

Applicazione del modello regionale di presa in carico del bambino obeso e sovrappeso

Parma, 9 e 10 maggio 2014

Simone Storani, MD; Marco Tamelli, Psicologo LdP, Lega contro i Tumori di Reggio Emilia

OBIETTIVI DI QUESTI INCONTRI

Acquisire (o potenziare) tecniche e strumenti per:

- sostenere efficacemente il cambiamento dei comportamenti della famiglia in ambito alimentare e motorio
- attraverso l'approccio di tipo motivazionale

Esercizio:

Nella mia attività clinica supporto gli interventi a favore dell'alimentazione corretta e della pratica dell'attività motoria nei bambini con fattori di rischio legati a sovrappeso e obesità.



IL PEDIATRA E L'APPROCCIO MOTIVAZIONALE PER LA CONTRATTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CAMBIAMENTO DEGLI STILI DI VITA A RISCHIO L'Approccione Discontrattazione de l'Approccio Motivazionale per la contrattazione degli obiettivi di Cambiamento degli Stili di Vita a Rischio Discontrattazione della contrattazione della contrattazio

APPROCCIO	STILE DI COMUNICAZIONE	OBIETTIVO DI SALUTE	esempi
Cognitivo- comportamentale			
Motivazionale			

IL PEDIATRA E L'APPROCCIO MOTIVAZIONALE PER LA CONTRATTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CAMBIAMENTO DEGLI STILI DI VITA A RISCHIO L'Approccione Discontrattazione de l'Approccio Motivazionale per la contrattazione degli obiettivi di Cambiamento degli Stili di Vita a Rischio Discontrattazione della contrattazione della contrattazio

APPROCCIO	STILE DI COMUNICAZIONE	OBIETTIVO DI SALUTE	esempi
Prescrittivo	Prevalenteme nte confrontaziona le		
Motivazionale	Prevalenteme nte motivazionale		

APPROCCIO	STILE DI COMUNICAZIONE	OBIETTIVO DI SALUTE	esempi
Prescrittivo	Prevalenteme nte confrontaziona le	Contrattazione di obiettivi prefissati dall'operatore	Percorso predeterminato
Motivazionale	Prevalenteme nte motivazionale	Contrattazione di obiettivo definito dall'utente	Percorso costruito in
			itinere tramite il

agende

IL PEDIATRA E L'APPROCCIO MOTIVAZIONALE PER LA CONTRATTAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CAMBIAMENTO DEGLI STILI DI VITA A RISCHIO L'ANGLI DI VITA A RISCHIO L'ANGLI DI VITA A RISCHIO DEGLI STILI DI VITA D

APPROCCIO	STILE DI COMUNICAZIONE	OBIETTIVO DI SALUTE	esempi
Prescrittivo	Prevalenteme nte confrontaziona le	Contrattazione di obiettivi prefissati dall'operatore	-Educazione sanitaria - Educazione terapeutica
Motivazionale	Prevalenteme nte motivazionale	Contrattazione di obiettivo definito dall'utente	- Percorsi di prevenzione selettiva





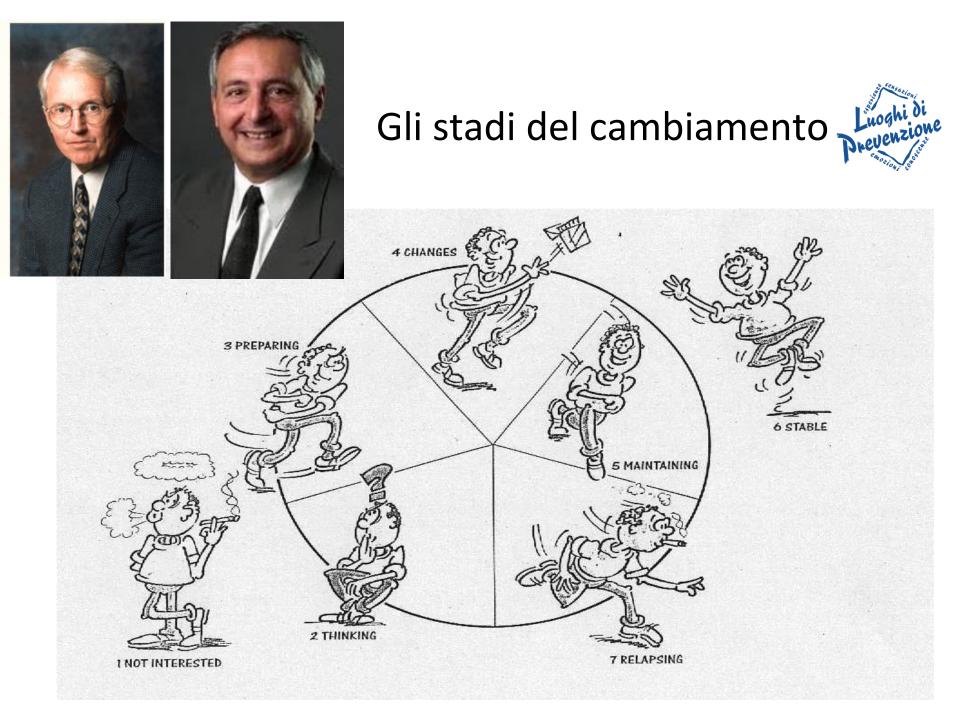
Cosa spinge le persone a cambiare?



Le persone cambiano se:

✓ Ritengono importante farlo, ossia hanno un disagio per la loro attuale situazione e un'aspettativa positiva dal cambiamento

- √ Si sentono in grado di provarci
- ✓ Ritengono che sia arrivato il momento di provarci e decidono di farlo



- Il cambiamento non è un processo del tipo «tutto o nulla»
- I suoi stadi non sono scatole chiuse
- Sono descritti dal punto di vista di chi cambia

Precontemplazione:

- non interessato
- preoccupato ma rassegnato

Risposte:

- 1: Precontemplazione: informazioni ripetute e coerenti
- 2 Precontemplazione: attivazione emotiva



Contemplazione:

- 1. Fase di considerazione del problema
- 2. Analisi di vantaggi e svantaggi



Risposte:

- 1. Approfondimento esperienziale: focus groups, simulazioni, interesse al cambiamento
- 2. Bilancia decisionale

Contemplazione:

Luoghi di Prevenzione

- 1. Fase di considerazione del problema
- 2. Analisi di vantaggi e svantaggi



Risposte:

1. Approfondiment interesse al cami

L'intervento dell'operatore sanitario è determinante

2. Bilancia decisiona

Preparazione/ determinazione



- 1. approfondimento
- 2. preparazione piano d'azione



Risposte

- 1. autoefficacia, sostegno alle relazioni, attenzione al contesto
- 2. contrattazione degli obiettivi di cambiamento

Azione

- 1. Implementazione del piano
- 2. Verifica del raggiungimento degli obiettivi



Risposte

1. sostegno al cambiamento, monitoraggio, rinforzo

IL COUNSELLING MOTIVAZIONALE si basa sull'utilizzo di un insieme di strategie

- La capacità di fare diagnosi motivazionale
- Gli avvisi brevi personalizzati
- L' uso di alcuni semplici test e questionari
- La capacità di gestire invii appropriati alle strutture specialistiche di secondo livello
- L' ascolto attivo al fine di sostenere il processo di cambiamento del paziente e sciogliere, senza contrapposizione, le resistenze provocate dall'idea di modificare i propri comportamenti
- L' adozione di uno stile di comunicazione assertivo

Lo stile di comunicazione del colloquio motivazionale

1) ASCOLTO RIFLESSIVO

Tecnica di conduzione del counselling in cui il conduttore non adopera domande e segue quanto detto dall'interlocutore operando come uno specchio (riflessivo). Lo scopo è portare l'interlocutore ad esplorare in modo più completo i propri comportamenti e le proprie motivazioni.

Lo stile di comunicazione del colloquio motivazionale .2) ASCOLTO ATTIVO

Riformulazione

Consiste ne ripetere con le stesse parole ciò che il paziente ci dice

Delucidazione

Si compie quando alla riformulazione aggiungiamo un elemento paraverbale e non verbale

Capacità di indagine (domande aperte e domande chiuse?)

Il rapporto ottimale dovrebbe essere di 3/1

Messaggi in prima persona

"Mi sembra di capire che...Dalle sue parole colgo che...."

Lo stile di comunicazione del colloquio motivazionale

3) Empatia

E' diversa dalla simpatia e dall'antipatia.

4) Autoconsapevolezza dell'Operatore Sanitario:

La relazione nell'O.S è fonte di percezioni, emozioni, pensiero, pregiudizio e metacognizioni che, come nel paziente, sono catalizzatori o stacoli o per la motivazione e i sentimenti

La Tecnica del gioco di ruolo inserita nella formazione per potenziare problem solving e capacità di gestione delle emozioni

Lo stile di comunicazione del colloquio motivazionale

5) Stile comunicativo: Assertivo? Direttivo? Anassertivo?:

Il colloquio motivazionale prevede uno stile di comunicazione "assertivo", orientato dai bisogni dichiarati dell'utente, non paternalistico, non direttivo, non guidato dalle circostanze.

STILE ASSERTIVO

Vantaggi:

- Manifesta di ascolto e autorevolezza
- Non perde di vista l'obiettivo
- Dà importanza alla relazione
- Non scatena particolari resistenze

Svantaggi:

- richiede tempo e attenzione per l'altro
- richiede consapevolezza di sé
- •è poco "emotivo"

LA RESISTENZA

«Ogni problema ha tre soluzioni: la mia, la tua e la soluzione giusta» (Platone)

E' una caratteristica della relazione medico-paziente, non una caratteristica esclusiva del paziente, per cui viene influenzata dall'atteggiamento del terapeuta.

Fattori di scatenamento della resistenza:

- tecniche confrontazionali (discussioni, diverbi, sfide, il sottolineare informazioni negative, il sarcasmo...)
- L'atteggiamento "da esperto"
- le proscrizioni e le proibizioni

Come affrontare una resistenza:

Una resistenza è un'azione di forza: non bisogna vincere una forza con la forza ma

- deviarla in una nuova direzione;
- partire dai punti di accordo adeguandosi ad essi e riorientare la comunicazione nella direzione desiderata.

«Rotolarsi con la resistenza»

Le resistenze:

Riluttanza

«Magari ne riparliamo tra un po'»

Ribellione

«Non mi chieda di togliere il kinder bueno a mia figlia sennò non mi fa più la merenda»

Rassegnazione

«Non ce la faccio a togliere lo zucchero dalla camomilla, quando c'ho provato è stato un inferno»

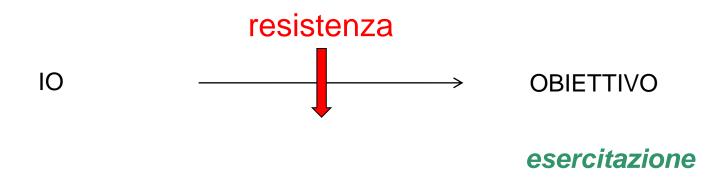
Razionalizzazione

«Rinunciare al dessert dopo i pasti? Per noi è un segno di gratificazione e comunque preferiamo tenere il peso sotto controllo magari rinunciando a qualcos'altro»

Come affrontare una resistenza:

Affrontare una resistenza non necessariamente corrisponde a risolvere il conflitto nell'immediato. Significa:

- permettere che il colloquio prosegua;
- •permettere che il paziente, anche dopo il termine della visita, rifletti sui meccanismi che hanno scatenato in lui resistenza per scioglierli



Rispondere alle resistenze:

Riluttanza: meglio rispondere attraverso una domanda aperta (meglio se preceduta da una riformulazione)

«Non ce la faccio a togliere lo zucchero dalla camomilla, quando c'ho provato è stato un inferno»

Ribellione: meglio rispondere con un contributo di informazioni, fornendo una spiegazione, (meglio se preceduta da una delucidazione)

«Non mi chieda di togliere il kinder bueno a mia figlia sennò non mi fa più la merenda»

Rassegnazione: meglio rispondere con un rinforzo positivo (di natura emotiva o cognitiva)

«Non ce la faccio a togliere lo zucchero dalla camomilla, quando c'ho provato è stato un inferno»

Razionalizzazione: meglio utilizzare una riformulazione e trovare il punto d'accordo

«Non vedo perché dovremmo rinunciare al dessert dopo i pasti: per noi è un segno di gratificazione e comunque preferiamo tenere il peso sotto controllo magari rinunciando a qualcos'altro»

BILANCIA DECISIONALE

MOTIVI A FAVORE DELLA SVANTAGGI DELLE MIE CONTINUAZIONE DELLE PROPRIE ABITUDINI **ALIMENTARI**

ABITUDINI ALIMENTARI

SVANTAGGI CHE PERCEPISCO RIGUARDO **ALLA MODIFICAZIONE DELLE MIE ABITUDINI ALIMENTARI**

RAGIONI, DESIDERI, MOTIVI PER CAMBIARE IL MIO COMPORTAMENTO **ALIMENTARE**

DIAGRAMMA DELLA DISPONIBILITA' AL CAMBIAMENTO PER LA CONTRATTAZIONE DELL'OBIETTIVO DI SALUTE

10/05/13

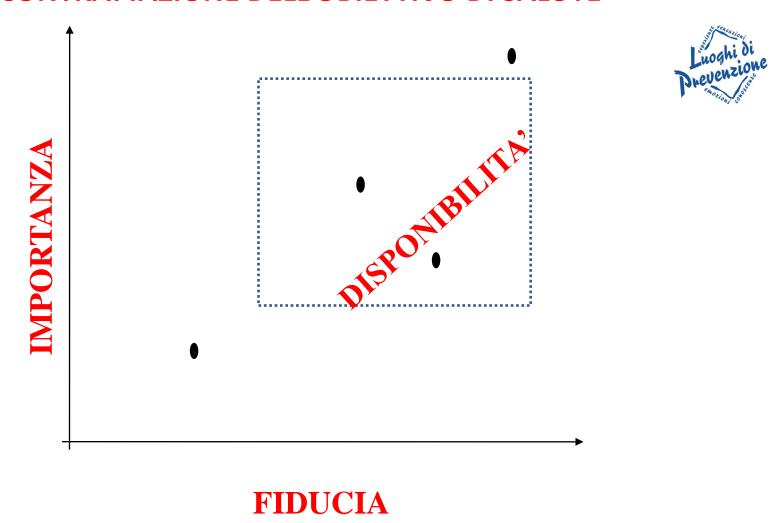


GRAFICO DELLA DISPONIBILITA' AL CAMBIAMENTO PER LA CONTRATTAZIONE DELL'OBIETTIVO DI SALUTE

Valido se <u>PRECISO</u>, <u>CONCRETO</u>, <u>RAGGIUNGIBILE</u> e <u>VERIFICABILE</u>

Non consumare coca cola o altre bibite dolci e gassate più di una volta la settimana.

Non consumare snacks, patatine, merendine confezionate più di una volta alla settimana.

Consumare 5 porzioni di 100 grammi ciascuna di frutta e verdura ogni giorno.

Fare colazione almeno 5 volte alla settimana.

Bere circa 2 litri di acqua al giorno.

Camminare o fare attività fisica intensa per almeno 30 minuti al giorno.

Consumare 1 porzione di legumi tutti i giorni.

Non consumare il pasto serale dopo le 20.

Non andare al MacDonalds più di una volta al mese.

Non consumare patatine fritte più di 2 volte al mese.

Non mangiare merendine o snacks guardando la televisione.

Fare colazione almeno una volta alla settimana.

Fare attività fisica per 30 minuti al giorno 3 volte alla settimana.

Giocare con playstation e altri video giochi solo 2 volte alla settimana.

Non guardare la televisione più di un'ora al giorno.



DIAGNOSI MOTIVAZIONALE

MODELLO TRANSTEORICO DEL CAMBIAMENTO (Prochaska, Di Clemente, 1986)

Stili di vita

zione

Precontempla Contemplazi Determinaz one

ione

Azione

Mantenim ento

OK

Ruolo del contesto: stili di vita generali (fumo, alcol, stress, consumo di psicofarmaci, determinanti ambientali).

Comportamenti alimentari generali.

Comportamenti alimentari specifici (fare colazione, consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura, consumo giornaliero di 1 porzione di legumi, consumare di acqua al giorno.

ATIVITA' FISICA (almeno 30 minuti di movimento ogni giorno)







SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEL RUOLO DEI FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE

	Fattore protettivo	Fattore di rischio	Fattore indifferente
Lavoro	Ambiente smoke free		
Organizzazion e famigliare		Non ho tempo per preparargli una colazione sana	
Stress		Quando sono arrabbiata divoro quello che trovo	
Stato di salute generale	Camminare farebbe bene al mio colesterolo		
Relazioni interpersonali	I miei amici sono amanti del trekking		
10/05/13			



SALUTE, ALIMENTAZIONE E BENESSERE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



SFORZARSI DI FAR MANGIARE IL BAMBINO ANCHE SE NON NE HA VOGLIA PRETENDERE CHE IL BAMBINO FINISCA TUTTO QUELLO CHE C'è NEL PIATTO

MANGIARE SENZA FRETTA

GIOCARE CON VIDEO GIOCHI O USARE IL CELLULARE MENTRE SI MANGIA PREPARARE IL CIBO SEMPRE SBRIGATIVAMENTE

PER NOIA

AVERE BLION APPETITO, PREPARARE CON CURA LA TAVOLA E VARIARE MOLTO L'ALIMENTAZIONE

NON CONSLIMARE I PASTI PRINCIPALI A TAVOLA, MA IN PIEDI O SEPARATAMENTE CONSUMARE TANTI PICCOLI SPUNTINI FUORI PASTO MANGIARE

ACCOMPAGNARE UN MOMENTO DI GIOIA CON L'ASSAGGIARE QUALCOSA DI NUOVO

MANGIARE SENZA AVERE FAME

INSEGNARE AI BAMBINI A NON FIDARSI DEI CIBI MAI ASSAGGIATI

LEGARE DETERMINATI CIBI A STORIE E RICORDI

MANGIARE SEMPRE LE SOLITE COSE

INCORAGGIARE IL BAMBINO AD ASSAGGIARE TUTTO QUANTO GLI VIENE PROPOSTO INSISTERE PERCHÉ MANGI QUALCOSA CHE LO DISGUSTA





CIBI E EMOZIONI

RABBIA	FELICITÀ	TRISTEZZA	ALLEGRIA	DISGUSTO	CURIOSITÀ/ SORPRESA
se fosse un colore					
Cibi associati:					
1)	1)	1)	1)	1)	1)
2)	2)	2)	2)	2)	2)
3)	3)	3)	3)	3)	3)
4)	4)	4)	4)	4)	4)
5)	5)	5)	5)	5)	5)

Classificazione dei cibi: tutti i giorni/2-3 volte alla settimana/1 volta alla settimana/1 o 2 volte al mese:

Scheda di automonitoraggio per la raccolta delle difficoltà

Sono riuscito a seguire lo schema e gli strumenti dell'intervento: si / no/ in parte

Credo che questo intervento aiuti effettivamente il coinvolgimento attivo della persona: si/ no/ in parte

Credo che questo intervento faciliti la contrattazione di obiettivi osservabili, concreti e utili al conseguimento di buoni stili di vita: si/no/ in parte

Sono in grado di descrivere le difficoltà che penso i bambini da me seguiti possano incontrare nel cambiamento delle loro abitudini alimentari:

- •Bambino A:
- •Bambino B:
- Bambino C

Credo che sia stato individuato un obiettivo di salute raggiunto :

- •Bambino A:
- •Bambino B:
- Bambino C

Credo che sia stato individuato un obiettivo di salute adeguato per la prevenzione del sovrappeso:

- Bambino A
- •Bambino B
- •Bambino C

Penso di aver dedicato tempo adeguato alla esplorazione del rapporto fra emozioni, comportamenti e pensieri rispetto alle abitudini alimentari:

- •Bambino A
- ·Bambino B:
- •Bambino C

Automonitoraggio dello stile comunicativo

Ho usato domande aperte e molto limitato le domande chiuse: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ho formulato domande appropriate chiare esplicite inclusive: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ho usato un linguaggio semplice chiaro scandendo le pause e parafrasando (riformulando) in modo appropriato: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ho evitato barriere di comunicazione legate a interpretazione, etichettatura, diagnosi preventiva, minimizzazione, giudizio, critica, compassione: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non ho interrotto mentre l'interlocutore parlava: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pediatrics. 2013 Nov;132(5):e1236-46. doi: 10.1542/peds.2013-1738. Epub 2013 Oct 21.

Pediatrician-led motivational interviewing to treat overweight children: an RCT.

Davoli AM1, Broccoli S, Bonvicini L, Fabbri A, Ferrari E, D'Angelo S, Di Buono A, Montagna G, Panza C, Pinotti M, Romani G, Storani S, Tamelli M, Candela S, Giorgi Rossi P.

OBJECTIVE:

The aim of this study was to evaluate the effect of family pediatrician-led motivational interviews (MIs) on BMI of overweight (85th \geq BMI percentile \geq 95 th) children aged 4 to 7 years.

METHODS:

All the family pediatricians working in Reggio Emilia Province (Italy) were invited to participate in the study; 95% accepted. Specific training was provided. Parents were asked to participate in the trial if they recognized their child as overweight. Children were individually randomly assigned to MIs or usual care. All children were invited for a baseline and a 12-month visit to assess BMI and lifestyle behaviors. The usual care group received an information leaflet, and the intervention group received 5 MI family meetings. The primary outcome was the individual variation of BMI, assessed by pediatricians unblinded to treatment groups.

RESULTS:

Of 419 eligible families, 372 (89%) participated; 187 children were randomized to MIs and 185 to the usual care group. Ninety-five percent of the children attended the 12-month visit. The average BMI increased by 0.49 and 0.79 during the intervention in the MI and control groups, respectively (difference: -0.30; P = .007). MI had no effect in boys or in children whose mothers had a low educational level. Positive changes in parent-reported lifestyle behaviors occurred more frequently in the MI group than in the control group.

CONCLUSIONS:

The pediatrician-led MI was overall effective in controlling BMI in these overweight children aged 4 to 7 years, even though no effect was observed in male children or when the mother's education level was low.

PMID: 24144717 [PubMed - indexed for MEDLINE]