

**Assessorato alla Tutela  
della salute e Sanità**

**Direzione Sanità**

**L'ATTIVITÀ AMBULATORIALE  
DI NUTRIZIONE  
E LE ABILITÀ DI COUNSELLING**

**Linee di indirizzo**



**Assessorato alla Tutela  
della salute e Sanità**

**Direzione Sanità**

**L'ATTIVITÀ AMBULATORIALE  
DI NUTRIZIONE  
E LE ABILITÀ DI COUNSELLING**

Linee di indirizzo

*L'attività ambulatoriale di nutrizione e le abilità di counselling*  
*Linee di indirizzo*

Un'iniziativa promossa dalla Regione Piemonte  
Assessorato alla Tutela della salute e Sanità  
Direzione Sanità

Renata Magliola  
Michela Audenino  
Marcello Caputo

**Autori**

Riccardo De Luca  
*Dirigente medico SC Diabetologia, ASL 1*

Simonetta Lingua  
*Formatore Centro Regionale di Documentazione Promozione Salute, DoRS*

Margherita Meneghin  
*Dirigente medico SS Igiene della Nutrizione, ASL 8*

Monica Minutolo  
*Dietista SS Igiene della Nutrizione, ASL 8*

Ernestina Parente  
*Pedagogista e counsellor, formatore alle abilità di counselling*

Teresa Denise Spagnoli  
*Dirigente medico SS Igiene della Nutrizione, ASL 5*

Si ringraziano per la collaborazione nella raccolta ed elaborazione dei colloqui  
Fulvia Canaletti e Gabriella Zuccolin

**Editing e grafica**

Monica Bonifetto  
*Regione Piemonte, Direzione Sanità*

# INDICE

	<i>pag.</i>
<i>Presentazione</i>	5
Introduzione. Il counselling come strumento utile nell'attività ambulatoriale di nutrizione	7
<b>1. La situazione in Piemonte</b>	<b>9</b>
1.1. La formazione	9
1.2. Il censimento DoRS	9
1.3. Problemi aperti e prospettive	11
<b>2. L'ambulatorio di nutrizione: riflessioni e possibili sviluppi</b>	<b>13</b>
2.1. Limiti della dietetica tradizionale e nuove strategie di "educazione al paziente": la dietetica per volumi e il counselling	13
2.2. Ulteriori riflessioni sulla dietetica tradizionale	15
<b>3. L'ambulatorio di nutrizione e le abilità di counselling</b>	<b>19</b>
3.1. La motivazione e gli stadi del cambiamento	19
3.2. Il counselling: aspetti generali	22
3.3. Le abilità di counselling	26
3.4. Counselling in ambito nutrizionale: evidenze di efficacia	33
<b>4. Le abilità di counselling in azione</b>	<b>37</b>
<i>Glossario</i>	53
<i>Bibliografia</i>	55



## PRESENTAZIONE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. I dati epidemiologici sempre più segnalano l'urgenza di mettere in campo iniziative per la prevenzione dell'obesità e delle malattie croniche correlate, in Italia come negli altri Paesi europei.

Per questo motivo, la Regione Piemonte ha avviato nel 2003 il Progetto Nutrizione Piemonte (PNP), con l'obiettivo di fornire ai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) le risorse per far decollare, o proseguire, attività di sorveglianza e prevenzione nutrizionale in tutte le ASL del territorio regionale.

Le prime iniziative del PNP sono state dedicate al coordinamento delle attività di promozione alla salute e alla progettazione nelle scuole di una iniziativa di sorveglianza nutrizionale; il progetto HBSC, *Health Behaviour in School-aged Children*, ha previsto la rilevazione di peso e statura in un campione significativo di ragazzi di 11, 13 e 15 anni e la raccolta di dati sullo stile di vita attraverso la somministrazione di un questionario.

Successivamente si è valutata la necessità di progettare interventi strutturati di gruppo o individuali in soggetti a rischio e di focalizzare l'attenzione sugli strumenti utili nella relazione professionista-utente, individuando il counselling come metodo fondamentale. È stato quindi organizzato nel 2006 un corso di formazione sul counselling nutrizionale che ha permesso ai vari operatori di attuare un confronto su modalità e pratiche in atto nelle diverse esperienze e di arricchirle con stimoli e spunti formativi sul counselling.

In seguito si è costituito un gruppo di lavoro che ha rielaborato i contenuti e le proposte del corso anche attraverso la lettura delle esigenze e delle criticità emerse. Il medesimo gruppo ha poi redatto questo documento che unisce esperienza e alcuni spunti teorici. In analogia con altri gruppi di lavoro regionali, si è dimostrata particolarmente proficua la collaborazione tra professionalità diverse: da un lato il counsellor professionista e il metodologo della formazione, dall'altro medici e dietisti dei SIAN e dei servizi ospedalieri che hanno portato il loro bagaglio di esperienza sul campo.

Le abilità di counselling sono proposte come strumento per affrontare in modo non improvvisato alcuni momenti comunicativi impegnativi nella relazione con il paziente; una maggior efficacia della relazione favorisce una gestione più professionale del cambiamento nei comportamenti del soggetto obeso o in sovrappeso.

L'obiettivo generale è raggiungere, attraverso uno strumento agile e di immediata consultazione, tutti coloro che, con diversi livelli di professionalità e di esperienza, operano in un ambulatorio di Nutrizione e vivono quotidianamente la sfida del cambiamento dello stile di vita del paziente.

Sviluppare pratiche di provata efficacia negli ambulatori, integrarle con altre strutture specialistiche, attivarle nei SIAN, unitamente a un'attenzione alla relazione con il paziente che valorizzi la gestione della comunicazione e della motivazione al cambiamento: queste azioni integrate sono il presupposto per reali interventi di sanità pubblica nella popolazione, consentendo a un maggior numero di persone di accedere a una presa in carico di primo livello di buona qualità.

Il Direttore regionale  
Vittorio Demicheli



## INTRODUZIONE

### IL COUNSELLING COME STRUMENTO UTILE NELL'ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI NUTRIZIONE

Questo documento rappresenta l'evoluzione naturale del corso di aggiornamento *Abilità di counselling in ambito nutrizionale* svoltosi tra maggio e settembre 2006, organizzato dalla Regione Piemonte per medici e dietisti dei SIAN che abbiano attivato, o intendano attivare, un ambulatorio di Nutrizione, e che ha avuto la partecipazione di operatori anche di Servizi Ospedalieri.

L'obiettivo è di rielaborare i contenuti del corso, in modo da tradurli in uno strumento che da un lato sia utilizzabile da subito, dall'altro fornisca spunti per ulteriori sviluppi e approfondimenti, senza alcuna pretesa di esaustività.

Il punto di partenza non può essere che una breve riflessione sulla realtà piemontese (cap. 1): gli ambulatori di Nutrizione nei servizi territoriali sono ancora in numero molto limitato e proprio dall'analisi di questa situazione, apparentemente invariata negli anni, emerge con forza la necessità di dotare i servizi degli strumenti utili per un maggiore sviluppo delle attività rivolte alla prevenzione dell'obesità. Come in altri importanti settori della prevenzione, dove è stato dimostrato che alcuni semplici cambiamenti dello stile di vita potrebbero portare a notevoli miglioramenti in termini di salute e di benessere, la sfida resta aperta su quali metodi possano essere efficacemente impiegati per ottenere questi cambiamenti.

Si è scelto quindi di parlare degli ambulatori di dietetica (cap. 2) puntando l'attenzione soprattutto sugli elementi di maggiore criticità, che nel corso del tempo hanno determinato la ricerca di nuove modalità di approccio al paziente.

Prima di entrare nel merito dell'argomento centrale (cap. 3), cioè la definizione di "counselling" (elemento non secondario, visto l'uso spesso "disinvolto" che viene fatto del termine) e le abilità che sono prese in esame e proposte come strumenti per migliorare la comunicazione nell'ambulatorio di Nutrizione, viene brevemente descritto il modello degli stadi del cambiamento di Prochaska e Di Clemente, non solo per la sua notorietà ma anche per gli interessanti spunti di analisi utilizzabili nella pratica quotidiana.

L'ambulatorio di Nutrizione ha caratteristiche comuni ad altre situazioni dove si svolge un dialogo tra professionista e utente, è sembrato utile tuttavia legare le abilità di counselling a questo specifico contesto, attraverso gli esempi riportati nella parte conclusiva (cap. 4).

I "colloqui" costituiscono la parte più originale e rappresentativa di questo documento: tratti direttamente dall'esperienza di operatori diversi sia come qualifica sia come ambito professionale, vogliono essere uno spaccato sulle possibilità di utilizzo delle abilità di counselling nella relazione che si instaura tra professionista e paziente/utente, nel contesto di tutta l'ampia gamma di situazioni che si possono venire a creare.

Benché il documento sia stato creato con la collaborazione di operatori che si occupano prevalentemente di prevenzione in ambito nutrizionale, si ritiene che possa interessare la maggior parte dei professionisti che hanno a che fare con pazienti oppure con utenti.



# 1 LA SITUAZIONE IN PIEMONTE

In Piemonte, così come nelle altre Regioni d'Italia, gli ambulatori di Dietologia sono sempre stati appannaggio dei servizi ospedalieri oppure della specialistica ambulatoriale, fino all'ultima riforma del Servizio Sanitario Nazionale (DLgs 502/1992), con la quale sono stati creati i Dipartimenti di Prevenzione, nell'ambito dei quali sono stati istituiti i Servizi d'Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN). Con questo nuovo termine "nutrizione" è stato ampliato l'ambito di competenza dei servizi territoriali: non più solo la tutela igienica degli alimenti, ma anche la prevenzione attraverso le modifiche dello stile di vita.

Nel 1998 sono state pubblicate le linee guida ministeriali (DM 16/10/1998) che hanno definito le competenze delle Strutture Semplici Igiene della Nutrizione (SSIN) nell'ambito dei SIAN (divenuti ora Strutture Complesse Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, SCIAN), tra le quali è compresa anche la "consulenza dietetico-nutrizionale", intendendo con questo termine "prevenzione, trattamento ambulatoriale, terapia di gruppo per fasce di popolazione a rischio".

Le stesse linee guida individuano anche le figure professionali che dovrebbero entrare a far parte delle nuove aree funzionali, tra cui medici specialisti in Scienza dell'Alimentazione e dietisti.

## 1.1. La formazione

Una prima preziosa occasione di contatto e confronto tra operatori dei SIAN, dietologi ospedalieri ed epidemiologi è stata fornita dai corsi di formazione organizzati dalla Regione, svolti rispettivamente dal 2000 al 2002 su:

- *Principi base di alimentazione e nutrizione* (rivolto ai medici dei SIAN);
- *Prevenzione del sovrappeso e dell'obesità nell'età evolutiva* (rivolto a medici e dietisti dei SIAN);
- *Sovrappeso e obesità in età evolutiva: prevalenza, predittività, patologie associate* (rivolto a medici, dietisti e assistenti sanitarie dei SIAN).

In particolare la formazione è stata offerta agli operatori dei SIAN, dove stava nascendo l'interesse per questo nuovo settore e tuttavia nella maggior parte delle ASL non era ancora stato individuato personale specificamente dedicato alla Nutrizione.

## 1.2. Il censimento DoRS

Nel 2005 il gruppo "Educazione al paziente", un gruppo multiprofessionale e multidisciplinare nato nel 2002 nell'ambito del Laboratorio Alimentazione (coordinato da DoRS), ha effettuato un censimento, con questionari somministrati attraverso i referenti per la nutrizione, su "Counselling nutrizionale in attività ambulatoriale".

L'obiettivo iniziale era di costruire un progetto sull'aggancio e sulla motivazione del paziente in eccesso ponderale applicabile a diverse realtà ambulatoriali, si è quindi

puntata l'attenzione sul counselling come strumento importante per intervenire sulla motivazione stessa. La prima esigenza è stata quindi di realizzare un censimento di tutti gli ambulatori del Piemonte nei quali viene affrontato l'argomento nutrizione.

Sono stati censiti in totale 130 ambulatori (che non corrispondono a 130 centri: infatti ciascun centro può comprendere più ambulatori, ad esempio quello di dietologia e diabetologia), distribuiti tra ospedali, ambulatori pubblici e privati, SIAN e l'IRCC di Candiolo, caratterizzati da notevole disomogeneità di denominazione e di tipologia della struttura; prevalgono gli ambulatori dedicati agli adulti e sono una minoranza quelli che si occupano sia di soggetti adulti sia di soggetti in età evolutiva. Di questi, la quasi totalità degli ambulatori SIAN è stata istituita tra il 2000 e il 2005, mentre la maggior parte degli ambulatori ospedalieri e della specialistica ambulatoriale è stata istituita tra il 1990 e il 2005.

Per quanto riguarda le modalità di accesso, circa il 50% degli ambulatori ospedalieri e dei SIAN effettua direttamente la prenotazione delle visite (e i restanti al CUP), mentre il 100% degli ambulatori e della specialistica ambulatoriale, oltre l'IRCC di Candiolo, prenota tramite CUP.

Sovrapponibili a queste sono naturalmente le risposte riguardanti la "valutazione preliminare per indirizzare il paziente al percorso più adatto", possibile solo se la prenotazione viene fatta da un operatore del servizio stesso. Per quanto riguarda il tempo di attesa che intercorre tra prenotazione e visita, si va da una media di 10-15 giorni per i SIAN a 40-60 giorni per gli ambulatori ospedalieri.

Nel momento dell'accoglienza nell'ambulatorio di un soggetto inviato per un problema di sovrappeso/obesità il questionario chiedeva esplicitamente: "Valuti la motivazione/disponibilità al cambiamento? Con quali strumenti e strategie affronti il problema della motivazione?". Dalle risposte date è risultato che nella totalità degli ambulatori viene valutata la motivazione al cambiamento.

A proposito delle strategie messe in campo per "affrontare il problema della motivazione" (le risposte possibili erano: counselling individuale; opuscoli; linee guida; questionari specifici) quasi tutti mettono il "counselling individuale" al primo posto, certamente attribuendo un significato anche generale e intuitivo al termine stesso. Poiché la questione della motivazione e il significato del termine counselling sono questioni di cruciale importanza ai fini dell'efficacia complessiva dell'intervento, verrà dato loro ampio spazio in questa sede al capitolo 3.

Rispetto al rilievo dato agli interventi per perdere peso:

- *dieta grammata*: spicca il "poco importante" dato alla dieta grammata dal 100% degli ambulatori SIAN e dall'IRCC di Candiolo, e "abbastanza importante" dato invece dal 100% degli specialisti ambulatoriali convenzionati;
- *farmaci*: tutti sono concordi nell'attribuire poca importanza ai farmaci;
- *supporto psicologico*: il 100% degli specialisti ambulatoriali e l'IRCC di Candiolo ritengono "abbastanza importante" il supporto psicologico, a fronte del 40-50% degli ambulatori ospedalieri e SIAN.

Ciò nonostante, la figura dello psicologo non risulta presente in alcuna realtà, salvo poco più del 10% degli ambulatori ospedalieri.

In conclusione, comune a tutte le realtà è una richiesta di *interventi formativi* su:

- *metodiche di approccio al paziente* in eccesso ponderale, che ne migliorino l'aggancio;
- *tecniche di comunicazione* per stimolare l'attenzione della popolazione generale su queste tematiche;
- *aggiornamenti clinici*.

Dal questionario preliminare inviato ai SIAN nel 2006 in occasione del corso di counselling nutrizionale è emerso che, su 18 ASL piemontesi esclusa Torino, vi sono 5 SIAN dove è stato attivato l'ambulatorio di Nutrizione, e 3 dove ne è prevista l'attivazione.

### 1.3. Problemi aperti e prospettive

In Piemonte la scelta di alcuni SIAN di attivare la Struttura Semplice Igiene della Nutrizione è stata condizionata dalla possibilità, o dalla scelta, di dedicare personale specificamente a questo tipo di attività.

Per quanto riguarda il personale medico con competenze igienistiche, a parte i pochi casi di specialisti in Scienza dell'Alimentazione già inseriti nelle attività dei SIAN, è stato offerto il percorso di formazione di cui si è accennato sopra.

Per l'insieme delle attività previste dalle linee guida ministeriali, dagli interventi di educazione sanitaria alla sorveglianza nutrizionale al controllo sulle mense di collettività, è perciò cruciale la figura del dietista, sia a tempo pieno sia "a scavalco" con altri servizi.

Lo sviluppo di una nuova attività ambulatoriale di questo tipo pone innanzitutto il problema delle competenze dei SIAN in rapporto con i servizi ospedalieri e territoriali già esistenti, e la differenziazione può essere fatta in base alla tipologia di pazienti (ad esempio i grandi obesi e gli obesi con patologie associate dovrebbero essere indirizzati presso centri specializzati) oppure in base alla fascia di età, in ogni caso al momento attuale non vi è un criterio univoco anche perché la situazione può variare in base alla distribuzione dei servizi stessi sul territorio.

La necessità di un maggiore coordinamento è avvertita non solo per quanto riguarda la collocazione dei nuovi servizi territoriali nel panorama della sanità pubblica, ma anche per il ruolo delle specifiche competenze professionali al loro interno (il dietista, il medico specialista in Igiene, il medico specialista in Scienza dell'Alimentazione, il personale infermieristico) e per i principali aspetti organizzativi (come ad esempio le modalità di prenotazione, l'applicazione o meno di ticket). Un nuovo impulso a queste attività, insieme con una maggiore integrazione fra i servizi, dovrebbe essere conseguenza delle azioni previste in Piemonte nel 2006-2007 per il progetto *Sorveglianza e prevenzione dell'obesità* nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione.



## 2 L'AMBULATORIO DI NUTRIZIONE: RIFLESSIONI E POSSIBILI SVILUPPI

Quelli che seguono sono i contributi di medici di due SIAN del Piemonte dove, con modalità e in tempi diversi, sono stati attivati ambulatori di Nutrizione.

Quanto scritto rispecchia punti di vista complementari tra loro, con l'obiettivo comune di fornire alcuni spunti di riflessione sui limiti di quella che, anche attraverso i mass media, si pensa comunemente debba essere una prescrizione dietetica, in genere indifferente alle abitudini e ai gusti del paziente e tanto più efficace quanto più carica di restrizioni. Queste riflessioni sono rivolte soprattutto a chi si appresta ad attivare un ambulatorio di Nutrizione.

### 2.1. Limiti della dietetica tradizionale e nuove strategie di "educazione al paziente": la dietetica per volumi e il counselling

I mass media enfatizzano da sempre il ruolo della dieta come strumento indispensabile non solo per il calo ponderale ma anche per il mantenimento di un buono stato di salute. Nell'ambito delle aree di settore dell'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica, il gruppo di lavoro "Stampa e comunicazione" ha condotto per tutta la durata dell'anno 2004, sulle 15 riviste a maggior tiratura secondo i dati Audipress, un'indagine per valutare lo spazio dedicato agli schemi dietetici e all'idoneità nutrizionale delle diete pubblicate. Complessivamente, tra settimanali e mensili sono stati esaminati 336 fascicoli e lo strumento dieta è risultato particolarmente diffuso e pubblicizzato già nella copertina delle riviste stesse: ben 1/3 dei fascicoli esaminati (104/336) pubblicava infatti schemi dietetici e nel 28% dei casi (94/336) erano presenti in copertina titoli che ne annunciavano la presenza (1).

Ma l'interesse per le diete non riguarda solo il target dei grandi mezzi di comunicazione. Anche fra gli esperti si accendono spesso dibattiti sull'efficacia di diverse tipologie di dieta, con esito tuttavia il più delle volte improduttivo perché il problema dell'efficacia degli schemi dietetici non è tanto legato al loro valore intrinseco, quanto piuttosto all'aderenza agli stessi. Questo concetto emerge da uno studio pubblicato recentemente su *JAMA* da alcuni ricercatori del Tufts-New England Medical Center (2). La ricerca ha messo a confronto i risultati ad un anno di 4 diversi regimi dietetici, assegnati con modalità random a 160 soggetti con fattori di rischio cardiovascolare: a 40 soggetti è stata proposta la dieta Atkins (a basso apporto di carboidrati, limitati a 20 g/die in una prima fase e incrementati gradualmente fino a 50 g giornalieri), a 40 la dieta Ornish (vegetariana a basso intake lipidico, pari al 10% delle kcal giornaliera), a 40 la dieta Weight Watchers (ipocalorica bilanciata, con apporti energetici giornalieri compresi tra 1200 e 1600 kcal) e a 40 la dieta Zona (con percentuali caloriche giornaliere da proteine, lipidi e carboidrati rispettivamente del 30, 30 e 40% delle kcal/die).

Il lavoro non ha evidenziato differenze sostanziali tra i diversi regimi dietetici in termini di efficacia sul calo ponderale, che appariva al termine dell'anno di osservazione abbastanza sovrapponibile per le 4 tipologie di dieta (2,1 kg con la Atkins, 3 kg con la

Weight Watchers e 3,2/3,3 kg rispettivamente con la dieta Zona e la Ornish). Va però sottolineato che un calo ponderale superiore al 5% si verificava in una minoranza dei casi, circa 1/4, indipendentemente dallo schema dietetico assegnato, perché in realtà la maggior parte dei soggetti esaminati non seguiva la dieta assegnata, peggiorando nell'anno di osservazione lo status ponderale e i fattori di rischio cardiovascolari.

Dati analoghi emergono dai questionari raccolti dai centri partecipanti all'*Obesity Day*, una giornata nazionale dedicata annualmente dall'Associazione Italiana di Dietetica (ADI) alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica nei confronti dei rischi dell'obesità e del sovrappeso (3). Nel report *Obesity Day 2004* su oltre 6000 questionari compilati a livello nazionale è risultato che il 66% degli intervistati ha effettuato una dieta almeno una volta, ma ha recuperato a distanza di tempo il peso perduto completamente nel 55% dei casi, in parte nel 32% (3).

Anche in età pediatrica la *compliance* alla dieta appare alquanto problematica. Uno studio multicentrico condotto in Italia su 1383 bambini di 10 anni, seguiti da 11 ambulatori pediatrici per eccesso ponderale, ha evidenziato già dopo la prima visita un 32% di *drop out* che saliva addirittura al 64% se si consideravano solo gli obesi escludendo i sovrappeso. A due anni i *drop out* rappresentavano il 92% (4).

Che cosa non funziona? I centri partecipanti all'*Obesity Day* hanno provato a rivolgere la domanda ai pazienti che avevano sperimentato l'insuccesso di una terapia dietetica e i risultati, riportati nel report *Obesity Day 2004*, sono schematizzati in Figura 1 (3). Emergono, nella maggior parte dei casi, limiti intrinseci alla dieta stessa, quali il dover consumare alimenti diversi rispetto agli altri componenti della famiglia, il dover pesare i cibi a crudo, prima di cucinare, le preparazioni poco gustose, ma è riportata nel grafico una grossa fetta di "altro" dove verosimilmente la sfera dei consumi alimentari incrocia quella delle emozioni.

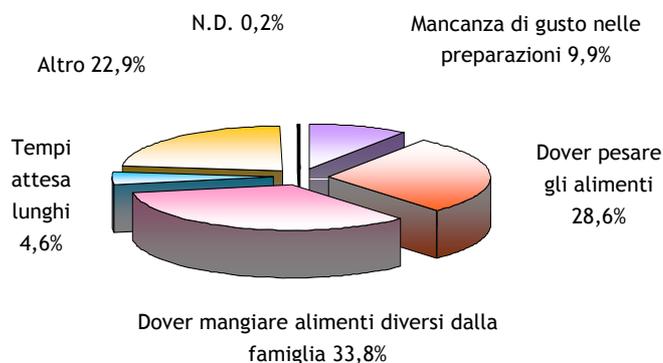


Figura 1. Motivazioni riferite dell'insuccesso della dieta

Per quanto riguarda lo strumento "dieta" di per sé, occorre evidenziare che negli ultimi anni alla dietetica tradizionale si sono affiancate nuove metodiche che revisionano l'elemento dieta nel suo impatto comunicativo e relazionale, rendendolo più semplice e fruibile e quindi di maggior *compliance*, ad esempio dando un'idea delle porzioni raccomandate a colpo d'occhio senza usare i grammi (5).

Questa scelta si basa sulle evidenze emerse da alcuni studi, che indicano che l'impiego di modelli visivi in aggiunta alle spiegazioni verbali facilita la compliance alle indicazioni dietoterapiche (6). Occorre sottolineare a questo proposito che quando ricordiamo un alimento lo ricordiamo a tre dimensioni, lo ricordiamo come un volume (7,8). Pertanto può essere utile identificare una porzione consigliata operando un confronto con un volume di riferimento, che può essere un oggetto di uso comune con dimensioni standardizzate come un mazzo di carte o la palla da tennis o da baseball (9-12), ma può essere soprattutto il pugno o la mano del soggetto che fa la scelta alimentare, come nel metodo della dietetica

per volumi proposto dal dott. Sculati (5). L'utilità di questo sistema è legata non soltanto alla facilità di memorizzazione delle porzioni consigliate, intrinseca all'immagine visiva stessa (gli stimoli visivi hanno un notevole potere sulla memoria a lungo termine) (13), ma anche all'estrema praticità di gestione. Gli alimenti vengono infatti dosati già pronti nel piatto e questo consente al soggetto in dieta di non dover preparare i pasti a parte evitando una cucina da "separati in casa"; ma anche la gestione dei pasti fuori casa si rivela più semplice. Ecco perché negli ultimi anni numerose associazioni e società scientifiche in ambito nutrizionale hanno revisionato lo strumento "dieta grammata" introducendo il concetto del volume di riferimento (9-12).

Ma "dietetica per volumi" non vuol dire solo abbandonare l'uso della bilancia e della cucina separata. L'applicativo della tecnica in Italia, attraverso il gruppo di lavoro del dott. Sculati, ha spostato l'attenzione anche sul gusto del paziente, attentamente valutato in anamnesi e ampiamente considerato nella stesura dei suggerimenti dietetici.

Se la dietetica per volumi rappresenta uno strumento molto utile quando i limiti della dietetica tradizionale sono legati all'uso della bilancia o ad una cucina molto più attenta alla patologia che non al gusto, il sistema può non rivelarsi sufficiente quando nella *compliance* alla dieta entra in gioco in modo preponderante la sfera legata a cibo ed emozioni. Su questa sfera possono agire più efficacemente tecniche quali la terapia cognitivo-comportamentale o il counselling, che si pongono come strategie adiuvanti o alternative alla dietetica tradizionale nel trattamento dell'obesità. I dati di letteratura riportano come target della terapia cognitivo-comportamentale soprattutto i *binge eating disorders*, mentre le strategie di counselling appaiono rivolte prevalentemente a situazioni di obesità in cui il contesto emozionale non è francamente patologico, ma i confini dell'una o dell'altra tecnica spesso sfumano tra loro se si analizzano nel dettaglio i singoli studi (14,15). Quello che è certo è che per entrambe le strategie l'interesse del mondo scientifico è in costante aumento, basti vedere l'incremento negli ultimi anni dei riferimenti riportati su Medline. Digitando sulla banca dati Pubmed le parole chiave "*cognitive-behavioural therapy obesity*" dall'ottobre 1989 all'ottobre 2006 troviamo 142 lavori di cui i 2/3 condotti negli ultimi 10 anni; lo stesso accade per il counselling ("*counselling therapy obesity*") per il quale troviamo circa 700 pubblicazioni (dal 1968 al 2006), di cui 500 realizzate negli ultimi 10 anni (15).

Anche nell'obesità infantile la letteratura sul counselling risulta particolarmente fiorente. Dati di 2 *surveys* statunitensi condotti nel 1993 e nel 2002 su casistiche ambulatoriali (*National Ambulatory Medical Care Survey, NAMCS*, e *National Hospital Ambulatory Care Survey, NHAMCS*) indicano un aumento del ricorso al counselling nel trattamento dell'obesità in età pediatrica. Nel 1995 solo il 4,3% degli incontri ambulatoriali includeva infatti tali strategie, contro il 19,0% nel 2001 e il 15,4% nel 2002 (16).

In conclusione, i limiti della dietetica tradizionale hanno portato alla nascita di nuove strategie terapeutiche che vanno dalla revisione dello strumento dieta di per sé alla sfera più complessa del cibo e delle emozioni. È importante conoscere queste diverse tecniche e imparare a modularle caso per caso sul singolo paziente, gestendo in modo flessibile il nostro bagaglio di conoscenze ed esperienze con la consapevolezza che la comunicazione e la relazione possono giocare un ruolo strategico sulla *compliance* ai suggerimenti dietetici.

## 2.2. Ulteriori riflessioni sulla dietetica tradizionale

All'ambulatorio di Nutrizione dei SIAN non accedono solo persone con il problema di perdere peso, ma anche chi desidera esaminare le proprie abitudini alimentari e/o avere informazioni su una corretta alimentazione; si continuerà tuttavia, anche perché non cambiano gli strumenti del counselling, a fare riferimento soprattutto alle persone in sovrappeso/obese.

Lo storico esperimento di A. Keys (*Minnesota Study*, 1950) dimostrò come un periodo di forte restrizione alimentare in soggetti sani inducesse comportamenti anomali nei confronti del cibo, che persistevano anche con la successiva ripresa di una normale alimentazione.

Un altro aspetto della dietetica tradizionale a lungo discusso riguarda proprio l'opportunità o meno di una dieta fortemente ipocalorica, in particolare nelle obesità di secondo grado e nelle grandi obesità: per quanto una rapida perdita di peso iniziale sia incoraggiante per il paziente, e sembri improrogabile negli obesi con patologie associate, vi è tuttavia il forte rischio che, terminato il periodo di restrizione calorica e senza sostanziali cambiamenti nello stile di vita del paziente, il peso iniziale sia abbondantemente recuperato e con incremento della circonferenza addominale (17).

La Task Force Obesità Italia, che si è costituita nel 1996 ed è composta da 36 rappresentanti della comunità scientifica, di discipline diverse e appartenenti ai principali istituti e associazioni, ha prodotto le *Linee Guida Italiane Obesità* (LiGIO '99) (18). Scopo delle Linee Guida è di individuare, attraverso una revisione sistematica della letteratura scientifica presente in Medline dal 1980 al 1997, i diversi gradi di efficacia dei metodi di trattamento del sovrappeso e dell'obesità. Con riferimento agli interventi rivolti a modificare lo stile di vita, le Linee Guida concludono che «esiste una forte evidenza a sostegno del fatto che la combinazione della dieta ipocalorica, l'incremento dell'attività fisica e la terapia comportamentale costituisce la terapia di maggiore successo per la perdita e il mantenimento del peso corporeo».

Secondo le LiGIO '99, l'obiettivo iniziale della perdita di peso non dovrebbe essere superiore al 10%, da raggiungere gradualmente e cioè nell'arco di circa sei mesi. Vi è consistente evidenza infatti che per i soggetti in sovrappeso/obesi tale perdita di peso è un obiettivo realistico, e che un calo ponderale anche modesto può ridurre significativamente i rischi associati all'obesità, qualsiasi sia il peso di partenza. Dopo di che gli sforzi devono concentrarsi sul mantenere il peso perduto: se questo avviene per almeno 5 anni ci sono alcune probabilità che sia dovuto a cambiamenti comportamentali consolidati. Questa strategia è stata ampiamente riconfermata, raddoppiando addirittura l'arco di tempo raccomandato per il calo ponderale degli obesi (che passa da 6 a 12 mesi), dalla *Consensus* dell'Università di Milano (19).

Tuttavia è esperienza comune che molte persone si aspettano una dieta restrittiva che porti a una perdita di peso rapida, per poi riprendere lo stile di vita precedente. Cambiare gradualmente e stabilmente viene visto come un sacrificio molto più grosso e che richiede tempi lunghi per ottenere i risultati sperati.

Del tutto cruciale, ai fini dell'efficacia dell'intervento nel suo complesso, è la valutazione della reale motivazione al cambiamento dei pazienti, motivazione che inizialmente sembra molto forte nella maggior parte delle persone, ma che non è sempre basata sulle necessarie conoscenze e sulla disponibilità all'impegno concreto.

Un secondo scoglio da superare è ottenere l'effettiva adesione alla dieta, o comunque ai cambiamenti richiesti/concordati, che possono consistere ad esempio nella regolarizzazione dei pasti, nell'alimentazione più variata, nel controllo delle porzioni, nella maggiore attività fisica (20). Molte persone si aspettano il divieto assoluto di assumere determinati alimenti o bevande ipercalorici (ad esempio il cioccolato, le bibite): effettivamente per perdere peso è importante privilegiare alimenti a minore densità energetica, senza considerare che molti prodotti del commercio forniscono solo "calorie vuote", quindi l'operatore si trova a dover scegliere tra un atteggiamento rigido ("il salame non lo può più mangiare, può mangiare la bresaola") e uno più permissivo ("sappia che contiene il 30-40% di grassi, ma se ne ha voglia lo mangi, dipende poi dalla quantità... cerchi di limitarsi magari ai giorni di festa").

A questo proposito ci può aiutare la conoscenza del fenomeno della "reattanza psicologica", che è stato teorizzato e studiato a partire dagli anni Sessanta: si tratta cioè della tendenza che ha ciascun individuo a difendere la propria libertà minacciata, quindi nel caso specifico a desiderare soprattutto l'alimento d'ora in poi proibito (21). Sono

abbastanza noti, e utili per la riflessione, gli effetti che nel passato il proibizionismo determinò sul consumo di alcolici, ed è sempre attuale il dibattito sull'opportunità o meno di depenalizzare il consumo di altre droghe.

Tornando ai fattori che più frequentemente, in base all'esperienza dell'ambulatorio di Nutrizione, sono di ostacolo al cambiamento, possiamo ricordare:

- il livello socio-economico: vi è una relazione tra abitudini alimentari scorrette e basso grado di scolarità (22), d'altro lato non è più infrequente neanche in Italia la situazione dell'immigrato che diventa obeso perché cambia stile di vita rispetto al Paese di origine, per il miglioramento della situazione economica e la disponibilità di alimenti ad alta densità energetica;
- le informazioni errate e i pregiudizi sull'alimentazione, non solo quelle provenienti da fonti come la televisione, i familiari, gli amici ("la mia amica è dimagrita quando ha smesso di mangiare pane e pasta"), Internet, ma anche informazioni superficiali o incomplete da altri operatori sanitari ("non posso mangiare ortaggi a foglia larga perché assumo il Coumadin"). Informazioni errate inducono spesso anche aspettative non realizzabili;
- *situazioni ambientali e familiari*: avere poco tempo per la pausa pranzo, fare i turni, tornare tardi da scuola, dover preparare per molte persone, avere molte occasioni sociali;
- *fattori emotivi e stato dell'umore*: sono com'è noto di primaria importanza, tenendo presente che riguardano però la persona nella sfera più interiore (mentre sono i fattori comportamentali l'oggetto principale di questa pubblicazione) e a volte sono così determinanti (vedasi i disturbi del comportamento alimentare) da rendere necessario il supporto di altre professionalità, in grado di lavorare in équipe con quelle presenti nell'ambulatorio di Nutrizione (23).



## 3 L'AMBULATORIO DI NUTRIZIONE E LE ABILITÀ DI COUNSELLING

«Qualunque sia il nostro approccio al cambiamento dei comportamenti rilevanti per la salute, due cose sono abbastanza certe: il confronto sul cambiamento non manca mai e il risultato della consultazione è influenzato dal nostro comportamento durante il colloquio. [...] Riuscire o meno a modificare il comportamento non è solo un problema del paziente».

Miller *et al.*, 2004

### 3.1. La motivazione e gli stadi del cambiamento

Nella totalità degli ambulatori contattati per il censimento sul "counseling nutrizionale in attività ambulatoriale", come già esplicitato in questa sede (al paragrafo 1.2), viene valutata la motivazione al cambiamento al momento dell'accoglienza: questo è sicuramente un nodo fondamentale sul quale riflettere poiché cambiare costa "fatica" e sapere quali sono le spinte che governano questo processo può aiutare a costruire interventi efficaci.

In particolare, rispetto alla questione nutrizionale, normalmente si utilizzano schemi dietetici per i quali la questione importante è l'aderenza agli stessi, al di là dell'efficacia più o meno dimostrata di un metodo rispetto ad un altro. In più una motivazione, che inizialmente sembra molto forte, nella maggior parte delle persone non coincide con una disponibilità all'impegno concreto per cambiamenti gradualmente stabili e che necessitano di tempi lunghi per ottenere i risultati sperati.

La reale disponibilità al cambiamento può quindi essere indagata all'interno di una comunicazione significativa che permetta di scambiarsi le necessarie informazioni, di comprendere l'uno il punto di vista dell'altro e che allo stesso tempo riduca le resistenze al cambiamento stesso.

Il modello degli stadi del cambiamento di Prochaska e Di Clemente, illustrato in Figura 1, è un tentativo di descrivere questa disponibilità e il modo in cui le persone si muovono nei processi decisionali che portano a cambiamenti nella propria vita quotidiana: è come se si muovessero attraverso una serie di stadi che vanno dalla precontemplazione (quando non si pensa di cambiare) al mantenimento (quando il cambiamento diventa stile di vita). Entrano allora in gioco due fattori: l'*importanza* - perché dovrei cambiare? - e la *fiducia* - come farò? - che modulano i tempi di passaggio attraverso i vari stadi e che devono essere tenuti in conto dai professionisti poiché pazienti che hanno gradi diversi di disponibilità al cambiamento hanno bisogni diversi e non necessitano dello stesso tipo di aiuto.

Il modello fotografa il meccanismo di cambiamento senza prendere in considerazione tutto ciò che può influenzare in maniera significativa la reale disponibilità al cambiamento, come per esempio le caratteristiche di personalità dell'individuo stesso, i fattori socio-ambientali (genere, status socio-economico, etnia), il contesto sociale di appartenenza. Questo significa che esso si concentra in modo particolare sulla natura dinamica del comportamento dando una spiegazione al suo divenire nel tempo,

riconoscendo come per il soggetto sia fondamentale una valutazione dei costi e dei benefici generati dall'intraprendere o meno il cambiamento stesso.

Questo modello aiuta molto gli operatori poiché può essere applicato in modo relativamente semplice, attraverso l'uso di domande, e può aiutare a stabilire in che situazione si trova il soggetto che si ha di fronte, modulando così l'intervento tenendo in considerazione l'intenzione del soggetto di modificare il comportamento nel periodo di tempo dei 6 mesi successivi al momento della valutazione.

Entriamo ora nel modello, che si caratterizza per tre dimensioni fondamentali:

- gli stadi del cambiamento;
- i processi del cambiamento (che descrivono le strategie messe in atto per il cambiamento);
- i fattori, come il senso di autoefficacia e la bilancia decisionale, che determinano il passaggio da uno stadio ad un altro.

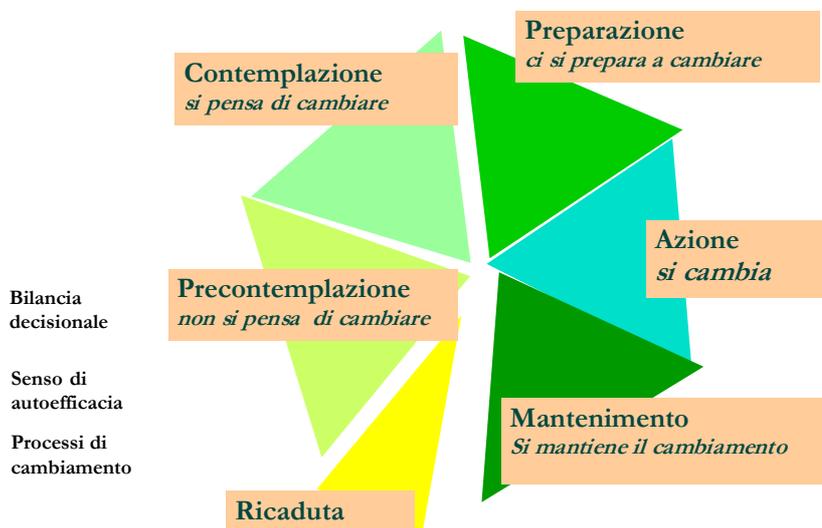


Figura 1. Modello degli stadi del cambiamento (Prochaska *et al.*, 1992).

Gli *stadi* descrivono le caratteristiche del soggetto che si trova in quel determinato periodo della sua vita per cui è più o meno disposto a rivedere i suoi comportamenti in vista di cambiamenti necessari per la propria salute:

- **precontemplazione:** il soggetto non ha ancora nemmeno preso in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento nell'arco di tempo dei prossimi 6 mesi. È probabilmente poco o mal informato rispetto al comportamento a rischio, oppure può aver fatto precedenti tentativi di cambiamento falliti e di solito i soggetti in questa fase evitano di parlare o pensare al comportamento a rischio. Questi sono i soggetti resistenti al cambiamento, per i quali è importante lavorare attraverso un colloquio motivazionale. "Mangio tutto quello che mi piace in gran quantità e mi sento bene così!";
- **contemplazione:** il soggetto comincia a prendere in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento nei 6 mesi successivi ed è consapevole dei pro e dei contro del cambiamento. Questa caratteristica può portare ad una spinta concreta

al cambiamento oppure causare una situazione di ambivalenza che rischia di mantenerlo in questa fase anche per lunghi periodi di tempo. "Forse dovrei cominciare a mangiare di meno perché sto ingrassando troppo";

- preparazione: il soggetto ha deciso di modificare il comportamento nell'immediato futuro (nel mese successivo) e pianifica la modalità di cambiamento cominciando a fare piccoli cambiamenti (ad esempio può aver pianificato di consultare un esperto, partecipare a programmi strutturati). "Ho deciso di consultare un dietologo per farmi consigliare su cosa fare";
- azione: il soggetto finalmente agisce per modificare il proprio comportamento. L'azione comprende tutto quell'insieme di attività che vengono messe in atto nel tentativo di modificare un comportamento (atti singoli ed episodici, azioni ricorrenti, strategie semplici e complesse) e non solo una modificazione diretta del comportamento. *"Ho cominciato a diminuire le porzioni durante i pasti"*;
- mantenimento: il soggetto in questa fase non è più impegnato attivamente come in quella dell'azione ma "lavora" alla stabilizzazione del cambiamento nel tempo fino a farlo diventare un nuovo stile di vita. "Sono ormai tre mesi che mangio porzioni ridotte e pasti più equilibrati".

È fondamentale l'introduzione nel modello della possibilità di considerare le azioni non andate a buon fine, gli insuccessi e i tentativi falliti, non meramente come ricadute o fallimenti, ma che l'operatore può analizzare ed enfatizzare come opportunità di ulteriore apprendimento.

I *processi* di cambiamento sono tutte quelle attività che permettono di passare da uno stadio all'altro e che possono essere intraprese autonomamente dall'individuo quando cambia modo di pensare e di comportarsi riguardo a un comportamento a rischio, ma soprattutto possono essere sostenute dagli operatori nei loro interventi. Prochaska e Di Clemente hanno identificato 10 principali processi indipendenti tra loro, tra i quali i processi cognitivi ed emotivi facilitano soprattutto il passaggio dalla precontemplazione alla contemplazione, mentre i processi maggiormente incentrati sui comportamenti sono necessari per i passaggi agli stadi successivi. Elenchiamo semplicemente i 5 di ordine cognitivo-esperienziale:

- aumento della consapevolezza sul problema e sui benefici di un eventuale cambiamento;
- attivazione emotiva: sperimentare e analizzare le reazioni emotive a tali informazioni e in generale sullo status quo o sull'eventuale cambiamento;
- autorivalutazione: considerare come e quanto lo status quo e il cambiamento sono in accordo o in contrasto con i valori personali;
- rivalutazione ambientale: riconoscere e valutare gli effetti che lo status quo e il cambiamento hanno sull'ambiente, compresa anche la consapevolezza di poter essere un modello positivo o negativo per altri;
- liberazione sociale: analizzare con il soggetto e incrementare le occasioni e le norme sociali che possono supportare il cambiamento.

Aggiungiamo ora i 5 di ordine comportamentale:

- autoliberazione: impegnarsi pubblicamente e accettare la responsabilità del cambiamento;
- controllo dello stimolo: creare, alterare, evitare stimoli che scatenano o incoraggiano il comportamento da modificare;
- controcondizionamento: sostituire i comportamenti da modificare con nuovi comportamenti e attività;
- gestione del rinforzo: gratificarsi con un rinforzo positivo dopo aver attuato i nuovi comportamenti salutari;
- relazioni d'aiuto: saper cercare e ricevere supporto da altri per cambiare il comportamento.

Il *senso di autoefficacia*, definito come la convinzione nelle proprie capacità di organizzare e realizzare le azioni necessarie a gestire le situazioni per raggiungere i risultati prefissati, entra particolarmente in gioco nella fase volitiva del cambiamento e può essere sostenuto da diverse fonti.

Le principali sono naturalmente le pregresse esperienze di gestione efficace, ma anche l'osservazione di modelli e la persuasione possono influire sul senso di autoefficacia e possono essere tenute in forte considerazione dagli operatori poiché diventano strumento per sostenere i processi di cambiamento. Naturalmente particolari stati emotivi e fisiologici possono diminuire o aumentare il proprio senso di autoefficacia: anche questo fattore è da tenere presente da parte dell'operatore poiché può essere particolarmente rilevante quando si chiedono forti cambiamenti a persone con patologie conclamate.

In generale, effettuando un'analisi comparata di altri modelli che si occupano di studiare le modalità di cambiamento possiamo elencare alcuni aspetti positivi e alcune criticità del modello appena considerato.

Aspetti positivi:

- semplice e di facile applicazione;
- a stadi;
- con una chiara esplicitazione dei processi di cambiamento;
- con una descrizione delle tecniche per passare da uno stadio all'altro.

Aspetti critici:

- è nato per il contesto americano e alcuni processi di cambiamento sono strettamente legati al contesto;
- la linearità degli stadi considerati come categorie discrete viene contestato da Bandura, 1997 sostenendo che il comportamento umano è collocabile su un continuum piuttosto che essere costretto in categorie discrete;
- non è chiaro se si propone di essere un modello predittivo oppure descrittivo del comportamento;
- la natura individuale del modello non prende in considerazione aspetti sociali e ambientali che invece sicuramente modulano il cambiamento stesso;
- è incentrato solo su processi cognitivi senza tenere in considerazione le spinte emotive.

Gli aspetti positivi sono quelli che ci hanno fatto propendere per la scelta di questo modello in questo contesto, pur consapevoli che le criticità devono essere tenute presenti dagli operatori poiché non è l'unica maniera possibile di comprendere i meccanismi di cambiamento. Il modello in quanto tale è una chiave di lettura della realtà e ci sembra che questa scelta possa rispondere alle esigenze maturate dagli operatori in ambito di un ambulatorio nutrizionale.

## 3.2. Il counselling: aspetti generali

### *Che cos'è il counselling*

Definire il counselling non è cosa semplice in quanto esistono diversi modelli teorici e scuole di pensiero. Una possibile definizione generale è che il counselling è un processo che pone in relazione un professionista (il counsellor) con un'altra persona (il cliente) che sente l'esigenza di essere supportata nella gestione di un problema o di una decisione.

«Il counselling è un processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a risolvere e gestire problemi e a prendere decisioni; esso coinvolge un "cliente" e un "counsellor". Il primo è un soggetto che sente il bisogno di essere aiutato, il secondo è una persona esperta, imparziale, non legata al cliente, addestrata all'ascolto, al supporto e alla guida» (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1989).

L'attività di counseling è definita dalla British Association for Counseling come: «*uso della relazione abile e strutturato che sviluppi l'auto-consapevolezza, l'accettazione delle emozioni, la crescita e le risorse personali. Il counseling può essere mirato alla definizione e alla soluzione di problemi specifici, alla presa di decisioni, ad affrontare i momenti di crisi, a confrontarsi con i propri sentimenti e i propri conflitti interiori e a migliorare le relazioni con gli altri. Il ruolo del counselor è quello di facilitare il lavoro del cliente in modo da rispettarne i valori, le risorse personali e la capacità di autodeterminazione*».

Il counselling si configura quindi come un intervento professionale, basato su abilità di comunicazione e di relazione, che accoglie una richiesta di un singolo, di una coppia, di una famiglia per essere affiancati nella ricognizione delle informazioni necessarie per fronteggiare un problema, nella ricerca di risorse concrete da utilizzare per far fronte a cambiamenti, nella valutazione di scelte non semplici e a volte contrastanti. Il counsellor non offre consigli, non indica soluzioni, tanto meno sviluppa percorsi psicoterapeutici: la qualità specifica del suo lavoro è affiancare la persona che chiede aiuto nella ricerca di ipotesi, di possibili strade di modifica di situazioni ormai diventate faticose e fonte di disagio. Obiettivo dell'intervento è attivare nel cliente capacità e risorse per riorganizzare le informazioni possedute e intraprendere un percorso di cambiamento verso gli obiettivi che vede possibili e realizzabili.

L'autoefficacia e l'*empowerment* del cliente rappresentano i presupposti su cui si basa un intervento di counselling, che supporta il cliente nella ricerca di nuovi comportamenti attraverso un processo decisionale di cui rimane autore e gestore.

### ***Il counselling sistemico***

Quali sono gli strumenti che mette in azione un counsellor?

L'intervento che svolge si basa su qualità personali, su conoscenze apprese in specifici percorsi di studio e di formazione, in grado di sviluppare la capacità di creare relazioni efficaci e utilizzare abilità e tecniche di comunicazione professionale.

In particolare il counselling sistemico, metodo professionale specifico per comunicare all'interno di diversi sistemi, secondo la visione dei fondatori dell'Istituto Change di Torino, offre spunti metodologici interessanti, poiché dedica la sua attenzione alle relazioni più che ai singoli individui. Le possibilità di cambiamento infatti sono legate alle numerose relazioni che attraversano l'individuo. L'osservazione delle relazioni e delle descrizioni di un problema all'interno del nucleo familiare risulta utile per sostenere il cliente nella ricerca di possibili ipotesi. Le comunicazioni che si scambiano le persone sono considerate come scambi all'interno di un sistema.

«Partendo dalla teoria dei sistemi e dalla elaborazione del pensiero di Gregory Bateson, la visione sistemica del counselling vede l'azione di ogni individuo non come azione isolata ma come azione collocata all'interno di sistemi e sottosistemi di riferimento: in essi qualsiasi cambiamento operato da un elemento del sistema produce cambiamenti a carico di tutti gli altri sistemi, e agisce pertanto sull'equilibrio del sistema stesso» (Bert, Quadrino, 2002).

L'intervento di counselling sistemico si pone l'obiettivo di stimolare un movimento nelle relazioni che la persona vive attraverso la ricerca di percorsi alternativi che sono unici per ogni individuo e ogni famiglia; l'intervento del professionista tiene conto dei possibili cambiamenti e azioni concrete per ogni situazione. Non si tratta di suggerire comportamenti ma di farli emergere dalle ipotesi che il cliente inizia a elaborare e che

solo lui potrà suggerire o intravedere, così come gli ostacoli, i limiti, le non possibilità nella sua famiglia, o nei suoi sistemi di riferimento.

La lettura sistemica delle relazioni permette la consapevolezza delle complessità che attraversa ogni tipo di interazione: si concentra prima sul rapporto tra gli autori della relazione e in particolare su aspetti della comunicazione legati al tipo di scambi e regole che rendono possibili quegli scambi, ai loro effetti nei comportamenti, all'andamento della relazione, al contesto entro cui si sviluppa.

Se l'obiettivo è ipotizzare e intravedere possibili e concreti percorsi di cambiamento, la lente sistemica tiene conto anche di altri elementi che non sono fisicamente presenti in quella relazione ma che inevitabilmente influenzano le relazioni della persona che appartiene anche ad altri sistemi: il sistema familiare, il sistema lavorativo, il sistema curante.

### ***Le abilità di counselling per i professionisti***

In questi anni anche in Italia si sta osservando come diversi ambiti lavorativi si interessino al counselling come possibile risorsa da sviluppare e che affianchi le competenze tecniche del professionista. Un insegnante, un medico, un avvocato, un infermiere affrontano quotidianamente relazioni e colloqui con i loro clienti, utenti, pazienti e la capacità di gestire con efficacia comunicativa la relazione può diventare un'utile risorsa lavorativa e personale. Molte scuole di formazione al counselling infatti hanno elaborato specifici percorsi formativi rivolti ai diversi professionisti per l'apprendimento della abilità di counselling.

### ***Le abilità di counselling nel contesto sanitario***

In particolare nell'ambito sanitario l'uso di queste abilità da parte degli operatori si concretizza in alcuni specifici momenti: l'accoglienza delle richieste e dei bisogni, la formulazione di ipotesi e di obiettivi da raggiungere, l'esplorazione di possibili cambiamenti e delle relative motivazioni che li supportino.

Risulta interessante riflettere su cosa rende possibile in una persona l'adozione di un nuovo comportamento di salute: sicuramente dobbiamo immaginare un flusso continuo di scambi tra la persona e l'ambiente. In modo sistemico i bisogni, le esigenze e le aspettative sia fisiche sia mentali dell'individuo si muovono e ricercano nuovi equilibri in relazione alle risposte che l'ambiente offre.

Esistono le risorse di cui la persona deve disporre ma esistono anche capacità e modalità differenti per utilizzare le risorse e in relazione ai cambiamenti ricercati dal soggetto si sviluppano le risposte di chi vive intorno: ecco perché è utile tenere presente, durante il colloquio con la persona, anche il sistema familiare in cui quella persona dovrà modificare alcune relazioni. Esistono anche una cultura, una tradizione, un contesto sociale che danno valore alle relazioni e alle comunicazioni che le persone si scambiano.

Alla luce delle considerazioni precedenti può essere utile fermarsi un momento e interrogarsi sul valore di alcune frasi che frequentemente si ascoltano: "Ma perché non cambi? Sai cosa devi fare e sai anche cosa ti capiterà se non lo farai!". Sembra che in questo spazio trovi collocazione preziosa l'uso di abilità che l'operatore mette in campo per entrare nei processi decisionali del cliente, senza giudizio o consiglio o indicazione ma come un facilitatore nell'attività di esplorazione: cosa è possibile attuare, quali ostacoli vengono vissuti come maggiormente presenti, quali motivazioni potrebbero sostenere le scelte, quali benefici deriverebbero da alcune azioni, quali timori o rischi si immagina di dover affrontare a seguito del cambiamento. Sostenere le persone nell'ipotesi di un cambiamento attraverso la gestione professionale dei loro racconti, delle loro narrazioni, è il primo passo per iniziare a parlare di possibili

strade da percorrere e rappresenta un piccolo movimento dall'impossibile al possibile: essere aiutati nel vedere i piccoli progressi, nel valorizzarli e soprattutto nel consapevolizzare la presenza di risorse proprie è lo stimolo iniziale ad un percorso di cambiamento.

### ***Le qualità che non appartengono al counselling***

Può risultare importante sottolineare alcune qualità che non appartengono al counselling. Fare del counselling non vuol dire essere più gentili o sorridere con più frequenza al paziente così come non vuol dire ascoltare più tempo o far chiacchierare il paziente per farlo sfogare. L'intervento di counselling non è neanche un intervento di psicoterapia o di interpretazione di possibili bisogni. Inoltre non vuol dire dare consigli e le ragioni per cui è meglio astenersi dal dare consigli sono molte. Sovente le persone sono alla ricerca di ascolto per focalizzare meglio l'esperienza che genera difficoltà, non hanno bisogno di soluzioni pronte che sarebbero difficilmente applicabili. Ogni persona è unica e particolari sono le relazioni che vive nei suoi sistemi di riferimento, che sono fonti di valore e significato: ciò che funziona per una persona non è detto che funzioni per un'altra.

In genere il consiglio si collega ad aspetti generali di una situazione problematica: sono invece le differenze minime, i particolari che vanno valorizzati per intraprendere processi di cambiamento; infine i pazienti chiedono consigli soprattutto per evitare di intraprendere un percorso di modifica delle loro abitudini, e a volte la richiesta di un consiglio è un'opportunità comunicativa per iniziare a parlare del problema con l'operatore.

### ***Sintesi***

Il counselling va inteso come un intervento di un professionista, che ha come scopo professionale rispondere ad una richiesta esplicita di sostegno di un cliente. Inoltre è possibile per ogni professionista sviluppare alcune abilità di counselling intese come abilità nel gestire con efficacia le comunicazioni all'interno delle sue relazioni professionali.

Per un professionista l'uso delle abilità di counselling vuol dire intanto utilizzare un nuovo atteggiamento mentale che permette la lettura delle situazioni con occhi diversi ma soprattutto con nessi e collegamenti nuovi, lontani da giudizi e interpretazioni. Inoltre significa porre come obiettivo l'efficacia degli scambi comunicativi che si sviluppano in una relazione autentica, dove il paziente si sente accolto con le sue caratteristiche individuali. La qualità dell'accoglienza e della relazione rende possibile l'esplorazione delle difficoltà del paziente, la verbalizzazione, la stimolazione di nuove ipotesi e la definizione di compiti concreti; questi ultimi rappresentano la trasformazione delle indicazioni mediche, che sono gli obiettivi dell'operatore, in comportamenti concreti, che sono gli obiettivi del paziente. Infine significa abbandonare l'idea dell'improvvisazione: il percorso delle abilità richiede formazione.

Questo documento testimonia come i cambiamenti si ricerchino attraverso la riflessione e l'analisi degli aspetti critici o che non sembrano più adeguati alle richieste dei pazienti e ai bisogni dell'operatore. Le risposte possibili sono percorsi di studio e di approfondimento individuale o di gruppo, affiancati da percorsi formativi.

### 3.3. Le abilità di counselling

La comunicazione è lo strumento essenziale utilizzato dagli operatori della salute che hanno come obiettivo la promozione di comportamenti corretti e la modifica di comportamenti a rischio sia dei singoli soggetti sia della collettività in genere.

In ambito sanitario, in alcuni momenti del colloquio, l'uso di abilità di counselling può risultare particolarmente efficace: nell'accoglienza degli utenti, nell'ascolto attivo dei loro bisogni, nella loro educazione a comportamenti di salute, nell'aiutare la persona ad accettare e mantenere uno stile di vita sano, nel supporto ai pazienti nel percorso di malattia (dall'accettazione alla *compliance* ai trattamenti).

Il professionista che si avvale delle abilità di counselling ha interesse non solo per i contenuti della relazione ma pone una grande attenzione al processo relazionale che si sviluppa con il suo paziente, in particolare alla qualità della relazione, che si caratterizza di accoglienza autentica dell'altra persona e della sua difficoltà attraverso un atteggiamento di comprensione empatica. Inoltre è consapevole di alcune fasi del colloquio che struttura attraverso la presenza di alcuni passaggi; modula infine gli interventi comunicativi in relazione agli obiettivi posti. È fondamentale lo stile comportamentale che l'operatore sviluppa nella relazione affinché si crei un clima relazionale "possibile" per il paziente; solo un'esperienza autentica di dialogo mette in condizione le persone di esplicitare le proprie convinzioni o idee e le motivazioni di comportamenti non corretti, da cui partire per ricercare insieme nuovi comportamenti.

#### *Difficoltà dei pazienti nei cambiamenti*

Le comunicazioni tipiche dell'ambulatorio nutrizionale si concentrano su obiettivi che il paziente deve raggiungere attraverso la modificazione di comportamenti; con maggior frequenza la tipologia di pazienti è composta da persone con problemi cardiaci, diabetici, persone in sovrappeso o obesi, donne in gravidanza o persone sofferenti di malattie croniche. In tutti questi casi la relazione si gioca su modifiche che occorre attuare per mantenere o migliorare lo stato di salute e sovente si hanno pazienti passivi, non motivati o al contrario convinti della loro impossibilità di cambiare.

Quali sono in concreto i cambiamenti maggiormente richiesti? Mangiare meno, mangiare cibi diversi, regolarizzare i pasti, fare più esercizio fisico, smettere di fumare, seguire una nuova cura medica.

Gli elementi che con maggior frequenza influenzano le persone nel non aderire ad una prescrizione sono in parte legati alle convinzioni che la persona ha sviluppato attraverso la propria rete di conoscenze, sono a volte comportamenti o indicazioni mediche che hanno funzionato per un parente o un amico a cui la persona è molto legata affettivamente. Inoltre fattori di ordine economico o di tempo sovente interferiscono nella gestione quotidiana e rendono meno praticabili le indicazioni mediche, così come le paure o le ansie che si sviluppano dopo l'incontro con l'operatore, prodotte sovente da dubbi non chiariti o fraintendimenti o incomprensioni non esplicitati durante il colloquio. Infine, altra variabile è rappresentata dalla percezione che le persone hanno dell'importanza del cambiamento di cui devono occuparsi: maggiore sarà questa sensazione, più facilmente il paziente potrà essere aiutato ad esplorare nel concreto le azioni da svolgere per intraprendere un processo di modifica.

Il medico, il dietista, conoscono bene dal punto di vista clinico qual è la strada da percorrere: la scommessa che sempre più sembra emergere dall'esperienza di chi vive

quotidianamente la sfida è come trasformare le indicazioni mediche, discusse durante i colloqui, in comportamenti che i pazienti sviluppino nelle loro azioni quotidiane.

### ***Azioni abituali per ottenere il cambiamento dei pazienti***

Quali sono gli atteggiamenti degli operatori che con maggior frequenza si manifestano nei colloqui affinché il paziente passivo o quello aggressivo si adeguino?

Attraverso le attività di studio e di formazione svolte da un gruppo di operatori si è rilevato che esiste una tipologia di frasi, comportamenti, atteggiamenti che gli operatori mettono in atto con l'intento di convincere il paziente a fare cosa sembra meglio per lui e per la situazione clinica: esistono atteggiamenti di rimprovero per la mancata terapia, per alcuni c'è un aumento del tono formale del colloquio e per altri al contrario c'è l'adesione a un clima quasi familiare, poiché forse il tono amichevole spinge maggiormente verso l'obiettivo che si vuole perseguire; a volte si cerca di colpevolizzare il paziente e si usano frasi che hanno molto a che fare con la morale; si dispensano consigli e suggerimenti, a volte ci si concentra su quei pazienti che vogliono cambiare perché è più gratificante... tanto gli altri non cambiano!

Qual è la modalità migliore che assicura un successo relazionale? Non esiste la modalità migliore perché, come abbiamo visto in precedenza, ogni relazione è unica e uniche sono le relazioni che i nostri pazienti hanno nel loro ambiente familiare e sociale. I cambiamenti che vengono loro richiesti devono poter trovare un senso e una possibilità all'interno del loro sistema e ognuno ha risorse ed energie in misura e qualità differente. Le competenze comunicativo-relazionali, integrate con le competenze tecnico-scientifiche specifiche del ruolo professionale svolto dall'operatore, costituiscono la garanzia per una prestazione professionale efficace che sa intervenire nel sistema del paziente e stimolare consapevolezza e ipotesi su una situazione iniziale narrata dal paziente, nella ricerca di motivazioni che sono la base per il mantenimento di comportamenti corretti.

### ***Una proposta: le abilità di counselling***

Le abilità di counselling sono un'opportunità per svolgere interventi comunicativi non improvvisati dal punto di vista relazionale, non spontanei, ma guidati da competenza e strategie che tengono conto della relazione, dell'operatore e delle sue possibilità, dei suoi limiti e dei suoi doveri deontologici, del paziente e delle sue specifiche risorse.

Un primo chiarimento sui termini: l'espressione counselling nutrizionale è ormai abbastanza diffusa ma sovente viene intesa come colloquio in cui il dietista fornisce consigli e offre soluzioni al paziente affinché modifichi lo schema alimentare. Ci sembra importante, nell'ottica di questo lavoro, ribadire che l'intervento che utilizza le abilità di counselling non ha questa caratteristica. È un intervento comunicativo che gestisce le informazioni necessarie al paziente partendo dalla raccolta informativa attraverso un ruolo attivo del paziente che, stimolato da adeguate domande, offre al professionista le informazioni di cui già dispone, riflette sui tentativi già condotti, sugli insuccessi e sulle piccole conquiste, riesce ad esprimere dubbi. A fianco di quest'attività, l'operatore accosta e inserisce le informazioni utili e mancanti per proseguire nel colloquio verso fasi più operative e di preludio all'azione di cambiamento.

### *La cornice della relazione*

Gli operatori che hanno condiviso alcuni momenti di lavoro comune sulle tematiche legate ad attività ambulatoriale e colloquio con i pazienti, attraverso il confronto delle esperienze, la formazione e la revisione di casi, hanno rilevato che esistono alcuni aspetti di cornice al colloquio che ne influenzano l'andamento. Una prima riflessione va fatta rispetto a quelli che normalmente si intendono come elementi di contesto: lo spazio in cui avviene il colloquio con i relativi arredi, il telefono che squilla e che interrompe, il collega che ha bisogno per un'urgenza, l'uso o meno del camice durante la comunicazione con il paziente. Può essere utile pensare che il contesto di ogni relazione sia costituito anche da altri fattori non fisici ma che inevitabilmente interferiscono: «Le aspettative, i timori, le speranze del paziente, gli stereotipi e i pregiudizi, il tempo a disposizione, la stanchezza e l'umore del professionista, il suo stile comunicativo» (Bert, Quadrino, 2005).

Ogni colloquio rappresenta una relazione che si sviluppa in un determinato contesto: è utile sapere che quest'aspetto influenza l'andamento della relazione. Non si può pensare di dover adeguare il contesto alla relazione; l'abilità che ci può venire in aiuto è la consapevolezza che questi aspetti hanno un'influenza e davanti a situazioni che si sviluppino in modo diverso da come si pensa o si desidera, può essere utile riflettere su un'eventuale interferenza del contesto per ipotizzare possibili cambiamenti per i successivi colloqui. Una risorsa delle abilità di counselling è data proprio dal valore della consapevolezza delle nostre relazioni: la capacità di attuare riflessioni consapevoli, grazie all'osservazione di qualcosa che non ha funzionato, in una logica che non ricerca colpevoli ma tiene conto della complessità degli elementi in gioco, è una grande risorsa per facilitare i cambiamenti.

### *Il colloquio e i suoi tempi*

Un altro elemento che emerge come aiuto nella gestione delle relazioni con il paziente è la capacità di gestire il colloquio, garantendo sempre la presenza di alcuni momenti, tenendo presenti i tempi di cui si dispone. In particolare esistono alcune fasi che facilitano lo sviluppo delle comunicazioni, che forniscono quasi una guida al flusso delle informazioni. È fondamentale offrire un momento di accoglienza, dedicare poi del tempo alla raccolta del bisogno e dei tentativi svolti dal paziente, sviluppare una parte di novità e di apertura a nuove possibilità per poi passare ad una fase di definizione concreta di obiettivi. Molto utile è la sintesi finale che concretizza il senso del colloquio, fornisce alcuni elementi di riflessione al paziente dopo l'incontro e sovente lascia al paziente impegni concreti da attuare per l'incontro successivo. Le fasi sono:

- descrivere il problema/bisogno in termini concreti;
- esplorare i tentativi già svolti e quelli possibili da sviluppare;
- valutare l'importanza che il paziente attribuisce al cambiamento;
- definire gli obiettivi minimi;
- attivare nel paziente ipotesi in termini di comportamento per applicare l'obiettivo minimo;
- fare una sintesi dei punti importanti del colloquio;
- chiudere il colloquio con un obiettivo per il prossimo incontro.

In particolare nella fase di accoglienza, in cui circolano alcune informazioni che serviranno da cornice alle successive e che ne caratterizzeranno il valore, è utile stabilire un contratto tra l'operatore e il paziente. Va chiarito il proprio ruolo e può essere utile presentare la struttura. Nel momento iniziale dell'accoglienza può trovare spazio prezioso l'esplorazione delle aspettative e conoscenze in possesso del paziente e del suo sistema familiare. Dal racconto di molti operatori è emerso che sovente il

paziente, per esempio nei colloqui di controllo, ha ipotesi nuove rispetto alla terapia o vorrebbe tentare strade diverse per affrontare il suo problema di peso, ma difficilmente esplicita queste novità all'inizio del colloquio, ponendo successivamente alcune domande all'operatore, a volte fuori tempo, non pertinenti al contenuto in quel momento trattato, che richiedono comunque tempo per essere discusse. Sembra quindi utile fin dall'inizio verificare la presenza di questi aspetti.

### *La complessità della comunicazione*

Non basta essere chiari e usare lo stesso linguaggio perché si verifichi comprensione. È utile avere bene in mente questa consapevolezza per evitare di andare alla ricerca di colpevoli e cause di incomprensione. La comunicazione ha una caratteristica di circolarità poiché sempre nei messaggi sono presenti due aspetti: uno di contenuto, che è dato dall'informazione che si sta passando, e uno di relazione, che accompagna il contenuto e dà informazioni su come le persone si vedono in quella relazione. Diventa difficile stabilire chi ha ragione in una relazione, poiché le parole possono essere precedute da segnali non verbali che hanno già comunicato alcune caratteristiche della relazione. Gli aspetti non verbali e paraverbali punteggiano come la relazione si sta sviluppando, come i due interlocutori si vedono, come l'uno vorrebbe essere visto dall'altro, chi vuole avere il potere relazionale. Ricordiamo che gli aspetti non verbali riguardano le espressioni del volto, la direzione dello sguardo, la postura, la mimica, l'intonazione della voce.

È interessante saper cogliere nelle parole, ma soprattutto nel non verbale, cosa l'altra persona ci vuole comunicare: molte delle difficoltà relazionali sembrano giocare su contenuti, ma in realtà sono relazioni che non trovano un accordo. Se il professionista conosce l'esistenza dell'aspetto di relazione nelle comunicazioni, sa intervenire in modo consapevole e risulta più efficiente nella gestione delle informazioni.

È utile precisare che ogni tecnica di counselling può essere efficace se viene spesa in una relazione autentica, in cui c'è la volontà dell'operatore di entrare in empatia con la persona che ha davanti: occorre ricordare che il non verbale è la modalità che viene recepita prima e che tra due messaggi discordanti si tende a dare più valore al non verbale. Per esempio se comunichiamo una frase di accoglienza con un non verbale che in realtà comunica poco interesse, con un tono distaccato, nella persona che ascolta potranno nascere dubbi, interpretazioni o altro ancora e nasceranno ipotesi spontanee. Tutto ciò può portare momenti di incertezza all'intesa comunicativa ed è possibile che occorra dedicare del tempo per ristabilire un certo clima relazionale.

Proviamo a vedere alcune delle abilità a cui abbiamo fatto riferimento.

### *Accoglienza*

È la capacità di accogliere quanto il paziente ci porta e di partire dalla sua narrazione per inserire le informazioni necessarie alla relazione medica. Questa abilità facilita la nascita della relazione entro cui si sviluppano i messaggi necessari per la costruzione del cambiamento.

Osservare e rilevare eventuali dubbi, timori e portarli ad un livello di possibile dialogo rappresenta un buon inizio. In questa fase possiamo collocare anche l'aspetto "contrattuale" della relazione.

Dopo aver ascoltato il paziente, il medico o l'operatore definisce e chiarisce cosa è in grado di fare, con quali tempi e ridefinisce con il paziente un obiettivo concreto e realizzabile.

### *Feedback*

Il feedback è la capacità di osservare nell'altra persona come viene accolta una comunicazione; prestare attenzione al feedback vuol dire prestare attenzione alle comunicazioni non verbali espresse dal nostro interlocutore. Se il paziente, attraverso il non verbale, esprime una comunicazione di dubbio o incertezza, l'operatore può verificare la comprensione attraverso una domanda che permette all'interlocutore di esprimere il suo punto di vista, un eventuale disaccordo o semplicemente un chiarimento. La possibilità di creare uno spazio per allineare la comprensione è fondamentale per il buon andamento del colloquio.

### *Metacomunicazione*

Comunicare sulla comunicazione significa dare e ricevere le informazioni che servono per rendere maggiormente comprensibile il tipo di relazione che si sta vivendo e per ridurre le ambiguità. Quando la relazione prende una direzione difficile o conflittuale, l'operatore può attuare un intervento comunicativo che descrive la comunicazione: "Mi sembra che ci stiamo bloccando sul discorso peso, mentre forse sarebbe utile che riprendessimo il filo del discorso...".

Questo tipo di abilità permette di parlare della relazione e facilita sovente l'uscita da situazioni tese che rischiano di diventare improduttive; utilizzare il pronome "noi" inoltre segnala che la relazione lega entrambi i soggetti che diventano entrambi autori e responsabili. È come se si stesse giocando: per un attimo si esce dal gioco, ci si osserva e si descrive dall'esterno il gioco; dedicare del tempo e dello spazio alla metacomunicazione è un'utile risorsa per verificare l'efficacia dei messaggi, chiarire incomprensioni, per ridefinire il contratto con il paziente.

### *Ascolto attivo*

Saper ascoltare un'altra persona in modo attivo vuol dire intanto instaurare una relazione di accettazione e di empatia senza pregiudizi o luoghi comuni tipici del contesto; la persona deve poter vivere un'esperienza in cui qualsiasi cosa dica non verrà giudicata.

È impossibile che colui che ascolta non abbia convinzioni e valori propri: l'importante è avere consapevolezza che esistono questi elementi e che non interferiscano nelle comunicazioni che svilupperemo con il nostro paziente soprattutto nella fase iniziale del colloquio, dove si pongono le basi dell'incontro e delle sue possibilità future.

Non bisogna dare per scontato di aver compreso ma utilizzare domande aperte che permettano al paziente di definire meglio in termini concreti cosa intende esprimere. Sovente infatti si dà per scontato che un termine o un'espressione abbia un valore o significato condiviso, poi si scopre a metà colloquio che il paziente attribuiva significati diversi da quelli implicitamente acquisiti dall'operatore.

Quando ascoltiamo inevitabilmente creiamo delle sintesi, delle categorie, incaselliamo i racconti: è importante tenere a bada questo meccanismo, evitando di attribuire un senso in base a quanto ci aspettiamo da quella persona, in relazione all'idea che ci siamo fatti, in base all'esperienza che ci porta a pensare che "quasi sempre quando il paziente dice così è perché fa così". Una buona dose di curiosità crea l'ascolto attivo: di fronte a narrazioni inusuali, pittoresche, incredibili del paziente, l'abilità dell'operatore valorizza, esplora e coglie il senso all'interno di quel sistema che ha davanti e soprattutto mantiene efficace e viva la relazione.

È possibile aggiungere che, per diventare "attivo", l'ascolto deve essere disponibile non solo verso l'altro e quello che dice, ma anche verso se stessi, per ascoltare le proprie reazioni, per essere consapevoli dei limiti del proprio punto di vista e per accettare il

non sapere e la difficoltà di non capire. I principali elementi che caratterizzano una buona attività di ascolto sono:

- sospendere i giudizi di valore e l'urgenza classificatoria;
- mettersi nei panni dell'altra persona;
- davanti a racconti in apparenza senza senso, interrogarsi sul valore possibile per il sistema del paziente, cercare quindi un senso nelle parole del paziente;
- verificare la comprensione, sia a livello dei contenuti sia della relazione, riservandosi, dunque, la possibilità di fare domande aperte per agevolare l'esposizione altrui e migliorare la propria comprensione.

La modalità dell'ascolto attivo esclude ogni tipo di intervento che porta il professionista ad esprimere affermazioni che non facilitano il flusso delle comunicazioni ma creano resistenza o la rinforzano, soprattutto nelle fasi del colloquio in cui si elaborano con il paziente possibili percorsi per il cambiamento. Proviamo a vedere alcuni atteggiamenti che non facilitano l'ascolto:

- "Se seguisse lo schema alimentare che abbiamo concordato, anche i suoi reni starebbero meglio" (intervento che moralizza);
- "Ma perché non chiede aiuto ai nonni e va in palestra?" (intervento che suggerisce, che consiglia, in cui il professionista si sostituisce al paziente nella ricerca di strategie);
- "Possibile che non riesca a ritagliarsi un'ora al giorno per lei?" (intervento di predica);
- "Lo sa, vero, che in menopausa se non diminuisce il sale le aumenta...?" (intervento di persuasione);
- "Io le ho prescritto la dieta, ora tocca a lei" (intervento che colpevolizza);
- "È normale avere fame, non è la prima persona che ha iniziato un percorso... stia tranquilla" (intervento che minimizza).

### *Riformulazione*

È una tecnica che permette di praticare l'ascolto attivo e consiste nel ridire con altre parole o in modo più breve e chiaro ciò che il paziente ha espresso: questa tecnica permette di verificare la comprensione e di introdurre interpretazioni nella narrazione ascoltata.

"Se ho capito bene lei mi sta dicendo che...". "Provo a dirle cosa ho compreso dal suo racconto...".

### *Riassunto*

Nello sviluppo del colloquio è utile creare momenti in cui si elabora una sintesi di quanto emerso, per evitare di parlare a lungo e scoprire solo alla fine che l'operatore e il paziente hanno intrapreso strade diverse e occorre riprendere il filo del discorso per rimettere a posto i pensieri.

### *Domande aperte*

Le domande aperte sono utili per permettere al paziente di aggiungere elementi ad una prima definizione data, ad una narrazione svolta, per collocare all'interno del proprio sistema di riferimento le ipotesi che con l'operatore si stanno valutando. Servono per agevolare l'esposizione altrui, migliorare la propria comprensione ed evitare di dare per scontata la comprensione di termini o espressioni.

"Quando dice che è a dieta cosa intende? ...Intende dire che...? Provi a farmi capire".

"Quando dice che non intende più sottoporsi ad esami cosa intende?".

“Abbiamo visto insieme che bisognerebbe ridurre l'assunzione di dolci: lei cosa pensa di poter fare? Cosa proverebbe a cambiare?”.

### *Non contrapposizione*

Molte delle energie dei colloqui vanno spese per dimostrare all'altro chi ha ragione; è evidente che l'operatore conosce e propone un comportamento corretto e che funziona: ma dove? Nella teoria, quando un paziente fa e si comporta secondo una serie di parametri e indicazioni. Nella realtà esistono tante persone, ognuna con la sua storia, tanti pazienti quindi, con le proprie verità, dense di quotidianità, di abitudini, convinzioni, affetti.

Diventa strategico ed efficace partire da quanto ci viene dato evitando frasi che giudichino, moralizzino, banalizzino, offrano soluzioni pronte. Non contrapporsi ad affermazioni in apparenza contrastanti o “non vere”, espresse dal paziente, può rappresentare un'efficace abilità nella gestione di momenti impegnativi del colloquio.

Riflettendo sugli interventi svolti con maggior frequenza dagli operatori emerge che davanti al paziente, definito simpaticamente in un corso *non responder*, si utilizzano anche messaggi che veicolano valori e ideologia o indicazioni astratte, teoriche. Il primo caso rischia di bloccare la relazione, la persona è portata a non aprirsi o non raccontare tutto; nel secondo caso si vive la frustrazione del non riuscire ad adottare comportamenti o strategie che altre persone sono riuscite a sviluppare, ad applicare. Il senso di competenza e di autoefficacia rischia di essere messo a dura prova e sappiamo tutti che sull'aspetto motivazionale sembra giocarsi la sfida dell'alleanza terapeutica.

### *Indicazioni generali e comportamenti concreti*

Quasi sempre l'operatore conosce tecnicamente la soluzione medica a problemi posti dal paziente e sovente le indicazioni non riescono a produrre effetti concreti nelle singole persone.

Può essere utile nel colloquio concretizzare le indicazioni che in genere sono astratte e in teoria utili per tutti, utilizzando domande che esplorano le possibilità del paziente e le risorse, quasi come fa un sarto che modella l'abito per la persona. Durante il colloquio è utile, attraverso messaggi che esplorano abitudini, conoscenze e possibilità del sistema familiare, stimolare nel paziente possibili ipotesi per rendere pratiche le indicazioni e i messaggi di comportamento generali. Sembra infatti che questa modalità faciliti i pazienti a intraprendere cambiamenti secondo nuovi stimoli individuati con l'operatore durante la visita.

Indicazione generale: “Bisognerebbe che lei mangiasse meno grassi, altrimenti... Provi per la prossima volta a ridurre i grassi”.

Comportamento concreto: “Dobbiamo tentare di ridurre i grassi... da quanto mi ha detto prima si potrebbero ridurre le patate fritte... oppure non mangiare formaggio tutti i giorni. Lei cosa ne dice?”.

“Io preferisco ridurre il formaggio perché le patate fritte piacciono molto ai bambini...”.

### 3.4. Counselling in ambito nutrizionale: evidenze di efficacia

In letteratura si trovano evidenze inerenti due grandi fasce di età: quella evolutiva e quella adulta.

Numericamente prevalgono queste ultime rispetto alle prime. Le evidenze riguardanti l'utilizzo di questa metodica in campo nutrizionale sono in parte positive, ma alcune sono incerte o con sospensione di giudizio, per insufficiente scientificità e/o numerosità delle casistiche degli studi considerati.

Le fonti bibliografiche esistenti contengono il termine "counselling", oppure la raccomandazione dell'utilizzo di vari elementi costitutivi della metodica a partire dalla fine degli anni Novanta, e quasi tutte riportano una variabilità nel significato e nell'uso del termine "counselling".

Per l'esposizione analitica delle fonti bibliografiche esaminate si rimanda alla bibliografia; di seguito si cercherà di evidenziare come gli elementi costitutivi della metodica del counselling possano trovare riscontro nelle evidenze di letteratura.

#### ***Definizioni del termine "counselling"***

Nel tempo sono comparse molteplici definizioni, tutte con un filo conduttore comune:

- *relazione di aiuto* finalizzata a *valorizzare e far esprimere le risorse del fruitore* (Rogers, 1951);
- *processo di interazione* finalizzata ad *abilitarlo a prendere decisioni riguardo a scelte e problemi personali* (Burnett, 1977);
- *intervento* finalizzato a *dargli la possibilità di esplorare e scoprire modi di vivere migliori e miglioranti il suo benessere* (BAC, Associazione Britannica di Counselling, 1985);
- *insieme di tecniche* finalizzate ad *aiutarlo a gestire i propri problemi utilizzando le proprie risorse* (Reddy, 1987);
- *utilizzo qualificato e basato su principi di modalità relazionali facilitanti* finalizzata a *facilitargli la conoscenza di sé, la crescita emotiva e le risorse personali* (BAC, Associazione Britannica di Counseling, 1992).

In sintesi, il counselling riveste una triplice funzione (Bert *et al.*, 2002): avere da parte del medico o dell'operatore sanitario in generale uno strumento che privilegia l'ascolto del paziente rispetto alla pura dispensazione di informazioni, che permette di affrontare comunicazioni particolarmente importanti o impegnative e a rischio di fraintendimenti (diagnosi, cambiamenti di stile di vita, ecc.), che consente di affrontare situazioni impreviste con prontezza ed evitando trappole comunicative (richieste eticamente inaccettabili, proposte di alleanze da parte di familiari, ecc.).

Tuttavia, nel tempo, si sono aggiunte altre accezioni del termine counselling, nelle quali il significato si sposta da "metodica facilitante la comunicazione con il cliente" (tesa quindi a potenziare la sua conoscenza e l'utilizzo delle proprie risorse per affrontare i problemi) a "intervento educativo", spesso direttivo. La confusione tra le due accezioni determina, almeno in parte, la difficoltà nel ricercare le fonti bibliografiche inerenti il counselling, nel paragonarle e nel trarre conclusioni circa l'efficacia.

#### ***Counselling sistemico: importanza del tema del sistema***

Il tema del " sistema", quale contesto in cui il paziente è inserito e dal quale può essere influenzato ma anche aiutato, ricorre nelle fonti bibliografiche.

Nella fascia dell'*età evolutiva* i contesti principali indicati sono gli *ambienti scolastico e familiare*, in cui il paziente vive e dai quali può essere aiutato a migliorare le abitudini alimentari, rispettivamente, per la prevenzione del sovrappeso nel primo caso e per il trattamento nel secondo caso (Mulvihill, Quigley, 2003).

Tuttavia, nell'età adolescenziale, sembra invece che il coinvolgimento del contesto familiare possa pregiudicare l'efficacia dell'intervento (LiGIO, 1999).

Per la fascia dell'*età adulta*, Pignone nel 2003 sottolinea l'importanza del coinvolgimento del *sistema famiglia* nell'intervento di counselling per la promozione di un comportamento dietetico salutare.

Un altro "sistema" può essere costituito dal *contesto clinico* del paziente, che sembrerebbe incrementare l'efficacia dell'intervento: la Task Force statunitense per la prevenzione, nelle raccomandazioni del 2003 per l'intervento di counselling da parte dei medici di assistenza primaria per la promozione di una dieta salutare, raccomanda tale approccio solo per una popolazione con fattori di rischio cardiovascolare e per altre patologie croniche correlate all'alimentazione, sconsigliandolo per la popolazione generale.

Infine, le Task Force statunitense e canadese per la prevenzione, nelle loro raccomandazioni rispettivamente del 1996, 2003 e 2005 per la prima e 2001 per la seconda, segnalano l'opportunità di affidare, in alcuni casi, il paziente ad un "sistema" *d'intervento nutrizionale multidisciplinare*, vale a dire in centri di intervento specializzato, qualora esista la necessità di un approccio più intenso e articolato.

### ***Il counselling quale intervento di facilitazione, con l'obiettivo di mobilitare le risorse e la capacità di risposta del cliente senza sostituirsi a lui***

La Task Force statunitense per la prevenzione, nel 1996, sostiene che un intervento di prevenzione deve mirare a stimolare la "percezione di autoefficacia", cioè la consapevolezza delle proprie capacità.

La Task Force canadese per la prevenzione, nel 2001, definisce il counselling una modalità di lavoro in cooperazione tra counselor e paziente mirata al conseguimento di un risultato dichiarato, da attuarsi negli ambulatori dell'assistenza primaria per incoraggiare gli assistiti a compiere scelte decisive per la propria salute.

### ***Qualità della relazione: ridefinizione del bisogno, ricerca di soluzioni e contratto***

La Task Force statunitense per la prevenzione, nel 1996, nelle *Linee guida per l'Educazione Sanitaria finalizzata alla Prevenzione* consiglia di intervenire conoscendo preventivamente le opinioni del paziente e di proporre interventi che vi si accostino o le completino, ma non vi si oppongano. Nelle raccomandazioni del 2003 e del 2005 per un intervento di counselling da parte dei medici di assistenza primaria per la promozione di una dieta salutare, la stessa Task Force ribadisce che l'intervento deve procedere attraverso il percorso delle 5 A (*Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange*), le prime due delle quali sono conoscere le abitudini alimentari e consigliarne una modificazione conseguente.

Anche la La Task Force canadese per la prevenzione, nel 2001, identifica nella valutazione delle conoscenze e motivazioni del paziente, nella correzione delle abitudini errate e nel rinforzo di quelle corrette tre dei momenti qualificanti di un intervento di counselling nutrizionale.

Correlata agli elementi delle tecniche di approccio al paziente è la definizione di un "contratto" condiviso tra l'operatore sanitario e il paziente, con obiettivi espliciti,

conosciuti e accettati da quest'ultimo. Questo tema è ipotizzabile nelle linee LiGIO e nella *review* di Mulvihill e Quigley del 2003 per l'età evolutiva, mentre è esplicitato, in maniera crescente nel tempo, nelle raccomandazioni del 1996, 2003 e 2005 della Task Force statunitense e di quella canadese del 2001.

### ***Tecniche: aspetti verbali, ascolto attivo, trasformare indicazioni generali in comportamenti concreti***

La raccomandazione a mirare l'intervento sulla tipologia del paziente che ne dovrà fruire è presente, in maniera diversamente esplicita, sia nelle evidenze della fascia dell'età evolutiva sia in quelle dell'età adulta. Risulta significativo che la Task Force canadese nel 2001 definisca il counselling una modalità incentrata sul paziente, che prevede la conoscenza del suo background culturale e la proposta di interventi non contrastanti con le sue opinioni. Anche Pignone nel 2003 rimarca l'efficacia della proposta di obiettivi attraverso messaggi appropriati e mirati in funzione della tipologia dei pazienti.

Implicitamente queste stesse indicazioni sottendono un ascolto attento del paziente e talora, come nelle raccomandazioni del 1996 della Task Force statunitense e del 2001 di quella canadese, con alcuni elementi tipici dell'ascolto attivo.

### ***Efficacia dell'intervento di counselling***

La valutazione dell'efficacia dell'intervento di counselling risente della già citata confusione tra l'accezione di *progetto educativo* in generale e *metodica di facilitazione* che aiuti il paziente a stabilire il cambiamento per lui possibile, come esaurientemente esaminato da Baronciani in un suo articolo specifico sull'argomento, pubblicato nel 2005.

Le stesse raccomandazioni delle Task Force statunitense del 1996 e canadese del 2001, nell'analizzare l'efficacia degli interventi di counselling in campo nutrizionale, di fatto affermano la maggiore incisività degli interventi "educazionali" articolati, confondendo la metodica con l'intervento educativo stesso, anche se i risultati migliori sono ascrivibili alla partecipazione di un team multidisciplinare comprendente anche operatori formati in tale metodica.

Nelle raccomandazioni del 2003 della Task Force statunitense è, invece, più chiara la distinzione e si rileva un'efficacia diversa degli interventi in base alla preparazione specifica sulla metodica degli operatori e al tempo dedicato all'intervento.

Nel tempo, comunque, si riscontra nelle evidenze bibliografiche la tendenza degli Autori a riconoscere una crescente importanza alla metodica di "counselling" come facilitazione: in prima istanza intesa come acquisizione di abilità di comunicazione, che determina la possibilità di un migliore approccio già a livello dei medici dell'assistenza primaria, e in seconda istanza come facilitazione della ricerca, scoperta e potenziamento delle risorse personali da parte del paziente, per trovare i cambiamenti per lui possibili, deputata quest'ultima a centri specializzati con la presenza di counselors.

Un'altra difficoltà, segnalata da Pignone nel 2003, nel determinare l'efficacia del counselling è la presenza negli studi in letteratura di elementi confondenti, come l'autoreferenzialità dei cambiamenti effettuati nelle proprie abitudini alimentari da parte dei pazienti, la mancanza o l'inadeguatezza di parametri oggettivi per valutarli (tipo esami ematochimici), la scarsa numerosità delle casistiche. Essi possono inficiare la validità scientifica degli stessi e determinare l'impossibilità di esprimere un giudizio positivo sul counselling nutrizionale, come espresso dalla Task Force statunitense nel 2003 e 2005, in merito all'intervento di routine da parte dei medici dell'assistenza

primaria su una popolazione non selezionata, e dalla Task Force canadese nel 2005 a proposito dell'intervento sulla popolazione dell'età evolutiva.

Esiste infine, come sottolineato da Baronciani nel 2005, una difficoltà nell'individuare *indicatori attendibili* per un intervento di counselling in campo sanitario, nel quale essi dovrebbero consistere nella misura non tanto, e comunque non solo, del «conseguimento di uno specifico obiettivo di salute» ma anche, e forse soprattutto, di «quanto il paziente sia stato facilitato dall'operatore sanitario nel definire l'obiettivo di salute per lui raggiungibile».

## 4 LE ABILITÀ DI COUNSELLING IN AZIONE

In questa parte del documento sono stati raccolti colloqui significativi che rappresentano per vari operatori, medici e dietisti, esperienza vissuta nelle loro strutture ambulatoriali: l'obiettivo è di rileggerne alcuni momenti attraverso le abilità di counselling.

Gli operatori che hanno contribuito a questo lavoro condividono da tempo interessi legati sia a strategie nutrizionali sia a strategie relazionali più efficaci per gestire il rapporto con i pazienti, hanno partecipato a incontri strutturati attorno alle tematiche inerenti l'educazione al paziente, nonché a giornate di aggiornamento sul counselling.

Questa esperienza formativa ha permesso di sistematizzare alcune conoscenze teoriche e rileggere con qualche strumento di comunicazione consapevole alcune esperienze condotte negli ambulatori.

Ogni colloquio è presentato attraverso il dialogo tra operatore e paziente, un commento della comunicazione non verbale e infine un commento su alcuni aspetti della relazione. In alcuni passaggi si evidenzia l'uso delle abilità per gestire determinati momenti impegnativi, mentre in altri si segnala l'abilità che si sarebbe potuta utilizzare.

Obiettivo di questo lavoro è presentare alcune possibilità per stimolare un confronto su buone prassi, lo sviluppo di esperienze che arricchiscano il confronto e facciano crescere e consolidino modalità comunicative e relazionali tutori della relazione di cura.

Sono stati scelti colloqui significativi per le situazioni che con maggior frequenza si presentano all'operatore di un ambulatorio nutrizionale.

Ogni situazione è presentata dall'operatore che ha vissuto l'esperienza; il titolo ha la funzione di caratterizzarne la tipologia attraverso il ricordo simpatico di alcune caratteristiche emerse durante il lo sviluppo del colloquio; gli interventi dell'operatore sono scritti in grassetto.

Per facilitare la lettura del commento, in grassetto sono state sottolineate le abilità di cui si è parlato nella parte generale.

I colloqui:

- a. "Non riuscirò mai a stare dieta": il paziente arreso;
- b. "Chissà se lei è il medico giusto": il paziente sfidante;
- c. "A volte sì, a volte no": il paziente ermetico;
- d. "Vorrei provare una terapia con le erbe": il paziente alternativo;
- e. "Il dietista a pagamento non mi soddisfa": il paziente in cerca di alleanza;
- f. "Piccoli pazienti": la sorellina magra;
- g. "Piccoli pazienti": il buongustaio;
- h. "Gli esami del sangue!": il paziente conflittuale.

## A. IL PAZIENTE ARRESO

In un ambulatorio una paziente entra per un colloquio con il dietista. Questo colloquio vuole essere uno spunto per i casi in cui si hanno di fronte pazienti che iniziano il colloquio dicendo di volere iniziare una dieta ma non hanno tempo, hanno altro da fare, pensano di non farcela.

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
<i>Prego, si accomodi.</i>	Il paziente si siede con difficoltà, si accomoda in punta alla sedia come se dovesse andare via da un momento all'altro.	Manca un fase iniziale di accoglienza e di definizione delle richieste. L'inizio di un colloquio rappresenta l'inizio di una relazione; se il colloquio è successivo, di controllo, l'accoglienza è utile per riprendere il discorso e offrire la possibilità al paziente di esprimere i propri punti di vista, aspettative, timori, dubbi su quanto era stato concordato negli incontri precedenti. L'operatore decide di non trattare l'informazione relativa al medico che non vuole prescrivere gli esami, non esplora la situazione e fa una domanda diretta sugli esami.
<i>Ecco, vuole vedere gli esami? Non li ho tutti, tra l'altro il mio medico non me li voleva prescrivere. Le ho portato tutti gli esami, anche quelli della prima gravidanza.</i>		
<i>A quale periodo si riferiscono?</i>		
<i>Il bambino, il primo ha sei anni. Tra l'altro devo andare a prenderlo a scuola. Pensa che ce la facciamo? ...Anche perché ho parcheggiato male. Tanto, guardi, so già dove sbaglio, mi informo, leggo tanto i giornali...</i>	Il non verbale comunica la poca voglia di essere lì, come se la donna fosse lì per caso.	
<i>Vedo che lei ha fretta, cosa pensa di fare? Potremmo valutare insieme cosa fare e se ha voglia di provare un percorso nuovo...</i>	Il non verbale è congruente al verbale, il tono della voce è tranquillo, la postura esprime accoglienza.	C'è il recupero della prima fase e la definizione del contratto e della condivisione di un obiettivo comune. Il professionista sta cercando di aprire una relazione accogliendo il paziente con i contenuti che ha portato senza giudicare, ripropone il tema della fretta non come sfida ma chiedendo alla signora cosa ritiene sia meglio fare, senza tono giudicante.
<i>Diete vere e proprie non ne ho mai fatte... Ma sì, proviamo, tanto so già che non riuscirò a farla.</i>	La voce ha quasi un tono di sfida.	
<i>Se le lo ritiene possibile, visto che ha fretta, potremmo in una mezz'oretta provare a vedere insieme intanto che cosa vorrebbe ottenere...</i>	Il tono della voce è ora maggiormente risoluto.	Mantiene una relazione senza accogliere la provocazione. Usa un tono più autorevole per dare una comunicazione di presa in carico della relazione.
<i>Lei mi ha detto che non ha mai fatto diete vere e proprie, ha voglia di raccontare cosa intende con "vere e proprie"?</i>		Parte da una domanda aperta, esplorativa, che cerca mettere ordine tra le varie informazioni che la paziente fornito rapidamente, situazione in cui è facile perdersi e pensare di avere capito. La scelta è quella di capire cosa intende la signora per "diete vere e proprie".
<i>Beh, non si preoccupi un po' di tempo ce l'ho... Ma io sbaglio perché...</i>	Il tono di voce è tranquillo, si siede meglio sulla sedia con una postura che comunica la volontà di parlare.	

## B. IL PAZIENTE SFIDANTE

In un ambulatorio un utente entra senza bussare, si infila dentro la stanza appena esce l'utente precedente, non aspetta di essere chiamato. Questo colloquio presenta la tipologia di pazienti che sembrano voler sfidare il professionista, sia attraverso il comportamento e il tono della voce, sia con alcuni contenuti che portano nel colloquio.

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
<i>Ma, chissà se questa sarà la volta buona, vediamo se lei riuscirà a farmi dimagrire!</i>	Si siede, si guarda intorno con aria quasi di sfida.	Manca un momento iniziale di accoglienza. Le frasi con cui i pazienti si presentano non sono casuali, rappresentano un loro modo per presentarsi e costruire un inizio di relazione. Prima di parlare di contenuti medici, di dati anagrafici, può essere utile chiedere alla paziente il motivo per cui è andata in ambulatorio, o riprendere le sue parole e riformulare: "Mi racconti cosa vorrebbe ottenere... Cosa deve capitare perché sia la volta buona?". Questa modalità di gestire l'apertura del colloquio può essere utile per creare un clima relazionale in cui trasmettere in seguito i contenuti più tecnici e specifici del colloquio.
<i>Le chiedo qualche dato anagrafico, mi può dare l'impegnativa del medico?</i>	Accenna un sorriso e abbassa lo sguardo per scrivere.	In questa parte del colloquio la relazione è condotta dalla signora. Il non aver creato un momento iniziale di definizione del bisogno, un momento di comunicazione del contratto, genera questa relazione in cui il medico è quasi trascinato dalle parole della paziente.
<i>Sì, eccola qua.</i>	Mentre l'operatore abbassa lo sguardo per ricopiare sulla cartella alcuni dati dell'impegnativa, l'utente inizia a parlare a fiume senza essere interrogata...	In questa parte il medico avrebbe potuto collegarsi con l'esperienza portata dalla signora, aprire il colloquio sull'esperienza già vissuta della misurazione e tentare di canalizzare il flusso continuo di parole.
<i>Guardi io sono sempre stata magra, poi tra una cosa e l'altra, il matrimonio, le gravidanze... ho fatto mille diete, anche quella del "negro" con i farmaci, perdevo 20 chili e ne recuperavo 40... Comunque non mi dia quegli schemi dove c'è scritto cosa mangiare giorno per giorno, o peggio ancora quegli schemi dove c'è tutto da pesare grammo per grammo. Va bene, cosa devo fare adesso? Mi devo pesare? Anche perché l'ultimo specialista da cui sono andata mi prendeva solo la circonferenza della vita.</i>	Non aspetta che il medico finisca di scrivere e inizia quasi un monologo, con tono deciso.	Alcuni contenuti portati dalla paziente potrebbero essere utili per ricondurre il colloquio alla ridefinizione di un obiettivo. In genere la visita ambulatoriale prevede prima del colloquio la raccolta di alcuni dati e la misurazione; successivamente si affronta il colloquio. È utile, con pazienti così "irruenti", stabilire subito un contratto relazionale, bloccando il flusso delle informazioni che si riversano e ridefinendo alcuni passaggi. L'ascolto attivo ci permette di riutilizzare alcune frasi che, riformulate, rappresentano una guida nella somma di elementi che la signora ha portato. Alcune possibili riformulazioni: "Mi sembra di capire che abbia già svolto alcune diete e sia riuscita a perdere peso. È corretto? Ha voglia di raccontare?". "Quando dice che non vuole gli schemi cosa intende? Provi a raccontarmi cosa è successo quando li ha seguiti". La signora mescola informazioni varie: potrebbe essere utile fare una domanda aperta: "Che cosa si aspetta da un nuovo specialista, che cosa si sentirebbe di fare per perdere peso?". "Quali sono le cose che le sembra non abbiano funzionato?".
<i>Sì signora, adesso misuriamo il peso e l'altezza, deve togliere le scarpe, la maglia e i pantaloni. Può tenere le calze</i>		
(si avvicina alla signora per procedere alla misurazione)		

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
<p><i>Non si disturbi, mi peso da sola tanto so benissimo come funzionano queste bilance...</i></p> <p>(dopo la rilevazione del peso)</p> <p><i>Comunque mi tolga quello che vuole, il pane, la pasta, i formaggi, ma non mi dica che devo andare in palestra a fare ginnastica perché non mi piace, sudo e mi stanco subito.</i></p> <p><i>Allora, un po' di pasta me la lascia, dottore?</i></p> <p><i>Dunque mi diceva che era magra, poi in gravidanza è ingrassata...</i></p>	<p>Il tono è minaccioso e un po' arrogante.</p> <p>Il tono, ma soprattutto lo sguardo, del medico è quasi bloccato dal fiume di parole e dalla gestualità della signora.</p>	

### C. IL PAZIENTE ERMETICO

In ambulatorio, un paziente entra per un colloquio con il dietista. Questo colloquio vuole essere uno spunto per i casi in cui si hanno di fronte pazienti che fanno fatica a parlare e ad aprirsi. Il dietista esce dallo studio e chiama la paziente, che risponde "Sono qui...".

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
<i>Sono qui.</i>		
<i>Si accomodi, prego.</i>		
<i>Grazie. (si siede)</i>		
<i>Mi dica, l'ha inviata il suo medico o è stata una sua decisione essere qui?</i>	Il tono è accogliente e non inquisitorio.	
<i>Tutte e due le cose, dottore... (silenzio)</i>	Il non verbale del paziente non manifesta né entusiasmo, né rifiuto... sembra quasi indifferente.	L'osservazione del non verbale fa ipotizzare che questo paziente sia poco collaborativo; pensando alle categorie di utenti che ogni professionista ha in mente dopo un po' di esperienza, il rischio è di pensare, mentre si parla al paziente, "questo è il solito paziente che non risponde...". Tale meccanismo va tenuto a bada perché il rischio è che si cada in una relazione che si sviluppa in base alle aspettative negative.
<i>Mi dica, ha mai seguito diete?</i>	Il tono si fa un po' più deciso.	Davanti ad atteggiamenti di chiusura, utilizzare domande chiuse non facilita il racconto del paziente. "Ha mai seguito diete?" è una domanda chiusa perché si può rispondere solo sì o no.
<i>Quando che sì, quando che no... (silenzio)</i>	Il tono quasi assente non sembra risentire del cambio di tono del medico.	
<i>Adesso, per iniziare, misuriamo il peso e l'altezza.</i>		
<i>Mi devo spogliare?</i>	Il tono è stupito e un po' spaventato; il paziente comunica un cambio di registro nel non verbale.	Finalmente il paziente pone una domanda che avrebbe potuto essere raccolta per indagare le aspettative e le ipotesi che il cliente ha elaborato rispetto alla visita e al professionista. Cogliere il senso di stupore o spavento e provare a chiedere al paziente di parlarne avrebbe potuto essere interessante per dare movimento al dialogo: "Mi sembra di vederla stupita... in genere noi facciamo la rilevazione del peso e dell'altezza prima di parlare delle abitudini alimentari". Inoltre attraverso il feedback sarebbe stato possibile dare voce allo sguardo di stupore o spavento attraverso una riformulazione che avrebbe permesso un'apertura del racconto del paziente. Cogliere il feedback dagli aspetti non verbali può essere un'utile risorsa per sostenere un'altra persona nell'esprimere dubbi, incomprensioni o altre riflessioni che non è ancora in grado di esplicitare.
(dopo la rilevazione del peso) <i>Ha voglia di raccontarmi cosa mangia, partendo dal mattino?</i>	Con tono deciso e un po' spazientito...	L'operatore sta tentando di far parlare il paziente e utilizza anche una domanda aperta, che ha lo scopo di facilitare il racconto del paziente; accompagna però il messaggio verbale con un tono deciso e spazientito (il paziente proprio non collabora...); l'effetto di questa comunicazione nella relazione non passa come proposta di collaborazione, di apertura, poiché il tono non comunica disponibilità, anzi è come se dicesse "è ora che inizi a parlare". È utile ricordare che in genere tra un messaggio verbale e uno non verbale discordanti, si tende a dare valore al non verbale.

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
<i>L'unica cosa che non mangio sono le uova, la pasta e la frutta.</i>	Il non verbale sembra comunicare un tono di riflessione, come se stesse pensando. Le parole vengono scandite con ritmo lento.	In questo battuta è possibile scorgere una possibilità in quanto il paziente cambia regola e capovolge la risposta, quasi spiazzando il professionista. Un'abilità di counselling consiste nel leggere con curiosità le differenze e le realtà non facilmente incasellabili negli abituali schemi di riferimento. Tale risposta è un po' inusuale, potrebbe essere uno spunto da riprendere con una riformulazione: "Se ho ben capito, lei durante il giorno non mangia la pasta, la frutta e le uova. Sa, non è così frequente per me sentire un paziente che non mangia la pasta, è interessante che riesca farne a meno. Le va di raccontarmi quali sono gli alimenti che le piacciono di più?". Questa riformulazione evita di giudicare o di comunicare stranezza; valuta interessante la comunicazione affinché possa passare un messaggio relazionale di reale accoglienza. L'operatore non conosce né le aspettative, né le paure di questo paziente, la sua modalità chiusa ed ermetica avrà un senso all'interno della sua storia. È importante non comunicare messaggi di giudizio.
<i>Ah, va beh, ma la colazione la fa o no?</i>	Il non verbale è di nuovo incalzante.	La risposta relazionale che il professionista dà è di poco valore, anzi di banalizzazione: con l'inserimento dell'interiezione vuole riportare il paziente a parlare della colazione. Usa una domanda retorica, che segue un ordine preciso rispetto al diario alimentare. A volte può essere opportuno utilizzare con flessibilità lo schema di raccolta delle informazioni alimentari, soprattutto quando l'obiettivo è relazionale. All'inizio è necessario stabilire un contatto con il paziente, affinché in qualche modo si fidi e possa iniziare a offrire parti della sua esperienza.
<i>Mah, dipende, ad esempio stamattina l'ho fatta.</i>		
<i>Sì, va bene, ma in genere?</i>	Tono spazientito.	Dallo sviluppo del colloquio sembra che non si sia creata relazione tra l'operatore e il paziente.
<i>Qualche volta.</i>		
<i>E cosa mangia quando la fa?</i>	Il tono si modifica in rassegnato, così come la postura del corpo comunica un momento di stanchezza.	Cos'altro era possibile fare? Il professionista intuisce che il paziente è refrattario e persegue la strada delle domande indagatrici, che ricercano..., sperando di far parlare il paziente. Sembra ottenere bene poco.
<i>Quello che capita, quello che trovo...</i>		Una possibile strada era metacomunicare sull'andamento della relazione. Potrebbe essere utile esplorare le motivazioni per le quali il paziente ha deciso di fare la visita. "Le confesso che sto facendo un po' fatica a capire la sua alimentazione, avrei bisogno del suo aiuto... forse è meglio parlare dei motivi che l'hanno portata da me, lasciando stare per adesso i cibi che lei mangia".

## D. IL PAZIENTE ALTERNATIVO

La signora Lucrezia è una paziente insulinodipendente seguita da quattro anni dal medico. Un giorno telefona per avere un appuntamento e dice di voler sospendere il trattamento insulinico e iniziare una terapia per bocca. Il medico le fissa la data dicendole che è meglio parlare a voce di questa decisione e non apre il colloquio telefonico. La paziente è volitiva, una professoressa dal look alternativo, sempre molto informata. Il medico arriva in ritardo all'appuntamento (essendo stato impegnato per un'urgenza in ambulatorio).

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
<p><i>Sono circa 20 minuti che la aspetto, dottore. Strano, lei è sempre abbastanza puntuale... Il problema è che dopo ho un appuntamento.</i></p>	<p>Il tono è quasi provocatorio, con la postura decisa di chi ha ragione.</p>	<p>La paziente si definisce nella relazione come colei che ha il potere, la sua è una proposta relazionale definita. Gli aspetti di comunicazione non verbale sembrano trasmettere arroganza o giudizio nei confronti del medico.</p>
<p><i>Le chiedo scusa, ha ragione... Vedo di non farle perdere altro tempo prezioso. Iniziamo. Mi diceva al telefono che vorrebbe interrompere la terapia. Mi racconti cosa intendeva...</i></p>	<p>Il tono del medico è pacato e tranquillo e la postura di accoglienza.</p>	<p>Il medico non coglie la provocazione, riconosce alla paziente il potere relazionale e accompagna con la comunicazione non verbale congruente il messaggio verbale. Sviluppa un'accoglienza senza pregiudizio.</p>
<p><i>Guardi, ho saputo che esiste questa nuova terapia alternativa, sicura, con le erbe che potrebbe... Vorrei sapere cosa ne pensa perché ho deciso di intraprenderla.</i></p>	<p>Il tono è deciso, non sembra lasciare spazio a possibili cambiamenti.</p>	<p>La relazione è di nuovo in mano alla paziente che fa capire che la sua è una scelta ormai presa, come se dicesse "vorrei proprio fare così, mi serve solo il suo sì".</p>
<p><i>Allora, vediamo, lei mi sta parlando probabilmente di terapie [...] che hanno una loro base in [...]. Io non conosco questi trattamenti... Quanto tempo abbiamo?</i></p>	<p>Il medico controlla l'ora.</p>	<p>Con un intervento di riformulazione, il medico verifica la comprensione. Il medico con la comunicazione non verbale aggiunge valore alla relazione perché comunica che sta curando anche l'aspetto tempo, visto che è importante per la signora. Sovente alcuni atteggiamenti dei pazienti vengono definiti arroganti o prepotenti; da un punto di vista relazionale è possibile pensare che segnalino una modalità con cui il paziente si sta definendo nella relazione con il professionista; il medico non attribuisce un senso di provocazione e imposta il colloquio tenendo conto di quanto la paziente ha portato, in questo caso un'urgenza di tempo. Il messaggio è stato accompagnato anche con un non verbale congruente e il valore che ne viene trasmesso alla paziente è di reale accoglienza... l'urgenza con cui la persona si è definita sembra svanire.</p>
<p><i>Non si preoccupi, un po' di tempo ce l'ho ancora.</i></p>		<p>In situazioni simili a questo colloquio, in cui il paziente porta nella relazione con il medico elementi nuovi a cui dà molto valore, può essere utile esplorare il valore che riveste il nuovo elemento nel sistema del paziente, utilizzando una domanda aperta: "Ha voglia di raccontarmi che cosa l'ha interessata di questa nuova terapia?".</p>
<p><i>Ecco le dicevo che non conosco queste terapie. La sua situazione che stiamo curando richiede [...]. Potremmo pensare a [...]. Lei cosa ne dice?</i></p>		<p>Il medico affianca alle informazioni che la paziente ha fornito le sue, indicando anche quali sono quelle che ritiene necessarie dal punto di vista medico. In questo passaggio emerge anche il dovere deontologico del medico e la necessità di dare corrette informazioni.</p>
<p><i>Sì, mi sembra che potrei provare.</i></p>		<p>Utilizza l'abilità del riassunto e ridefinisce il bisogno della paziente.</p>

## E. IL PAZIENTE A PAGAMENTO IN CERCA DI ALLEANZA

In ambulatorio si presentano due amiche: hanno una prenotazione per una visita.

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
<p><i>Buongiorno, sono la dietista Rossi, cosa posso fare per voi?</i></p> <p><i>Noi siamo venute insieme perché siamo amiche. La mia amica soffre di dolori alla schiena e alle gambe e il medico le ha detto che deve perdere peso; io sono a dieta da sempre... ho avuto tanti problemi: un tumore al seno, una protesi cardiaca, e prendo il coumadin, non so più cosa devo mangiare.</i></p> <p><i>Ha detto che è a dieta da sempre. Cosa intende, ha voglia di raccontarmi? Si è fatta o si fa seguire da qualcuno o si è messa a dieta "da sola"?</i></p> <p><i>...no, no, mi segue il dietista Bianchi dell'ASL X ma a pagamento e non mi sembra che abbia raggiunto dei risultati. Che cosa strana... se pago posso fare un controllo al mese, se passo attraverso l'ASL una volta ogni tre mesi. Mi sono scocciaata... tra l'altro io credevo che qui ci fosse un dietologo.</i></p> <p><i>Sì, è vero, ma questo, come vi ho spiegato telefonicamente al momento della prenotazione, è un ambulatorio di educazione alimentare. Il medico e io lavoriamo con le stesse modalità, per evidenziare punti critici o di forza nel vostro modo di mangiare e cercare insieme di costruire un percorso per l'acquisizione di buone abitudini alimentari e comportamentali. Nel caso fosse necessaria la supervisione della dottoressa, per aspetti medici, verrà sicuramente coinvolta. Siete in due e abbiamo circa un'oretta e mezza, iniziamo pure da lei, signora...</i></p>	<p>Il tono è accogliente.</p> <p>Si siedono vicine e una delle due amiche inizia a parlare per tutte e due.</p> <p>La dietista continua a mantenere un tono tranquillo e accogliente.</p> <p>Il tono è deciso, la signora è seduta e mentre parla si sistema sulla sedia, appoggiandosi sulla scrivania della dietista, andando quasi in avanti.</p> <p>Non risponde al tono della signora e mantiene una postura accogliente, rilassata, con un'intonazione della voce che comunica una maggiore gestione della relazione.</p>	<p>In questo caso la paziente inizia il colloquio motivando la presenza di due amiche che per motivi diversi necessitano di una dieta. In situazioni come queste risulta utile stabilire di chi si parla, con chi, e quale obiettivo è possibile porre. In qualche modo sembra necessario stabilire un contratto per evitare di rimanere intrappolati nei racconti paralleli delle due pazienti.</p> <p>La dietista non definisce un contratto iniziale e tratta il problema della signora che sta parlando. Utilizza una domanda aperta per iniziare ad esplorare la situazione dieta.</p> <p>La dietista cerca di gestire la relazione con la paziente evitando di produrre interventi di disaccordo o di giudizio attraverso un buon uso del non verbale. Il messaggio che può giungere alla dietista è di poca considerazione per la sua struttura; c'è anche una confusione su medici e ruoli.</p> <p>Funzionale la scelta di non entrare in alleanza con la signora; la dietista decide di non trattare l'informazione del professionista a pagamento, poiché è un'informazione che in quel momento, per gli obiettivi che ha in mente, non serve. A livello di contenuti decide di chiarire obiettivi e modalità del lavoro e richiama i tempi, in relazione alla presenza di due pazienti. Si vede in questo caso come sia stato necessario dedicare del tempo al contratto per evitare di impostare una relazione in un contesto non chiaro, con il rischio di sviluppare informazioni non efficaci.</p>

## F. PICCOLI PAZIENTI: LA SORELLINA MAGRA

Ambulatorio di nutrizione: entra una bella signora, molto curata nell'aspetto, cammina con passo deciso, tenendo per mano una bambina di circa otto anni, dallo sguardo tra il curioso e il sospettoso.

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
<i>Buongiorno, accomodatevi. Sono la dietista. Come posso esservi utile?</i>	Accoglie la signora con la bambina in piedi, stringendo ad entrambe la mano con un sorriso accogliente.	La coppia viene accolta in un clima favorevole all'accoglienza dei bisogni.
<i>Guardi, dottoressa, la pediatra mi ha parlato di questo centro, vediamo se così riusciamo a risolvere qualcosa. Vediamo se almeno ascolta lei, dottoressa, visto che quello che dico io le entra da un orecchio e le esce dall'altro. Vediamo se riusciamo a farla dimagrire.</i>	La bambina abbozza un leggero sorriso, visibilmente imbarazzata.  La mamma ha un non verbale che comunica sfida un po' all'operatore, un po' alla figlia.	La mamma sta definendo una relazione in cui ha posto la figlia in un solo ruolo possibile, quello della bambina che non obbedisce; sovente si verificano situazioni simili, con mamme che non fanno parlare e figli che ascoltano in silenzio. È interessante tenere a bada alcune ipotesi possibili, basate sull'esperienza, stare attenti a non categorizzare, evitare di andare in alleanza con la bambina contro la mamma: nella fase iniziale del colloquio l'obiettivo è accogliere, creare condizioni favorevoli per lo sviluppo del colloquio. Entrare in conflitto con la mamma potrebbe far perdere di vista l'obiettivo del colloquio.
<i>Sei proprio una bella bambina. Quanti anni hai? Che classe fai? Ti piace andare a scuola? Quali sono le tue materie preferite?</i>	L'operatore rivolge lo sguardo con un sorriso alla bambina, anche il corpo è rivolto verso di lei. La bambina risponde a stento, con la mamma che interviene per spronarla ad alzare la voce e a parlare di più.	La dietista decide di non trattare la descrizione della mamma e cerca di far parlare la bambina. Inoltre cambia discorso per evitare il silenzio; la professionista teme che possa essere interpretato come tacito assenso a quello che la mamma ha appena detto. Le domande che usa l'operatore non sono aperte, facilitano poco lo sviluppo di un racconto della bambina. Può essere utile far emergere altre descrizioni della bambina, affinché possa essere vista non solo come colei che non obbedisce alla mamma. Potrebbe essere interessante aprire a nuove descrizioni utilizzando una domanda aperta: "La mamma sta raccontando che hai la testa dura e fai sempre come vuoi: tu cosa mi dici? Prova un po' a dirmi cosa succede per esempio a scuola. E in famiglia cosa succede?".
<i>Adesso compilo la scheda personale, mi servirebbe l'impegnativa. Vi chiedo anche qualche dato anagrafico.</i>	Mantiene il tono calmo anche se inizia a innervosirsi.	In genere la dietista chiede questi dati direttamente ai bambini, quando sono grandicelli, ma in questo caso si rivolge alla mamma per paura che intervenga a correggere la bambina qualora "sbagliasse" o non fosse precisa nel riportare i dati. La dietista si è accorta della relazione bloccata e fa nuovamente un'ipotesi, cerca di modificare un'abitudine in base a una nuova esigenza. L'obiettivo che sta perseguendo è di non appesantire la bambina nel ruolo che la mamma continua a confermare.
<i>(dopo la compilazione della scheda) Vieni Elena, ora misuriamo il peso e l'altezza, devi togliere le scarpe, la maglia e i pantaloni. Puoi tenere le calze.</i>		La dietista effettua la misurazione, senza fare alcun tipo di commento (chissà cosa direbbe la mamma...).
<i>Quanto pesa, dottoressa?</i>	Il tono è preoccupato ma deciso.	Ma la mamma non perde questa occasione. Forse, osservando come si stava sviluppando la relazione, era prevedibile questa richiesta della mamma. L'escalation che sta iniziando non può che proseguire con l'attenzione al peso, che tanto teme.

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
50 kg.		
<p><i>50 kg? Non è possibile... prima delle vacanze pesava 47... hai visto (rivolgendosi alla bambina)? Se continui di questo passo diventerai come la nonna Lucia. Sa, è mia suocera... dalla parte di mio marito sono tutti obesi e nonostante questo mangiano di tutto e di più, ogni volta che torniamo dalle ferie non è un caso che siamo più rotondi... a parte l'altra figlia.</i></p>	<p>Il tono della voce è preoccupato e colpevolizzante.</p>	<p>Forse era possibile evitare questa difficoltà attuando un'esplorazione sull'importanza del peso per lei, per il sistema familiare. Quali sono le aspettative, le paure, i pregiudizi che circolano in questa famiglia? Che valore ha la forte richiesta che la bambina diminuisca di peso?</p>
<p><i>Parlando di peso le chiederei ancora qualche dato sull'andamento del peso di Elena negli anni.</i></p>	<p>La mamma inizia a raccontare, e a un certo punto, mentre l'operatore appunta quello che dice, senza essere interrogata a riguardo dice...</p>	<p>La dietista immagina a cosa alluda la signora e non fa commenti, inoltre rivede in questa molte altre situazioni vissute: ogni bambino in sovrappeso quasi sempre ha una fratellino o una sorellina magra.</p>
<p><i>Come me lo spiega che la sorella più piccola è la metà di lei? È una cosa incredibile. Si rende conto che Elena la vesto con abiti di taglia per 12 anni?</i></p>	<p>Il non verbale della bambina esplicita il suo imbarazzo, guarda per terra. La mamma ha alzato il tono della voce.</p>	<p>L'operatore vede la bimba imbarazzata e le porge di nuovo delle domande in cui fa riferimento alla sorella per chiederle se giocano insieme, se la fa disperare come tutte le sorelle minori. È un luogo comune di cui l'operatore è consapevole ma viene usato per parlare della sorella magra con termini differenti da quelli usati dalla mamma e forse per cercare un'alleanza con la bambina.</p>
<p><i>Hai una sorellina? Giocate insieme? Ma ti fa disperare come tutte le sorelline?</i></p>	<p>Si rivolge a lei con tono che stimoli la discussione. La bambina inizia ad aprirsi e parla un po' di più.</p>	
<p><i>Bene, ora parliamo un po' di alimentazione. Vorrei sapere come mangi nella giornata, partendo dal mattino.</i></p>		
<p><i>Sì, ma dillo alla dottoressa quali cereali e soprattutto quaaaanti ne mangi! D'altra parte sua sorella è magra e non ha molto appetito, quindi non posso fare a meno di tenere dolci in casa. Ma lei (la bambina lì presente) sa benissimo che non dovrebbe mangiarli, così come tante altre cose... ad esempio, di alla dottoressa quanta pasta mangi!</i></p>	<p>La mamma interviene in modo irruente e interrompe.</p>	

## DIALOGO

*Stiamo parlando della colazione, signora, è conveniente parlare di un pasto alla volta, così non corriamo il rischio di dimenticarci qualcosa. Inoltre abbiamo ancora una quarantina di minuti per vedere insieme, rispetto a quello che emergerà dall'inchiesta alimentare, un percorso fattibile per acquisire buone abitudini alimentari.*

*Ora ho bisogno del tuo aiuto. Insieme proviamo a fare un puzzle del cibo che mangi e solo tu mi puoi aiutare. La mamma sta con noi ma vorrei che fossi tu ad aiutarmi, prova a pensare con calma a cosa mangi a colazione.*

## NON VERBALE

Il tono cambia, diventa deciso nei confronti della signora, non conflittuale o aggressivo.

Il non verbale comunica che occorre dare spazio e ordine alle varie comunicazioni.

Si rivolge poi alla bambina con un tono di voce differente da quello usato con la mamma, utilizza una mimica che cerca di comunicarle l'importanza del suo ruolo. Mantiene la relazione con la mamma spostando ogni tanto lo sguardo verso di lei.

La mamma cambia posizione sulla sedia, per la prima volta non interrompe.

## COMMENTO

La dietista modifica il registro della relazione che fino a questo momento è stato tollerante verso gli interventi della signora.

È necessario che il paziente viva un'esperienza relazionale in cui avverte che l'operatore è responsabile e conduttore del colloquio sulla base di alcuni criteri condivisi che ne caratterizzano il contratto.

La signora accetta la nuova proposta relazionale che viene fatta dall'operatore.

## G. PICCOLI PAZIENTI: IL BUONGUSTAIO

In un ambulatorio pediatrico, entra Riccardo, un bambino con una corporatura importante, accompagnato dalla mamma; ha svolto con l'infermiera una parte generale di valutazioni e di anamnesi. Il colloquio che segue si sviluppa successivamente tra la pediatra e la mamma, le frasi sottolineate sono invece del bambino.

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
<i>Allora siete venuti da me... ah, sì, vi manda la pediatra dott.ssa Rossi, me la salutate, vero?</i>	...mentre legge il foglio di invio.	La fase di accoglienza è in qualche modo gestita dall'infermiera che ha accolto prima il bambino con la mamma. È utile fare una domanda generale su quanto svolto prima per verificare la situazione.
<i>Avete già misurato il peso, tutto bene?</i>	Il tono è accogliente e tranquillo. Si rivolge anche al bambino per tentare di coinvolgerlo.	
...		
<i>Sì, sì. Sa, io e mio marito siamo separati, il fatto è che eravamo simili, io e mio marito...</i>		
<i>Intende dire che siete robusti?</i>		L'uso della riformulazione permette di capire cosa intende la signora. Inoltre l'uso del passato non è chiaro al medico, "eravamo?" In questo modo, riformulando con il tempo presente, si evitano fraintendimenti.
<i>Sì, proprio così, piace a entrambi mangiare bene.</i>		
<i>Allora, Riccardo, vediamo cosa mangi...</i>		Il medico ha intenzione di coinvolgere il bambino e quindi lo chiama in causa due volte ma l'intervento relazionale fallisce per l'intromissione rapida della mamma.
<i>Ah dottoressa, trattenerlo è una cosa difficilissima, pensa sempre a quello.</i>	Mentre la mamma interviene con questi racconti famigliari, il bambino guarda in aria, con sguardo un po' stanco o stufo.	
<i>E tu cosa dici?</i>		
<i>Pensi, dottoressa, la sera non mi chiede cosa facciamo ma cosa mangiamo!</i>	Con il tono della voce che si alza e diventa un po' concitato, si sposta con la sedia e si avvicina alla scrivania.	
<i>Stavo pensando, hai voglia di raccontarmi qualcosa su questo tuo piacere del mangiare?</i>	Intanto il bambino cambia sguardo e diventa rosso, come se la mamma avesse scoperto effettivamente storie personali. Si rivolge anche con il corpo al bambino, con lo sguardo comunica alla mamma che vorrebbe ascoltare il figlio.	Il medico ha colto il disagio e con consapevolezza decide di non trattare le informazioni che non le servono e tenta di far esprimere il punto di vista bambino. Utilizza una domanda aperta evitando di giudicare negativamente o moralizzare il comportamento alimentare. L'obiettivo è inserire nella relazione il figlio e tenere un po' a bada i racconti della mamma. Con attenzione sceglie anche i termini: "piacere del cibo".
<i><u>Sì, sì, a me piace mangiare...</u></i>	I segnali non verbali comunicano che il bambino ha accettato di parlare, si è raddrizzato sulla sedia, guarda il medico, gesticola di più.	
<i>Che cosa?</i>		
<i><u>La pasta, la carne alla milanese, poi... anche la nutella.</u></i>		

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
<p>Ah, quella non la compro io, la compra il papà. ...</p>		
<p>Si diceva che siete separati... e quando vai dal papà?</p>		
<p><u>Il lunedì, il venerdì e poi il sabato e la domenica</u></p>		
<p>E il papà cosa dice di questa iniziativa?</p>	(rivolta al bambino)	
<p>Di cosa, del colloquio?</p>		
<p>Sì, del fatto che siete venuti da me.</p>		
<p>Ah, il papà dice che va bene, anche lui cerca di trattenerlo.</p>		<p>La mamma ripropone la situazione familiare, elemento con cui si era presentata all'inizio. Il medico non conosce se esistano accordi tra madre e padre sull'alimentazione del figlio, decide di raccogliere qualche informazione. In linea generale è sempre utile all'inizio di un colloquio esplorare il sistema familiare e i diversi modi di rapportarsi al problema. Il medico fa alcune domande in cui non ha esplicitato subito l'obiettivo, infatti dopo si ritrova a scusarsi.</p>
<p>Scusate queste domande ma è bene avere tutti la stessa idea.</p>	(rivolta alla mamma)	<p>Può essere utile formulare una domanda aperta che spieghi il motivo: "Mi diceva che siete separati... è importante per iniziare un percorso alimentare capire su cosa possiamo contare. Ha voglia di raccontarmi cosa dice il papà di questa situazione?"</p>
<p>Mentre ascoltavo i tuoi racconti sull'ortopedico, il fisioterapista, mi sono chiesta se avessi mai conosciuto un medico che si occupa di cibo. Che cosa ti aspetti da me?</p>		
<p><u>Eh... di controllare il peso, l'altezza, fare queste cose...</u></p>	Il colloquio continua, emerge che il bambino è andato più volte all'ospedale e ha conosciuto diversi specialisti.	Il medico cerca di consolidare la relazione che sta costruendo con il bambino ed esplora le sue aspettative ed eventuali motivazioni per intraprendere un percorso alimentare
<p>Ecco, queste cose le abbiamo fatte... poi cosa facciamo?</p>	Il medico intende spiegare l'obiettivo del lavoro.	Gli interventi che seguono sono un bell'esempio di coinvolgimento dove viene costruito un pezzo alla volta attraverso le idee del bambino.
<p><u>Prendiamo una dieta!</u></p>		Molto interessante l'espressione "prendere una dieta", che comunica quanto sulle diete esista il luogo comune del confezionato. In realtà si tratta di costruire insieme al paziente uno schema che tenga conto delle sue abitudini, piaceri e delle necessità specifiche della situazione.
<p>Scriviamo una dieta, la possiamo costruire insieme. E poi cosa si fa?</p>		
<p><u>Andiamo via.</u></p>		
<p>Sì, e quando sei a casa cosa fai di questa roba scritta?</p>		
<p>Continuo la dieta...</p>		
<p>Cosa intendi con "continuo"?</p>		
<p><u>Provo a fare quello che abbiamo scritto.</u></p>		
<p>Pensi di aver voglia di iniziare?</p>		
<p><u>Sì, sì, sì.</u></p>		
<p>Allora possiamo andare avanti a fare le cose che abbiamo detto.</p>		

## H. GLI ESAMI DEL SANGUE: IL PAZIENTE CONFLITTUALE

In ambulatorio entra la signora Adele, insegnante di scuola materna appena andata in pensione, per una visita di controllo.

Ha già fatto alcune visite precedenti in cui è stato deciso con il dietologo di incrementare l'attività fisica, di organizzare meglio i pasti della giornata in modo da evitare i fuori pasto e soprattutto di mangiare di più nella prima parte della giornata piuttosto che a cena.

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
<p><i>Come va?</i></p> <p><i>Male, non mangio e non riesco a perdere peso, ci deve essere qualche problema.</i></p>	<p>L'atteggiamento della paziente è di insoddisfazione.</p>	<p>Questo colloquio fa emergere situazioni frequenti in cui il paziente ha un'ipotesi sulla sua situazione, non la esplicita, ma rimane latente negli interventi che sviluppa.</p> <p>È utile indagare aspettative, dubbi o eventuali disaccordi che il paziente potrebbe sviluppare soprattutto tra un colloquio e l'altro.</p> <p>Un'abilità utile è di non dare per scontato che quanto si è concordato nel colloquio precedente sia rimasto invariato, soprattutto se il paziente apre il colloquio accennando a un possibile problema.</p> <p>L'operatore non esplora cosa intende la paziente e opera un intervento diretto sugli accordi presi nel colloquio precedente.</p>
<p><i>Avevamo concordato di incrementare l'attività fisica: si è iscritta alla palestra?</i></p> <p><i>No, ma mi muovo molto più di prima, 2-3 volte alla settimana cammino almeno 1 ora.</i></p>	<p>Il tono è tranquillo ma risoluto.</p> <p>La postura si modifica, si siede meglio sulla sedia e il tono è più risoluto.</p>	<p>La paziente sembra quasi voler sottolineare che ha curato l'attività fisica anche se non è andata in palestra. Ha trovato un altro modo per raggiungere l'obiettivo.</p> <p>Da un punto di vista relazionale il medico sembra non costruire una relazione con la paziente attraverso gli elementi che sono stati portati.</p> <p>Poteva essere interessante e funzionale riprendere cosa fa emergere la domanda sull'attività fisica. È utile, quando si stimola il paziente con domande, trattare le informazioni da lui fornite, ricollocarle in relazione all'obiettivo che si sta perseguendo; si evita in questo anche la possibile sensazione del paziente di non essere preso in considerazione.</p>
<p><i>Controlliamo il peso?</i></p> <p><i>No, lasciamo stare, tanto so che è uguale all'ultima volta.</i></p> <p><i>D'accordo, non è diminuita, ma non è neanche aumentata, quindi non va così male. Sarebbe meglio che l'attività fisica fosse quotidiana, e poi avevamo concordato che si iscrivesse alla</i></p>	<p>Non sembra esserci interesse per il messaggio appena prodotto dalla paziente.</p> <p>Il tono cerca di essere incoraggiante.</p>	<p>La relazione è in difficoltà, c'è stato un rifiuto da parte della paziente.</p> <p>Questi interventi rappresentano tipici atteggiamenti moralizzanti e retorici che non producono effetti di sblocco o di facilitazione della comunicazione.</p> <p>La resistenza della paziente rischia di aumentare; è possibile che la paziente abbia formulato ipotesi che non vengono colte dal medico, il quale ha come</p>

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
<i>palestra non appena avesse riaperto.</i>		obiettivo parlare dell'attività fisica.
		La paziente non accetta la proposta relazionale del medico e non condivide l'obiettivo; si intravede la necessità di parlare di qualcos'altro che le sembra più importante. Quando le persone non sono pronte a confrontarsi su obiettivi che individua solo il medico, diventa faticoso e improduttivo spingere la relazione nella direzione ipotizzata. È meglio affrontare l'eventuale motivo della resistenza, sciogliere i possibili nodi.
<i>...È così sicura di non mangiare null'altro al di fuori dei pasti? Se non mangia quasi nulla a pranzo, nel pomeriggio deve aver fame per forza.</i>	Il tono è lievemente indagatorio.	
<i>Se ho fame mangio un frutto. Io faccio già tutto quello che mi ha detto, è che ci deve essere qualcos'altro.</i>		Il medico non indaga, per la seconda volta, su un cenno a qualche elemento che sta interferendo.
<i>Di regola, se non si perde peso è perché non si consuma ancora abbastanza rispetto alle calorie che si assumono... Cosa si aspettava che le dicessi?</i>		
<i>Che mi facesse fare degli esami, ovvio, se non perdo peso è perché c'è qualcosa, per esempio un'allergia. Quando sono venuta la prima volta non mi ha neanche chiesto di fare gli esami del sangue.</i>	Il tono è liberatorio.	Finalmente si rivela l'ipotesi che la paziente ha seguito durante il colloquio, elaborata probabilmente durante il tempo trascorso dopo l'ultimo incontro. Secondo la paziente occorre fare gli esami del sangue.
<i>Gli esami si fanno quando servono per prendere decisioni, oltretutto il suo medico le ha già fatto fare gli esami per la tiroide, che sono a posto...</i>	Il medico assume un tono e una postura direttivi.	La risposta del medico si pone a livello di contenuto e non accoglie la proposta della paziente. A livello di relazione è possibile che parlare degli esami possa essere di aiuto al mantenimento della relazione, che si sta evolvendo invece con contrapposizioni. Se la paziente ripropone l'idea degli esami è certo che rivestono nel suo pensiero un valore più forte di ogni spiegazione medica oggettiva.
		Può essere utile fare un riassunto, utilizzare una domanda aperta che faccia esplicitare alla paziente quali ipotesi lei ha costruito sugli esami: "Vedo che mi parla nuovamente degli esami... ricordo che ne avevamo già parlato, inoltre quelli per la tiroide sono a posto. Mi sembra che su questo argomento lei insista, e non riusciamo ad andare avanti. A cosa pensa che serva fare gli esami, che idea si è fatta? Forse è meglio che parliamo di questo per bene, prima di procedere". Questo intervento è anche un modo per uscire dai contenuti medici sui cui la relazione incontra difficoltà, e dedicare un po' di spazio a parlare della relazione: si tratta di un intervento di metacomunicazione.

DIALOGO	NON VERBALE	COMMENTO
<i>Occorre fare lo sforzo di vedere ancora cosa c'è da cambiare nel comportamento, vuole fare il diario alimentare?</i>	Il tono è deciso e risoluto.	Diario alimentare: la paziente sa cosa vuol dire? Che connotazione assume questa espressione, in questo momento delicato e particolare della relazione? Si avverte il rischio che la relazione si interrompa e ognuno rimanga sulle sue posizioni. È utile ricordarsi che non sempre il paziente attribuisce alle espressioni lo stesso significato del medico. È sufficiente una comprensione differente per creare resistenza o blocco comunicativo.
<i>...Non scherziamo, non sono mica una bambina!</i>		
<i>Va bene, questo è quello che posso fare per lei, ne abbiamo già parlato più volte, quando avrà voglia di impegnarsi a fare qualcosa mi telefoni.</i>		
<i>Va bene, arrivederci.</i>		

## GLOSSARIO DEI TERMINI

### *ambulatorio di Nutrizione*

Si è scelto questo termine (più generico ad esempio di “ambulatorio di Dietologia” oppure “ambulatorio di Dietetica”) per indicare il colloquio tra un paziente con problemi di peso e un operatore, indipendentemente dalla qualifica professionale, finalizzato a concordare comportamenti utili alla salute e al raggiungimento degli obiettivi di peso prefissati.

### *BMI (Body Mass Index, Indice di Massa Corporea)*

L'Indice di Massa Corporea è dato dal rapporto tra peso e quadrato della statura e, pur non facendo riferimento alla composizione corporea, è il metodo più pratico e diretto per la valutazione nutrizionale di un soggetto; inoltre è stata dimostrata una evidente associazione tra BMI, morbilità e attesa di vita nella popolazione generale.

Valori di BMI per la diagnosi dell'eccesso (e del difetto) ponderale nell'adulto di entrambi i sessi:

<i>Classificazione</i>	<i>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</i>
Sottopeso	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sovrappeso	≥ 25
Obesità di primo grado	30-34,9
Obesità di secondo grado	35-39,9
Obesità di terzo grado, o grande obesità	≥ 40

### *dieta*

«Dal greco *diaita*: modo di vivere, regola di vitto, specialmente per ragioni di salute» (Dizionario della lingua italiana Palazzi, 1971).

Nel linguaggio comune, la dieta è un insieme di indicazioni alimentari che viene temporaneamente seguito per una perdita di peso, oppure a vita come esempio di alimentazione corretta. In realtà dieta vuol dire *stile di vita* per cui deve necessariamente essere integrata dall'attività fisica.

### *disturbi del comportamento alimentare (DCA)*

I DCA sono classificati tra le malattie mentali e si manifestano appunto con comportamenti alimentari abnormi, i più importanti dei quali sono:

- anoressia nervosa, le cui caratteristiche salienti sono: fobia di aumentare di peso, perdita di peso, amenorrea (o perdita della libido);
- bulimia nervosa, le cui caratteristiche salienti sono: fobia di aumentare di peso, abbuffate compulsive, comportamenti di compenso;
- sindrome da abbuffate compulsive (*binge eating disorders*): episodi ricorrenti di abbuffate (assunzione di cibo eccessiva e con perdita di controllo), senza meccanismi di compenso, associati perlopiù ad aumento di peso.

### *empowerment*

Questo termine deriva dal verbo *to empower* che comprende un duplice significato: sia il processo per raggiungere un certo risultato, sia il risultato stesso, cioè lo stato *empowered* del soggetto. È quel "saper fare" e "saper essere" che porta a una condizione di fiducia in sé, capacità di sperimentare e confrontarsi con la realtà circostante.

Si delineano, all'interno della definizione di *empowerment*, tre principali componenti:

- il controllo: percepire di poter controllare e agire sul proprio ambiente;
- la consapevolezza critica: saper osservare l'ambiente e sé in interazione con esso;
- la componente partecipativa: sentirsi parte di un determinato contesto.

### *counseling o counselling?*

Sono due espressioni che fanno riferimento alla matrice del termine, americana nel primo caso, anglosassone nel secondo.

La SICo ha scelto di acquisire la dicitura "originale" proveniente dagli USA in omaggio a Rollo May che per primo scrisse qualcosa di specifico sul counseling e sui counselors. La SICIS ha scelto *counsellor* e *counselling* perché fanno riferimento alla lingua anglosassone.

Per approfondimenti:

SICo (Società italiana di counseling): [www.sicoitalia.it](http://www.sicoitalia.it)

SICIS (Società italiana di counselling a indirizzo sistemico): [www.sicis.org](http://www.sicis.org)

### *counselling sistemico*

Il counselling sistemico è nato alla fine degli anni Ottanta come metodo di intervento professionale utilizzabile all'interno di sistemi complessi (sistema sanitario, sistema dei servizi sociali, sistema giudiziario ecc.) per rendere possibile a singole persone, coppie, famiglie la maggiore autonomia possibile nelle loro scelte e nelle loro decisioni.

Il singolo individuo o parte di un sistema familiare o organizzativo possono infatti incontrare momenti di difficoltà, disorientamento, senso di inadeguatezza dovuti non a patologia, ma a un momentaneo blocco della capacità di cambiamento e di ricerca di un nuovo equilibrio sia individuale sia di sistema.

L'intervento di counselling sistemico mira ad attivare/incentivare le capacità di risposta alle difficoltà e di ricerca di soluzioni creative sia da parte dell'individuo sia da parte del suo sistema.

(Definizione della Società Italiana Counselling sistemico, SICIS, a cura di Giorgio Bert e Silvana Quadrino)

## BIBLIOGRAFIA

La bibliografia è suddivisa per capitoli per facilitare la lettura dei riferimenti e proprio per questo si è scelto di non darle una veste univoca: infatti per il capitolo 2 nel testo si fa esplicito riferimento a fonti bibliografiche che vanno ricollegate al discorso specifico (riferimenti a riviste o studi), per il capitolo 3 si è invece deciso di scrivere in ordine alfabetico tutti i riferimenti consigliati per gli approfondimenti e per la rielaborazione degli argomenti trattati, in quanto non si è intravista l'opportunità di un collegamento a parti specifiche del testo.

In più, per ulteriori approfondimenti relativi alle evidenze di efficacia, sono riportati alcuni riferimenti Internet.

### Bibliografia capitolo 2

1. Tinozzi T, Bo C, Bioletti L, Cossai S, Fanzola IE, Sciancalepore M, Valla A, Spagnoli TD, Sculati O. *Carta stampata e diete: rischi per la salute??* ADI Magazine 2005; 4: 669.
2. Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker HP, Schaefer EJ. *Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone Diets for Weight Loss and Heart Disease Risk Reduction. A Randomized Trial.* JAMA 2005; 293 (1).
3. Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica. *Report Obesity day 2004.* <http://www.obesityday.org/popups/2004.html> (ultimo accesso aprile 2007).
4. Pinelli L, Elerdini N, Faith MS, Agnello D, Ambruzzi A, De Simone M, Leggeri G, Livieri C, Monetti N, Peverelli P, Salvatoni A, Seminara S, Uasone R, Pietrobelli A. *Childhood obesity: results of a multicenter study of obesity treatment in Italy.* J Pediatr Endocrinol Metab 1999; 12 Suppl. 3: 795-799.
5. Sculati O, Spagnoli TD, Sculati M, Formigatti M, Sabbatini A, Bolesina L. *Tecniche innovative per la sorveglianza nutrizionale e l'educazione alimentare: la dietetica per volumi.* Ann Ig 2003; 15: 135-146.
6. Wedman B, Kahan RS. *Diabetes graphic aids used in counseling improve patient compliance.* J Am Diet Assoc 1987; 87: 1672-74.
7. Chambers E 4<sup>th</sup>, Godwin SL, Vecchio FA. *Cognitive strategies for reporting portion sizes using dietary recall procedures.* J Am Diet Assoc 2000; 100: 891-897.
8. Godwin SL, Chambers E 4<sup>th</sup>. *Cognitive Issues and Strategies of Portion-Size Estimation Aid Use in Dietary Studies.* Cooperative Agricultural Research Program Seminar Series, Tennessee State University, Nashville, TN, 1999.
9. United States Department of Agriculture Food and Nutrition Service. *Nibbles for Health: Nutrition Newsletters for Parents of Young Children. Pyramid servings: how much? How many?* <http://www.fns.usda.gov/tn/Resources/nibbles.html> (ultimo accesso luglio 2007).
10. USDA/ARS Children's Nutrition Research Center at Baylor College of Medicine. *Visual aids make "portion sense".* <http://www.kidsnutrition.org/consumer/archives/portioncues.htm> (ultimo accesso luglio 2007).
11. American Dietetic Association, Health link. *Healthy habits for healthy kids. A nutrition and activity guide for parents.* [http://www.healthlink.com/healthy\\_kids/docs/Healthy\\_HabitsHLNK.pdf](http://www.healthlink.com/healthy_kids/docs/Healthy_HabitsHLNK.pdf) (ultimo accesso luglio 2007).
12. National Heart Lung and Blood Institute *Portion distortion Keep an Eye on Portion Size.* Available at: <http://hp2010.nhlbihin.net/portion/keep.htm> (ultimo accesso luglio 2007).

13. Kapur S, Craik FIM, Tulving E, Wilson AA, Houle S, Brown GM. *Neuroanatomical correlates of encoding in episodic memory: levels of processing effects*. Proceedings National Academy of Sciences 1994; 91: 2008-11.
14. McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Bunton AJ, Lohr KN. *Screening and Interventions for obesity in Adults. Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force AHRQ*. Pub. No. 04-0528B, 2003; 1-49.
15. US National Library of Medicine. *Pubmed*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed>.
16. Rao G. *Pediatric Obesity-Related Counseling in the Outpatient Setting*. Ambulatory Pediatrics 2005; 5(6): 377-379.
17. Cuppini A. *Obesità e Weight Cycling Syndrome*. Atti del convegno *Obesità: nuovi percorsi dalla clinica alla terapia integrata*. Bologna, 22 maggio 2004.
18. Task Force Obesità Italia. *LIGIO '99. Linee Guida Italiane Obesità. Identificare, valutare, trattare*. Pendragon, Bologna, 1999.
19. AA.VV. *Obesità, sindrome plurimetabolica e rischio cardiovascolare. Consensus sull'inquadramento diagnostico-terapeutico*. Centro di Studio e Ricerca sull'obesità. Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Precliniche. LITA Vialba, Ospedale L. Sacco, Milano, 2003. <http://www.sio-lombardia.org/php/html/aaaa/ministero/Consensus.pdf> (ultimo accesso luglio 2007).
20. De Pergola G. *Macro-micronutrienti nelle varie formulazioni dietetiche ipocaloriche nel trattamento del paziente obeso*. ADI magazine 2004; (8) 2.
21. Brehm S, Brehm JW. *Psychological Reactance*. New York, Academic Press, 1981.
22. *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. Indagine multiscopo ISTAT 1999-2000. [www.istat.it](http://www.istat.it)
23. Bauer B, Ventura MR. *Oltre la dieta*. Centro Scientifico Editore, Torino, 1998.

## Bibliografia capitolo 3

- Aimetti L. *Giocoliere, mangiafuoco e saltimbanco*. Change, Torino, 2004.
- Alfano A. *La comunicazione della salute nei servizi sanitari e sociali*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2001.
- Artioli G, Montanari R, Saffiotti A. *Counseling e professione infermieristica*. Carocci, Roma, 2004.
- Bandura A. *Il senso di Autoefficacia: aspettative su di sé e azione*. Erickson, Trento, 1997.
- Bandura A. *Autoefficacia: teorie e applicazioni*. Erickson, Trento, 2000.
- Baroncini D, Basevi V, Gangemi M. *La valutazione dell'efficacia del counselling: adottare o adattare le regole dell'Evidence Based Medicine?* Prospettive in Pediatria 2005; 35: 303-308.
- Bert G. *Ma perché non fa quel che le ho detto?* Change, Torino, 2006.
- Bert G, Novara A, Quadrino S. *Il medico di famiglia e le abilità di counselling*. Change, Torino, 2005.
- Bert G, Quadrino S. *Le basi del counselling sistemico*. Change, Torino, 2005.
- Bert G, Quadrino S. *Il medico e il counselling*. II edizione. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1998.
- Bert G, Quadrino S. *L'arte di comunicare. Teoria e pratica del counselling sistemico*. CUEN, Napoli, 1998.
- Bert G, Quadrino S. *Parole di medici, parole di pazienti. Counseling e narrativa in medicina*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2002.
- Di Fabio A, Sirigatti S. *Counseling. prospettive e applicazioni*. Ponte alle Grazie, Milano, 2005.
- Elfort RW, MacMillan HL, Nadine Wathen C. *Counseling for Risky Health Habits: a conceptual framework for primary care practitioners*. Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2001.
- Ferrandes G, Longo E, Tempia Valenta P. *Le emozioni dei malati e dei curanti*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2004.

- Freshwater D. *Le abilità di counselling*. Mc Graw-Hill, Milano, 2004.
- Hough M. *Abilità di counseling. Manuale per la prima formazione*. Erickson, Trento, 2000.
- Gangemi M, Quadrino S. *Il counselling in pediatria di famiglia*. UTET, Milano, 2000.
- Giusti E, Masiello L. *Il Counselling Sanitario. Manuale introduttivo per gli operatori della salute*. Carocci, Roma, 2003.
- Kanizsa S. *L'ascolto del malato*. Guerini, Milano, 2004.
- Miller WM, Rollnick S. *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcool e altre dipendenze*. Erickson, Trento, 2002.
- Miller WM, Rollnick S. *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*. Erickson, Trento, 2004.
- Miglionico A. *Manuale di Comunicazione e Counselling*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2000.
- Mucchielli R. *Apprendere il counseling. Manuale di autoformazione al colloquio di aiuto*. Erickson, Trento, 1987.
- Mulvihill C, Quigley R. *The management of obesity and overweight. An analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches. Evidence briefing*. 1<sup>st</sup> ed. HDA, 2003.
- Pignone MP, Ammerman A et al. *Counseling to promote a healthy diet in adults. A summary of the evidence for U.S. Preventive Service Task Force*. Am J Prev Med 2003; 24: 75-92.
- Prochaska JO, Di Clemente CC. *Stages of change in the modification of problem behaviours*. Sage, Newbury Park, CA, 1992.
- Quadrino S. *Il pediatra e la famiglia, il counselling sistemico in pediatria*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2006.
- Redigolo D, Kaldor K, Magrini R. *Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto*. Rosini Editrice, Firenze, 1994.
- Rollnick S et al. *Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di counseling motivazionale breve*. Erickson, Trento, 2003.
- Sanders P. *Counselling consapevole*. La Meridiana, Molfetta (BA), 2003.
- Task Force Obesità Italia. *LiGIO '99. Linee Guida Italiane Obesità. Identificare, valutare, trattare*. Pendragon, Bologna, 1999.
- Task Force US Preventive Service. *Behavioural Counseling in Primary Care to promote Healthy Diet Recommendations and rationale*. 2001.
- Tatarelli R et al. *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*. Franco Angeli, Milano, 2004.
- Watzlawich P et al. *La pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma, 1971.
- Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith PR, Scott A for the US Preventive Services Task Force. *Screening and Interventions for Childhood Overweight. A Summary of Evidence*. 2005.

## Siti web da consultare

<http://www.pnlg.it/tskfr/cap56.php> (sito Programma Nazionale Linee Guida italiano)

<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf.htm> (sito Task Force USA per la Prevenzione)

<http://www.ctfphc.org/> (sito Task Force Canadese per la Prevenzione)

<http://www.naaso.org> (sito della Società Nordamericana dell'Obesità)

