

Opportunità di Salute sul luogo di lavoro

Strategie, competenze e strumenti per la promozione di stili di vita salutari

Seconda parte

1. Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento.....	2
2. Interventi in contesti opportunistici: la trasversalità delle competenze di base del counselling	9
2.a. Gli interventi brevi	9
2.b. Il valore aggiunto della relazione	12
2.c. L'intervento o colloquio molto breve nello schema processuale della relazione	20
2.d. L'intervento o colloquio breve (minimal advice) nello schema processuale della relazione.....	23
2.e. L'intervento motivazionale per l'attivazione e il sostegno al processo di cambiamento	28
3. Interventi clinici di provata efficacia per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo e di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol.....	33
3.a. L'intervento per la cessazione dell'abitudine al fumo.....	34
3.b. L'intervento per il consumo rischioso e dannoso di alcol	42

1. Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento

La complessità del cambiamento comportamentale

Gli interventi di prevenzione e promozione della salute per essere efficaci devono prevedere strategie integrate, finalizzate a cambiamenti complessi dei comportamenti, delle cognizioni che li sostengono e del contesto in cui si realizzano.¹ In considerazione della complessità che il cambiamento comportamentale pone, i processi di *empowerment* utili per effettuare scelte di vita salutari possono essere sostenuti da interventi a diversi livelli:

1. attraverso informazioni, indicazioni e supporto da parte degli operatori della rete territoriale di riferimento;
2. dalla partecipazione a gruppi di confronto su proposta degli stessi operatori;
3. da opportunità e condizioni esterne in carico alle amministrazioni locali che possano facilitare le scelte salutari.²

Al primo livello è fondamentale la presenza di operatori con competenze comunicativo-relazionali e di *counselling* ([vedi capitolo 2](#)), formati all'attivazione dei processi motivazionali; per il secondo servono spazi attrezzati presso ambulatori e centri, e operatori formati alla facilitazione dei gruppi; per il terzo sono necessarie collaborazioni di rete tra enti e professionisti, nonché la condivisione di risorse e responsabilità da parte delle istituzioni, secondo un approccio intersettoriale.^{1,3}

I diversi modelli teorici

In letteratura è possibile identificare diversi modelli teorici, elaborati nel corso degli anni, che hanno tentato di spiegare il cambiamento del comportamento. Alcuni sono stati formulati a partire dall'idea che le cognizioni (conoscenze, credenze, valori) possano essere i principali determinanti delle azioni messe in atto dagli individui (orientamento socio-cognitivo), mentre altri hanno enfatizzato il ruolo del livello ambientale e approfondito l'analisi del rapporto tra contesto e comportamento. Pertanto, il cambiamento comportamentale è stato studiato attraverso l'analisi delle tre dimensioni fondamentali che possono incidere sui processi di cambiamento: comportamento, cognizione e contesto ([Tabella 1](#)).⁴

Tabella 1. Le tre dimensioni del cambiamento

Il comportamento	Ciò che le persone fanno, le loro azioni
La cognizione	Ciò che le persone pensano, percepiscono, ricordano, ciò in cui credono, il modo in cui definiscono e considerano la realtà e le proprie attività. Sono esempi di cognizione le conoscenze, gli atteggiamenti, le convinzioni, ma anche le percezioni, le opinioni, i valori personali e culturali, le credenze religiose
Il contesto	L'ambiente culturale, fisico, sociale, emotivo e psicologico con il quale le persone si rapportano e che determina i fattori che possono favorire o ostacolare il cambiamento. Fanno parte del contesto anche le norme e le leggi che regolano le dinamiche sociali

Nessuno dei modelli teorici che sono stati elaborati riesce a tenere in considerazione, in una visione organica, tutti i fattori implicati nel cambiamento, ma i singoli modelli sono in grado di focalizzarsi sui diversi aspetti comportamentali e quindi rappresentare la complessità dei processi di cambiamento. In generale, i modelli che hanno considerato allo stesso tempo livelli differenti e le diverse dimensioni sono risultati più efficaci nel comprendere le dinamiche sottostanti le azioni.⁵

Il “modello transteorico degli stadi del cambiamento”, elaborato da Prochaska e Di Clemente all'inizio degli anni '80, nasce all'interno dell'approccio socio-cognitivo e rappresenta un esempio di analisi comparata delle principali teorie di psicoterapia e modificazione del comportamento allo scopo di integrarle in modo sistematico. Lo scopo originale era quello di integrare queste molteplici teorie in un modello flessibile e aperto, applicabile in numerosi contesti e per diverse problematiche e in grado di abbracciare tutte le fasi del cambiamento, dall'acquisizione di consapevolezza del problema fino alla sua risoluzione.^{1,4,6-8} La dimensione temporale e l'aspetto processuale delle azioni messe in atto dagli individui,

non considerati nei modelli precedenti, rappresentano, invece, una caratteristica fondamentale delle teorie stadiali o processuali alle quali si ispira il modello transteorico.⁹

Anche le teorie elaborate per spiegare la messa in atto di comportamenti salutari si sono modificate nel corso del tempo, fino ad arrivare a considerare il fenomeno come profondamente influenzato da una molteplicità di fattori, riguardanti aspetti sia “micro” (livello individuale) sia “macro” (livello familiare, comunitario, istituzionale, socio-culturale, economico e politico).¹⁰ Pertanto, i processi e i sistemi che caratterizzano la promozione della salute non possono essere rappresentati in un'unica teoria, in grado di spiegare tutti i complessi fenomeni compresi in questo ambito.¹

Il modello transteorico degli stadi del cambiamento^{1,4,6-8}

Il modello transteorico degli stadi del cambiamento (MT), propone un approccio esplicativo completo e multilivello in quanto tiene conto degli aspetti temporali e dinamici del cambiamento. L'originalità consiste appunto nel non considerare i precursori, gli antecedenti del cambiamento, ma solo il suo divenire nel tempo. Il modello descrive, infatti, il cambiamento comportamentale come un percorso dinamico che avviene secondo una sequenza ciclica (gli stadi o fasi del cambiamento) e non tramite un singolo evento, dove il progresso da una fase all'altra è guidato da passaggi specifici. La diffusione del modello si deve alla sua capacità di sintetizzare e rendere fruibile ai professionisti sanitari un costrutto complesso come il cambiamento, individuandone con chiarezza i processi, gli stadi e i fattori psicologici coinvolti.

Storicamente, il tentativo di collegamento tra le prospettive esistenti è stato applicato da Prochaska e da altri ricercatori per descrivere e affrontare la cessazione dei comportamenti di dipendenza, con un particolare riferimento al fumo. Più di recente, il modello è stato utilizzato per prevedere l'adozione di comportamenti che promuovono la salute. Nel corso del tempo è stato applicato, quindi, a una vasta gamma di comportamenti problematici come fumo, devianza, alcol, problematiche relative all'infezione da HIV e all'AIDS, controllo del peso, sedentarietà e gestione dello stress. È stato, invece, meno utilizzato in ambito psicoterapeutico nelle situazioni più complesse.

Gli assunti di base del MT sono:

- non è sufficiente una singola teoria per spiegare la complessità del processo di cambiamento, mentre un modello adeguato può nascere solo dall'integrazione tra le principali teorizzazioni in ambito psicologico;
- il cambiamento comportamentale è un processo che si articola nel tempo attraverso una sequenza di stadi;
- gli stadi sono stabili e aperti, come i fattori di rischio comportamentale, che sono stabili e nello stesso tempo aperti al cambiamento;
- la maggior parte dei soggetti appartenenti a una determinata popolazione a rischio non è pronta per una fase di determinazione o di azione verso il cambiamento, questo fa sì che i tradizionali programmi preventivi orientati all'azione risultino inefficaci;
- per ogni stadio di propensione al cambiamento vanno applicati specifici processi e specifici principi di modificazione comportamentale.

Secondo tale modello, solo l'attivazione di processi cognitivi-esperienziali (legati all'aumento di consapevolezza e alla spinta motivazionale) fa sì che le parole e gli sforzi dell'operatore con cui l'individuo sta intraprendendo un percorso di cambiamento abbiano successo, e gli consentano perciò di progredire.

I costrutti fondamentali del modello transteorico^{1,4,6-8}

Il modello transteorico è basato su tre dimensioni fondamentali: gli **stadi del cambiamento**, i **processi di cambiamento** e i **fattori psicologici**.

- Gli **stadi del cambiamento** ([vedi dopo](#)) rappresentano sia la fase temporale sia la descrizione delle caratteristiche comportamentali della persona in quella fase. Lo stadio viene individuato considerando l'intenzione di modificare il comportamento nei sei mesi che seguono il momento della valutazione.
- I **processi di cambiamento** ([vedi dopo](#)) si identificano con le strategie comportamentali messe in atto dalla persona per progredire da uno stadio all'altro del cambiamento. Si tratta, quindi, di meccanismi personali che permettono all'individuo di cambiare modo di pensare, di sentire e di agire riguardo a un suo comportamento inadeguato.

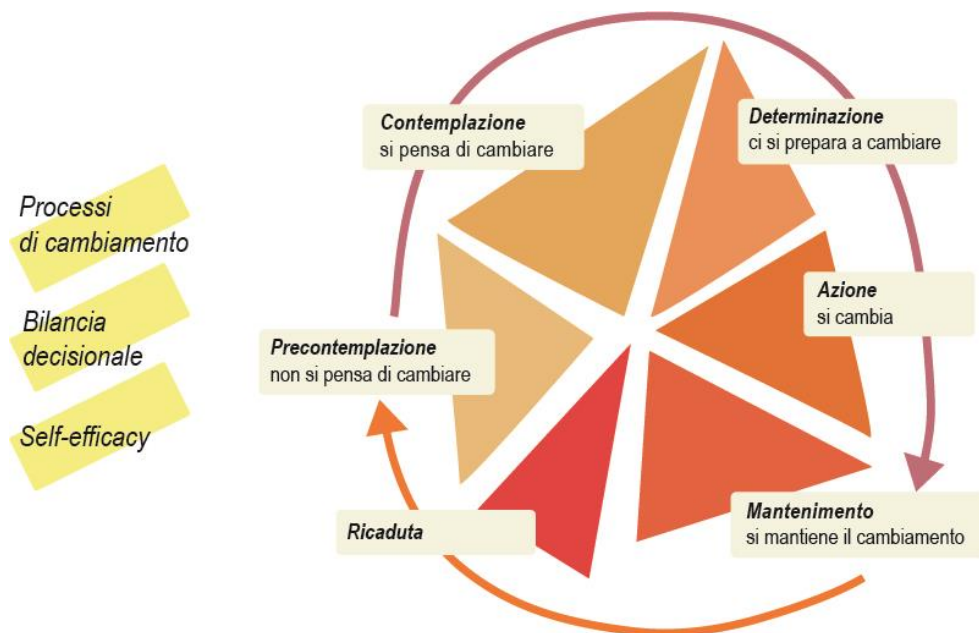
- I **fattori psicologici** ([vedi dopo](#)) determinano il movimento da uno stadio a quello successivo e sono: *self-efficacy*, *locus of control* e bilancia decisionale. Quest'ultima, più che un aspetto psicologico, è una tecnica che favorisce l'emergere della consapevolezza e attiva i processi di cambiamento.

Pertanto, secondo il modello transteorico, l'intervento deve prevedere l'applicazione di differenti processi di cambiamento nei vari stadi, a seconda del livello del problema sul quale è necessario intervenire.

Gli stadi del cambiamento

Gli stadi del cambiamento sono: precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione e mantenimento.

Figura 1. Stadi del cambiamento nel modello transteorico (Di Clemente e Prochaska, 1982)⁶



Precontemplazione: la persona non ha intenzione di modificare il proprio comportamento in un futuro prevedibile (6 mesi), perché non è consapevole del problema o mal informata sul comportamento a rischio. Oppure, dopo aver fatto dei tentativi di cambiamento, è scoraggiata, ha perso fiducia circa la propria capacità di cambiare e preferisce non pensarci. Ha un atteggiamento di resistenza o di difesa nei confronti della pressione sociale a cambiare, evita di leggere, parlare o pensare al comportamento a rischio.

In questa fase una persona avrà bisogno di evidenziare ed esplicitare i pro e i contro che lo avvicinano e/o allontanano dal cambiamento, avrà bisogno di aumentare la propria consapevolezza circa i rischi e i problemi connessi al mantenimento delle proprie abitudini. In questa fase è utile un approccio informativo; che il soggetto espliciti le reazioni emotive su tali informazioni (attivazione emotiva); che riconosca gli effetti che la situazione attuale e il cambiamento potrebbero avere sul contesto di vita.

Contemplazione: la persona è consapevole del problema e inizia a pensare seriamente a come risolverlo, soppesa costi e benefici e intende modificare il proprio comportamento entro i 6 mesi successivi, ma non è ancora pronta ad agire. La consapevolezza dei pro e dei contro del cambiamento può causare una situazione di forte ambivalenza e bloccare il passaggio a qualsiasi tipo di nuova condotta.

Nella fase di contemplazione si osserva una parziale consapevolezza del problema e il soggetto manifesta l'intenzione di provare a cambiare nei prossimi 6 mesi. La tecnica della bilancia decisionale è chiaramente molto utile nei primi stadi (precontemplazione, contemplazione, determinazione), in quanto consente di: effettuare un'analisi dei pro e dei contro; lavorare sui valori e le preoccupazioni del soggetto; ipotizzare il presente e il futuro prossimi.

Determinazione/Preparazione: la persona è determinata a modificare il comportamento e intende attivarsi rapidamente (entro il mese successivo) e ha pensato a un piano di azione e può aver iniziato a

mettere in atto dei piccoli cambiamenti. L'ambivalenza si è risolta. In questa fase può essere opportuno evidenziare i benefici che possono essere ottenuti a breve termine con una modifica del comportamento. In questa fase, che combina criteri intenzionali e comportamentali, eventi importanti e alcune transizioni nel ciclo di vita possono rappresentare un'opportunità per motivare il cambiamento (es. gravidanza, allattamento, matrimonio, paura della malattia, ecc.). Se il passaggio in questo stadio avviene a seguito di una decisione "forte" presa al termine della fase di contemplazione, è meno alto il rischio di ripensamenti durante la fase di azione.

Nella fase di determinazione il soggetto manifesta l'intenzione di cambiare nelle prossime 4 settimane e/o ha fatto un serio tentativo negli ultimi 12 mesi. In questa fase il soggetto non sarà più concentrato sui pro e contro del cambiamento ma tenderà a fare domande aperte sul nuovo comportamento ("Che cosa posso mangiare come spuntino?", "Che cosa potrei ordinare quando sono al ristorante con amici per non compromettere la dieta?"). In questa fase è necessario che la persona inizi a pensare a un piano di cambiamento.

Azione: la persona agisce per modificare il proprio comportamento mettendo in pratica le strategie individuate nello stadio precedente. È importante evidenziare che l'azione non corrisponde sempre a una modificazione diretta del comportamento ma all'insieme di attività che vengono messe in atto nel tentativo di modificare un comportamento (atti singoli ed episodici, azioni ricorrenti, strategie semplici e complesse). Questo stadio può essere a rischio di instabilità, per la possibile influenza di fattori intra-personali (auto-efficacia percepita), inter-personali (supporto sociale) e ambientali (vita lavorativa intensa, mancanza di tempo libero, impegni familiari...). Quindi, le azioni non andate a buon fine, gli insuccessi e i tentativi fallimentari, in questa fase possono essere presi in considerazione dall'operatore ed enfatizzati come opportunità di ulteriore apprendimento, non come ricadute o evidenze di sconfitta.

Nella fase di azione il soggetto sta attuando il piano di cambiamento, mettendo in atto una serie di strategie e, anche se non in maniera completa, sta modificando il proprio comportamento da meno di 6 mesi (affinché si instauri il nuovo modello di comportamento è necessario permanere in questo stadio almeno 3-6 mesi). È importante definire obiettivi a breve-medio termine, con particolare attenzione ai rinforzi positivi per i successi conseguiti, anche se parziali, e nel ricercare e favorire il supporto dell'ambiente familiare. In questa fase possono verificarsi eventuali ricadute, che rappresentano un evento che fa ripartire il ciclo degli stadi (qualcuno ritorna alla precontemplazione; qualcun altro alla determinazione, e riprova poco tempo dopo).

Mantenimento: la persona si applica al mantenimento nel tempo e alla stabilizzazione del cambiamento acquisito, ha fiducia in se stessa e previene possibili ricadute. In questa fase le azioni sono ridotte, la persona è impegnata a consolidare quanto ottenuto durante la fase di azione. Questa fase ha una durata estremamente variabile in relazione al comportamento e alle caratteristiche individuali (per esempio, secondo il National Cancer Institute, per il fumo questa fase può durare da 6 mesi a 5 anni).

Nella fase di mantenimento il soggetto deve essere aiutato a "non abbassare la guardia", a mantenere alta l'attenzione sulle situazioni critiche, sulle situazioni in cui la tentazione a tornare al comportamento problematico è particolarmente forte⁴.

Come evidenziato, il tempo di permanenza di ogni singola persona in uno stadio è variabile, mentre i compiti da eseguire per passare allo stadio seguente sono uguali per tutti e sono molto importanti in quanto forniscono la base per la motivazione al cambiamento.

I compiti per passare allo stadio seguente sono focalizzati su:

- aumento dell'interesse e della preoccupazione rispetto al comportamento da modificare;
- aumento di informazione sulle conseguenze nocive e sulle possibili alternative a quel comportamento (attraverso la valutazione di pro e contro);
- presa di coscienza sul comportamento in atto e sui motivi che lo sostengono (la riflessione su di sé);
- analisi di rischi e ricompense e la successiva presa di decisione;
- nascita/mantenimento dell'impegno e la successiva creazione del piano efficace/accettabile.

Questi compiti richiedono un'abilità di auto-regolazione (sinonimo di auto-controllo sul piano cognitivo e affettivo/emotivo), necessaria per cambiare modo di pensare/agire, inibire le pulsioni, seguire le regole e dilazionare i piaceri. L'auto-regolazione, infatti, ha bisogno di esercizio/allenamento costante ed è una forza necessaria per promuovere/spingere i processi di cambiamento.

I processi di cambiamento

Prochaska e Di Clemente hanno identificato dieci differenti processi di cambiamento indipendenti tra loro, cinque di ordine cognitivo esperienziale e cinque di ordine comportamentale, che rappresentano le strategie che l'operatore può costruire con la persona per attivare il cambiamento.

I primi due stadi del cambiamento (precontemplazione e contemplazione) richiedono processi di tipo cognitivo esperienziale (il modo in cui l'individuo pensa), gli stadi successivi richiedono, invece, processi di tipo comportamentale (il modo in cui l'individuo agisce).

I cinque **processi di ordine cognitivo esperienziale** riguardano⁴:

- **Accrescere la consapevolezza sul problema** e sui benefici di un eventuale cambiamento.
- **Favorire l'espressione e la sperimentazione delle emozioni** (attivazione emozionale) associate alla situazione attuale e all'eventuale cambiamento.
- **Rivalutare e ridefinire l'immagine di sé** rispetto alla situazione attuale e al possibile cambiamento (aiutare la persona a considerare come e quanto lo *status quo* e il cambiamento siano in accordo o in contrasto con i valori personali e con la propria immagine). L'auto-rivalutazione è attiva soprattutto nello stadio della contemplazione.
- **Considerare l'impatto del proprio comportamento** all'interno del sistema personale, familiare e sociale. Si tratta di un processo che comprende anche l'acquisizione di consapevolezza circa il proprio ruolo di modello per gli altri.
- **Liberarsi dalle influenze e dalla pressione sociale**, al fine di evitare che condizionino la percezione che la persona ha dell'attuare e mantenere un cambiamento nel proprio comportamento.

I cinque **processi di ordine comportamentale** sono:

- **Rinforzare gli effetti positivi del cambiamento** per contrastare le convinzioni negative circa la possibilità di cambiamento, e per immaginare gli effetti positivi che la persona realizzerà nella sua vita quando si sarà liberata del vecchio comportamento ("processo di autoliberazione").
- **Ridurre e contenere le pressioni ambientali** e le situazioni critiche ("controllo degli stimoli"), che potrebbero innescare il comportamento da modificare.
- Cercare di **sostituire il "vecchio" comportamento** con "nuovi" comportamenti e attività altrettanto appaganti, ma non dannosi.
- **Individuare modalità per gratificarsi** dopo aver attuato i nuovi comportamenti salutari.
- **Ricercare il supporto di altre figure significative** (*partner*, familiari, amici) per attuare e mantenere il cambiamento.

I fattori generali o psicologici

Autoefficacia (Self-efficacy) rappresenta il grado di fiducia che la persona ha nelle proprie capacità di cambiare, di mettere in pratica le azioni necessarie a modificare il proprio comportamento e di esercitare il controllo sulle difficoltà del cambiamento (capacità di influenzare gli eventi per ottenere il risultato). Si riferisce, quindi, alla valutazione personale rispetto alla propria possibilità di raggiungere un obiettivo specifico, in un tempo determinato. L'autoefficacia rende la persona capace di considerare la possibilità di modificare il proprio comportamento e di tenere alta la motivazione, sia per il cambiamento sia per il mantenimento. L'autoefficacia cresce in modo significativo attraverso gli stadi, aumentando progressivamente dalla precontemplazione alla contemplazione, e dall'azione al mantenimento. Poi si stabilizza, dopo un tempo relativamente lungo di modifica del comportamento.

Il concetto di autoefficacia non deve essere confuso con quello di autostima. Il senso di autoefficacia riguarda, quindi, la valutazione delle capacità personali, mentre l'autostima si riferisce a una valutazione del valore personale.

Locus of control¹¹ riguarda la tendenza dell'individuo a percepire le situazioni come dipendenti dai propri comportamenti (*Locus of control* interno) o invece determinate da forze esterne, quali il destino o l'azione di altre persone (*Locus of control* esterno). Nel campo della salute una persona con *Locus of control* interno ritiene che la propria salute sia dipendente dai propri comportamenti e quindi si sentirà direttamente responsabile, invece il soggetto con *Locus of control* esterno ritiene che la salute dipenda da fattori esterni, dal caso, dal destino o dagli altri e quindi sarà meno incline a prendersi cura attivamente del proprio stato di salute.

Bilancia decisionale ([vedi bilancia decisionale](#)) è una tecnica utilizzata per valutare gli aspetti positivi e negativi di un particolare comportamento o una scelta e i vantaggi e gli svantaggi connessi, al fine di ponderare costi e benefici (benefici dello *status quo*, costi del cambiamento, costi dello *status quo*, benefici del cambiamento) e favorire il superamento dell'ambivalenza.¹² I teorici del modello transteorico hanno esaminato il cambiamento in 12 differenti comportamenti e hanno evidenziato una relazione tra gli stadi e i pro e contro del cambiamento. Per ogni comportamento studiato, per passare dallo stadio della precontemplazione allo stadio dell'azione, i pro del cambiamento dovevano superare i contro in un rapporto 2:1.

Osservazioni critiche sulla struttura del modello transteorico^{1,4,6-8}

Il modello transteorico ha avuto una grande diffusione e ha ricevuto nel corso del tempo conferme e approvazioni, grazie alla sua immediatezza e alla facile applicazione all'analisi dei comportamenti. Tuttavia, non sono mancate osservazioni critiche su alcune caratteristiche specifiche e sul suo utilizzo.

Per esempio, la linearità degli stadi, che rappresenta il comportamento umano in categorie, è stata identificata come un limite del modello, in quanto non considera l'andamento discontinuo che caratterizza i processi di cambiamento. È stata inoltre evidenziata la difficoltà nel collocare i soggetti in uno stadio specifico e la scarsa rappresentatività del gruppo di persone alle quali è stato applicato il modello. Gli studi, infatti, sono per lo più basati su campioni di soggetti volontari, quindi già motivati al cambiamento. Inoltre, è stata messa in discussione la sua capacità di predire il comportamento futuro del soggetto in un determinato stadio, mentre è stato riconosciuto il valore descrittivo del modello; è stata anche criticata la natura individuale del modello che non considera aspetti sociali e ambientali.

È stato poi osservato che, nella considerazione e nell'utilizzo dei processi per il cambiamento, alcuni aspetti del modello si riferiscono all'ambito culturale nordamericano e quindi difficilmente proponibili in altri contesti sociali.

Il modello è stato ritenuto utile se usato in maniera ragionata, critica, flessibile, in associazione con altre risorse teoriche e se collegato a interventi socio-ambientali. Per esempio, la tecnica del colloquio motivazionale (che ha riconosciuto il ruolo fondamentale del modello transteorico per la rappresentazione dei processi di cambiamento, vedi [box](#)) ha proposto l'integrazione di alcuni elementi, che possono offrire ulteriori opportunità agli operatori impegnati nei processi di cambiamento dei comportamenti.

La tecnica del colloquio motivazionale

Il contributo fondamentale fornito dal modello transteorico alla conoscenza e alla descrizione dei processi di cambiamento è riconosciuto e utilizzato anche dai teorici della tecnica del colloquio motivazionale, che si sviluppa all'inizio degli anni '80 nel Regno Unito e negli Stati Uniti nell'ambito del trattamento delle dipendenze, e nei primi anni '90 anche in Europa per il trattamento dei problemi correlati all'alcol e ad altre dipendenze.¹³ I teorici del colloquio motivazionale ritenevano che fosse opportuno non solo valutare lo stadio del cambiamento, ma anche analizzare cosa spinge la persona al cambiamento e cosa permette che il cambiamento accada ("**prontezza**" o "disponibilità" al cambiamento). Era, inoltre, necessario considerare altri due fattori:

- la **frattura interiore**, che corrisponde all'ambivalenza che alimenta il conflitto interno, al disagio per lo stato attuale, ed esprime l'importanza che la persona attribuisce al cambiamento, il valore personale e le aspettative legate al cambiamento, ma anche le preoccupazioni, le insoddisfazioni e le paure che derivano dall'esistenza del comportamento problematico;

- il livello di **autoefficacia**, che comunque era già stata segnalata dal modello transteorico tra i fattori psicologici o generali da prendere in considerazione nel processo di cambiamento.

L'interazione fra i tre fattori (disponibilità, frattura interiore e livello di autoefficacia), secondo il colloquio motivazionale, fornisce un quadro della motivazione al cambiamento¹⁴ che va distinta in motivazione **estrinseca** indotta da elementi esterni alla persona, come per esempio le indicazioni del medico o un disagio fisico, che diminuisce o si indebolisce nella misura in cui si attenua il controllo esterno, ma che spesso attiva i primi passi verso il cambiamento; e **motivazione intrinseca** collegata ai valori, alle convinzioni, agli obiettivi della persona e all'immagine di sé. Quando la persona percepisce un contrasto tra un suo determinato comportamento e gli elementi della motivazione intrinseca cresce la motivazione e il cambiamento ha più probabilità di mantenersi nel tempo.

La tecnica del colloquio motivazionale, critica nei confronti dello stile direttivo e giudicante, all'epoca molto diffuso per il trattamento delle dipendenze, sottolineava l'importanza di interventi centrati sulla persona per favorire l'attivazione della motivazione al cambiamento e la diminuzione delle resistenze, anche nei soggetti con scarsi livelli di motivazione.

Bibliografia

1. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari, 2015. https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_modelli_competenza_strategie_cambiamento.pdf
2. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico "Guadagnare Salute". Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 117, 22 maggio 2007. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf
3. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale. http://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_valore_aggiunto_competenze_counselling.pdf
4. Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S, Tortone C. Modelli socio cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: rassegna e analisi critica. Torino: Regione Piemonte; 2009. <https://www.dors.it/alleg/0202/Modelli%20teorici%20di%20cambiamento2.pdf>
5. Glanz K, Rimer BK. Theory at a glance - a guide for health promotion practice. US Department of Health and Human Service. Washington DC, National Institute of Health, 2005 II edizione. https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/theories_project/theory.pdf
6. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy, theory, research and practice 1982;19:276-88.
7. Di Clemente CC, Prochaska JO. Self change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. Addictive Behaviour 1981;7:133-42.
8. Di Clemente CC. Self-efficacy and the addictive behaviors. Special Issue: Self-efficacy theory in contemporary psychology. Journal Social and Clinical Psychology 1986;4:302-15.
9. Braibanti P, Zunino A. Lo sguardo di Igea. Soggetti, contesti e azioni di psicologia della salute. Milano, Franco Angeli, 2005.
10. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
11. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, General and Applied 1966;80,1, (N. 609). <https://pdfs.semanticscholar.org/161c/b7ac92d7571042bb11ebdaaa1175be8079f8.pdf>
12. Janis IL, Mann L. Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York, T Free Press, 1977.
13. Miller WR, Rollnick S. Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcool e altre dipendenze. Trento: Erickson; 1994.
14. Miller WR, Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento. Trento: Erickson; 2004.

2. Interventi in contesti opportunistici: la trasversalità delle competenze di base del counselling

2.a. Gli interventi brevi

Il modello transteorico degli stadi del cambiamento e le integrazioni della teoria del colloquio motivazionale rappresentano modelli teorici e operativi di riferimento per interventi brevi di prevenzione e promozione di stili di vita salutari che possono essere condotti in contesti diversi “*ogniqualevolta se ne presenti l'opportunità*”. Tali interventi possono avere livelli variabili di intensità e durata, e diverse finalità proprio in base “*all'opportunità*”, cioè alla specificità del contesto, al ruolo e alle competenze dell'operatore, al tempo a disposizione e alla disponibilità della persona. In particolare, il numero delle opportunità di incontro (singolo o ripetuto) può condizionare il livello di intensità dell'intervento. Infatti, quando l'operatore incontra più volte la persona ha la possibilità di organizzare la relazione in modo strutturato, di rafforzare i messaggi e di approfondire le implicazioni emotive e gli aspetti motivazionali. Diversamente, nel caso di un unico incontro, il livello di intensità è minore e l'intervento orientato a un obiettivo prevalentemente informativo¹.

Tali interventi, condotti da diversi operatori nell'ambito del contatto quotidiano con le persone in contesti differenziati della comunità² devono necessariamente avere in comune con i loro modelli teorici di riferimento alcuni principi e competenze di base del *counselling* che rappresentano un valore aggiunto alla professionalità degli operatori impegnati nella rete dei servizi del territorio³. Le competenze di base del *counselling* sono, infatti, fondamentali per condurre la relazione professionale in modo intenzionale, centrato sulle specifiche esigenze individuali per motivare e sostenere nella scelta di stili di vita favorevoli alla salute e rappresentano una risorsa indispensabile per attivare e mantenere un processo relazionale di qualità.

La trasversalità delle competenze di base del *counselling* costituisce inoltre un presupposto indispensabile per garantire interventi coordinati, integrati e sostenibili, contesto-specifici, a diversa intensità di offerta⁴. A tal proposito, è opportuno sottolineare quanto sia importante operare all'interno di una rete territoriale e di una strategia comunicativa pianificata. Gli interventi coordinati e integrati risultano più efficaci e possono contribuire al raggiungimento di obiettivi comunicativi differenziati: dal migliorare le conoscenze, fino a modificare atteggiamenti e più a lungo termine comportamenti.

Le diverse tipologie di intervento breve

Come illustrato, i livelli di intensità definiscono le diverse tipologie di intervento, e possono essere descritte come segue:

- **Intervento o colloquio molto breve** ([vedi intervento molto breve](#)), può richiedere da 30 secondi a qualche minuto, può essere realizzato opportunisticamente anche quando un utente si rivolge a un servizio o in generale a un professionista per altri motivi, si può quindi inserire in un processo relazionale già avviato. Di solito consiste nel porre una domanda riguardo uno specifico stile di vita, nel fornire informazioni sull'importanza del cambiamento comportamentale e semplici indicazioni per sostenere tale cambiamento o orientare verso servizi territoriali che possono offrire un maggiore supporto. Può essere pertanto utilizzato per aumentare la consapevolezza nelle persone e a valutarne la propensione a impegnarsi in ulteriori discussioni sui temi relativi a stili di vita salutari;
- **Intervento o colloquio breve** ([vedi intervento breve](#)), può richiedere pochi minuti e, come l'intervento molto breve, si può inserire in un processo relazionale già avviato, può essere realizzato opportunisticamente anche quando un utente si rivolge a un servizio o in generale a un professionista per altri motivi. Tuttavia, prevede una modalità più strutturata di conduzione e può comprendere la possibilità di organizzare un *follow-up* di sostegno. Tale colloquio ha lo scopo di sostenere le persone nel processo di cambiamento e nella gestione di problemi, anche attraverso un intervento motivazionale. Implica confronto, negoziazione, incoraggiamento, con o senza supporto di materiale cartaceo o *follow-up* di sostegno, può includere un invio a ulteriori interventi/servizi specializzati per un maggiore supporto^{4,5}.

- Il “**minimal o brief advice**”⁶ corrisponde sostanzialmente all’intervento o colloquio breve e quindi può essere delineato come un intervento comunicativo di pochi minuti (dai 3 ai 7). Il *minimal o brief advice* viene di solito articolato in 4 fasi: 1) chiedere, 2) ascoltare, 3) consigliare, 4) concludere. Rispetto all’impatto sui comportamenti salute-correlati, si apprezzano esiti di maggiore efficacia nell’applicazione del *minimal advice* al consumo di alcol (soprattutto nel breve termine) e, sebbene con un’evidenza non solida, approcci analoghi sono mutuabili anche nel campo delle abitudini alimentari e dell’attività fisica. Nei programmi di contrasto all’abitudine al fumo sono stati sviluppati e collaudati schemi di *minimal advice* strutturati, che hanno fornito risultati apprezzabili¹.
- **Intervento motivazionale per l’attivazione e il sostegno al cambiamento** ([vedi intervento motivazionale](#)), richiede una conduzione strutturata della relazione secondo alcuni passaggi fondamentali per facilitare l’esplorazione, la focalizzazione del problema, la collocazione nel ciclo degli stadi del cambiamento e la condivisione di un obiettivo concreto e raggiungibile per la persona in quel dato momento, definito sulla base della motivazione e delle esigenze personali. Questo tipo di intervento permette di avere un quadro dei fattori individuali che incidono sulla motivazione della persona:
 - disponibilità o prontezza al cambiamento che corrisponde alla collocazione della persona nel processo degli stadi del cambiamento;
 - importanza del cambiamento, con lo scopo di ampliare la “frattura interiore”, cioè l’ambivalenza tra la condizione attuale e uno stato desiderato o ipotizzabile come migliore in base ad aspirazioni e valori personali;
 - fiducia nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito, di raggiungere un obiettivo specifico in un tempo determinato (senso di autoefficacia)⁷.

Pertanto, affinché l’operatore possa attuare un intervento centrato sulle specifiche esigenze della persona, accettabile e sostenibile, è necessario che prima di tutto si renda conto del livello delle conoscenze e della sua disponibilità al cambiamento (collocazione nel processo degli stadi del cambiamento) per poter poi orientare i passaggi successivi della relazione^{7,8}.

Bibliografia

1. Shepherd M. Every Contact Counts: Encouraging public service workers to provide health advice during day to day contact with members of the public. Welsh Government – Public Health Wales; 26th March 2012.
2. World Health Organization (WHO). Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR). Health Education and Health Promotion Unit (HEP). Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
3. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale. http://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/materiali/GS_valore_aggiunto_competenze_counselling.pdf
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Behaviour change: individual approaches. 2014
5. Powell KT. Commissioning training for behaviour change interventions: Evidence and best practice in delivery. University of Chester, Chester: Centre for Public Health Research, 2008.
6. Regione Lombardia. Il Counselling motivazionale breve nella promozione di stili di vita favorevoli alla salute: lo strumento e i setting “opportunistic”. Regione Lombardia, 2013. [http://www2.ats-bq.it/portale/libreria_medici.nsf/\(\\$all\)/8179BF188694CA75C1257C4B00493D93/\\$file/counseling%20motivazionale%20breve.pdf](http://www2.ats-bq.it/portale/libreria_medici.nsf/($all)/8179BF188694CA75C1257C4B00493D93/$file/counseling%20motivazionale%20breve.pdf)
7. Miller WR, Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento. Erickson, II edizione 2004.
8. Rollnick S, Mason P, Butler C. Cambiare stili di vita non salutari. Erickson. 2003.

Fonti di consultazione

- Braibanti P, Zunino A. Lo sguardo di Igea. Soggetti, contesti e azioni di psicologia della salute. Milano, Franco Angeli, 2005.
- Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell’operatore nella relazione professionale. http://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/materiali/GS_competenze_counselling_gestione_consapevole.pdf
- Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari professionale. http://www.epicentro.iss.it/GuadagnareSalute/formazione/materiali/GS_modelli_competenza_strategie_cambiamento.pdf
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- Evans DS, Martin L, et al. Brief interventions and motivational interviewing. Literature review and guidance for practice. Dublin: Health Service Executive, 2011.

-
- Littrell JM. Il Counseling breve in azione. ASPIC Edizioni scientifiche, 2001.
 - Miller WR, Rollnick S. Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcool e altre dipendenze. Erickson, 1994.
 - Mucchielli R. Apprendere il counselling. Erickson, 1994.
 - Murgatroyd S. Il counselling nella relazione di aiuto. Roma, Sovera, 1995.
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Behaviour change: individual approaches. 2014
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Public health intervention guidance no. 1. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. 2006.
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stop smoking interventions and services. 2018.
 - Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy, theory, research and practice 1982;19:276-88.
 - Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S, Tortone C. Modelli socio cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: rassegna e analisi critica. Torino: Regione Piemonte; 2009.
<https://www.dors.it/alleg/0202/Modelli%20teorici%20di%20cambiamento2.pdf>
 - Regione Emilia-Romagna. Vademecum per la conduzione dell'intervento motivazionale sugli stili di vita a rischio in un contesto di rete. Realizzato nell'ambito del Progetto CCM 2015 "Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologico". https://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/dipartimenti-territoriali-1/dipartimento-di-sanita-pubblica/PRPRER/s1/strumenti-per-medico-competente/Vadem.pdf/attachment_download/file
 - Rogers CR. La terapia centrata sul cliente. Martinelli, 1989.

2.b. Il valore aggiunto della relazione

Le competenze di base del counselling

Il termine *counselling* compare ormai da diversi anni in molti documenti di programmazione sanitaria realizzati a livello sia nazionale sia regionale. Il suo significato non è però ancora chiaro e univoco, in quanto l'intervento che utilizza le competenze di base del *counselling* viene spesso confuso con il “dare consigli” o il “fornire informazioni generalizzate”. Anche se la traduzione della parola *counselling*, che deriva dall'inglese *to counsel*, è “consigliare”, il significato dell'intervento condotto utilizzando le abilità di *counselling* è completamente diverso. Prevede, infatti, un processo articolato, che pone al centro della relazione la persona al fine di facilitarla ad attivare le sue risorse per poter affrontare problemi, difficoltà e cambiamenti importanti e scegliere in modo consapevole che cosa è meglio per se stessa.

Per gli interventi brevi di prevenzione e promozione della salute svolti in contesti opportunistici, il riferimento al *counselling* si concretizza nell'utilizzo di alcune competenze di base ([vedi box Le competenze di base del counselling](#)) che permettono di strutturare la relazione professionale in modo strategico e consapevole e quindi non improvvisato, sia rispetto ai contenuti sia al processo e alle sue modalità¹.

A tal proposito è indispensabile focalizzare l'attenzione anche sulle caratteristiche della relazione professionale e sulla disposizione personale dell'operatore a “stare nella relazione” e a gestire i processi che la possono condizionare ([vedi Le abilità relazionali](#)). Per condurre il processo relazionale in modo competente è essenziale la conoscenza di modelli, strategie e tecniche, è tuttavia altrettanto importante che l'operatore rifletta costantemente sulla propria disponibilità a “essere” nella relazione in modo autentico ed empatico, affinché possa essere in grado non solo di ascoltare e comprendere l'altro, ma anche di contattare e gestire il proprio “mondo interno” e, quando necessario, di contenere la propria emotività.

Tale consapevolezza è parte integrante della professionalità ed è fondamentale per condurre interventi centrati sulle esigenze e sui valori della persona, orientati all'attivazione di processi di consapevolezza e di *empowerment* e attenti agli aspetti che possano rafforzare la motivazione al cambiamento e facilitare i processi decisionali. La finalità dell'intervento non può, infatti, corrispondere con la formulazione di domande standardizzate, con il passaggio di informazioni generalizzate o di prescrizioni, ma deve prevedere la partecipazione attiva della persona e dell'operatore, protagonisti dell'unità relazionale, all'interno della quale la conduzione spetta all'operatore, ma in cui il focus è sulla persona.

L'acquisizione di competenze di base del *counselling* e la loro applicazione pratica può favorire il superamento di un approccio comunicativo di tipo direttivo e paternalistico, finalizzato alla persuasione e al convincimento, che si concretizza nella convinzione del professionista di sapere ciò che è bene per l'altro e di conoscere sempre la giusta soluzione dei problemi, senza sentire il bisogno di ascoltarlo o di approfondirne la conoscenza e le esigenze.

La relazione professionale e la dimensione personale dell'operatore

La relazione tra operatore e persona/utente può essere definita come una relazione interpersonale di tipo professionale tra chi esprime un bisogno informativo, una richiesta, un problema e chi ha le competenze necessarie per rispondere a tale bisogno, richiesta, problema con la finalità di facilitare l'interlocutore a compiere scelte consapevoli per la salute. La relazione professionale tra operatore e persona è fondata su uno scambio interpersonale che a volte si sviluppa nel tempo, è soggetta all'influenza di fenomeni di attrazione, di scambio, a reazioni di soddisfazione e di criticità ed è caratterizzata dai vissuti e dal contesto di appartenenza dei due interlocutori. Nella relazione, operatore e persona interagiscono come poli, come persone globali, come facenti parte di un ambiente familiare, sociale, lavorativo, ecc. che fa da sfondo alla relazione, con il quale si rapportano costantemente e che ne influenza decisioni e comportamento.

Esistono tuttavia degli elementi che rendono questa relazione diversa da altre forme di interazione umana: la specificità dei ruoli e i motivi dell'incontro. Lo scambio non avviene tra pari, operatore e persona non sono sullo stesso piano: nell'interazione i vissuti, le reazioni emotive, i bisogni dei due interlocutori non possono avere lo stesso riconoscimento, lo stesso peso. La relazione professionale deve infatti tendere piuttosto a un rapporto complementare che rispetti la diversità dei ruoli ma che eviti di creare rapporti

simmetrici o asimmetrici. Pertanto, non può essere improvvisata, ma va strutturata in modo strategico e consapevole attraverso l'integrazione delle competenze tecnico-scientifiche, specifiche del ruolo professionale svolto, con le competenze comunicativo-relazionali².

L'interazione deve soprattutto svilupparsi in un clima positivo, empatico e non giudicante e di accettazione "incondizionata" della persona. Il professionista con abilità di *counselling* rinuncia a indicare subito "all'altro" quale sia la cosa giusta da fare, ma all'interno di un processo che parte dall'ascolto e dall'esplorazione di ciò che la persona racconta, da quello che è già stato fatto o tentato di fare, arriva a una proposta di soluzione condivisa e raggiungibile. Questa impostazione comporta spesso un cambiamento nella concezione della salute nonché dell'ottica professionale dell'operatore, che può avere l'opportunità di approcciarsi alla relazione non solo appellandosi alla disponibilità, alla buona volontà e al rischio personale, ma facendo riferimento a un metodo, a una competenza specifica¹.

Competenze di base del counselling

Le principali competenze di base del *counselling* che possono essere utilizzate in base alla tipologia di intervento svolto sono di seguito sintetizzate:

- chiarezza dello scopo dell'intervento che non si identifica con il passaggio di informazioni generalizzate, di prescrizioni, consigli o soluzioni veloci, ma deve prevedere:
 - una gestione del processo relazionale consapevole e non improvvisato, impostato secondo modelli teorici di riferimento;
 - uno stile di conduzione positivo non giudicante;
 - il riconoscimento della centralità della persona e la sua partecipazione attiva alla relazione;
 - l'attivazione delle risorse della persona in modo che possa utilizzare le informazioni ricevute e comprese per agire in modo responsabile e per fare scelte consapevoli in relazione alla personale disponibilità al cambiamento¹.
 - la conoscenza dei fondamenti della prassi comunicativa: comunicazione verbale, non verbale e paraverbale (vedi [box](#))
- utilizzo di abilità relazionali essenziali come l'ascolto empatico e la consapevolezza della propria dimensione personale e del proprio modo di approcciarsi alla relazione (di [seguito](#) elencate)
- strutturazione dell'intervento in fasi (vedi [schema](#) indicato di seguito)
- capacità di trasformare un'informazione scientificamente fondata ma generalizzata in un messaggio personalizzato (vedi [box](#))
- disponibilità e capacità a lavorare in équipe e in rete. Solo una buona comunicazione interna e una pianificazione delle iniziative possono garantire efficaci processi di comunicazione esterna. Infatti, il clima interno alle équipe di lavoro e alla rete condiziona il clima interno dei singoli professionisti e tutto questo si riflette sulla qualità delle relazioni costruite sul territorio con i cittadini e con tutte le figure significative, le organizzazioni, le amministrazioni, le agenzie coinvolte nella costruzione della salute.

1. Evans DS, Martin L, et al. Brief interventions and motivational interviewing. Literature review and guidance for practice. Dublin: Health Service Executive, 2011.

I canali della prassi comunicativa

La comunicazione è comprensione e condivisione di significati che possono essere colti e scambiati attraverso i canali fondamentali della prassi comunicativa: comunicazione verbale, non verbale, paraverbale.

È importante ricordare che in una situazione di prossimità tra persone sono sempre presenti due dimensioni: il **contenuto**, ciò che le parole dicono (comunicazione verbale), e la **relazione**, quello che le persone che comunicano lasciano intendere, a livello verbale e più spesso non verbale, sulla qualità della relazione che intercorre tra loro (comunicazione non verbale e paraverbale).

Pertanto ogni comunicazione è caratterizzata da due dimensioni: il contenuto, il "cosa della comunicazione" e la relazione o processo, il "come della comunicazione" che riguarda le modalità.

Il paraverbale e il non verbale predominano sul verbale e possono fornire anche il 50-70% del messaggio. Infatti uno stesso contenuto assume significati diversi in base alle modalità con cui è veicolato. Nello specifico:

- la **comunicazione verbale** (il linguaggio) è lo strumento con cui si esprimono i contenuti del messaggio. Deve essere chiara, comprensibile, adeguata al livello socio-culturale della persona. Nell'ambito della promozione di stili di vita salutari, particolare attenzione va posta al "linguaggio specialistico" che può bloccare il processo comunicativo, limitando lo scambio e la comprensione. I termini tecnici vanno tradotti ed è opportuno verificare costantemente che la persona abbia compreso, non dare mai nulla per scontato (informazione personalizzata).

- La **comunicazione non verbale** veicola le tonalità emotive della comunicazione e il grado di comprensione delle informazioni ricevute attraverso lo sguardo, l'espressione del volto, la gestualità, i movimenti del corpo, la postura, il contatto corporeo, il comportamento spaziale, gli abiti e l'aspetto esteriore.
- Le modalità di espressione della **comunicazione paraverbale** sono determinate dalle vocalizzazioni non verbali, dal volume, dal tono e dal timbro della voce, dal ritmo, dai sospiri, dai silenzi.

La comunicazione non verbale e paraverbale rappresentano il mezzo principale per esprimere e comunicare le emozioni (gioia, rabbia, paura, tristezza, disgusto, disprezzo, interesse, sorpresa, tenerezza, vergogna, colpa). Se emergono discrepanze tra i contenuti espressi e il comportamento non verbale o le tonalità paraverbali, l'efficacia della comunicazione può diminuire notevolmente.

In particolare, è fondamentale che l'operatore (che ha il ruolo di conduttore del processo comunicativo) ponga attenzione alla comunicazione verbale del proprio interlocutore (contenuti) e alle modalità espresse attraverso il non verbale e il paraverbale e nello stesso tempo sia consapevole del proprio modo di comunicare.

Le abilità relazionali

I diversi operatori impegnati nella promozione della salute sul territorio, per esempio i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici competenti, i farmacisti, gli operatori socio-sanitari, ecc., non hanno tutti la stessa possibilità di approfondire la relazione con le persone che incontrano nello svolgimento della loro attività professionale, in quanto operano in contesti differenziati e con finalità diverse. Tuttavia, hanno l'opportunità di predisporre all'accoglienza e all'ascolto empatico dell'altro, di creare la relazione all'interno della quale poter proporre contenuti, informazioni, attivazioni in base alle esigenze della persona, alla specifica situazione del momento e al contesto.

La possibilità di entrare in contatto con numerose persone in momenti diversi della giornata, in particolari fasi della vita e in luoghi diversificati, con messaggi di salute significativi, proposti nell'ambito di una relazione positiva condotta nel pieno rispetto e riconoscimento dell'altro, può rappresentare un'importante strategia per la promozione della salute.

La motivazione degli stessi operatori gioca un ruolo fondamentale e può essere alimentata dalla possibilità di lavorare sentendosi parte di una strategia complessiva e considerando il proprio intervento non come un evento episodico e isolato, ma come uno dei molteplici "momenti di comunicazione" funzionali alla promozione della salute.

A tale proposito, è opportuno sottolineare che quando gli operatori sono impegnati nell'offerta "attiva" di salute, l'intervento è ancora più complesso perché rivolto a persone che non sempre esprimono un bisogno o fanno richiesta di aiuto per un problema specifico; al contrario, manca spesso la consapevolezza di mettere in atto comportamenti a rischio per la salute, e quindi la disponibilità ad affrontare tematiche a essa correlate. In questo caso, avere a disposizione abilità relazionali e strumenti che possano facilitare la conduzione della relazione diventa determinante per l'operatore.

Autoconsapevolezza. L'operatore può accogliere la persona e instaurare una comunicazione efficace nella misura in cui sia in grado di entrare in contatto con se stesso, sia pienamente consapevole del raggio di azione e dei limiti del proprio ruolo, conosca a fondo il proprio mondo interno (valori, pregiudizi, motivazioni, schemi di riferimento culturali, vissuti personali, emozioni). Contestualmente è necessario che l'operatore rifletta sulle proprie qualità favorevoli la comunicazione (flessibilità, calore, disponibilità, facilitazione, creatività, coerenza, sensibilità, rispetto), sui tratti ostacolanti (sarcasmo, irascibilità, impotenza, onnipotenza, apatia), sia consapevole del proprio linguaggio paraverbale e non verbale ([Tabella 2](#)).

È importante ricordare che nel momento in cui un professionista incontra la persona ha già i suoi pensieri e le sue emozioni che fanno parte del vissuto quotidiano e che sono indipendenti dalla relazione, a questi si aggiungono pensieri ed emozioni suscitati dalla relazione nel qui e ora.

Può essere utile fare un esercizio mentale e chiedersi: «In questa situazione, questa persona, quali pensieri mi suscita, quali emozioni mi scatena, come mai non mi piace? Il suo comportamento mi mette in difficoltà perché non riconosce il mio ruolo professionale?»

Nell'attuazione dell'abilità dell'autoconsapevolezza può essere fondamentale approfondire il concetto di *setting* interno ed esterno. Il *setting* è la cornice all'interno della quale si svolge la relazione e gioca un ruolo fondamentale nello svolgimento e nella riuscita dell'intervento. La relazione professionale richiede uno specifico *setting*, sia "esterno", inteso come una dimensione temporale e spaziale ben definita, sia "interno" all'operatore, inteso come "disposizione all'ascolto", spazio mentale dove non vi siano

interferenze, “apertura” a quella persona, in quel momento, in quel dato luogo. Anche quando il *setting* esterno non è ottimale, un buon *setting* interno può facilitare lo sviluppo della relazione².

Tabella 2. Qualità che influiscono sul processo comunicativo

Qualità che favoriscono il processo comunicativo	Tratti che ostacolano il processo comunicativo
Flessibilità	Sarcasmo
Autenticità	Irascibilità
Calore	Antipatia
Disponibilità	Simpatia
Facilitazione	Impotenza
Coerenza	Onnipotenza
Sensibilità	Aggressività
Rispetto	
Accettazione dell'altro	

Empatia. Rappresenta un'abilità utile per stabilire una relazione significativa caratterizzata da una reciproca collaborazione e fiducia. È la capacità di saper entrare nello schema di riferimento dell'altro, nel “mondo” dell'altro “come se” fosse il proprio, è la capacità di vedere il mondo con gli occhi dell'altro e avere informazioni dal suo punto di vista, così come le riferisce, per poter capire le sue richieste e i suoi bisogni. “Come se” va evidenziato e sottolineato in quanto per essere empatici non si può e non si deve confondere il “mondo” dell'altro con il proprio, il rischio è quello di perdere l'obiettività necessaria per un intervento efficace. La comprensione piena dell'esperienza soggettiva della persona comporta il porsi nel suo punto di vista sia razionale sia emotivo, e nel comunicare all'altro tale comprensione, pur non condividendo necessariamente ciò che pensa o prova, ma accettandolo, in quanto elemento centrale della relazione. L'empatia offre l'opportunità di trovare un punto di equilibrio, una “giusta distanza” per non essere troppo coinvolti emotivamente e facilitare “l'ascolto attivo”. Permette in sostanza di saper lavorare con le emozioni, le proprie e quelle dell'altro, con professionalità, senza sprofondarci dentro o al contrario negarle.

Ascolto attivo o empatico. L'ascolto attivo è un'abilità comunicativa che si basa sull'empatia e sull'accettazione, consente l'attivazione di un rapporto professionale positivo e di un clima relazionale non giudicante. L'operatore ponendosi in un atteggiamento di ascolto attivo mostra un autentico interesse nei riguardi della persona, offrendole l'opportunità di sentirsi accolta e compresa, di chiarire dubbi, di esprimere preoccupazioni, di esplicitare il proprio vissuto. Nell'ascolto attivo entrano in gioco contemporaneamente diversi piani, attraverso questa abilità l'operatore ascolta i contenuti (verbale) e la relativa connotazione emotiva (paraverbale e non verbale) con la quale questi vengono espressi. Al contempo, l'operatore ascolta se stesso, i propri vissuti, il proprio sistema culturale e valoriale. Una riflessione particolare va dedicata al tema del silenzio e a quanto sia importante. In alcune situazioni è infatti necessario lasciar parlare il silenzio, ascoltarlo, non avere fretta di riempirlo di parole, accogliendo al contrario le perplessità, le difficoltà e l'emotività “dell'altro”. A tal proposito, è importante valutare quando e come ricominciare a parlare: «Mi rendo conto delle sue difficoltà, o delle sue emozioni» dimostrando anche con lo sguardo e i gesti la reale presenza nella relazione «ora se la sente di...». Quando l'operatore sa ascoltare, la persona, sentendosi al centro dell'attenzione, è incoraggiata a proseguire la comunicazione, espone più volentieri i suoi antecedenti, chiarisce con maggiori dettagli il suo punto di vista e le sue convinzioni.

Si possono individuare alcune condizioni che ostacolano l'ascolto e che assumono le caratteristiche di vere e proprie barriere mentali, verbali, visive, uditive, olfattive e spaziali. In questi casi il contesto interno dell'operatore gioca un ruolo fondamentale per superare le difficoltà e per mantenere l'attenzione su ciò che dice la persona, su ciò che accade nel processo relazionale. Per ascoltare attivamente è essenziale seguire una metodologia di riferimento articolata nel rispecchiamento empatico che comprende quattro tecniche comunicative:

1. riformulazione;
2. delucidazione;
3. capacità d'indagine;
4. uso dei messaggi in prima persona.

Tali tecniche sono di facile applicazione per la restituzione alla persona di ciò che si è ascoltato e osservato nonché per approfondire quanto emerge nella relazione e per affrontare situazioni complesse. (vedi box [Le tecniche dell'ascolto attivo](#)).

Le tecniche dell'ascolto attivo

Riformulazione. Si applica restituendo l'equivalente del messaggio ricevuto, usando le stesse parole (riformulazione semplice) o ripetendo le ultime parole ascoltate (riformulazione eco) o riassumendo un'esposizione lunga, sordinata, in maniera più concisa, non aggiungendo nulla di proprio al contenuto per non correre il rischio di interpretare (riformulazione riassunto), o ancora riproponendo gli stessi concetti ma con parole diverse per verificare ciò che si è capito (riformulazione parafrasi) «Mi sta dicendo che...», «Lei vuol dire che...», «In altre parole...», «A suo avviso perciò...», «Così, secondo lei...». In questo modo l'operatore può ottenere l'accordo da parte della persona o correggere ciò che non ha compreso e, inoltre, manifestare all'altro di averlo ascoltato. Si può approfittare del momento in cui la persona è alla fine di un periodo per intervenire e riprendere ciò che è stato appena comunicato. Se la persona si riconosce nella riformulazione è sicura di essere stata ascoltata e compresa, ed è così facilitata a esprimersi ulteriormente, a collaborare e a rimanere concentrata sul problema e su come lo vive.

Capacità di indagine. Significa saper porre domande scegliendo la tipologia più adeguata in base alle fasi del colloquio: domande aperte, chiuse o ipotetiche. Le domande aperte sono da preferire, specie nella fase iniziale del colloquio, lasciano ampia possibilità di risposta, tendono ad ampliare, ad approfondire la relazione, stimolano l'esposizione di opinioni e pensieri («Come, cosa vorrebbe...», «Potrebbe... può approfondire...», «Cosa ne pensa...»). Le domande chiuse sono circoscritte, costringono a una sola risposta, spesso forzandola, restringono e rendono più mirata la comunicazione, richiedono solo fatti oggettivi e, a volte, possono sembrare limitative e ostacolanti («Quando?», «Dove?», «Chi?»). Inoltre, le domande che iniziano con "perché" possono essere percepite dalla persona come colpevolizzanti o accusatorie, pertanto andrebbero evitate, sostituendo il "perché" con il "come": «Come mai mi sta dicendo questo?» ha una valenza diversa da «Perché mi sta dicendo questo?». In questi casi, anche il paraverbale assume un'importanza fondamentale. La capacità d'indagine (uso corretto delle domande nelle diverse fasi del colloquio) favorisce l'individuazione delle principali preoccupazioni anche in relazione a esperienze passate o a episodi riferiti.

Messaggi in prima persona. L'uso dei messaggi in prima persona facilita la distinzione tra ciò che pensa e prova l'operatore e ciò che riguarda la persona, permettendo di evitare interpretazioni e situazioni conflittuali, favorendo un clima non giudicante e positivo («Io penso che...», «Secondo me...», «Mi sembra che...»).

Delucidazione. Si applica verbalizzando quanto coglie dagli aspetti non verbali e/o paraverbali: «Dal tono delle sue parole ho l'impressione di cogliere delle perplessità circa la possibilità di...». La delucidazione agevola l'autocomprensione sottolineando anche i vissuti emotivi che accompagnano il contenuto verbale. Insieme alle altre tecniche dell'ascolto attivo, in particolare i messaggi in prima persona, la delucidazione contribuisce a evitare che la dimensione personale dell'operatore (quanto immagina, pensa o prova) venga confusa con quanto accade nell'interlocutore a livello cognitivo ed emotivo, oppure venga utilizzata per interpretazioni che potrebbero portare lontano dal punto di vista della persona e da ciò che questa voleva effettivamente dire. Permette quindi di mantenere costantemente distinto ciò che l'operatore osserva nell'altro e ciò che ascolta, da ciò che tutto questo suscita in lui, sia a livello cognitivo, sia a livello emotivo.

Può essere utile un esempio: il medico competente nel corso del colloquio con una lavoratrice sta approfondendo degli aspetti relativi ad alcuni cambiamenti che dovrebbero essere apportati nell'alimentazione e osservando lo sguardo della signora coglie preoccupazione, allora pensa di aver detto qualcosa che l'ha turbata, immagina che sia confusa e che provi uno stato di tensione. Se il medico si facesse guidare dai suoi pensieri, immaginazioni ed emozioni potrebbe rischiare di interpretare quanto sta accadendo nella relazione, di perdere il contatto e di non ascoltare più. Può allora ricorrere alle tecniche: un messaggio in prima persona e una delucidazione seguita da una domanda aperta: «Mi sembra di cogliere dal suo sguardo preoccupazione... che cosa ne pensa?». La signora potrebbe confermare o esprimere disaccordo e il medico dovrebbe essere disponibile a rivedere una sua possibile "intuizione" per evitare che si cristallizzi in interpretazione, cioè in una deformazione del pensare e del sentire dell'altro. Questa impostazione è diversa da: «Lei è preoccupata, si capisce dal suo sguardo, ma lei capisce che poi non è così difficile riuscire a mettere in atto dei cambiamenti e d'altra parte è per il suo bene...», in questa affermazione si può identificare un'interpretazione e un atteggiamento di tipo direttivo, poco accogliente e in parte giudicante, che non facilita la relazione.

L'informazione personalizzata

L'**informazione personalizzata** rappresenta una componente importante nell'ambito delle competenze di base del *counselling* in quanto si inserisce nello schema cognitivo ed emozionale della persona, richiede necessariamente ascolto attivo e attenzione alle implicazioni emotive e ai vissuti. Va, infatti, proposta considerando ciò che la persona sa già e desidera o meno sapere, necessita di un linguaggio chiaro e comprensibile e richiede una costante verifica di quanto e cosa la persona ha compreso, attraverso l'esplicitazione di dubbi e domande e il riassunto dei contenuti emersi nel colloquio.

Le informazioni personalizzate sono corrette, aggiornate, chiare e complete, ma anche argomentate e possono essere utilizzate come risorse per colmare dubbi, per rivedere alcune convinzioni o atteggiamenti, in quanto sono calibrate in base a ciò che in quel momento la persona è in grado di poter effettivamente ascoltare e interiorizzare. Perché questo avvenga il bagaglio conoscitivo dell'operatore deve essere sempre scientificamente valido e aggiornato, nella piena consapevolezza che tutte le informazioni che è in grado di fornire potranno assumere significato solo se inserite nel sistema di vissuti individuali e se centrate sulle specifiche esigenze di ognuno in "quel determinato momento". In genere, il momento migliore per fornire informazioni è quando vengono richieste, è importante rispondere a una domanda per volta, adeguare la velocità con cui si parla alla capacità di comprensione di chi ascolta, valutare l'opportunità di aggiungere ulteriori informazioni, ponendo sempre attenzione alle implicazioni relative a quanto detto.

Un'efficace comunicazione per la promozione della salute non può basarsi su un passaggio unidirezionale di informazioni standardizzate, di norme comportamentali dettate dall'esperto a una persona che tenta di sottostare con ragionevolezza alle norme prospettate: "ti dico che cosa devi fare senza preoccuparmi dell'impatto che avrà ciò che io dico sulla tua persona e se concorrerà ad attivare un processo di consapevolezza e un'assunzione di responsabilità per la modifica comportamentale". Deve piuttosto attivare passaggi bidirezionali, interazioni, *feedback* di risposta, deve focalizzare l'attenzione sull'individuo con la sua storia personale. Solo così è possibile trasformare un'informazione scientificamente fondata in un messaggio personalizzato, cioè in un'informazione compresa, che può arrivare a toccare le determinanti emotive oltre che cognitive del comportamento.

Strutturazione dell'intervento in fasi

Accoglienza: fondamentale per avviare l'interazione, per far sentire l'altro a proprio agio e favorire la creazione di un clima empatico che potrà supportare la relazione nelle fasi successive. L'accoglienza si alimenta non solo con gli elementi del verbale (un saluto di apertura e di disponibilità all'inizio della relazione), ma anche con quelli del non verbale (andare incontro, porgere la mano, mimica facciale, uno sguardo accogliente, attento alla persona) e del paraverbale (un tono della voce calmo, pacato, ma nello stesso tempo deciso, assertivo, il timbro, la velocità nel pronunciare le parole). Anche una postura aperta, comoda dell'operatore può contribuire a creare un clima di agio per la persona.

Ascolto attivo (riformulazione, delucidazione, capacità di indagine, messaggi in prima persona): necessario per comprendere i bisogni, le esigenze informative, chiarire cosa la persona sa già e cosa è in grado di recepire al momento, cogliere il motivo della richiesta o la percezione soggettiva rispetto al tema posto, lasciando spazio ai vissuti e alle reazioni emotive e comunicando comprensione empatica. Un clima disteso, un atteggiamento accogliente e positivo, un linguaggio chiaro e comprensibile e l'attenzione ai temi che la persona ritiene rilevanti in quel momento, possono facilitare la manifestazione di dubbi, preoccupazioni, paure e rappresentare un'opportunità per arrivare a focalizzare il "reale problema".

Focalizzazione del problema (esigenza informativa, stato di salute percepito, comportamento percepito come problematico): la focalizzazione del problema favorisce la valutazione del bisogno informativo, l'identificazione dei molteplici aspetti che caratterizzano il problema generale e le tensioni emotive che li accompagnano, permette di chiarire la richiesta della persona senza interpretazioni e ciò che la preoccupa, di capire l'eventuale disponibilità a rivedere il comportamento considerato problematico. È importante che venga affrontato un argomento per volta, in modo da evitare confusione e gestire meglio il tempo, fare attenzione agli argomenti considerati prioritari dall'altro, senza perdere di vista la componente emotiva. In questo modo, si può arrivare a identificare insieme un obiettivo a medio e breve termine concreto, accettabile e raggiungibile sul quale lavorare.

Informazione personalizzata: l'informazione personalizzata è l'informazione corretta e aggiornata, che assume significato per la persona in quanto è centrata sulle specifiche esigenze individuali, è fornita anche in base a ciò che in quel momento la persona è in grado di poter effettivamente ascoltare e interiorizzare, è argomentata e comprensibile e può essere utilizzata come risorsa per colmare dubbi, per rivedere alcune convinzioni o atteggiamenti (vedi [box](#))

Comprensione dello stadio di cambiamento: l'identificazione dello stadio del cambiamento, cioè della disponibilità o prontezza della persona al cambiamento è indispensabile per valutare l'opportunità di focalizzare l'intervento solo sulla dimensione informativa, in particolare sulle conseguenze di un comportamento a rischio, evidenziando i vantaggi di un comportamento alternativo e stimolando la riflessione su costi e benefici (**stadio della pre-contemplazione**), oppure di iniziare a proporre la sperimentazione di un nuovo comportamento, valorizzando le conseguenze positive e suggerendo strategie per abbattere le barriere che ostacolano il cambiamento (**stadio della contemplazione**). In tal caso è importante che l'operatore inizi a comprendere l'ambivalenza che alimenta il conflitto interno (frattura interiore), cioè lavori con la persona per favorire l'aumento della consapevolezza sul problema e sui benefici del cambiamento e per facilitare la riflessione sulla valutazione degli effetti che lo *status quo* o il cambiamento hanno sia sul sistema di valori personali sia sull'ambiente di riferimento. Il ricorso alla tecnica della bilancia decisionale può favorire il superamento dell'ambivalenza attraverso un'analisi qualitativa dei costi e benefici, dei pro e dei contro

Identificazione di un obiettivo concreto, realistico, raggiungibile: è necessario concordare un obiettivo concreto, raggiungibile in quel momento da quella persona che spesso non corrisponde con l'obiettivo iniziale del professionista, ma piuttosto con quello identificato nella relazione sulla base del problema emergente. Per la promozione di stili di vita salutari l'obiettivo dovrebbe essere coerente con lo stadio del cambiamento in cui si trova la persona. È compito dell'operatore valutare la situazione complessiva, il grado di fattibilità concreta degli interventi proposti, la disponibilità del soggetto ad accettare, attuare e poi mantenere nel tempo un cambiamento. Non basta dire a una persona in sovrappeso che è opportuno fare più movimento, occorre concordare il tipo di attività fisica che maggiormente si addice alle caratteristiche e allo stile di vita della persona. È fondamentale che l'operatore aiuti la persona a riflettere sul cambiamento, a identificare il problema, a esserne consapevole e a valutare la possibilità di mettere in atto delle azioni concrete per affrontarlo. L'attenzione va rivolta in modo particolare su ciò che "ha funzionato" o che "può funzionare", poiché può servire da riferimento, da risorsa per affrontare il problema attuale.

Presentazione di possibili alternative e soluzioni da concordare: per il raggiungimento dell'obiettivo concordato, l'operatore ha la possibilità di prospettare un ventaglio di soluzioni: spetta poi alla persona scegliere l'opzione che, nello specifico momento, considera più adeguata per affrontare in modo attivo la situazione che sta vivendo. A volte la soluzione concordata in quella fase non corrisponde alla soluzione che l'operatore considerava più opportuna in linea generale.

Definizione di un piano operativo: per attuare quanto stabilito può essere utile definire le strategie di azione, cioè decidere insieme concretamente che cosa fare.

Riassunto e verifica: il riassunto di quanto emerso durante il colloquio e di ciò che è stato concordato è utile per verificare che cosa e quanto la persona abbia compreso, per indagare ulteriori dubbi e anche per capire se la persona ha una visione più chiara del suo problema, del modo in cui affrontarlo. Questo può essere il momento per pianificare azioni o passaggi successivi.

Conclusione e disponibilità per ulteriori contatti: la conclusione della relazione non deve essere affrettata e deve offrire la disponibilità a ulteriori incontri o contatti, fondamentale per valorizzare quanto emerso durante l'intervento, per dare continuità alla relazione stessa. A volte può essere opportuno, in base al contesto e al tipo di intervento, proporre l'invio a un altro servizio oppure concordare un nuovo appuntamento per un follow-up di sostegno.

Bibliografia

1. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale. http://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/materiali/GS_valore_aggiunto_competenze_counselling.pdf
2. Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore nella relazione professionale. http://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/materiali/GS_competenze_counselling_gestione_consapevole.pdf

Fonti di consultazione

- Braibanti P, Zunino A. Lo sguardo di Igea. Soggetti, contesti e azioni di psicologia della salute. Milano, Franco Angeli, 2005.
- Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale. http://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/materiali/GS_valore_aggiunto_competenze_counselling.pdf

-
- Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore nella relazione professionale.
http://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_competenze_counselling_gestione_consapevole.pdf
 - Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari professionale.
http://www.epicentro.iss.it/GuadagnareSalute/formazione/materiali/GS_modelli_competenza_strategie_cambiamento.pdf
 - Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
 - Evans DS, Martin L, et al. Brief interventions and motivational interviewing. Literature review and guidance for practice. Dublin: Health Service Executive, 2011.
 - Littrell JM. Il Counseling breve in azione. ASPIC Edizioni scientifiche, 2001.
 - Miller WR, Rollnick S. Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcool e altre dipendenze. Erickson, 1994.
 - Mucchielli R. Apprendere il counselling. Erickson, 1994.
 - Murgatroyd S. Il counselling nella relazione di aiuto. Roma, Sovera, 1995.
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Behaviour change: individual approaches. 2014
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Public health intervention guidance no. 1. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. 2006.
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stop smoking interventions and services. 2018.
 - Powell KT. Commissioning training for behaviour change interventions: Evidence and best practice in delivery. University of Chester, Chester: Centre for Public Health Research, 2008.
 - Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy, theory, research and practice 1982;19:276-88.
 - Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S, Tortone C. Modelli socio cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: rassegna e analisi critica. Torino: Regione Piemonte; 2009.
<https://www.dors.it/alleg/0202/Modelli%20teorici%20di%20cambiamento2.pdf>
 - Regione Emilia-Romagna. Vademecum per la conduzione dell'intervento motivazionale sugli stili di vita a rischio in un contesto di rete. Realizzato nell'ambito del Progetto CCM 2015 "Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologico". https://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/dipartimenti-territoriali-1/dipartimento-di-sanita-pubblica/PRPRER/s1/strumenti-per-medico-competente/Vadem.pdf/attachment_download/file
 - Rogers CR. La terapia centrata sul cliente. Martinelli, 1989.
 - World Health Organization (WHO). Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR). Health Education and Health Promotion Unit (HEP). Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

2.c. L'intervento o colloquio molto breve nello schema processuale della relazione

Come già evidenziato, l'**intervento o colloquio molto breve** si può inserire in un processo relazionale già avviato e realizzato opportunisticamente quando una persona si rivolge a un servizio o in generale a un professionista per altri motivi e quindi condizionato dalla conduzione generale della relazione essendone parte integrante. Nel contesto lavorativo l'intervento molto breve può essere condotto opportunisticamente dal medico competente e rivolto a tutti i lavoratori in occasione delle visite periodiche, richiede infatti un tempo limitato, da 30 secondi a pochi minuti, e si basa sulla formulazione di domande aperte, ascolto attivo e proposta di messaggi brevi e chiari.

L'intervento prevede alcuni passaggi fondamentali che si inseriscono nella strutturazione della relazione in fasi sopra descritta e ha l'obiettivo di:

- comprendere lo stato di salute percepito della persona (come si sente), senza proporre una valutazione oggettiva del grado di salute;
- conoscere il livello soggettivo di consapevolezza della persona riguardo agli stili di vita salutari;
- fornire informazioni sull'importanza di adottare comportamenti salutari e indicazioni di base per mettere in pratica tali comportamenti, come per l'attività fisica i livelli consigliati;
- sostenere la consapevolezza della persona e valutarne la propensione a impegnarsi in ulteriori discussioni sui temi relativi agli stili di vita salutari;
- inviare verso un servizio per un sostegno ulteriore.

È essenziale che l'operatore abbia a disposizione un bagaglio conoscitivo scientificamente valido e rigorosamente aggiornato, per fornire informazioni personalizzate e formulate attraverso messaggi chiari e significativi ([vedi prima parte](#), Messaggi per la promozione di corretti stili di vita). Inoltre, è anche importante che l'intervento sia supportato dalla disponibilità di materiale informativo sulle tematiche riguardanti gli argomenti trattati nel colloquio.

I passaggi dell'intervento o colloquio molto breve

- **Accoglienza:** fondamentale per avviare la relazione, per favorire la creazione di un clima positivo essenziale per supportare la relazione nelle fasi successive.
- **Ascolto attivo:** necessario per comprendere la percezione soggettiva della persona riguardo al proprio stato di salute, le sue esigenze informative e il livello di consapevolezza in merito alla pratica di stili di vita salutari.

- "Come si sente oggi?"

Si può utilizzare la Scala di soddisfazione dello stato di salute percepito, il cui posizionamento è finalizzato a ottenere informazioni sulla percezione soggettiva dello stato di salute della persona e non sulla presenza effettiva di stili di vita non salutari.

"Se dovesse valutare con un numero da 1 a 7 il suo stato di salute attuale come si posizionerebbe, considerando che 1 significa "per nulla soddisfatto" e 7 "del tutto soddisfatto"?"

1	2	3	4	5	6	7
Per nulla soddisfatto						del tutto soddisfatto

È possibile utilizzare anche domande che vadano a individuare la presenza di comportamenti non salutari, valutando il momento opportuno per inserirle nell'ambito del colloquio, facendo attenzione a porre una domanda per volta e adeguando la velocità con cui si parla alla capacità di comprensione di chi ascolta. Per esempio, in base a quanto emerso nella fase iniziale del colloquio è possibile approfondire uno o più comportamenti:

- Lei fuma?
- Ha mai pensato di smettere di fumare?
- È soddisfatto/a della sua forma fisica, del suo peso?
- Fa ogni giorno un po' di movimento? Di che tipo?

- Ritieni che la sua alimentazione sia appropriata?
- Pensa di dover cambiare qualcosa nella sua alimentazione?

- **Formulazione di ulteriori domande aperte:** per approfondire le tematiche relative gli stili di vita a seconda della situazione specifica, del tempo a disposizione, dei bisogni e della disponibilità della persona.

- Pensa che l'attività fisica che svolge sia sufficiente?
- Durante la giornata ha possibilità di svolgere un po' di attività fisica per esempio giardinaggio, camminate, ballo, passeggiate in bicicletta...)?

Se dovesse valutare con un numero da 1 a 7 il suo grado di soddisfazione rispetto allo svolgimento dell'attività fisica come si posizionerebbe, considerando che 1 significa "per nulla soddisfatto" e 7 "del tutto soddisfatto"?

1	2	3	4	5	6	7
Per nulla soddisfatto						Del tutto soddisfatto
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informazione personalizzata: è importante fornire informazioni chiare e comprensibili partendo da ciò che dice la persona e considerando ciò che già sa e desidera sapere. <ul style="list-style-type: none"> - "Mi diceva che definirebbe il suo grado di soddisfazione rispetto all'attività fisica pari a 3 e di non essere abbastanza soddisfatto" (tecnica della riformulazione) - "A tal proposito le vorrei indicare, per sua conoscenza, il livello di attività fisica raccomandato per la sua età..." ▪ Riassunto e verifica: è essenziale verificare quanto e che cosa la persona ha compreso, attraverso il riassunto dei contenuti emersi nel colloquio ed eventuali domande aperte. <ul style="list-style-type: none"> - "Rispetto a quanto le ho illustrato, le sembra tutto chiaro, ci sono degli aspetti che ha necessità di approfondire?" - "Poco fa mi diceva di voler capire meglio che cosa si intende per attività fisica, le sembra ora chiaro?" - "Dopo il nostro colloquio le sembra di avere informazioni utili per valutare meglio il suo stato di salute attuale?" ▪ Chiusura: nella fase finale del colloquio è utile salutare consegnando il materiale informativo disponibile e invitare a consultare il proprio medico di famiglia o un eventuale specialista o ancora un altro servizio qualora si presenti la necessità. 						

Bibliografia

- Braibanti P, Zunino A. Lo sguardo di Igea. Soggetti, contesti e azioni di psicologia della salute. Milano, Franco Angeli, 2005.
- Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale. http://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_valore_aggiunto_competenze_counselling.pdf
- Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore nella relazione professionale. http://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_competenze_counselling_gestione_consapevole.pdf
- Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari professionale. http://www.epicentro.iss.it/GuadagnareSalute/formazione/materiali/GS_modelli_competenza_strategie_cambiamento.pdf
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- Evans DS, Martin L, et al. Brief interventions and motivational interviewing. Literature review and guidance for practice. Dublin: Health Service Executive, 2011.
- Littrell JM. Il Counseling breve in azione. ASPIC Edizioni scientifiche, 2001.
- Miller WR, Rollnick S. Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcool e altre dipendenze. Erickson, 1994.
- Mucchielli R. Apprendere il counselling. Erickson, 1994.
- Murgatroyd S. Il counselling nella relazione di aiuto. Roma, Sovera, 1995.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Behaviour change: individual approaches. 2014

-
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Public health intervention guidance no. 1. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. 2006.
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stop smoking interventions and services. 2018.
 - Powell KT. Commissioning training for behaviour change interventions: Evidence and best practice in delivery. University of Chester, Chester: Centre for Public Health Research, 2008.
 - Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy, theory, research and practice* 1982;19:276-88.
 - Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S, Tortone C. Modelli socio cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: rassegna e analisi critica. Torino: Regione Piemonte; 2009.
<https://www.dors.it/alleg/0202/Modelli%20teorici%20di%20cambiamento2.pdf>
 - Regione Emilia-Romagna. Vademecum per la conduzione dell'intervento motivazionale sugli stili di vita a rischio in un contesto di rete. Realizzato nell'ambito del Progetto CCM 2015 "Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologico". https://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/dipartimenti-territoriali-1/dipartimento-di-sanita-pubblica/PRPRER/s1/strumenti-per-medico-competente/Vadem.pdf/attachment_download/file
 - Rogers CR. La terapia centrata sul cliente. Martinelli, 1989.
 - World Health Organization (WHO). Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR). Health Education and Health Promotion Unit (HEP). Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

2.d. L'intervento o colloquio breve (minimal advice) nello schema processuale della relazione

L'intervento o colloquio breve, come l'intervento molto breve, si può inserire in un processo relazionale già avviato, in quanto può essere realizzato opportunisticamente anche quando una persona si rivolge a un servizio o, in generale, a un professionista per altri motivi. Può richiedere pochi minuti e può essere condotto dal medico competente in occasione delle visite periodiche, anche se prevede una modalità più strutturata di conduzione in quanto ha lo scopo non solo di comprendere lo stato di salute percepito della persona e di conoscere il livello soggettivo di consapevolezza, ma anche di promuovere tale consapevolezza dotando la persona di strumenti per cambiare i propri atteggiamenti e gestire i problemi. Può comprendere la possibilità di organizzare un *follow-up* di sostegno e può includere anche un invio a ulteriori interventi/servizi specializzati per un maggiore supporto.

L'intervento breve prevede alcuni passaggi fondamentali che si inseriscono nella strutturazione della relazione in fasi sopra descritta e ha l'obiettivo di:

- comprendere lo stato di salute percepito dalla persona (come si sente), senza valutare in modo oggettivo il grado di salute;
- conoscere il livello soggettivo di consapevolezza della persona riguardo gli stili di vita salutari;
- raccogliere informazioni sulle abitudini della persona sugli stili di vita e se è possibile sulla storia familiare riguardo a comportamenti a rischio;
- approfondire punti di vista e opinioni espressi direttamente dalla persona per capire meglio il suo atteggiamento rispetto a specifici comportamenti a rischio;
- fornire informazioni sull'importanza di adottare comportamenti salutari e indicazioni di fondo per mettere in pratica tali comportamenti in base ai fattori di rischio emersi nel colloquio;
- aumentare la consapevolezza proponendo alla persona strumenti per cambiare i propri atteggiamenti e gestire i problemi;
- inviare verso un servizio per un sostegno ulteriore o concordare un nuovo appuntamento

Così come per l'intervento molto breve, anche in questo caso l'operatore deve possedere conoscenze aggiornate e valide, sostenute dalla disponibilità di materiale informativo sugli argomenti emersi nel colloquio.

I passaggi dell'intervento o colloquio breve

- **Accoglienza:** fondamentale per avviare la relazione, per favorire la creazione di un clima positivo, essenziale per supportare la relazione nelle fasi successive.
- **Ascolto attivo:** necessario per comprendere la percezione soggettiva della persona riguardo al proprio stato di salute, le sue esigenze informative e il livello di consapevolezza in merito alla pratica di stili di vita salutari.
 - "Come si sente oggi?"

Utilizzo della Scala di soddisfazione dello stato di salute percepito:

"Se dovesse valutare con un numero da 1 a 7 il suo stato di salute attuale come si posizionerebbe, considerando che 1 significa 'per nulla soddisfatto' e 7 'del tutto soddisfatto'?"

1	2	3	4	5	6	7
Per nulla soddisfatto						Del tutto soddisfatto

Anche in questo caso, è possibile utilizzare domande che vadano a individuare la presenza di comportamenti non salutari.

- **Formulazione di ulteriori domande aperte:** per approfondire le tematiche relative gli stili di vita a seconda della situazione specifica, del tempo a disposizione, dei bisogni e della disponibilità della persona.
 - "Poco fa quando le ho chiesto come potrebbe valutare il suo attuale stato di salute, mi diceva che in questo periodo si sente poco in forma in quanto è un po' sovrappeso (**rispecchiamento empatico tecnica della riformulazione**). Potrebbe approfondire questo aspetto facendo riferimento alle sue abitudini alimentari o alla sua disponibilità a fare un po' di attività fisica?"

- **Focalizzazione del problema:** favorisce la valutazione del bisogno informativo, l'identificazione dei molteplici aspetti che caratterizzano il problema generale e le tensioni emotive che li accompagnano, permette di chiarire ciò che preoccupa la persona in modo particolare.
 - *“Mi rendo conto delle sue difficoltà nell’inserire l’attività fisica tra i vari impegni della giornata e a mantenere delle corrette abitudini alimentari, e che questo possa rappresentare per lei un problema” (comprensione empatica)*
 - *“A questo proposito le volevo dare qualche informazione che potrebbe essere utile per trovare una soluzione adeguata alle sue esigenze”*
 - *“C’è un aspetto che in questo momento si sente disponibile ad approfondire?”*

In questa fase del colloquio, si potrebbe utilizzare **la bilancia decisionale** per effettuare un’analisi qualitativa dei pro e dei contro di un particolare comportamento. La bilancia decisionale è un valido strumento per considerare insieme alla persona costi e benefici del comportamento attuale e del cambiamento, al fine di favorire il superamento dell’ambivalenza e approfondirne contemporaneamente valori e preoccupazioni. In tal modo è possibile attivare un aumento della consapevolezza sul problema e sui benefici del cambiamento.

La bilancia decisionale

Attraverso la bilancia decisionale la persona elenca i vantaggi e gli svantaggi che individua nel comportamento problematico e i vantaggi e gli svantaggi che avrebbe da un cambiamento. Un aumento della motivazione al cambiamento si verifica quando la persona inizia a percepire che i costi del comportamento vissuto come problematico sono maggiori dei benefici. L’ambivalenza alimenta quel conflitto interno necessario per attivare il processo di cambiamento. È importante che l’operatore lavori insieme alla persona per ampliare tale “frattura interiore”, tra la condizione attuale e la meta desiderabile, facendo però attenzione a non riproporre l’ambivalenza nella relazione, ovvero a creare una situazione in cui è solamente l’operatore a spingere verso il cambiamento mentre la persona oppone resistenza.

Figura 2. La bilancia decisionale



Per aiutare la persona a individuare i benefici e i costi di una eventuale scelta, l’operatore può utilizzare anche una tabella che permette di avere un quadro sintetico di ciò che emerge dall’analisi dei pro e dei contro e di attribuirvi uno specifico punteggio. Questi aspetti possono essere verbalizzati o approfonditi dall’operatore nell’ambito del colloquio o, se possibile, in colloqui successivi.

Tabella 3. Costi e benefici di una scelta

Continuare a svolgere una vita sedentaria				Iniziare a fare attività fisica			
Benefici/Aspetti positivi	Punteggio 1-10	Costi/Aspetti negativi	Punteggio 1-10	Benefici/Aspetti positivi	Punteggio 1-10	Costi/Aspetti negativi	Punteggio 1-10
...		
...		
...		
Totale		Totale		Totale		Totale	

- **Informazione personalizzata:** è importante fornire informazioni chiare e comprensibili partendo da ciò che dice la persona e considerando ciò che già sa e desidera sapere.

- “Mi diceva che vorrebbe iniziare a capire meglio come migliorare i suoi livelli di attività fisica perché vorrebbe sentirsi più leggero e potrebbe fare le scale con più facilità, considerando che da una parte le risulta difficile fare movimento perché non trova il tempo e dall'altra preferisce leggere o vedere la TV quando ha un po' di tempo libero”

È possibile utilizzare, come supporto per rafforzare il messaggio, alcuni strumenti disponibili: in questo caso, abbiamo ad esempio la **piramide dell'attività fisica** o la **scheda dell'attività fisica** (Figura 3 e 4). Gli strumenti informativi sono di facile utilizzo e consentono di sviluppare la consapevolezza sulle opportunità di praticare stili di vita salutari e supportano l'operatore nel processo di definizione e condivisione di un obiettivo concreto e raggiungibile per la persona in quel momento.

- “Possiamo prendere spunto per esempio da queste immagini, c'è qualcosa che pensa sia possibile fare per praticare un po' di attività fisica?”

Figura 3. Piramide dell'attività fisica

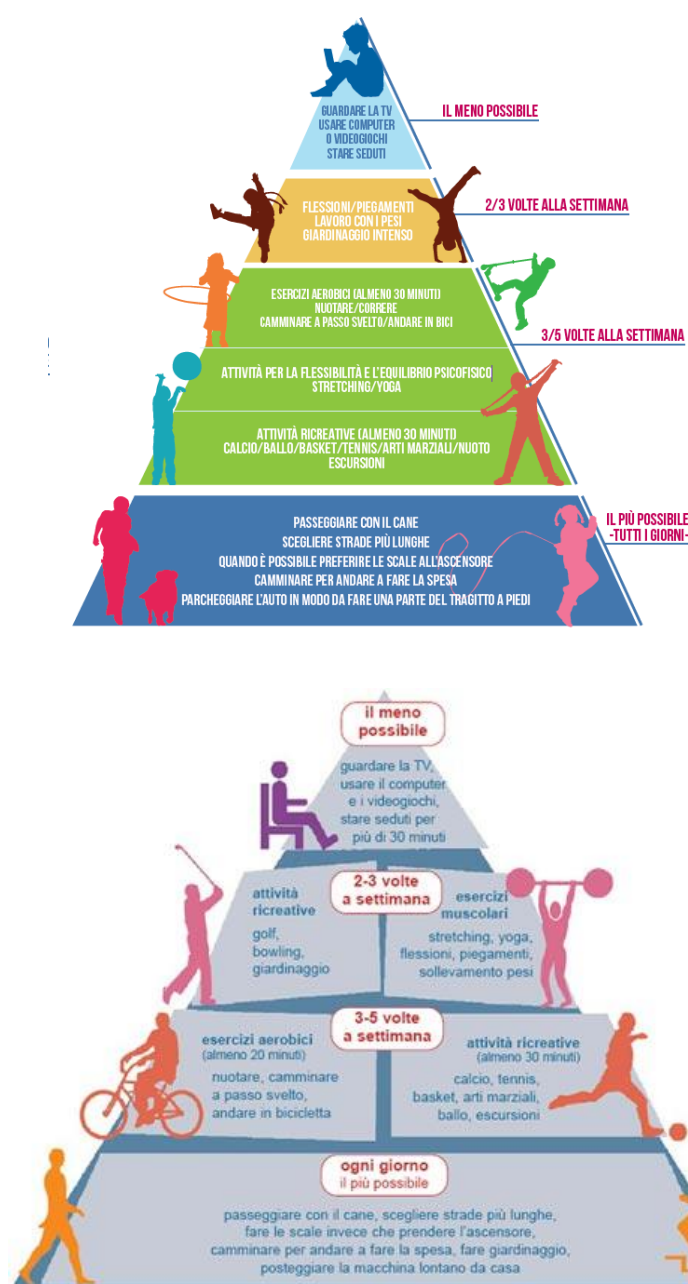


Figura 4. Scheda dell'attività fisica



- **Identificazione di un obiettivo concreto, realistico, raggiungibile:** è necessario concordare un obiettivo concreto, raggiungibile in quel momento da quella persona.
 - *“Considerando i vantaggi e gli svantaggi che abbiamo individuato, in questo momento, che cosa pensa di poter fare per migliorare la pratica dell'attività fisica?”*
- **Presentazione di possibili alternative e soluzioni da concordare:** per il raggiungimento dell'obiettivo concordato, l'operatore ha la possibilità di prospettare un ventaglio di soluzioni, tenendo in considerazione le esperienze passate e le preferenze della persona.
 - *“Mi diceva che tra le varie opzioni fare le scale e camminare nel tragitto da casa alla metro potrebbe rappresentare una scelta possibile...”*
- **Definire un piano di azione:** per attuare quanto stabilito può essere utile definire le strategie di azione, cioè decidere insieme concretamente che cosa fare
 - *“Sulla base di quanto abbiamo concordato e che lei ritiene in questo momento possibile, vediamo insieme quali passi si possono fare per realizzare il suo obiettivo?”*
- **Riassunto e verifica:** è essenziale verificare quanto e che cosa la persona ha compreso, attraverso il riassunto dei contenuti emersi nel colloquio ed eventuali domande aperte.
 - *“Allora, mi sembra di aver capito dalle sue parole che lei ritiene possibile realizzare in un mese questo cambiamento... (ripetere l'obiettivo di salute)?”*
 - *“Rispetto a quanto le ho illustrato, le sembra tutto chiaro, ci sono degli aspetti che ha bisogno di approfondire?”*
 - *“Abbiamo concordato che potrà iniziare a fare le scale invece di prendere l'ascensore e che cercherà di sfruttare ogni occasione per camminare”*
 - *“Dall'espressione del suo sguardo mi sembra preoccupato (**rispecchiamento empatico: tecnica della delucidazione e messaggio in prima persona**)”*

- **Chiusura:** nella fase finale del colloquio è utile salutare consegnando il materiale informativo disponibile e invitare a consultare il proprio medico di famiglia o un eventuale specialista o ancora un altro servizio qualora si presenti la necessità.

Bibliografia

- Braibanti P, Zunino A. Lo sguardo di Igea. Soggetti, contesti e azioni di psicologia della salute. Milano, Franco Angeli, 2005.
- Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale. http://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/materiali/GS_valore_aggiunto_competenze_counselling.pdf
- Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore nella relazione professionale. http://www.epicentro.iss.it/quadagnare-salute/formazione/materiali/GS_competenze_counselling_gestione_consapevole.pdf
- Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari professionale. http://www.epicentro.iss.it/GuadagnareSalute/formazione/materiali/GS_modelli_competenza_strategie_cambiamento.pdf
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- Evans DS, Martin L, et al. Brief interventions and motivational interviewing. Literature review and guidance for practice. Dublin: Health Service Executive, 2011.
- Littrell JM. Il Counseling breve in azione. ASPIC Edizioni scientifiche, 2001.
- Miller WR, Rollnick S. Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcool e altre dipendenze. Erickson, 1994.
- Mucchielli R. Apprendere il counselling. Erickson, 1994.
- Murgatroyd S. Il counselling nella relazione di aiuto. Roma, Sovera, 1995.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Behaviour change: individual approaches. 2014
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Public health intervention guidance no. 1. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. 2006.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stop smoking interventions and services. 2018.
- Powell KT. Commissioning training for behaviour change interventions: Evidence and best practice in delivery. University of Chester, Chester: Centre for Public Health Research, 2008.
- Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy, theory, research and practice 1982;19:276-88.
- Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S, Tortone C. Modelli socio cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: rassegna e analisi critica. Torino: Regione Piemonte; 2009. <https://www.dors.it/alleg/0202/Modelli%20teorici%20di%20cambiamento2.pdf>
- Regione Emilia-Romagna. Vademecum per la conduzione dell'intervento motivazionale sugli stili di vita a rischio in un contesto di rete. Realizzato nell'ambito del Progetto CCM 2015 "Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologico". https://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/dipartimenti-territoriali-1/dipartimento-di-sanita-pubblica/PRPRER/s1/strumenti-per-medico-competente/Vadem.pdf/attachment_download/file
- Rogers CR. La terapia centrata sul cliente. Martinelli, 1989.
- World Health Organization (WHO). Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR). Health Education and Health Promotion Unit (HEP). Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

2.e. L'intervento motivazionale per l'attivazione e il sostegno al processo di cambiamento

L'intervento motivazionale per l'attivazione e il sostegno al cambiamento prevede una conduzione strutturata della relazione per individuare la disponibilità della persona al cambiamento (collocazione nel ciclo degli stadi del cambiamento) e quindi orientare la relazione verso un obiettivo concreto e raggiungibile per la persona in quel dato momento, sulla base della sua personale motivazione¹. Tale intervento richiede una buona conoscenza delle competenze di base del *counselling* sopra descritte per condurre la relazione ponendo al centro la persona al fine di facilitarla ad attivare le sue risorse per poter affrontare un comportamento vissuto come problematico, focalizzare la propria disponibilità al cambiamento e rafforzare la motivazione a attuarlo secondo i propri tempi e le proprie risorse.

L'intervento motivazionale per l'attivazione e il sostegno al cambiamento prevede alcuni passaggi fondamentali che si inseriscono nella strutturazione della relazione in fasi sopra descritta e ha l'obiettivo di:

- conoscere il livello soggettivo di consapevolezza della persona riguardo gli stili di vita salutari;
- raccogliere informazioni sulle conoscenze e sugli stili di vita della persona;
- individuare la disponibilità della persona al cambiamento e quindi la sua collocazione nel processo degli stadi del cambiamento;
- approfondire punti di vista e opinioni espressi direttamente dalla persona per capire meglio il suo atteggiamento rispetto a specifici comportamenti a rischio;
- avere un quadro dei fattori che incidono sulla sua motivazione:
 - approfondire che cosa può spingere la persona al cambiamento
 - fornire informazioni sull'importanza di adottare comportamenti salutari e indicazioni di base per mettere in pratica tali comportamenti in base ai fattori di rischio emersi nel colloquio
 - aumentare la consapevolezza proponendo alla persona strumenti per cambiare i propri atteggiamenti e gestire i problemi
- concordare un nuovo appuntamento per il *follow-up*.

I passaggi motivazionale per l'attivazione e il sostegno al cambiamento

- **Accoglienza:** fondamentale per avviare la relazione, per favorire la creazione di un clima positivo essenziale per supportare la relazione nelle fasi successive.
- **Ascolto attivo:** in questo tipo di colloquio, l'ascolto attivo è essenziale per raccogliere la storia della persona, per esplorare e comprendere i suoi bisogni, il suo punto di vista e il suo vissuto; per capire il motivo della richiesta o la percezione soggettiva rispetto al tema posto. Solo attraverso l'ascolto si può arrivare a focalizzare il problema e a valutare la disponibilità al cambiamento e il desiderio di prendersi cura in modo attivo della propria salute.
- **Formulazione di domande aperte:** questa fase iniziale è essenziale per orientare l'intervento e scegliere le strategie più adeguate allo stadio del cambiamento della persona. Le domande aperte favoriscono l'esplorazione e la focalizzazione del problema.
 - *“Al telefono mi ha detto di avere dei problemi con il peso e che il suo medico le ha indicato questo servizio. Può approfondire e spiegarmi meglio?”*
 - *“Mi sembra di aver capito che il suo medico le ha detto che deve dimagrire di circa 15 chili e che in questi ultimi tempi il suo peso è diventato per lei un pensiero costante che le causa preoccupazione in quanto pensa che possa incidere sulla sua salute. [...] La sua preoccupazione maggiore è di non farcela perché le risulta difficile rinunciare al cibo o diminuirne le quantità (**tecnica della riformulazione**). Le sembra che quanto sto dicendo corrisponda al suo punto di vista?”*
 - *“Mi può descrivere le sue abitudini alimentari nell'arco della giornata e mi può dire se fa un po' di movimento?”*

-
- **Focalizzazione del problema:** la focalizzazione del problema favorisce la valutazione del bisogno informativo, l'identificazione dei molteplici aspetti che caratterizzano il problema generale e le tensioni emotive che li accompagnano, permette di chiarire ciò che preoccupa la persona in modo particolare.

- *“Da ciò che mi sta dicendo, mi sembra di capire che in alcuni momenti della giornata le risulta più difficile mangiare in modo equilibrato, soprattutto la sera e a volte si alza di notte. Mi diceva anche che si sente appesantita e quindi tende a non camminare perché si stanca (**tecnica della riformulazione**). Vedendo i suoi esami [...] alcuni valori è importante che si abbassino”*

In questa fase del colloquio è possibile utilizzare la [bilancia decisionale](#).

- **Informazione personalizzata:** è importante fornire informazioni chiare e comprensibili partendo da ciò che dice la persona e considerando ciò che già sa e desidera sapere.

- *“Sulla base dei valori delle sue analisi e da quanto mi diceva rispetto alle sue difficoltà, penso che sarebbe opportuno...”*
- *“Mi sembra di cogliere dal suo sguardo perplessità rispetto a quanto le sto proponendo” (**tecnica della delucidazione**)*
- *“Capisco le difficoltà di cui mi sta parlando, mi rendo conto che può essere impegnativo attuare questi cambiamenti nelle abitudini, ma potremmo individuare un aspetto dal quale iniziare” (**comprensione empatica**)*
- *“In questo momento che cosa pensa di poter modificare?”*

- **Comprensione dello stadio di cambiamento:** l'identificazione dello stadio del cambiamento, cioè della disponibilità o prontezza della persona al cambiamento è indispensabile per orientare le fasi successive della relazione. Se una persona non è disponibile a cambiare, non è pronta o è incerta, proporre un piano d'azione o insistere sugli aspetti positivi del cambiamento può essere controproducente e creare resistenze.

- *“Mi pare allora di aver capito che lei in questo momento vorrebbe iniziare a camminare un po' di più e che quindi sarebbe disponibile a impegnarsi per questo...” (**tecnica della riformulazione**)*

A tal proposito, può essere opportuno utilizzare il **regolo motivazionale** con riferimento alle domande riguardanti la valutazione della disponibilità della persona a realizzare quel cambiamento ([vedi Regolo motivazionale](#)).

- *“Rispetto al non mangiare di notte, quanto si sente pronta a cambiare, su una scala da 0 a 10, in cui zero corrisponde a “per nulla” e 10 a “del tutto”. “Ha risposto 5, quindi è mediamente pronta”.*
- *“All'inizio del nostro colloquio, mi diceva che da una parte sarebbe molto contenta di raggiungere il suo obiettivo di non alzarsi di notte per mangiare, ma nello stesso tempo teme di non farcela...”*
“Se decidesse di iniziare, quanto si sentirebbe fiduciosa di essere in grado di farlo? Sulla stessa scala da zero a 10 dove si collocherebbe?”
- *“Rispetto alla fiducia di essere in grado si darebbe un punteggio basso pari a 3”*
- *“Quindi mi sembra di capire, anche rispetto alla sua paura di non farcela di cui mi parlava prima che ha poca fiducia di riuscire. Potremmo vedere insieme i vantaggi e gli svantaggi sia del comportamento da modificare sia del nuovo”*

- **Identificazione di un obiettivo concreto, realistico, raggiungibile:** è necessario concordare un obiettivo concreto, raggiungibile in quel momento da quella persona che corrisponde a quello identificato nella relazione sulla base del problema emergente

- *“Considerando i vantaggi e gli svantaggi che abbiamo individuato e commentato, in questo momento pensa sia possibile apportare dei cambiamenti? Che cosa pensa di poter fare, che cosa è disponibile a fare?”*

- **Presentazione di possibili alternative e soluzioni da concordare:** per il raggiungimento dell'obiettivo concordato, l'operatore ha la possibilità di prospettare un ventaglio di soluzioni, tenendo in considerazione le esperienze passate e le preferenze della persona.

- *“Mi diceva che è disponibile a evitare di mangiare la notte, in considerazione dei vantaggi individuati, come per esempio sentirsi meglio la mattina, dato che, come accennava, la mattina si*

sente pesante e triste”. (**tecnica della riformulazione tenendo conto dell’Affermazione orientata al cambiamento AOC**: “Quando mi alzo la notte per mangiare la mattina mi sento pesante e triste”)

- “Potrebbe anche provare a mangiare in modo più regolare ed equilibrato durante i pasti principali, evitando di saltarli e avere meno fame la sera”
- “Le illustro che cosa potrebbe fare attraverso queste immagini”

È possibile utilizzare a supporto dell’informazione per rafforzare il messaggio la **piramide alimentare**.

- **Definire un piano di azione:** per attuare quanto stabilito può essere utile definire le strategie di azione, cioè decidere insieme che cosa fare concretamente.
 - “Sulla base di quanto abbiamo concordato e di quanto lei ritiene in questo momento possibile attuare, dalla prossima settimana potrebbe iniziare a [...]. Potremmo definire insieme un menù settimanale e/o stampare la piramide da tenere in cucina, che ne pensa?”
- **Riassunto e verifica:** è essenziale verificare quanto e che cosa la persona ha compreso, attraverso il riassunto dei contenuti emersi nel colloquio ed eventuali domande aperte.
 - Rispetto a quanto le ho illustrato, le sembra tutto chiaro? Ci sono degli aspetti che ha bisogno di approfondire?”
 - “Allora abbiamo concordato che...” (**ripetere l’obiettivo concordato**)
- **Chiusura:** nella fase finale del colloquio è utile salutare consegnando il materiale informativo disponibile, manifestare disponibilità per un ulteriore incontro e concordare il *follow-up*.
 - “Siamo d’accordo, ci rivediamo tra un mese per vedere insieme come è andata, se lo ritiene opportuno ne può parlare anche con il suo medico”

Il regolo motivazionale

Il **regolo motivazionale** è un sistema semplice, indicato dal colloquio motivazionale per conoscere la percezione della persona rispetto ai tre fattori della motivazione al cambiamento (disponibilità o prontezza al cambiamento, importanza del cambiamento, senso di autoefficacia)¹ con gradazioni da 0 a 10 per ognuno dei fattori.



La disponibilità al cambiamento dipende dall’importanza che la persona gli riconosce e dalla fiducia nelle proprie possibilità a raggiungere l’obiettivo (autoefficacia). Più forte è l’ambivalenza, il conflitto interno percepito dalla persona, maggiore è l’importanza attribuita al cambiamento. Spesso, quando gli operatori sottolineano l’importanza di modificare comportamenti che possono essere dannosi per la salute, non si preoccupano di capire che cosa pensi e provi la persona protagonista del cambiamento. Non si chiedono se in quel momento sia disponibile a cambiare, se percepisca il suo comportamento come un problema per la sua salute, se si senta a disagio nel mantenere le sue abitudini non salutari; se consideri importante il cambiamento per la qualità della sua vita e se si senta in grado di compiere azioni orientate alla modifica del comportamento (livello di autoefficacia). Insistere sull’importanza, ampliando eccessivamente la frattura interiore, quando la persona ha una bassa fiducia nelle proprie capacità, può rivelarsi un errore che genera frustrazione. Importanza e fiducia si possono combinare generando quattro profili motivazionali diversi:

- Profilo A: bassa importanza, bassa fiducia
- Profilo B: bassa importanza, alta fiducia
- Profilo C: alta importanza, bassa fiducia
- Profilo D: alta importanza, alta fiducia.

La valutazione dell’importanza e della fiducia può essere effettuata attraverso il regolo motivazionale che permette di definire il profilo motivazionale di una persona in un determinato momento rispetto a un determinato cambiamento comportamentale.

Il regolamento prevede 3 domande per ognuno dei tre fattori della motivazione: la prima ha l'obiettivo di valutare il profilo motivazionale, la seconda e la terza hanno l'obiettivo di evocare le **Affermazioni orientate al cambiamento (AOC)** che stabiliscono il margine di azione dell'operatore, ovvero se potrà procedere con le strategie di rinforzo motivazionale o se dovrà demandare l'intervento in altri tempi o luoghi. È importante sottolineare le AOC della persona attraverso le riformulazioni. Di seguito alcuni esempi:

- "Quando rimango molto seduto durante la giornata lavorativa la sera mi sento gonfio e irritato" (AOC). L'operatore può riformulare e rafforzare la parte positiva dell'affermazione: "A volte le capita di stare molto seduto al lavoro e questo non le permette di essere sereno e agile la sera".
- "Quando mangio troppo la sera la mattina dopo mi sento irritato" (AOC). L'operatore potrebbe dire: "Da quanto mi dice mi sembra di capire che lei sia una persona che vuole mantenere una regola nelle cose che fa".

Le domande del regolamento:

Motivazione

1. Quanto valuta che per lei sia importante per esempio praticare attività fisica con regolarità? In una scala da zero a dieci, dove lo zero vuol dire "per niente importante" e dieci significa "estremamente importante", dove si collocherebbe?

2. Esprimere in maniera qualitativa il valore numerico (Es: Se ha risposto 5, significa che è mediamente importante).

Poi fare la seguente domanda: Perché ha risposto 5 e non 2?

3. Che cosa le servirebbe per arrivare a 8?

N.B. Se la risposta alla domanda 1 risulta 0 si passa alla domanda 3 così modificata: Che cosa le servirebbe per arrivare a 4?

Autoefficacia

1. Se decidesse di iniziare per esempio a fare attività fisica 2 o 3 volte a settimana, quanto si sentirebbe fiducioso di essere in grado di farlo? Sulla stessa scala da zero a dieci, dove lo zero vuol dire "per nulla fiducioso" e il dieci significa "estremamente fiducioso", dove si collocherebbe?

2. Esprimere in maniera qualitativa il valore numerico (Es: Ha risposto 5, significa che è mediamente fiducioso). Poi fare la seguente domanda: Perché ha risposto 5 e non 2?

3. Cosa le servirebbe per arrivare a 8?

N.B. Se la risposta alla domanda 1 risulta 0 si passa alla domanda 3 così modificata:

Che cosa le servirebbe per arrivare a 4?

Prontezza

1. Quanto si sente pronto a fare attività fisica con regolarità? Nella medesima scala da zero a dieci, dove lo zero significa "per nulla pronto" e il dieci "estremamente pronto", dove si collocherebbe?

2. Esprimere in maniera qualitativa il valore numerico (Es: Ha risposto 5, significa che è mediamente pronto).

Poi fare la seguente domanda: Perché ha risposto 5 e non 2?

3. Che cosa le servirebbe per arrivare a 8?

N.B. Se la risposta alla domanda 1 risulta 0 si passa alla domanda 3 così modificata:

Che cosa le servirebbe per arrivare a 4?

1. Miller WR, Rollnick S. Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcool e altre dipendenze. Erickson, 1994.

Bibliografia

- Braibanti P, Zunino A. Lo sguardo di Igea. Soggetti, contesti e azioni di psicologia della salute. Milano, Franco Angeli, 2005.
- Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale. http://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_valore_aggiunto_competenze_counselling.pdf

-
- Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore nella relazione professionale.
http://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_competenze_counselling_gestione_consapevole.pdf
 - Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della salute (CNaPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guadagnare Salute, Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari professionale.
http://www.epicentro.iss.it/GuadagnareSalute/formazione/materiali/GS_modelli_competenza_strategie_cambiamento.pdf
 - Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
 - Evans DS, Martin L, et al. Brief interventions and motivational interviewing. Literature review and guidance for practice. Dublin: Health Service Executive, 2011.
 - Littrell JM. Il Counseling breve in azione. ASPIC Edizioni scientifiche, 2001.
 - Miller WR, Rollnick S. Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcool e altre dipendenze. Erickson, 1994.
 - Mucchielli R. Apprendere il counselling. Erickson, 1994.
 - Murgatroyd S. Il counselling nella relazione di aiuto. Roma, Sovera, 1995.
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Behaviour change: individual approaches. 2014
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Public health intervention guidance no. 1. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. 2006.
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stop smoking interventions and services. 2018.
 - Powell KT. Commissioning training for behaviour change interventions: Evidence and best practice in delivery. University of Chester, Chester: Centre for Public Health Research, 2008.
 - Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy, theory, research and practice 1982;19:276-88.
 - Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S, Tortone C. Modelli socio cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: rassegna e analisi critica. Torino: Regione Piemonte; 2009.
<https://www.dors.it/alleg/0202/Modelli%20teorici%20di%20cambiamento2.pdf>
 - Regione Emilia-Romagna. Vademecum per la conduzione dell'intervento motivazionale sugli stili di vita a rischio in un contesto di rete. Realizzato nell'ambito del Progetto CCM 2015 "Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d'iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologico". https://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/dipartimenti-territoriali-1/dipartimento-di-sanita-pubblica/PRPRER/s1/strumenti-per-medico-competente/Vadem.pdf/attachment_download/file
 - Rogers CR. La terapia centrata sul cliente. Martinelli, 1989.
 - World Health Organization (WHO). Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR). Health Education and Health Promotion Unit (HEP). Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

3. Interventi clinici di provata efficacia per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo e di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol

Sul luogo di lavoro, i medici competenti hanno la possibilità di collaborare alla lotta contro fumo e alcol attraverso molteplici opportunità, per esempio realizzando attività di informazione, partecipando a programmi di promozione della salute o fornendo uno specifico *counselling* ai lavoratori durante le visite periodiche di sorveglianza sanitaria. In particolare, è stato dimostrato come interventi di comunicazione individualizzati erogati nelle situazioni di contatto con l'utenza, anche della durata di meno di 5 minuti, aumentino i tassi complessivi di astensione dal tabacco e dall'alcol. Il tempo che il medico competente può dedicare a ciascuna visita di sorveglianza sanitaria è in genere limitato ma, in considerazione della provata efficacia di tali interventi, risulta opportuno fornire un intervento di *counselling* a tutti i lavoratori, indipendentemente dagli interventi offerti da altri servizi sanitari.

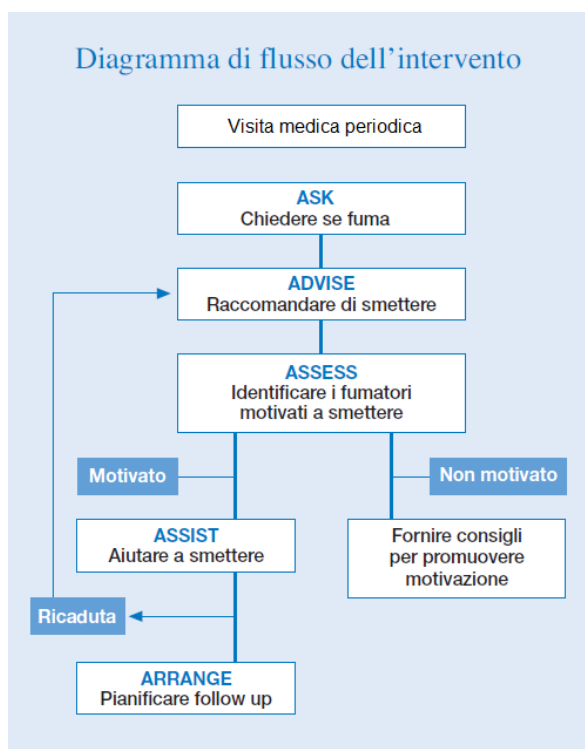
3.a. L'intervento per la cessazione dell'abitudine al fumo¹⁻⁴

La gestione del fumatore rappresenta uno dei casi in cui l'intervento di *counselling* segue un percorso condiviso e strutturato da linee guida.¹⁻⁴ I colloqui con il fumatore devono, in primo luogo, tentare di affrontare l'ambivalenza in vista di un cambiamento del comportamento rispetto al fumo di sigarette e, successivamente, aiutare il fumatore a distinguere le sue motivazioni e le sue intenzioni dal suo comportamento reale: la percezione e la consapevolezza di una contraddizione interna (frattura interiore) possono infatti essere per il fumatore una forte spinta al cambiamento. Superata questa prima fase, l'operatore potrà fornire consigli pratici e strategie specifiche che siano utilizzabili da quella persona, per sostenerla nella modificazione delle personali abitudini rispetto al fumo.

Le principali linee guida^{1,2,4} raccomandano che l'intervento si articoli secondo lo schema delle 5 A ([Figura 5](#)):

- **Ask**, chiedere se fuma;
- **Advise**, raccomandare di smettere;
- **Assess**, identificare i fumatori motivati a smettere;
- **Assist**, aiutare a smettere;
- **Arrange**, pianificare il *follow-up*.

Figura 5. Il modello delle 5 A^{1,4}



Ognuno di questi passaggi prevede per l'operatore specifiche competenze e strumenti e il raggiungimento di specifici obiettivi, fra loro complementari e di rinforzo reciproco.

Vediamo nel dettaglio ognuna delle fasi dell'intervento^{1,4}.

ASK: Chiedere se fuma

1. Domandare ai soggetti se sono fumatori: lo stato di fumatore deve essere infatti indagato in tutti gli individui, di entrambi i sessi, indipendentemente dalle condizioni di salute.
 - Ripetere la domanda a ogni visita anche a chi ha smesso di fumare entro l'ultimo anno.
2. Registrare la condizione di fumatore (nella forma "Sì/No/Ex fumatore") insieme agli altri dati clinici del lavoratore.

- È possibile utilizzare questionari prestampati oppure registrare la condizione di fumatore nella cartella clinica del lavoratore.
 - Rinforzare la scelta di chi ha smesso di fumare ed evidenziarne i vantaggi (migliore performance fisica, miglioramento del gusto e dell'olfatto, aumento dell'autostima, senso di autonomia e di libertà dalla dipendenza, risparmio economico).
3. Chiedere ai fumatori quanto fumano e da quanto tempo. Utilizzare il test di Fagerström per valutare il grado di dipendenza dalla nicotina ([vedi box La valutazione della dipendenza da nicotina](#)).
- È possibile effettuare anche l'anamnesi del fumo di sigarette, intesa come una ricostruzione della "storia" del fumatore, specie degli stadi iniziali in cui il fumatore ha cominciato a fumare e delle motivazioni che hanno sostenuto questo comportamento. In questo modo, la persona può acquisire ulteriore consapevolezza circa la propria abitudine al fumo, promuovendo un cambiamento di prospettiva.

La valutazione della dipendenza da nicotina

Per determinare il livello di dipendenza si possono usare diversi metodi e strumenti di misura. Il più utilizzato e consolidato nella pratica clinica è il test di Fagerström ([Tabella 4](#)),¹ un breve questionario con sei domande (esiste anche la versione a 8 domande) sulle abitudini del fumatore; le risposte più indicative sono quelle che riguardano il numero di sigarette fumate al giorno e l'intervallo di tempo che intercorre fra il risveglio e l'accensione della prima sigaretta.

Tabella 4. Test di Fagerström

Domande	Risposte	Punti
1. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?	Entro 5 minuti	3
	Entro 6-30 minuti	2
	Entro 31-60 minuti	1
	Dopo 60 minuti	0
2. Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, ecc.)?	Sì	1
	No	0
3. A quale sigaretta le costa di più rinunciare?	La prima del mattino	1
	Tutte le altre	0
4. Quante sigarette fuma al giorno?	10 o meno	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o più	3
5. Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?	Sì	1
	No	0
6. Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?	Sì	1
	No	0
Punteggio totale 0-2: livello di dipendenza lieve; 3-4: livello di dipendenza medio; 5-6: livello di dipendenza forte; 7-10: livello di dipendenza molto forte		

1. Da Zuccaro P, Amato L, Caraffa G et al. Guida rapida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Aggiornamento 2008. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Istituto Superiore di Sanità, 2008. http://old.iss.it/binary/fumo/cont/linee_guida_brevi_2008.pdf

ADVISE: Raccomandare di smettere

- Sollecitare tutti i fumatori a smettere di fumare.
 - L'intervento è tanto più efficace, quanto maggiore è la sua durata.
- Dedicare più tempo a coloro che presentano altri fattori di rischio o sono portatori di una malattia legata o aggravata dal fumo.
- Fornire al soggetto materiale scritto (come manuali, depliant, opuscoli, ecc.) contenente informazioni sui rischi associati al fumo, sui benefici della cessazione e sulle forme di trattamento disponibili, che però risulta efficace solo se i contenuti sono gli stessi già spiegati dal medico.
 - Sottolineare che la cessazione del fumo può aiutare a prevenire molte malattie gravi: neoplasie, malattie respiratorie e cardiovascolari.
 - Ricordare i fattori di rischio associati, le possibili interazioni con l'assunzione di farmaci e la necessità di interrompere l'abitudine al fumo durante la gravidanza e il puerperio.

- Valutare la presenza di malattie legate o aggravate dal fumo ed evidenziare gli effetti dannosi alle persone affette da patologie dell'apparato respiratorio o cardiovascolare ([vedi box La valutazione dello stato di salute](#)).
- È importante cercare di personalizzare l'intervento in base alla storia anamnestica del fumatore e alle sue caratteristiche, quali il livello socioculturale, la capacità di comprensione/comunicazione, lo stato di salute generale e altri fattori di rischio.

È importante evidenziare, tuttavia, che è quasi impossibile fare smettere un fumatore che non sia motivato a farlo, e la motivazione non viene facilmente sollecitata semplicemente informando sui danni prodotti dal fumo. In ogni caso è fondamentale cercare di costruire una vera e propria "relazione di alleanza" con la persona, evitando approcci troppo insistenti o aggressivi che possono compromettere l'orientamento verso la cessazione. Alcuni possibili suggerimenti sono:

- dire al fumatore che si è consapevoli di quanto sia difficile smettere;
- evitare di entrare in conflitto verbale o psicologico;
- aiutarlo a trovare le proprie motivazioni per smettere;
- accettare di parlare anche degli aspetti piacevoli del fumare;
- far osservare anche i vantaggi estetici, economici e affettivi (rispetto per la salute dei familiari e dei conviventi, miglioramento dell'autostima: sentirsi orgogliosi per essere riusciti in un'impresa importante).

La valutazione dello stato di salute

Una tappa importante per impostare gli interventi diretti a promuovere la cessazione del fumo è la valutazione delle condizioni di salute, che in alcuni casi può includere indagini diagnostiche mirate, con l'identificazione delle persone che richiedono una particolare attenzione dal punto di vista medico.¹⁻⁴ Secondo lo stato organizzativo attuale non è infatti possibile assicurare la massima assistenza a tutti coloro che fumano, ed è compito del medico scegliere quali casi prendere in carico e quali indirizzare verso centri specializzati. Allo stesso modo, l'attivazione di una rete di sostegno sociale è auspicabile per tutti i casi, soprattutto coloro che mostrano particolari resistenze al cambiamento, sotto forma di aiuto a creare e organizzare un ambiente familiare, sociale e lavorativo (quindi al di fuori degli specifici *setting* di intervento) che possa sostenere il soggetto fumatore nel suo tentativo di smettere.. La [tabella 5](#) riassume le tipologie di popolazione e la tipologia di interventi a esse adeguati.

Tabella 5. Popolazione fumatrice e livello di intervento

Popolazione	Intervento/i suggerito/i
Fumatori senza altri fattori di rischio	
<i>Priorità bassa di intervento</i>	<i>Minimal advice</i>
Fumatori portatori di altri fattori di rischio (per familiarità, storia clinica pregressa o stili di vita)	
<i>(es. ipertensione arteriosa, familiarità per neoplasie o per malattie respiratorie, diabete, dislipidemia)</i>	Intervento motivazionale di sostegno
	Invio ad ambulatori dedicati, centri o associazioni che erogano trattamenti specialistici per la disassuefazione dal fumo, basati su prove di efficacia
Fumatori portatori di malattia (legata al/o aggravata dal fumo)	
<i>Pazienti che continuano a fumare affetti da: broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), patologie cardiovascolari (in particolare coloro che hanno avuto un infarto o un ictus, o affetti da arteriopatia periferica) e pazienti diabetici con complicanze macrovascolari</i>	Invio ad ambulatori dedicati, centri o associazioni che erogano trattamenti specialistici per la disassuefazione dal fumo, basati su prove di efficacia
	Prescrizione della terapia farmacologica con terapia sostitutiva della nicotina
Fumatori "difficili"	
<i>Fumatori che hanno smesso e ricominciato; fumatori che non riescono a smettere nonostante la motivazione. Rientrano anche i soggetti con patologie psichiatriche ove la prevalenza dell'abitudine al fumo è superiore che nella popolazione generale</i>	Invio ad ambulatori dedicati, centri o associazioni che erogano trattamenti specialistici per le dipendenze da sostanze basati su prove di efficacia
	Prescrizione della terapia farmacologica con terapia sostitutiva della nicotina
	Intervento di sostegno sociale
Fumatori conviventi con soggetti esposti al rischio di fumo passivo	
<i>Le principali categorie di soggetti esposti sono i bambini (aumentati il rischio di infezioni del tratto respiratorio e l'incidenza di asma) e gli asmatici adulti (aumento del numero delle riacutizzazioni, dell'uso di farmaci e delle visite in Pronto Soccorso)</i>	Intervento motivazionale di sostegno
	Invio ad ambulatori dedicati, centri o associazioni che erogano trattamenti specialistici per la disassuefazione dal fumo, basati su prove di efficacia

Donne fumatrici che hanno deciso di avere un figlio	
Il periodo della vita nel quale la donna decide di avere un figlio può essere un fattore di promozione della cessazione del consumo di sigarette.	Minimal advice
	Intervento motivazionale di sostegno
Donne in gravidanza	
La gravidanza è un terreno particolarmente fertile rispetto all'intervento di disassuefazione per i rischi associati alla nascita. L'allontanamento per un lungo periodo di tempo dalle attività extradomestiche, l'interesse per l'allattamento prolungato, la vicinanza costante del bambino per un lungo periodo, possono favorire il consolidamento della abitudine al non fumo.	Intervento motivazionale di sostegno, ripetuto nelle varie fasi della gravidanza
	Intervento di sostegno sociale
	Terapia farmacologica, ma solo in casi gravi. Ciò perché la nicotina è tossica per il feto. D'altra parte il fumo (che contiene anche molte altre sostanze tossiche) è molto più dannoso della sola nicotina. Il medico dovrà fare un accurato bilancio con la paziente dei rischi e dei benefici attesi, ottenendone un consenso informato

1. Da Zuccaro P, Amato L, Caraffa G et al. Guida rapida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Aggiornamento 2008. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Istituto Superiore di Sanità, 2008. http://old.iss.it/binary/fumo/cont/linee_guida_brevi_2008.pdf
2. Faggiano F, Gelormino E, Mathis F, et al. Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Commissione regionale anti-tabacco, Quaderno N. 3. Regione Piemonte, 2007. https://www.oed.piemonte.it/public/5_PRAT/Linee_Guida_cessazione_fumo_2007.pdf
3. Charrier L, Coppo A, Piccinelli C, et al. Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo, Quaderno N. 1. Regione Piemonte, 2006. https://www.oed.piemonte.it/public/5_PRAT/Raccomandazioni_ambienti_di_lavoro_liberi_dal_fumo.pdf
4. Zuccaro P, Caraffa G, Corti FM et al. Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Istituto Superiore di Sanità, 2002. http://old.iss.it/binary/fumo4/cont/lq_LUNGHE.pdf

ASSESS: Identificare i fumatori motivati a smettere

1. Accertarsi che il soggetto voglia smettere.
 - Valutare complessivamente il livello di motivazione ([vedi Regolo motivazionale](#)).
 - È opportuno tenere in considerazione, oltre al livello di motivazione, le caratteristiche del fumatore nel suo complesso, che possono incidere in maniera significativa sull'adesione a un programma di disassuefazione e influenzare il successo del trattamento, quali il grado di dipendenza, lo stato socioculturale e le condizioni di salute.
2. Se non è intenzionato, dedicargli un po' di tempo per cercare di stimolarlo a smettere.
3. Se è intenzionato, approfittarne per fornirgli subito consigli comportamentali e proporgli di tornare entro due settimane.

La valutazione della motivazione a smettere di fumare

Uno dei livelli dell'intervento ha a che fare con la definizione delle ragioni che hanno indotto il fumatore a intraprendere il percorso di cessazione e la valutazione della sua motivazione al trattamento.

Il processo di valutazione della motivazione ha fatto riferimento al modello degli stadi di cambiamento, secondo il quale il fumatore attraverserebbe fasi differenti caratterizzate da diversi gradi di determinazione, in funzione delle quali va impostato l'intervento appropriato. La motivazione a smettere di fumare può essere valutata con questionari specifici o con semplici domande sulla decisione di smettere (Tabelle 6 e 7).

Tabella 6. Test di valutazione della motivazione

	Punteggio
Quanto è importante per lei smettere completamente di fumare?	
disperatamente importante	4
molto importante	3
abbastanza importante	2
non molto importante	1
Quanto è determinato a smettere di fumare?	
estremamente determinato	4
molto determinato	3
abbastanza determinato	2
non del tutto determinato	1

Perché desidera smettere di fumare?	
perché la mia salute ne sta già soffrendo	5
perché sono preoccupato della mia salute futura	4
perché fumare costa troppo	3
perché spinto da altri	2
per la salute della mia famiglia	1
Quanto alte ritiene siano le probabilità di riuscire a smettere di fumare?	
estremamente alte	6
molto alte	5
abbastanza alte	4
non molto alte	3
basse	2
molto basse	1
Punteggio totale	
Interpretazione del test: punteggio da 4 a 6: motivazione bassa (il soggetto non ha ancora considerato seriamente la possibilità di smettere di fumare); da 7 a 10: motivazione media (il soggetto è consapevole sia dei benefici dello smettere di fumare sia dei rischi del fumo di sigaretta); da 11 a 14: alta (il soggetto percepisce alcuni momenti nei quali è più deciso a smettere); da 15 a 19: molto alta (il soggetto è pronto a smettere di fumare).	

Tabella 7. Test di Mondor (riadattato)

Item	Risposte e punteggio	
Ho deciso di provare a smettere di fumare spontaneamente	VERO - 2	FALSO - 0
Ho già smesso di fumare per più di una settimana	VERO - 1	FALSO - 0
Attualmente non ho particolari problemi rispetto a studio e frequenza scolastica	VERO - 1	FALSO - 0
Attualmente non ho problemi dal punto di vista familiare (traslochi, cambi di residenza, conflitti vari...)	VERO - 1	FALSO - 0
Mi voglio liberare dalla schiavitù del fumo	VERO - 2	FALSO - 0
Pratico dello sport e, comunque, pratico attività fisica in modo regolare	VERO - 1	FALSO - 0
Voglio raggiungere una forma fisica migliore	VERO - 1	FALSO - 0
Voglio curare il mio aspetto fisico	VERO - 1	FALSO - 0
Attualmente sono di buon umore	VERO - 2	FALSO - 0
Di solito porto a termine quello che intraprendo	VERO - 1	FALSO - 0
Sono di temperamento calmo e disteso	VERO - 1	FALSO - 0
Il mio peso è abitualmente stabile	VERO - 1	FALSO - 0
Voglio migliorare la qualità della mia vita	VERO - 2	FALSO - 0
Punteggio totale		
Interpretazione del test: punteggio fino a 6: probabilità scarse di successo, è opportuno rimandare il tentativo di smettere a tempi migliori; da 6 a 11: probabilità discrete; da 12 a 15: probabilità buone; 16 o 17: probabilità ottime.		

ASSIST: Aiutare a smettere

- Concordare con il soggetto una strategia per aiutarlo a smettere: è opportuno stabilire con lui una data per smettere, e che sia vicina nel tempo (possibilmente entro le due settimane).
 - Insegnargli a riconoscere i sintomi da astinenza nicotinic - desiderio impellente di fumare (*craving*), difficoltà a concentrarsi, sintomi di frustrazione e rabbia, insonnia, sensazione di privazione, aumento di peso, stitichezza - e informarlo che può cercare di controllare questi sintomi con alcuni accorgimenti strategici e/o con la terapia farmacologica (vedi [Tabella 8](#)).
 - Spiegare che i sintomi sono più forti nei primissimi giorni di astinenza, ma si attenuano nel tempo.
 - Aiutarlo nell'identificazione delle situazioni interne ed esterne che stimolano il fumo e fornirgli alcuni consigli pratici per superare le situazioni più difficili (vedi [Tabella 9](#)).
- Proporre la terapia farmacologica a tutti i soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno o che risultino fortemente dipendenti al test di Fagerström (punteggio maggiore o uguale a 5).

- È sempre opportuno scegliere la specifica terapia tenendo conto di diversi fattori: storia clinica del paziente, età e presenza di eventuali copatologie, tipologia di fumo, preferenze manifestate dal paziente, presenza di controindicazioni. La durata media dei trattamenti è di circa 3 mesi.
 - Prendere in considerazione il rapporto rischi/benefici dei diversi farmaci, stabilirne le indicazioni secondo le caratteristiche del paziente, condividendo con lui le informazioni per una scelta informata e consapevole.
3. Proporre a tutti i soggetti che vogliono smettere, per i quali è indicato un intervento più intenso, o che lo desiderino, la terapia cognitivo-comportamentale o il *counselling* professionale individuale.
- Tali interventi possono essere realizzati sia a livello individuale sia come terapia di gruppo. Nella terapia di gruppo si aggiunge alle strategie comportamentali la condivisione dei problemi e delle motivazioni con altri fumatori. La presenza di ex-fumatori può fornire un rinforzo positivo. Tali trattamenti devono essere condotti da psicologi, da medici o da altri operatori sanitari appositamente formati. Questi tipi di interventi vengono solitamente realizzati presso i centri specializzati (ambulatori specializzati, centri anti-fumo). I soggetti possono essere indirizzati presso i centri specializzati del Servizio Sanitario Nazionale o presso le Associazioni, purché erogino trattamenti basati sulle prove di efficacia e rispondano a requisiti minimi di organizzazione e formazione del personale, come quelli organizzati dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.
 - L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità pubblica un elenco dei centri che può essere richiesto al Telefono Verde contro il Fumo (800554088) oppure scaricato dal sito internet www.iss.it/ofad nella sezione "Fumo".

La descrizione dei sintomi da astinenza da nicotina e delle strategie comportamentali per affrontarli¹

È importante preparare la persona a cosa sta andando incontro nei termini della risposta psicofisiologica all'astinenza, sottolineando come i sintomi vadano attenuandosi nel tempo già dopo i primi giorni. I problemi elencati in [Tabella 8](#) sono in qualche misura inevitabili e si presentano con differente frequenza e gravità a seconda del grado di dipendenza. All'occorrenza, l'utilizzo della terapia farmacologica è in grado di contrastare efficacemente molti di questi problemi. Nonostante ciò, i consigli comportamentali hanno una valenza essenziale e vanno comunque dati. In generale è sempre opportuno spiegare al paziente l'importanza di eliminare o evitare tutto ciò che può associare al fumo, come accessori o situazioni e relazioni specifiche. Ogni persona vivrà delle "situazioni difficili" diverse, nelle quali è possibile utilizzare delle strategie specifiche.

Nella [Tabella 9](#) vengono descritti i sintomi e alcuni possibili consigli per le situazioni più frequenti.

Tabella 8. Sintomi da astinenza e possibili strategie per evitarli

Sintomo	Strategia
<i>Craving</i> : è il desiderio, la necessità impellente di fumare, per la quale il paziente può avvertire la sensazione di non poterla superare o controllare. È bene sapere che tale impulso dura solamente pochi minuti (circa cinque), dopodiché la sua intensità diminuisce significativamente	Bere un bicchiere d'acqua lentamente, a piccoli sorsi, tenendo l'acqua in bocca per un attimo prima di deglutire, aiuta a ridurre il desiderio
	Distrarsi nel modo che più piace fa superare questo momento. Lo stesso risultato si ottiene masticando una gomma o una caramella, o tenendo le mani occupate (giocherellando con una matita o scarabocchiando qualcosa)
	Fare qualcosa d'altro che spezzi la tensione del momento, come una piccola passeggiata per 5 o 10 minuti, stare in piedi se si era seduti o viceversa
Nervosismo, frustrazione, rabbia	Fare alcuni respiri profondi è il modo più semplice per cercare di rilassarsi
	È utile cercare di cambiare situazione: una passeggiata, una chiacchierata con un amico, un bagno rilassante, sono espedienti che possono essere utili per ridurre la tensione
Difficoltà a concentrarsi	Occorre cercare di rilassarsi per un momento: se è possibile fare una piccola passeggiata
	È importante ricordarsi che il fisico deve abituarsi a questa nuova situazione, che è solo momentanea
Insonnia	Evitare di bere il caffè dopo cena e ridurre il consumo di bevande ricche di caffeina come tè, cola durante la giornata
	Bere un bicchiere di latte o una tisana caldi prima di coricarsi può aiutare a rilassarsi
	L'incremento della attività fisica, con passeggiate a piedi oppure un po' di palestra, aiuta ad arrivare più rilassati e un po' più stanchi la sera e quindi a prendere sonno più facilmente

Aumento di peso: È una preoccupazione molto frequente per chi decide di smettere di fumare (soprattutto nelle donne) e a volte è il più importante dei motivi per cui si ritorna a farlo. Un certo aumento di peso è quasi inevitabile, ma non è superiore ai due o tre chili e comunque non tutti ingrassano	Non seguire una dieta rigida, soprattutto nelle prime settimane, nelle quali sarebbe difficile sostenerla unitamente alla cessazione del fumo
	Cambiare gradatamente le proprie abitudini alimentari: preferire a dolciumi, alcol e cibi ricchi di grassi (non necessari ai fini nutrizionali) la frutta e la verdura fresche. Preferire ai fritti, cibi alla griglia o bolliti
	Mangiare con tranquillità e lentamente: il senso di sazietà insorge dopo 15 minuti
	Consumare caramelle e gomme senza zucchero e bere molta acqua, se insorge la voglia di mangiare dolci
	Consumare cibi a basso contenuto calorico, come latte scremato, e alimenti a basso contenuto di zuccheri
Stitichezza	Praticare una anche minima attività fisica: salire le scale a piedi, andare in bicicletta, scendere dal mezzo di trasporto urbano una fermata prima, parcheggiare la macchina un po' più lontano del solito, in modo da camminare almeno 30 minuti al giorno a passo svelto
	Bere molta acqua e/o tisane
	Mangiare cibi ricchi di fibre, come frutta, verdura e alimenti integrali

Tabella 9. Identificazione delle situazioni interne ed esterne che stimolano il fumo e adozione di strategie utili al loro evitamento

Situazione	Strategia
La mattina al risveglio o dopo il caffè: la prima sigaretta del mattino è quella che spesso manca di più, soprattutto dopo il caffè	Vedi strategie contro il <i>craving</i>
Alla fine dei pasti: fumare a fine pasto dopo il caffè è infatti molto frequente	Mangiare con tranquillità, assaporando i cibi
	Evitare di bere il caffè
	Finito il pasto, muoversi subito in modo da distrarsi dalla necessità di una sigaretta
	Lavarsi i denti immediatamente dopo il pasto riduce molto il desiderio di fumare
Al telefono: spesso i fumatori hanno l'abitudine di fumare durante le conversazioni telefoniche	Cercare di cambiare le azioni abituali: per esempio, se di solito il soggetto sta seduto, provare a stare in piedi oppure a impugnare la cornetta con la mano con cui di solito si fumava
	Procurarsi dei piccoli oggetti da tenere a portata di mano per impegnare le mani (per esempio una matita per scarabocchiare qualcosa)
In automobile	Masticare una gomma o della liquirizia
	Se possibile, tenere il finestrino un po' abbassato in modo da far circolare l'aria fresca
	Fondamentale è eliminare dall'auto i "ricordi di fumo", come pacchetti di sigarette, accendini, odore di fumo, ecc.
Con gli amici, al bar, al ristorante, in viaggio	Se gli amici del paziente fumano, chiedere di non fumare in propria presenza, oppure allontanarsi mentre stanno fumando
	Se il bar è un luogo di forte "tentazione", per i primi tempi sarebbe meglio evitarlo, oppure sceglierne uno dove non vi sia un'alta percentuale di fumatori
	Se è possibile, frequentare amici che non fumano, almeno nei primi tempi
	Ovunque sia possibile (ristoranti, treni, alberghi...) scegliere gli spazi destinati ai non fumatori

1. Nardini S, Casali L, et al. Il programma AIPO per l'aggiornamento sui problemi medici legati al fumo. *Rass Pat App Resp* 1998;13:408-27.

ARRANGE: Pianificare il follow-up

1. Proporre al soggetto, possibilmente il giorno stesso, un incontro entro la prima settimana dalla data fissata per la cessazione. Un ulteriore contatto dovrebbe essere preso entro un mese e quindi, con cadenza regolare, entro l'anno successivo.
 - Durante questi contatti, che possono essere anche telefonici, è importante complimentarsi con il paziente per i risultati ottenuti.
 - Verificare la *compliance* del paziente ai trattamenti prescritti (comportamentali e/o farmacologici).

-
- Controllare l'esistenza di situazioni che hanno posto il paziente a rischio di ricaduta e analizzarle con l'interessato.

RICADUTE

1. Contattare i soggetti che hanno ripreso a fumare per capire se sono disponibili a un altro tentativo.
 - La recidiva non deve essere intesa né vissuta dal fumatore come un fallimento, ma vista all'interno di un processo di cambiamento.
 - Fornire sostegno e incoraggiamento, evitare di colpevolizzare il soggetto e analizzare con lui le cause più frequenti di ricaduta: stress, aumento di peso, ansia, depressione, riduzione della motivazione, fattori sociali.
 - Spiegare al soggetto che ogni tentativo, conferendo nuove esperienze e conoscenze, avvicina al successo.

Bibliografia

1. Da Zuccaro P, Amato L, Caraffa G et al. Guida rapida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Aggiornamento 2008. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Istituto Superiore di Sanità, 2008. http://old.iss.it/binary/fumo/cont/linee_guida_brevi_2008.pdf
2. Faggiano F, Gelormino E, Mathis F, et al. Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Commissione regionale anti-tabacco, Quaderno N. 3. Regione Piemonte, 2007. https://www.oed.piemonte.it/public/5_PRAT/Linee_Guida_cessazione_fumo_2007.pdf
3. Charrier L, Coppo A, Piccinelli C, et al. Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo, Quaderno N. 1. Regione Piemonte, 2006. https://www.oed.piemonte.it/public/5_PRAT/Raccomandazioni_ambienti_di_lavoro_liberi_dal_fumo.pdf
4. Zuccaro P, Caraffa G, Corti FM et al. Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Istituto Superiore di Sanità, 2002. http://old.iss.it/binary/fumo4/cont/lq_LUNGHE.pdf
5. Nardini S, Casali L, Marino L et al. Il programma AIPO per l'aggiornamento sui problemi medici legati al fumo. *Rass Pat App Resp* 1998; 13: 408-427.

3.b. L'intervento per il consumo rischioso e dannoso di alcol

Anche per quanto riguarda l'alcol, il medico competente ha la possibilità di identificare fra i lavoratori coloro che presentano un consumo rischioso e/o dannoso, indice spesso non dichiarato al proprio medico curante. I programmi di identificazione dei consumatori di alcol a vario grado hanno un'importanza strategica nella riduzione dell'uso: le informazioni sulla quantità e la frequenza del consumo di alcol possono entrare a far parte della cartella clinica del lavoratore ed essere fonte di attivazione per il medico nel coinvolgere la persona informandola rispetto ai rischi correlati al consumo. È bene ricordare come tali rischi differiscano in base alla modalità e alla quantità del consumo, per il quale si distinguono quattro livelli: a basso rischio, rischioso, dannoso e alcol-dipendenza. Sebbene le persone affette da alcol-dipendenza siano le più esposte a conseguenze gravi, sono le persone non alcol-dipendenti a presentare la maggior parte dei danni alcol-correlati. È per questo che è opportuno offrire tale intervento opportunistico a tutti i lavoratori.

Nelle strutture sanitarie di base, è stato provato che interventi brevi sono efficaci nella riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol per diverse tipologie di *target* (uomini, donne, giovani, anziani), specialmente nelle situazioni meno gravi. Fra gli elementi che lo sostanziano, sono stati identificati la comunicazione del rischio (*feedback*), l'offerta di informazioni in forma breve (*brief advise*) e la definizione di obiettivi (*goal setting*). Sebbene esistano prove a favore di una maggiore efficacia degli interventi collocati nel tempo, anche solo un livello minimo di intervento produce un effetto sulla popolazione trattata.

Per analogia con gli interventi applicati nel caso del tabagismo, il dispiegarsi degli interventi brevi viene ricondotto a 5 componenti^{1,2}:

- 1) valutare il consumo di alcol con uno strumento di screening veloce seguito, se necessario, da una valutazione clinica;
- 2) fornire avvertenze sui limiti per la riduzione del consumo di alcol;
- 3) concordare gli obiettivi identificati dal soggetto per ridurre il consumo di alcol o raggiungere l'astinenza (se indicata);
- 4) facilitare i pazienti nell'individuazione di motivazioni al cambiamento, di capacità di auto-aiuto, di auto-efficacia o di supporto necessario alla modificazione delle abitudini;
- 5) organizzare il *follow-up* e ripetute sedute successive, eventualmente indirizzando gli alcol-dipendenti al trattamento specialistico.

Valutare il consumo di alcol

Il consumo rischioso e dannoso di alcol può essere identificato mediante differenti modalità: fra queste fare semplici domande sulla quantità/frequenza (Q/F) del consumo, oppure il test AUDIT ([Tabella 10](#)) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'identificazione dei disordini alcol-correlati. Le prime tre domande (che costituiscono l'AUDIT-C), testate e validate, indagano: la prima la frequenza del consumo; la seconda la quantità media giornaliera di alcol; la terza la frequenza del consumo episodico eccessivo.¹ L'AUDIT può essere compilato da un operatore nel corso della visita attraverso un'intervista oppure autonomamente dal soggetto stesso. L'auto-somministrazione richiede meno tempo, è semplice da utilizzare, è adatta all'uso e al calcolo del punteggio via computer e per produrre risposte più accurate. La compilazione durante l'intervista permette di fornire eventuali chiarimenti, può essere rivolta anche a persone con difficoltà di lettura, consente di dare un immediato *feedback* alla persona e di compiere un intervento minimo, attraverso consigli in forma breve.

La valutazione andrebbe effettuata su tutti i lavoratori con i quali il medico entra in contatto durante le visite di sorveglianza routinarie, sebbene esistano situazioni in cui si consiglia di intraprendere l'identificazione:

- durante la registrazione di un nuovo lavoratore;
- sulla base del rischio sanitario che il consumo di alcol può comportare in alcuni gruppi (per esempio donne in gravidanza);
- sulla base di dati epidemiologici (per esempio l'essere maschi di mezza età);
- se la persona assume una terapia che interagisce con l'alcol;
- in risposta a problemi che potrebbero essere alcol-correlati.

Tabella 10. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Domande	0 punti	1 punto	2 punti	3 punti	4 punti
* Con quale frequenza consuma bevande contenenti alcol?	mai	una volta al mese o meno	da 2 a 4 volte al mese	da 2 a 3 volte alla settimana	4 o più volte alla settimana
* Nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche consuma in media?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	da 7 a 9	10 o più
* Con quale frequenza le capita di consumare 6 o più bevande in un'unica occasione?	mai	meno di una volta al mese	una volta al mese	una volta alla settimana	ogni giorno o quasi
* Le prime 3 domande corrispondono all'AUDIT-C, la versione abbreviata dell'AUDIT: un punteggio inferiore a 5 (4 per le donne), indica un consumo di alcol a basso rischio ; un punteggio pari o superiore a 5 per gli uomini e a 4 per le donne corrisponde a un consumo rischioso . In questi casi è consigliato parlarne con il proprio medico.					
Domande	0 punti	1 punto	2 punti	3 punti	4 punti
Con quale frequenza durante l'ultimo anno si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?	mai	meno di una volta al mese	una volta al mese	una volta alla settimana	ogni giorno o quasi
Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspetta da lei a causa del bere?	mai	meno di una volta al mese	una volta al mese	una volta alla settimana	ogni giorno o quasi
Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto bisogno di bere di prima mattina per tirarsi su dopo una bevuta pesante?	mai	meno di una volta al mese	una volta al mese	una volta alla settimana	ogni giorno o quasi
Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto?	mai	meno di una volta al mese	una volta al mese	una volta alla settimana	ogni giorno o quasi
Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente perché aveva bevuto?	mai	meno di una volta al mese	una volta al mese	una volta alla settimana	ogni giorno o quasi
Si è fatto male o ha fatto male a qualcuno come risultato del bere?	no		sì, ma non nell'ultimo anno		sì, nell'ultimo anno
Un parente, un amico, un medico o altro operatore sanitario si sono occupati del suo bere o hanno suggerito di smettere?	no		sì, ma non nell'ultimo anno		sì, nell'ultimo anno
Il punteggio totale si ottiene sommando quelli delle singole domande. Un punteggio inferiore a 8 , indica un consumo di alcol a basso rischio ; un punteggio pari o superiore a 8 corrisponde a un consumo rischioso , mentre un punteggio superiore a 13-15 è indicativo di un probabile consumo dannoso ; un punteggio uguale o superiore a 20 suggerisce uno stato di dipendenza . Per quanto un punteggio all'AUDIT tra 8 e 15 di solito sia indicativo di un consumo a rischio, può essere totalizzato anche da soggetti che bevono in modo dannoso o sono alcolodipendenti.					

Ricordiamo come il consumo di alcol possa essere descritto in termini di grammi di alcol ingerito oppure in termini di bicchieri standard: questi ultimi in Europa corrispondono mediamente a una quantità di 10-12 grammi di alcol puro. Gli uomini con un punteggio ≥ 5 all'AUDIT-C, o un consumo alcolico settimanale ≥ 280 grammi, e le donne con punteggio ≥ 4 all'AUDIT-C, o un consumo alcolico settimanale ≥ 140 grammi, dovrebbero essere inviate per un intervento breve.¹ Per quanto riguarda il punteggio all'AUDIT, tale intervento è indicato per chi ottiene da 16 a 19 punti oppure, per gli uomini, chi presenta un consumo alcolico settimanale ≥ 350 grammi, mentre per le donne, chi presenta un consumo alcolico settimanale ≥ 210 grammi).

Per ottimizzare i risultati rispetto all'identificazione del consumo dannoso e rischio di alcol sono state elaborate alcune raccomandazioni¹:

- le domande sul consumo di alcol potrebbero essere integrate ad altre sugli stili di vita all'interno di un questionario generale sullo stato di salute (domande sull'attività fisica, sull'alimentazione, sul fumo e sulle terapie farmacologiche);
- ai pazienti ad alto rischio di assunzione di sostanze illecite si potrebbero rivolgere domande sul consumo di alcol e altre droghe in combinazione;
- nell'intervistare il paziente e nel discutere i risultati del test d'identificazione, il medico dovrebbe adottare un approccio empatico e non giudicante;
- nel registrare i risultati del test, bisognerebbe commentare che un esito positivo dello screening non equivale necessariamente a una diagnosi;
- il risultato e i limiti di confidenza devono essere chiariti al paziente risultato positivo. I test del paziente risultati positivi dovrebbero essere contrassegnati, con segni neutri, ovvero i test non dovrebbero segnalare la tipologia del problema.

Tabella 11. Tipologie di interventi sulla base dei livelli di rischio identificati

Livello di rischio			Intervento	Ruolo dell'assistenza sanitaria primaria
Basso	Consumo di alcol (g/settimana)	<280 g/sett. uomini <140 g/sett. donne	Prevenzione primaria	Educazione sanitaria, supporto, modelli di riferimento
	AUDIT-C	< 5 uomini < 4 donne		
	AUDIT	< 8		
Rischioso*	Consumo di alcol (g/settimana)	280-349 g/sett. uomini 140-209 g/sett. donne	Intervento minimo/breve	Identificazione, valutazione, intervento minimo/breve
	AUDIT-C	≥ 5 uomini ≥ 4 donne		
	AUDIT	8-15		
Dannoso	Consumo di alcol (g/settimana)	≥350 g/sett. uomini ≥ 210 g/sett. donne	Intervento breve e monitoraggio continuo	Identificazione, valutazione, intervento breve, follow-up
	AUDIT	16-19 presenza di danni		
Alto (alcol-dipendenza)	AUDIT	≥ 20 criteri ICD-10	Trattamento specialistico	Identificazione, valutazione, invio a centri specialistici, follow-up

*È rischioso qualsiasi consumo di alcol in donne in gravidanza, in ragazzi di età inferiore a 16 anni, (comunque 18 anni) nelle persone con patologia o che seguono trattamenti con controindicazioni al consumo di alcol

L'intervento minimo

L'intervento minimo è adatto alle persone con livello di consumo "a rischio", ma anche chi ha un livello "a basso rischio" può trarne beneficio. Per la maggior parte delle persone il consumo di alcol varia nel tempo e una persona che beve nel presente a bassi livelli di rischio può aumentare il proprio consumo nel futuro. Perciò poche parole o brevi informazioni scritte sui rischi del bere possono prevenire un consumo rischioso e dannoso in futuro. Le persone dovrebbero inoltre essere gratificate per le misure di riduzione del rischio che mettono in pratica e dovrebbe essere loro ricordato che, se decidono di bere, dovrebbero mantenersi entro determinati livelli di contenimento del rischio. Una chiara informazione su che cosa significhi un bicchiere standard è essenziale per comprendere tali limiti.

In questo caso l'intervento minimo può essere articolato come segue:

1. Comunicare il rischio alla persona (*feedback*) il cui consumo di alcol rientri nella categoria "rischiosa":
 - Le persone sono spesso inconsapevoli dei rischi connessi all'alcol, ma non per questo dovrebbe essere biasimate.
 - Incoraggiare le persone spiegando loro che consumo a rischio non significa dipendenza dall'alcol e che le abitudini alcoliche possono cambiare più facilmente.
2. Fornire informazioni sui pericoli legati alla prosecuzione del consumo di alcol (*brief advise*).
3. Fornire raccomandazioni sui limiti settimanali (meno 280 grammi a settimana per gli uomini e 140 grammi per le donne).
4. Offrire supporto alla persona per individuare un obiettivo di cambiamento delle proprie abitudini (*goal setting*), anche semplicemente quello di ridurre il consumo di alcol.

-
- È essenziale che la persona partecipi attivamente al processo; ciò significa che non è sufficiente spiegarli semplicemente ciò che deve fare, ma cercare di coinvolgerla in una decisione comune sui passi da compiere.
5. Programmare un *follow-up* periodico sulla base del grado di rischio percepito, sincerandosi che la persona stia facendo progressi rispetto all'obiettivo posto.
 - In caso affermativo, è auspicabile incoraggiarla ulteriormente. Nel caso contrario, l'operatore sanitario dovrebbe considerare l'opportunità di associare un intervento breve o l'invio a un centro specialistico per una valutazione diagnostica.

In conclusione, può essere necessario meno di un minuto per fornire questo tipo di intervento informativo e chiedere alla persona se ha eventuali domande da fare: *“Se lei fa uso di alcol, le consiglio di non bere più di due bicchieri al giorno [se uomo] e avere cura di astenersi completamente dal bere almeno per due giorni alla settimana, anche se si tratta di piccole quantità. Spesso è utile fare attenzione al numero dei ‘bicchieri standard’ che consuma, ricordando che una bottiglia di birra, un bicchiere di vino e una bevanda superalcolica contengono generalmente la stessa quantità d'alcol. Se supera tali livelli aumenta il rischio di incorrere in problemi sanitari alcol-correlati come gli incidenti, le ferite, l'ipertensione, le malattie epatiche, il cancro e le cardiopatie”*.

L'intervento breve

L'intervento breve si adatta a persone con consumo “dannoso”: l'obiettivo è quello di ridurre il rischio dei danni derivanti dal consumo. Poiché la persona può già presentare le conseguenze di danni, l'intervento comporta l'obbligo a informarlo del fatto che il provvedimento è necessario a prevenire malattie alcol-correlate.

L'intervento breve è un processo sistematico e mirato, basato su una valutazione rapida, sul veloce coinvolgimento della persona e sull'immediata implementazione di strategie di cambiamento. Differisce dall'intervento minimo in quanto il suo obiettivo è quello di dotare le persone di strumenti per modificare il loro atteggiamento di fondo e trattare una grande varietà di problemi sottostanti. Nonostante l'intervento breve utilizzi gli stessi elementi di base dell'intervento minimo, rispetto a quest'ultimo richiede un maggiore passaggio di informazioni e più tempo. Inoltre, gli operatori sanitari coinvolti in questo tipo di intervento trarrebbero beneficio da una formazione specifica sull'ascolto empatico e sul colloquio motivazionale.

L'intervento breve può essere articolato come segue¹:

1. Comunicare il rischio alla persona (*feedback*): in questo caso la persona viene informata che i risultati dello screening indicano un consumo dannoso in atto.
 - È auspicabile elencare il/i danno/i (sia quello identificato dall'AUDIT sia quello risultante dai sintomi osservabili sul paziente) e mettere in risalto la gravità della situazione;
2. Fornire consigli in forma breve (*brief advise*) come descritto nel paragrafo sul consumo di alcol e materiale informativo.
3. Individuare in quale stadio del ciclo di cambiamento il paziente si trovi.
 - Uno dei modi più semplici per valutare la disponibilità della persona al cambiamento circa il proprio consumo di alcol è quello di utilizzare il “regolo motivazionale”, in cui il paziente deve indicare su una scala da 1 a 10 ‘Quanto è importante per lei modificare la sua abitudine al bere?’ (in cui 1 sta per ‘Per nulla’ e 10 per ‘Del tutto’).
 - Se le persone esprimono un punteggio basso sono in pre-contemplazione, quelli con un punteggio medio (4-6) in contemplazione e quelli con punteggi più alti dovrebbero essere considerati pronti all'azione.
4. Adeguare gli interventi alla disponibilità al cambiamento.
 - Se il paziente si trova nello stadio pre-contemplativo, l'intervento dovrebbe focalizzarsi sul *feedback*, allo scopo di motivare la persona alla contemplazione e quindi all'azione; se invece la persona ha già riflettuto sull'opportunità di attivarsi (contemplazione), è importante enfatizzare i benefici dell'azione, i rischi connessi al rinviare e i primi passi da compiere; se il paziente è già pronto all'azione, l'operatore sanitario dovrebbe focalizzarsi sulla definizione degli obiettivi e sul garantire un impegno da parte del paziente a ridurre il consumo di alcol.
5. Programmare un *follow-up* in cui le strategie finalizzate a stabilire, raggiungere e mantenere obiettivi specifici debbono essere fissate fin dall'inizio (*goal setting*).

-
- È opportuno aiutare la persona a identificare i fattori scatenanti delle ricadute e le situazioni che potrebbero mettere a rischio la continuità dei progressi.
 - È essenziale, per un certo periodo di tempo, un monitoraggio periodico commisurato al grado di rischio per le persone che presentino già danni alcol-correlati.
 - Se la persona continua per diversi mesi ad avere difficoltà nel raggiungere e mantenere i risultati prefissati, si dovrà prendere in considerazione l'opportunità di ricorrere a un tipo di intervento specialistico.

Bibliografia

1. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care. Clinical guidelines on identification and brief interventions. Department of health of the government of catalonia, Barcelona, 2005. Adattamento alla versione italiana: L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. A cura di: Scafato E, Gandin C, Patussi V. ed il gruppo di lavoro IPIB, 2010.
http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pres_linee_cliniche.asp
2. US Preventive Services Task Force. Screening and Behavioral counselling Interventions in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse: Recommendation Statement. Annals of internal medicine 2013;159:210-8.

Fonti di consultazione

- Miller WR, Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento. Erickson, 2002, II edizione italiana.