprio stile di vita e intraprendere comportamenti virtuosi
- Saper utilizzare strumenti comunicativi idonei per spingere la persona al cambiamento di uno stile di vita

SAPER ESSERE:

- Adottare la tecnica del colloquio motivazionale
- Trasferire empatia ed assertività
- Persuadere il paziente alla disassuefazione dal tabagismo, o da altri comportamenti non sani
- Incoraggiare i pazienti ad aderire a programmi per intraprendere stili di vita corretti
- Saper accompagnare al cambiamento per la promozione di sani stili di vita

SAPER FAR FARE

- Promuovere il processo introspettivo dell'altro al fine di individuare le motivazioni all'agire e potenziare la fiducia in se stessi.
- Sviluppare tecniche alternative alla pulsione al fumo o al cibo
- Definire qual è il comportamento disfunzionale e quale quello corretto a cui aspirare
- Lavorare sulla motivazione intrinseca ed estrinseca del paziente

METODOLOGIA DIDATTICA DEL CORSO DI 2° LIVELLO:

Per gli obiettivi di sapere metodologia didattica Espositiva (metodo deduttivo)

Per gli obiettivi di saper fare metodologia Esperienziale (metodo induttivo)

Per gli obiettivi di saper essere metodologia Esperienziale (metodo induttivo)

Per gli obiettivi di saper far fare metodologia Esperienziale (metodo induttivo)

TECNICHE DIDATTICHE DEL CORSO DI 2° LIVELLO:

Per gli obiettivi di sapere si è pensato di adottare come tecnica didattica quella classica della lezione frontale con discussione aperta

Per gli obiettivi di saper fare, saper essere e saper far fare, vista la complessità dell'argomento trattato si è ipotizzato di iniziare con la visione di un filmato (il filmato in questione non necessariamente

deve essere tratto da un film, potrebbe anche essere un filmato autoprodotta, che rappresenti una simulazione di colloquio fatto con metodologia non appropriata e che non risponda ai canoni del colloquio motivazionale). dopo la visione del filmato discussione aperta con lavagna a fogli mobili per sottolineare i punti positivi e i punti negativi del colloquio visionato, sistematizzazione dei concetti emersi dai partecipanti, se necessario con lezione frontale e utilizzo di slides. infine, si ipotizza una esercitazione in aula con role playing per mettere in pratica quanto appreso prima in ambiente protetto, realistico, poi applicare le nuove metodologie di comunicazione e relazione nel lavoro quotidiano con supervisione e feedback fra pari.

il **follow-up** a sei mesi per il monitoraggio delle problematiche emerse con focus group classico condotto da personale esperto nella metodica.

DOCENTI:

Per entrambi i livelli di formazione si prevede l'utilizzo di docenti interni all'azienda con consolidata esperienza nel campo del counselling e del colloquio motivazionale e della comunicazione.

PROGRAMMAZIONE E TEMPISTICA DEGLI INCONTRI FORMATIVI:

Il progetto di formazione è stato inserito nel paf 2018 e approvato dalla direzione Dater.

Il 1° livello di 4 ore di formazione residenziale interattiva è stato pensato per una edizione da effettuare approssimativamente ad aprile 2018 con 25 partecipanti con iscrizione libera fra il personale che opera nelle case della salute nelle figure previste dal progetto di accreditamento (infermieri, ostetriche, fisioterapisti, assistenti sanitari ed educatori professionali).

Il 2° livello è di 20 ore di formazione con una progettazione di formazione residenziale interattiva, autoformazione e follow-up a sei mesi. Questo livello è stato pensato per 10 partecipanti individuati dai docenti e dal tutor d'aula fra quelli che hanno frequentato il primo livello, che abbiano mostrato particolare interesse e propensione alla comunicazione assertiva e motivante nei confronti del paziente. La partenza è prevista nel mese di maggio 2018

3. FASE ACCOMPAGNAMENTO

OBIETTIVO DI TRASFERIMENTO: aumentare il numero di persone che possano aiutare e motivare i pazienti ad intraprendere un cambiamento nello stile di vita condotto fino ad oggi. Aumentare le conoscenze e le capacità relazionali e di comunicazione del personale che quotidianamente effettua interviste telefoniche per indagini epidemiologico-sanitarie a pazienti che rientrano nel monitoraggio del rischio cardiovascolare o per altri fini.

LE STRATEGIE DI SUPPORTO AL TRASFERIMENTO: TEMPI E AZIONI: follow-up con focus group semestrali e supervisione fra pari alla telefonata e al colloquio motivazionale.

VINCOLI/RISORSE AL TRASFERIMENTO:

RISORSE: metodologia di lavoro a piccoli gruppi (8-10 partecipanti a sessione), tecnologie informatiche, strutture idonee ad accogliere la formazione.

Una analisi del bisogno formativo top down con focus sui risultati e legittimazione del progetto formativo da parte della direzione DaTER.

VINCOLI: uniformità di conduzione dei piccoli gruppi da parte dei formatori; numerosità dei destinatari e tempi lunghi di formazione.

4. FASE DI VERIFICA DEI RISULTATI

MODALITÀ DI VALUTAZIONE E INDICATORI DEL CORSO DI 1° LIVELLO:

Trattandosi di un trasferimento di nozioni con un cambiamento di comportamento che incide sulle prestazioni erogate si provvederà alla valutazione dei primi 3 livelli:

L1: soddisfazione dei discenti e qualità percepita con questionario strutturato

L2: cambiamento cognitivo e nelle attività quotidiane con questionario di apprendimento, simulazioni/esercitazioni

L3: cambiamento del comportamento nella gestione delle prestazioni: le simulazioni/esercitazioni in aula verranno considerate come valutative

MODALITÀ DI VALUTAZIONE E INDICATORI DEL CORSO DI 2° LIVELLO:

L1: soddisfazione dei discenti e qualità percepita: questionario semi-strutturato

L2: cambiamento cognitivo e nelle attività quotidiane le esercitazioni in aula sono concepite già come valutazioni in itinere

L3: cambiamento del comportamento nella gestione delle prestazioni le simulazioni e le azioni intraprese sotto la guida dell'osservatore esperto sono considerate come valutazione in itinere, così come la supervisione fra pari con feedback viene considerato come auto ed eterovalutazione.

L4: risultati organizzativi e impatto sulla gestione del lavoro: follow-up con focus group dopo 6 mesi dal corso per analizzare come è stato percepito dai partecipanti il cambiamento nella loro attività quotidiana.

Questionari di gradimento del colloquio motivazionale e/o della telefonata ricevuta compilati dai pazienti.

INDICATORI:

Incremento delle persone che richiedono la partecipazione ad un corso al CAF per smettere di fumare o di partecipare ad un incontro di dietetica preventiva.

Incremento delle persone che smettono di fumare, con monitoraggio del mantenimento a sei mesi e a un anno.

Grado di soddisfazione del personale che opera nelle Case della Salute e delle persone che frequentano il corso per la disassuefazione al fumo o che frequentano il corso di dietetica preventiva.

ESITI DEL PROJECT WORK

COME È ANDATA?

NARRAZIONE DEI PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA:

1. Dinamiche relazionali del gruppo di lavoro

Il gruppo di lavoro che ha prodotto il project work era composto solo da due persone. Gli obiettivi che nella prima parte erano comuni si sono poi suddivisi per le esigenze dettate dall'appartenenza ad aziende diverse e soprattutto a settori molto diversi (Case della Salute/UniFe). Questo ha prodotto una buona sinergia d'azione sia nella parte comune che nella parte differenziata. Ognuna ha portato la sua visione e la sua esperienza pregressa oltre che quella acquisita nel corso per dare una visione del progetto anche nella parte che non atteneva ai propri obiettivi.

Questo ha permesso di avere un punto di vista esterno al servizio in cui dovrà essere applicato il progetto formativo, rafforzando il progetto con una visione di chi ha potenzialmente l'approccio di fruitore del servizio e non solo di chi ci lavora all'interno.

Un solo punto di debolezza ha contraddistinto il progetto: il poco tempo dedicato insieme all'attuazione del progetto stesso per motivi di distanza e di tempo a disposizione; abbiamo lavorato molto in separata sede per poi condividere in aula, nei momenti di lavoro di gruppo, quello che da ognuna era stato prodotto.

Si sarebbero potute approfondire maggiormente le parti comuni del progetto, vista l'importanza della formazione alla comunicazione che sempre maggiormente necessita di preparazione per poter interagire in maniera corretta con chi abbiamo di fronte, siano essi studenti del corso di laurea oppure pazienti che necessitano di un counselling motivazionale per aderire alle buone pratiche.

2. Trasferimento della teoria nella pratica (autovalutazione del gruppo di lavoro)

Quanto appreso dalla formazione ricevuta durante il corso è già stato messo in pratica nella quotidianità del lavoro.

ho partecipato alla stesura del paf 2018 su mandato della Dirigente Infermieristica del Processo Ambulatoriale e Case della Salute, ambito in cui lavoro; proponendo momenti di formazione diversi dalla formazione solitamente utilizzata. Abbiamo inserito formazione Blended utilizzando momenti formativi FAD con la piattaforma Med3 e sistematizzazione dei contenuti in aula per quanto riguarda la formazione alla Prevenzione delle Cadute dell'anziano. Abbiamo inoltre pensato all'accreditamento di momenti istituzionali come le riunioni con i coordinatori con momenti di autoformazione e produzione di revisioni di procedure e istruzioni operative anche in questo caso con una formazione blended e monitoraggio e supervisione durante tutta la formazione (che ha durata annuale).

Questo stesso progetto è stato inserito nel PAF 2018 con approvazione della Direzione Dater.

L'auspicio è che anche questo progetto di formazione possa produrre un esito positivo per il personale e per la popolazione che sempre maggiormente ha necessità di supporto non solo per smettere di fumare, ma anche per modificare altri stili di vita che possono essere dannosi ed essere stimolati e motivati ad assumere stili di vita virtuosi.

BIBLIOGRAFIA

- 1) The Effectiveness and Cost of Clinical Supervision for Motivational Interviewing: A Randomized Controlled Trial. Epub 2016 May 8.
- 2) Miller WR, Rollnick Il colloquio motivazionale. Nuova Edizione Centro Studi Erickson, Trento 2004
- 3) Guelfi Gp, Scaglia M, Spiller V. Counseling motivazionale breve, CMC Italia
- 4) Mucchielli R. Apprendere il counseling. Manuale di autoformazione al colloquio di aiuto. Erickson, Torino 1987
- 5) Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012: Delibera di Giunta regionale n 2017/2010
- 6) Linee regionali: il counseling nella relazione di (o che) cura per prevenire le recidive nei pazienti post IMA/SCA

GLOSSARIO

CAF = Centro anti fumo

PAF = Piano aziendale Formazione