

## Parte seconda

### Il metodo

Le riflessioni presentate in questa *Parte seconda* del testo intendono porre l'attenzione su come sia possibile strutturare concrete modalità di analisi dei bisogni; per individuare correttamente quali siano i bisogni da analizzare è necessario definire gli strumenti che mettiamo a disposizione delle persone per consentire loro di farli emergere.

Una corretta analisi del bisogno educativo permette di concretizzare la domanda espressa, e le tecniche elencate consentono di tradurre questa variegata analisi per rispondere efficacemente alle scelte di programmazione di interventi di educazione alla salute ed educazione terapeutica.

In questa *Parte seconda* si analizzerà la metodologia del processo educativo, delineandone le fasi che la caratterizzano, nonché i rapporti e gli scambi che connettono le diverse fasi.

## 5

# Le fasi del processo educativo

Svolgere attività di educazione alla salute o terapeutica significa “fare educazione” a tutti gli effetti, nel nostro caso declinata in un contesto particolare.

Per condurre un percorso educativo, l'operatore sanitario deve essere in grado di gestire un processo rivolto a una persona, sana o malata.

Un altro elemento caratterizzante la metodologia dell'educazione alla salute o terapeutica è la progettualità. Esistono indubbiamente molte occasioni, per gli operatori sanitari, di svolgere interventi educativi, meno intenzionali e/o strutturati, che possono avere comunque una finalità educativa; di altra natura è però l'approccio progettuale, dove l'acquisizione di conoscenze o nuove abilità rappresenta l'obiettivo finale dell'intervento stesso.

Progettualità significa possedere un metodo: l'applicazione rigorosa di una metodologia è garanzia dell'efficacia di un intervento.

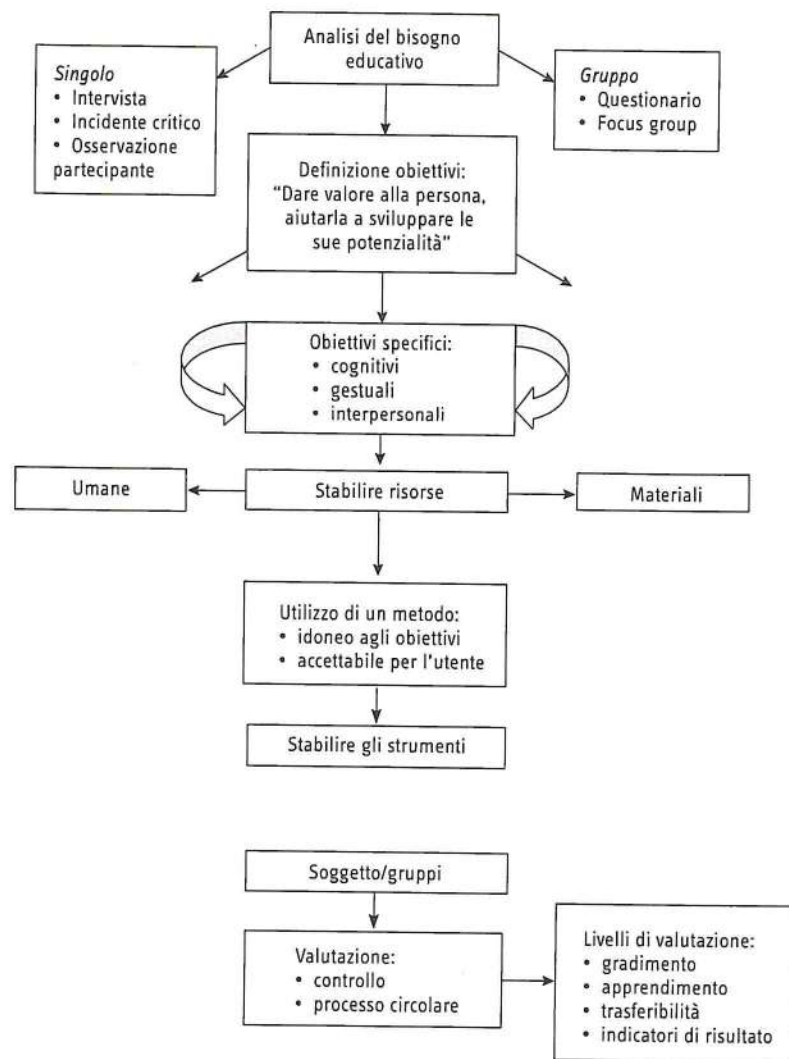
Questa classificazione generale può essere ulteriormente approfondita definendo diverse categorie all'interno di ogni fase.

1) La fase di analisi dei bisogni risulta la più multiforme, caratterizzata da maggiori diversità di approccio. Ciò può essere riconducibile a due ragioni primarie: in primo luogo la sua “legittimazione” a pieno titolo all'interno del processo è abbastanza recente in quanto, tradizionalmente, l'attività educativa ha sempre coinciso con l'attuazione dell'intervento; in secondo luogo, la definizione del bisogno, così come la valutazione, è un'attività molto complessa, sia in termini di definizione concettuale (rappresenta un ambito dove si incontrano varie discipline), sia rispetto agli strumenti operativi che devono essere creati e adattati alle diverse situazioni.

Quanto più le necessità espresse dai due interlocutori (operatore e utente) saranno congruenti, tanto più l'educazione alla salute o terapeutica risulterà efficace e produrrà vero cambiamento (fig. 5.1).

2) Nella fase di progettazione si possono distinguere diverse sottocategorie: definizione dei contenuti, metodologie e aspetti logistico-organiz-

Figura 5.1. Il processo della metodologia educativa



zativi. Tale schematizzazione rappresenta una sintesi elaborata che integra diversi contributi presenti in letteratura. Tutte le fasi sono ugualmente importanti e necessarie, sia quelle di definizione teorica (obiettivi, conte-

nuti e metodologie) sia quella applicativa, che comprende diversi aspetti dell'articolazione dell'intervento. Tali fasi, nel caso vengano disattese, potrebbero compromettere la qualità dell'intero processo educativo: analisi delle esigenze dei partecipanti, valutazione attenta delle risorse disponibili, scelta delle sedi di svolgimento degli incontri ecc.

In merito alla fase *attuativa*, saranno descritte diverse modalità di intervento educativo, dalle più semplici e meno strutturate, rivolte a obiettivi della sfera cognitiva, fino all'applicazione del counseling motivazionale breve, finalizzato alla modificazione permanente di un comportamento non salutare.

La *valutazione* rappresenta l'area più debole e a volte controversa dell'intero processo educativo, in quanto essa è stata a lungo fraintesa con i giudizi di gradimento espressi dagli utenti.

La valutazione del processo di educazione alla salute o terapeutica riguarda invece qualcosa di molto più complesso, che interessa l'individuo in tutte le sue dimensioni (cognitiva, relazionale o gestuale), perché il cambiamento innescato dall'intervento educativo genera nella persona modificazioni del comportamento.

Le metodologie utilizzate sono mutate in prevalenza dalla pedagogia tradizionale e spesso uniscono, integrandoli, criteri quantitativi (test) ad altri qualitativi, soprattutto per ciò che riguarda l'acquisizione di nuovi atteggiamenti.

## In sintesi

L'educazione alla salute o terapeutica è un processo sostenuto da un **metodo** che prevede diverse **fasi** interconnesse fra loro. Le fasi principali sono:

- analisi del bisogno;
- progettazione;
- attuazione;
- valutazione.

## Esercizi di approfondimento e autovalutazione

1. Elaborare una propria rappresentazione grafica del processo di educazione alla salute o terapeutica.

## 6

# Analisi del bisogno educativo

### 6.1. Definire il bisogno educativo

La definizione e lo studio del bisogno educativo, rispetto ai consolidati obiettivi di apprendimento, risultano senza dubbio complessi, sia per la difficoltà di tradurre nella pratica i concetti teorici sia per la tradizionale abitudine a considerare l'educazione alla salute o l'educazione terapeutica come processi che si esauriscono con una lezione o un incontro.

L'analisi del bisogno rappresenta il momento di rilevazione delle necessità educative dell'individuo e deve essere considerato a tutti gli effetti una tappa essenziale del processo educativo, propedeutica alle fasi successive.

La definizione della natura dei bisogni rappresenta un elemento cardine del processo di programmazione dell'intervento educativo, e permette a quest'ultimo di essere coerente con i bisogni della persona, commisurato alla specificità del problema e adatto alle capacità dell'individuo e della famiglia.

Un'efficace ed efficiente programmazione degli interventi educativi deve misurarsi costantemente con l'evolversi dei bisogni della popolazione.

La congruenza tra domanda e offerta è un criterio basilare per valutare la qualità degli interventi effettuati in quanto, se non si tiene conto delle reali necessità delle persone, si corre il rischio di proporre azioni poco efficaci o già attivate precedentemente.

### 6.2. Aree di indagine

Numerose sono le aree che possono essere indagate dagli operatori sanitari per analizzare il bisogno di educazione. Per attuare interventi di

educazione alla salute ed educazione terapeutica efficaci e mirati è necessario conoscere le caratteristiche principali della persona o del gruppo.

L'analisi del bisogno trova oggi una delle sue fondamentali ragioni d'essere nel rapporto di comprensione e di valorizzazione della persona; la programmazione dell'intervento educativo deve porre al centro l'individuo con i suoi fattori di rischio, le sue fragilità, i suoi punti di forza e le sue potenzialità.

La rilevazione del bisogno educativo è un processo complesso (cfr. scheda 6.1), multidimensionale, e va affrontato mediante un intenso lavoro di confronto e negoziazione tra i diversi attori, al fine di valorizzare e ottimizzare tutte le risorse disponibili dell'individuo o della comunità.

Gli obiettivi educativi e formativi devono avere come destinatari le persone, le loro famiglie, le comunità di riferimento e non gli operatori sanitari.

In un'ottica sempre crescente di rivalutazione delle risorse economiche e professionali, un'attenta rilevazione dei bisogni e delle risorse può rappresentare una strategia efficace per rispondere in modo specifico ai bisogni di un'utenza la cui domanda di salute è sempre più in aumento.

La persona che impara e che si adatta a una nuova situazione deve essere autonoma nelle scelte culturali, sociali ed etiche.

Il bisogno di educazione è necessariamente collegato a un sistema di bisogni, in base al quale gli individui orientano la loro condotta e sono espressione del mondo sociale in cui vivono.

Analizzare il bisogno non significa quindi analizzare solo ciò che manca, ma anche identificare le potenzialità dell'utente, ossia le risorse e i punti di forza su cui agire.

In questa prospettiva, strategie di coping adeguate, fiducia nelle proprie capacità e desiderio di recuperare autonomia nelle proprie attività rappresentano risorse interne e preziose potenzialità della persona.

**Scheda 6.1.** Esempio delle aree di indagine per la rilevazione del bisogno educativo

- *Area socioanagrafica:*
  - età;
  - sesso;

- titolo di studio;
- professione attuale o precedente;
- orari di lavoro;
- hobby e sport;
- supporto assistenziale: famiglia, amici, assistenza domiciliare;
- condizione abitativa.
- *Quale significato la persona dà alla salute:*
  - che cosa significa per la persona essere in salute;
  - quale livello di efficienza vuole raggiungere;
  - quale livello di equilibrio vuole raggiungere.
- *Quali opinioni ha sulla salute:*
  - valori culturali;
  - esperienze precedenti;
  - credenze.
- *Modelli di coping (come la persona sta affrontando la malattia):*
  - modalità di gestione delle emozioni (colpevolizzazione, rabbia, aggressività);
  - evitamento (personale o cognitivo, distrazione);
  - azione (ricerca di sostegno, altruismo, analisi del problema);
  - comportamenti riferiti, ad esempio, ad alimentazione, attività fisica, fumo ecc.
- *Livello di apprendimento (quali informazioni possiede l'utente sulla malattia):*
  - i fattori di rischio, le cause della malattia;
  - i sintomi della malattia;
  - le complicanze della malattia;
  - gli effetti della terapia.
- *Livello di responsabilizzazione espresso dalla persona (che cosa significa "senso di responsabilità"):*
  - reagire ai propri bisogni secondo le proprie capacità;
  - disponibilità al cambiamento;
  - importanza attribuita al problema;
  - fiducia nelle proprie capacità, nei professionisti e nei progetti terapeutici.

Nel tentativo di integrare gli ambiti di indagine, bisogna tenere conto dei diversi livelli di analisi: non deve infatti risultare fuorviante l'idea dello "scarto" da colmare fra "ciò che si sa" e "ciò che si deve fare", poiché il

**Scheda 6.2.** Esempi di domande per l'analisi del bisogno educativo, nelle diverse aree d'indagine, rivolte a un utente che ha avuto un infarto del miocardio

- Che cos'è per lei l'infarto?
- Da quanto tempo ha avuto l'infarto?
- Quali farmaci prende? Sa a che cosa servono?
- Quali sono i fattori di rischio dell'infarto?
- Pratica attività fisica?
- Che cosa evita nell'alimentazione? Perché?
- Ogni quanto controlla il suo peso corporeo?
- Ogni quanto controlla la sua pressione?
- Che cosa significa per lei essere "sano"?
- Ritieni che i follow-up (esami di controllo) siano importanti?
- Qual è la sua maggiore preoccupazione dopo aver avuto l'infarto?
- Provi a fare un'autovalutazione del suo grado di autocontrollo da 1 a 10.
- Provi a fare un'autovalutazione della sua qualità di vita dopo l'infarto da 1 a 10.
- Si sente supportato dalla sua famiglia?
- Secondo lei, è importante l'educazione terapeutica fornita dagli operatori sanitari? Ne sente ancora necessità?

**Scheda 6.3.** Esempi di domande per l'analisi del bisogno educativo, nelle diverse aree d'indagine, rivolte a una donna che necessita un intervento chirurgico di isterectomia

- Sa che cos'è l'utero e che cosa sono le ovaie?
- Quali pensa possano essere i cambiamenti sul suo corpo, in seguito all'intervento?
- Ha timore di tornare alla sua vita sociale?
- Pensa di avere delle limitazioni al ritorno alla sua vita lavorativa o familiare? Se sì, quali?
- Conosce l'eventuale terapia farmacologica da seguire e sa a che cosa serve?
- Ha parlato con il suo partner/con il marito dell'intervento?
- Pensa che l'intervento possa creare dei problemi al suo rapporto di coppia?

bisogno educativo non va inteso solo come ampliamento di conoscenze e di abilità. Il bisogno educativo deve necessariamente essere collegato a un sistema di bisogni in base al quale gli individui orientano la loro condotta, risultando così espressione del mondo sociale in cui vivono. Analizzare il bisogno non significa quindi solo valutare ciò che manca, ma anche identificare le potenzialità dell'utente, ossia le risorse e i punti di forza su cui agire (cfr. schede 6.2 e 6.3).

### 6.3. Contratto fra operatore e utente

Il processo educativo coinvolge persone e gruppi (operatori, utenti e familiari) che hanno intenzioni e obiettivi diversi: risulta pertanto prioritaria la necessità di integrare le diverse prospettive.

Gli attori coinvolti nel processo educativo sono gli utenti, cioè coloro ai quali è rivolta l'iniziativa di educazione terapeutica, e l'educatore, cioè colui che gestisce il processo educativo.

In alcune circostanze la richiesta dell'utente, complessa e a volte contraddittoria, è fortemente influenzata dai problemi quotidiani che possono ostacolare il raggiungimento del risultato, in quanto le persone

**Figura 6.1.** L'integrazione fra utente e operatore sanitario



non sempre hanno piena consapevolezza della causa e della natura dei problemi che limitano e condizionano l'“agire quotidiano”.

La comprensione, da parte dell'educatore, dell'intrinseca complessità dell'analisi del bisogno educativo agisce in una prospettiva relazionale il cui fine sarà l'integrazione fra le due diverse prospettive, ossia un contratto negoziale fra educatore e individuo (fig. 6.1).

#### 6.4. Metodologia della ricerca nell'analisi dei bisogni

La metodologia, nell'analisi del bisogno educativo, viene affrontata come qualunque altro tipo di attività di ricerca.

Le diverse metodologie proposte riguardano le tecniche d'indagine di raccolta dati verso il singolo e verso il gruppo (cfr. scheda 6.4): le prime sono indicate per effettuare l'analisi del bisogno nell'ambito di una relazione tra operatore sanitario e singolo individuo, le seconde identificano i bisogni prioritari di una popolazione di individui per la quale si vorrà procedere alla definizione di alcuni interventi educativi o all'elaborazione di opuscoli informativi.

---

##### Scheda 6.4. Tecniche di indagine per l'analisi del bisogno educativo

Indagine rivolta al singolo:

- osservazione partecipante;
- intervista;
- consultazioni con testimoni qualificati e interviste informali;
- analisi dell'evento critico.

Indagine rivolta al gruppo:

- questionario;
  - focus group.
- 

##### 6.4.1. Osservazione partecipante

È possibile definire l'osservazione come una tecnica di raccolta dati sull'utente o sui familiari riferita a dati oggettivi (pressione, peso, stato della cute ecc.).

Per la raccolta di dati soggettivi (opinioni, valori, emozioni, vissuti ecc.) è più opportuno parlare di osservazione partecipante, in cui avviene il coinvolgimento diretto e l'interazione tra operatore e individuo.

L'osservazione partecipante implica osservare ma soprattutto ascoltare e comporta il contatto personale tra operatore e utente, in un rapporto che può durare anche anni. L'operatore osserva e partecipa alle attività della persona, a domicilio e in ospedale, condivide alcuni aspetti della sua quotidianità, scopre i suoi punti di forza e le sue paure, fino a conoscere e comprendere la sua personale e unica esperienza di vita in relazione alla malattia.

L'osservazione partecipante non può essere disgiunta dall'agire quotidiano degli operatori sanitari: è una modalità di ricerca di informazioni che avviene in maniera diretta, all'interno di un determinato contesto e attraverso un rapporto di interazione personale.

Nell'osservazione partecipante, l'operatore è lo strumento di ricerca: la rilevazione di informazioni viene infatti filtrata attraverso i suoi sensi, la sua cultura, i suoi valori e la sua capacità empatica.

Di fronte allo stesso fenomeno, due operatori diversi possono cogliere aspetti differenti; infatti l'osservazione dei comportamenti dell'utente e la scelta delle domande da porre sono influenzate, dal punto di vista degli operatori, dalla loro cultura e dalla loro esperienza.

Nell'osservazione partecipante entrano in gioco:

- la descrizione degli eventi;
- l'interpretazione delle informazioni da parte dell'operatore.

La descrizione degli eventi deve essere dettagliata e ricca di particolari. Non si può osservare tutto: nelle prime fasi è bene avere un campo di osservazione ampio, per poi spostare l'attenzione sugli aspetti di maggiore interesse. L'interpretazione delle informazioni da parte dell'operatore si compone di due elementi: le competenze e le conoscenze del proprio ambito disciplinare e le reazioni emotive.

Le competenze e le conoscenze fornite dalla disciplina di appartenenza dell'operatore (infermieristica, ostetricia ecc.) condizionano l'interpretazione del dato o dell'evento in relazione a concetti teorici della disciplina di riferimento: la consapevolezza delle proprie emozioni è necessaria per individuare possibili distorsioni nella raccolta di informazioni.

### 6.4.2. Intervista

L'uso dell'intervista rimane lo strumento privilegiato, in tutte le sue forme, come reale momento di collaborazione e dialogo fra l'operatore sanitario e il destinatario dell'intervento educativo.

Attraverso l'intervista, il professionista può accedere al punto di vista dell'utente, alle sue interpretazioni, alle sue percezioni e ai motivi delle sue azioni.

Non è obiettivo di questo manuale descrivere in maniera esaustiva la tecnica dell'intervista ma, in riferimento all'educazione terapeutica, si sottolineano alcuni concetti.

#### *Il fraseggio delle domande*

Detto anche *wording*, è un elemento fondamentale per la qualità dei dati ricavabili da un'intervista e indica i criteri di chiarezza che la domanda deve rispettare:

- la domanda deve avere un identico significato per tutti gli utenti intervistati;
- il significato attribuito dagli utenti deve essere uguale a quello attribuito dai professionisti.

Il livello di chiarezza della domanda deve essere condiviso dai professionisti; se i professionisti non saranno in grado di produrre domande chiare, le risposte risulteranno ambigue e difficilmente interpretabili in modo univoco.

Una domanda è ambigua quando il suo significato è poco chiaro e di conseguenza non siamo in grado né di interpretare la risposta né di confrontarla con quella di altri individui.

Sono molte le parole d'uso quotidiano che possono assumere significati diversi e dare origine a domande ambigue, come ad esempio:

- litiga spesso con il suo partner (coniuge/ragazzo)?
- Si arrabbia frequentemente?
- Si giudica una persona felice?
- È soddisfatto della sua qualità di vita?

#### *Domande suggestive e/o emotivamente cariche*

Il fraseggio della domanda può essere inadeguato e rendere le domande suggestive, condizionanti o emotivamente cariche, e può indurre o rendere più probabile una risposta. Una domanda è suggestiva se espressa come ciò che pensa o fa la maggioranza delle persone o come si comporta un'istituzione prestigiosa; una risposta contraria da parte della persona può significare mostrarsi insensibili ai bisogni delle persone o ai problemi sociali. Ad esempio: "Lei è d'accordo con l'opinione che le persone anziane vengono spesso lasciate sole?"

#### *Grado di intrusività delle domande*

Questa modalità può essere classificata in:

- *alto*: le domande riguardano argomenti ritenuti personali, strettamente confidenziali e delicati (ad es. alcuni stili di vita o i motivi di conflitto verso le persone) per l'individuo. Secondo il senso comune, nella nostra cultura vengono considerate domande intrusive quelle che si riferiscono ai soldi, al sesso o alla salute;
- *intermedio*: sono domande che non indagano la sfera personale dell'individuo e non riguardano temi "delicati";
- *basso*: le domande sono relative argomenti su cui è accettato "conversare" con chiunque.

È importante sottolineare come il grado di intrusività sia difficile da definire in termini generali: dipende molto dalla percezione individuale, dalla cultura e dal momento in cui viene posta la domanda. Per ottenere dati non distorti e di buona qualità è necessario diminuire il grado di "intrusività percepita"; ciò può essere fatto evitando i "giudizi di valore", i quali rivestono valore negativo e si riferiscono a comportamenti criticabili o socialmente poco accettati. Alcuni esempi:

- "Lei è soggetto a depressioni?" vs "Le capita di sentirsi giù, abbattuto o privo di energie?"
- "Lei si ubriaca?" vs "Le capita, qualche volta, di bere più di quanto aveva intenzione di fare?"



### 6.4.3. Consultazioni con testimoni qualificati e interviste informali

Le espressioni “testimone qualificato” o “testimone chiave” vengono utilizzate indifferentemente in letteratura. Il testimone deve possedere caratteristiche particolari: può essere portatore di conoscenze originali o riservate, oppure rispecchiare opinioni e caratteristiche del gruppo che rappresenta.

Il testimone qualificato, per assolvere alla sua funzione, deve essere dotato delle seguenti caratteristiche:

- posizione o ruolo di spicco all'interno della comunità/del gruppo;
- conoscenza dettagliata dell'argomento trattato;
- disponibilità a collaborare;
- capacità di esprimere il suo pensiero e le sue conoscenze;
- imparzialità.

Nella consultazione con testimoni qualificati e nelle interviste informali, il soggetto può esprimersi nel suo linguaggio e l'operatore può chiedere chiarimenti e approfondire il significato della risposta; possono inoltre emergere aspetti ritenuti molto importanti dall'intervistato che l'operatore poteva non avere previsto.

### 6.4.4. Analisi degli eventi critici

L'analisi degli eventi critici si propone di raccogliere situazioni o fatti che gli individui hanno considerato critici nella loro esperienza di vita. La tecnica più utilizzata, anche per la sua semplicità, è l'indagine del Critical Incident, cioè la descrizione di eventi che hanno provocato difficoltà e problemi. Affinché l'analisi sui dati raccolti possa risultare completa, è consigliabile invitare la persona a precisare alcune caratteristiche dell'episodio (cfr. scheda 6.5).

---

#### Scheda 6.5. Elementi di analisi degli eventi critici

- Quando?
- Perché?
- Con chi?
- Quali conseguenze ha comportato?

- Come si è risolto?
  - È da considerarsi occasionale o regolare? Quali altre persone ha coinvolto?
  - È prevedibile che si verifichi nuovamente? Quanto dureranno i suoi effetti?
- 

### 6.4.5. Questionario

Il questionario è uno strumento pratico e di ampio utilizzo, ottimo per identificare i bisogni educativi di una popolazione verso la quale si vogliono attuare interventi di educazione alla salute o terapeutica.

Tale strumento consente di indagare un'ampia gamma di fenomeni su popolazioni anche numerose e con un utilizzo limitato di risorse. La rapidità e l'immediatezza del questionario, insieme all'utilizzo di sistemi informatici di elaborazione, rendono l'analisi dei dati efficiente ed efficace.

Gli aspetti più critici riguardano la possibilità di conoscere ed evitare errori che possono distorcere la validità dei dati raccolti.

L'attendibilità delle informazioni dipende da diversi fattori:

- la formulazione delle domande e delle alternative di risposta;
- il contesto in cui vengono formulate le domande;
- le aspettative del ricercatore;
- la desiderabilità sociale delle risposte;
- le caratteristiche e il comportamento dell'intervistatore.

La conoscenza della complessità di elaborazione del questionario deve sviluppare nel professionista sanitario la consapevolezza che un uso improprio di tale tecnica porterà sicuramente alla raccolta di dati non significativi. Gli aspetti da considerare nella predisposizione di un questionario sono molteplici: nella scheda 6.6 sono sintetizzati alcuni di questi criteri fondamentali da rispettare.

---

#### Scheda 6.6. Criteri fondamentali per la costruzione di un questionario

- *Struttura:*
  - buoni requisiti grafici (uso di caratteri e colori diversi, buona qualità della stampa);
  - domande essenziali, strettamente mirate agli obiettivi conoscitivi;

- presenza di tutte le indicazioni atte ad agevolare il lavoro del compilatore (ente promotore, modalità di compilazione, note esplicative ecc.);
- numerazione delle domande, volta a favorire le riprese e i rimandi;
- ringraziamenti per la collaborazione.
- *Privacy:*
  - dichiarare esplicitamente l'anonimato del questionario e gli accorgimenti adottati per mantenerlo tale;
  - assicurare sull'uso di tipo statistico delle informazioni.
- *Organizzazione delle domande:*
  - ordinarle secondo criteri logici (partendo da domande facili e impersonali fino a quelle più complesse e delicate);
  - articularle secondo argomenti omogenei.
- *Formulazione dei quesiti:*
  - è opportuno che siano domande che prevedano la risposta a un solo concetto;
  - il linguaggio deve essere chiaro e semplice (può essere utile allegare un glossario).
- *Formulazione delle alternative di risposta:*
  - formulare domande preferibilmente chiuse;
  - prevedere quante più possibili alternative di risposta;
  - inserire l'opzione "altro, specificare" in tutte le domande;
  - evitare il più possibile i "non so".

#### 6.4.6. Focus group

Non esiste una definizione univoca in letteratura dell'espressione "focus group": è una tecnica di rilevazione sociale basata sul gruppo, dove cioè la fonte di informazione non è il singolo, ma un insieme di persone. La differenza fra un gruppo "naturale" e un focus group riguarda essenzialmente l'oggetto di studio: nel primo l'oggetto di studio è il gruppo stesso con le sue dinamiche, mentre nel secondo l'attenzione è posta su qualcosa di esterno, proposto dal ricercatore.

In passato il focus group è stato utilizzato soprattutto nelle fasi esplorative e preliminari della ricerca, in quanto le discussioni possono far emergere delle ipotesi da verificare attraverso un disegno di ricerca. Diversamente, l'uso della tecnica del focus group è particolarmente indicata per scegliere e definire, ad esempio, le aree di indagine di un questiona-

rio o per cogliere problematiche rilevanti per i membri del gruppo, non previste in precedenza.

Ogni individuo ordina la realtà secondo proprie strutture di significato, determinate da fattori culturali ed esperienziali: il focus group, sfruttando l'interazione fra i partecipanti, consente un approfondimento autentico degli stili di pensiero. Questa tecnica è normalmente ben accettata dai partecipanti, che possono esprimersi con grande libertà proprio perché entrano in relazione con persone della loro età, nella loro stessa condizione di malattia, sociale o lavorativa.

I vantaggi di questa tecnica permettono alle persone, attraverso il confronto, di sviluppare una maggiore consapevolezza delle proprie idee, attraverso la richiesta reciproca di chiarimenti.

Gli stimoli esterni possono evocare idee che erano state dimenticate, far emergere nuovi concetti o aumentare la gamma delle opinioni dei partecipanti, portando alla luce più posizioni di quante ne potrebbero scaturire da una serie di interviste.

La tecnica del focus group, oltre ad avere innegabili vantaggi, possiede anche degli svantaggi che devono essere conosciuti e, per quanto possibile, controllati.

Un elemento rilevante riguarda la gestione degli aspetti logistici e organizzativi: non è sempre facile reclutare gruppi interessati e motivati all'esperienza e un luogo comodo e accogliente per la discussione di gruppo.

Pertanto è preferibile utilizzare il focus group quando:

- si è interessati a un fenomeno di cui si hanno poche conoscenze: parlando con le persone direttamente coinvolte si possono raccogliere informazioni fondamentali ai fini dell'analisi;
- si vuole approfondire la prospettiva del gruppo oggetto di studio: le loro idee, ma soprattutto le categorie di pensiero e il linguaggio;
- si devono studiare in profondità fenomeni psicologici o sociali molto complessi: attraverso l'interazione tra i partecipanti, si possono interpretare con maggiore chiarezza e approfondimento le idee e i concetti che guidano certe scelte.

È preferibile, invece, non usare la tecnica del focus group quando:

- le relazioni all'interno del gruppo sono condizionate da conflitti o incomprensioni non risolte: in questo caso gli aspetti di contenuto, relativi alla discussione su un singolo problema, sarebbero influenzati dalla scarsa

qualità delle relazioni dei partecipanti ed eventuali contrapposizioni o irrigidimenti rappresenterebbero una barriera comunicativa insormontabile;

- all'interno del gruppo esistono significative differenze di ruolo e di potere: in questi casi è presumibile che alcune persone non abbiano il coraggio di esprimere con autenticità il proprio punto di vista o di controbattere un'opinione non condivisa;
- il tema oggetto di indagine è relativo alla sfera della privacy: se si adottano gli accorgimenti adeguati, le persone parlano di argomenti privati anche in gruppo, ma naturalmente deve essere garantita la riservatezza delle idee espresse nel focus group.

---

## In sintesi

L'analisi dei bisogni si configura come il **momento di rilevazione** delle necessità educative dell'utenza, che deve essere considerato a tutti gli effetti momento essenziale del processo educativo, propedeutico alle altre fasi del processo. Le principali aree da indagare per l'analisi del bisogno educativo sono:

- area socioanagrafica;
- significato attribuito alla salute;
- modalità nell'affrontare la malattia;
- livello di apprendimento, in generale e sulla malattia;
- livello di responsabilizzazione.

Analisi del bisogno non significa solo analizzare "ciò che manca", ma anche identificare le potenzialità dell'utente e della famiglia.

Nell'analisi del bisogno è necessario integrare le diverse prospettive dell'utente e dell'operatore, costruendo un **contratto negoziale** professionista-utente.

Le principali tecniche di indagine per l'analisi del bisogno educativo sono:

- osservazione partecipante;
  - intervista;
  - consultazione di testimoni qualificati;
  - analisi dell'evento critico;
  - questionario;
  - focus group.
- 

---

## Esercizi di approfondimento e autovalutazione

1. Quali sono le principali aree di indagine nell'analisi del bisogno educativo?
  2. Elaborare le domande per valutare il bisogno educativo di un familiare di un utente colonstomizzato.
  3. Elaborare le domande per valutare il bisogno educativo di un utente tracheostomizzato.
  4. Elaborare le domande per valutare il bisogno educativo di una donna in gravidanza in merito alle patologie del complesso TORCH.
  5. Elaborare le domande per valutare il bisogno educativo di una donna sottoposta a un intervento di isterectomia.
  6. Quali sono i vantaggi/svantaggi della tecnica del focus group nell'analisi del bisogno educativo?
  7. Quali sono i vantaggi/svantaggi della tecnica del questionario nell'analisi del bisogno educativo?
-

# 7

## La progettazione dell'attività educativa

### 7.1. Caratteristiche della progettazione

La fase successiva all'analisi del bisogno riguarda fundamentalmente la definizione degli obiettivi. In questa fase di progettazione dell'intervento educativo l'operatore sanitario deve esprimere la propria competenza educativa trasformando le complesse necessità di cambiamento in obiettivi di apprendimento, ossia traguardi di miglioramento che possono essere raggiunti solo attraverso un processo educativo.

Mentre la fase di definizione del bisogno educativo è determinata dall'integrazione delle diverse dimensioni dell'individuo, la fase di progettazione educativa prevede per l'operatore sanitario responsabilità diverse, in quanto occorre dare forma progettuale ai differenti elementi raccolti nella fase precedente.

I principi che in seguito verranno descritti devono essere interpretati come punti di riferimento, criteri generali da applicare in modo diverso a ogni singola situazione.

La progettazione dell'attività educativa è complessa e contingente, pertanto vale la pena esplicitare e descrivere alcuni tra i momenti più significativi che ogni progetto educativo deve concretizzare.

La sequenza proposta è logica ma non necessariamente temporale:

1. definizione degli obiettivi educativi/di apprendimento;
2. identificazione dei contenuti;
3. scelta delle metodologie;
4. definizione delle condizioni operative: aspetti logistico-organizzativi.

## 7.2. Definizione degli obiettivi educativi

Non è possibile progettare senza avere prima definito gli obiettivi educativi (cfr. scheda 7.1); il passaggio dall'analisi dei bisogni alla definizione degli obiettivi risulta un momento cruciale.

L'operazione di definizione consiste nella formulazione degli scopi e delle finalità misurabili, che offrono le basi per individuare e valutare gli interventi.

La corretta identificazione degli obiettivi permette ai professionisti sanitari di:

- promuovere la partecipazione dell'utente e dei familiari;
- pianificare l'attività educativa in modo realistico, efficace e misurabile;
- condividere all'interno dell'équipe sanitaria le informazioni che riguardano l'utente;
- "lasciare traccia" del lavoro svolto.

### Scheda 7.1. Le caratteristiche degli obiettivi

- **Pertinenti:** esplorano tutti gli aspetti utili a raggiungere lo scopo evitando di utilizzare termini superflui;
- **logici:** non presentano contraddizioni interne;
- **precisi:** descrivono i risultati/comportamenti che la persona deve dimostrare/manifestare;
- **realizzabili:** assicurano che ciò che è richiesto sia effettivamente raggiungibile, in considerazione delle risorse disponibili;
- **osservabili:** attraverso la rilevazione e l'esaminazione;
- **misurabili:** utilizzabili come criteri di verifica;
- **accettabili:** devono essere condivisi dalla persona e dalla sua famiglia.

In primo luogo è importante classificare gli obiettivi in riferimento alle diverse aree di apprendimento:

- **area cognitiva:** relativa a conoscenze, concetti, procedure e principi;
- **area manuale/gestuale:** relativa a capacità operative o manuali;
- **area relazionale:** area particolarmente complessa, che comprende le attitudini e gli atteggiamenti.

Tabella 7.1. Livelli di profondità nelle aree di apprendimento

	Area cognitiva	Area manuale/gestuale	Area relazionale
1	Comprensione, descrizione e memorizzazione	Imitazione dei gesti	Recettività e sensibilità
2	Riconoscimento e interpretazione	Parziale padronanza dei gesti	Comportamento consapevole
3	Soluzione e innovazione	Totale padronanza dei gesti	Interiorizzazione di una modalità di comportamento

La considerazione delle diverse aree di apprendimento, nella definizione degli obiettivi, è importante perché indirizza l'operatore nella scelta delle metodologie più idonee e dei conseguenti criteri di valutazione. All'interno di ogni area, possono essere individuati diversi livelli di approfondimento, verso il risultato ottimale (cfr. tab. 7.1).

Si ritiene opportuno descrivere brevemente gli assunti proposti da Mager (1989, p. 11) per la loro chiarezza e la loro utilità nella pratica, adattandoli al contesto specifico dell'educazione terapeutica.

In primo luogo, per l'autore l'obiettivo è la descrizione di una performance, ovvero di una prestazione o di un risultato atteso che gli utenti devono essere in grado di mostrare per essere considerati competenti (il risultato che il percorso educativo si prefigge).

Per risultare efficace, un obiettivo didattico deve possedere le seguenti caratteristiche:

- **performance:** indicare sempre ciò che l'utente deve essere in grado di fare;
- **condizioni:** descrivere sempre le condizioni entro cui si prevede che la performance si realizzi;
- **criterio di accettabilità:** se possibile, descrivere il criterio di una performance accettabile, specificando con quanta abilità l'utente dovrà comportarsi per essere considerato idoneo.

Infine, si ricorda come sia necessario separare i diversi obiettivi, in quanto a più affermazioni corrispondono maggiori opportunità di chiarire i propositi dall'educatore.

Alcuni suggerimenti pratici, utili per elaborare obiettivi educativi misurabili, sono:

- utilizzare un verbo di azione (cfr. scheda 7.2), che descriva chiara-

mente ciò che l'utente o il parente sarà in grado di fare con basso rischio di interpretazione;

- specificare una sola performance in ogni obiettivo, per evitare ambiguità e confusione;
- prevedere le condizioni entro le quali realizzare la performance;
- prevedere un criterio di valutazione del risultato: livello accettabile di performance o tempi previsti per il raggiungimento.

---

**Scheda 7.2.** Alcuni verbi di azione da utilizzare nella formulazione di obiettivi educativi

- Identificare;
- distinguere;
- risolvere;
- elaborare;
- elencare;
- confrontare;
- contrapporre;
- scrivere;
- applicare;
- collaborare;
- descrivere.

Fonte: Guilbert (2001).

---

Nelle schede 7.3 e 7.4 sono riportati alcuni esempi pratici elaborati da infermieri e ostetriche.

---

**Scheda 7.3.** Esempi di obiettivi di educazione terapeutica elaborati da infermieri

Progetto educativo rivolto a un utente operato di artroprotesi dell'anca:

- *campo cognitivo*: dopo l'incontro con l'infermiere e la lettura dell'opuscolo informativo:
  - descrivere le possibili complicanze postoperatorie dell'intervento, tralasciandone al massimo due;

- identificare le misure idonee da adottare per prevenire le complicanze, tralasciandone al massimo due;
- elencare gli esercizi da eseguire a domicilio per le prime otto settimane dopo l'intervento, tralasciandone al massimo due;
- elencare le misure da osservare per la prevenzione della lussazione, tralasciandone al massimo due;
- *campo manuale/gestuale*:
  - saper svolgere gli esercizi in maniera corretta consultando il materiale a disposizione;
- *campo relazionale*:
  - esternare i propri sentimenti e le proprie preoccupazioni attraverso il dialogo.

Progetto educativo rivolto a un utente portatore di stomia:

- *campo cognitivo*:
  - enunciare le caratteristiche principali di una stomia, dopo gli incontri con l'infermiere, tralasciandone al massimo due;
  - identificare tutte le complicanze precoci e tardive della stomia, dopo gli incontri con l'infermiere;
- *campo manuale/gestuale*:
  - eseguire una corretta pulizia dello stoma e il cambio del sacchetto con l'aiuto del coniuge/partner entro una settimana;
- *campo relazionale*:
  - sviluppare una maggiore consapevolezza dell'importanza della dieta nella regolarizzazione dell'alvo, attraverso gli incontri con l'infermiere, entro un mese.

---

**Scheda 7.4.** Esempio di obiettivi di educazione terapeutica rivolta da un'ostetrica a una donna in menopausa a rischio di osteoporosi

- *Campo cognitivo*: dopo l'incontro informativo con le ostetriche, compilando il test finale con massimo un errore:
  - identificare le principali modificazioni fisiopatologiche che incorrono durante la menopausa;
  - identificare gli interventi preventivi da attuare in riferimento all'osteoporosi;
- *campo manuale/gestuale*:

- eseguire correttamente gli esercizi fisici, dopo la dimostrazione della fisioterapista;
- *campo relazionale:*
  - aderire allo screening per l'osteoporosi, in modo puntuale, dopo il colloquio con l'ostetrica;
  - esternare le eventuali preoccupazioni, attraverso il dialogo con l'ostetrica, al termine dell'incontro informativo.

### 7.3. Negoziazione degli obiettivi con l'utente

La definizione, da parte dell'operatore, di un obiettivo di apprendimento è un elemento fondamentale nella progettualità dell'educazione terapeutica, ma è altrettanto importante che l'obiettivo sia condiviso con la persona in quanto, se ciò non avviene, non è garantito l'impegno con cui la persona si sforzerà di raggiungerlo. Tanto più l'utente crederà che l'obiettivo sia per lui importante e raggiungibile, tanto più egli si impegnerà e l'intervento potrà avere successo.

Le fasi della negoziazione possono essere così riassunte:

- riflettere sull'esistenza del problema, che può essere reale o potenziale;
- motivare l'utente al cambiamento discutendo vantaggi e svantaggi legati alla gestione del problema;
- definire un livello "pertinente" di raggiungimento degli obiettivi in relazione alla situazione dell'utente;
- definire un momento ufficiale di reciproca assunzione di responsabilità e di impegno per le attività future.

### 7.4. Valutazione delle risorse disponibili

Dopo aver stabilito e negoziato gli obiettivi che si vogliono raggiungere, diviene indispensabile considerare altri elementi necessari alla realizzazione del progetto.

Innanzitutto è fondamentale un'analisi della realtà nella quale si opera, intesa sia come ambiente socioculturale sia come istituzione nella quale si è inseriti.

Nella progettazione di un programma educativo, è necessario stabilire le risorse umane e materiali che si hanno a disposizione.

Ewles e Simnett (1992) individuano sette risorse diverse:

1. gli operatori, le loro esperienze, conoscenze, energia e tecniche;
2. le persone che possono fornire aiuto, ossia i colleghi che collaborano alla programmazione;
3. il gruppo di utenti;
4. le persone che influenzano gli utenti: parenti, amici, volontari;
5. i piani programmatori (nazionali, regionali, locali, delle Aziende sanitarie);
6. i servizi e le strutture esistenti: degenze, ambulatori, consultori ecc.;
7. le risorse finanziarie dell'ente promotore o dell'istituzione.

Pertanto, si definisce "risorsa" qualsiasi elemento che faciliti o favorisca il conseguimento degli obiettivi definiti.

Al concetto di risorsa si oppone quello di vincolo, da intendersi come qualsiasi fattore in grado di opporsi o agire da elemento di disturbo rispetto al conseguimento degli obiettivi attesi. L'analisi dei vincoli comporta la possibilità di fornire un elenco di tutto ciò che è definito a priori e non può essere modificato nella progettazione e nell'attuazione dell'intervento educativo.

### 7.5. Progettazione dei contenuti

Il concetto di contenuto è sicuramente uno dei più condivisi, a differenza dei diversi significati che spesso si associano all'idea di programmazione o di valutazione. La nozione di contenuto rimanda senz'altro a quella di informazione: «I contenuti sono le informazioni sulle quali impegnare modalità e stili di apprendimento. Sono i saperi e il saper fare, ma possono anche essere le informazioni che possiamo dedurre (ricorrendo ai metodi attivi) dall'osservazione di quanto i partecipanti vanno facendo o comunicando» (AIF, 1995, p. 206).

È importante analizzare alcuni criteri che vincolano l'introduzione dei contenuti nel progetto educativo:

- progettazione "di massima" dei contenuti: definizione degli argomenti generali da trattare;
- scelta precisa dei contenuti, all'interno dei diversi scenari ipotizzati. Le domande che l'operatore si dovrà porre saranno: «La natura dell'iniziativa implica l'adozione di momenti soltanto esplicativi o an-

che attivi?» “Esistono nel ‘pacchetto’ dei contenuti da trasmettere, argomenti in grado di suscitare, più di altri, atteggiamenti partecipativi?» (ivi, p. 207). La definizione del contenuto è strettamente correlata alla scelta delle metodologie. In questa trattazione risultano separate per fini logico-espositivi, ma nell’operatività sono inscindibili. Si può affermare che la scelta dei contenuti risponde alla questione “che cosa imparare” nell’ambito della disciplina presa in esame, mentre le metodologie sono riferite al “come imparare”, in relazione al destinatario del percorso educativo, alle difficoltà organizzative ecc. Ovviamente, l’atto operativo di educazione/apprendimento si esplica contemporaneamente nei due aspetti;

- elaborazione formale dei contenuti, estrapolando gli argomenti chiave e definendo ordini di priorità dove, insieme agli argomenti enfatizzati, saranno previsti quelli di supporto;
- strutturazione dei contenuti secondo modelli sequenziali o sistemici:
  - sequenziali: rispettando criteri di coerenza lineare, dove alcuni contenuti devono necessariamente precederne altri;
  - sistemici: organizzando i contenuti in diversi moduli che convergono verso l’apprendimento privilegiato dagli utenti o dai familiari (con questo modello è possibile evitare alcuni argomenti). Con l’impostazione sistemica, si cerca di fornire uno spaccato dell’oggetto da apprendere facendo in modo che ogni “pezzo” metta in luce un punto di vista diverso sullo stesso contenuto. Questo modello ha il vantaggio di stimolare processi di apprendimento più originali, poiché le occasioni offerte possono risultare più dinamiche, più tarate sul contributo attivo fornito dai partecipanti al corso.

## 7.6. Scelta delle metodologie

La scelta delle metodologie avviene dopo la definizione degli obiettivi educativi, sulla base della domanda espressa dal “sistema utente”: malato e familiari. Questo comporta, da parte del professionista, la necessità di formulare un progetto coerente con l’analisi del bisogno, ma anche con la situazione organizzativa esistente e le risorse disponibili.

Su un piano teorico, la scelta delle metodologie (che verranno descritte in dettaglio nel capitolo 8) è strettamente correlata all’area di apprendimento (tab. 7.2).

**Tabella 7.2.** Aree di apprendimento e principali metodologie didattiche

	<i>Campo cognitivo</i>	<i>Campo manuale/ gestuale</i>	<i>Campo relazionale</i>
Incontro informativo	+		
Lezione partecipata	+		+
Lettura di opuscoli informativi	+		+
Addestramento		+	
Counseling			+

## 7.7. Progettazione operativa: aspetti logistico-organizzativi

Dopo avere sottolineato come la scelta dei contenuti e dei metodi in relazione agli obiettivi didattici sia un aspetto fondamentale di un progetto formativo rivolto a un’organizzazione, merita ora altrettanto interesse la definizione degli aspetti pratico-operativi, che vengono spesso sotto-stimati: se non opportunamente progettati, essi rischiano di invalidare l’intero processo di educazione.

Possono essere così classificati:

- *articolazione e durata degli incontri*: può essere previsto un solo incontro oppure diversi, in modo continuativo per più giorni. Gli operatori devono valutare attentamente i destinatari e definire tempi di intervento quanto più possibile vicini alle esigenze dell’utenza;
- *sede di svolgimento e setting dell’incontro*: il luogo prescelto deve rispondere a requisiti di funzionalità e comfort in termini di illuminazione, temperatura e comodità. Nel caso di incontro di gruppo, è preferibile che tutti i partecipanti si possano vedere in faccia (utilizzando ad esempio una disposizione a ferro di cavallo o a semicerchio);
- *composizione del gruppo*: l’educazione terapeutica può prevedere interventi rivolti a un singolo utente, come ad esempio durante l’ospedalizzazione in previsione della dimissione. Il gruppo, anche se ristretto, per alcuni aspetti può favorire il processo di apprendimento e nello specifico di responsabilizzazione verso i risultati cui tendere. In relazione alle diverse situazioni e ai diversi obiettivi educativi, può essere efficace progettare interventi con piccoli gruppi di utenti,



prevedendo anche la partecipazione dei loro familiari o di persone significative. Il numero ideale di partecipanti, comunque, non deve superare le quindici persone: se superiore, si creano difficoltà di attenzione e concentrazione e viene osteggiata la conoscenza e la socializzazione;

- *convocazione dei partecipanti*: la convocazione dei partecipanti può essere il primo contatto fra operatore e utente. Lo stile deve suscitare interesse e predisporre positivamente il partecipante nei confronti degli incontri. Secondo la situazione, può essere un appuntamento concordato anche solo verbalmente, ma preciso nei dettagli (dove, come, quando, per quanto tempo, con chi). La forma più corretta, ma non sempre attuabile, è l'invio di una lettera personalizzata in cui vengono descritti gli obiettivi e i contenuti dell'incontro e in cui viene data una serie di informazioni necessarie:

- date e orari;
- luogo;
- eventuali informazioni per raggiungere il luogo;

- *progettazione delle eventuali esercitazioni*: in generale si parla di esercitazione in riferimento a qualsiasi attività didattica che insegna a fare qualcosa. Durante l'esercitazione, l'operatore affida un compito da svolgere ai partecipanti in tempi e modalità predefinite. Esistono diverse tipologie di esercitazioni:

- applicative: attraverso l'esercitazione il partecipante verifica la comprensione dei concetti espressi nell'incontro e stimola la memorizzazione degli stessi;
- soluzione di problemi: il partecipante deve raggiungere un obiettivo predefinito attraverso gli strumenti che gli vengono forniti dall'operatore. Lo scopo è rinforzare le conoscenze acquisite e stimolare la risoluzione creativa dei problemi;

- *documentazione da proporre ai partecipanti*: è necessario dedicare molta attenzione a questo aspetto della progettazione, affinché esso rimanga nel tempo a testimonianza dei contenuti appresi e delle riflessioni fatte. La scelta, rispetto al materiale da distribuire agli utenti e ai loro familiari, può ricadere su libri o singoli brani, oppure su dispense inedite create per il percorso in atto insieme a indicazioni bibliografiche e sitografie per futuri e ulteriori approfondimenti, in base agli interessi e alle curiosità individuali;

- *strumenti didattici*:
  - lavagna a fogli mobili: può essere collocata in diversi punti dell'aula; offre la possibilità di scrivere messaggi e registrare i concetti degli incontri; inoltre, ogni volta che occorre, si può ritornare ai fogli dove sono stati scritti i concetti che si vogliono richiamare;
  - computer: permette l'accesso a Internet, quindi alle banche dati e a un'infinità di siti presenti nella Rete, con crescenti opportunità di interattività da parte dei fruitori. L'uso costruttivo di Internet come strumento didattico implica la disponibilità e la competenza per la gestione delle tecnologie informatiche, oltre che la conoscenza dei siti utili per il problema che si vuole affrontare.

---

## In sintesi

La fase di progettazione educativa si realizza sulla base degli elementi raccolti nell'analisi del bisogno. Nella fase progettuale sono da puntualizzare i seguenti elementi:

- definizione degli obiettivi di apprendimento;
- identificazione dei contenuti;
- scelta delle metodologie;
- definizione delle condizioni operative.

La definizione degli obiettivi è la formulazione degli **scopi** e delle **finalità misurabili**: pone la base per identificare e valutare gli interventi. Le aree di apprendimento cui gli obiettivi educativi si riferiscono sono:

- cognitiva;
- manuale/gestuale;
- relazionale.

Gli obiettivi educativi devono possedere le seguenti caratteristiche:

- performance;
- condizioni;
- criterio di accettabilità.

Gli obiettivi educativi devono essere **negoziati** con l'utenza. Per il raggiungimento degli obiettivi, nella fase di progettazione, è opportuno valutare le **risorse** e i **vincoli**.

---

## Esercizi di approfondimento e autovalutazione

1. Quali sono le caratteristiche principali degli obiettivi educativi?
2. Quali sono i verbi che meno si prestano a diverse interpretazioni nella formulazione degli obiettivi educativi?
3. Elaborare alcuni obiettivi educativi rivolti a una giovane donna diabetica al primo trimestre di gravidanza.
4. Elaborare alcuni obiettivi educativi rivolti a un parente di un utente anziano affetto da lesioni da pressione.
5. Elaborare alcuni obiettivi educativi rivolti a una giovane donna in gravidanza in merito alla prevenzione delle malattie del complesso TORCH.
6. Quali metodologie didattiche sono più pertinenti ai diversi campi di apprendimento?
7. Quali vantaggi garantisce la condivisione degli obiettivi educativi con l'utente?

## 8

# Attuazione del progetto educativo

### 8.1. Caratteristiche generali degli interventi

Come illustrato nei capitoli precedenti, le fasi di analisi del bisogno e di progettazione sono preparatorie alla fase di intervento, dove vengono attuate le diverse modalità di educazione terapeutica. Anche in merito a questa fase, la scelta di approccio sarà strettamente correlata agli obiettivi concordati.

Dalla revisione della letteratura specifica, si è scelto di approfondire alcune modalità attuative nell'ambito dell'educazione alla salute e dell'educazione terapeutica, che rappresentano contributi importanti ed essenziali nell'approfondimento dei principi pedagogici applicati a specifici contesti sanitari.

La gamma degli interventi descritti spazia dai più semplici, come l'informazione orale e scritta, all'addestramento, fino al counseling applicato al cambiamento degli stili di vita (cfr. fig. 8.1).

Stimolare i processi di apprendimento è una sfida che coinvolge in maniera interdipendente sia l'operatore che l'utente. Le diverse modalità di intervento devono sempre consentire all'operatore di connotarsi come facilitatore di apprendimento, consapevole delle aspettative della popolazione di riferimento, degli utenti coscienti di sé stessi e più o meno interessati ad apprendere.

La classificazione potrà sembrare forse riduttiva e con qualche evidente semplificazione, ma ha l'obiettivo di schematizzare aspetti della realtà che non sono così nettamente contrapposti. Se pensiamo all'educazione terapeutica applicata a un caso reale, ad esempio a un giovane diabetico, tutti questi elementi sono integrati, si abbinano e si armonizzano superando la classificazione di sapere, saper fare e saper essere. Diventare autonomi nella somministrazione di insulina è un fattore influenzato da elementi consoci-

**Figura 8.1.** Campi dell'apprendimento e modalità educative più appropriate

tivi e anche motivazionali, come ad esempio la gestione del regime dietetico e l'acquisizione di abilità che vedono strettamente connessi elementi conoscitivi ma anche motivazionali e di interesse.

## 8.2. Incontro informativo-educativo verso il singolo

Trasmettere informazioni verbali all'utente e ai familiari è una delle modalità più utilizzate nell'ambito dell'educazione terapeutica. Questa intervento, anche se talvolta viene attuata in modo avulso dal processo educativo propriamente detto, merita grande attenzione e una progettualità "di minima" che consideri i principali passi sinora descritti (analisi del bisogno, definizione di obiettivi, scelta dei contenuti). I rischi di inefficacia saranno molteplici, se non è chiaro che cosa l'utente ha bisogno di sapere e con quali modalità comunicare le informazioni.

Molto spesso le informazioni necessarie all'utente sono diverse dai contenuti proposti dagli operatori: gli utenti vogliono conoscere quanto più possibile sulla loro malattia, sulle cause, sui sintomi e sulle possibili complicanze, mentre la prospettiva dei professionisti è più orientata alle esperienze precedenti e alla tutela del proprio ruolo. Diversi studi hanno dimostrato come il problema sia tuttora attuale e come le informazioni che vengono date in ambito sanitario siano spesso inadeguate.

L'Audit Commission (1993, p. 24) inglese ha identificato alcuni fattori chiave per garantire la qualità delle informazioni cliniche:

- tempo dedicato alla discussione: il tempo dedicato all'informazione è un elemento sostanziale per garantire una valida interazione e la comprensione da parte dell'utente;
- scegliere il giusto momento: è necessario prendere in considerazione variabili di contesto o emozionali che possono rappresentare una barriera all'informazione;
- supporto: in base a ogni singolo utente è necessario identificare le persone che possono garantire un supporto durante il colloquio;
- evitare messaggi contraddittori: nell'ambito dell'équipe multiprofessionale si può verificare l'eventualità di fornire informazioni contrastanti. Affinché tutti i componenti conoscano il contenuto dei messaggi da comunicare, può essere utile condividere procedure o protocolli;
- essere consapevoli della "vulnerabilità" dell'utente in certe situazioni: occorre evitare di fornire informazioni se non si è in un ambiente idoneo o se l'utente si trova in condizioni psicologiche critiche, come ad esempio svestito o dolente.

## 8.3. Lezione partecipata

Sono numerosi e a volte controversi i concetti che definiscono l'approccio tradizionale della lezione, quale incontro finalizzato allo scambio di informazioni in cui una persona esperta "spiega" e una o più persone ascoltano e apprendono nuove conoscenze. Gli elementi negativi riguardano la strutturazione più centrata sull'operatore che sui partecipanti/utenti o sui familiari, oppure la presunta passività di chi ascolta e il modesto utilizzo dell'attività di pensiero, o ancora l'elevata percentuale di oblio dei concetti trasmessi durante la lezione e l'impossibilità di mantenere un livello di attenzione costante. Questi elementi di critica hanno un loro fondamento, ma rappresentano le caratteristiche peculiari di certe "degenerazioni" della lezione. La classica lezione, intesa come scambio di informazioni, se organizzata secondo presupposti di coerenza sia con il singolo o il gruppo che ascolta sia con gli obiettivi didattici, si caratterizza come un momento importante della relazione educativa e, oltre a trasferire contenuti e informazioni, può rappresentare un autentico veicolo di relazioni positive e migliorative, sia per chi la agisce sia per chi la fruisce.

I principi fondamentali di una lezione nell'ambito dell'educazione alla salute o terapeutica possono essere così riassunti:

- *sono le attese che mobilitano e producono il sapere*: le attese degli interlocutori determinano la proposta di insegnamento. Gli argomenti della lezione risulteranno tanto più stimolanti quanto più coincideranno con il complesso di attese dei partecipanti. Non vi è beneficio se non vi è alcun bisogno: l'analisi del bisogno educativo, come già sottolineato, rappresenta un momento fondamentale dell'intero processo perché, se l'individuo o il gruppo non percepisce alcuna necessità di informazioni e ha forti resistenze al cambiamento, è poco probabile che l'incontro abbia una reale efficacia;
- *la lezione si distingue per la sua unicità e la sua unitarietà (è una storia)*: ogni lezione è un evento unico, che nasce dalla proposta dell'operatore ma si sviluppa solo attraverso il coinvolgimento, l'attenzione e la partecipazione degli utenti;
- *la lezione è caratterizzata da elementi che presentano un certo grado di imprecisione e hanno la capacità di creare differenze*: la lezione troppo "scontata" o troppo "distante" non suscita interesse;
- *la lezione si fonda progressivamente sull'attenzione e sull'ascolto*: si sostanzia sia per il contenuto sia per la relazione; si costruisce mediante la relazione fra i partecipanti; perciò l'operatore deve essere attento a come emotivamente propone la lezione, e anche a come viene accolta la proposta;
- *la lezione è orientata all'accesso a un mondo comune*: il risultato educativo si crea dalla connessione dei partecipanti alla proposta e alla relazione che si instaura con l'operatore. È difficile, quindi, definire il risultato della lezione: ogni partecipante darà a essa un diverso valore e un diverso significato.

Creare le condizioni iniziali è dunque un aspetto importante: presentare brevemente il contenuto, cercando di fare emergere il riconoscimento reciproco delle attese, consente di adattare la lezione a quella particolare situazione.

La lezione assumerà quindi diverse forme, ogni partecipante verrà coinvolto e attraverserà situazioni di ansia, incertezza e disorientamento. Ogni lezione rappresenterà un "unico ordine", che non nascerà solo da contenuti predefiniti, ma anche dalle differenti autonomie decisionali dei partecipanti.

La lezione diventa così un momento dialogico, non solo informativo, dove i partecipanti, l'utente e/o i familiari compiono un proprio percorso di elaborazione, fondato sulla capacità di operare distinzioni. L'attenzione e l'ascolto dell'operatore influenzeranno il rapporto reciproco: la classica affermazione "State attenti" diventerà per l'operatore "Stai attento".

#### 8.4. Addestramento

Per "addestramento" si intende la simulazione di situazioni pratiche, dove una o più persone sono coinvolte per diventare autonome nel compiere un'operazione concreta. L'obiettivo dell'esercitazione pratica riguarda l'acquisizione di autonomia, da parte di un individuo, nello svolgere un'operazione manuale.

Tutti gli operatori sanitari hanno svolto il ruolo di "addestrati", nell'ambito della loro formazione universitaria, ma nell'ambito dell'educazione alla salute e dell'educazione terapeutica dovranno invertire il ruolo diventando a loro volta "addestratori", cioè coloro che educano attraverso esercitazioni pratiche la popolazione di riferimento, l'utente o i familiari.

La competenza pedagogica nell'insegnare ad altre persone l'esecuzione di una tecnica è collegata solo in parte alla capacità di effettuare tale tecnica in modo corretto, rispettando i principi scientifici che la sottendono; esistono operatori in grado di svolgere molti compiti con precisione, ma non altrettanto precisi nell'insegnarli ad altri. In fondo, la riflessione dei professionisti sanitari sulle proprie competenze educative è abbastanza recente, come altrettanto recente è l'introduzione di corsi di metodologie educative nei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

L'addestramento, come anticipato all'inizio del paragrafo, ha quale finalità l'insegnamento di capacità operative a prevalente contenuto manuale (cfr. scheda 8.1).

---

##### Scheda 8.1. Sequenza per l'addestramento ad abilità gestuali semplici

- *Spiegazione*: in questa prima fase l'operatore spiega le operazioni che occorre compiere per realizzare una tecnica in modo corretto, utilizzando

ad esempio i consueti metodi e supporti cartacei con numerose immagini e informazioni;

- *dimostrazione*: dopo avere spiegato i concetti chiave, l'operatore mostra concretamente le azioni da effettuare, facendo attenzione a svolgere lentamente tutti gli atti, focalizzandosi sui passaggi più importanti e commentando le varie azioni. Poiché la maggioranza delle persone coinvolte è neofita, è fondamentale scomporre gli atti in sottofasi omogenee e seguire una progressione lenta e analitica. Al termine della dimostrazione si deve stimolare la formulazione di domande di chiarimento, ponendo alcuni interrogativi all'interlocutore per ottenere un feedback;
- *esercitazione con supervisione*: a questo punto la tecnica deve essere svolta dal paziente o dal parente, identificando eventuali errori e discutendo sulle difficoltà incontrate.

In caso di capacità più complesse, è consigliabile adottare una sequenza che lasci ampio spazio alla discussione, come quella riportata nella scheda 8.2.

---

**Scheda 8.2.** Sequenza per l'addestramento ad abilità gestuali complesse

- *Dimostrazione*: l'operatore esegue lentamente la procedura che vuole insegnare, chiedendo all'utente di osservare con attenzione "immaginando di svolgere lui stesso la tecnica";
  - *discussione*: l'operatore raccoglie il punto di vista del paziente o del gruppo e confronta le eventuali opzioni, al fine di verificare l'avvenuta comprensione specie dei passaggi più complessi;
  - *sintesi/schema*: al fine di costruire una "traccia/struttura mentale" di riferimento, attraverso momenti di riepilogo e sistematizzazione, l'operatore aiuta l'utente a fissare i concetti fondamentali che lo guideranno nell'applicazione pratica;
  - *seconda dimostrazione*: viene dimostrata nuovamente la procedura, in modo da consolidare la traccia mentale e focalizzare l'attenzione sui passaggi più complessi;
  - *esercitazione con supervisione*: la persona svolge la procedura e l'operatore deve correggere eventuali errori o rinforzare le conoscenze o le abilità dimostrate.
- 

In caso di persone esperte che possiedono conoscenze ed esperienze pregresse sulle procedure in oggetto, la sequenza consigliata prevede un'ulteriore variazione, come mostrato nella scheda 8.3.

---

**Scheda 8.3.** Sequenza per l'addestramento ad abilità gestuali in persone che hanno già conoscenze ed esperienze

- *Esercitazione con supervisione*: dopo avere richiamato la tecnica, l'operatore chiede all'utente/discente di provare a eseguire la procedura nel modo ritenuto corretto;
  - *discussione*: l'operatore si confronta con il singolo o con il gruppo sugli elementi condivisi o sugli errori, cercando di identificare le credenze errate che possono compromettere la buona riuscita dell'operazione tecnica. In questo caso il professionista può concentrare la sua didattica solo sugli aspetti più rilevanti che sono emersi, trascurando ciò che la persona sa già fare;
  - *sintesi/schema*: a questo punto l'operatore illustra lentamente la procedura, chiarendo ulteriormente i dubbi emersi nella precedente fase, allo scopo di consolidare le conoscenze acquisite;
  - *dimostrazione*: l'applicazione pratica da parte del professionista viene accompagnata dalla spiegazione dei passaggi meno noti e chiari;
  - *esercitazione con supervisione*: esecuzione pratica finale da parte dell'utente.
- 

In conclusione, si può affermare che (cfr. tab. 8.1):

- ogni attività di addestramento deve essere calibrata sulle caratteristiche dell'utente, valutando attentamente le sue conoscenze pregresse ed eventuali credenze sbagliate in merito alla procedura;
- le persone adulte spesso possiedono già delle conoscenze, che è necessario valutare per proporre eventuali modifiche;
- tra le attività che i professionisti insegnano, esistono gradi diversi di complessità, in base ai quali saranno calibrati i passaggi e i momenti di riflessione;
- se la persona sperimenta nuove abilità, è normale che possa sbagliare ed è perciò importante comunicare la "possibilità di sbagliare" come momento proprio del percorso di addestramento;
- affinché l'addestramento sia efficace, è necessario creare nella persona sia la traccia concettuale dei principi di riferimento (i gesti sono pur

sempre espressione di volontà del pensiero) sia una sufficiente sicurezza nei movimenti;

- è inoltre consigliabile produrre un opuscolo informativo che, attraverso schemi e immagini, possa rappresentare un valido supporto da consultare all'occorrenza.

**Tabella 8.1.** Principali sequenze utilizzate nell'addestramento

Sequenza A	Sequenza B	Sequenza C
Spiegazione	Dimostrazione	Esercitazione con supervisione
Dimostrazione	Discussione	Discussione
Esercitazione con supervisione	Sintesi-schema	Sintesi-schema
	Seconda dimostrazione	Dimostrazione
	Esercitazione con supervisione	Esercitazione con supervisione

## 8.5. Elaborazione di informazioni scritte

A supporto dei diversi interventi educativi, sempre più spesso i professionisti elaborano opuscoli informativi con la finalità di trasmettere informazioni a un gruppo di popolazione coinvolto da una stessa necessità o a un gruppo di utenti che condividono il medesimo problema.

L'informazione scritta è uno degli strumenti "storici" dell'educazione alla salute: il suo impiego nell'educazione terapeutica è altrettanto utile ed efficace.

I vantaggi di questi strumenti riguardano, in primo luogo, la riduzione delle possibilità di fraintendimento, il risparmio di tempo e, infine, l'opportunità di lasciare alle persone un documento che possa essere consultato quando lo si ritiene necessario.

La creazione e la divulgazione di opuscoli informativi devono essere svolte con precisione e accuratezza, prendendo in considerazione il bisogno educativo della popolazione target, i principi di efficacia comunicativa e le modalità di distribuzione.

Infatti se la documentazione informativa prodotta dai professionisti sanitari non è sempre chiara e comprensibile, per gli utenti diventa una modalità di comunicazione inutile.

È necessario inoltre tenere presente che spesso i destinatari sono persone anziane che potrebbero avere un'alfabetizzazione scarsa, compromettendo così la comprensione.

Di seguito si ricordano alcuni degli aspetti più rilevanti nell'elaborazione di opuscoli informativi, richiamando i principi teorici e gli strumenti pratici della Health Literacy (cfr. cap. 4).

### 8.5.1. Il titolo

La scelta del titolo dello strumento scritto non è un aspetto da sottovalutare, poiché può essere utile per motivare i destinatari alla lettura. I professionisti, dopo aver elaborato l'opuscolo e averlo letto attentamente, definendo gli aspetti più caratterizzanti, devono ricercare una parola o una frase che favorisca la motivazione alla lettura e attenui le resistenze, e che non sia troppo esplicita, ma neanche troppo "cifrata", poiché l'utente potrebbe sentirsi poco coinvolto.

### 8.5.2. Il linguaggio

Gli strumenti scritti devono essere elaborati considerando realisticamente le caratteristiche degli utenti a cui sono rivolti, coerentemente con gli obiettivi educativi definiti. Si devono preferire pensieri brevi e parole di uso comune e familiari per gli utenti. Uno studio condotto da Reid *et al.* (1995) su una popolazione di giovani diabetici sottolineò come la comprensione e la memorizzazione di un testo scritto siano strettamente correlate al livello di scolarizzazione e alla ricchezza del vocabolario posseduti dall'utente. Gli autori suggerirono inoltre, in accordo con i principi di andragogia, che le informazioni nuove, per essere apprese, devono creare un collegamento con quelle già possedute, ad esempio "Tua madre ti consiglia di alimentarti con frutta e verdura. Lei ha ragione".

### 8.5.3. Aspetti grafici e redazionali

Nella cura degli aspetti grafici e redazionali sono inclusi la grandezza del carattere, la presenza di spazi bianchi e l'uso delle immagini e del colore. Per una risoluzione ottimale dell'elaborato, i professionisti sanitari possono avvalersi di grafici ed esperti del settore.

#### 8.5.4. Lunghezza

La tendenza è solitamente quella di costruire opuscoli troppo lunghi, poiché è difficile fare una scelta tra le aree tematiche e tutte “potrebbero essere interessanti”. Molti autori ritengono che la motivazione alla lettura e la concentrazione, superata una certa soglia limite, decadano, a discapito della comprensione. La valutazione della lunghezza ideale dell’opuscolo non può basarsi solamente sul numero delle pagine, perché molti altri fattori contribuiscono a determinare tempi diversi di attenzione e/o diminuzione della motivazione, come il contenuto o la struttura formale, l’età e la scolarità dei lettori, il luogo e i tempi di distribuzione.

#### 8.5.5. Tecnica del Questioning

Una strategia efficace per proporre le informazioni è la tecnica del Questioning (cfr. scheda 8.4), con cui si intende l’uso di domande all’interno del testo scritto, ad esempio: “Quali alimenti posso consumare?” anziché “Gli alimenti consentiti sono...” oppure “Chi posso chiamare in caso di bisogno?” anziché “I numeri utili sono...”. La domanda è più efficace perché invita l’interlocutore a rispondere, apre una relazione tra chi scrive e chi ascolta, attiva un processo dialettico; l’enunciato che termina con un punto chiude la riflessione, mentre il punto di domanda la apre. Inoltre, il punto di domanda ha il potere di ridestare l’attenzione di chi legge.

---

**Scheda 8.4.** Esempio di Questioning nell’educazione terapeutica all’utente infartuato

- *Posso usare l’aereo?*

Non vi sono controindicazioni all’uso dell’aereo (la pressurizzazione assicura una pressione di ossigeno paragonabile a quella che si trova a 1.200 m di altezza), a meno che ciò non comporti uno stimolo emotivo eccessivo.

- *Posso andare in montagna?*

La scelta del luogo di soggiorno per le proprie vacanze non è importante, se si seguono alcuni consigli:

- non iniziare un viaggio faticoso prima che siano passati tre mesi dall’infarto;

- evitare l’auto per i viaggi troppo lunghi;
- in montagna non superare mai i 2.700 m (preferire comunque altezze inferiori ai 2.000 m); evitare le scalate o gli sforzi intensi proporzionalmente all’altezza a cui ci si trova e alle condizioni atmosferiche, tenendo conto che quanto più alto si sale, tanto più ridotta dev’essere l’attività fisica. Il buon senso e le sensazioni soggettive devono guidare il nostro comportamento: respiro affannoso, cardiopalmo (imparare a “sentire” il battito del cuore al polso è importante!), sudorazione eccessiva ecc. L’iperteso dovrà controllare la pressione arteriosa ed eventualmente intensificare la terapia anti-ipertensiva;
- al mare evitare lunghe esposizioni al sole (soprattutto dalle ore 12 alle ore 16), nuotate al largo o sott’acqua. Non immergersi se la temperatura dell’acqua è troppo fredda (inferiore ai 20 °C).

- *Posso riprendere l’attività sessuale?*

Una graduale ripresa dell’attività sessuale può risultare favorevole sul piano psicologico anche per coloro che hanno subito un intervento al cuore. Va affrontata in una situazione emotiva quanto più possibile tranquilla e serena: se non controindicati (molto raramente), i rapporti con il partner abituali possono essere ripresi dopo circa tre settimane dall’infarto. Viceversa, eventuali rapporti con partner occasionali carichi di forte emotività è consigliabile siano ripresi più tardivamente.

- *Quando potrò guidare l’automobile?*

Generalmente dopo circa trenta giorni si potrà tornare a guidare, tuttavia è opportuno evitare lunghi viaggi o percorsi cittadini con traffico caotico e stressante, in modo da ridurre ansia e agitazione. Se fosse necessario in seguito effettuare viaggi più lunghi, è consigliabile prevedere un’alternanza nella guida e adeguati periodi di sosta (almeno un riposo di 10/15 minuti ogni 150 km). Evitare, in questi casi, pasti pesanti e soprattutto di mettersi alla guida dopo mangiato.

- *Posso praticare attività sportive?*

Nel soggetto con esiti di infarto del miocardio la pratica di un’attività sportiva deve essere preventivamente discussa con il cardiologo. Bisognerà, comunque, seguire alcune regole:

- non dev’essere di tipo agonistico o effettuata con spirito competitivo;
- l’entità dello sforzo deve essere commisurata al grado di allenamento;
- fermarsi se compare dispnea, cardiopalmo o stanchezza eccessiva;
- controllare la frequenza del proprio polso (la misurazione può essere

effettuata contando il numero di pulsazioni per 15 o 30 secondi e moltiplicando poi il risultato rispettivamente per 4 o per 2: ad esempio, 30 battiti in 15 secondi =  $30 \times 4 = 120$  battiti al minuto); è importante non superare la propria frequenza di allenamento come concordato con il cardiologo;

- dopo uno sforzo intenso programmare una fase di riposo;
- prevedere sempre un periodo di riscaldamento e uno di defaticamento;
- ricordarsi che alcune situazioni ambientali impegnano maggiormente il nostro cuore: vento, freddo, caldo e umidità eccessivi, digestione ecc.;
- alcuni sport possono essere pericolosi per i pazienti in terapia anticoagulante (Coumadin® o Sintrom®), per il rischio di ematomi importanti in caso di traumi;
- sono consigliati il nuoto, la bicicletta (non in salita), la marcia, la corsa a piedi (jogging), il golf, le bocce, lo sci di fondo, la ginnastica a corpo libero, la pesca, la caccia, l'equitazione, il pattinaggio ecc.;
- sono sconsigliati il calcio, il tennis, il judo, il sollevamento pesi, il rugby, il windsurf, la pesca subacquea, il ciclismo in salita ecc.;
- il tennis comporta degli sforzi improvvisi spesso mal tollerati; inoltre implica, anche se inconsciamente, un certo grado di competitività (soprattutto nel singolo).

• *Posso bere alcolici?*

Un po' di vino non è dannoso alla salute, anzi può avere un effetto favorevole (vino rosso) aumentando il colesterolo HDL (quello buono) e rendendo il sangue meno coagulabile, cioè più fluido. Tuttavia non bisogna berne più di un quarto di litro/mezzo litro al giorno, in quanto a dosi superiori compaiono gli effetti tossici. È preferibile inoltre assumerlo ai pasti, poiché le sostanze benefiche in esso contenute vengono assorbite più facilmente durante il processo digestivo. Infine, un altro consiglio: assumerlo con regolarità, evitando di utilizzarlo occasionalmente o solo al fine settimana, soprattutto se a dosi elevate. Evitare i superalcolici, anche se un bicchierino saltuariamente non fa male.

• *Posso bere il caffè?*

La caffeina è contenuta anche in bevande a base di cola. Contrariamente a quanto si crede, il caffè fatto in casa contiene meno caffeina dell'espresso. Inoltre il caffè "lungo" ne contiene di più di quello "ristretto". Non vi sono particolari controindicazioni se si bevono due tazzine al giorno. Da evitare, comunque, nei pazienti con aritmie o che accusano cardiopalmo quando assumono tale bevanda.

### 8.5.6. Variazioni nelle parole e nel ritmo

Una scrittura coinvolgente è fatta di continue variazioni nelle parole, nel ritmo e nello stile; parole che si ripetono o che si somigliano annoiano il lettore, sebbene i contenuti possano essere corretti. Un esempio di quanta energia sappia sviluppare una sapiente variazione di ritmo è il famoso discorso che Martin Luther King tenne a Washington il 28 agosto 1963 (<http://english-zone.com/holidays/mlk-dream.html>, trad. nostra):

Ho un sogno, che un giorno [...] i figli di coloro che furono schiavi e i figli dei proprietari di schiavi sapranno vivere insieme in fratellanza. Ho un sogno, che un giorno perfino lo Stato del Mississippi [...] si trasformerà in un'oasi di libertà e di giustizia. Ho un sogno, che un giorno i miei quattro bambini vivranno in una nazione dove non saranno giudicati per il colore della loro pelle ma per le loro qualità. Ho un sogno.

In questo brano, partendo dal ripetersi di due parole, si aprono grandi orizzonti di riflessione.

### 8.5.7. Attenzione al vissuto della popolazione di riferimento

La malattia è un'esperienza umana complessa e densa di significati che influenzano e determinano la relazione educativa con gli operatori sanitari e gli esiti che questa può avere.

Nello specifico dell'educazione terapeutica, l'intervento consiste nell'aiutare il paziente ad acquisire e mantenere competenze che gli permettono una gestione ottimale della sua vita con la malattia ed è necessaria la traduzione realisticamente operativa dell'interpretazione della malattia che il paziente possiede.

L'italiano potrebbe non essere la prima lingua della popolazione cui si rivolge il programma educativo, pertanto può essere utile produrre opuscoli in diverse lingue (cfr. fig. 8.2).

Oltre a elaborare un opuscolo in linea con il bisogno specifico della popolazione bersaglio, è oltremodo importante gestire la fase applicativa. Il materiale deve essere facilmente reperibile e deve essere identificato il personale responsabile del suo corretto utilizzo e delle revisioni.



Figura 8.2. Esempio di informazione agli utenti cinesi sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse

**怎么预防这些性病?**  
 传播这些病菌可以预防的。  
 在所有类型的性交过程中使用安全套的男  
 性和女性。  
 而不是这些的个人用品 (如牙刷、剃  
 刀、刀片等) 的传染。

**性病的种类**

艾滋病 艾滋病是一种感染，破坏身体的防御即  
 免疫系统。它是由一种病毒引起的。它需要很长时间  
 才能被检测到。它是由一种病毒引起的。它需要很长时间  
 才能被检测到。它是由一种病毒引起的。它需要很长时间  
 才能被检测到。

乙型肝炎和丙型肝炎 这两种肝炎是由病毒引起的。它们可以传播给  
 他人。它们是由一种病毒引起的。它们可以传播给他人。  
 它们是由一种病毒引起的。它们可以传播给他人。



梅毒 梅毒是由一种细菌引起的。它可以通过血液、口水  
 和唾液传播。它是由一种细菌引起的。它可以通过血液、口水  
 和唾液传播。它是由一种细菌引起的。它可以通过血液、口水  
 和唾液传播。

**我可以联系谁?**  
 主要的考虑是你和你的初级保健医生。  
 如果你有过的无保护的性交  
 或处于危险之中，  
 取艾滋病病毒抗体测试!  
**它是免费的!**

你可以去传染病诊所  
 Arcopedile - Spal - Area Cina 福利。  
 HD 门诊室，E楼，11楼。  
 从周一到周五，从08:15到13:30。  
 我们欢迎向病人到馆。

预约也没问题，你可以直接去  
 知道拨打电话号码 0532 236594  
 或浏览网页 [www.esple.it](http://www.esple.it)

**怎么预防性**  
 这张小册子上都有说明，  
 知道的越多，  
 你将有助于预防性病。

UNIVERSITÀ DI VERONA  
 Dipartimento di Scienze della Salute  
 Centro di Prevenzione e Cura delle Malattie Sessualmente Trasmesse

## 8.6. Counseling motivazionale breve

La definizione degli elementi caratterizzanti la relazione tra operatore e utente, nell'ambito dell'educazione terapeutica, è complessa e articolata. Nel senso comune viene sottolineata la sua dimensione informativa: esiste da una parte una persona con conoscenze specialistiche approfondite e dall'altra l'utente, che deve invece acquisire tali conoscenze per gestire al meglio la sua salute.

Vi è un facile passaggio di informazioni e il conseguente apprendimento di nuove modalità comportamentali. In altre parole, l'utente viene istruito dall'operatore e imparerà a comportarsi in modo corretto seguendo i principi che gli sono stati forniti.

Possiamo affermare che questo tipo di relazione funziona sempre? È più efficace in alcune situazioni rispetto ad altre?

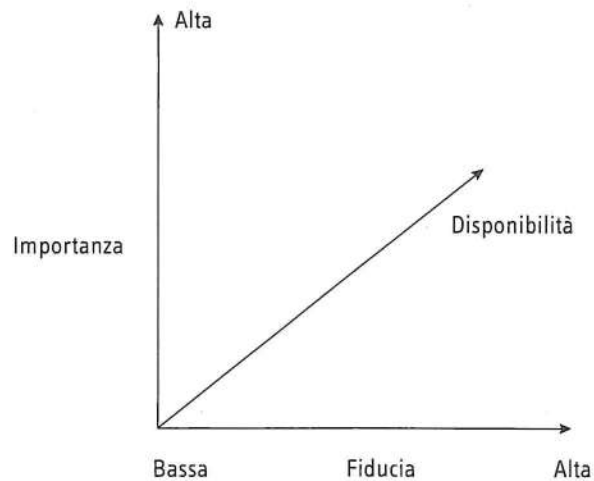
Nella pratica, tutti coloro che possiedono le informazioni sulla promozione della salute le applicano quotidianamente? È sufficiente conoscere gli effetti del fumo sull'organismo per smettere di fumare? Oppure è sufficiente conoscere come incide lo stress nel normale funzionamento di alcuni organi per vivere emozioni positive e limitare lo stress?

La risposta non è univoca: esistono condizioni in cui questo approccio ottiene dei risultati, ma non può per questo essere generalizzato. Vi sono fattori motivazionali che, in diverse occasioni, consentono o impediscono alle persone di agire secondo le proprie conoscenze o di operare un cambiamento nello stile comportamentale.

I pazienti che si rivolgono ai professionisti non sono un gruppo omogeneo, ma hanno differenti livelli di disponibilità al cambiamento caratterizzati da due elementi chiave: l'importanza e la fiducia.

Per *importanza* si intende il valore, ossia la rilevanza che l'utente attribuisce al cambiamento (quanto ne vale la pena e quanto lo desidera veramente); per *fiducia* si intende il livello di certezza e la speranza nell'essere in grado di cambiare (se ritiene di essere capace di farlo e con quali modalità). Ad esempio, un utente cardiopatico in sovrappeso può ritenere importante una giusta alimentazione ma, se ogni giorno deve affrontare pesanti stress sul piano lavorativo e familiare, seguire un corretto regime alimentare può passare in secondo piano; inoltre può ritenere, ricordando i fallimenti precedenti, di non riuscire a modificare le sue abitudini alimentari per un periodo prolungato.

**Figura 8.3.** Relazione tra "importanza" e "fiducia" per la disponibilità al cambiamento



Fonte: Rollnick, Mason, Butler (2003, p. 236).

Nella figura 8.3 vengono illustrate le diverse combinazioni di importanza e fiducia, che creano i vari gradi di disponibilità al cambiamento.

Riuscire a instaurare una relazione autentica, dove da una parte l'utente si senta libero di esprimere i suoi vissuti, le sue paure e le sue opinioni e dall'altra il professionista sia in grado di operare le giuste scelte, nel trasmettere informazioni o aumentare la disponibilità al cambiamento, presuppone abilità di counseling che non possono essere improvvisate.

I concetti chiave del counseling motivazionale breve nell'ambito dell'educazione terapeutica riguardano:

- lo scambio di informazioni;
- la riduzione delle resistenze.

Il passaggio di informazioni dal professionista all'utente rappresenta una parte molto ampia del lavoro.

Lo scambio di informazioni non consiste solamente nel raccontare ad altri le proprie conoscenze specialistiche: è un processo che implica l'uso di un ascolto esperto, domande accurate e interventi al momento giusto.

Nella pratica quotidiana, molto spesso gli scambi comunicativi tra professionista e utente risultano invece autocentranti, a senso unico: il primo si preoccupa di dichiarare quante più informazioni possibili senza fare attenzione agli stati d'animo e agli eventuali stereotipi/pregiudizi che presenta l'utenza, con il risultato che si può ben immaginare. Per tale ragione, l'operatore sanitario deve sviluppare non solo la capacità di esprimere in maniera chiara e semplice le conoscenze che possiede, ma anche la capacità di gestire la componente psicologica della relazione, imparando a riconoscere aspetti cognitivi (idee sbagliate, priorità di interessi ecc.) e aspetti emozionali (ansia, paura, rabbia, frustrazione ecc.) che rappresentano barriere alla comunicazione educativa e utilizzando strategie che riducano le resistenze al cambiamento.

Di seguito verranno descritte alcune strategie che aiutano il professionista in tal senso: derivano da studi sulla comunicazione e dai principi del colloquio motivazionale e non hanno la pretesa di essere esaustive sull'argomento, ma vogliono stimolare riflessioni e curiosità nel professionista sanitario in vista di un cambiamento nella percezione del proprio ruolo.

### 8.6.1. Il metodo centrato sull'utente

Durante la relazione con l'utente, il passaggio di informazioni deve essere accompagnato dall'opportunità di poter fare domande e ricevere un sostegno emotivo. Per una comunicazione efficace, in termini di miglioramento dei comportamenti e in relazione alle problematiche, la discussione approfondita ed esaustiva deve essere garantita.

In altre parole, lo scambio informativo deve essere rivolto verso l'utente, in modo che egli possa esternare le proprie idee e i propri vissuti emotivi, al fine di rinnovare e riorganizzare il proprio punto di vista in base alla sollecitazione offertagli. In caso contrario, tutte le informazioni andrebbero perse per mancanza di accordo o perché non le si ritiene applicabili alla propria realtà.

### 8.6.2. Il colloquio motivazionale

Il principio base del colloquio motivazionale si configura nell'incoraggiare la curiosità degli utenti, i quali vengono sollecitati a fare domande e rifles-

sioni personali sul significato che le informazioni ricevute rivestono per loro. In questa accezione, i fatti vengono presentati in maniera impersonale senza dare giudizi, per poi invitare gli utenti a formulare una loro interpretazione. La sequenza dell'approccio è la seguente: far emergere-fornire informazioni-far emergere. Nella prima fase dell'incontro le persone vengono invitate a esplicitare che cosa vogliono sapere o che cosa ritengono di non sapere in merito a un certo tema; nella seconda fase il professionista deve fornire informazioni mantenendo il più possibile uno stile neutro e non giudicante; nella terza fase l'utente può ristrutturare il proprio bagaglio di conoscenze riflettendo sugli stimoli che gli sono stati forniti.

### 8.6.3. Conoscere e individuare le resistenze

A questo punto, viene affrontato un concetto di natura psicologica ma di assoluta importanza nell'ambito dell'educazione terapeutica, ossia le resistenze al cambiamento.

È abbastanza comune il caso di professionisti sanitari affaticati dalla relazione con utenti che esprimono riluttanza e diniego a ogni tipo di sollecitazione, che rifiutano i trattamenti proposti e vanificano interventi sanitari impegnativi. Situazioni di questo tipo si rivelano in affermazioni quale, ad esempio, "Questi pazienti fanno sempre le stesse domande, vengono loro spiegate le cose, ma poi fanno quello che vogliono. Se dici loro di non mangiare certi cibi o bere certe bevande, ti rispondono che hai ragione ma che non sono in grado di controllarsi".

La resistenza è un atteggiamento che può essere espresso dall'utente, ma anche dagli operatori. Che cos'è dunque la resistenza? La resistenza può essere definita come la corrente elettrica: sorge quando c'è tensione o disaccordo sul cambiamento di comportamento. A volte la resistenza assume la forma di una tranquilla riluttanza, altre volte di un aperto diniego. Altri comportamenti che denotano la presenza di resistenza, forse più difficili da identificare perché meno espliciti, sono interrompere e ignorare, che denotano assenza di ascolto, mancanza di attenzione e volontà di volgere altrove i temi di discussione.

La resistenza può essere causata da un conflitto interiore, qualora nell'utente emergano emozioni contrastanti che gli impediscano di distinguere il giusto comportamento; è il caso, ad esempio, di soggetti portatori di protesi o con deficit motori che vivono il conflitto di voler

vivere una vita normale ma di essere allo stesso tempo terrorizzati dalla paura di non venire accettati. In altri casi, le resistenze possono essere provocate dalla totale mancanza di consapevolezza dell'esistenza di un problema, qualora l'utente adotti comportamenti non salutari. Nell'ambito delle cure domiciliari, ad esempio, vengono trattati dagli operatori sanitari numerosi utenti che in presenza di ulcere diabetiche o da decubito non rispettano i principi di igiene consigliati, non cambiano la medicazione nei momenti previsti o non utilizzano il materiale loro fornito, ritardando così il processo di guarigione – sempre convinti però, di agire correttamente.

Le resistenze non appartengono a un individuo, ma si sviluppano nel rapporto interpersonale: spetta al professionista assumere un ruolo diverso, non limitandosi a osservare le resistenze dell'altro, ma analizzandole attentamente nell'ambito delle relazioni interpersonali. Così come l'utente può modificare le proprie resistenze, anche l'operatore, nella relazione con l'altro, può aumentare comportamenti caratterizzati da attriti, opposizioni, ostilità e riluttanza: lui stesso, in questo caso, ha sviluppato resistenze verso alcuni atteggiamenti sperimentati e subiti durante l'esperienza lavorativa. Se il professionista non possiede gli strumenti concettuali per identificare e gestire queste difficili e faticose relazioni, anziché sviluppare competenza attuerà comportamenti difensivi, come ad esempio aumentare gli stereotipi e i pregiudizi verso certe categorie di utenti: in altre parole, svilupperà resistenze.

Un ultimo concetto, connesso al precedente e non meno importante, è l'assunzione di responsabilità da parte dell'operatore, che è consapevole di avere egli stesso la possibilità di aumentare o diminuire il livello di resistenza dell'utenza che assiste.

### 8.6.4. Gestire le resistenze

Le tre strategie che consentono al professionista di gestire le resistenze e creare le premesse di un cambiamento sono:

1. prendere coscienza del desiderio di autodeterminazione dell'utente: comunemente si parla di autogestione della malattia, o tendenza all'autodeterminazione, in riferimento a utenti con patologie croniche. Oltre alle enunciazioni di principio, è necessario riflettere su quanto questi concetti facciano parte dell'approccio dei professionisti alla relazione

con i propri utenti. Ogni persona è mossa da motivazioni proprie e in questa chiave risulta poco efficace la pratica dei consigli, ossia dire al paziente che cosa deve fare a prescindere da quello che egli pensa. Al contrario, come affermano i principi del counseling, rispondere a un'eventuale resistenza in modo simmetrico aumenta la chiusura, e la logica confrontazionale può inasprire le differenze;

2. *rivalutare la disponibilità, l'importanza e la fiducia*: la valutazione attenta dell'importanza e della fiducia nel cambiamento è fondamentale nella gestione del colloquio (cfr. scheda 8.5); se il professionista si concentra sull'aspetto sbagliato oppure opera una sovrastima o sotto-stima di uno di questi due aspetti, è probabile che il colloquio non porti ai cambiamenti desiderati. In merito all'importanza, è bene sottolineare come, nonostante l'utente o il familiare considerino particolarmente rilevante un elemento di educazione terapeutica, possano però coesistere altri problemi che mettono in secondo piano la possibilità di agire in modo corretto. Ad esempio, nell'educazione terapeutica di un utente colpito da infarto, se la sua paura principale riguarda la possibilità di una recidiva e la morte, sarà difficile per lui concentrarsi su altri elementi, poiché questo è in assoluto più importante degli altri;

3. *utilizzare tecniche di ascolto riflessivo*: per contrastare la modalità di risposta simmetrica alle resistenze dell'utente, la tecnica di ascolto riflessivo è molto efficace. Consiste nel non insistere sulle ragioni del cambiamento in contrasto con le opinioni dell'utente, ma nel "porsi accanto all'utente". Attraverso l'ascolto attivo, il professionista esprime delle affermazioni che dimostrano all'utente che sta comprendendo ciò che comunica e lo stimola a proseguire. L'ascolto riflessivo avviene utilizzando diverse affermazioni, quali ad esempio: "Se ho ben capito...", "Lei crede che...", "Lei si sente..." ecc.

### Scheda 8.5. Strategie ed esempi per gestire i colloqui con gli utenti

#### *Per valutare l'importanza*

- Le chiedo di rispondere attribuendo un punteggio, in una scala dove 0 è "Per nulla importante" e 10 "Molto importante"...
- Quanto è importante per lei...?
- Perché ad esempio 4 e non 0?

- Che cosa dovrebbe accadere per farla passare dal 4 al 7?
- Che cosa le impedisce di passare dal 4 al 7?
- Che cosa possiamo fare noi per farla passare dal 4 al 7?

#### *Per valutare la fiducia*

- Le chiedo di rispondere attribuendo un punteggio in una scala dove 0 è "Per nulla fiducioso" e 10 "Molto fiducioso"...
- Quanto è fiducioso della sua capacità di...?
- Perché ad esempio 4 e non 0?
- Che cosa dovrebbe accadere per farla passare dal 4 al 7?
- Che cosa le impedisce di passare dal 4 al 7?
- Che cosa possiamo fare noi per farla passare dal 4 al 7?

#### *Dare significato al desiderio di autodeterminazione dell'utente*

- Lei conosce molti degli aspetti positivi e negativi di quel problema: ora spetta a lei decidere di quali informazioni ha bisogno.
- Sono d'accordo sul fatto che quello che mi sta dicendo è un grande problema, ma spetta a lei prendere decisioni così importanti. Se ritiene opportuno parlarmi di che cosa ritiene importante sarò qui ad ascoltarla.

#### *Promuovere l'autoefficacia e la responsabilità*

- Capisco, con tutti i problemi importanti che lei deve affrontare in questo momento credo sia difficile seguire il comportamento che noi ci aspettiamo da lei. Ma ciò che mi ha riferito è importante, perché posso capire la malattia dal suo punto di vista.
- Le chiedo di esprimere una lista di aspetti positivi e negativi legati a un certo comportamento.
- Mi dica tutte le strategie che potrebbe utilizzare per riuscire a migliorare...
- Non importa se pensa che siano poco importanti o confuse.

#### *Esprimere perplessità in merito ad alcuni comportamenti in termini generali, senza colpevolizzare l'utente*

- Non riesco a capire, tutte le persone che assumono quel farmaco (o che hanno un determinato comportamento) hanno una sintomatologia diversa. Mi sembra strano, a che cosa può essere dovuto?

*Condividere e valorizzare l'eventuale vissuto di sofferenza senza essere collusivi*

- Posso solo immaginare quanto lei stia soffrendo e quanta fatica debba fare per andare avanti. Credo che bisognerebbe provare anche solo per un giorno...

*Gratificare l'utente dando valore alle cose importanti che sta facendo*

- Ricorda le cose che ritiene di aver fatto bene? Io credo che per tutto questo dovrebbe sentirsi orgoglioso.

---

## In sintesi

Nella fase di attuazione vengono definiti precisamente gli interventi da mettere in atto in coerenza con gli obiettivi, i contenuti e le metodologie individuate.

Le principali modalità attuative del progetto di educazione terapeutica sono:

- **l'incontro informativo/educativo con il singolo:** l'Audit Commission (1993) inglese ha identificato alcuni fattori chiave per garantire la qualità delle informazioni cliniche: tempo dedicato alla discussione, scelta del giusto momento, eventuale presenza di una persona-supporto, assenza di messaggi contraddittori e consapevolezza della "vulnerabilità" dell'utente in certe situazioni;
- **la lezione partecipata:** se organizzata secondo presupposti di coerenza sia con il singolo o il gruppo che ascolta sia con gli obiettivi didattici dello stesso, si presenta come un momento importante della relazione tra l'operatore e l'utente nell'educazione terapeutica che, oltre a trasferire contenuti e informazioni, può rappresentare un autentico veicolo di relazioni positive e migliorative, sia per chi la attua sia per chi la fruisce;
- **l'addestramento:** è una simulazione di situazioni pratiche, dove una o più persone sono coinvolte per diventare autonome nel compiere un'operazione concreta. L'obiettivo dell'esercitazione pratica riguarda l'acquisizione di autonomia, da parte dell'individuo, nello svolgere un'operazione manuale;
- **l'informazione scritta:** è uno degli strumenti "storici" dell'educazione alla salute, il cui impiego nell'educazione terapeutica è altrettanto utile ed efficace. I vantaggi di questo strumento consistono nella riduzione delle possibilità

di fraintendimento, nel risparmio di tempo e infine nell'opportunità di lasciare all'utente un documento che possa essere consultato all'occorrenza;

- **il counseling motivazionale breve:** è uno scambio informativo in cui l'utente può esternare le proprie idee e i propri vissuti emotivi, al fine di rinnovare e riorganizzare il proprio punto di vista in base alla sollecitazione offertagli.

---

## Esercizi di approfondimento e autovalutazione

1. Quali sono le caratteristiche fondamentali di un'informazione efficace in ambito ospedaliero?
  2. Quali popolazioni di utenti possono avere difficoltà a comprendere l'informazione scritta, nell'ambito dell'educazione terapeutica?
  3. Quali sono le diverse sequenze nell'attività di addestramento?
  4. Descrivere brevemente il concetto di importanza e di fiducia nel counseling motivazionale breve.
  5. Formulare alcuni esempi di domande finalizzate a dare significato al desiderio di autodeterminazione dell'utente.
-

# 9

## La valutazione

### 9.1. Il concetto di valutazione

In merito alla valutazione dei risultati dell'attività educativa esiste una vasta letteratura italiana e internazionale che testimonia il profondo interesse dei ricercatori. Nonostante ciò, la sostanziale difformità di definizioni e di metodi operativi esplorati fa sì che anche questa fase non possa essere riconducibile a un unico modello interpretativo.

In linea generale, la valutazione di un intervento educativo è riconosciuta come quell'attività attraverso la quale ricercare e misurare i cambiamenti intervenuti nei partecipanti, alla conclusione dell'esperienza.

I concetti teorico-pratici implicati in questa definizione impongono una riflessione su due aree di interesse.

- *Struttura concettuale*: che cosa si intende per “cambiamento” provocato dall'azione educativa? Il percorso educativo può riguardare obiettivi di sviluppo cognitivo, ma anche ambiti di acquisizione e/o miglioramento delle abilità pratiche e comportamentali, aspetti complessi da definire e valutare in quanto connotati da caratteristiche relazionali e motivazionali difficilmente “oggettivabili”. Quale significato assume il concetto di valutazione mediato dalla didattica tradizionale, se rivolto a una popolazione o a un gruppo di utenti? Il concetto di valutazione deve entrare in tutto il processo educativo oppure limitarsi alla fase finale, rivolta ai partecipanti del percorso? Quali altri fattori possono avere influenzato il cambiamento?
- *Metodologie operative*: chi valutare? Solo i fruitori dell'attività educativa oppure anche il team di operatori che hanno svolto l'attività? Quali strumenti e quali criteri devono essere utilizzati? Quando deve essere misurato il cambiamento? Subito dopo il percorso oppure in momenti successivi?

## 9.2. La valutazione come processo

La prima distinzione da operare, per introdurre il ragionamento intorno alla valutazione, è quella fra valutazione e controllo, dove il concetto di valutazione non è inteso solo come la fase finale del processo educativo.

La dimensione del controllo non riguarda solo l'ultima fase del processo: ogni fase contiene in sé una dimensione valutativa che consente di operare un feedback di ritorno e retroazioni rivolte alle fasi precedenti (cfr. fig. 9.1).

Il controllo analizza il grado di coerenza interna del progetto in tutte le sue fasi:

- fase di progettazione: analisi dei bisogni e pianificazione dell'attività;
- fase attuativa: gestione delle criticità e utilizzo di risorse.

A questo proposito può essere utile riportare una lista di criteri essenziali nella valutazione della qualità di un percorso educativo:

- presenta obiettivi educativi coerenti con l'analisi del ruolo atteso dai destinatari;
- tiene conto delle caratteristiche dei destinatari (taratura sui soggetti e sui loro bisogni di educazione);
- si articola secondo un percorso logico di apprendimento e adotta strumenti corrispondenti al tipo di apprendimento atteso;

**Figura 9.1.** Il controllo e la valutazione nelle fasi del processo educativo



- il progetto coinvolge direttamente i soggetti fruitori dell'educazione;
- i tempi indicati sono congrui agli obiettivi, tenendo presente che la variabile tempo costituisce un vincolo spesso indipendente, su cui non è possibile intervenire efficacemente;
- è disponibile materiale didattico di supporto;
- quando sono impegnati più professionisti, specie se con competenze tecnico-specialistiche diverse, vengono svolte, sotto la responsabilità del coordinatore del progetto, riunioni preliminari per la condivisione, di metodo e di merito, del processo e successivamente a metà e a fine corso (integrazione fra docenti);
- prevede un sistema, quanto più obiettivo, di valutazione dell'apprendimento.

## 9.3. La valutazione in rapporto al bisogno di educazione

Il termine "valutazione" rimanda a una varietà di significati che riguardano sia le caratteristiche della misurazione, con la connessa difficoltà di esprimere quantificazioni di giudizi o valori quanto più vicine all'oggettività, sia la fitta rete di relazioni interpersonali che si attuano nel processo stesso, fra il valutatore e il valutato.

Pertanto, il concetto di valutazione, all'interno di un processo educativo, può indubbiamente assumere valenze diverse, in relazione alla complessità dell'atto stesso, ma non può configurarsi se non in relazione a un obiettivo esplicito e condiviso da tutti coloro che prendono parte al processo educativo.

Per essere tale, la valutazione deve configurarsi come parte integrante di un processo formativo razionale e strutturato, verificato in ogni sua fase e principalmente basato sui bisogni educativi della popolazione di riferimento, degli utenti.

La seguente definizione riassume i concetti chiave riferiti alla valutazione: la valutazione dei risultati è un'attività di ricerca che ha l'obiettivo di misurare il soddisfacimento dei bisogni di educazione, opportunamente rilevati, a seguito dell'intervento educativo realizzato. Può risultare generica, ma serve a sottolineare come i risultati della formazione vadano misurati solo in rapporto all'analisi dei bisogni, effettuata nella prima fase del processo, e dopo un intervento educativo pertinente. In tal senso, la problematica relativa all'analisi dei bisogni si

ripropone e la sua validità diventa fondamentale proprio nel momento della valutazione.

#### 9.4. Aree di indagine della valutazione

Gli approfondimenti che si andranno ad analizzare, descritti nella loro dimensione concettuale e metodologica, non potranno prescindere dall'autentico coinvolgimento dei partecipanti all'esperienza educativa, nella fase di raccolta dati e nella valutazione dei risultati.

Le modalità di valutazione dell'intervento formativo, in riferimento al modello di Kirkpatrick (Kirkpatrick, Kirkpatrick, 1998), possono essere suddivise in (cfr. fig. 9.2):

- *reazioni dei partecipanti*: l'insieme dei vissuti, delle percezioni e dei giudizi suscitati nei partecipanti dall'esperienza educativa, in riferimento a diversi aspetti dell'esperienza stessa (ad es. contenuti, durata, metodi didattici ecc.), nonché l'immagine del percorso educativo in generale;
- *apprendimento/cambiamento*: da un lato, l'insieme degli effetti prodotti nei singoli individui dalla partecipazione al percorso in termini

di miglioramento delle loro conoscenze e capacità; dall'altro, l'insieme degli effetti che questo miglioramento promuove rispetto alla condotta di tali individui;

- *applicazione nella quotidianità delle conoscenze apprese (trasferibilità)*: "sapere" e "conoscere" non sono sinonimi di "fare"; esistono molti fattori psicologici o ambientali che in diverse situazioni possono ostacolare comportamenti coerenti con gli insegnamenti ricevuti. Attraverso questo livello di valutazione, si verifica se il destinatario dell'intervento educativo metta in pratica gli insegnamenti ricevuti;
- *analisi e misurazione degli indicatori di risultato (outcome)*: dati relativi a indicatori clinici, ossia elementi strettamente connessi allo stato di salute, all'evoluzione della patologia e alle sue manifestazioni. Ad esempio, in riferimento a un intervento di educazione terapeutica in un utente portatore di sistema impiantabile, si accerterà l'eventuale comparsa di infezioni locali, di sintomatologia gastrointestinale oppure ostruzione del sistema.

#### 9.5. Il gradimento dei partecipanti

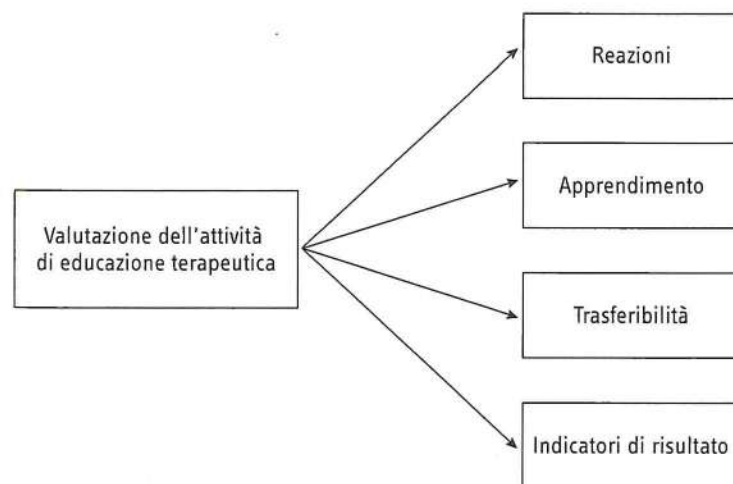
Diverse iniziative educative prevedono, alla loro conclusione, la compilazione da parte dei partecipanti di questionari nei quali è richiesto di esprimere un giudizio sull'iniziativa in termini di chiarezza, utilità, concretezza ecc. Una riflessione attenta può evidenziare come questo tipo di giudizio sia prevalentemente rivolto all'operatore/educatore, se egli abbia operato una giusta scelta dei contenuti, se li abbia esposti in maniera chiara, rispettando i tempi ecc.

Questo tipo di valutazione ha sicuramente un suo valore, ma non entra nel merito, se non in modo indiretto e superficiale, del grado di apprendimento/cambiamento avvenuto nei partecipanti al percorso.

Le motivazioni alla base di questa tipologia di valutazione possono essere due:

1. la difficoltà di valutare l'apprendimento/cambiamento generato dal percorso (raffronto con la situazione preesistente, misurazione delle variabili concomitanti ecc.);
2. l'importanza del rapporto operatore-utente, dove il primo, assumendo un ruolo e la responsabilità di un incarico, deve dimostrare di avere agito con correttezza e professionalità.

Figura 9.2. Livelli di valutazione secondo Kirkpatrick





Le tecniche di raccolta delle reazioni sono semplici, perché semplice è il loro oggetto di indagine, caratterizzato da impressioni, emozioni ecc.

Consapevoli dei limiti e delle finalità della valutazione delle reazioni, non si può certo affermare che sia un'attività da evitare, ma soltanto che ha poco a che fare con la misurazione dell'apprendimento, che è un aspetto più profondo e complesso.

Diverse sono le tecniche utilizzate per conoscere le reazioni dei partecipanti: di seguito saranno illustrate alcune esemplificazioni.

### 9.5.1. Valutazione delle reazioni e delle osservazioni durante l'intervento educativo

Attraverso questo tipo di valutazione, può essere analizzato come ciascun partecipante vive l'esperienza educativa nel momento stesso in cui ha luogo. Le reazioni, nella loro diversità, possono essere riconducibili all'apprendimento in atto: vissuti di conferma e comprensione possono significare una giusta "sintonia", mentre sensazioni di noia o scarsa comprensione rappresentano barriere e vincoli all'apprendimento. L'educatore esperto, durante l'attività educativa, è sempre attento a queste reazioni: senza dubbio la possibilità di capirle è un presupposto fondamentale all'autentica comprensione dell'altro nella relazione educativa.

Un'altra modalità per conoscere le reazioni dei partecipanti è rappresentata dal "diario", scritto dai partecipanti quotidianamente, dove ognuno esprime le proprie osservazioni liberamente.

Questa tecnica, con ogni probabilità, può consentire meglio di altre di individuare più in profondità che cosa ha veramente colpito i singoli partecipanti e che cosa ha suscitato dubbi e perplessità; che cosa ha creato difficoltà, ansia e disagio e che cosa al contrario ha aiutato in vista del raggiungimento degli obiettivi formativi perseguiti (Kirkpatrick, Kirkpatrick, 1998, p. 192).

### 9.5.2. Valutazione delle reazioni e delle osservazioni al termine dell'intervento educativo

Qualora il professionista sanitario ritenga necessario raccogliere informazioni generali e articolate rispetto al corso, anche finalizzate al miglio-

ramento della propria professionalità, può elaborare questionari (articolati in domande aperte, scale di giudizio ecc.) da somministrare al termine del corso stesso. Le medesime perplessità manifestate per le scale di misurazione delle reazioni valgono anche per questo tipo di strumenti, che non sono "valutazioni" dell'apprendimento (anche se nessuno può negare che indirettamente ne esprimano qualche aspetto), ma solo giudizi di "gradimento" formulati dai partecipanti al corso.

L'attendibilità dei dati raccolti è un aspetto critico di questi metodi: si pensi ad esempio ai complessi vissuti e alle ambivalenze che accompagnano sempre le proposte di cambiamento.

La semplicità e la facile applicabilità di questo metodo, però, ne favoriscono il largo utilizzo in diversi ambiti. Un questionario completo, relativo a tutti gli aspetti ed elementi che compongono l'attività educativa, può essere schematizzato nei diversi ambiti di indagine:

- argomenti trattati;
- comportamento dei partecipanti;
- docenza;
- aspetti organizzativi;
- valutazione globale;
- elementi trasversali nel corso.

Nella scheda 9.1 vengono proposti alcuni esempi di domande relative ai diversi ambiti di indagine, finalizzate a indagare il gradimento di una particolare iniziativa di educazione terapeutica.

---

#### Scheda 9.1. Esempi di domande per valutare la reazione dei partecipanti

##### Parte A. Argomenti trattati

- Gli argomenti trattati sono stati approfonditi?
- Gli argomenti trattati sono stati interessanti?
- I contenuti sono stati innovativi?
- I contenuti sono stati pertinenti con gli obiettivi del corso?
- A quali contenuti avrebbe dedicato meno tempo?
- A quali contenuti avrebbe dedicato più tempo?
- Gli argomenti trattati erano troppo complessi?
- Che cosa non è stato spiegato adeguatamente?

## Parte B. Partecipanti

- Compatibilità culturale tra i partecipanti.
- I partecipanti hanno seguito attivamente gli incontri?

## Parte C. Docenza

- Padronanza della materia da parte dei docenti.
- Chiarezza espositiva dei docenti.
- Sintonia dei docenti con il gruppo.
- Attenzione dei docenti alle esigenze dei partecipanti nell'ambito degli obiettivi del corso.
- Grado di integrazione dei docenti.
- Efficacia della metodologia didattica adottata.
- Attinenza dei casi e delle esercitazioni pratiche ai problemi della realtà.
- Validità del materiale didattico adottato (grado di adeguatezza del materiale informativo fornito).
- Gli operatori sono stati disponibili ad ascoltare i suoi dubbi e le sue preoccupazioni?

## Parte D. Aspetti organizzativi

- Adeguatezza degli ambienti utilizzati.
- Adeguatezza dell'informazione ricevuta prima del corso.
- Adeguatezza della durata del corso in relazione agli obiettivi.

## Parte E. Valutazione complessiva

- In quale misura gli obiettivi del corso sono stati raggiunti?
- In quale misura i contenuti del corso sono in concreto applicabili alla realtà?

## Parte F. Elementi trasversali nel corso

- Quali elementi l'hanno favorevolmente o sfavorevolmente colpita?
- Quali sono i punti di forza e di debolezza dell'iniziativa?
- Indicazioni per migliorare i corsi futuri.

---

## 9.6. L'apprendimento dei partecipanti

Nell'ambito dell'educazione alla salute e dell'educazione terapeutica, il livello di valutazione più spesso utilizzato è quello relativo al gradimento,

e la varietà di esperienze maturate nella misurazione delle reazioni o nelle osservazioni sui percorsi, riscontrabili nella letteratura delle professioni sanitarie, ne è una chiara dimostrazione. Questa situazione può essere ricondotta a diverse cause:

- tale ambito di misurazione è più semplice, pertanto è più facile predisporre "procedure formali" per la raccolta dati;
- così come per l'analisi dei bisogni (cfr. cap. 6), la natura propriamente educativa della valutazione dell'apprendimento risulta ancora poco sviluppata.

Lo scopo della valutazione è verificare l'apprendimento della popolazione di riferimento, degli utenti, e non giustificare le scelte dell'educatore.

Quali sono le difficoltà? I contributi alla valutazione dell'apprendimento, nella loro definizione teorica, risultano analoghi ai principi della pedagogia tradizionale, con tutte le complessità che il concetto di valutazione porta con sé: la ricerca nel definire criteri il più possibile oggettivi, la difficoltà a valutare gruppi eterogenei nei requisiti di ingresso, la possibilità di identificare strategie di recupero precoci per chi necessita di tempi di apprendimento più lunghi ecc.

Quando valutare? I momenti della valutazione sono tre:

1. *valutazione iniziale*: serve per verificare ciò che i destinatari sanno già sugli argomenti in oggetto;
2. *valutazione intermedia*: *in itinere*, che serve per verificare se le persone stanno comprendendo e per mettere in atto eventuali azioni di rinforzo;
3. *valutazione finale*: ha lo scopo di verificare l'apprendimento e di valutare l'efficacia complessiva dell'intervento.

La valutazione iniziale permette all'operatore di orientare l'azione educativa verso le peculiari esigenze dei partecipanti, e consiste nel valutare i prerequisiti. Conoscenze pregresse o prerequisiti sono l'insieme dei saperi o delle abilità che il destinatario di un intervento educativo possiede.

L'analisi dei prerequisiti dovrebbe essere svolta in fase iniziale, per verificare il grado di adeguatezza del progetto pianificato e per apportare eventuali adattamenti o modifiche di contenuti o metodi.

La valutazione *in itinere* può essere svolta in maniera più o meno strutturata e consente al professionista di avere dei feedback sull'attività in corso, valutando il grado di comprensione, e soprattutto di attuare le necessarie modifiche.

**Tabella 9.1.** Modalità di valutazione in relazione alle aree di apprendimento

Area	Cognitiva	Manuale/gestuale	Relazionale
Prove	Prova orale o scritta	Prove pratiche e simulazioni	Prove pratiche e simulazioni

In relazione all'attività svolta, la valutazione intermedia si può configurare come una serie di domande relative all'avvenuta comprensione o come un vero e proprio test di apprendimento. I vantaggi delle valutazioni *in itinere* riguardano il fatto che in caso di risultati negativi c'è ancora tutto il tempo per porvi rimedio.

Valutare l'apprendimento finale di concetti o abilità è l'ultimo atto del processo di educazione. La valutazione finale dell'apprendimento, nell'ambito dell'educazione alla salute e dell'educazione terapeutica, è importante per dimostrare l'acquisizione di abilità in termini di autonomia e sicurezza nella gestione di quanto appreso. Questa fase non è comunque da considerarsi come momento conclusivo del processo, commiato dell'incontro educativo, bensì momento di riflessione, di presa di coscienza da parte degli utenti rispetto al percorso effettuato e ai risultati raggiunti.

Nella valutazione finale emergono gli elementi per rafforzare quanto appreso o per riattivare l'intero processo ritornando a una nuova analisi del bisogno.

Come valutare? Gli aspetti maggiormente condivisi, proposti dalla letteratura sull'educazione in ambito sanitario, riguardano:

- la necessità di una completa pertinenza fra gli obiettivi educativi, derivanti dall'analisi dei bisogni, e la valutazione;
- la classificazione di criteri di valutazione in base alle aree di apprendimento che ci si è proposti di sviluppare (cfr. tab. 9.1):
  - cognitivo;
  - manuale/gestuale;
  - relazionale.

### 9.6.1. L'apprendimento cognitivo

Questo aspetto può includere test di indagine iniziali e finali, in modo da limitare l'influenza dei fattori esterni e misurare le nuove acquisizioni come risultanti dell'esperienza educativa.

Valutare significa entrare in relazione con gli individui, all'interno del loro modo di pensare, di sentire e di fare, tenendo conto della dimensione qualitativa, che può essere indagata attraverso l'osservazione, i dialoghi e le interviste.

Nella scheda 9.2 è riportato un esempio di valutazione di apprendimento cognitivo rivolto a bambini diabetici ed elaborato come esercitazione didattica con gli studenti corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Ferrara. La forma utilizzata è la compilazione di un cruciverba, dove il bambino può verificare le proprie conoscenze in una dimensione ludica.

**Scheda 9.2.** Esempio di valutazione di apprendimento cognitivo in un progetto di educazione terapeutica rivolto a bambini diabetici

	<sup>1</sup> I	N	S	U	L	I	N	A		<sup>2</sup> M	E	L	A
		<sup>3</sup> C	A	R	A	M	E	L	L	A			
<sup>4</sup> D	O	L	C	I		<sup>5</sup> L	A	T	T	E			
	I		<sup>6</sup> P	A	T	A	T	I	N	E			
	<sup>7</sup> M	A	E	S	T	R	A		<sup>8</sup> D	I	E	T	A
<sup>9</sup> D	I	A	B	E	T	E		<sup>10</sup> C	I	N	Q	U	E
<sup>11</sup> G	L	I	C	E	M	I	A		<sup>12</sup> P	I	Z	Z	A
	<sup>13</sup> S	P	O	R	T		<sup>14</sup> V	E	R	D	U	R	E
<sup>15</sup> R	I	S	O		<sup>16</sup> G	E	N	I	T	O	R	I	

Di seguito, le definizioni di questo speciale cruciverba:

1. Che cosa deve iniettarsi una persona diabetica per stare bene?
2. Un frutto da mangiare a merenda a scuola.
3. Che cosa deve sempre tenere in tasca da mangiare un bambino diabetico se si sente male?
4. Contiene tanti zuccheri e grassi, ed è meglio mangiarlo una volta ogni tanto, a un compleanno o a una festa.
5. A colazione e prima di andare a letto fa bene bere una tazza di...
6. Se le mangi calde o fredde, fritte o in sacchetto, poi ricordati di non mangiare pasta o pane il pasto successivo.

7. Se a scuola ti senti male, vai a dirlo subito alla...
8. È una parola che significa “giusta alimentazione”.
9. È un disturbo che non fa digerire e impedisce di usare bene lo zucchero che dai cibi passa nel sangue.
10. Quanti pasti al giorno deve consumare una persona diabetica?
11. Un diabetico deve misurarla ogni giorno facendosi una piccola puntura su un dito.
12. Si può mangiare una volta alla settimana: è rotonda e può essere farcita di rosso e bianco.
13. Fa bene ai muscoli, alle ossa, è rilassante e si può stare in compagnia quando lo si pratica...
14. Hanno tante vitamine, spesso sono verdi e i bambini non le vogliono mangiare!
15. Si può mangiare al posto della pasta ed è anche un modo per far vedere agli altri che si è allegri.
16. Se hai dei dubbi, delle domande, delle paure, vai a parlare con i tuoi..., che ti sapranno ascoltare e consigliare!!!

### 9.6.2. L'apprendimento delle abilità manuali/gestuali

In modo particolare in riferimento all'educazione terapeutica, l'acquisizione da parte dell'utente, o del parente, di competenze nell'ambito gestuale è diventato nel tempo un elemento sempre più importante. La gestione di regimi terapeutici complessi, siano essi riconducibili a patologie croniche o acute, presuppone la piena autonomia nella gestione di procedure anche abbastanza complesse, come la rilevazione della pressione arteriosa o della glicemia o trattamenti come la terapia insulinica, la gestione dei sistemi impiantabili o le medicazioni. La valutazione dell'efficacia del trattamento educativo riguardo a un'abilità gestuale può essere effettuata attraverso uno strumento come la checklist. La checklist può essere rappresentata come una scala a tre colonne (cfr. tab. 9.3):

- la prima descrive il comportamento atteso dal soggetto;
- la seconda riporta l'attribuzione del punteggio, qualora il compito sia stato svolto correttamente;
- la terza contiene l'attribuzione di un punteggio pari a zero, se il comportamento non viene eseguito o viene eseguito in modo errato.

**Tabella 9.3.** Esempio di checklist relativa alla misurazione della glicemia con refllettometro elettronico

<i>Comportamento atteso</i>	<i>Eseguito in modo corretto (+1)</i>	<i>Non eseguito (0)</i>
Accende il refllettometro e inserisce la striscia		
Esercita una leggera pressione sul polpastrello da pungere		
Disinfetta il polpastrello		
Punge il dito		
Stringe il polpastrello affinché si crei una goccia di sangue		
Immerge la striscia nel sangue e attende che sia totalmente imbevuta		
Attende un minuto e legge il valore della glicemia		
Registra il dato		
Punteggio ottenuto		
Livello accettabile di prestazione		

### 9.6.3. L'apprendimento relazionale

Valutare le capacità relazionali è un aspetto sicuramente complesso. In primo luogo, la correttezza della valutazione non può prescindere da obiettivi chiari e misurabili, ma l'aspetto più interessante riguarda le modalità della valutazione: in diverse situazioni, infatti, la fase prettamente educativa può coincidere con quella valutativa. Si pensi alle metodologie attive come il role-playing, dove l'esplicitazione del punto di vista individuale diventa il presupposto della discussione e il confronto fra i membri del gruppo è al contempo momento educativo e valutativo. La valutazione, in questo contesto, viene vissuta nella sua accezione dinamica, dove il giudizio non è finale e immodificabile ma diventa il “presupposto fondamentale” per orientare l'azione educativa.

Uno strumento interessante, a questo proposito, consiste in una griglia che suddivide i “messaggi comunicativi” in base a due variabili:

1. tipo di messaggio: una classificazione che va dalla piena positività e dal sostegno fino alla negatività e al conflitto;

2. identità dei membri del gruppo: ogni messaggio viene attribuito ai diversi membri del gruppo.

In seguito, i dati verranno resi noti ai partecipanti e discussi. I temi di approfondimento potranno riguardare:

- il repertorio comunicativo: quali strategie sono risultate più adatte per comunicare nelle diverse situazioni;
- i vissuti: le ragioni, spesso inconsapevoli, che hanno motivato atteggiamenti di apertura o chiusura verso i diversi membri del gruppo.

Un metodo interessante, ma non privo di contraddizioni, è rappresentato dall'autovalutazione, ossia la raccolta – attraverso interviste e questionari – di giudizi espressi dai partecipanti in merito al loro apprendimento.

I metodi di autovalutazione sono diversi:

- il professionista somministra lo stesso questionario all'inizio e alla fine del percorso. Attraverso un'elaborazione statistica complessiva, misurerà poi la "differenza" tra i dati raccolti prima e dopo l'intervento formativo, al fine di far emergere gli ambiti sui quali ha inciso il corso e anche con quale intensità. È implicito che questo tipo di valutazione non permetterà all'operatore di esprimersi sui singoli, ma di conoscere l'eventuale cambiamento operato nel gruppo;
- l'operatore, alla fine del corso, chiede ai partecipanti quali cambiamenti si aspettano nella loro routine di vita; le domande riguardano ciò che i partecipanti ritengono di avere appreso, come cambierà la loro condotta, quali sono gli aspetti più utili ecc. Di solito, dopo due o tre mesi, ripropone le risposte ai partecipanti per verificare che cosa è realmente cambiato. I maggiori dubbi che gravano su questo tipo di valutazione si riferiscono all'attendibilità del metodo, poiché alcuni individui tendono a sopravvalutare le proprie capacità, altri a sottovalutarle. Le stesse capacità vengono percepite in maniera diversa, con valutazioni più esigenti, durante il percorso e alla fine. Ciò potrebbe essere ricondotto alla maggiore autocritica verso le proprie capacità, stimolata dall'attività educativa.

### 9.7. Trasferibilità

La valutazione della trasferibilità ha come oggetto di indagine gli effetti positivi dell'educazione sul piano dei comportamenti indotti da questa.

Consente di esplorare il cambiamento nel modo di operare della persona, e in particolare quali nuove conoscenze vengono applicate nell'agire quotidiano (cfr. scheda 9.3).

Lo slogan per descrivere il concetto chiave di questo livello potrebbe essere "Sapere non è sinonimo di fare!". Infatti, nell'ambito dell'educazione alla salute e dell'educazione terapeutica, la valutazione dell'apprendimento dei concetti e delle abilità manuali non è sufficiente a garantire l'efficacia del processo educativo.

Lo studio di questo livello di valutazione è molto complesso, poiché è estremamente difficile tenere distinti gli effetti dell'educazione dagli altri elementi che condizionano il comportamento delle persone.

In linea di principio, la valutazione della trasferibilità deve essere effettuata almeno a uno-tre mesi di distanza dall'intervento educativo, per dare la possibilità ai partecipanti di applicare quanto appreso (cfr. scheda 9.4). Tale riferimento temporale è tuttavia meramente indicativo e l'attività può essere programmata con altre tempistiche, a seconda delle caratteristiche del progetto educativo.

Il trasferimento nella propria realtà quotidiana di ciò che è stato appreso è influenzato da diversi fattori:

- motivazione;
- riconoscimento del proprio miglioramento;
- clima familiare favorevole;
- collaborazione da parte delle altre persone coinvolte;
- supporto da parte dei professionisti sanitari.

Tale valutazione può essere analizzata e misurata con due diverse modalità:

1. *valutazione diretta*: attraverso la verifica da parte di operatori, familiari o altre persone significative dei comportamenti agiti;
2. *valutazione indiretta*: attraverso l'autovalutazione delle proprie abilità, espressa dal diretto interessato.

La valutazione diretta è caratterizzata dalle osservazioni che i professionisti operano sugli utenti o sui loro familiari, ovvero verificando direttamente quali sono i comportamenti utilizzati. È indubbiamente una modalità oggettiva che riduce al minimo gli elementi di distorsione, ma richiede un notevole impegno organizzativo e pratico in termini di risorse.

La valutazione indiretta viene invece messa in atto chiedendo al destinatario dell'educazione un'autovalutazione del livello di applicazione di ciò che ha appreso. Questa modalità, pur presentando maggiore rischio di distorsione – poiché ciò che viene analizzato è la rappresentazione del fenomeno da parte dell'individuo e non il fenomeno stesso –, ha però caratteristiche più vantaggiose in termini di applicabilità, dal momento che può essere effettuata con semplici modalità quali l'intervista o il questionario.

---

### Scheda 9.3. Temi indagati nella valutazione della trasferibilità

- Aumento delle competenze/abilità;
- capacità utilizzate;
- cambiamenti avvenuti nella realtà quotidiana;
- barriere all'applicazione delle competenze;
- risorse utilizzate.

---

### Scheda 9.4. Esempi di domande per la valutazione della trasferibilità in un intervento di educazione terapeutica

- Quanto valutate, in percentuale, il miglioramento ottenuto nella vostra capacità di gestire i problemi?
  - Come avete applicato quanto appreso?
  - Qual è stato l'impatto di questi sforzi?
  - Quale differenza ha prodotto nella gestione dei problemi quotidiani?
  - Quanto è migliorata la vostra capacità di gestire i problemi in seguito all'intervento di educazione terapeutica?
  - Quanto, nel miglioramento ottenuto, è attribuibile all'attività di educazione terapeutica e quanto ad altri elementi?
  - Quali sono stati i fattori che hanno ostacolato l'applicazione delle nuove abilità?
- 

## 9.8. Analisi e misurazione di indicatori di risultato

La misurazione di indicatori di risultato sull'efficacia dell'educazione terapeutica è un livello di valutazione di grande interesse nella pratica

assistenziale. Rappresenta il risultato finale desiderato dell'intero processo, inteso come progresso dello stato di salute, oppure in caso di patologie croniche come di un miglioramento della sintomatologia, sviluppo di autonomia nella gestione della malattia o assenza di complicanze.

Per "indicatore" si intende un aspetto legato alla qualità dell'assistenza, rilevabile in modo riproducibile (in modo cioè che osservatori diversi ottengano gli stessi risultati) e che è opportuno venga rilevato, elaborato e commentato in modo sistematico; oppure una situazione su cui esiste sufficiente consenso che si verifica quando la qualità dell'assistenza è appropriata. Gli indicatori devono essere essenziali, poiché lunghi elenchi di indicatori confondono: vanno quindi identificati quelli fondamentali e separati da quelli marginali.

La difficoltà maggiore, nel valutare l'efficacia del processo di educazione alla salute e di educazione terapeutica attraverso questa modalità, è tenere distinti gli effetti dell'educazione da altri fattori che possono, mai come in questo caso, condizionare gli elementi che si vogliono monitorare.

Gli indicatori possono essere classificati in diverse categorie, qui di seguito riportate.

### 9.8.1. Dati hard

Per "dati hard" si intendono gli indicatori centrali, costitutivi e organici nella gestione della salute/malattia, manifestazioni concrete e tangibili dell'abilità di autogestione della stessa. Possono essere raggruppati in dati relativi alla condizione di salute, ai costi e ai tempi.

Gli indicatori relativi alla condizione di salute sono diversi e numerosi. Una possibile classificazione comprende:

- segni e sintomi di salute/malattia;
- indici bio-umoriali;
- impatto della malattia sulle attività di vita quotidiana (lavoro, vita sociale, relazioni interpersonali, riposo e sonno, alimentazione ecc.);
- autopercezione del proprio stato di salute;
- adesione al trattamento;
- tono dell'umore;
- sintomatologia ansiosa.

Con riferimento specifico all'educazione terapeutica per un utente portatore di Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG), o sistema impiantabile, alcuni indicatori pertinenti possono riguardare:

- assenza di infezioni locali;
- pervietà del sistema;
- assenza di sintomatologia gastrointestinale.

In un utente che deve assumere terapia farmacologica:

- modalità corrette di approvvigionamento;
- assenza/presenza di errori nell'assunzione e negli orari di somministrazione;
- riconoscimento precoce e gestione degli effetti collaterali.

I costi possono essere:

- costi in materiale;
- costi in personale curante.

I tempi possono essere:

- tempi di effettuazione delle prestazioni o trattamenti;
- frequenza delle richieste di assistenza.

### 9.8.2. Dati soft

I cosiddetti "dati soft" rappresentano gli elementi accessori, aggiuntivi, derivanti dall'attività di educazione alla salute e di educazione terapeutica, pur senza esserne il preciso "bersaglio". Possono essere, ad esempio, la qualità delle relazioni familiari e la relazione con il personale curante.

---

## In sintesi

Il processo di educazione presenta una dimensione valutativa in ogni sua fase, che consente di operare sempre un ritorno alla fase precedente. La valutazione, quindi, non riguarda solo l'ultima fase del processo.

Le principali aree di indagine della valutazione sono:

- le **reazioni dei partecipanti**: l'insieme dei vissuti, delle percezioni e dei giudizi suscitati nei partecipanti dall'esperienza educativa per quanto riguarda diversi aspetti dell'esperienza stessa;

- l'**apprendimento/cambiamento**: l'insieme degli effetti prodotti per i singoli individui dalla partecipazione al percorso in termini di miglioramento delle loro conoscenze e capacità;
- l'**applicazione nella quotidianità delle conoscenze apprese (trasferibilità)**: per verificare che l'utente metta abitualmente in pratica gli insegnamenti ricevuti;
- l'**analisi della misurazione di indicatori di risultato**: dati relativi a indicatori clinici, ossia elementi strettamente connessi allo stato di salute o all'evoluzione della patologia e alle sue manifestazioni.

---

## Esercizi di approfondimento e autovalutazione

1. Che cosa si intende per "valutazione di processo"?
  2. Quali sono i quattro livelli di valutazione dell'attività educativa?
  3. Formulare alcune domande che indagano il gradimento di un'iniziativa di educazione alla salute e di educazione terapeutica.
  4. Costruire una checklist relativa alla misurazione della pressione arteriosa.
  5. Formulare alcuni esempi di domande relative alla trasferibilità degli apprendimenti acquisiti dopo un intervento educativo rivolto all'autogestione della PEG.
-