

**IL “COUNSELLING MOTIVAZIONALE BREVE” NELLA  
PROMOZIONE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE:  
LO STRUMENTO E I SETTING “OPPORTUNISTICI”**



1. Premessa
2. Il contesto
  - 2.1 I determinanti
  - 2.2 Gli atti formali
  - 2.3 Iniziative di formazione
  - 2.4 Esperienze in atto
    - 2.4.1 Studio Sprint
    - 2.4.2 Counselling breve per disassuefazione dal fumo di sigaretta e la promozione sani stili di vita nel setting degli screening oncologici rivolti alla popolazione femminile
    - 2.4.3 Le farmacie
3. Lo strumento
  - 3.1 Definizioni
  - 3.2 Abilità
  - 3.3 Counselling motivazionale breve o minimal advice
4. Cosa dicono le evidenze
  - 4.1 Sana alimentazione
  - 4.2 Attività Fisica
  - 4.3 Fumo di sigaretta
5. I setting opportunistici
  - 5.1 Ambulatorio Vaccinale
  - 5.2 Ambulatorio di certificazioni medico legali
  - 5.3 Screening mammografico e del carcinoma della cervice uterina
  - 5.4 Farmacia
  - 5.5 Ambulatorio del Medico Competente
  - 5.6 Ambulatorio del Medico e Pediatra di famiglia
  - 5.7 Ambulatorio di medicina specialistica
  - 5.8 Consultorio
6. Short message
7. Siti utili

## 1. Premessa

Secondo la definizione dell'OMS<sup>1</sup> “Lo stile di vita consiste in un modo di vivere impostato secondo modelli di comportamento identificabili, che sono frutto dell'azione reciproca delle caratteristiche proprie di un individuo, delle interazioni sociali con le condizioni di vita di carattere socioeconomico e ambientale. Questi modelli di comportamento vengono continuamente interpretati e vagliati in situazioni sociali diverse e non sono quindi immobili, bensì soggetti al cambiamento.”

E' su tale *potenzialità* di cambiamento che si fondano gli interventi di prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e di promozione della salute e che vengono realizzati in Regione Lombardia<sup>2</sup>.

In questo ambito, il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, (D.g.r. n. IX/1175 del 29 dicembre 2010), prevede l'attuazione di azioni integrate, interdisciplinari ed intersettoriali, con un approccio che guarda alla persona ed alle comunità come fenomeni complessi e che, come tali, necessitano di risposte articolate, coordinate e non settoriali.

Il livello regionale svolge un ruolo di indirizzo e governance mentre la strutturazione dei programmi è in capo all'autonomia delle Aziende Sanitarie Locali che annualmente predispongono i “Piani Integrati locali degli Interventi di Promozione della Salute”<sup>3</sup> che rappresentano lo strumento di programmazione degli interventi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute e sono predisposti in un'ottica di integrazione istituzionale, gestionale ed operativo - funzionale interna, nell'ambito della più generale attività di programmazione aziendale, al fine di consentire un effettivo e misurabile “guadagno di salute” nella popolazione.

Agli operatori impegnati in tali interventi, sono quindi richieste specifiche competenze comunicativo-relazionali per rendere efficace l'azione a supporto del cambiamento e all'apprendimento di nuovi comportamenti da parte dei cittadini/utenti.

Il counselling motivazionale breve in contesti sanitari opportunistici è una tecnica semplice, efficace e trasferibile da diffondere ed utilizzare nell' ambito del sistema sanitario regionale.

In tal senso il presente documento si propone di fornire indicazioni utili a rendere omogenee le modalità di approccio ed i contenuti sul territorio regionale.

---

<sup>1</sup> Glossario Promozione della Salute – WHO 1998

<sup>2</sup> “Promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute e prevenzione di fattori di rischio comportamentali – Scheda informativa sul counselling motivazionale”, Regione Lombardia, DG Sanità, UO Governo della Prevenzione e Tutela Sanitaria, 2010 - [www.promozionesalute.regione.lombardia.it](http://www.promozionesalute.regione.lombardia.it)

<sup>3</sup> “Promozione di stili di vita favorevoli alla salute negli ambienti di lavoro: indicazioni alle ASL per lo sviluppo di programmi efficaci e sostenibili”, Regione Lombardia DG Sanità, UO Governo della Prevenzione e Tutela Sanitaria - D.d.s. n. 1186 del 11.12.2012 - [www.promozionesalute.regione.lombardia.it](http://www.promozionesalute.regione.lombardia.it)



## 2. Il Contesto

### 2.1 I determinanti

Le malattie cronico degenerative hanno in comune determinanti di rischio individuale noti, in gran parte attribuibili a comportamenti non salutari, quali cattive abitudini alimentari, sedentarietà, tabagismo, che comportano l'utilizzo, per la loro diagnosi e cura, di una quota ingente di risorse.

Detti determinanti mostrano nella nostra Regione una distribuzione complessivamente più favorevole rispetto al livello nazionale, pur con alcuni aspetti da monitorare e sono ben descritti nel Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012<sup>4</sup>.

In particolare si evidenziano:

- livelli di obesità-sovrappeso di poco inferiori a quelli nazionali, con la necessità di migliorare soprattutto in alcune aree del sud della regione;
- allattamento al seno non ancora in linea con le raccomandazioni internazionali OMS - Unicef, pur mostrando un trend in crescita dei tassi di prevalenza;<sup>5</sup>
- abitudine diffusa alla pratica sportiva e all'attività fisica;
- tendenza al consumo di alcool fuori pasto;
- tendenza complessiva alla riduzione del fumo con valori inferiori rispetto a quelli nazionali di riferimento, tranne che per il genere femminile, dove si rileva uno scostamento rispetto al trend generale in diminuzione; il fenomeno è particolarmente evidente nella fascia d'età compresa dai 15 ai 34 anni.

### 2.2. Gli atti formali

Regione Lombardia, nell'ambito del processo di riorientamento delle attività di promozione della salute agito da alcuni anni e ben descritto nell'allegato 5A della d.g.r. IX/2734/2011<sup>6</sup>, ha fornito linee di indirizzo da declinare nel concreto attraverso:

- individuazione delle priorità, a partire dall'analisi dei contesti;
- attuazione di azioni sostenibili ed efficaci;
- valutazione del processo e dell'outcome.

Con specifico riferimento all'utilizzo dello strumento "*counselling motivazionale breve in contesti sanitari opportunistici*" il già citato Piano Regionale della Prevenzione 2010 - 2012 prevedeva:

- sviluppare iniziative, a carattere sperimentale, tese a valutare impatto ed esito dell'inserimento del counselling motivazionale breve nei momenti di accesso ai servizi sanitari da parte delle donne;
- offrire formazione al counselling motivazionale breve orientato al cambiamento di comportamenti, con specifica attenzione alla riduzione del tabagismo nel target femminile sia in contesti sanitari opportunistici che in ambito lavorativo.

Le indicazioni sono state recepite nell'ambito delle regole di esercizio 2010, 2011 e 2012 [realizzazione di almeno un programma di comunicazione (counselling motivazionale breve), d'intesa con soggetti sanitari del territorio su stili di vita salutari e cessazione dell'abitudine al fumo nell'ambito dei percorsi di screening e/o dei percorsi nascita].

<sup>4</sup> "Piano regionale per la prevenzione 2010 – 2012" D.g.r. n. IX/1175 del 29 dicembre 2010  
[www.sanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/525/303/PRP%20RL%20All.%201%20DGR%20IX\\_1175%20del%2029\\_12\\_2010.pdf](http://www.sanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/525/303/PRP%20RL%20All.%201%20DGR%20IX_1175%20del%2029_12_2010.pdf)

<sup>5</sup> "Prevalenza, esclusività e durata dell'allattamento al seno in regione lombardia – ottobre 2012"  
<http://www.sanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/37/591/Report%20allattamento%20RL%202012.pdf>

<sup>6</sup> "Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale"  
[www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale\\_P&childpagename=DG\\_Sanita%2FDetail&cid=1213485646284&packedar gs=NoSlotForSitePlan%3Dtrue&pagenam=DG\\_SANWrapper](http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_Sanita%2FDetail&cid=1213485646284&packedar gs=NoSlotForSitePlan%3Dtrue&pagenam=DG_SANWrapper)



### 2.3. Iniziative di formazione

Mentre la gestione del counseling è oggetto di uno specifico percorso formativo attraverso il quale si ottiene il titolo di counselor (in Italia le scuole per “counselor” sono articolate su un programma triennale), l’acquisizione di competenze di counseling motivazionale breve permette a tutti i professionisti sanitari di riflettere sul proprio stile comunicativo e far fronte con maggiore consapevolezza e con strumenti più adeguati ai momenti comunicativi di maggiore impegno, che sono parte integrante del loro intervento professionale e non possono essere delegati ad altri.

Una adeguata formazione degli operatori è un “fattore di efficacia” per gli interventi: nel caso della cessazione dal fumo, l’efficacia dei trattamenti può addirittura quintuplicare<sup>7</sup> se essi sono condotti da operatori formati, rispetto a quelli condotti da operatori che non hanno ricevuto una formazione ed un training specifico.

Gli obiettivi della formazione in ambito motivazionale sono rivolti a:

- *Costruire uno stile di comunicazione empatico e non giudicante*
- *Migliorare le capacità di ascolto riflessivo e di aggancio da parte degli operatori*
- *Implementare le competenze di conduzione di un colloquio su temi focalizzati*
- *Aumentare le abilità nel fornire informazioni corrette e contestualizzate, pianificare gli obiettivi di cambiamento comportamentale, usare strategie di problem solving e sostenere la motivazione del paziente nel tempo.*

Gli approcci formativi possono variare in modo molto elevato, a seconda dei contesti e degli stili di conduzione e delle scuole di riferimento dei formatori (esperti qualificati).

I modelli di formazione che mostrano una maggior efficacia<sup>8 9 10</sup> sono caratterizzati da:

1. sessioni ripetute (naturalmente condotte da esperti);
2. approccio didattico di tipo esperienziale, con sessioni di role playing e metodi attivi;
3. incontri di supervisione periodici;

Pertanto, in coerenza con il dettato degli atti formali citati, a supporto degli obiettivi e per la disseminazione della tecnica del counseling motivazionale breve come strumento per la promozione di stili di vita sani e riduzione dell’abitudine tabagica, nel biennio 2011-2012 sono state realizzate numerose iniziative formative, sintetizzate in tabella 1<sup>11</sup>, allo scopo di sviluppare negli operatori conoscenze e competenze utile ad agire un approccio il più possibile standardizzato.

---

<sup>7</sup> Clinical Practice Guideline, Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 Update

<sup>8</sup> Sinclair HK, Bond CM, Lennox AS, et al. Training pharmacists and pharmacy assistants in the stage-of-change model of smoking cessation: a randomised controlled trial in Scotland. *Tob Control* 1998;7:253-61

<sup>9</sup> Rubak S et al., Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis., *Br J Gen Pract.* 2005 Apr;55(513):305-12.

<sup>10</sup> Forsberg L et al Clinician acquisition and retention of Motivational Interviewing skills: a two-and-a-half-year exploratory study. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2010 May 13;5:8.

<sup>11</sup> <http://www.ecm.regione.lombardia.it/>

Tabella 1

Sintesi iniziative di formazione in tema di counselling motivazionale breve nel biennio 2011 - 2012

2011	DG Sanità	Il counselling breve per la promozione di sani stili di vita nell' ambito della prevenzione oncologica. Primo confronto sulle esperienze in atto e prospettive di trasferibilità in Regione Lombardia
	ASL LO	Approfondimento esperienziale sul Counseling Sanitario Motivazionale
	ASL MI2	Formazione al counseling motivazionale – mamme libere dal fumo
	ASL PV	Il Counselling Breve Motivazionale come strumento di modifica di abitudini di vita, quali il tabagismo, e promozione di stili di vita salutari
	ASL CO	Tecniche di minimal advice e counseling sul tabagismo con particolare riferimento al target femminile
	ASL BS	Elementi di comunicazione efficace e laboratorio di counseling
	ASL MI	Pdta Obesità – Abilità di counselling breve
	ASL VCS	Il counselling motivazionale breve nella promozione degli stili di vita
	ASL SO	Tecniche di counselling breve per promuovere la disassuefazione dal fumo di tabacco
ASL BG	Libera dal Fumo : stato di avanzamento, counselling motivazionale e minimal advice per le figure coinvolte	
2012	DG Sanità	Il counselling breve per la promozione di sani stili di vita in contesti sanitari opportunistici. Risultati di esperienze in atto in Lombardia e prospettive di trasferibilità
	ASL MI1	Tecniche di counselling breve per disassuefazione da fumo e la promozione di stili di vita sani in ambienti di lavoro ed in contesti sanitari opportunistici
	ASL VCS	Il counselling motivazionale breve negli stili di vita e nella cessazione da fumo in regime di ricovero ed ambulatoriale
	ASL PV	Il counselling breve motivazionale come strumento di modifica di abitudini di vita, quali il tabagismo, e promozione di stili di vita salutari
	ASL SO	Il counselling nel contesto di gruppo (convegno e corso)
ASL PV	Recall e Approfondimento sulla metodologia del counselling breve motivazionale come strumento di modifica di abitudini di vita, quali il tabagismo, e promozione di stili di vita salutari	

## 2.4. Esperienze in atto

Da alcuni anni sono in atto esperienze significative, in ambito nazionale e regionale, volte a valutare la trasferibilità operativa dello strumento counselling motivazionale breve nell'ambito della attività sanitaria corrente, che di seguito sinteticamente si sintetizzano.

### 2.4.1 Studio Sprint

Lo Studio SPRINT<sup>12</sup> è un trial di intervento multicentrico condotto in aree della Toscana, Piemonte e Lombardia finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Progetto Integrato oncologia del 2006 sull'efficacia e opportunità di introdurre procedure di prevenzione primaria nell'ambito dell'attività routinaria di screening del cervico-carcinoma. Obiettivo dello studio era quello di valutare l'efficacia di un counselling motivazionale breve, condotto da ostetriche formate, per la dismissione da fumo, modifica delle abitudini alimentari ed aumento della attività fisica, in donne fumatrici rispondenti allo screening per la prevenzione del cancro della cervice uterina. L'intervento, condotto su 1100 donne fumatrici tra i 25 ed i 64 anni di età ha mostrato che un intervento condotto da personale formato, in questo setting, su donne in stadio di contemplazione produce probabilità di astensione a sei mesi doppia rispetto ai controlli (OR 2.1, IC 95%).

### 2.4.2 Counselling breve per disassuefazione dal fumo di sigaretta e la promozione sani stili di vita nel setting degli screening oncologici rivolti alla popolazione femminile. RTC in Lombardia.

Contemporaneamente alla attivazione del sopracitato studio nazionale è stato avviato un RTC, finanziato da Regione Lombardia nell'ambito dei progetti approvati dalla Commissione Oncologica regionale, finalizzato a verificare la trasferibilità operativa del counselling motivazionale breve per la cessazione da fumo, la modifica delle abitudini alimentari ed aumento della attività fisica, in donne fumatrici rispondenti allo screening del cancro della cervice uterina e della mammella. Allo studio hanno contribuito i programmi di screening mammografico dell'ASL Milano1 e Lecco ed il programma di screening del carcinoma della cervice uterina dell'ASL di Mantova che contestualmente ha contribuito ad arruolare donne per lo Studio Sprint precedentemente citato. Sono state complessivamente arruolate 2304 donne, randomizzate in tre bracci di intervento, come descritto nella tabella 2.

Tabella 2 – Risultati preliminari ( novembre 2012)

Braccio di intervento	ingresso	6 mesi	non fumatrici a 6 mesi	% cessazione a 6 mesi	1 anno	non fumatrici a 12 mesi	% cessazione a 12 mesi
A) consegna opuscolo	768	708	58	8,19	645	73	11,32
B) counseling fumo + opuscolo	786	716	51	7,12	677	77	11,37
C) counseling fumo, attività fisica e nutrizione + opuscolo	750	704	63	8,95	645	91	14,11
B + C	1536	1420	114	8,03	1322	168	12,71
TOTALE	2304	2128	172	8,08	1967	241	12,25

*I dati di follow up a 12 mesi, a novembre 2012, sono completi all' 85%.*

<sup>12</sup>[http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale\\_P&childpagename=DG\\_Sanita%2FDetail&cid=1213564100359&pagename=DG\\_SANWrapper](http://www.sanita.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Redazionale_P&childpagename=DG_Sanita%2FDetail&cid=1213564100359&pagename=DG_SANWrapper)

Risultati preliminari, in fase di validazione, mostrano differenze significative tra il valore del tasso di astensione a sei e dodici mesi per tutti i bracci indagati.

In particolare, con le cautele del caso, si segnala il tasso di astensione dichiarato a 12 mesi pari 12.25% vs. una stima del tasso di cessazione spontanea intorno al 3% .

Ad oggi globalmente grazie al progetto 241 donne dichiarano una astinenza che perdura da 12 mesi.

In merito alla trasferibilità operativa, nell' attesa del report conclusivo e visti i risultati preliminari degli stati di avanzamento presentati in diverse occasioni <sup>13</sup> <sup>14</sup> <sup>15</sup>, considerate anche altre esperienze lombarde condotte in altri setting, come più sopra esplicitato, le indicazioni sono state recepite nell' ambito delle regole di esercizio 2010, 2011 e 2012 [realizzazione di almeno un programma di comunicazione (counselling motivazionale breve), d'intesa con soggetti sanitari del territorio su stili di vita salutari e cessazione dell' abitudine al fumo nell' ambito dei percorsi di screening ne /o dei percorsi nascita].

### **2.4.3 Counselling breve per la disassuefazione dal fumo di sigaretta e la promozione di sani stili di vita nel setting farmacie.**

L'iniziativa "Valorizzazione del ruolo del farmacista per promuovere l'adozione responsabile e sostenibile di comportamenti favorevoli alla salute" è l'esito di un Accordo<sup>16</sup> siglato nel 2012 tra Regione Lombardia e Federazione degli Ordini Provinciali dei Farmacisti, Federfarma, Assofarma e la Società Italiana di Tabaccologia, finalizzato a verificare la trasferibilità operativa del counselling motivazionale breve per la cessazione da fumo, la modifica delle abitudini alimentari ed aumento della attività fisica in un contesto opportunistico sanitario come quello della farmacia, individuata come punto strategico di contatto "privilegiato" tra professionisti della salute ed una fascia di popolazione sana.

A tal fine, è stata attuata una sperimentazione in 4 territori (Mantova, Monza e Brianza, Sondrio e Vallecambonica Sebino) coordinata localmente dalle rispettive ASL.

Il percorso formativo che ha coinvolto i farmacisti, propedeutico all'avvio del progetto, come nell' esperienza descritta nel paragrafo precedente, ha rappresentato lo strumento di standardizzazione rispetto alle tecniche comunicative ed ai contenuti.

Nell' ambito del progetto al farmacista sono state attribuite diverse possibilità di intervento:

- a) intervento occasionale (ad accesso singolo) per la cessazione da fumo di tabacco per la modifica delle abitudini alimentari e per l'aumento della pratica dell'attività fisica;
- b) intervento multistep (ad accesso ripetuto) sulla cessazione dell'abitudine tabagica;
- c) invio al Medico di Famiglia (preventivamente coinvolto) per intervento multistep e prescrizione del farmaco antitabagico ;
- d) invio al Centro per il Trattamento del Tabagismo (CTT) (preventivamente coinvolto) in caso di forte dipendenza.

Hanno partecipato attivamente al progetto 46 su 89 farmacisti formati. Sono state complessivamente "contattate" 1.152 persone in tema di cessazione dell' abitudine tabagica, di

---

<sup>13</sup> "L' esperienza lombarda nell' ambito delle politiche regionali di promozione di sani stili di vita" comunicazione al Convegno " Studio Sprint Il counselling per la disassuefazione al fumo e la acquisizione di una adeguata attività fisica" Firenze – ISPO – 30 settembre 2010 [http://www.ispo.toscana.it/public/user\\_files/formazione/2010/corsi/corso\\_disuasuefazione\\_fumo/3\\_MARIA\\_ELENA\\_PIROLA.pdf](http://www.ispo.toscana.it/public/user_files/formazione/2010/corsi/corso_disuasuefazione_fumo/3_MARIA_ELENA_PIROLA.pdf)

<sup>14</sup> Il Counselling Breve per la promozione di stili di vita sani nell' ambito della prevenzione oncologica" Convegno Regionale - Milano, 3 maggio 2011 – SDS 11027/AE

<sup>15</sup> Counselling breve per disassuefazione da fumo di sigaretta nel setting degli screening oncologici rivolti alla popolazione femminile: RCT in Regione Lombardia" - Poster P33 Il Manifestazione Nazionale del Programma Guadagnare Salute - Venezia, 21-22 giugno 2012 [http://www.iss.it/binary/publ/cont/12\\_C4.pdf](http://www.iss.it/binary/publ/cont/12_C4.pdf)

<sup>16</sup> "Approvazione dell'Accordo con la Federazione degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia, Federfarma Lombardia, Assofarm/Confservizi Lombardia e la Società Italiana di Tabaccologia", DGR 2593/2011;

queste, 784 sono state sottoposte ad un intervento occasionale e 368 un intervento multistep; 55 fumatori sono stati inviati dal farmacista al proprio medico di famiglia e 74 al CTT.

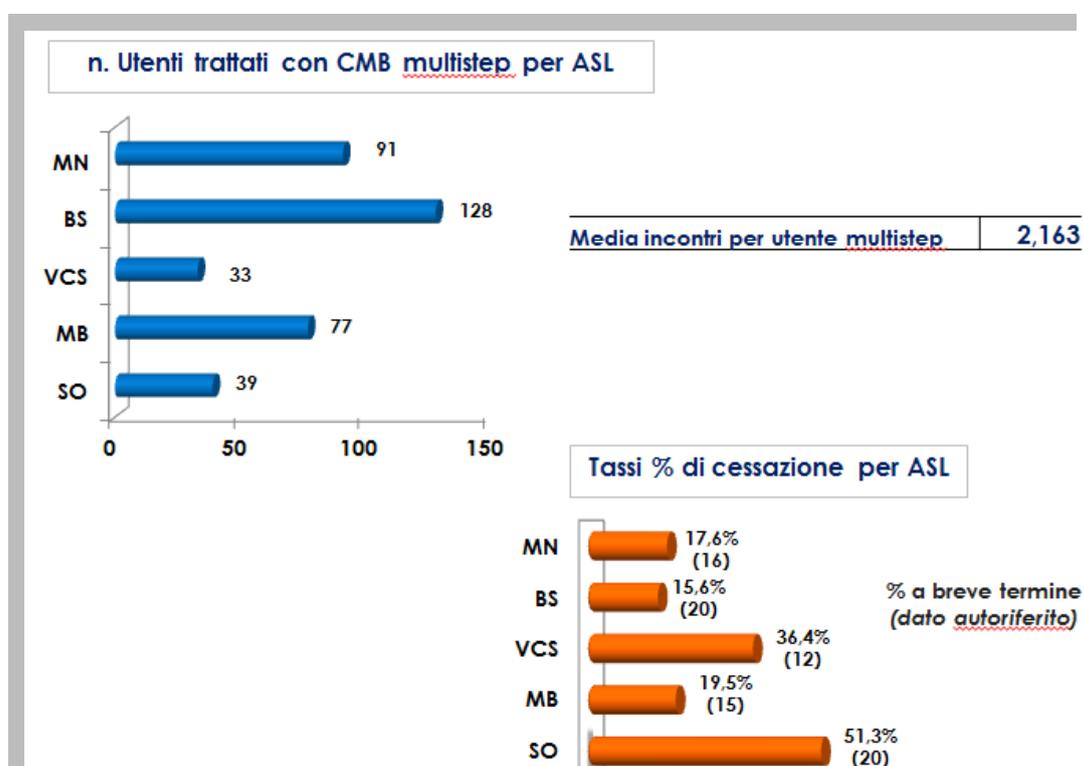
Pur in assenza di un follow up strutturato, considerato che la media di incontri per utente è stata di 2,2, l'esperienza documenta tassi di astensione (autoriferita) pari al 22,6%.

Gli interventi motivazionali brevi sulla promozione di uno stile di vita attivo e di una sana alimentazione hanno riguardato 1.989 persone

L'indagine finale condotta presso i farmacisti per individuare elementi facilitanti/ostacolanti l'attività ha attribuito al poco tempo a disposizione (44%), alla difficoltà degli utenti a tornare (16%), allo scarso interesse dei fumatori (8%) ed alle carenze di personale dedicato i principali elementi di criticità. Al contrario sono state vincenti azioni quali l'individuazione di un referente di attività e la rimodulazione di spazi dedicati (18%), oltre all' apprezzamento della formazione quale stimolo in termini di professionalità propria e dei collaboratori (15%).

La figura 1 mostra attività e risultati per singola ASL.

Figura 1



### 3. Lo strumento

#### 3.1 Definizioni

I dati più recenti sulla prevalenza di malattie degenerative come quelle cardiovascolari e oncologiche mettono in risalto il ruolo protettivo di “stili di vita salutari”. La diffusione di abitudini che promuovono la salute è influenzata da una corretta informazione e dal diffondersi di una maggiore cultura della promozione della salute. Gli operatori sanitari rivestono, in quest’ottica, un ruolo determinante: ognuno dei diversi contesti operativi in cui si trovano ad operare può fornire l’opportunità di informare gli utenti sul ruolo dei fattori di rischio, verificare la presenza di abitudini di vita poco favorevoli alla salute, identificare le possibilità di cambiamento in senso positivo e motivare al cambiamento.

L’efficacia di tali interventi è legata alle competenze nel campo della comunicazione e della gestione della relazione che i professionisti hanno acquisito.

Il **counseling**, al di là dei diversi modelli e scuole di pensiero che lo caratterizzano e dei numerosi campi applicativi, può essere definito<sup>17</sup> come un processo di dialogo attraverso il quale il *consulente* aiuta il *consultante* a valutare i suoi comportamenti (*problem analysis-help*), a formulare strategie realistiche e personalizzate per la modifica dei comportamenti a rischio (*decision making help*) e a gestire il disagio emotivo creato dal cambiamento (*psychological-help*).

Il pensiero che sta dietro l’approccio del counseling trova il suo fondamento nello spostamento dei ruoli tradizionali in cui la *relazione è di tipo gerarchico e top -down* (chi sa molto/chi sa poco; chi prescrive/chi esegue la prescrizione; professionista/ “paziente”).

Il professionista entra in una dinamica paritaria con l’interlocutore, che si definisce più correttamente “cliente”, in quanto persona che sta all’interno di un contratto in cui i due esprimono entrambi competenze diverse, ma di uguale dignità, ciascuno col proprio ruolo.

Il *counselor* è un operatore che si allea col cliente, concorda con lui gli obiettivi, gli strumenti e le tappe del percorso, fornendo sostegno e aiuto.

Nel suo lavoro egli mette al centro il cliente, opera per aumentare la sua motivazione intrinseca, senza alcuna forzatura, aiutandolo di volta in volta ad esplorare i suoi punti critici, riconoscere l’ambivalenza, risolverla nella direzione concordata.

Tutto ciò si basa su alcune abilità che chi fa interventi motivazionali deve possedere e che vanno sviluppati attraverso la formazione, il training, un continuo lavoro di consapevolezza sul proprio stile di comunicazione.

Il **counseling motivazionale** è uno stile di relazione che, all’interno di una atmosfera empatica, di accoglimento e comprensione, è orientato a favorire il superamento delle difficoltà di adattamento che la persona presenta o di affiancarla e sostenerla nella modificazione di uno stile di vita divenuto problematico, in quanto non salutare.

La cornice teorica di riferimento è il Colloquio Motivazionale definito dai suoi principali autori Miller e Rollnick <sup>18</sup> “*un metodo centrato sulla persona, a direzione attiva, per accrescere le motivazioni personali al cambiamento esplorando e risolvendo l’ambivalenza*”.

Il metodo<sup>19</sup> sviluppa due aspetti distinti e complementari:

- è “centrato sulla persona”, avendo come punto di partenza essenziale la comprensione della “visione” del mondo di chi chiede aiuto; al centro del percorso di counseling viene posta la persona, le sue rappresentazioni e i suoi vissuti, le sue potenzialità e i suoi valori.

---

<sup>17</sup> Bollettino OMS “Skills for life” n. 1, 1992 citato in P. Marmocchi, C. Dall’Aglio e M. Tannin, “ Educare le life skills”, Presentazione – Erickson 2004

<sup>18</sup> W. Miller, S. Rollnick, Il Colloquio Motivazionale, Edizioni Erickson, TN, 2004.

<sup>19</sup> Associazione Italiana Formatori al Colloquio Motivazionale - <http://www.colloquiomotivazionale.it>



- è “a direzione attiva” nel senso che impiega tecniche specifiche per attivare i cambiamenti e le trasformazioni desiderabili e necessarie per la persona, utilizzando attivamente sue risorse.

Da questa scuola e da questo modello teorico derivano interventi più brevi che applicano competenze comunicative e relazionali nei contesti più diversi e che possono essere utilizzate anche da operatori non psicologi.

Il **counseling motivazione breve** (anche chiamato **minimal advice o brief advice**)<sup>13</sup> è dunque una particolare applicazione del colloquio motivazionale sviluppato per adattarsi a setting informali o a situazioni in cui il tempo a disposizione per l'incontro è breve, che consiste nella costruzione e trasmissione di messaggi brevi in stile “motivazionale”, focalizzati su temi specifici, condotti con tecniche collaudate che permettono di facilitare l'adesione a messaggi positivi e stimoli di miglioramento degli stili di vita.

### 3.2 Abilità

Stando a Miller <sup>12</sup>, esistono quattro pilastri del counseling, che sono così riassumibili:

1. *Esprimere empatia*
2. *Aumentare la frattura interiore*
3. *Accogliere e utilizzare le resistenze*
4. *Sostenere l'autoefficacia*

Fare del counseling significa imparare ad entrare strategicamente nei meccanismi decisionali delle persone, aiutandoli ad esplorare, a progettare ed attuare cambiamenti in favore della propria salute, rimuovendo ostacoli cognitivi, emozionali, relazionali che li bloccano ed individuando e potenziando le risorse personali (empowerment) e sociali che le persone hanno a disposizione.

Per realizzare tutto ciò l'operatore deve essere in grado di comprendere ciò che l'interlocutore prova ed esprime sul piano delle emozioni.

Questo significa “entrare nel pathos dell'altro”, saper ascoltare, saper favorire la comunicazione con domande aperte e ben indirizzate, e quindi esprimere vicinanza e comprensione attraverso le parole e la comunicazione non verbale.

In una parola, tutto ciò si può condensare nella necessità di provare e poi “*esprimere empatia*”. Esprimere empatia non significa però identificarsi con l'altro ma comprenderne e accettarne le emozioni e i punti di vista.

Un'altra abilità necessaria è quella di *aumentare la frattura interiore*, intesa come la discrepanza che il cliente avverte già tra ciò che si dovrebbe fare e ciò che si riesce concretamente a fare rispetto ad un obiettivo di salute.

Ciò significa che per ciascuna persona va individuata una “chiave” motivazionale specifica, va valutato il motivo per cui per lui può valere la pena di mettersi in gioco (es. la stima dei figli, una motivazione estetica, ecc...) e vanno utilizzate le motivazioni intrinseche per ampliare questa frattura, che è uno dei fattori predisponenti al cambiamento.

Importante è evitare di cadere nella trappola della persuasione, indicando direttamente al paziente i benefici del cambiamento perché questo innesca un circolo vizioso snervante e poco proficuo.

Infatti cambiare le proprie abitudini è molto difficile ed è un processo che richiede tempo ed energie.

Le *resistenze* che le persone manifestano non debbono quindi essere considerate degli ostacoli da superare: costituiscono segnali da decodificare, ascoltare e accogliere come un aspetto naturale e



inevitabile del processo di cambiamento e una fonte importante di informazioni riguardo l'esperienza soggettiva della persona.

L'ambivalenza che ne deriva fornisce informazioni importanti sulle speranze, sui desideri, sulle paure del soggetto legati al cambiamento: paura di fallire, di dover rispondere a nuove richieste, di dover assumere responsabilità, paura della novità o dell'imprevisto.

Un operatore che ha buone competenze relazionali può utilizzare queste resistenze per riorientarle, attraverso "chiarimenti", "riformulazioni", e "focalizzazioni" al fine di trasformarle in energia positiva che si dirige verso l'obiettivo concordato.

Il non insistere sulla necessità di sciogliere la resistenza e cambiare è spesso l'elemento che favorisce la riduzione della resistenza stessa.

Il *sostegno alla autoefficacia*, alla fiducia che il paziente ha nella possibilità di farcela è lo strumento fondamentale per facilitare questo processo.

I professionisti che operano nella sanità possono produrre un grande guadagno di salute contribuendo ad aumentare l'autoefficacia dei loro assistiti.

Per fare ciò il cliente deve sentirsi accolto nella sua unicità, non giudicato, ascoltato. Si tratta di far capire al paziente che egli è in grado di cambiare con successo, possedendo già dentro di sé le risorse necessarie per realizzare il cambiamento desiderato, si tratta solo di "organizzare" in maniera efficace tali risorse e sostenerle a lungo termine.

### 3.3 Counselling motivazionale breve o minimal advice

Il *counseling motivazione breve*, come più sopra esplicitato, è dunque un intervento comunicativo di pochi minuti (3-7min) che utilizza i principi teorici del counselling motivazionale; servono le stesse abilità di base richieste per interventi più lunghi.

La capacità di porre domande aperte su aree strategiche, le abilità di ascolto, di individuazione delle chiavi motivazionali e la possibilità di fornire brevi messaggi, ma chiari e ben orientati permettono di rendere molto efficace questo tipo di intervento.

In alcuni settori specifici, come l'approccio ai fumatori, sono stati sviluppati e collaudati schemi di minimal advice strutturati, che hanno fornito risultati apprezzabili rispetto alla percentuale di persone che sono state motivate a smettere di fumare e successivamente ci sono riuscite.

Approcci analoghi sono attuabili anche nel campo delle abitudini alimentari e dell'attività fisica.

Proprio perché si tratta di interventi molto brevi, essi sono da considerare "*opportunistici*", ossia da *fornire tutte le volte e lì dove se ne presenta l'opportunità* e gli ambiti di applicazione sono i più disparati: visite periodiche in ambito lavorativo, visite ambulatoriali, esecuzione di screening oncologici etc...

Lo schema messo a punto per il tabagismo, utilizzabile anche per altri determinanti (sana alimentazione ed attività fisica) prevede l'articolazione del contatto in quattro fasi.<sup>20</sup>

1. *Chiedere*
2. *Ascoltare*
3. *Consigliare*
4. *Concludere*

**Chiedere** informazioni rispetto a uno stile di vita è l'elemento fondamentale che implica un cambiamento di prospettiva nell'operatore.

---

<sup>20</sup> B.Tinghino, "Stili di vita e tabagismo, strumenti di counselling per motivare al cambiamento" Il Pensiero Scientifico, 2012.



Egli infatti si assume la responsabilità di occuparsi non solo del problema specifico che ha condotto una persona nel suo contesto clinico, ma della sua salute in generale.

Chiedere a una persona “fuma?”, “fa attività fisica?” “come mangia abitualmente?” è rilevante quanto misurarne la pressione arteriosa, il peso o l'altezza.

Altre domande decisive sono quelle che sondano la disponibilità al cambiamento: “Ha mai pensato di smettere di fumare?”, “Pensa di poter provare a muoversi di più?”, “Pensa di poter modificare le proprie abitudini alimentari?”.

Questo approccio permette alla persona di comprendere che l'operatore è interessato alla sua salute, in generale, e lo può indurre a riflettere e a confrontarsi con il professionista su scelte apparentemente “private”, come quelle inerenti lo stile di vita, le abitudini, i tentativi di cambiamento e le difficoltà incontrate.

**Ascoltare** è un'altra fase importante, se è praticata senza pregiudizi (con attenzione costante al “che cosa altro....?”), in modo genuino ed autentico, in una parola “empatico”. In pochi minuti non si possono risolvere problemi, ma se l'operatore riesce ad *individuare una “chiave motivazionale significativa”* per quella persona, può allora fornire un consiglio, non generico, ma mirato al bisogno specifico, focalizzato sull'area di interesse che probabilmente può motivare quella persona.

**Consigliare**, dare un esito, riconoscerlo e restituirlo al paziente, *fornire delle alternative* è l'ultimo passo fondamentale di un intervento breve ben condotto. Significa poter aprire uno spiraglio di cambiamento, indicando un indirizzo, un servizio o una possibilità di sostegno alla persona, così che egli esca dall'incontro con un atteggiamento più consapevole rispetto alle risorse interne o esterne che si possono attivare.

**Concludere**, sintetizzando brevemente quanto detto, rimarcando le azioni concretamente attuabili, ribadire la propria disponibilità e, se possibile, pianificare un successivo incontro.

Importante è dunque effettuare interventi brevi, semplici, comprensibili, che forniscano concreti elementi di miglioramento dello stile di vita applicabili nei diversi ambiti in cui la persona vive.

A titolo esemplificativo quando l'intervento di counselling breve si svolge in un contesto in cui il protagonista è un bambino bambino, si rivolge in realtà a tutta la famiglia; analogamente, l'intervento nei confronti di un adulto deve essere orientato a modificare anche le scelte di chi vive con lui.

Negli interventi di promozione della salute rivolti alla popolazione, occorre infatti tener sempre presente che le persone sono inserite in contesti complessi e che le conoscenze, la consapevolezza in merito ai benefici, la disposizione psicologica e le motivazioni relative agli stili alimentari, alla pratica di attività fisica e al fumo sono influenzate da una serie complessa di fattori di ordine sociale, economico e culturale.

Il minimal advice può essere strutturato utilizzando le occasioni che più frequentemente si presentano, in rapporti ai setting specifici, come più oltre seguito esemplificato.

## 4. Cosa dicono le evidenze

### 4.1 Sana Alimentazione

Un lavoro di Carpacci e altri<sup>21</sup> nell'ambito del programma europeo "Interventi per promuovere sane abitudini alimentari: valutazione e raccomandazioni", noto come "Eatwell", ha selezionato più di cento politiche analizzandone la valutazione di impatto ed evidenziando l'efficacia di interventi educazione alimentare e di counselling.

Studi evidenziano risultati ottenuti attraverso il counselling breve nell'ambito di cambiamenti negli stili di vita, in relazione alle abitudini alimentari, alla promozione dell'esercizio fisico, con particolare riferimento al target femminile, all'abuso di alcol<sup>22</sup>.

Altri lavori hanno inoltre dimostrato l'efficacia del minimal advice, in relazione a modifiche di abitudini alimentari, nel contesto di programmi di screening del cancro colonrettale<sup>23</sup>.

Diversi Autori mettono in evidenza la relazione tra rischio di sindrome metabolica e lo stato nutrizionale, inteso non tanto come consumo di singoli alimenti, bensì come stile di vita globale e familiare: la regolarità degli orari di assunzione dei pasti, il consumo della colazione, l'aderenza alla "dieta mediterranea", il luogo di consumo, l'acquisto di pasti pronti o l'abitudine di cucinare a casa propria, la propensione a consumare cibi più o meno ricchi in grassi e zuccheri semplici, la presenza di alimenti protettivi<sup>24</sup>.

Si evidenzia anche come lo stato nutrizionale dei bambini sia da correlare allo stile alimentare dei loro genitori, nonché allo stato socioeconomico della famiglia o del gruppo sociale di appartenenza del soggetto<sup>25</sup>.

E' interessante osservare come la famiglia o il gruppo sociale cui l'individuo appartiene siano in grado di influenzare, in modo sia positivo che negativo, le abitudini alimentari e lo stato di salute del singolo<sup>26</sup>. Un articolo sottolinea il ruolo positivo dovuto alla cura di piccoli orti casalinghi rispetto all'abitudine dei bambini ad assumere vegetali nella dieta<sup>27</sup>.

Nella comunicazione con gli utenti per la promozione di sani stili di vita, risulta più accettabile la sottolineatura del ruolo degli alimenti "protettivi" anziché l'insistenza sui rischi dovuti al consumo di alimenti "dannosi"<sup>28</sup>.

---

<sup>21</sup> Carpacci et al. (2012). Policies to promote healthy eating in Europe: a structured review of instruments and their effectiveness. *Nutrition Reviews*, volume 70 (3); 188-200

<sup>22</sup> Watson HE. (1999). Minimal interventions for problem drinkers: a review of the literature. *J Adv Nurs*. Aug;30(2):513-9.

<sup>23</sup> Robb KA. (2010). The impact of individually-tailored lifestyle advice in the colorectal cancer screening context: a randomised pilot study in North-West London, *Prev Med*. Dec;51(6):505-8.

<sup>24</sup> Kontogianni M. D. et al; (2010) Associations between lifestyle patterns and Body Mass Index in a sample of Greek children and adolescent. *J Am Assoc.*; 110: 215-221.

Sweetman C., McGowan L., Crocker H., Cooke L. (2011) Characteristics of family mealtimes affecting vegetable consumption and liking. *J Am Assoc*. February; 111:269-273.

Poti J.M., Popkin B.M., (2011). Trend in energy intake among US children by eating location and food source, 1977-2006. *J Am Assoc*. August, 111:1156-1164.

<sup>25</sup> Perichart-Perera O. et al (2010). Correlates of dietary Energy sources with cardiovascular disease risk markers in mexican school-age children"(J Am Assoc.; 110:253-260.

<sup>26</sup> Mochari-Greenberger H. et al.(2010). Does stage of change modify the effectiveness of an educational intervention to improve diet among family members of hospitalized cardiovascular disease patients?" *J Am Assoc*. July; 110: 1027-1035.

Sweetman C., McGowan L., Crocker H., Cooke L. (2011). Characteristics of family mealtimes affecting vegetable consumption and liking. *J Am Assoc*. February ; 111:269-273.

<sup>27</sup> Cabalada A. B. et al.(2011). Home gardening is associated with Filipino preschool children's dietary diversity. *J Am Assoc*. May; 111:711-715.

<sup>28</sup> Bensley R.J. et al. (2011). Impact of internet vs traditional special supplemental nutrition program for women, infants and children nutrition education on fruit and vegetable intake. *J Am Assoc*. May; 111:749-755.

Motonaka Kuroda e al.(2011). 1Frequency of soup intake is inversely associated with Body Mass index, Waist Circumference and Waist-to Hip ratio, but non with other metabolic factors in Japanese men.. *J Am Assoc*. January; 111:137-142.

Jihye Kim, Inho Jo. (2011). Grains, vegetables and fish dietary pattern is inversely associated with the risk of metabolic syndrome in south korean adults. *J Am Assoc.*; 111:1141-1145.

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



## 4.2 Attività fisica

Numerose<sup>29</sup> sono le evidenze sulle capacità dell'attività fisica di migliorare le prestazioni e la qualità di vita di chi la pratica riducendo la morbilità e la mortalità ed incrementando in modo significativo l'aspettativa di vita libera da eventi cardiovascolari sia negli uomini che nelle donne. La pratica motoria regolare riduce significativamente anche il rischio di sviluppare malattie croniche quali l'obesità, l'osteoporosi, il diabete, alcune neoplasie e la depressione. Un studio internazionale<sup>30</sup> evidenzia come l'insieme di nove fattori di rischio, tra i quali la sedentarietà e lo stato socioeconomico, sia in grado di spiegare oltre tre quarti del rischio di infarto miocardico acuto e il 90% del rischio attribuibile alla popolazione, in tutti i paesi del mondo e in tutte le etnie.

Relativamente alla prevalenza della sedentarietà nella popolazione generale l'OMS stima in circa il 60% i soggetti che non effettuano almeno 30 minuti di attività fisica moderata al giorno e il Center for Disease Control and Prevention, riporta una percentuale del 54% degli statunitensi. Nei paesi europei l'inattività fisica è il secondo fattore di rischio dopo il tabacco ed il 30% della popolazione è completamente sedentario. Dati lombardi riferiti al 2007 mostrano che il 32,7% della popolazione non effettua sport né attività fisica a fronte del 39,5% della popolazione italiana<sup>31</sup>.

L'esercizio fisico, inteso non necessariamente come attività sportiva, è un mezzo preventivo/terapeutico fisiologico, efficace, a basso costo e deve essere proposto nei programmi di prevenzione<sup>32</sup>.

La pratica di attività fisica da parte della popolazione e dei singoli individui è influenzata da una serie complessa di fattori di tipo sociale, economico e culturale.

Tra i fattori individuali rientrano il grado di motivazione, la consapevolezza dei benefici, la disposizione psicologica più o meno favorevole ad uno stile di vita attivo; assumono rilevanza anche convinzioni o timori, spesso non corretti o immotivati, sui rischi connessi all'attività fisica che vanno tenuti in considerazione e affrontati.

L'Harvard Alumni Healthy Study<sup>33</sup>, che ha coinvolto oltre 12.000 soggetti di media età, ha dimostrato che è necessaria una intensità di esercizio fisico pari a 30 minuti al giorno, per almeno 4-5 giorni la settimana.

La massima riduzione del rischio si ottiene con esercizi di intensità moderata, pari a 3-5 ore di cammino rapido, a 2-3 ore di jogging o 1-2 ore di corsa alla settimana<sup>34</sup>.

L'OMS<sup>35</sup> fornisce raccomandazioni stratificate per target di età:

- fra 5 e 17 anni: almeno 60 minuti al giorno attività fisica prevalentemente aerobica moderata /vigorosa;
- adulti: almeno 150 minuti alla settimana di attività fisica aerobica moderata;
- over 65 anni: stile di vita adeguato alle capacità.

Il Piano Nazionale Linee Guida ha reso disponibili nel 2011 le linee guida "Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica"<sup>36</sup>

<sup>29</sup> 1. Barr-Anderson DJ et al. (2011). Integration of short bouts of physical activity into organizational routine. A systematic review of the literature, *Am J PrevMed*;40 (1):76-93..

<sup>30</sup> Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., Dans T., Avezum A., Lanas F., McQueen M., Budaj A., Pais P., Varigos J., Lisheng L.(2004). INTERHEART Study Investigators: Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study. *Lancet*. 364: 937-52.

<sup>31</sup> "La vita quotidiana nel 2007", Istat,( 2009) Roma

<sup>32</sup> Giannuzzi P., Mezzani A., Saner H., Bjornstad H., Fioretti P., Mendes M., Cohen-Solal A., Dungmore L., Hambrecht R., Hellermanns I., McGee H., Perk J., Vanhees L., Veress G.(2003). Physical activity for primary and secondary prevention. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.*; 10: 319-27

<sup>33</sup> Sesso H.D., Paffenbarger R.S., Lee I.M. (2000) Physical activity and coronary heart disease in men : the Harvard Alumni Health Study. *Circulation*; 102: 975

<sup>34</sup> Documento Cardiologico di Consenso della Task Force Multisocietaria FMSI-SICSport-ANCE-ANMCO-GICR-SIC (2006): La prescrizione dell'esercizio fisico in ambito cardiologico AIM Group ;1:14-18

<sup>35</sup> World Health Organization (2010). Global recommendations on physical activity for health.

[http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html)



### 4.3 Fumo di tabacco

Il fumo di tabacco è al primo posto in Occidente tra le cause di morte evitabili provocando 12 milioni di decessi l'anno nella sola Europa. Le morti attribuibili al fumo in Italia sono circa 70.000 l'anno, con al primo posto le malattie cardiovascolari e respiratorie (56%), seguite da quelle oncologiche (35%)<sup>37</sup>. Il rischio di morte coronarica è più alto del 70% nei fumatori e del 200% nei forti fumatori<sup>38</sup>. I fumatori ipertesi hanno un profilo di rischio e un esito del trattamento più sfavorevole rispetto ai non fumatori e, rispetto alle dislipidemie, è noto che il beneficio dei trattamenti con statine è più basso nei fumatori<sup>39</sup>. Il carcinoma del polmone si manifesta 8,5 volte di più nei fumatori<sup>40</sup> e il tumore del pancreas si presenta con un rischio che è quasi il triplo in chi ha questo fattore di rischio<sup>41</sup>. Non si deve tralasciare che anche i tumori maligni della cervice uterina, della vescica, del rene, del cavo orale e laringe, leucemie e linfomi sono più frequenti nei fumatori<sup>42</sup>.

Il fumo in gravidanza aumenta il rischio di mortalità intrauterina, distacco di placenta, asma infantile, basso peso alla nascita, aborto spontaneo nel I trimestre, nascita pretermine ed elevato ematocrito fetale<sup>43</sup>. Ancora, il fumo di sigaretta aumenta il rischio di malattia trombo embolica<sup>44</sup> nelle donne che assumono contraccettivi.

Da ultimo occorre ricordare il tabagismo come causa di incremento dei costi sanitari, lavorativi e sociali. E' stato calcolato che i lavoratori che fumano inducono un aumento di spesa sanitaria fino al 40% e si assentano dal posto di lavoro fino al 50% in più rispetto ai non fumatori<sup>45</sup>. Il tabacco, inoltre, assorbe risorse economiche (fino al 15-20% del salario delle fasce più povere nel nostro paese) che vengono così sottratte alle famiglie.

I bambini esposti a fumo passivo hanno una maggiore incidenza di otiti medie (+48%), asma (+21%), dispnea (+24%) e sindrome catarrale (+35%)<sup>46</sup>.

In Italia il numero di fumatori sta lentamente diminuendo, ma il problema coinvolge ancora 11 milioni di persone (il 20% della popolazione)<sup>47</sup>. Dati lombardi mostrano che il fumo il 26,8% dei maschi ed il 17,6% delle femmine a fronte del 28,6% dei maschi e del 16,6% delle femmine nella popolazione italiana<sup>48</sup>.

Il tabagismo è una dipendenza e, in quanto tale, si può considerare una patologia cronica e recidivante. Spesso i fumatori smettono dopo 3-4 tentativi falliti: è necessario tenerne conto per non scoraggiare chi è intenzionato a smettere.

La cessazione dal fumo già dopo poche ore produce un calo della frequenza cardiaca e una normalizzazione dei livelli di monossido di carbonio espirati. Nel volgere di pochi giorni migliora

---

<sup>36</sup> [http://www.snlg-iss.it/lgp\\_sedentarieta\\_2011](http://www.snlg-iss.it/lgp_sedentarieta_2011)

<sup>37</sup> Henninfield et al (2005) Cancer J Clin. 2005; Redaz. E&P, 2002

<sup>38</sup> McGorrian C, Yusuf S, Islam S, Jung H, Rangarajan S, Avezum A, Prabhakaran D, Almahmeed W, Rumboldt Z, Budaj A, Dans AL, Gerstein HC, Teo K, Anand SS. (2011). Estimating modifiable coronary heart disease risk in multiple regions of the world: the INTERHEART Modifiable Risk Score. Eur Heart J. Mar; 32(5):581-9.

<sup>39</sup> Noh JM, Lee SH, Kim HW, Yang HS. (2012). Changes in the Serum Level of High Density Lipoprotein-cholesterol after Smoking Cessation among Adult Men. Korean J Fam Med. Sep;33(5):305-10.

<sup>40</sup> 1) Higginson J, Jensen OM. Epidemiological review of lung cancer in man. IARC Sci Publ. 1977;(16):169-89.

2) Wald NJ. (1976) Mortality from lung cancer and coronary heart-disease in relation to changes in smoking habits. Lancet. Jan 17;1(7951):136-8.

<sup>41</sup> Duell EJ. (2012). Epidemiology and potential mechanisms of tobacco smoking and heavy alcohol consumption in pancreatic cancer. Mol Carcinog. Jan;51(1):40-52.

<sup>42</sup> Doll R. (1986). Tobacco: an overview of health effects. IARC Sci Publ.:(74):11-22.

<sup>43</sup> Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. (2011). Second hand smoke and adverse fetal outcomes in nonsmoking pregnant women: a meta-analysis. Pediatrics. Apr;127(4):734-41.

<sup>44</sup> Raval AP, Hirsch N, Dave KR, Yavagal DR, Bramlett H, Saul I. (2011). Nicotine and estrogen synergistically exacerbate cerebral ischemic injury. Neuroscience. May 5;181:216-25.

<sup>45</sup> Halpern MT, Dirani R, Schmier JK. Impacts of a smoking cessation benefit among employed populations. J Occup Environ Med. 2007 Jan;49(1):11-21

<sup>46</sup> Holt PG, Turner KJ. Environmental tobacco smoke. Effects in humans. Respiratory symptoms in the children of smokers: an overview. Eur J Respir Dis Suppl. 1984;133:109-20.

<sup>47</sup> [http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto\\_annuale\\_sul\\_fumo\\_2012.pdf](http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto_annuale_sul_fumo_2012.pdf)

<sup>48</sup> Istat. (2009) Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari"-Anni 2004-2005



l'olfatto e la percezione del gusto; col passare delle settimane migliora la funzione respiratoria e nel giro di circa cinque anni la curva del rischio ccv si appaia a quella dei non fumatori. Il rischio oncologico diventa simile a quello di chi non ha mai fumato in 8 – 12 anni.

Sul piano motivazionale, tra gli 11 milioni di fumatori presenti nel nostro paese, quelli motivati a smettere entro i successivi 6 mesi sono circa il 10% e di questi il 18,4% pensa di provarci entro 1 mese<sup>49</sup>. Da qui la necessità di interventi diffusi, anche brevi, per attivare dinamiche di cambiamento (per es. producendo un passaggio di fase motivazionale) e sostenere le persone intenzionate a cessare l'uso di tabacco.

Le evidenze sui trattamenti del tabagismo sono riassunte dalle metanalisi Cochrane, fondate a loro volta su più di 1100 articoli scientifici. Stando a questi dati, si ritiene di poter indicare l'approccio al tabagismo come un intervento che deve essere svolto a più livelli, sia con interventi motivazionali brevi, sia con trattamenti più intensivi<sup>50</sup>.

Il minimal advice si è dimostrato l'approccio più semplice, meno costoso e più facilmente replicabile in tutti i setting sanitari, anche con modalità "opportunistiche". Un intervento di soli 5 minuti può portare il tasso di astensione da fumo dal 2-4% (cessazione spontanea) al 6-8% (esito a 1 anno). Ulteriori studi sulla popolazione del Nord Italia, in setting opportunistici, hanno mostrato che quando gli operatori somministrano un minimal advice dopo una breve formazione che tiene conto dell'approccio fondato su strumenti di counseling (colloquio motivazionale) gli esiti sono notevolmente migliori.

Se il trattamento del tabagismo viene articolato in più sessioni (almeno 5, per quanto brevi), si associa alla somministrazione di farmaci efficaci e viene condotto con strumenti di supporto comportamentale, i tassi di cessazione sono molto più elevati. I trattamenti intensivi, per esempio quelli effettuati nei Centri Per il Trattamento del Tabagismo (che adottano modalità multidisciplinari e integrate di trattamento) raggiungono esiti positivi in genere superiori al 30% (a 1 anno, calcolo effettuato sui pazienti che iniziano il trattamento). Non si hanno attualmente evidenze di efficacia per l'ipnosi e l'agopuntura. Non c'è altresì evidenza di efficacia che l'esecuzione di esami diagnostici (per es. in ambito respiratorio o cardiologico) incrementi l'efficacia dei trattamenti per smettere di fumare.

---

<sup>49</sup> [http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto\\_annuale\\_sul\\_fumo\\_2012.pdf](http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto_annuale_sul_fumo_2012.pdf)

<sup>50</sup> Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012 Jun;107(6):1066-73  
Cochrane Library, Issue 3, 2006

## 5. I Setting

Diversi sono i setting identificabili sia in ambito territoriale che ospedaliero per l' utilizzo dello strumento minimal advice, che per le sue stesse caratteristiche (interventi molto brevi), si considera opportunistico, cioè *somministrabile ogni volta lì, dove se ne presenta l'opportunità*.

La disponibilità diffusa di operatori con competenze di base, è un prerequisito consente di gestire le diverse situazioni che si creano, adattando di volta in volta l'intervento all'interlocutore e al contesto.

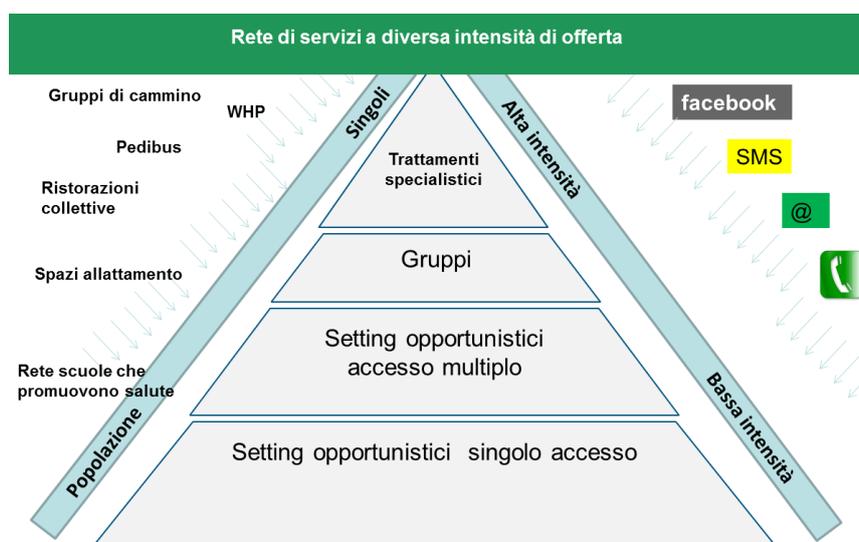
Le diverse modalità di accesso che ciascun contesto offre permettono di ipotizzare due tipologie di offerta a diversa intensità:

- 1) Setting opportunistici ad accesso "singolo"
- 2) Setting opportunistici ad accesso "ripetuto"

Se nel primo caso di particolare importanza è la capacità dell' operatore di "agganciare" il soggetto interessato offrendo disponibilità, rimandando ad altre unità di offerta, proponendo un contatto telefonico, il secondo scenario consente la possibilità di rinforzare durante contatti successivi il messaggio, offrendo opportunità più strutturate.

Si sottolinea in ogni caso l'importanza della disposizione a costruire, in ciascun territorio, anche a partire da risorse già disponibili, una rete di servizi a diversa intensità di offerta che si avvalga di strumenti efficaci, capace di sostenere gli assistiti nella scelta di stili di vita favorevoli alla salute.

Figura 2 : Modellizzazione rete di servizi



Da ultimo si cita l'importanza di attivare, anche utilizzando modalità di registrazione dati già in essere, sistemi di registrazione e monitoraggio della attività svolta.

## 5.1 Ambulatorio Vaccinale

### Il razionale

Gli ambulatori vaccinali rappresentano una opportunità per introdurre/affrontare il tema delle scelte salutari sia per i bambini che per la famiglia, anche in considerazione del fatto che ogni anno in Lombardia nascono circa 90.000 bambini, con almeno tre accessi nel primo anno di vita, oltre alle diverse offerte vaccinali attuate dalle Asl.

### Il target

Bambini e famiglie

### Gli operatori

Infermieri, assistenti sanitari, medici.

### Le azioni

1. Rendere disponibile un contesto che sostenga scelte salutari: ambiente libero dal fumo, messaggi promozionali in tema di sana alimentazione, attività fisica e cessazione dal fumo.
2. Identificare i soggetti fumatori e con altri fattori di rischio (sedentarietà, sovrappeso) esplorare attraverso domande aperte la presenza di informazioni adeguate su tabagismo, sedentarietà, abitudini alimentari. Verificare la consapevolezza della eventuale necessità del cambiamento (fase di motivazione al cambiamento)
3. Offrire suggerimenti, materiale informativo, sostegno rispetto alle decisioni
4. Inviare/informare a/su servizi, opportunità o iniziative presenti sul territorio, indurre comunque sviluppo/evoluzione della situazione motivazionale.

### Domande chiave

- E' soddisfatto della forma fisica di suo figlio ?
- E del suo modo di mangiare?
- C'è qualcosa che cambierebbe? Da dove inizierebbe col cambiamento?
- Lei fuma?
- Fuma qualcun altro in famiglia?
- Ha mai pensato di smettere di fumare?
- Suo figlio fa ogni giorno dell' attività fisica? Di che tipo?
- Pensa di fare qualcosa di concreto su questo argomento?

## 5.2 Ambulatorio di certificazioni medico legali

### Il razionale

Gli ambulatori per le certificazioni medicolegali delle ASL (es. idoneità alla guida, al porto ed utilizzo di armi, alla pratica sportiva agonistica) rappresentano una opportunità per favorire scelte salutari nella popolazione generale che difficilmente afferisce al Servizio sanitario.

### Il target

Popolazione generale

### Gli operatori

Medici e personale di supporto

### Le azioni

1. Rendere disponibile un contesto che sostenga scelte salutari: ambulatorio libero dal fumo, messaggi promozionali in tema di sana alimentazione, attività fisica e cessazione dal fumo.
2. Identificare i soggetti fumatori e con altri fattori di rischio (sedentarietà, sovrappeso) esplorare attraverso domande aperte la presenza di informazioni adeguate su tabagismo, sedentarietà, abitudini alimentari. Verificare la consapevolezza della eventuale necessità del cambiamento (fase di motivazione al cambiamento)
3. Offrire suggerimenti, materiale informativo, sostegno rispetto alle decisioni
4. Inviare/informare a/su servizi, opportunità o iniziative presenti sul territorio, indurre comunque sviluppo/evoluzione della situazione motivazionale

### Domande chiave

- Lei fuma?
- Ha mai pensato di smettere di fumare?
- E' soddisfatta della sua forma fisica, del suo peso?
- Pensa di dover cambiare qualcosa nel suo modo di alimentarsi?
- Fa ogni giorno un po' di movimento? Di che tipo?
- Pensa di fare qualcosa di concreto su questo argomento?

## 5.3 Screening mammografico e della cervice uterina

### Il razionale

In Lombardia ogni anno circa 300.000 donne tra i 50 ed i 69 anni effettuano una mammografia di screening, e circa 380.000 donne tra i 25 ed i 64 effettuano un pap test nell'ambito della prevenzione del carcinoma della cervice uterina.

I programmi di screening mammografico e di prevenzione attiva del carcinoma della cervice uterina rappresentano dunque una opportunità per introdurre/affrontare il tema delle scelte salutari al target femminile, particolarmente "sensibile" in considerazione anche dei dati di prevalenza dell'abitudine tabagica nelle donne lombarde, precedentemente citati.

### Il target

Assistite tra i 50 ed i 69 anni che accedono ai programmi di screening del cancro della mammella tra i 25 ed i 64 anni che accedono alle proposte di prevenzione del cancro della cervice uterina.

### Gli operatori

Ostetriche, tecnici di radiologia, assistenti sanitari, infermieri, ginecologi, radiologi.

### Le azioni

1. Rendere disponibile un contesto che sostenga scelte salutari: ambulatorio libero dal fumo, messaggi promozionali in tema di sana alimentazione, attività fisica e cessazione dal fumo.
2. Identificare i soggetti fumatori e con altri fattori di rischio (sedentarietà, sovrappeso) esplorare attraverso domande aperte la presenza di informazioni adeguate su tabagismo, sedentarietà, abitudini alimentari. Verificare la consapevolezza della eventuale necessità del cambiamento (fase di motivazione al cambiamento)
3. Offrire suggerimenti, materiale informativo, sostegno rispetto alle decisioni.
4. Inviare/informare a/su servizi, opportunità o iniziative presenti sul territorio, indurre comunque sviluppo/evoluzione della situazione motivazionale.

### Domande chiave

- Lei fuma?
- Ha mai pensato di smettere di fumare?
- E' soddisfatta della sua forma fisica, del suo peso?
- Pensa di dover cambiare qualcosa nel suo modo di alimentarsi?
- Fa ogni giorno un po' di movimento? Di che tipo?
- Pensa di fare qualcosa di concreto su questo argomento?

## 5.4 Farmacie

### Il razionale

Le farmacie rappresentano un importante riferimento e contatto per la popolazione, spesso il primo approccio in caso di problemi di salute. Ciò in virtù della capillare diffusione della rete delle farmacie sul territorio regionale, motivo per cui sono attivamente coinvolte in alcuni programmi di prevenzione, come ad esempio nel processo della campagna di screening coloretale. Spesso intercettano fasce di popolazione che difficilmente accedono ad altri contatti operatori sanitari.

### Il target

Assistiti che si rivolgono alle farmacie

### Gli operatori

Farmacisti e personale di farmacia

### Le azioni

1. Rendere disponibile un contesto che sostenga scelte salutari: farmacia che esponga una “policy” antifumo, messaggi promozionali in tema di sana alimentazione, attività fisica e cessazione dal fumo.
2. Identificare i soggetti fumatori e con altri fattori di rischio (sedentarietà, sovrappeso) esplorare attraverso domande aperte la presenza di informazioni adeguate su tabagismo, sedentarietà, abitudini alimentari. Verificare la consapevolezza della eventuale necessità del cambiamento (fase di motivazione al cambiamento)
3. Offrire suggerimenti, materiale informativo, sostegno rispetto alle decisioni
4. Inviare/informare a/su servizi, opportunità o iniziative presenti sul territorio, indurre comunque sviluppo/evoluzione della situazione motivazionale.

### Domande chiave

- Lei fuma?
- Ha mai pensato di smettere di fumare?
- E' soddisfatta della sua forma fisica, del suo peso?
- Pensa di dover cambiare qualcosa nel suo modo di alimentarsi?
- Fa ogni giorno un po' di movimento? Di che tipo?
- Pensa di fare qualcosa di concreto su questo argomento?

## 5.5 Ambulatorio del Medico Competente

### Il razionale

La sorveglianza sanitaria in ambito lavorativo (visite preventive, periodiche o di altro genere previste dal D.Lgs 81/08) rappresenta una interessante opportunità per affrontare il tema delle scelte salutari in popolazione “sana” che difficilmente intercetta personale sanitario in altri contesti.

Fondamentale è il ruolo del Medico Competente che nel corso della visita, può valutare e fornire informazioni sui principali determinanti di salute/patologie anche in relazioni alle eventuali o prescritte limitazioni lavorative.

### Il target

Lavoratori.

### Gli operatori

Infermieri, assistenti sanitari, medici. Tutto il personale sanitario che, a vario titolo, ha un ruolo nella sorveglianza sanitaria (visite, vaccinazioni, momenti di formazione).

### Le azioni

1. Rendere disponibile un contesto che sostenga scelte salutari: ambulatorio libero dal fumo, messaggi promozionali in tema di sana alimentazione, attività fisica e cessazione dal fumo.
2. Identificare i soggetti fumatori e con altri fattori di rischio (sedentarietà, sovrappeso) esplorare attraverso domande aperte la presenza di informazioni adeguate su tabagismo, sedentarietà, abitudini alimentari. Verificare la consapevolezza della eventuale necessità del cambiamento (fase di motivazione al cambiamento)
3. Offrire suggerimenti, materiale informativo, sostegno rispetto alle decisioni
4. Inviare/informare a/su servizi, opportunità o iniziative presenti sul territorio, indurre comunque sviluppo/evoluzione della situazione motivazionale.
5. Sostenere l'adesione alla rete “Aziende che promuovono salute – Rete WHP Lombardia” in collaborazione con ASL

### Domande chiave

- E' soddisfatto della sua forma fisica?
- E del suo modo di mangiare?
- C'è qualcosa che cambierebbe? Da dove inizierebbe col cambiamento?
- Fuma? Ha mai pensato di smettere di fumare?
- Fa ogni giorno un po' di movimento? Di che tipo?
- Pensa di fare qualcosa di concreto su questo argomento?

## 5.6 Ambulatori del Medico e Pediatra di Famiglia

### Il razionale

I medici ed i pediatri di famiglia costituiscono una rete di professionisti disseminati sul territorio, spesso organizzati in forme associative, nell'ambito delle quali opera personale sanitario di supporto. Sono coloro che intercettano per primi i bisogni, anche non espressi, di salute della popolazione assistita. L'accesso agli ambulatori della medicina territoriale rappresenta una importante opportunità per affrontare il tema delle scelte salutari nella popolazione assistita.

### Il target

Assistiti che afferiscono agli ambulatori dei Medici e dei Pediatri di famiglia

### Gli operatori

Medici, infermieri e altri collaboratori

### Le azioni

1. Rendere disponibile un contesto che sostenga scelte salutari: ambulatorio libero dal fumo, messaggi promozionali in tema di sana alimentazione, attività fisica e cessazione dal fumo.
2. Identificare i soggetti fumatori e con altri fattori di rischio (sedentarietà, sovrappeso) esplorare attraverso domande aperte la presenza di informazioni adeguate su tabagismo, sedentarietà, abitudini alimentari. Verificare la consapevolezza della eventuale necessità del cambiamento (fase di motivazione al cambiamento)
3. Offrire suggerimenti, materiale informativo, sostegno rispetto alle decisioni
4. Inviare/informare a/su servizi, opportunità o iniziative presenti sul territorio, indurre comunque sviluppo/evoluzione della situazione motivazionale.
5. Partecipare a progettualità concordate con ASL, se presenti, in tema di aumento dell'empowerment dei pazienti.

### Domande chiave

- Lei fuma?
- Ha mai pensato di smettere di fumare?
- E' soddisfatta della sua forma fisica, del suo peso?
- Pensa di dover cambiare qualcosa nel suo modo di alimentarsi?
- Fa ogni giorno un po' di movimento? Di che tipo?
- Pensa di fare qualcosa di concreto su questo argomento?  
( riprende domande vaccinazioni)

## 5.7 Ambulatorio di medicina specialistica

### Il razionale

In Lombardia ogni anno vengono erogate oltre 10 milioni di prestazioni ambulatoriali: rappresentano altrettanti momenti di contatto degli assistiti con operatori sanitari, in un contesto favorente, che rende gli utenti più ricettivi e disposti a “prenderci cura della propria salute”.

### Il target

Popolazione generale afferente agli ambulatori specialistici affetta da patologie

### Gli operatori

Medici, infermieri e altro personale sanitario che opera in ambito ambulatoriale.

### Le azioni

1. Rendere disponibile un contesto che sostenga scelte salutari: ospedale libero dal fumo, messaggi promozionali in tema di sana alimentazione, attività fisica e cessazione dal fumo.
2. Identificare i soggetti fumatori e con altri fattori di rischio (sedentarietà, sovrappeso) esplorare attraverso domande aperte la presenza di informazioni adeguate su tabagismo, sedentarietà, abitudini alimentari. Verificare la consapevolezza della eventuale necessità del cambiamento (fase di motivazione al cambiamento)
3. Offrire suggerimenti, materiale informativo, sostegno rispetto alle decisioni
4. Inviare/informare a/su servizi, opportunità o iniziative presenti sul territorio, indurre comunque sviluppo/evoluzione della situazione motivazionale

### Domande chiave

- Lei fuma?
- Ha mai pensato di smettere di fumare?
- E' soddisfatta della sua forma fisica, del suo peso?
- Pensa di dover cambiare qualcosa nel suo modo di alimentarsi?
- Fa ogni giorno un po' di movimento? Di che tipo?
- Pensa di fare qualcosa di concreto su questo argomento?



## 5.8 Consultorio

### Il razionale

Le attività di prevenzione promozione della salute in ambito consultoriale (percorso nascita, prevenzione oncologica, spazio giovani, ecc.) rappresentano un'ottima opportunità per affrontare il tema delle scelte salutari con popolazione prevalentemente femminile e di giovane età.

### Il target

Donne e famiglie che accedono al consultorio, con particolare riferimento ai percorsi nascita ed alle attività di prevenzione del carcinoma della cervice uterina.

### Gli operatori

Ostetriche, infermiere, medici, altri operatori che operano in ambito consultoriale

### Le azioni

1. Rendere disponibile un **contesto che sostiene scelte salutari**: ambulatorio libero dal fumo, messaggi promozionali in tema di sana alimentazione, attività fisica e cessazione dal fumo.
  2. Identificare i soggetti (donne) fumatori e con altri fattori di rischio (sedentarietà, sovrappeso) esplorare attraverso domande aperte la presenza di informazioni adeguate su tabagismo, sedentarietà, abitudini alimentari. Verificare la consapevolezza della eventuale necessità del cambiamento (fase di motivazione al cambiamento)
1. Offrire suggerimenti, materiale informativo, sostegno rispetto alle decisioni
  2. Inviare/informare a/su servizi, opportunità o iniziative presenti sul territorio, indurre comunque sviluppo/evoluzione della situazione motivazionale.

### Domande chiave

- Lei fuma?
- Ha mai pensato di smettere di fumare?
- E' soddisfatta della sua forma fisica, del suo peso?
- Da dove inizierebbe a cambiare qualcosa nel suo modo di alimentarsi?
- Fa ogni giorno un po' di movimento? Di che tipo?
- Pensa di fare qualcosa di concreto su questo argomento?

## Short message

### *Semplici regole per un'alimentazione corretta:*

- Ridurre le porzioni
- Privilegiare cibi con pochi grassi
- Mangiare più frutta, verdura e cibi integrali
- Prediligere prodotti meno raffinati e più ricchi in fibre quali pasta, pane e cereali integrali.
- Favorire l'uso dei legumi associati ai cereali in alternativa agli alimenti di origine animale.
- Inserire il pesce almeno una volta alla settimana.
- Alternare il consumo di carni grasse ed insaccati con pollo, tacchino e coniglio.
- Alternare latte intero a latte parzialmente scremato e prediligere formaggi quali ricotta, crescenza, mozzarella, fior di latte.
- Varietà proporzione e moderazione

### *Alimenti protettivi per la salute:*

- Pesce: 3 volte a settimana
- Frutta e verdura: tutti i giorni
- Legumi: 3 volte a settimana

### *Per mantenersi in forma:*

- Almeno 30 minuti di attività fisica moderata (bicicletta, camminata a passo svelto) nella maggior parte dei giorni della settimana.
- Iniziare con 10 minuti al giorno
- Sfruttare tutte le occasioni di movimento che la vita quotidiana offre e che non sottraggono tempo alle altre attività
- Prendere i mezzi pubblici per andare al lavoro
- Scendere una fermata prima della destinazione
- Passeggiare durante le pause lavorative
- Utilizzare le scale al posto dell'ascensore
- Andare a parlare di persona con il collega anziché utilizzare il telefono o l'e-mail
- Utilizzare la bicicletta per gli spostamenti

### *Per non mandare la vita in fumo:*

- Il fumo produce più malattia, morti e costi sociali degli incidenti stradali, dell'AIDS e dell'alcol messi insieme
- Smettere conviene: i vantaggi sono immediati e si consolidano con il tempo
- Capire quanto è forte la motivazione
- Fare una tabella di marcia e fissare una data di cessazione
- Conoscere ed evitare le proprie "trappole"
- Conoscere e gestire l'astinenza
- Da soli è possibile, ma si può chiedere aiuto



## SITI UTILI

- |   |  |
|---|--|
| 1) Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari   | <a href="http://www.guadagnaresalute.it">www.guadagnaresalute.it</a>                                     |
| 2) Ministero della Salute                                 | <a href="http://www.salute.gov.it/">www.salute.gov.it/</a>   |
| 3) Centro Nazionale Controllo Malattie (CCM)              | <a href="http://www.ccm-network.it">www.ccm-network.it</a>   |
| 4) Istituto Superiore di Sanità                           | <a href="http://www.iss.it">www.iss.it</a>   |
| 5) DoRS Centro Doc Promozione Salute – Regione Piemonte   | <a href="http://www.dors.it">www.dors.it</a>   |
| 6) SITAB  | <a href="http://www.tabaccologia.it">www.tabaccologia.it</a>   |
| 7) Istituto Nazionale Ricerca Alimenti e Nutrizione       | <a href="http://www.inran.it">www.inran.it</a>   |
| 8) Organizzazione Mondiale Salute                         | <a href="http://www.who.int/en">www.who.int/en</a>   |
| 9) International Union for Health Promotion and Education | <a href="http://www.iuhpe.org/">www.iuhpe.org/</a>   |
| 10) Promozione Salute in Lombardia                        | <a href="http://www.promozionesalute.regione.lombardia.it">www.promozionesalute.regione.lombardia.it</a> |
| 11) DG Salute Regione Lombardia                           | <a href="http://www.sanita.regione.lombardia.it/">www.sanita.regione.lombardia.it/</a>                   |
| 12) Rete Scuole che Promuovono Salute – SPS Lombardia     | <a href="http://www.scuolapromuovesalute.it/">www.scuolapromuovesalute.it/</a>                           |
| 13) Rete Aziende che Promuovono Salute – WHP Lombardia    | <a href="http://retewhplombardia.org/">http://retewhplombardia.org/</a>                                  |
| 14) ASL Bergamo   | <a href="http://www.asl.bergamo.it">www.asl.bergamo.it</a>   |
| 15) ASL Brescia   | <a href="http://www.aslbrescia.it">www.aslbrescia.it</a>   |
| 16) ASL Como  | <a href="http://www.asl.como.it">www.asl.como.it</a>   |
| 17) ASL Cremona   | <a href="http://www.aslcremona.it">www.aslcremona.it</a>   |
| 18) ASL Lecco   | <a href="http://www.asl.lecco.it">www.asl.lecco.it</a>   |
| 19) ASL Lodi  | <a href="http://www.asl.lodi.it">www.asl.lodi.it</a>   |
| 20) ASL Mantova   | <a href="http://www.aslmn.it">www.aslmn.it</a>   |
| 21) ASL Milano  | <a href="http://www.asl.milano.it">www.asl.milano.it</a>   |
| 22) ASL Milano 1  | <a href="http://www.aslmi1.mi.it">www.aslmi1.mi.it</a>   |
| 23) ASL Milano 2  | <a href="http://www.aslmi2.it">www.aslmi2.it</a>   |
| 24) ASL Monza Brianza                                     | <a href="http://www.aslmonzabrianza.it">www.aslmonzabrianza.it</a>                                       |
| 25) ASL Pavia   | <a href="http://www.asl.pavia.it">www.asl.pavia.it</a>   |
| 26) ASL Sondrio   | <a href="http://www.asl.sondrio.it">www.asl.sondrio.it</a>   |
| 27) ASL Vallecamonica Sebino                              | <a href="http://www.aslvallecamonicensebino.it">www.aslvallecamonicensebino.it</a>                       |
| 28) ASL Varese  | <a href="http://www.asl.varese.it">www.asl.varese.it</a>   |



## Documento a cura di:

Luisa Belotti - AO Riuniti Bergamo

Marina Bonfanti - UO Governo della Prevenzione - Direzione Generale Salute – Regione Lombardia

Danilo Cereda - UO Governo della Prevenzione - Direzione Generale Salute – Regione Lombardia

Liliana Coppola - UO Governo della Prevenzione - Direzione Generale Salute – Regione Lombardia

Manuela Franchetti - ASL Monza Brianza

Luigi Magnoli - ASL Milano 1

Raffaele Pacchetti - ASL Varese

Maria Elena Pirola - UO Governo della Prevenzione - Direzione Generale Salute – Regione Lombardia, ASL Milano1

Lucia Pirrone - UO Governo della Prevenzione - Direzione Generale Salute – Regione Lombardia

Paola Ragazzoni - DoRS Centro regionale di documentazione per la promozione della salute - Regione Piemonte

Biagio Tinghino - ASL Monza Brianza

## Impaginazione e veste grafica:

Laura Zerbi - UO Governo della Prevenzione - Direzione Generale Salute – Regione Lombardia

## Allegati

### 1) “Sintesi delle teorie delle scienze sociali”

The Health Communication Unit, Centre for Health Promotion, University of Toronto

### 2) “Modelli socio cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: rassegna e analisi critica”

A cura di DoRS - Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, Regione Piemonte

---

Regione Lombardia

Direzione Generale Salute

UO Governo della Prevenzione e Tutela Sanitaria

Struttura Tutela della persona, promozione della salute e igiene degli alimenti

Novembre 2013

