

L'empowerment come approccio alla diagnosi e intervento educativo per la persona affetta da osteoporosi secondaria.

Studio di caso

Giulia De Gaspari

Educatore Professionale¹

Sinossi: Quanto potere ha una persona nella propria storia di malattia? Cosa può fare l'educatore per sostenerla? I quesiti posti hanno guidato la ricerca che, adottando come filosofia di base l'empowerment, propone una riflessione sull'effettivo potere insito nelle persone che vivono una malattia cronica, oltre che sul contributo che la figura dell'educatore può dare per sostenerle. Il contributo propone una analisi dei risultati di uno studio osservativo di caso che vede come soggetto una persona affetta da osteoporosi secondaria. Attraverso un colloquio mediato dall'utilizzo di strumenti di dialogo, si è tentato di rilevare tratti e caratteristiche di tipo psicologico, sociale ed attitudinale, oltre che il vissuto di malattia, percepiti: si tratta di dati funzionali alla programmazione del lavoro educativo in termini di intervento personalizzato alle persone affette da una patologia cronica. L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato come la persona coinvolta nello studio avesse il potere di agire in senso autoprotettivo, nella misura in cui questa capacità *in potentia* le fosse riconosciuta da chi la sta sostenendo nel percorso di malattia. A questo proposito, il contributo tenta, inoltre, di proporre alcune attività che si ritiene possano aiutare la persona ad esprimere le proprie risorse, svilupparle o divenirne consapevole, al fine di accompagnarla nella presa di potere sulla propria condizione.

Parole chiave: *empowerment, osteoporosi, strumenti di dialogo, persona, educazione*

Abstract: How much power does a person have in his or her own history of illness? What can the professional educator do to support him or her? These questions have guided this research which, adopting empowerment as its basic philosophy, proposes a reflection upon the actual power residing within people living with a chronic illness, as well as upon the support the professional educator can offer them. The paper presents an analysis of the results of a case study which considers a person affected by secondary osteoporosis as subject. Using an interview mediated by communication tools, researcher tried to detect the ill person' perceived traits and characteristics (from a psychological, social and attitudinal point of view), as well as his/her illness lived experience: these data could be used to define an educational project in terms of personalized interventions for people suffering from a chronic disease. The analysis of the collected data highlighted how the person involved in the study had the power to act in a self-protective way, as much as physicians and health équipe could recognize her *in potentia* skill throughout her illness pathway. In this regard, this experience also attempted to offer some strategies that could help the person to express his or her own resources, to develop them or become aware of them, in order to accompany him or her in taking power over his or her condition.

Key words: *empowerment, osteoporosis, communication tools, person, education*

¹ Il contributo presenta una sintesi della tesi di Laurea in Educazione Professionale (LSNT2) conseguita nella sessione di ottobre 2019 presso l'Università di Padova.

Introduzione

L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro che comporta un aumentato rischio di frattura da fragilità (Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro [SIOMMMS], 2016). Data l'asintomaticità, l'osteoporosi viene indicata come "a silent-disease" (Salminen et al., 2019).

Può presentarsi in forma primaria (post-menopausale o senile) e in forma secondaria, quando è determinata da molteplici patologie e/o farmaci assunti che bloccano la mineralizzazione dell'osso (Birdwood, 1995, p. 44); comporta conseguenze debilitanti che impattano sulla qualità di vita (Weston et al., 2011): le fratture osteoporotiche provocano ripercussioni sulla mobilità fisica (Jeihooni et al., 2018) e la persona può presentare alterazioni posturali, contrattura muscolare e scarsa flessibilità articolare (Aloia, 1995, pp. 97-98); l'osteoporosi richiede attenzione in movimenti prima normali (alzarsi/sedersi, lavarsi i denti, guidare, starnutire..) (ibidem, pp. 116-118).

Soffermandosi sull'osteoporosi secondaria, un ulteriore aspetto è la polipatologia, che aumenta il rischio di trascuratezza dell'osteoporosi, influisce su decorso e prognosi (ibidem) e richiede l'adozione di molteplici trattamenti farmacologici (Baccini et al., 2011, p. 23).

"Quanto potere ha una persona nella propria storia di malattia?" e "Cosa può fare l'educatore per sostenerla?" sono i quesiti che hanno guidato la ricerca che ha adottato come filosofia di base l'*empowerment*, definito "il processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute" (WHO, 2012).

Il processo di *empowerment* comprende una dimensione interpersonale e una intrapersonale (Aujoulat et al., 2007): la radice del termine, ovvero *empower*, può essere usata sia transitivamente (l'azione del soggetto è rivolta verso un oggetto, permettendo di conferirgli potere e abilitarlo) che intransitivamente (l'azione è rivolta verso sé stesso) (Labonte, 2010). Nel primo caso "knowledge, valued and power are shared"; nel secondo, l'*empowerment* è un "process of personal transformation" (Aujoulat et al., 2007).

La presa in carico educativa secondo tale approccio vede emergere il potenziale di una persona: per rendere una persona *empowered*, l'educatore dovrebbe massimizzare le abilità di individuare i propri bisogni, porsi e raggiungere obiettivi, elaborare le emozioni e gestire lo stress, pensiero critico e problem-solving, chiedere aiuto, comunicare (ibidem).

Il disegno della ricerca

È stato realizzato presso l'Ambulatorio di Metabolismo Osseo dell'Azienda Ospedaliera di Padova (AOP) uno studio osservativo di caso con la conduzione di un colloquio conoscitivo che ha coinvolto una persona affetta da osteoporosi secondaria: la proposta di colloquio è stata fatta al termine della visita di controllo, informando la persona su finalità, tempistiche e modalità di svolgimento.

Attraverso i dati raccolti, è stata operata un'analisi dei bisogni educativi, quindi la diagnosi educativa, seguita dalla descrizione di una ipotesi di intervento educativo. Nel colloquio sono stati utilizzati strumenti di dialogo carta-matita di tipo qualitativi; le tecniche utilizzate sono la relazione di fiducia (Allen & Bradford, 2004), il dialogo educativo con funzione interrogativa (Bobbo, 2012, pp. 233-234), l'ascolto attivo (Maida et al., 2006, p. 27), l'intervista semi-strutturata (Milani & Pegoraro, 2011, p. 20) e l'osservazione sistematica (Maida et al., 2009, p. 118). Gli strumenti di dialogo miravano a comprendere la quantità e la qualità delle relazioni, il grado di conoscenza della patologia e delle prescrizioni terapeutiche, la giornata-tipo reale e quella desiderata, le cause attribuite all'insorgenza dell'osteoporosi, la qualità di vita di vita percepita e le strategie di apprendimento esperienziali².

Al fine di comprendere la presenza di condizioni attestanti la necessità o l'opportunità di un approccio di *empowerment* per la presa in carico educativa, è stato creato dalla scrivente uno strumento denominato "Il puzzle dell'*empowerment*": consiste in un puzzle i cui pezzi colorati corrispondono ad

² Gli strumenti di dialogo accennati sono utilizzati all'interno del progetto di ricerca P_CARE di Natascia Bobbo. Per approfondimento vedi Bobbo, La diagnosi educativa in area sanitaria, Carocci, Roma, in press.

azioni che, secondo la revisione della letteratura effettuata, rappresentano i principi base che permettono un approccio di empowerment. In questo caso la persona sceglie i pezzi in cui si sente rappresentata e li inserisce. Alcuni pezzi di puzzle sono vuoti: la persona può scrivervi sopra le caratteristiche che sente di possedere e che non vede.

Figura n. 1



Il puzzle dell'empowerment

Analisi della situazione di partenza e definizione dei bisogni educativi

Mara³ è una signora di 72 anni con diagnosi di osteoporosi secondaria da 2 anni, sviluppata a seguito dell'utilizzo prolungato di immunosoppressori e corticosteroidi assunti per il trattamento di epatite autoimmune; presenta crolli vertebrali.

È una persona disponibile e aperta, con buone capacità comunicative e relazionali; fatica a camminare a causa di tre fratture vertebrali. Si dedica alla pittura, allo Yoga e alla lettura, preferendo il genere giallo e i testi d'arte.

Ha uno stretto legame con la figlia e con il marito e la rete sociale appare arricchita dalla presenza di molti legami amicali, accumulati dalla passione per l'arte.

La conoscenza della patologia e delle prescrizioni terapeutiche risulta dettagliata e in questo gioca sicuramente un ruolo-forza il riferito rapporto di fiducia instaurato con i medici. Le informazioni sembrano essere qualitativamente e quantitativamente buone, probabilmente grazie all'elevata capacità cognitiva.

Vorrebbe non dover assumere terapie e ritiene difficile rinunciare alla pittura, in quanto a seguito delle fratture osteoporotiche non può stare in piedi per troppo tempo.

Sembra provare una sorta di stanchezza emotiva che, unitamente alla rinuncia delle proprie passioni, rende difficile, nonostante le risorse presenti, l'accettazione serena della propria condizione, non permettendole di accettare l'immagine di sé, percepire la propria vita di qualità e significare l'esperienza

³ In accordo con le leggi sulla privacy e in conformità al Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", viene utilizzato uno pseudonimo al fine di garantire l'anonimato.

di malattia. L'insieme di tali aspetti probabilmente impedisce a Mara la valorizzazione dei punti di forza e l'individuazione di una strategia migliore che le permetta di dipingere, sostenendo in lei un senso di paura nel condividere ciò che la cronicità delle patologie le provoca emotivamente: ha affermato di non avere un supporto sociale e di non saper comunicare i propri bisogni; non parla delle sue malattie poiché ha paura che queste la deformino. Inoltre, ha ribadito di non possedere il controllo sulla propria condizione, ritenendo che siano le malattie a controllare la sua vita.

Mara ha riferito di adottare lo Yoga come strategia di coping alternativa alla pittura, che, però, se effettuato in maniera sbagliata, può avere delle ripercussioni sullo scheletro osteoporotico a causa della flessione spinale (Sinaki, 2012).

Stando alle considerazioni presentate, i bisogni di Mara potrebbero essere riassunti in bisogno di controllo, di consapevolezza critica (in riferimento alle posizioni di Yoga), di sostegno emotivo, di autoefficacia e di autostima.

Figura n. 2

Mara	
<p>Risorse interne (controllabili)</p> <ul style="list-style-type: none"> -elevata percezione di severità -presenza di un obiettivo personale -consapevolezza dell'identità di malattia (cause e prescrizioni) -considerazione positiva del trattamento -aspettative positive per il futuro -elevata capacità cognitiva -disponibilità al dialogo e al confronto -strategie comportamentali 	<p>Minacce interne (controllabili)</p> <ul style="list-style-type: none"> -non accettazione della propria immagine, da sé sano a sé malato -bassa capacità di percepire e significare l'esperienza di malattia -scarso senso di controllabilità e self-efficacy -strategia di coping (Yoga) non completamente adeguata allo stato di salute
<p>Risorse esterne (non controllabili)</p> <ul style="list-style-type: none"> -clima familiare favorevole -sostegno da parte della figlia -alleanza terapeutica -rete sociale 	<p>Minacce esterne (non controllabili)</p> <ul style="list-style-type: none"> -relazione amicale di confidenza e sostegno interrotta

SWOT Analysis (Torre, 2014)

Definizione degli obiettivi educativi del caso, relative aree di intervento e tempistiche

Le aree su cui si ipotizza l'intervento comprendono quella cognitiva, gestuale e comunicativo-relazionale con la finalità di sviluppare un miglior senso di autocontrollo sulla propria esperienza di malattia, nonché l'equilibrio nel parlare apertamente della malattia al fine di aumentare la qualità di vita percepita.

Gli obiettivi educativi ipotizzati come raggiungibili sono:

- 1- nell'arco di 1 mese, aumentare la conoscenza delle posizioni di Yoga idonee allo stato di salute, nonché la corretta modalità di esecuzione;
- 2- nell'arco di 1 mese, individuare, in collaborazione con il medico e l'educatore, una strategia alternativa allo stare in piedi e attraverso la quale continuare a dipingere nonostante le fratture vertebrali;
- 3- nell'arco di 6 mesi, aumentare la motivazione ad adottare una strategia diversa per dipingere;
- 4- nell'arco di 6 mesi, sviluppare la capacità di chiedere aiuto ai familiari e condividere i bisogni e le emozioni scaturiti dall'esperienza di malattia, affinché trovi un adeguato sostegno affettivo e psicologico;
- 5- nell'arco di 6 mesi, sostenere Mara nel valorizzare e risignificare le esperienze e i fattori positivi appresi nell'esperienza di malattia dell'osteoporosi secondaria.

Considerando lo stato di salute complessivo e la conoscenza non completa (delle sue condizioni) da parte dell'educatore, si ritiene utile approfondire l'immagine di sé acquisita da Mara e verificare la sua condizione fisica attuando, eventualmente, un intervento di potenziamento del sistema muscolare: si tratta di obiettivi operativi per l'équipe curante.

La definizione delle attività educative e delle metodologie

1- Si ipotizza una sessione pratica costituita da due incontri della durata di un'ora e mezza ciascuno, tenuti da un istruttore di Yoga formato, a distanza di circa un mese uno dall'altro. Alla spiegazione teorico-verbale segue la dimostrazione pratica. Inoltre, considerata la passione di Mara per l'arte, l'insegnante utilizza delle fotografie stampate che rappresentano le posizioni di Yoga che può fare nonostante le fratture. Dopo averle mostrato praticamente l'esecuzione, le chiede di ripetere l'esercizio, correggendo eventuali errori. Si ritiene utile consegnare a Mara le fotografie utilizzate.

L'intervento fa riferimento all'insegnamento pratico e alla dimostrazione, un metodo pratico-imitativo il cui approccio metodologico è di tipo attivo. La parte esperienziale, inoltre, è sostenuta dall'utilizzo di materiali visivi (fotografie), una strategia comunicativa di trasmissione di conoscenze pratiche (Bobbo, 2012, p. 83).

2- In seguito alle fratture vertebrali, Mara ha rinunciato alla pittura, nonostante esistano delle alternative per continuare a dipingere. Si ipotizzano tre colloqui educativi della durata di un'ora circa, tenuti dall'educatore in collaborazione con il medico. Considerando le capacità cognitive di Mara e l'interesse per la lettura del genere giallo (enigmi di fondo), nel primo incontro si ipotizza l'utilizzo della lezione frontale riguardante gli accorgimenti posturali da adottare (Bobbo, 2012, p. 83), accompagnata da un supporto visivo (PowerPoint). Nell'incontro successivo, l'intento è di creare le premesse affinché Mara possa individuare delle possibili soluzioni, rinforzando l'abilità di problem-solving. Nello specifico, risulta valido chiederle di fingere di dover organizzare un corso di pittura in cui un partecipante ha una situazione simile alla sua: Mara dovrebbe decidere tra trovare una strategia affinché il soggetto possa partecipare al corso o impedirgli di iscriversi. Utilizzare questo metodo permette anche di valutare se Mara sia effettivamente in grado di trovare una soluzione alla sua situazione. Seguirebbe un incontro tenuto solo dall'educatore: in un'ora circa, si tenta di individuare insieme a Mara la posizione più adatta per Lei per continuare a dipingere, provando praticamente le diverse strategie presentate, magari a casa sua.

3- Mara fatica a sopportare le limitazioni e sembra adattarsi con difficoltà alla situazione, forse perché sono trascorsi appena due anni dalla diagnosi. Si ritiene utile, attraverso il colloquio motivazionale (Miller & Rollnick, 2014, p. 14), accompagnare Mara nel lungo percorso di accettazione di limitazioni e difficoltà che la comorbidità comporta, alleggerendone i costi richiesti.

Mara non potrà dipingere stando in piedi per diverse ore, ma l'obiettivo di dipingere è ciò che sostiene in lei un atteggiamento di aderenza al trattamento: aiutarla ad accettare di dover utilizzare strategie diverse potrebbe comportare anche un miglioramento nella qualità di vita percepita. Annotare in un diario lo stato emotivo provato quando dipinge, potrebbe aiutarla ulteriormente.

4- Mara non parla dei bisogni e delle emozioni legati alla malattia. Tra i legami amicali elencati, nessuno è di tipo confidenziale, così come quello con la figlia. Quest'ultima, in quanto figura significativa nella vita di Mara, si ritiene utile coinvolgerla nel percorso educativo: potrebbe rivelarsi efficace un percorso con lo psicologo al fine di valutare il grado di accettazione della malattia e rielaborare il vissuto emotivo, cercando di facilitare il raggiungimento di un equilibrio⁴ che consenta a Mara di parlare apertamente della malattia, chiedere aiuto e farsi aiutare.

5- Data la volontà di Mara di stare a contatto con le persone, si considera utile darle l'opportunità di confrontarsi con qualcuno che abbia un vissuto di comorbidità e che possa comprendere le difficoltà che sta provando, possibilmente una persona che riesce ad affrontare positivamente la malattia: si potrebbe organizzare un incontro informale in cui si crei l'occasione per aiutare Mara ad esprimere le proprie

⁴ riferito dall'OMS come il passaggio finale nelle reazioni delle persone alla malattia

difficoltà e ad analizzare ciò che potrebbe acquisire dall'esperienza di malattia, oltre che rinforzare la considerazione di sé e delle proprie capacità nell'affrontare la quotidianità.

Nei gruppi di mutuo-aiuto il confronto con altre persone favorisce l'instaurarsi di un meccanismo di identificazione nella storia dell'altro (Nickel et al., 2017): il dialogo con una persona che sia riuscita a cogliere un lato positivo nell'esperienza di malattia, potrebbe permettere un'identificazione benefica e costruttiva. Durante il colloquio conoscitivo Mara ha affermato di non credere nell'efficacia dei gruppi mutuo-aiuto: perciò, in un primo momento, potrebbe essere utile favorire il confronto con una persona sola.

Nonostante le conoscenze di Mara circa la patologia e le prescrizioni, si ritiene opportuno consegnarle un diario illustrativo contenente le informazioni chiave, così che lo possa consultare qualora ne avesse la necessità: è possibile lasciare alcune pagine bianche in cui incollare le fotografie delle posizioni di Yoga idonee e un eventuale programma di esercizio fisico consigliato dal fisioterapista.

Pianificazione pratica

Per la realizzazione del presente progetto educativo si ipotizza che le figure professionali coinvolte siano: l'educatore professionale, il medico di riferimento che ha in cura la signora per l'osteoporosi, lo psicologo, il fisioterapista. Anche la figlia di Mara e una signora che è riuscita ad attivare una reazione positiva alla situazione di malattia, rappresentano una risorsa.

Le risorse materiali, invece, comprendono: fotografie stampate raffiguranti le posizioni di Yoga, videoproiettore, computer, diario e cancelleria di vario tipo. Inoltre, si ipotizza che la realizzazione dell'intervento avvenga presso i seguenti spazi: palestra del comune di residenza di Mara, ambulatorio del Centro Clinico Ambulatoriale (CCA) dell'ospedale di Padova, abitazione della signora, studio dello psicologo, studio del fisioterapista.

Pianificazione della valutazione

Al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi preposti, le modalità con cui si ritiene utile attuare la valutazione sono:

1. a circa tre mesi di distanza dalla sessione pratica di Yoga, risulta utile un incontro di verifica in cui chiedere a Mara di eseguire gli esercizi; l'istruttore compila una check-list registrando la correttezza o meno delle posizioni.

Durante l'esecuzione, potrebbe essere utile video-registrare Mara, sulla base del suo consenso, così da poter successivamente discutere l'adeguatezza dell'esecuzione, insieme all'istruttore. Inoltre, attraverso la somministrazione della check-list utilizzate nel colloquio conoscitivo, si può rivalutare la qualità delle informazioni relative a patologia e prescrizioni terapeutiche.

2. Considerata l'importanza della pittura per Mara, attraverso l'individuazione di una strategia alternativa per dipingere si auspica un miglioramento della qualità di vita. A distanza di circa 6 mesi dall'intervento, si ritiene utile un'intervista semi-strutturata che dia gli spunti per parlare delle proprie passioni. Il tempo indicato è stato ipotizzato per dare il tempo a Mara di incorporare la nuova strategia nella sua quotidianità e aumentare il grado di motivazione. Non è stato indicato un tempo relativamente lungo per evitare, nel caso di inefficacia dell'intervento, un eccessivo deterioramento emotivo. Inoltre, potrebbe essere utile che la figlia indicasse il numero di volte che Mara dipinge e la strategia utilizzata, compilando un'apposita check-list.

3. A distanza di 6 mesi, l'utilizzo di una scala di misurazione della motivazione potrebbe essere efficace per rilevare eventuali miglioramenti. Considerando la motivazione come la risultante di tre componenti (importanza, fiducia, disponibilità), per comprendere il profilo motivazionale potrebbero essere poste, indicativamente, le seguenti domande: "quanto è importante per Lei tornare a dipingere?", "quanto si ritiene disponibile ad adottare una strategia differente per continuare a dipingere?" e "quanto si sente in grado di poterlo fare?" (Miller & Rollnick, 2014, p. 262). Mara dovrà rispondere immaginando di collocarsi in una scala che va da 1 a 10 (1 rappresenta "per nulla"; 10 "moltissimo"): chiedendo maggiori specificazioni sarà possibile circoscrivere in maniera più completa la risposta.

4. La valutazione avviene in collaborazione con lo psicologo; il contributo che l'educatore potrebbe dare consiste nell'utilizzare il "puzzle dell'empowerment" e verificare il cambiamento rispetto alla

condizione di partenza: si presuppone la riuscita dell'intervento nel momento in cui Mara aggiunga al proprio puzzle i pezzi "mi so esprimere e so comunicare" e "ho un supporto sociale", non inseriti nella fase del colloquio conoscitivo.

5. Attraverso lo strumento di dialogo mirante a comprendere le cause e i fattori protettivi appresi nell'esperienza di malattia, confrontato con i risultati ottenuti dallo stesso somministrato nel colloquio conoscitivo, è possibile evidenziare la presenza o meno di un eventuale cambiamento nella risignificazione dell'esperienza di malattia. Anche la ri-somministrazione dello strumento mirante a comprendere la qualità di vita percepita aiuterebbe a valutare un effettivo miglioramento circa la percezione della qualità di vita in relazione alla malattia che caratterizza il vissuto di Mara.

Infine, tramite un questionario di gradimento delle attività appositamente costruito è possibile valutare l'efficacia dell'intervento realizzato e il grado di soddisfazione percepito da Mara, utile anche come punto di riferimento per la realizzazione di altri interventi. La ri-somministrazione degli strumenti utilizzati nel colloquio conoscitivo si ritiene utile in quanto permette di effettuare un confronto con la situazione di partenza.

Riflessioni sull'esperienza osservata

Dalla storia di Mara, unitamente all'analisi di un'altra esperienza effettuata, si evince che le persone che vivono una malattia cronica hanno potere di agire in maniera responsabile, se tale capacità viene in loro riconosciuta e possiedono le abilità che garantiscono un approccio di empowerment, nonostante non sempre siano in grado di sfruttarle per far fronte agli eventi stressanti, come una patologia cronica (Rappaport, 1987 in Dallago, 2006, p. 37).

La presa in carico educativa secondo un approccio empowerment consiste nell'agire sulla base dell'idea che tutte le persone siano "potenzialmente competenti" (Dallago, 2006, p. 41): per questo motivo, la proposta di intervento educativo presentata muove verso il raggiungimento dei prerequisiti utili allo sviluppo di un approccio di empowerment alla diagnosi.

Si è tentato di progettare un processo di *empowering* che permettesse a Mara di divenire consapevole delle proprie risorse e capacità per poi svilupparle sostenendo la già presente partecipazione attiva: le attività educative, che qui sono state solo ipotizzate, se applicate potrebbero, in linea di principio, rendere Mara *empowered* (Chen et al., 2016). A questo proposito risulta sicuramente limitante la non reale attuazione dell'intervento educativo: sarebbe stata una chiave di lettura necessaria a verificarne l'effettiva utilità nella presa in carico educativa.

Bibliografia

- Allen, E. I., & Bradford, M. I. (2004). *Il colloquio intenzionale e il counselling* (Scilligo, P., Trad.). Roma: Editrice LAS.
- Aloia, J. F. (1995). *Atlante a colore di osteoporosi*. Milano: Mosby-Year Book Doyma Italia.
- Aujoulat, I., D'Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66: 13-20.
- Baccini, M., Bernabei, R., Marchionni, N., & Paci, M. (2011). *Riabilitare la persona anziana*. Milano: Elsevier.
- Birdwood, G. F. B. (1995). *Understanding osteoporosis and its treatment: a guide for physicians and their patients*. New York: The Parthenon Publishing Group.
- Bobbo, N. (2012). *Fondamenti pedagogici di educazione del paziente*. Padova: Cleup.
- Chen, J., Mullins, C. D., Novak, P., & Thomas, S. B. (2016). Personalized strategies to activate and empower patients in health care and reduce health disparities. *Health Education & Behavior*, 43(1): 25-34.
- Dallago, L. (2006). *Che cos'è l'empowerment*. Roma: Carrocci.
- Jeihooni, A. K., Fasaei, I. F., Kashfi, S. M., Khiyali, Z., & Mobasheri, F. (2018). Quality of life in patients with osteoporosis people. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 28(4): 205-210.

- Labonte, R. (2010). Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. In Black, J. M., Furney, S., Graf, H. E., & Nolte, A. E. (A cura di). *Philosophical foundation of health education*. U.S.: Jossey-Bass.
- Maida, S., Molteni, L., & Nuzzo, A. (2009). *Educazione e osservazione. Teorie, metodologie e tecniche*. Roma: Carrocci faber.
- Maida, S., Nuzzo, A., & Reati, A. (2006). *Il colloquio nella pratica educativa*. Roma: Carrocci faber.
- Milani, P., & Pegoraro, E. (2011). *L'intervista nei contesti socio-educativi: una guida pratica*. Roma: Carrocci.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.
- Nickel, S., Trojan, A., & Kofahl, C. (2017). Involving self-help groups in health-care institutions: the patients' contribution to and their view of self-help friendliness' as an approach to implement quality criteria of sustainable co-operation. *Health Expectations*, 20(2): 274-287.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment /exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. In Dallago, L. (2006). *Che cos'è l'empowerment*. Roma: Carrocci.
- Salminen, H., Piispanen, P., & Toth-Pal, E. (2019). Primary care physicians' views on osteoporosis management: a qualitative study. *Archives of Osteoporosis*, 14(1): 48.
- Sinaki, M. (2012). Exercise for patients with osteoporosis: management of vertebral compression fracture and trunk strengthening for fall prevention. *PM&R*, 4: 882-888.
- Torre, E. M. (2014). *Dalla progettazione alla valutazione. Modelli e metodi per educatori e formatori*. Roma: Carrocci.
- Weston, J. M., Norris, E. V., & Clark E. M. (2011). The invisible disease: making sense of an osteoporosis diagnosis in older age. *Qualitative Health Research*, 21(12): 1692-1704.

Documenti e leggi

- Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196. "Codice in materia di protezione dei dati personali" (*Gazzetta Ufficiale* 29 luglio 2003, n. 174).
- Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello Scheletro [SIOMMMS]. (2016). Linee guida per la diagnosi, la prevenzione ed il trattamento dell'osteoporosi. *Reumatismo*, 68(1): 1-42.
- World Health Organization [WHO]. (2012). Health promotion glossary (Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute [DoRS], Trad.). *Disponibile in: https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf* [2 aprile 2019]. (Lavoro originale pubblicato nel 1998).