

Linee regionali: Il counseling nella relazione di (o che) cura per  
prevenire le recidive nei pazienti post IMA/SCA





A cura di:

Clara Curcetti, Luisa Parisini  
(Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna)

Diletta Priami  
(Agenzia Sanitaria e Sociale regionale)

Patrizia Beltrami, Manuela Colonna, Giuseppe Di Pasquale, Roberta Gabusi, Stefano Urbinati  
(Azienda USL Bologna)

Annamaria Ferrari  
(Azienda USL Reggio Emilia)

Responsabile Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

Antonio Brambilla

Gruppo di lavoro "La prevenzione delle malattie cardiovascolari" (determinazioni n. 11683/2011, 6830/2012, 16260/2012)

Paola Angelini, Bruna Baldassarri, Antonio Brambilla, Clara Curcetti, Andrea Donatini, Luisa Parisini  
(Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna)

Elena Berti, Paolo Guastaroba,  
(Agenzia sanitaria e sociale, Regione Emilia-Romagna)

Elisabetta Borciani, Enrico Sverzellati, Giovanni Quinto Villani  
(Azienda USL di Piacenza)

Diego Ardissino, Paolo Coruzzi, Mario De Blasi  
(Azienda USL di Parma)

Sara Baruzzo, Anna Maria Ferrari, Guido Tirelli, Alessandro Navazio  
(Azienda USL di Reggio Emilia)

Giuliana Bulgarelli  
(Azienda USL di Modena)

Patrizia Beltrami, Manuela Colonna, Giuseppe Di Pasquale, Fabia Franchi, Leo Orselli  
(Azienda USL di Bologna)

Andrea Zamboni  
(Azienda USL di Ferrara)

Maria Grazia Stagni  
(Azienda USL di Forlì)

Giulia Ricci Lucchi, Augusto Graziani  
(Azienda USL di Ravenna)

Francesca Ghezzi, Nicoletta Bertozzi, Roberto Mantovan  
(Azienda USL di Cesena)

Stampa:

Centrostampa Regione Emilia-Romagna

Gennaio 2014

Regione Emilia-Romagna

Assessorato Politiche per la Salute

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Servizio Assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari

Viale Aldo Moro, 21 - 40137 Bologna



## Indice

Introduzione	7
Il razionale	9
La dimensione del problema	10
Il sistema di sorveglianza Passi sui comportamenti autoriferiti	14
Dalla teoria alla pratica:	20
Il counseling nella prevenzione cardiovascolare	20
Il modello organizzativo di accompagnamento del paziente	21
La leva della formazione come "formazione intervento"	26
Glossario	28
Bibliografia	29



"La relazione che cura....  
Diventerò maestro in quest'arte  
soltanto dopo tanta pratica"  
E.Fromm

## Introduzione

Quale è il senso e il significato che viene attribuito alla "relazione di cura"? La consapevolezza dell'essere un professionista sanitario implica il prendersi cura, farsi carico della persona sia nella condizione di salute che di malattia considerando l'altro nella sua soggettività. Il professionista sanitario diventa cioè "responsabile" nel mantenere aperta la relazione, il dialogo, accompagnando l'altro nel trovare soluzioni proprie con la possibilità di narrare in modo diverso la propria esperienza (in modo particolare nella condizione di disagio/malattia). Agire la relazione di cura significa agirla "con" l'altro e non "su" l'altro.

Osservazione, ascolto, rispetto, fiducia, autenticità, empowerment, sospensione del giudizio (neutralità) entrano in gioco nella relazione di cura; e tali abilità appartengono anche al "mondo" del counseling, che si occupa di problemi specifici come prendere decisioni, sviluppare la conoscenza di sé, migliorare il proprio modo di relazionarsi agli altri; partendo dal presupposto che ogni individuo sia autonomo, il suo intervento è mirato ad incentivare il concetto di responsabilità individuale.

Una delle definizioni che potrebbe avvicinarsi al modo dei professionisti sanitari è quella dell'Associazione Britannica per il counseling (BACP): "Un'interazione in cui una persona offre a un'altra tempo, attenzione e rispetto con l'intenzione di aiutare quella persona a esplorare, scoprire e chiarire i modi di vivere con maggior successo e dir aggiungere il benessere" (Palmer et al., 1996:2). L'OMS dichiara che "Il counseling è diretto ad aiutare l'assistito in un momento di crisi e, se necessario, a incoraggiare cambiamenti nel suo stile di vita, proponendo azioni e comportamenti realistici".

In ambito sanitario dovrebbe quindi essere "offerto" a tutte le persone in difficoltà e in quelle situazioni per le quali sono necessari una modificazione, a volte radicale, di comportamenti e riadattamento emotivo e si propone come possibilità per aiutare le persone ad affrontare i diversi aspetti legati alla salute e alla malattia, diventando strumento per attivare quelle strategie di coping (di adattamento), che consentono di fare fronte alle situazioni di disagio (D.Priami et al., 2011).

Il counseling è un intervento di tipo relazionale, uno strumento di facilitazione del colloquio con la persona in cura e i familiari, che consente al professionista di identificare le strategie e le modalità più appropriate per aiutare il paziente a contestualizzare la migliore soluzione. Fulcro della relazione di cura diventa, quindi, lo sviluppo e l'implementazione delle abilità di counseling attraverso l'arte di ascoltare, "tendendo" all'empatia e cercando di stabilire un rapporto di fiducia. Il professionista sanitario, pertanto, ha un ruolo centrale nel creare il clima di accoglienza che consente al paziente di sentirsi a proprio agio e di parlare del proprio problema ed aiuta il paziente a gestire e risolvere il problema, attraverso il dialogo e l'interazione.

La relazione diviene così il fil rouge che attraversa il percorso di cura (D. Priami, TBC FLAG BAG Dossier 197-2010); pur essendo entrambi protagonisti del percorso di cura, il professionista sanitario e l'assistito dovranno essere consapevoli che a ciascuno ha il suo "pezzo" di responsabilità diverse nella gestione della malattia. Tuttavia l'obiettivo è passare da una vecchia logica di compliance all'aderenza terapeutica (se non fino alla partnership) (D. Priami, TBC FLAG BAG Dossier 197-2010). In tale ottica, il counseling nel mondo sanitario diventa un'opportunità di operare e di riflettere in modo più profondo sul senso e significato di relazione di cura; un'opportunità fondamentale che può aiutare a "come" comunicare una diagnosi, a "come" far capire l'importanza di assumere una terapia.

Una corretta gestione delle prevenzioni delle recidive e cardiovascolari non si può basare soltanto su un adeguato iter diagnostico-terapeutico, ma la sua cura dipende in gran parte anche da quanto il soggetto "accetta" e "impara" a modificare il suo stile di vita al fine di rallentare l'evoluzione delle lesioni e ridurre la probabilità di complicanze. Sulla base di queste premesse si comprende quanto sia importante che il paziente, e i suoi familiari o caregivers, diventino consapevoli di cosa significhi avere una malattia coronarica, delle abitudini di vita che possono averla favorita e che possono peggiorare le cose in futuro, condividendo con i sanitari le strategie più efficaci per contrastarla.

In questo senso l'equipe sanitaria che ha in carico un paziente con malattia coronarica non può limitarsi a fornire delle semplici prescrizioni/raccomandazioni, ma deve integrare l'intervento con un supporto informativo-educativo che, secondo la stessa definizione di counseling, "orienti, sostenga e sviluppi le potenzialità del soggetto, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le sue capacità di effettuare scelte consapevoli verso uno stile di vita salva-cuore".



## Il Razionale

Il Progetto sulla prevenzione secondaria degli accidenti cardiovascolari, finalizzato a diminuire l'incidenza degli eventi cardiovascolari nei pazienti che hanno subito un evento acuto (IMA/SCA), affronta il problema della continuità di cure tra ospedale e territorio e dell'utilità di costruire alleanze fra operatori, pazienti e loro famiglie, in quanto la prevenzione cardiovascolare dopo un primo evento è una fase delicata e importante per il futuro del paziente. Spesso la mancanza di un adeguato counselling e la non osservanza dei consigli relativi allo stile di vita diventano elementi che gravano sul rischio di ricadute. Il coinvolgimento dei professionisti (ospedalieri, medici di medicina generale, infermieri) è determinante per il buon esito del decorso post-dimissione.

Secondo le evidenze disponibili e le linee guida correnti, il paziente post-IMA/SCA deve intraprendere un percorso complesso caratterizzato dalla necessità, oltre che di assumere diversi farmaci, di seguire stili di vita idonei promossi da adeguati interventi di counselling.

La complessità dell'intervento, le difficoltà nel sottoporsi periodicamente agli accertamenti ed alle modificazioni degli stili di vita, limitano fortemente l'adesione dei soggetti alle procedure suggerite, con la necessità di rinforzare costantemente l'ambito motivazionale.

Al fine di acquisire elementi di conoscenza, si è attivata, nel corso del 2011 e del 2012, una ricognizione sulle esperienze/attività di offerta attiva di counselling nelle Aziende USL, focalizzata su ambiti prioritari d'indagine: Distretto e ambito territoriale in cui si è sviluppata l'esperienza/intervento; principi, scopo e fasi dell'intervento di counselling; figure professionali coinvolte (MMG, Pediatri, Infermieri, altri operatori sanitari dei servizi territoriali, farmacisti, insegnanti, associazioni dei cittadini, personale delle amministrazioni comunali); target popolazione (adulti, adolescenti, bambini, donne, anziani, famiglie).

Complessivamente l'indagine ha evidenziato che tutte le Aziende USL hanno in corso delle esperienze di offerta attiva di counselling, con una crescente attenzione alla promozione di stili di vita sani e di modifica di comportamenti a rischio ed uno sforzo comune a ridefinire i modelli organizzativi per mettere in relazione strutture e professionisti coinvolti. L'analisi e l'elaborazione delle informazioni pervenute sulle principali evidenze, sono state raccolte in un apposito Report, disponibile su Saluter.

Si è rilevata tuttavia una situazione estremamente variegata, che ha reso necessaria la definizione di Linee regionali per un'applicazione omogenea su tutto il territorio di

percorsi strutturati di offerta attiva di counselling post IMA/SCA. Per mettere in atto tale mandato, nell'ambito del Gruppo di lavoro regionale (Det. n. 12178/2011, n. 6830 e n. 16260/2012) è stato costituito uno specifico sottogruppo, coordinato da Clara Curcetti e costituito da Patrizia Beltrami, Manuela Colonna, Giuseppe Di Pasquale, Annamaria Ferrari, Roberta Gabusi, Luisa Parisini, Diletta Priami, Stefano Urbinati.

Tale mandato è stato inoltre coerente con le Linee di programmazione per le Aziende sanitarie per gli anni 2011 e 2012, che, nel tenere conto della centralità della persona, ha poi identificato le aree tematiche all'interno delle quali declinare obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie.

### La dimensione del problema

Malgrado la generale elevazione del grado culturale e il frequente ricorso alla tecnologia, in particolare ad internet da parte di molti pazienti, le conoscenze medie sulla malattia coronarica e sui trattamenti sanitari efficaci sono ancora insufficienti tra le persone, soprattutto cosa fare per prevenire le principali malattie.

Kathleen Dracup et al dell'NIH hanno recentemente pubblicato un'analisi sulle conoscenze dei pazienti ricoverati negli USA per malattia coronarica, chiedendosi "Cosa ne sanno i pazienti?" ("Acute Coronary Syndrome: What Do Patients Know?" Arch Intern Med 2008; 168: 1049-54). In questa interessante analisi, probabilmente valida per qualsiasi paese del mondo occidentale, gli Autori hanno evidenziato che i pazienti dimessi dall'Ospedale dopo una sindrome coronarica, hanno una scarsa consapevolezza di cosa è successo, cosa fare per prevenire le recidive e su come comportarsi se i sintomi dovessero ripresentarsi. In particolare è stato osservato che gli uomini, gli anziani e quelli a più basso livello sociale e culturale, sono le categorie di persone con minore conoscenza del problema e quindi a maggior rischio di scarsa aderenza alle raccomandazioni generali e al mantenimento di una continuità nell'assunzione della terapia farmacologica.

Il basso livello socio-culturale si conferma come una delle principali barriere nei confronti dell'aderenza alle raccomandazioni, e quindi al controllo dei fattori di rischio, anche in prevenzione primaria, come è emerso da un'ampia recente analisi epidemiologica effettuata sulla popolazione sana in Italia dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con ANMCO (Giampaoli S et al, ANMCO 2012).

Un intervento educativo multidimensionale può migliorare la prognosi? Negli ultimi anni diversi studi hanno dimostrato possibilità che un intervento di counseling può avere ricadute positive sulla prognosi.

In pazienti con angina pectoris stabile, arruolati nello studio multicentrico nordamericano COURAGE, il trattamento medico si è dimostrato altrettanto efficace quanto l'angioplastica coronarica sulla prognosi a medio termine, solo se i pazienti venivano sottoposti ad un rigoroso intervento educativo e ad uno stretto monitoraggio telefonico sulla aderenza alle prescrizioni farmacologiche e allo stile di vita raccomandato.

Anche nei pazienti dopo infarto miocardico acuto lo studio multicentrico italiano GOSPEL ha dimostrato che un monitoraggio telefonico stretto, gestito dall'infermiere, è in grado di migliorare la prognosi in termini di riduzione degli episodi di reinfarto.

Recentemente Auer et al hanno effettuato una metanalisi su 26 studi pubblicati sul ruolo di un intervento educativo multidimensionale nei pazienti ricoverati per sindrome coronarica acuta (Circulation 2008; 117: 3109-17) suggerendo che tale intervento è in grado di incidere sulla mortalità a 1 anno. Nella loro analisi gli Autori sottolineano comunque l'eterogeneità degli interventi proposti in letteratura e la necessità che l'intervento educativo si inserisca in una organizzazione ben strutturata supportata da una efficace preparazione degli operatori sanitari coinvolti, perché, come suggeriva un recente editoriale, "modest interventions yield modest effects".

Sempre nel 2008 è stata pubblicata una ampia multicentrica europea sul ruolo di un intervento nurse-coordinated diretto ai pazienti e ai familiari, lo studio EUROACTION (Lancet 2008; 371: 1999-2012) che ha dimostrato che un intervento di questo tipo è fattibile, può essere inserito nella normale routine di una cardiologia ospedaliera, ed influenza positivamente l'aderenza al controllo dei fattori di rischio e alla terapia.

Nel 2010 l'ANMCO ha promosso uno studio, il BLITZ 4 qualità, che ha coinvolto 156 Cardiologie italiane e in cui era prevista una implementazione dell'aderenza alle Linee Guida da parte delle Cardiologie in linea con il più ampio programma nordamericano CRUSADE. In questo studio un controllo cardiologico entro 6 mesi dall'infarto miocardico ed un intervento riabilitativo sono risultati essere i più forti predittori di aderenza agli stili di vita a 6 mesi, mentre la mancanza di una correlazione significativa con un counseling, che però era stato effettuato in maniera eterogenea e non controllata, suggerisce che, per ottenere i risultati già documentati in altri lavori della letteratura, è necessario una standardizzazione dell'intervento (Urbinati et al, 2014 submitted).

Quale è la situazione in Italia e nella Regione Emilia Romagna?

Purtroppo negli ultimi anni, a fronte di progressi molto importanti raggiunti, sia sul piano terapeutico che organizzativo, nella gestione della fase acuta di una sindrome coronarica,

minore attenzione è stata dedicata alla fase post-acuta. La conseguenza è che tuttora l'aderenza allo stile di vita raccomandato e alla terapia farmacologica è scarsa nel follow-up, come è stato confermato anche nel recente studio multicentrico italiano BLITZ 4-qualità (Urbinati et al, Europrevent 2012).

Come si vede nella tabella sotto riportata, tratta dallo studio BLITZ 4 qualità, nelle Cardiologie Italiane un programma di counseling a conduzione medica o infermieristica viene effettuato solo in 1/4 dei casi, l'accesso ad un programma di riabilitazione cardiologica avviene in meno del 10% dei casi, infine percorsi specifici per i fattori di rischio più difficili da trattare come fumo, diabete e obesità sono praticamente assenti.

Interventi di prevenzione secondaria	NSTEMI (n=2912)	STEMI (n=2833)
Counseling medico o infermieristico	710 (26.4%)	741 (28.5%)
Percorso prevenzione	388 (14.5%)	562 (21.6%)
Riabilitazione cardiologica	213 (7.3%)	325 (12%)
Percorso fumo	95 (3.3%)	174 (6.1%)
Percorso obesi	94 (3.3%)	106 (3.7%)
Percorso diabete	93 (3.2%)	86 (3.0%)

Nel 2010 è stata effettuata dall'ANMCO, la Società Scientifica dei cardiologi ospedalieri, una survey nelle 23 Cardiologie ospedaliere della Regione Emilia-Romagna, tramite un apposito questionario, al quale hanno risposto 20 U.O. cardiologiche. L'analisi dei dati ha evidenziato che 9/20 U.O. cardiologiche dichiarano di effettuare un programma di counseling medico o infermieristico alla dimissione dopo sindrome coronarica acuta, anche se non è chiaro in quanti casi tale counseling sia stato adeguatamente strutturato, quanto sia inserito in forma stabile nei piani di lavoro medici e soprattutto infermieristici.

Da questa breve analisi preliminare del problema emergono chiare alcune considerazioni:

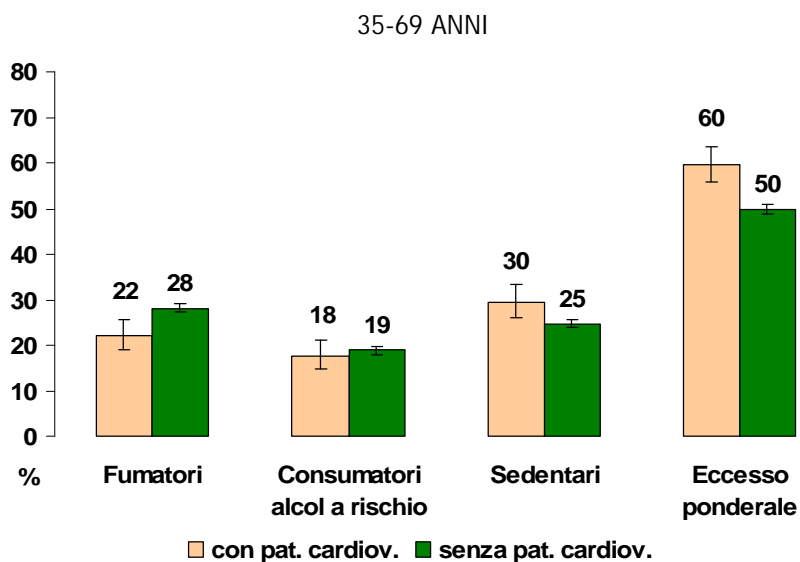
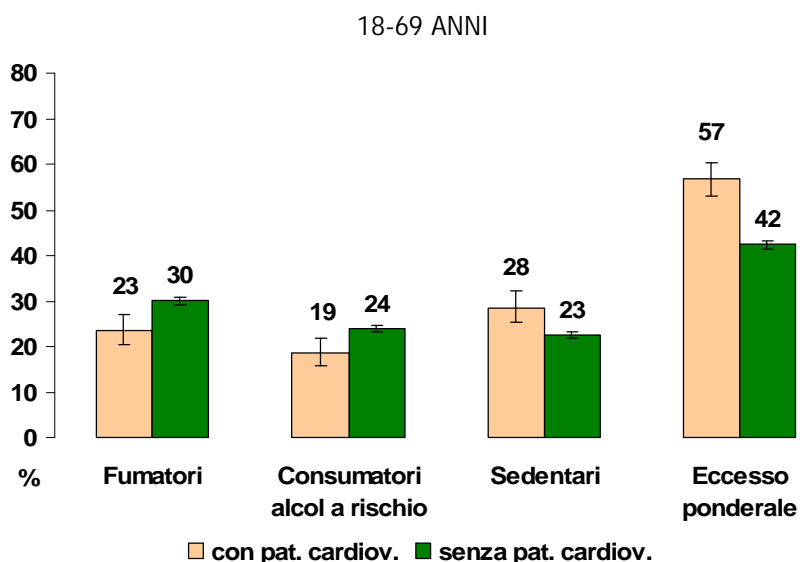
- 1- c'è una letteratura consolidata che dimostra che un intervento di counseling alla dimissione favorisce l'aderenza e può avere un impatto anche sulla prognosi a medio termine;
- 2- dati italiani e regionali dimostrano che riguardo a questo problema siamo in una fase ancora scarsamente strutturata, molto dipendente dalla disponibilità dei singoli, più che dallo sviluppo di un modello organizzativo condiviso;
- 3- la proposta di una strutturazione della prevenzione delle recidive cardiovascolari dopo un ricovero per IMA/SCA, che preveda interventi anche di tipo educativo è molto sentita dai sanitari, che anche nella recente survey effettuata hanno auspicato una sua standardizzazione nell'ambito dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie.

## Il sistema di sorveglianza Passi sui comportamenti autoriferiti

Da un'analisi dei dati del sistema di sorveglianza PASSI degli anni 2007-2011 risulta che in Emilia-Romagna il 4,7 % degli intervistati in età compresa dai 18 ai 69 anni riferisce di avere una malattia cronica del cuore.

### Fattori di rischio comportamentali nelle persone con/senza patologie croniche cardiovascolari

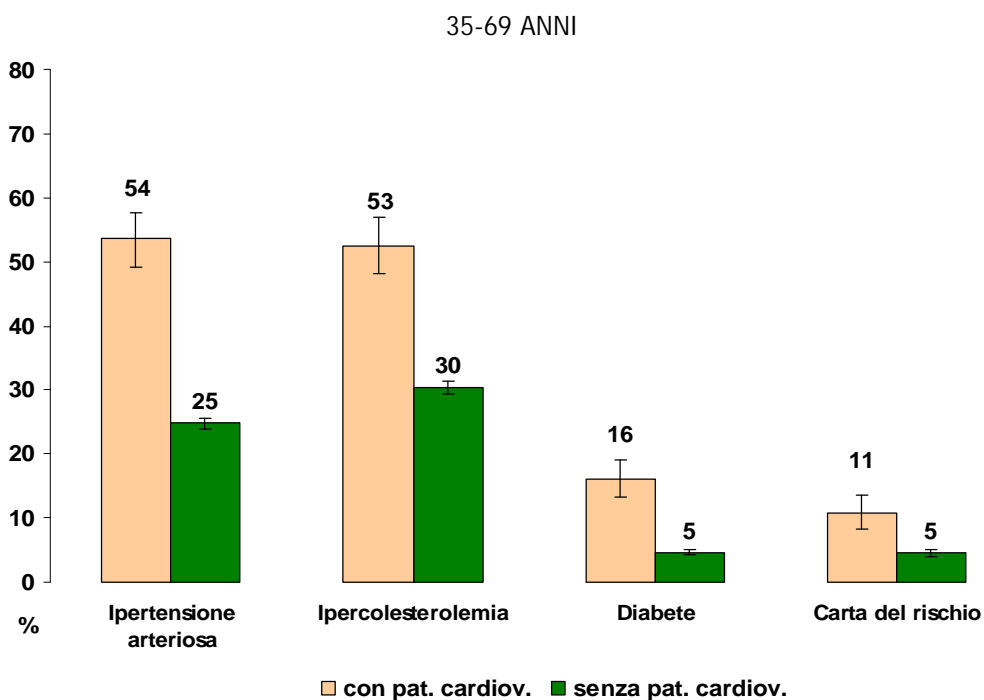
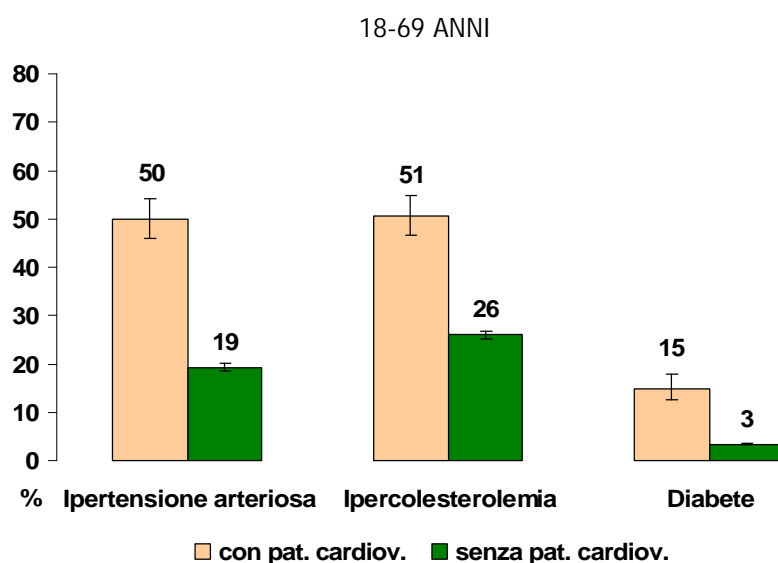
Analizzando gli stili di vita ed i fattori di rischio di questa popolazione di pazienti cardiopatici si evidenzia che l'eccesso ponderale e la sedentarietà sono più frequenti nelle persone con patologie cardiovascolari sia nella fascia d'età 18-69 anni sia in quella 35-69 anni, in cui tali patologie sono più frequenti e gravi. Infatti l'eccesso ponderale è presente nel 57% dei casi nella popolazione 18-69 anni e nel 60% dei casi in quella con un'età tra i 35 e i 69 anni; la sedentarietà nel 28% della popolazione 18-69 anni e 30% in quella 35-69 anni.



## Fattori di rischio cardiovascolari nelle persone con/senza patologie croniche cardiovascolari

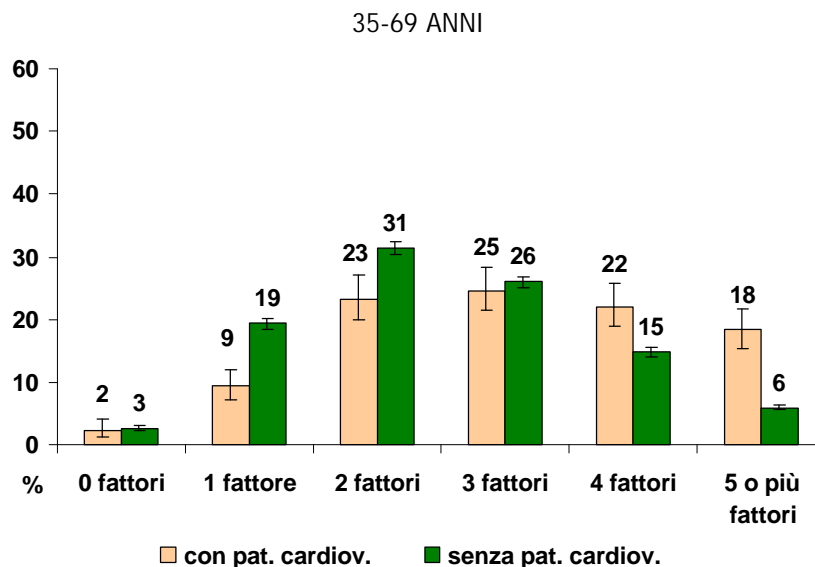
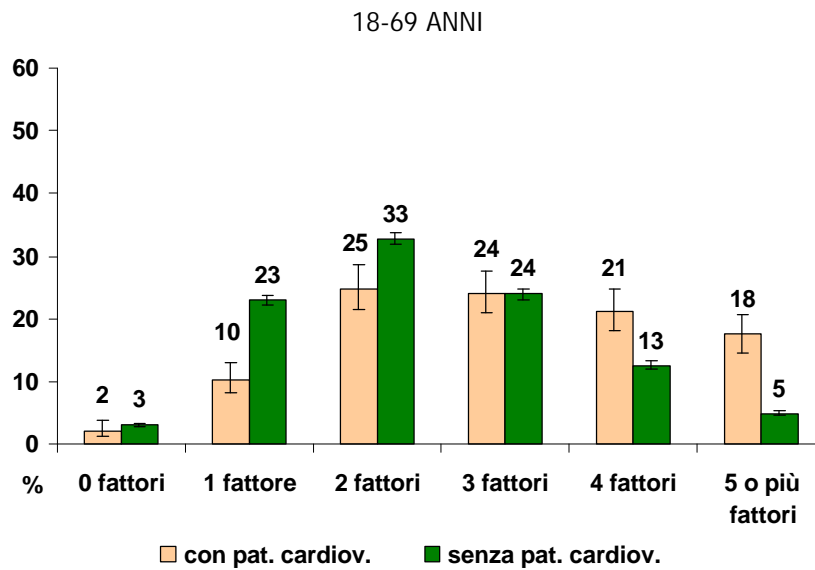
I fattori di rischio cardiovascolare sono notevolmente più frequenti nella popolazione con patologie croniche cardiovascolari

- L'ipertensione arteriosa è presente nel 50% dei casi tra i 18 e i 69 anni e nel 54% nell'età tra i 35 e i 69 anni
- L'ipercolesterolemia nel 51% dai 18 ai 69 anni e nel 53% tra i 35 e i 69 anni
- Il diabete è significativamente più frequente in tale popolazione: 15% tra 18-69 anni e 16% tra 35-69 anni



### Compresenza di fattori di rischio

Si rileva inoltre che nella popolazione con patologie cardiovascolari sono contemporaneamente presenti con percentuali significative 3, 4, 5 o addirittura più fattori di rischio, mentre nella popolazione senza patologie cardiovascolari è più frequente trovare uno o al massimo due fattori di rischio. Questo a conferma che l'insieme di più fattori di rischio influenza la presenza di patologie cardiovascolari.



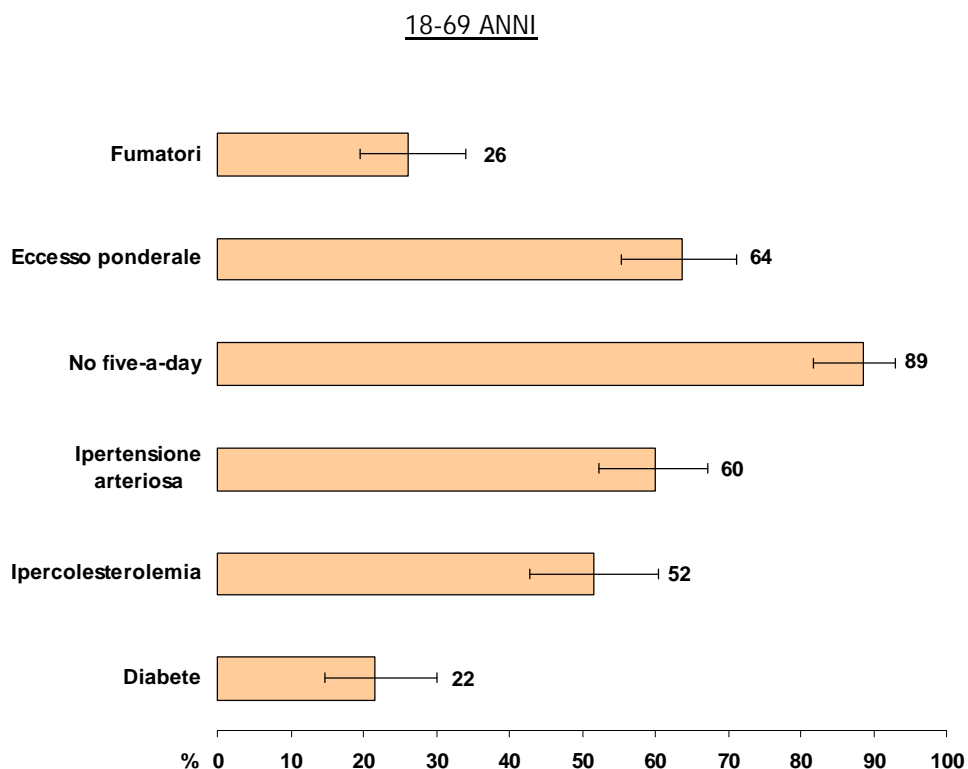


## Compresenza di altri fattori di rischio cardiovascolare e dei fattori di rischio comportamentali delle persone sedentarie con patologie croniche cardiovascolari

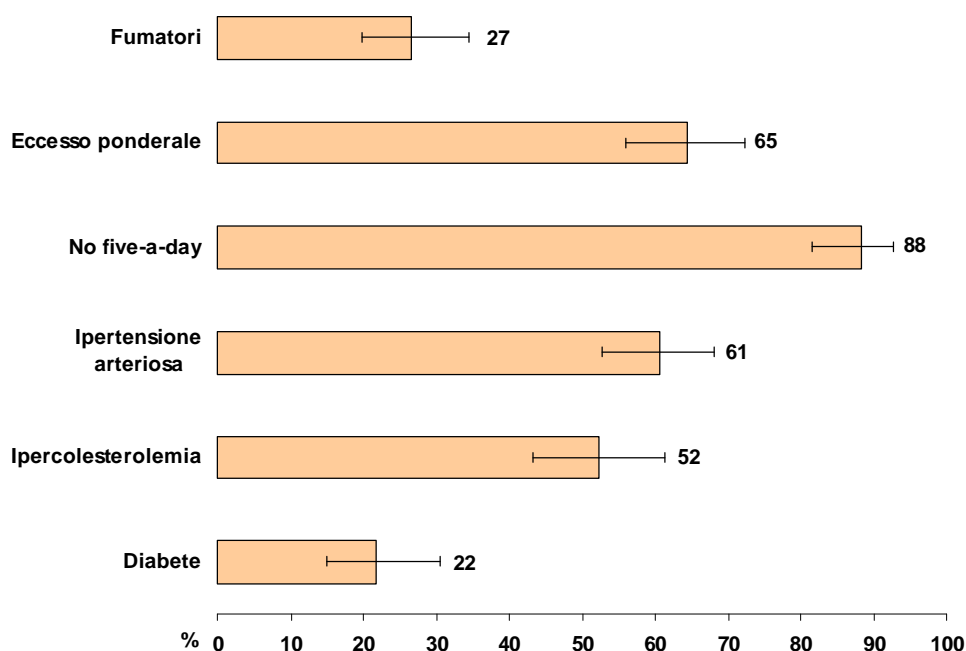
Analizzando in particolare la compresenza di altri fattori di rischio cardiovascolare e dei fattori di rischio comportamentali nelle persone sedentarie con patologie cardiovascolari si evidenzia che:

- l'89% ha abitudini alimentari non corrette secondo le linee guida e non assume le 5 dosi giornaliere di frutta e verdura
- il 64% è in eccesso ponderale
- il 60% ha ipertensione arteriosa
- il 52% ha ipercolesterolemia
- il 26% è fumatore
- il 22% ha il diabete

Quindi in questa popolazione c'è una compresenza di fattori di rischio cardiovascolari e comportamentali molto elevata che probabilmente predispone all'insorgenza di tale patologia.



### 35-69 ANNI



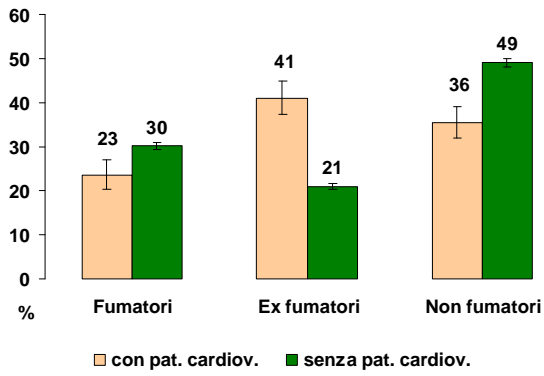
#### Fumatori, ex-fumatori e non fumatori nelle persone con/senza patologie croniche cardiovascolari

Nella popolazione degli intervistati di 18-69 anni che ha riferito di avere una malattia cronica del cuore, il 23% ha dichiarato di fumare (pari a circa 33 mila persone in regione), il 41%\* di aver smesso e il 36% di non aver mai fumato. Tra i fumatori con una malattia cronica del cuore il 6% fuma più di 20 sigarette al giorno.

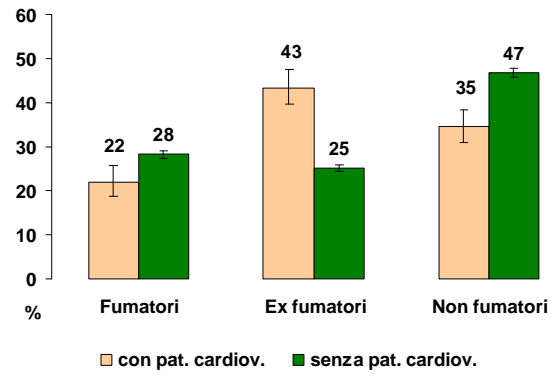
Tra gli intervistati con una malattia cronica del cuore, il 44% ha dichiarato di aver provato a smettere di fumare negli ultimi 12 mesi; tra questi l'8%\* è riuscito nel tentativo in quanto ha smesso da più di 6 mesi (classificabile come ex-fumatore in base alla definizione OMS), il 18% non fuma più da meno di sei mesi (cioè è un fumatore in astensione), mentre il 74% ha ripreso a fumare. Tra i fumatori con una malattia cronica del cuore il 37% ha riferito di aver provato smettere di fumare negli ultimi 12 mesi senza esserci riuscito.

Si evidenzia da questi dati come il numero di persone con storie di abitudini al fumo sia più elevato (64%) nella popolazione con patologie cardiovascolari; infatti il 23% risulta fumatore e il 41% ex fumatore. La percentuale particolarmente alta di ex fumatori (41%) probabilmente è legata alla presenza della patologia cardiovascolare che ha indotto l'abbandono dell'abitudine tabagica, si rileva inoltre che anche i tentativi di smettere di fumare sono più elevati in tale popolazione (37% 18-69 anni e 38% 35-69 anni).

18-69 ANNI

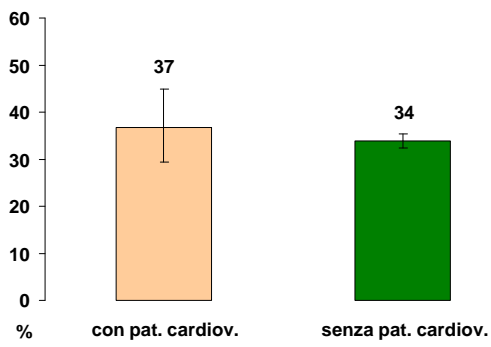


35-69 ANNI

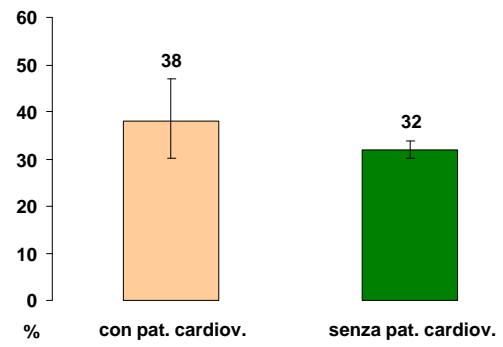


*Tra i fumatori chi ha tentato di smettere negli ultimi 12 mesi*

18-69 ANNI



35-69 ANNI



## Dalla teoria alla pratica

“Semina un pensiero e raccoglierai un’azione,  
semina un’azione e raccoglierai un’abitudine,  
semina un’abitudine e raccoglierai un carattere,  
semina un carattere e raccoglierai un destino”.

C. Reade

## Il counseling nella prevenzione cardiovascolare

L’educazione terapeutica del paziente e/o familiare costituisce un’evoluzione abbastanza recente sia nell’ambito delle strategie terapeutiche della medicina che in seno all’educazione sanitaria e si fonda sulla scoperta, o meglio, riscoperta dell’efficacia della parola e della relazione interpersonale nei contesti sanitari, sia in quelli che operano per prevenire malattie evitabili, sia in quelli dove si affrontano patologie croniche.

Implica un vero e proprio trasferimento pianificato ed organizzato di competenze terapeutiche dai curanti ai malati grazie al quale, nel rapporto tra i due, la dipendenza lascia progressivamente il posto alla responsabilizzazione ed alla collaborazione (malato competente) in cui però il curante ha ben presente quelli che sono “obiettivi di sicurezza” per il malato. Significa:

- ü per l’utente, essere pronto a conoscere la propria malattia, gestire le implicazioni terapeutiche ed i presidi necessari, prevenire le complicanze tramite stili di vita e comportamenti corretti;
- ü per il curante, mettere in atto il processo educativo, passare quindi dal “saper fare al saper far fare”.

A differenza dell’informazione passiva ed incentrata su chi la fornisce, l’educazione terapeutica è un processo incentrato su colui che apprende, attraverso quindi una relazione educativa (attraverso lo sviluppo di abilità relazionali e quindi di abilità counseling) in cui il dialogo fra curanti e assistito/familiare/caregiver diventa un insieme di consigli, raccomandazioni ed istruzioni, che vanno inserite nel trattamento assistenziale attraverso l’integrazione di figure multi professionali che collaborano fra loro.

La modifica/miglioramento di comportamenti dannosi per la salute, di abitudini che nel tempo si sono radicate nello stile di vita delle persone e che sono diventate modelli accettati dalla società, rappresenta una sfida impegnativa per tutti coloro che si preoccupano di promuovere salute nella popolazione. Prevenire l’instaurarsi di patologie derivanti da stili di vita non salutari, curare malattie di lunga durata, rendere possibili ed

efficaci percorsi di recupero e riabilitazione, sono alcuni dei compiti che si trovano a svolgere operatori sanitari di ogni categoria e disciplina, compiti rispetto ai quali il processo tecnico di passaggio dell'informazione dall'operatore alla persona che dovrebbe fruirne e trarne vantaggio, potrebbe essere pensato come lineare, dagli effetti prevedibili e riassumibili in accettazione grata da parte della persona stessa. L'esperienza quotidiana ci pone di fronte ad una realtà molto diversa: cardiopatici che continuano a fumare, persone sovrappeso che seguitano ad assumere cibi ricchi di grassi e a condurre una vita sedentaria, diabetici che persistono in trasgressioni alimentari, persone che bevono troppo o fumano, anche a fronte di interventi sanitari validi e scrupolosi, sono la regola piuttosto che l'eccezione.

Per rendere più efficaci gli interventi è necessario che essi nascano da una riflessione sui processi che determinano, negli individui, la decisione di avviare un cambiamento e di mantenerlo nel tempo, e che si basino sull'utilizzo di modelli e strumenti operativi risultati validi nel costruire e rafforzare la motivazione a cambiare. A tale riguardo, sono ormai numerose le evidenze di efficacia del Colloquio Motivazionale, uno stile di counseling risultato particolarmente utile per intervenire sui comportamenti di salute; l'utilizzo di questo modello comunicativo, infatti, ha mostrato effetti positivi in varie aree, comprese quelle relative ai fattori di rischio su cui il Programma Guadagnare Salute si focalizza: fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica.

Tale approccio considera la motivazione al cambiamento un fattore altamente variabile nel tempo e fortemente influenzato dallo stile comunicativo dell'operatore. Le tecniche e le strategie comunicative dello stile motivazionale si fondano su un concetto chiave: la disponibilità al cambiamento. Le persone a cui vengono rivolti interventi finalizzati al cambiamento dei comportamenti, presentano diversi livelli di disponibilità a cambiare. Ci sarà chi non è disposto a prendere in considerazione l'idea, chi è incerto sul cambiamento, vorrebbe realizzarlo ma non riesce, chi è desideroso di cambiare e cerca il modo giusto per farlo, chi ha già messo in atto il cambiamento, ecc. In un colloquio è necessario tenere conto di queste differenze e adeguare ad esse i contenuti e le modalità della comunicazione: proporre un cambiamento a una persona che non è pronta ad affrontarlo, risulterà pericoloso e molto spesso controproducente. Nel caso di una persona che deve smettere di fumare, o iniziare a fare attività fisica, o alimentarsi in modo più equilibrato, "aiutarla ad esplorare e comprendere la sua situazione" significa condurla a riflettere sull'importanza che attribuisce al cambiamento (perché dovrei cambiare? quali benefici ne avrò? come potrebbe cambiare la mia vita? a quale costo?), sulla fiducia che

nutre nelle sue possibilità di riuscire (ce la farò? come ci riuscirò?) e sulla sua disponibilità a realizzare il cambiamento (lo devo fare adesso? è la mia priorità?).

Disponibilità, importanza e fiducia corrispondono ai tre fattori della motivazione al cambiamento: ciò che spinge una persona a cambiare. Le persone cambiano se:

- ritengono importante farlo, ossia hanno un disagio per la loro attuale situazione e un'aspettativa positiva dal cambiamento;
- si sentono in grado di provarci;
- ritengono che sia arrivato il momento di provarci, e decidono di farlo.

Le persone a cui ci rivolgiamo per trasmettere messaggi di salute non rappresentano un gruppo omogeneo e, a seconda del livello di disponibilità al cambiamento che manifestano, hanno bisogni differenti e dovrebbero essere trattati di conseguenza. La sfida per l'operatore è quella di capire il livello di disponibilità al cambiamento della persona e di modulare di conseguenza il suo intervento.

### Il Colloquio Motivazionale applicato ai contesti di gruppo

Negli ultimi anni sono sempre più numerose le pubblicazioni di studi scientifici sull'applicazione del Colloquio Motivazionale nei contesti di gruppo, nell'ambito di diverse aree problematiche. Gli interventi educativi di promozione della salute si svolgono per lo più in gruppi e ciò rende indispensabile allargare le competenze di tale approccio anche a questo particolare ambito di applicazione. Il gruppo, come contesto all'interno del quale promuovere salute, indubbiamente rappresenta un valore aggiunto. In un gruppo, infatti, è possibile confrontarsi con persone che hanno problematiche simili, condividere esperienze e avvertire il potere trainante degli individui che lo compongono. Il gruppo, inoltre, è un sistema di sostegno e questo permette alla persona di non sentirsi isolata nel suo desiderio di azione.

Un compito fondamentale dell'operatore negli interventi educativi di gruppo è fornire informazioni e la modalità con cui si rivolgerà ai suoi interlocutori influenzerà fortemente la decisione di cambiare da parte dell'utente. E' possibile aumentare la disponibilità al cambiamento, migliorando alcuni aspetti dello scambio informativo e la modalità con cui i messaggi vengono trasmessi. Un modo per rendere "interessante" un messaggio è quello di agganciarlo all'esperienza e al vissuto della persona a cui lo si vuole trasmettere, che presuppone conoscere cosa le persone sanno in merito a quell'argomento e cosa già fanno o sono disposte a fare. Partendo da queste informazioni sarà più semplice personalizzare i messaggi e renderli più efficaci. "Le persone possono dimenticare quello che hai detto ed

anche quello che hai fatto, ma non dimenticheranno mai come le hai fatte sentire” (Maya Angelou)

L'intervento di counseling ha l'obiettivo di far apprendere alla persona sia in senso educativo che riabilitativo utilizzando modalità che permettano di costruire l'intervento "su misura" evitandone ogni "standardizzazione":

Nello specifico, gli obiettivi generali del counseling sanitario nella prevenzione delle patologie cardiovascolari sono:

- ü fornire supporto nei momenti di crisi
- ü aiutare la persona a narrare la sua malattia
- ü promuovere il cambiamento dello stile di vita quando necessario
- ü stimolare l'assistito all'autodeterminazione e a scelte autonome
- ü aiutare la persona a gestire situazioni critiche

### Il modello organizzativo di accompagnamento del paziente

La promozione di un adeguato counselling in ambito distrettuale ha come presupposto la costruzione di percorsi che pongano al centro la persona e che siano condivisi da tutti i professionisti coinvolti: gli Specialisti Cardiologi, ospedalieri e territoriali, i Medici di Medicina Generale, gli Infermieri delle U.O. cardiologiche ospedaliere e dei Dipartimenti di cure primarie, i professionisti e gli operatori del Dipartimento di sanità pubblica e del Dipartimento di salute mentale, dipendenze patologiche.

L'evoluzione nel sistema di prevenzione e cure in corso da alcuni anni nella Regione Emilia-Romagna, pone sempre più l'accento su un sistema centrato sul paziente anziché sulla patologia, perché un "sistema" in grado di considerare la persona inserita in un contesto sociale e portatore di risorse di cura, migliorandone la qualità di vita, di promuovere il recupero della salute, contenendo la progressione della patologia e riducendo la possibilità di recidive, è un "sistema" in grado di produrre salute. Occorre, tuttavia, continuare la capacità di rinnovamento, superando le compartimentazioni e generando sinergie e sviluppando una cultura organizzativa che adegui i servizi all'evoluzione dei bisogni e della domanda delle persone e delle loro famiglie; l'organizzazione per team interdisciplinari rappresenta sicuramente la risposta in grado di garantire la maggiore efficacia nel sistema di cure.

L'obiettivo viene realizzato attraverso le Reti integrate di servizi, basate su un sistema di relazioni e collegamenti tra le varie unità produttive, indipendente dalla loro collocazione fisica, che si concretizza attraverso la collaborazione ed il coordinamento tra servizi e si applica a tutti i livelli dell'organizzazione, sia dal punto di vista tecnico-professionale che dal punto di vista relazionale e amministrativo.

Coerentemente con tale quadro di riferimento, la prevenzione cardiovascolare delle recidive post-IMA/SCA deve trovare la soluzione ottimale per il paziente nell'ambito di un sistema in cui si collocano, diverse progettualità tra cui il Progetto "FRESCO", che ha attivato, in alcune realtà territoriali, collegamenti diretti tra le u.o. di cardiologia ospedaliera e i centri antifumo, il Progetto palestre sicure, nonché specifiche progettualità sviluppate nei diversi contesti territoriali, rafforzando le relazioni tra i nodi della rete.

Da un punto di vista operativo, per modificare gli stili di vita occorre andare oltre il riconoscimento dei fattori di rischio affinando strategie sul singolo e sulla comunità con un approccio caratterizzato da tre elementi:

Struttura à Rete    Mezzo à Percorso    Conduzione à Case management

La definizione di percorsi integrati e facilitati del paziente post-IMA/SCA prevede due fasi:

#### FASE OSPEDALIERA

La continuità di cure tra ospedale e territorio si realizza a partire dall'Ospedale al momento della dimissione, in quanto fase in cui prende avvio il percorso di educazione terapeutica, attraverso l'utilizzo di strumenti già messi in campo, che assicurino al MMG che prende in carico la persona un riferimento specialistico cardiologico e supporti informativo-educazionali che accompagnino il paziente dall'ospedale al territorio.

Il primo strumento fa riferimento alla lettera di dimissione ospedaliera post-IMA/SCA, oggetto di Linee regionali nel 2007, che ha definito una lettera standard, contenente diversi elementi: diagnosi di dimissione, motivo del ricovero, sintesi della storia clinica del paziente e della terapia farmacologica pregressa; l'iter clinico, diagnostico e terapeutico durante il ricovero evidenziazione sintetica dei fattori di rischio identificati; programmazione primo controllo cardiologico post-dimissione (ad 1 mese) e per il follow-up; indicazioni terapeutico-comportamentali.

A tal proposito pare utile segnalare che presso alcune Cardiologie ospedaliere, (ad esempio quelle bolognesi) vengono svolti incontri strutturati collettivi di educazione sanitaria/counseling per i pazienti infartuati ad 1 mese dalla dimissione.

Il secondo strumento è rappresentato dalla realizzazione da un opuscolo informativo regionale "Il tuo cuore ti sta a cuore", che viene consegnato dall'Infermiere alle persone che hanno avuto un infarto miocardico acuto qualche giorno prima della dimissione ospedaliera, in modo che la persona possa fare delle domande su quello che ha letto. La pubblicazione, distribuita a tutte le u.o. cardiologiche ospedaliere e disponibile sul sito regionale "SALUTER", fornisce suggerimenti sulle abitudini di vita "salva cuore", informazioni su aspetti "più tecnici" come il controllo della pressione arteriosa massima e minima, sui farmaci raccomandati per il cuore e quale azione svolgono. Ci sono, inoltre, un glossario, le risposte alle domande più frequenti e una pagina su come comportarsi nel caso di una recidiva cardiovascolare.



## FASE TERRITORIALE

In questa fase occorre partire dal presupposto che rimane centrale nel processo di cura il rapporto tra il paziente e gli specialisti cardiologi e i medici di medicina generale; in tale contesto, tenendo conto delle valutazioni clinico-terapeutiche, occorre orientare le persone verso le opportunità offerte dal territorio, per la modifica dei fattori di rischio: fumo, alcool, scorretta alimentazione, inattività fisica e la promozione di stani stili di vita. A tal fine devono essere costruiti, in ambito aziendale, protocolli operativi, in modo condiviso tra i professionisti coinvolti, nel sistema territoriale a rete; tali protocolli dovranno contenere i percorsi di salute attivati sul territorio, rendendo disponibili "mappe delle opportunità", aggiornate, sull'offerta dei servizi.

Nello sviluppo del sistema di cure territoriali la Casa della Salute rappresenta un contesto unitario che permette un uso integrato di competenze e di risorse professionali per sviluppare conoscenze e attivare processi di consapevolezza per scelte salutari e responsabili, consentendo di realizzare interventi proattivi di prevenzione sulle persone con fattori di rischio legati agli stili di vita e/o a condizioni patologiche.

In tale ottica, ogni Azienda USL, raccordandosi con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, laddove presente, dovrà strutturare nella rete delle Case della salute un punto territoriale di offerta attiva di counselling per la prevenzione delle recidive cardiovascolari nei pazienti post-IMA/SCA, coerente con le suddette Linee regionali.

## La leva della formazione come "formazione intervento"

Ascolto e dimentico

Leggo e capisco

Vedo e ricordo

Agisco e imparo

Confucio

La premessa indispensabile del fare formazione in sanità è che i professionisti sono in possesso di abilità personali e professionali, competenze di base ed avanzate ed esperienze sul campo, intrecciate a vissuti ed emozioni e pertanto l'efficacia formativa presuppone il farsi carico non solo degli obiettivi top-down, ma anche del bisogno formativo bottom-up, cercando di conciliare e dare senso agli apprendimenti.

Fare formazione significa, non ragionare sui singoli prodotti formativi da realizzare (corsi, seminari, etc), ma significa agire sulla cultura organizzativa, sviluppare le competenze che il sistema ritiene necessarie per garantire il progetto di salute della sua comunità di riferimento, che altro non è che la realizzazione della missione dell'Azienda sanitaria( D. Priami, C. Ruozi, V. Vivoli). In questo senso "fare formazione" significa mettersi nella condizione di trasferire la conoscenza dall'individuo all'organizzazione e viceversa ( D. Priami, C. Ruozi, V. Vivoli)

Pertanto la formazione dovrà essere destinata a tutti i professionisti attraverso una forma integrata e multi professionale.

Rinforzare le competenze relazionali, invece, richiede un apprendimento complesso e un'attenzione forte all'accompagnamento del cambiamento dei comportamenti dei professionisti. Cambiamento che nella nostra accezione significa porre l'attenzione a come trasformare i saperi teorico-pratici (sapere, saper fare) in saperi agiti (saper essere), o meglio a come legare l'azione formativa al contesto in cui si sviluppa per il suo continuo miglioramento, passando dalla logica di formazione/evento alla logica di formazione/intervento ( D. Priami, C. Ruozi, V. Vivoli).

A tal proposito l'azione formativa deve sempre partire da obiettivi aziendali riconosciuti e validati; rispetto a queste considerazioni l'analisi dei bisogni formativi si connota come la tecnica che dovrebbe permettere il miglior allineamento dell'offerta degli apprendimenti alla missione e visione aziendale.

L'analisi dei fabbisogni formativi deve essere interpretata come un processo di co-costruzione degli obiettivi formativi del gruppo professionale.

Quindi, un'adeguata analisi del fabbisogno formativo ci permette di rendere

- il Professionista consapevole delle attese professionali da parte della organizzazione, potenzialmente riesce a dare un senso agli apprendimenti che gli vengono richiesti ed è motivato ad acquisirli;
- l'Organizzazione consapevole dei bisogni della sua comunità di riferimento e delle attese dei suoi stakeholders, chiara nell'informare il professionista e capace di sostenerlo nei suoi percorsi di sviluppo; rilevante a questo livello è la consapevolezza dei risultati aziendali, del loro livello di performance e del relativo miglioramento, a cui può contribuire la formazione come una delle tecnologie a disposizione
- i Processi formativi che sviluppano apprendimenti pronti per essere accolti e usati nella struttura organizzativa (D. Priami, C. Ruozi, V. Vivoli).

“Fare formazione” in ambito relazionale significa non solo trasferire nuove conoscenze teorico-pratiche agli individui, ma significa anche sostenere il trasferimento di tali apprendimenti dall'aula al contesto di lavoro. Nell'ambito del counseling, l'idea del Laboratorio<sup>1</sup> è, probabilmente, l'approccio, la metodologia vincente per i professionisti, persone con un background culturale e professionale, un proprio vissuto, le proprie emozioni. In tale ottica, risulta pertanto sempre di più vincente la metodologia didattica in un cui il professionista diventa attore del suo stesso processo di apprendimento metodi, strumenti e strategie attraverso dinamiche interattive (giochi didattici, problem based learning, problematizzazione dei casi, supervisioni di casi...)

---

<sup>1</sup> La scelta del termine *Laboratorio* non è affatto casuale, ma sta ad indicare il luogo del fare, in particolare del fare insieme, docenti e discenti (in questo caso specifico facilitatori e partecipanti) e, allo stesso tempo, una modalità di formazione e apprendimento che coniuga indissolubilmente il dire e il fare. Il termine scelto quindi rimanda sia ad un luogo, sia ad una metodologia, ma anche ad una epistemologia che li comprende entrambi arricchendone il significato.

*Laboratorio come «Officina delle cose o delle idee. ... Luogo del dialogo, del confronto, della sperimentazione come innovazione. ... Bottega artigiana per un lavoro di gruppo, per consulti mai finiti e mai prevedibili.*

*Laboratorio come metodologia che scava e si confronta in modo costante. ... Laboratorio come riproduzione che non è mai una riproduzione. ... Laboratorio come apprendimento che è sempre un co-apprendimento. Laboratorio come processo mai concluso.*

*Laboratorio come epistemologia che concepisce un sapere prodotto in modo relazionale, intersoggettivo, dialogico, non emerso miracolosamente ed improbabilmente tutto e solo dalla mente di un soggetto. Laboratorio come epistemologia che si sporca le mani e la testa, che non si limita al dire, ma pretende il fare, che non si accontenta della teoria, ma domanda la pratica. Laboratorio come epistemologia che realizza i propri percorsi di ricerca secondo procedure non individuali, ma collettive, non isolazioniste, ma necessariamente integrazioniste.» [Cipolla 1997: 1513-1514]*

## Glossario

Competenza: dal latino cum-petere che significa "andare insieme, far convergere in un medesimo punto, ossia misurare le proprie capacità con quelle degli altri. La qualità dell'essere competente è di essere capace o idoneo a un compito; competente è colui che ha la capacità culturale, morale o tecnica per fare qualcosa (Dizionario italiano ragionato, Direttore A. Gianni, Firenze, G. D'Anna ed., 1988.)

Counseling/Counselling: esistono numerose scuole di pensiero, diverse cornici concettuali in cui può essere inserito il counseling:

- è un processo di dialogo attraverso il quale la persona è aiutata a valutare i propri comportamenti (problem analysis-help), elaborare strategie personalizzate e realistiche (decision making help), e a ridurre il disagio emotivo (psychological help).
- è un intervento professionale, orientato alla prevenzione del disagio individuale e sociale. Si occupa di problemi specifici come prendere decisioni, sviluppare la conoscenza di sé, migliorare il proprio modo di relazionarsi agli altri .
- è "una miscela di qualità personali, abilità pratiche e comportamentali interpersonali verbali e non verbali, che si combinano a formare un particolare aspetto dell'aiuto dei professionisti in campo sanitario" (P. Burnard, 1992)

Colloquio Motivazionale è uno stile di comunicazione centrato sul cliente, orientato, per evocare e rinforzare la motivazione intrinseca ad un cambiamento positivo. (Miller & Rollnick, 2009)

Pre-giudizio: si intende per pregiudizio ogni pensiero pre-esistente che contribuisce, nell'incontro con altri esseri umani, alla formazione del proprio punto di vista, delle proprie percezioni e delle proprie azioni. E' fondamentale, nel lavoro con l'altro, prendere coscienza dei propri pregiudizi e assumersene la responsabilità.

E' normale portarsi sempre con sé i pregiudizi legati alle esperienze precedenti, ma questo non deve compromettere la capacità di ascolto, per cogliere a pieno il significato della descrizione dell'utente e per poter vedere altri modi possibili per poter guardare alla situazione e non cogliere così le opportunità di promuovere un cambiamento.

## Bibliografia

Evidenze di Efficacia del Counseling Motivazionale per migliorare le abitudini alimentari, per il controllo del peso e per ridurre la sedentarietà:

Brodie DA & Inoue A, (2005) Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 518-527.

Resnicow K, Jackson A, Wang T, De AK, McCarty F, Dudley WN, Baranowski T, (2001) A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through black churches: results of the eat for life trial. *American Journal of Public Health*, 91, 1686-93.

Carels RA, Darby L, Cacciapaglia HM, Konrad K, Coit C, Harper J, Kaplar ME, Young K, Baylen CA, Versl A, (2007) Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: a stepped-care approach. *Health psychology*, 26, 369-74.

West DS, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG, (2007) Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 30, 1081-7.

Leyva-Moral JM, (2007) Motivational interviewing as an instrument to promote physical activity and dietary adherence among people with diabetes: literature review. *Nure Investigación* 29, 6p.

Schoo A, (2008) Motivational interviewing in the prevention and management of chronic disease: improving physical activity and exercise in line with choice theory. *International Journal of Reality Therapy*, 27, 26-29.

Pragmatica della comunicazione umana, P.Watzlawick, J.H. Beavin, Don D.

La terapia centrata sul cliente, Carl Rogers Ed. Psycho (1970)

Formare alla comunicazione, A. Mauri, C. Tinti - Ed. Erickson (2002)

Le abilità di counselling, Dawn Freshwater, ed. McGraw-Hill (2004)

TB FLAG BAG, La borsa degli strumenti per l'assistenza di base ai pazienti con TBC, Dossier 197-2010

Abilità di counseling, Margaret Hough Erickson, 1996

Verso quale trasformazione, Biavati M., Gestalt Counselling e Art Therapy, Il ponte Vecchio, Cesena, 2005

Spiller V., Guelfi GP. Counseling motivazionale per Medici di Medicina Generale. CMC Italia, 2006.

Rollnick S., Heather N., Bell A. Negotiating behavior change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *J Mental Health* 1992; 1: 25-37.

Rollnick S., Mason P., Butler C. Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di counseling motivazionale breve. Erickson, Trento 2003.

Miller WR., Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Seconda edizione. (Tr. It.) Centro Studi Erickson, Trento 2004.

Miller WR, Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Tecniche di counseling per problemi di alcol e altre dipendenze. (Tr. It) Erickson, Trento 1994.

Berg-Smith SM., Stevens VJ., Brown KM., et al. A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. The Dietary Intervention Study in Children (DISC) Research Group. *Health Educ Res* 1999; 14: 399-410.

Rubak S., Sandboek A., Lauritzen T., Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2005; 55: 305-312.

Bennet JA., Lyons KS., Winters-Stone K., Nail LM., Scherer J. Motivational interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors. A randomized controlled trial. *Nursing Research* 2007;56(1): 18-27.

Eirini I. Vasilaky, Steven G. Hosier, W. Miles Cox. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol & Alcoholism* 2006; 41(3): 328-335.

Okuyemi KS., James AS., Mayo MS, Nollen N., Catley D., Choi WS. Et al. Pathways to health: a cluster randomized trial of nicotine gum and motivational interviewing for smoking cessation in low-income housing. *Health Education and Behavior* 2007; 34(1): 43-54.

Hettema J, Steele J, Miller WR (2005) Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1:91-111.79

Clinical Evidence edizione italiana, n.1, anno 2001. Modificazioni del comportamento, "Quali interventi riducono il fumo di sigaretta? Counselling" pg.16-17.

[Silagy C., "Physician advice for smoking cessation" (Cochrane Review). In the Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

Pilati G., Tamang E., Sbrogiò L., Michieletto F., "Il counseling dei Medici di Medicina Generale per aiutare i pazienti a smettere di fumare", in abstract book "Quality assessment in health education: 3rd European

Conference on effectiveness". Regione Piemonte e International Union for Health Promotion and Education - Italian Committee for Health Education, Torino, 1996.

Pilati G., Tamang E., Sbrogiò L.G., "An intervention to reduce smoking habits in the population through counseling from the general practitioner", in Maluccio A.N., Canali C., Vecchiato T., "Assessing Outcomes in Child and Family Services. Comparative Design and Policy Issues", Aldine de Gruyter New York (USA), 2002.

Mucchielli R. Apprendere il counseling. Manuale di autoformazione al colloquio di aiuto. Erickson, Torino 1987.

Bandura A. Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione. Centro studi Erickson, Torino 1996.

Guelfi GP., Scaglia M., Spiller V. Counseling motivazionale breve. CMC Italia,

Ministero della salute. Genitori più. Prendiamoci cura della loro vita. Manuale informativo per gli operatori. Cierre Grafica, Verona, 2008.

Wagner C., Ingersoll K.(2008), Beyond Cognition: Broadening the Emotional Base of Motivational Interviewing. Journal of Psychotherapy Integration. Vol 18(2), Jun 2008, 191-206

Walters S., Clark M., Gingerich R. e Meltzer M. (2008) Motivare gli autori di reato al cambiamento. Guida al Colloquio motivazionale per gli operatori della giustizia. Carocci Faber, Roma. Traduzione e cura dell'edizione italiana di V. Quercia

Quercia V. (2008) Il contributo del Colloquio motivazionale al Servizio sociale professionale in notiziario SUNAS n° 163 Aprile 2008.

Urbinati S., Giampaoli S. (2010) Non solo fattori di rischio: le priorità e le nuove sfide della prevenzione cardiovascolare. G. Ital. Cardiol. 2010; 11 (5 Suppl 3): 7S-14S).

Centis E., Quercia V., Beltrami P., Guelfi GP., (2011) Accompagnare al cambiamento. Il counseling motivazionale breve come strumento operativo per la promozione di sani stili di vita

Casella G., Di Pasquale G., Visconti L.O., Pallotti M.G., Lucci D., Caldarola P., Scherillo M., Maggioni A. P., (2013) Management of patients with acute coronary syndrome in real-world practice in Italy: an outcome research study focused on the use of antithrombotic agents: the mantra registry. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care* 2013, 2(1): 27-34.

Urbinati S, Olivari Z, Maggioni AP et al for the BLITZ 4 Investigators. Secondary prevention after acute myocardial infarction in Italy: predictor of lifestyle goals after a 6-month follow-up. *Eur J Cardiovasc Prev* 2014 (submitted)