



# **Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale**

---

## **GUADAGNARE SALUTE**

### **1. Comunicare per promuovere stili di vita salutari, quale ruolo per il counselling? . . . . . 2**

- ▶ La comunicazione partecipata
- ▶ La pianificazione delle iniziative
- ▶ La comunicazione bidirezionale
- ▶ La comunicazione in ambito professionale
- ▶ Le competenze di counselling e la percezione del rischio

### **2. Quali competenze di counselling per una comunicazione consapevole e finalizzata? . . . . . 7**

- ▶ Le origini del counselling
- ▶ La formazione al counselling
- ▶ Le competenze di base del counselling
- ▶ Le abilità relazionali
- ▶ Lo schema processuale dell'intervento di counselling: le tre fasi della relazione



# 1. COMUNICARE PER PROMUOVERE STILI DI VITA SALUTARI, QUALE RUOLO PER IL COUNSELLING?

## PUNTI CHIAVE

- ▶ La comunicazione partecipata
- ▶ La pianificazione delle iniziative
- ▶ La comunicazione bidirezionale
- ▶ La comunicazione in ambito professionale
- ▶ Le competenze di counselling e la percezione del rischio

## IN SINTESI

La promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e richiede, pertanto, l'attivazione di processi di empowerment e l'adozione di strategie multisettoriali per costruire una politica pubblica per la tutela della salute che faciliti i cittadini a compiere scelte responsabili e autonome. Lo sviluppo delle capacità personali può essere favorito da iniziative di comunicazione partecipate e pianificate che coinvolgano anche figure chiave nel rapporto con i cittadini, in grado di gestire la relazione con consapevolezza e competenza, favorendo lo scambio bidirezionale e la centralità della persona. In questo processo le competenze di base del counselling rappresentano una risorsa fondamentale.

### La comunicazione partecipata

La Carta di Ottawa dell'Organizzazione mondiale della sanità nel 1986, ha definito il concetto di "promozione della salute" come il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Il documento, inoltre, ha posto attenzione al legame inestricabile tra l'uomo e i sottosistemi che compongono l'ecosistema nel quale vive (famiglia, comunità, ambiente fisico e socio-culturale).

La comunicazione è una componente strategica fondamentale per la promozione della salute in quanto favorisce lo scambio e l'interazione tra istituzioni, enti, organizzazioni e cittadini, protagonisti del processo di costruzione sociale della salute. L'attivazione di flussi di comunicazione ha l'obiettivo non solo di informare, ma anche di motivare e supportare gli individui, le istituzioni e la società a sostenere, diffondere, adottare comportamenti, azioni e politiche che possano migliorare e promuovere la salute.

Pertanto, il ruolo strategico della comunicazione acquista significato all'interno di un processo globale, sociale e politico che non comprende solo azioni dirette a potenziare le competenze dei singoli individui, ma anche azioni orientate a cambiare le condizioni sociali, ambientali ed economiche in modo da ridurre l'impatto sulla salute pubblica e individuale.

Gli ambiti d'intervento riguardano tutti quei fattori che possono influire sulla salute: i determinanti di salute, che fanno riferimento alla rete sociale ed alla comunità di appartenenza, ai fattori socio-economici, ambientali e culturali e agli stili di vita.

In questo contesto, che concepisce la salute come risorsa di vita quotidiana e non come obiettivo di vita, si inquadrano le iniziative di comunicazione per la promozione di stili di vita salutari, condotte in modo capillare sul territorio con la partecipazione attiva di figure chiave impegnate, con ruoli diversi e in contesti differenti, nella promozione della salute. L'efficacia del processo comunicativo può essere sostenuta dalla programmazione degli interventi e da un approccio alla comunicazione di tipo parte-



cipativo, basato sulla valorizzazione dello scambio interattivo, sulla condivisione delle informazioni e delle scelte tra diversi interlocutori, sull'attenzione alla componente emotiva della percezione individuale e sul "rafforzamento dell'autonomia".

Questo approccio affianca o sostituisce strategie di comunicazione caratterizzate da un passaggio unidirezionale, dall'alto verso il basso, di conoscenze e decisioni, che si ritiene possano essere accettate indipendentemente dalle specifiche esigenze individuali e dalle implicazioni personali.

### **La pianificazione delle iniziative**

Visto il ruolo strategico della comunicazione, la pianificazione delle attività da parte delle istituzioni di riferimento rappresenta un presupposto fondamentale per evitare interventi improvvisati o isolati e garantire piuttosto iniziative consapevoli, concordate tra i soggetti e le istituzioni coinvolte, orientate al raggiungimento di obiettivi chiaramente esplicitati nel piano di comunicazione.

La pianificazione delle iniziative, quindi, costituisce un passaggio determinante in quanto permette di approfondire il tema di salute sul quale si vuole intervenire, identificare i diversi interlocutori (target), definire gli obiettivi comunicativi, individuare i mezzi e le attività più adeguate stabilire i criteri per il monitoraggio e la valutazione dell'intero processo (consulta anche il dossier sulla comunicazione nel corso *La comunicazione per la salute*).

La realizzazione di un piano di comunicazione rappresenta un importante riconoscimento istituzionale del ruolo della comunicazione, concepita come intervento intenzionale e competente. Evidenzia, inoltre, l'impegno da parte delle istituzioni a promuovere lo scambio e l'interazione, nonché a valorizzare il ruolo dei diversi operatori, sanitari e non, che intervengono in contesti e in fasi differenziate nella promozione della salute. L'esistenza di una progettualità istituzionale favorisce il superamento di vissuti di isolamento degli stessi operatori e promuove la collaborazione e l'integrazione, necessarie per la costruzione di reti sul territorio.

Ogni intervento comunicativo acquista, pertanto, significato e aumenta la sua efficacia se è concepito e realizzato nell'ambito di una pianificazione strategica delle attività e se è integrato con altre iniziative comunicative condotte con mezzi di comunicazione differenziati ma integrabili.

Alcune figure significative presenti sul territorio (per esempio medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, operatori dei servizi territoriali, di associazioni sportive, farmacisti, insegnanti, ecc.) hanno l'opportunità di interagire direttamente con i singoli o con piccoli gruppi di persone utilizzando la relazione interpersonale quale principale strumento di comunicazione.

Sono queste le occasioni in cui è possibile attuare interventi personalizzati, centrati sulle specifiche esigenze informative della persona, sui suoi vissuti e sulla sua percezione del rischio, ponendo attenzione alle implicazioni personali rispetto al tema di salute affrontato, con l'intento di facilitare scelte consapevoli, e autonome. Questi interventi, finalizzati al raggiungimento di obiettivi educazionali o comportamentali, affiancano e integrano interventi informativi, orientati al miglioramento delle conoscenze e realizzati con strumenti di comunicazione prevalentemente unidirezionali, quali ad esempio campagne di sensibilizzazione e di educazione con produzione di materiali scritti (opuscoli, poster, lettere), spot, siti web, campagne stampa.

Pertanto se gli obiettivi della comunicazione non mirano solo a migliorare le conoscenze, ma anche a toccare le molle degli atteggiamenti (ciò che le persone pensano e provano rispetto a un determinato comportamento a rischio o a una proposta di cambiamento) e a più lungo termine a modificare i comportamenti è opportuno ricorrere a mezzi di comunicazione che possano favorire il processo comunicativo bidirezionale e sviluppare competenze che possano facilitare l'interazione e la costruzione della relazione.



## La comunicazione bidirezionale

La comunicazione faccia a faccia, individuale o di gruppo, e la comunicazione telefonica sono modalità di comunicazione interpersonale di tipo bidirezionale. Favoriscono l'interazione e l'ascolto, facilitando il feedback.

Si tratta di un processo estremamente complesso e delicato, nel cui ambito perfino la scelta di non comunicare è già una modalità di comunicazione.

C'è poi un'altra dimensione essenziale che va al di là del rapporto con il mondo esterno: la comunicazione con se stessi, il rapporto con il proprio vissuto e il proprio modo di stare nella relazione. Infatti, quando si comunica entrano in gioco una molteplicità di fattori non solo di tipo cognitivo, quali pensieri, informazioni, conoscenze, ma anche stati d'animo, emozioni, percezioni, meccanismi di difesa, sguardi, atteggiamenti, ritmi, pregiudizi, valori, convinzioni, significati, schemi di riferimento, culture. Inoltre non tutto si svolge nel corso dell'interazione, infatti ogni individuo entra nella relazione con l'altro e con la sua rete di legami circolari e multidirezionali, quindi non come soggetto isolato, ma come polo comunicativo in rapporto al suo contesto di riferimento (familiare, sociale, lavorativo). Ogni vissuto personale, ogni evento assume significato in base a come si rapporta con il contesto, in base a come lo può modificare o comunque influenzare.

Affinché tanta complessità non si trasformi in incomunicabilità è essenziale trovare i canali per cogliere, comprendere e accettare "i propri significati personali" e i "significati dell'altro". La comunicazione è comprensione e condivisione di significati. Significati che possono essere colti e scambiati attraverso i canali fondamentali della prassi comunicativa: comunicazione verbale, non verbale, paraverbale. È importante ricordare che in una situazione di prossimità tra persone, sono sempre presenti due dimensioni: il contenuto, ciò che le parole dicono (comunicazione verbale), e la relazione: quello che le persone che comunicano lasciano intendere, a livello verbale e più spesso non verbale, sulla qualità della relazione che intercorre tra loro (comunicazione non verbale e paraverbale).

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

Altro elemento determinante è rappresentato dal prendere atto che il paraverbale e il non verbale predominano sul verbale e possono fornire anche il 50-70% del messaggio. Infatti uno stesso contenuto assume significati diversi in base alle modalità con cui è veicolato.

- Nello specifico, la **comunicazione verbale** (il linguaggio) è lo strumento con cui si esprimono i contenuti del messaggio. Deve essere chiara, comprensibile, adeguata al livello socio-culturale della persona. Nell'ambito della promozione di stili di vita salutari, particolare attenzione va posta al "linguaggio specialistico" che può bloccare il processo comunicativo, limitando lo scambio e la comprensione. I termini tecnici vanno tradotti ed è opportuno verificare costantemente che la persona abbia compreso, non dare mai nulla per scontato (informazione personalizzata).
- La **comunicazione non verbale** veicola le tonalità affettive della comunicazione e il grado di comprensione delle informazioni ricevute attraverso lo sguardo, l'espressione del volto, la gestualità, i movimenti del corpo, la postura, il contatto corporeo, il comportamento spaziale, gli abiti e l'aspetto esteriore, le tonalità affettive della comunicazione e il grado di comprensione delle informazioni ricevute.
- Le modalità di espressione della **comunicazione paraverbale** sono determinate dalle vocalizzazioni non verbali, dal volume, dal tono e dal timbro della voce, dal ritmo, dai sospiri, dai silenzi.

La comunicazione non verbale e paraverbale rappresentano il mezzo principale per esprimere e comunicare le emozioni (gioia, rabbia, paura, tristezza, disgusto, disprezzo, interesse, sorpresa, tenerezza, vergogna, colpa).

Se emergono discrepanze tra i contenuti espressi e il comportamento non verbale, l'efficacia della comunicazione può diminuire notevolmente.



## La comunicazione in ambito professionale

La relazione professionale tra operatore e persona/utente è fondata su una relazione interpersonale che si sviluppa nel tempo, è soggetta all'influenza di fenomeni di attrazione, di scambio, a reazioni di soddisfazione e di criticità ed è caratterizzata dal contesto di appartenenza dei due interlocutori.

Nella relazione operatore e persona non sono soli, ma interagiscono come poli, come persone globali, parti di un ambiente familiare, sociale, lavorativo, con il quale si rapportano costantemente.

Esistono tuttavia degli elementi che rendono questa relazione professionale diversa da altre forme di interazione umana: la specificità dei ruoli e i motivi dell'incontro.

Possiamo definire la relazione tra operatore e persona come una relazione interpersonale di tipo professionale tra chi esprime un bisogno informativo, una richiesta, un problema e chi ha le competenze necessarie per rispondere al bisogno, alla richiesta, al problema con la finalità di facilitare l'interlocutore a compiere scelte consapevoli per la propria salute. È opportuno ricordare che nell'offerta attiva di salute che si concretizza in offerta attiva dell'informazione o di una proposta di possibile cambiamento, spesso non si parte da un bisogno espresso dalla persona e, pertanto, l'intervento dell'operatore assume una maggiore complessità.

Uno degli elementi che l'operatore deve avere costantemente presente è che lo scambio non avviene tra pari. La relazione professionale deve tendere piuttosto a un rapporto complementare che rispetti la diversità dei ruoli e che eviti di creare rapporti simmetrici o asimmetrici.

Pertanto, la relazione professionale non può essere improvvisata, ma va strutturata in modo strategico e consapevole non solo rispetto ai contenuti ma anche per quanto riguarda il processo e le modalità relazionali. Va inoltre finalizzata tenendo sempre presente la centralità del target (con chi comunico?), la chiarezza del messaggio (cosa comunico?), le modalità comunicative (come comunico?), i tempi (quando comunico?), il contesto (dove comunico?). (consulta anche il dossier sulla comunicazione nel corso *La comunicazione per la salute*).

Un'efficace relazione professionale richiede l'integrazione strategica delle competenze tecnico-scientifiche, specifiche del ruolo professionale svolto, con le competenze comunicativo-relazionali.

A questo proposito, le competenze di base del counselling possono rappresentare un'importante risorsa, un valore aggiunto nello svolgimento dell'attività professionale mirata a creare relazioni consapevoli e personalizzate, centrate sulle specifiche esigenze di ogni singola persona, con lo scopo di facilitarla ad affrontare in modo autonomo e responsabile le scelte e le eventuali difficoltà che riguardano il mantenimento della salute.

La relazione professionale condotta applicando le competenze di counselling si caratterizza come un intervento il cui scopo è proprio "la relazione" tra un operatore competente e la persona al centro dell'intervento, con il suo vissuto, i suoi valori, la sua percezione del rischio, le sue risorse personali e familiari. In questo processo la persona è accolta, ascoltata e considerata nella sua interezza, rispettata anche in merito alla possibilità di attuare cambiamenti nel "qui e ora", pertanto "non è" e "non si sente" un "caso".

Questa impostazione comporta spesso un cambiamento della concezione della salute nonché dell'ottica professionale dell'operatore, che può avere l'opportunità di approcciarsi alla relazione non solo appellandosi alla disponibilità, alla buona volontà e al rischio personale, ma facendo riferimento a un metodo, a una competenza specifica.

## Le competenze di counselling e la percezione del rischio

Nel processo di comunicazione per la promozione di stili di vita salutari le competenze di base del counselling rappresentano una risorsa fondamentale per l'operatore impegnato nella relazione con il singolo o con piccoli gruppi di persone, in quanto per focalizzare il problema, per cogliere la disponibilità al cambiamento e attivare processi di consapevolezza è necessario che l'operatore abbia a disposizione strumenti, abilità e tecniche che possano favorire l'ascolto e il confronto non solo con le esigenze informative, ma anche con il vissuto, le implicazioni personali e la percezione del rischio.



L'operatore deve confrontarsi con il significato che il rischio assume per ogni singolo individuo nei diversi periodi della vita e tener presente che, nonostante l'importanza dei dati epidemiologici, (consulta anche i dossier su fumo, alcol, attività fisica e alimentazione del corso sugli stili di vita) tra le persone si riscontra una bassa percezione del rischio. La salute e la malattia non hanno un valore oggettivo, comune a tutti gli individui, ma un valore relativo sia al "significato" che la singola persona attribuisce, sia alla "rappresentazione immaginaria" degli effetti dell'evento nel proprio contesto di appartenenza. Altro elemento cruciale è rappresentato dai fattori legati alla personalità, che forniscono un contributo notevole nel determinare la percezione del rischio e in particolare dai fattori legati alla propensione che gli individui hanno a considerare gli eventi e le situazioni di vita sotto il proprio controllo (*locus of focus control* interno) o sotto il controllo della fortuna, del fato o di forze esterne (*locus of focus control* esterno).

Spetta all'operatore esplorare la percezione che ogni singola persona ha della propria salute, ascoltare e rispettare la "narrazione" della persona che contiene convinzioni, paure, preoccupazioni, problemi. La narrazione fornisce molte informazioni sulla persona e sul contesto, e a volte può essere in contrasto con quella dell'operatore. Ciò che importa, allora, è che l'eventuale conflitto tra narrazioni non si trasformi in conflitto tra persone, creando in tal modo i presupposti per una totale incommunicabilità.

La qualità della relazione assume un ruolo fondamentale per affrontare la complessità di comportamenti e stili di vita quotidiani non adeguati al mantenimento della salute. Nello specifico la comunicazione tra operatore e utente non può tener conto semplicemente del rischio in termini quantitativi e probabilistici e della componente biologica, ma deve prendere in considerazione anche le difficoltà individuali e sociali e le eventuali risorse, ponendo attenzione al contesto di riferimento. L'interazione deve soprattutto svilupparsi in un clima non giudicante e di accettazione "incondizionata" della persona.

Un'efficace comunicazione per la promozione della salute non può basarsi su un passaggio unidirezionale di informazioni standardizzate, di norme comportamentali dettate dall'esperto a una persona che tenta di sottostare con ragionevolezza alle norme prospettate («Ti dico che cosa devi fare senza preoccuparmi dell'impatto che avrà ciò che io ti dico sulla tua persona e se concorrerà ad attivare un processo di consapevolezza e un'assunzione di responsabilità per la modifica comportamentale»). Deve piuttosto attivare passaggi bidirezionali, interazioni, feedback di risposta, deve focalizzare l'attenzione sull'individuo con la sua storia personale.

Solo così è possibile trasformare un'informazione scientificamente fondata in un messaggio personalizzato, cioè in un'informazione compresa, perché modulata su "quella specifica persona", che può arrivare a toccare le determinanti emotive oltre che cognitive del comportamento.

È compito dell'operatore valutare la situazione complessiva, il grado di fattibilità concreta degli interventi proposti, la disponibilità del soggetto ad accettare, attuare e poi mantenere nel tempo un cambiamento. Non basta dire a una persona in sovrappeso che è opportuno fare più movimento, occorre concordare il tipo di attività fisica che maggiormente si addice alle caratteristiche psicologiche e allo stile di vita della persona.

Tra l'altro, il rischio associato ai comportamenti e agli stili di vita, una volta controllato dalla volontà e dall'iniziativa del singolo, non produce effetti immediati sulla salute. Questa caratteristica contribuisce in modo determinante ad abbassare il livello della percezione: il rischio è lontano e quindi può essere sottostimato, non produce attivazione emotiva (ansia, preoccupazione, paura).

Un cambiamento nello stile di vita del momento per ridurre un eventuale rischio futuro, può comportare rinunce, mancanze, insofferenza e il singolo individuo potrebbe scegliere di voler rischiare. A volte si preferisce correre un rischio statistico per ottenere in cambio un piacere immediato (l'accettabilità del rischio è proporzionale ai benefici).



## 2. QUALI COMPETENZE DI COUNSELLING PER UNA COMUNICAZIONE CONSAPEVOLE E FINALIZZATA?

### PUNTI CHIAVE

- ▶ Le origini del counselling
- ▶ La formazione al counselling
- ▶ Le competenze di base del counselling
- ▶ Le abilità relazionali
- ▶ Lo schema processuale dell'intervento di counselling: le tre fasi della relazione

### IN SINTESI

Per l'operatore impegnato nella promozione di stili di vita salutari è essenziale acquisire o perfezionare alcune competenze di base del counselling utilizzabili nella relazione professionale faccia a faccia, individuale o di gruppo, e telefonica, per attuare interventi non improvvisati dal punto di vista relazionale, metodologicamente strutturati, ispirati a principi e strategie basate sull'ascolto empatico. L'applicazione delle competenze di base del counselling può rappresentare un'opportunità per condurre in modo consapevole e professionale il processo relazionale, non solo per quanto riguarda il contenuto (il cosa), ma anche per quanto riguarda le modalità (il come). Per questo motivo le competenze di counselling rappresentano un valore aggiunto alla professionalità e integrano le competenze tecnico-scientifiche specifiche del ruolo professionale svolto.

### Le origini del counselling

Il counselling è un intervento relativamente giovane. Le sue origini si possono rintracciare nei primi anni del 1900 negli Stati Uniti quando alcuni operatori sociali adottano il termine per definire l'attività di orientamento per la scelta scolastica e professionale (*vocational counselling*) e successivamente per indicare l'intervento rivolto allo sviluppo delle potenzialità globali dell'individuo (*educational counselling*) e ai problemi sociali.

In Europa si sviluppa sul finire degli anni 50 del secolo scorso come servizio di orientamento pedagogico e come strumento di supporto nei servizi sociali e nel volontariato. Sempre tra gli anni Cinquanta e Sessanta, grazie anche all'impulso del movimento della psicologia umanistico-esistenziale, il counselling prende forza, nasce la figura professionale del counselor e viene pubblicata la prima rivista di psicologia del counseling (*Journal of Counselling Psychology*).

Si affermano alcuni temi promossi dal movimento esistenzialista: la libertà di scelta dell'individuo, l'importanza del dialogo, l'impegno del singolo, la responsabilità.

In quegli anni Carl Rogers, esponente della corrente umanistica della psicologia, afferma un concetto importante per il processo di counselling: «Se una persona si trova in difficoltà il miglior modo di venire in aiuto non è dirle cosa fare, quanto piuttosto aiutarla a comprendere la sua situazione e a gestire il problema assumendo da sola e pienamente le responsabilità delle scelte eventuali».

Tra gli anni '60 e '70 il counselling prende slancio come professione grazie alla legge (Community Mental Health Act) che negli Stati Uniti sanciva la riorganizzazione territoriale dei servizi psichiatrici, passando da un modello centrato sulla malattia a un modello orientato alla salute della persona. Dal 1970 in poi l'attività di counselling si sviluppa ulteriormente con il contributo di molti movimenti professionali e in corrispondenza della diffusione della "psicologia del benessere" basata su una concezione sostanzialmente positiva della persona.



In Italia intorno agli anni venti del '900 si possono rintracciare attività affini al counselling grazie agli spunti offerti dall'assistenza sociale. Queste iniziative avevano tuttavia carattere filantropico, volontario e si basavano su progettualità personali.

Alla fine degli anni '70 anche grazie alla legge n. 180/1978 che promuove lo sviluppo di un approccio olistico alla persona basato su un modello biopsicosociale di salute e malattia, si affermano sul territorio italiano le prime scuole di formazione al counselling inteso come specifico intervento professionale. A partire dagli anni Novanta nascono le prime associazioni di counselling e nel 2000 il Cnel, il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, inserisce il counselling tra le professioni non regolamentate.

In ambito sanitario il counselling comincia a diffondersi all'inizio degli anni '90 con l'avvio della campagna informativa sull'Aids e la sua pratica in ambito socio-sanitario si è affermata con la legge n. 135/1990 che ha sancito l'importanza dei colloqui di counselling prima e dopo il test per l'Hiv e ha avviato la formazione degli operatori coinvolti. Il counselling ha poi trovato possibilità di applicazione nei diversi ambiti del contesto sanitario, nella promozione della salute e nella prevenzione della malattia, nella comunicazione della diagnosi, nella costruzione di un piano terapeutico, nella gestione di situazioni di crisi e nell'adattamento funzionale alla patologia, nella preparazione all'inabilità e alla morte.

Il termine counselling compare ormai da parecchi anni in molti documenti di programmazione sanitaria realizzati sia a livello nazionale che regionale, anche se ancora oggi non è per tutti chiaro il suo significato. Infatti l'intervento di counselling spesso si continua a confondere con "il dare consigli" o "fornire informazioni", annullando in tal modo il significato del processo che corrisponde al termine e che rappresenta il motivo per cui la parola non è stata mai tradotta in italiano. Infatti counselling deriva dall'inglese *to counsel* che tradotto in italiano significa "consigliare", ma l'intervento di counselling

---

## ALCUNE DEFINIZIONI DI COUNSELLING

---

Il counselling è un uso della relazione basato su abilità e principi che sviluppano l'accettazione, l'autoconsapevolezza e la crescita. Può essere mirato alla definizione di problemi specifici, alla presa di decisioni, ad affrontare i momenti di crisi, a confrontarsi con i propri sentimenti e i propri conflitti interiori o a migliorare le relazioni con gli altri rispettando i valori, le risorse personali e la capacità di autodeterminazione. (*British Association for Counselling, 1992*)

Il counselling è una miscela di qualità personali, abilità pratiche e comportamentali interpersonali verbali e non verbali, che si combinano a formare un particolare aspetto dell'aiuto dei professionisti in campo sanitario, (*Burnard, 1992*)

Il counselling è un processo decisionale e di problem solving che coinvolge un "operatore" e un "cliente". Il primo *ha la necessità* di un aiuto, il secondo è una persona esperta, imparziale, non legata al cliente, che possiede capacità di ascolto, di sostegno e di guida. Attraverso il dialogo e l'interazione, il counselling aiuta le persone a risolvere e gestire problemi, a capirli, ad affrontare i disagi psicosociali e i bisogni nel modo più razionale possibile. Il counselling è intenso, focalizzato, limitato nel tempo e specifico. (*Organizzazione mondiale della sanità, 1989*)

Il counselling è un processo relazionale di tipo professionale che coinvolge un operatore socio-sanitario e una persona che sente il bisogno di essere aiutata a risolvere un problema o a prendere una decisione. L'intervento si fonda sull'ascolto, il supporto e su principi peculiari ed è caratterizzato dall'utilizzo da parte del counsellor di qualità personali, di conoscenze specifiche, nonché di abilità e strategie comunicative e relazionali finalizzate all'attivazione e alla riorganizzazione delle risorse personali dell'individuo al fine di rendere possibili scelte e cambiamenti in situazioni percepite come difficili dalla persona stessa, nel pieno rispetto dei suoi valori e delle sue capacità di autodeterminazione. (*Bellani, 2002*)

---





ha tutt'altro significato in quanto pone al centro della relazione la persona al fine di facilitarla ad attivare le sue risorse per poter affrontare attivamente problemi, difficoltà e cambiamenti importanti e scegliere in modo consapevole cosa è meglio per se stessa. Può essere utile anche ricordare che la parola counselling si può trovare scritta con una o due *l*, la prima è la dicitura di origine americana, la seconda proviene dalla lingua anglosassone, in Italia si scrive generalmente con due *l*.

Inoltre, nel corso degli anni l'intervento di counselling è stato utilizzato in altri contesti, quali per esempio l'assistenza sociale, il contesto educativo e quello lavorativo e in ambiti diversi dalla relazione duale, infatti l'intervento è stato applicato anche con le coppie, le famiglie, i gruppi.

Pertanto il counselling è una competenza trasversale che può essere utilizzata da operatori con professionalità, ruoli e qualifiche diverse, impegnati in contesti e ambiti differenziati, purché siano formati.

### La formazione al counselling

La formazione rappresenta un presupposto essenziale per acquisire e perfezionare le conoscenze e le abilità necessarie per poter condurre il processo relazionale secondo l'approccio e le finalità dell'intervento di counselling.

È tuttavia opportuno distinguere tra la formazione finalizzata al counselling inteso come intervento professionale e la formazione finalizzata all'apprendimento o perfezionamento delle competenze di base dell'intervento di comunicazione socio-sanitaria. La prima rappresenta l'obiettivo di molteplici scuole di formazione presenti sul territorio italiano e che fanno riferimento ad approcci teorici diversi, garantendo una formazione di base di durata triennale con successivi approfondimenti per perfezionare la competenza professionale del counsellor.

La formazione sulle competenze di base può prevedere invece percorsi a distanza integrati da corsi in presenza, modulabili sulla base degli obiettivi e delle esigenze dei destinatari ed è focalizzata su alcuni elementi fondamentali che è necessario chiarire e approfondire in appositi contesti formativi per definire come un operatore impegnato nella promozione della salute e nella prevenzione dei comportamenti a rischio può utilizzare le abilità di counselling nella pratica quotidiana, svolgendo il suo specifico ruolo professionale.

Le principali tematiche su cui si focalizza l'attività di formazione possono essere riassunte nei seguenti punti:

- caratteristiche principali dell'intervento
- finalità e sua articolazione
- esplicitazione dello schema processuale che lo caratterizza (fasi)
- identificazione delle abilità relazionali e delle strategie necessarie per la sua conduzione
- conoscenza dei fondamenti della prassi comunicativa (comunicazione verbale, non verbale e paraverbale), delle qualità personali favorevoli al processo comunicativo, di stili comunicativi e di tratti personali che possono ostacolare l'interazione
- approfondimento delle capacità di lavorare in equipe e in rete per garantire interventi omogenei nei contenuti e nelle modalità.

L'obiettivo di questi percorsi formativi non è quindi formare counsellor, ma garantire l'apprendimento di conoscenze, abilità e strumenti per condurre la relazione in modo professionale e competente non solo per quanto riguarda l'aspetto tecnico-scientifico, ma anche per quanto riguarda il processo relazionale (ciò che accade nella relazione con l'altro).

La formazione ha la finalità di potenziare le competenze comunicativo-relazionali che vanno così a integrare quelle specifiche del ruolo professionale, in quanto attraverso gli strumenti del counselling gli operatori hanno la possibilità di organizzare la relazione in modo strutturato secondo passaggi predefiniti, quindi di evitare interventi improvvisati.



Questo approccio centrato sulla persona, sulla specificità delle esperienze che racconta e dei problemi che pone, ma anche sulle risorse e sulle opportunità che emergono dalla sua narrazione, è particolarmente efficace per focalizzare l'attenzione su argomenti considerati prioritari dal singolo, per comprendere i bisogni informativi, i vissuti e le esigenze personali al fine di attivare la motivazione e le risorse necessarie per facilitare la persona ad affrontare in modo consapevole problemi, difficoltà e cambiamenti importanti per il mantenimento della salute (empowerment).

---

## LA FORZA DELLA CONSAPEVOLEZZA

*«Chi si avvicina alla formazione sul counselling dopo aver svolto, magari per anni, una qualsiasi attività di aiuto si accorge spesso di aver già fatto molte volte quello che in questo caso viene richiesto. Il problema è che non è mai stato consapevole, perché la caratteristica peculiare del counselling risiede proprio nell'acquisizione di consapevolezza rispetto agli strumenti e alle strategie utilizzate nell'atto di dare aiuto, supporto, informazione».*

G.G Bellotti, M.L. Bellani, Il counselling nell'infezione da Hiv e nell'Aids, McGraw-Hill, 1997

---

## Le competenze di base del counselling

Considerando le diverse definizioni di counselling possiamo affermare che il counselling è una competenza che permette all'operatore di instaurare con la persona/utente una relazione di qualità, caratterizzata da umanità, calore, intensità e professionalità, importanti per garantire collaborazione e fiducia e la continuità del rapporto nel tempo. Per questo motivo potremmo dire: «il counselling è arte e scienza». È arte nel senso che l'operatore e la persona/utente entrano nella relazione con variabili soggettive difficili da definire o misurare, ma fondamentali nel processo interattivo, tanto da determinarne il corso e spesso il risultato: la personalità, il sistema di valori, i vissuti, le conoscenze e le capacità dell'operatore, la personalità della persona/utente, il "mondo sconosciuto" che porta nella relazione, il contatto, la sintonia, la compatibilità, la complementarietà. È scienza in quanto l'intervento non è improvvisato, ma è strutturato secondo modelli sistematizzati che si ispirano a conoscenze sul comportamento umano e sulle strategie comunicative e, inoltre, procede secondo specifici protocolli.

La relazione, condotta attraverso lo strumento del counselling non può essere infatti improvvisata, né essere confusa con una relazione amicale, dove i limiti dell'identificazione e del coinvolgimento sono molto sfumati, ma pur mantenendo la freschezza e l'autenticità della relazione umana, deve prevedere "delle scelte comunicative ragionate in funzione di obiettivi specifici".

Lo scopo è facilitare la persona a potenziare le proprie risorse e creare le condizioni relazionali e ambientali che contribuiscono al suo benessere. Pertanto le competenze di counselling possono essere utilizzate per meglio strutturare la relazione, senza mai dimenticare che ciò che rende efficace la comunicazione è la disponibilità ad "essere" nella relazione in modo autentico ed empatico, ad ascoltare attivamente per poter capire e farsi capire dall'utente con uno spirito di accettazione incondizionata dell'altro, delle sue ansie, dei suoi dubbi e delle sue (a volte false) convinzioni.

Le competenze di base del counselling che gli operatori possono apprendere in specifici percorsi formativi e che devono necessariamente possedere per applicare l'intervento nella relazione professionale individuale (faccia a faccia, o telefonica) e di gruppo possono essere così descritte:

- conoscenza dello scopo dell'intervento di counselling che non si identifica con il dare consigli e soluzioni veloci del problema, o ancora informazioni generalizzate, ma che piuttosto si riferisce al processo di facilitazione per l'attivazione delle risorse della persona in modo che possa affrontare responsabilmente problemi e difficoltà che la riguardano e possa fare scelte consapevoli anche in relazione alla personale disponibilità al cambiamento



- conoscenza e capacità di utilizzare le abilità relazionali (ascolto attivo, empatia, autoconsapevolezza) fondamentali per la creazione della relazione e del suo mantenimento
- consapevolezza delle proprie qualità favorevoli al processo comunicativo, dei tratti caratteriali ostacolanti la relazione, nonché del personale modo di stare nella relazione secondo il proprio stile comunicativo
- conoscenza dello schema processuale necessario per strutturare l'intervento in fasi
- conoscenza e capacità di applicare le strategie specifiche dell'intervento utili all'operatore per muoversi nella relazione in modo intenzionale avendo dei criteri di riferimento per:
  - *focalizzare il problema emergente per la persona, le priorità e l'eventuale disponibilità al "cambiamento"*
  - *fornire le informazioni in modo personalizzato per facilitare la soluzione di problemi*
  - *attivare il processo motivazionale al cambiamento*
  - *facilitare il processo decisionale*
  - *supportare nelle situazioni di crisi*
- disponibilità e capacità a lavorare in equipe e in rete.

L'intervento condotto applicando le competenze di base del counselling si può definire:

- **intenso**, in quanto la relazione che si instaura tra operatore e persona deve assumere le caratteristiche di una relazione condotta in un clima di accettazione e di totale rispetto per l'altro, quale premessa per la creazione di un rapporto di fiducia e collaborazione
- **focalizzato**, in quanto il focus dell'intervento deve essere orientato sul "qui ed ora" delle problematiche della persona, sul suo problema emergente
- **limitato** nel tempo, in quanto l'intervento è attuato in un arco di tempo circoscritto
- **specifico**, in quanto sulla base del problema emergente della persona, viene di volta in volta individuato e concordato l'obiettivo specifico e realistico, raggiungibile in quel momento dalla persona
- **attivo**, in quanto sia l'operatore, sia la persona hanno un ruolo attivo nella relazione. Infatti l'operatore attraverso un ascolto attivo rimane costantemente centrato sui bisogni e sul vissuto della persona, che in tal modo è facilitata nel processo di consapevolezza che le consente di affrontare il problema e di scegliere in modo autonomo e responsabile
- **integrato**, in quanto considera la persona in una dimensione globale organica, psicologica e sociale e favorisce la mobilitazione delle risorse individuali e collettive (famiglia, servizi socio-assistenziali, rete sanitaria). Può, inoltre, essere appreso trasversalmente da tutti gli operatori e può favorire un'efficace integrazione tra le diverse figure professionali facilitando in tal modo il lavoro di equipe e il lavoro di rete.

La trasversalità delle competenze di counselling e l'integrazione delle diverse figure professionali sono fondamentali per la promozione della salute, in quanto creano le condizioni per interventi strategicamente pianificati, omogenei nell'approccio relazionale, realizzati da più operatori impegnati sul territorio in differenti contesti e rivolti a persone diverse per quanto riguarda l'età, gli stili di vita, la percezione del rischio e la disponibilità al cambiamento.

La possibilità di entrare in contatto con numerose persone in momenti diversi della giornata, in particolari fasi della vita e in luoghi diversificati, con messaggi di salute significativi, proposti nell'ambito di una relazione positiva condotta nel pieno rispetto e riconoscimento dell'altro, può rappresentare un'importante strategia per la promozione della salute. A tal proposito è anche opportuno sottolineare che quando gli operatori sono impegnati nell'offerta attiva di salute l'intervento è ancora più complesso in quanto è rivolto a persone che non hanno espresso un bisogno o fatto richiesta di aiuto per un problema specifico, anzi spesso non c'è disponibilità ad affrontare tematiche relative alla salute o manca la consapevolezza di eventuali comportamenti a rischio per la salute. In questo caso avere a disposizione abilità relazionali e strumenti (competenze di counselling) che possano facilitare la conduzione della relazione diventa fondamentale.



I diversi operatori impegnati sul territorio nella promozione della salute, quali ad esempio gli operatori socio-sanitari, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, i farmacisti, gli insegnanti, gli operatori di associazioni sportive, non hanno tutti la stessa possibilità di approfondire la relazione con le persone che incontrano nello svolgimento della loro attività professionale, in quanto operano in contesti differenziati e con finalità diverse, tuttavia hanno tutti l'opportunità di predisporre all'accoglienza e all'ascolto empatico dell'altro, di creare la relazione all'interno della quale poter proporre contenuti, informazioni, attivazioni in base alle esigenze della persona, alla specifica situazione del momento e al contesto. Tutto questo è comunque possibile se gli operatori sono formati e hanno quindi acquisito le competenze per condurre il processo comunicativo con intenzionalità e consapevolezza. Anche la loro motivazione gioca un ruolo fondamentale e questa può essere alimentata dalla possibilità di lavorare sentendosi parte di una strategia complessiva e considerando il loro intervento non come un evento episodico e isolato, ma come uno dei molteplici "momenti di comunicazione" funzionali alla promozione di stili di vita salutari.

### *L'empatia*

L'empatia è l'abilità di "saper entrare nello schema di riferimento dell'altro, la capacità di vedere il mondo con gli occhi dell'altro e avere informazioni dal suo punto di vista, sia razionale che emotivo (pensieri, vissuti, emozioni, significati) per poter capire le sue richieste e i suoi bisogni e comunicare all'altro questa comprensione. È l'abilità di aprirsi all'esperienza di un'altra persona, di seguire, afferrare, comprendere il più pienamente possibile l'esperienza soggettiva della persona, ponendosi dal suo stesso punto di vista. Vivere per un po' "come se" si fosse veramente l'altro. "Come se" va evidenziato e sottolineato in quanto per essere empatici non si può e non si deve confondere il mondo dell'altro con il proprio, con il rischio di perdere l'obiettività necessaria per un intervento efficace. L'empatia rappresenta un'abilità utile per stabilire una relazione significativa caratterizzata da una reciproca collaborazione e fiducia.

### *L'autoconsapevolezza*

L'autoconsapevolezza è una delle abilità essenziali della relazione professionale. Per una comunicazione efficace è fondamentale che l'operatore entri in contatto con se stesso, che sia consapevole del proprio schema di riferimento culturale, delle proprie motivazioni, del proprio sistema di valori e pregiudizi, delle proprie percezioni, emozioni nel "qui e ora", delle personali mappe concettuali. È molto importante conoscere bene il proprio "mondo interno", per poterlo costantemente contattare, controllare e distinguere da quello dell'altro.

Infatti, nel momento in cui l'operatore si avvicina alla persona-utente ha già dei suoi pensieri e delle sue emozioni che fanno parte del suo vissuto quotidiano o provengono dalla sua storia passata, o che ancora vengono suscitati dalla relazione nel qui ed ora.

Inoltre, è sempre importante avere consapevolezza del contesto che è sullo sfondo di ogni incontro relazionale. È anche essenziale la capacità di auto-osservazione e di auto-monitoraggio di quanto avviene nella relazione, nonché la consapevolezza del linguaggio non verbale e paraverbale, attraverso i quali vengono veicolati gli stati emotivi che sottendono il contenuto verbale di cui si sta parlando. Nell'attuazione dell'abilità dell'autoconsapevolezza può essere fondamentale approfondire il concetto di setting interno ed esterno. Il setting è la cornice all'interno della quale si svolge la relazione e gioca un ruolo fondamentale nello svolgimento e nella riuscita dell'intervento. La relazione professionale richiede uno specifico setting, sia "esterno" con una dimensione temporale e spaziale ben definita, sia "interno" all'operatore, inteso come "disposizione", "ascolto", "apertura" a quella persona, in quel momento, in quel dato luogo. Anche quando il setting esterno non è ottimale, un buon setting interno può facilitare lo sviluppo dell'intero processo di aiuto. Particolare importanza va attribuita allo specifico atteggiamento e allo stile comportamentale dell'operatore. È senz'altro da preferire un atteggiamento non giudicante e non direttivo, ma aperto, accogliente, autorevole, chiaro, sicuro, rispettoso dell'altro come individuo autonomo, capace di esprimere le sue risorse e di utilizzarle.



### L'ascolto attivo

L'ascolto attivo è un'abilità che si basa sull'empatia e sull'accettazione, sulla creazione di un rapporto positivo e di un clima non giudicante. È il primo passo nella relazione. Serve a creare un rapporto di fiducia e collaborazione, premessa per una futura alleanza, a dimostrare interesse e attenzione, a facilitare l'interlocutore a parlare per meglio comprendere i suoi bisogni, le sue esigenze e necessità. Quando l'operatore sa ascoltare, la persona, sentendosi oggetto di attenzione, è incoraggiata a proseguire la comunicazione, espone più volentieri i suoi antecedenti, chiarisce con maggiori particolari i dati inerenti le sue attuali condizioni di salute. Si possono individuare alcune condizioni che ostacolano l'ascolto e che assumono le caratteristiche di vere e proprie barriere: mentali, verbali, visive, uditive, olfattive spaziali. In questi casi il setting interno dell'operatore gioca un ruolo fondamentale per superare le difficoltà e per mantenere l'attenzione su ciò che dice la persona e su ciò che accade nel processo relazionale.

Che cosa si ascolta:

- ascolto dei **contenuti**, di ciò che l'altro dice con le parole (verbale) e di ciò che non dice con il silenzio, ascolto delle tonalità, di come lo dice (paraverbale), ascolto/osservazione degli sguardi, della gestualità (non verbale) di come l'altro si presenta e si muove
- ascolto del **contesto** in cui la persona vive: familiare, sociale, lavorativo, scolastico, dei vissuti, degli schemi di riferimento culturali, dei valori, "della sua narrazione".
- ascolto **di sé**, ascolto di se stessi nel qui e ora durante il processo relazionale, ascolto del proprio contesto di riferimento, ascolto di quanto si attribuisce all'altro di ciò che appartiene a se stessi (autoconsapevolezza).

Come si ascolta. Per ascoltare attivamente è essenziale seguire una metodologia di riferimento: il rispecchiamento empatico che comprende quattro tecniche comunicative di facile applicazione per la **restituzione** alla persona di ciò che si è ascoltato. Sono tecniche molto utili per approfondire quanto emerge nella relazione e per affrontare situazioni complesse: riformulazione, delucidazione, capacità d'indagine, uso dei messaggi in prima persona.

- La **riformulazione** è una tecnica comunicativa che consiste nel ridire ciò che l'altro ha appena detto utilizzando le stesse parole o in maniera più concisa con altri termini, non aggiungendo nulla di proprio al contenuto («*Mi sta dicendo che.....*», «*Lei vuol dire che.....*», «*In altre parole.....*», «*A suo avviso perciò.....*», «*Così, secondo lei.....*»). In questo modo l'operatore può ottenere l'accordo da parte della persona e la persona ha la conferma di essere stata ascoltata. Si può approfittare del momento in cui la persona è alla fine di un periodo per intervenire e riprendere ciò che è stato appena comunicato. Se la persona si riconosce nella riformulazione è sicura di essere stata ascoltata, compresa e così è portata a esprimersi ulteriormente e a collaborare. È anche facilitata a rimanere concentrata sul problema e su come lo vive.
- La **delucidazione** è una tecnica che si applica verbalizzando quanto si coglie dal non verbale, oltre che dal paraverbale: «*Mi sembra di cogliere dal suo sguardo uno stato di preoccupazione*», «*Dal tono delle sue parole ho l'impressione di cogliere delle perplessità circa la possibilità di...*». La delucidazione agevola l'autocomprensione sottolineando anche i vissuti che accompagnano il contenuto verbale.
- La **capacità di indagine** è l'abilità nel saper porre domande, scegliendo la tipologia più adeguata in base alla fase della relazione (domande aperte, chiuse o ipotetiche). Le domande aperte sono da preferire all'inizio del colloquio, lasciano ampia possibilità di risposta, tendono ad ampliare e approfondire la relazione, stimolano l'esposizione di opinioni e pensieri (*come, cosa vorrebbe, potrebbe, può approfondire, cosa ne pensa*). Le domande chiuse sono circoscritte,



costringono a una sola risposta specifica, restringono e rendono più mirata la comunicazione, richiedono solo fatti oggettivi e a volte possono sembrare limitative e ostacolanti (*quando?, dove?, chi?*). Le domande che iniziano con il perché possono essere percepite dalla persona come colpevolizzanti o accusatorie, pertanto andrebbero evitate e il perché può essere sostituito con il “come”: «*Come mai mi sta dicendo questo?*» è diverso da: «*Perché mi sta dicendo...*», anche il paraverbale ha un’importanza fondamentale.

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

### Lo schema processuale dell’intervento di counselling: le tre fasi della relazione

Ogni relazione va costruita tenendo presente la specificità persona, la sua età, i suoi valori, la sua percezione, il problema emergente e il vissuto che lo accompagna, le priorità, nonché il contesto socio-culturale di riferimento che è sullo sfondo. La relazione non può essere improvvisata, ma va strutturata secondo un *processo* (ciò che accade nella relazione tra operatore e persona) che accompagna e sostiene il *contenuto* (il contenuto verbale e non della relazione), che può servire all’operatore come mappa concettuale e operativa di riferimento. Nel processo assumono particolare importanza qualità personali e abilità dell’operatore che possono favorire atteggiamenti funzionali alla relazione e al suo mantenimento:

- un atteggiamento non giudicante e non direttivo, ma aperto, accogliente, autorevole, chiaro, sicuro
- un atteggiamento autentico, il che non significa dire tutto ciò che si pensa, ma piuttosto pensare intensamente a tutto ciò che si prova e si dice. Autenticità non significa azione incontrollata con il rischio di dire e fare cose che possono minare la relazione, piuttosto significa apertura, disponibilità anche di fronte un atteggiamento di chiusura o di difesa dell’utente
- un atteggiamento congruente, cioè essere coerente tra ciò che si è e come si appare. La congruenza ispira fiducia e permette all’operatore di essere consapevole dei suoi vissuti, delle sue emozioni e sentimenti
- un atteggiamento rispettoso che significa considerare l’altro come individuo positivo, autonomo, capace di esprimere le sue risorse e di utilizzarle.

Anche la conoscenza di se stessi (abilità dell’autoconsapevolezza), la consapevolezza delle proprie mappe concettuali, delle qualità personali, dei limiti e bisogni individuali, delle capacità di affrontare i pregiudizi culturali propri e della persona/utente, è alla base di una relazione efficace. È difficile e controproducente fornire sostegno, empatia e ascolto attivo se si è lontani dalle proprie emozioni e dal riconoscimento di ciò che di personale può essere sollecitato dai sentimenti, dalla situazione, dal vissuto e dalle convinzioni etiche e morali della persona/utente/cliente. Oltre all’introspezione anche il feedback ricevuto dagli altri circa l’immagine di sé è importante per raggiungere un accurato disegno di se stessi.

Convenzionalmente, il processo di relazione viene articolato in tre fasi (iniziale, intermedia, finale) anche se la schematizzazione non deve cancellare l’impronta fortemente relazionale dell’intervento, ma piuttosto fornire un’importante area di tranquillità nella quale l’operatore possa agire le proprie intuizioni e la propria creatività.

Le tre fasi nella realtà della relazione non sono rigide, ma sfumano l’una nell’altra pur restando caratterizzate e bene delineate. Nel corso della relazione assumono differente rilevanza e durata in base alla specificità delle situazioni, alla problematica emergente e al vissuto. Ciascuna fase comprende tre componenti fisse che si sviluppano durante il procedere dell’intervento: la relazione, il contenuto, la pianificazione.



Ogni fase prevede l'utilizzo di abilità specifiche.

### *Fase iniziale*

In questa prima fase è importante stabilire una relazione di collaborazione e creare un clima di fiducia e di empatia che potrà favorire l'esplorazione e la focalizzazione del problema. È fondamentale la preparazione del setting esterno (il contesto spazio-temporale all'interno del quale si svolge la relazione) e del setting interno (lo spazio interiore che l'operatore mette a disposizione per l'incontro con l'altro). Poiché si è all'inizio della relazione all'interno della quale si incontrano persone che non si conoscono e che provengono da contesti culturali e valoriali diversi, che hanno anche aspettative ben precise e diverse, la prima abilità da affinare è quella che consente di mettere la persona a proprio agio.

Quindi l'accoglienza è fondamentale per avviare l'interazione e per poter stabilire un clima di fiducia e collaborazione indispensabile per affrontare le diverse tematiche che emergono dall'interazione tra operatore sanitario e persona/utente (alleanza). La collaborazione stimola la motivazione e facilita l'attivazione delle risorse in vista di un fine comune, l'obiettivo concordato, realistico e raggiungibile per la persona in quel momento. L'accoglienza si alimenta non solo con gli elementi del verbale (un saluto di apertura e di disponibilità all'inizio della relazione), ma anche con quelli del non verbale (andare incontro, porgere la mano, mimica facciale, uno sguardo accogliente, attento alla persona) e del paraverbale (un tono della voce calmo, pacato, ma nello stesso tempo deciso, assertivo, il timbro, la velocità nel pronunciare le parole). Anche una postura aperta, comoda dell'operatore può contribuire a creare un clima di agio per la persona..

Dopo l'accoglienza e l'apertura della relazione è necessario iniziare ad ascoltare.

L'ascolto attivo è un'abilità essenziale per cominciare ad esplorare e comprendere i bisogni della persona, il suo punto di vista e il suo vissuto. per cogliere il motivo della richiesta o la percezione soggettiva rispetto al tema posto, la propensione a prendersi cura attivamente della propria salute.

In questa fase è necessario comprendere quanto l'interlocutore comunica anche attraverso la comunicazione non verbale. Per facilitare l'espressione della persona, è indispensabile che l'operatore si limiti ad ascoltare, a riformulare e comprendere senza intervenire con interpretazioni e conclusioni personali. Un clima disteso, un atteggiamento accogliente ed empatico, un linguaggio chiaro e comprensibile e l'attenzione ai temi che la persona ritiene rilevanti in quel momento, possono facilitare la manifestazione di dubbi, preoccupazioni, paure e rappresentare un'opportunità per focalizzare il "reale problema".

### *Fase intermedia*

Nella fase intermedia della relazione è importante continuare a mantenere il rapporto di fiducia e collaborazione, riesaminare ed evidenziare attraverso la capacità d'indagine le priorità relative al "problema emergente" in base alle quali è stato definito e concordato l'obiettivo sul quale lavorare.

Occorre procedere per arrivare con la persona a una soluzione concordata che la persona stessa identifichi come la più adeguata in quel momento per il raggiungimento dell'obiettivo condiviso, stimolando le sue risorse affinché si ponga in modo attivo e consapevole di fronte al problema che sta vivendo. È importante verbalizzare alla persona il vissuto che sottende il suo problema, colto attraverso gli elementi del paraverbale e non verbale, accogliendo e restituendo empaticamente l'emozione.

È necessario affrontare un argomento per volta per evitare confusione e gestire meglio il tempo, utilizzando un linguaggio chiaro. L'abilità dell'operatore consiste nel facilitare il singolo individuo a descrivere il problema rendendolo esplicito. Va stimolata l'iniziativa della persona in modo da renderla attiva nella soluzione del suo problema e nel processo decisionale. L'attenzione va rivolta in modo particolare su ciò che "ha funzionato" o che "può funzionare" nella vita della persona, poiché può servire da riferimento, da risorsa per affrontare il problema attuale.

È importante continuare ad essere costantemente consapevoli di ciò che avviene nella relazione, mostrare empatia, ascoltare ed esplorare per capire meglio ciò che è importante per la persona e fornire informazioni argomentate, comprensibili che possano essere utilizzate come risorse per colmare dubbi, per rivedere alcune convinzioni o atteggiamenti. L'intervento informativo deve essere scientificamente corretto, aggiornato, completo e personalizzato per facilitare la messa in atto di modifiche



comportamentali e decisionali. Ogni informazione fornita si inserisce in un preciso sistema cognitivo ed emozionale della persona e deve quindi essere “personalizzata” (attenzione e ascolto della persona, comprensione del bisogno individuale di informazioni e di cosa la persona già sa e desidera sapere, facilitazione all’esposizione di dubbi e domande, risposta a una domanda per volta con linguaggio chiaro e comprensibile).

#### *Fase finale*

La fase finale è necessaria per riassumere quanto è emerso durante il colloquio e quanto si è concordato, per verificare quanto e cosa la persona abbia compreso di ciò che è stato detto, per indagare ulteriori dubbi, anche per capire se la persona ha una visione più chiara del suo problema, del modo con cui affrontarlo e di ciò che la preoccupa. Questo può essere il momento per pianificare azioni o passaggi successivi e per muoversi verso un possibile cambiamento.

La conclusione della relazione non deve essere affrettata e deve offrire la disponibilità ad ulteriori incontri o contatti, fondamentale per valorizzare quanto emerso durante l’intervento, per dare continuità alla relazione stessa. Può essere opportuno concordare subito un nuovo appuntamento e concludere l’incontro con un saluto adeguato.

---

## **IN SINTESI**

---

### **In sintesi i passaggi fondamentali percorsi nelle tre fasi**

- accoglienza
- ascolto attivo
- focalizzazione del problema emergente
- identificazione di un obiettivo condiviso, concreto, realistico e raggiungibile per la persona, che non sempre corrisponde con l’obiettivo iniziale dell’operatore
- individuazione di soluzioni alternative per permettere alla persona di scegliere quella più adeguata a sé in quel momento, con la facilitazione dell’operatore, non con l’indicazione della “sua” soluzione
- riassunto di quanto emerso nella relazione
- verifica ciò che la persona ha effettivamente compreso
- chiusura e saluto adeguato

### **In sintesi le principali abilità da utilizzare nelle tre fasi**

- capacità di accoglienza
  - ascolto attivo, riformulazione, capacità di indagine, delucidazione, messaggi in prima persona
  - empatia
  - autoconsapevolezza
  - capacità di organizzare il setting esterno e interno
  - capacità di ridefinizione del “reale problema” o della “reale domanda” (focalizzazione)
  - capacità di affrontare il silenzio
-





## Bibliografia essenziale

- Bellotti GG, Bellani ML, Pezzotta P, et al. *Il counselling nell'infezione da Hiv e nell'Aids* McGraw-Hill libri Italia, 1997
- Bert G, Quadrino S. *Parole di medici, parole di pazienti* Il Pensiero Scientifico, 2002
- De Mei B, Luzi AM. Il counselling: uno strumento operativo per una comunicazione efficace del pediatra in ambito vaccinale, in: *Prospettive in pediatria* 2002; 32:101-109
- Littrell JM. *Il counseling breve in azione* Aspic, 2001
- Mucchielli R. *Apprendere il counseling* Erickson, 1994
- Organizzazione Mondiale della Sanità, [Carta di Ottawa per la promozione della salute](http://www.ccm-network.it/azioni/files/materiali/formazione/Bologna-mar10/CartaOttawa.pdf). 1986. e, in italiano:  
<http://www.ccm-network.it/azioni/files/materiali/formazione/Bologna-mar10/CartaOttawa.pdf>
- Dahlgren, G., Whitehead, M. [Policies and strategies to promote social equity in health](http://www.ccm-network.it/azioni/files/materiali/formazione/Bologna-mar10/CartaOttawa.pdf). Stockholm: Institute of future studies, 1991

## Altri riferimenti bibliografici

- Bert G, Novara A, Quadrino S. *Il medico di famiglia e le abilità di counselling: competenze comunicative e counselling in medicina generale* Change, 2005
- Bert G, Quadrino S. *Il counselling nelle professioni di aiuto* Change, 2006
- Bert G, Quadrino S. *Il medico e il counseling* Il Pensiero Scientifico, 1989
- Bert G, Quadrino S. *L'arte di comunicare: teoria e pratica del counselling sistemico* Cuen, 2005
- Biavati M. *La relazione che cura: gestalt counselling e art therapy* Edb, 2006
- Biggio G. *Counselling: metodi e applicazioni* Gangemi, 2005
- Binetti P, Buni R. *Il counseling in una prospettiva multimodale* Magi, 2003
- Bone D. *L'arte di ascoltare. Come ottenere molto di più nello studio e nel lavoro diventando buoni ascoltatori* Franco Angeli, 1988
- Bucchi M. *Scienza e società. Introduzione alla sociologia della scienza* Raffaello Cortina Editore, 2010
- Cangemi M, Quadrino S. *Il counselling in pediatria di famiglia* Utet, 2002
- Carkhuff R. *L'arte di aiutare – Manuale* Erickson, 1987
- Clarkson P. *Gestalt counseling. Per una consulenza psicologica proattiva nella relazione d'aiuto* Sovera, 1992
- Danon M. *Counseling. L'arte di aiutare ad aiutarsi* Red edizioni, 2000
- Davis S, Meier S. *Guida al counseling* Franco Angeli, 1993
- Department of child and adolescent health and development (Who) [Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health: a facilitator's guide](http://www.who.int) 2001
- De Mei B, Rota MC, Greco D, et al. [Il counselling pre e post test nell'infezione da Hiv. Linee guida per la conduzione di corsi di formazione](http://www.who.int) Istituto Superiore di Sanità, 1994 (Rapporti Istisan 94/21)
- De Mei B, Luzi AM, Gallo P. *Proposta di un percorso formativo sul counselling integrato* Annali dell'Istituto Superiore di Sanità 1998, 34:529-39
- De Mei B, Luzi AM. *Competenze di base del counselling per il medico di medicina generale*, in *Prevenendo* 2004 3:1-3.
- De Mei B, et al. *Metodi e tecniche per la formazione degli operatori sanitari all'Hiv/Aids counselling*. In: *Counselling nell'infezione da Hiv e nell'Aids*. Bellotti GG, Bellani ML (a cura di). McGraw Hill, 1997
- Di Fabio A. *Counseling - dalla teoria all'applicazione* Giunti, 1999
- Di Fabio A. *Il counseling. Uno strumento di formazione per gli operatori del Q.4* Tipografia Comune di Firenze, 1997
- Di Fabio A. *Il counseling e relazione d'aiuto* Giunti, 2003
- Faccini M. *Psicogeriatría. Il counseling psicologico della terza età* Quaderni Aspic, 1995
- Feltham C, Dryden W. *Dizionario di counseling* Sovera, 1995



- Ferraro F, Petrelli D. *Tra desiderio e progetto. Counseling all'Università in una prospettiva psicoanalitica* Franco Angeli, 2000
- Ferrucci G. *La relazione d'aiuto* Magi, 2001
- Fondazione Rui. *L'orientamento e il counseling nelle Università delle Comunità Europea* Palombi, 1982
- Fontana D. *Stress counseling* Sovera, 1996
- Francescano D, Giusti E. *Empowerment e clinica* Edizioni Kappa, 1999
- Freshwater D. *Le abilità di counselling: percorsi di sviluppo delle competenze relazionali per infermieri e ostetriche* (edizione italiana a cura di Sasso L, Bianco MA) McGraw-Hill 2004
- Fuligni C, Romito P. *Il counselling per adolescenti. Prevenzione, intervento e valutazione* McGraw-Hill, 2002
- Gangemi M, Elli P, Quadrino S. *Il counselling vaccinale: dall'obbligo alla condivisione* Change, 2006
- Geldard K, Geldard D. *Parlami, ti ascolto: le abilità di counseling nella vita quotidiana* Erickson, 2005
- Geldard K. *Counselling adolescents: the proactive approach* Sage, 2004
- Gillini G, Zattoni M. *Un'ipotesi di consulenza formativa. Il counseling per l'operatore familiare* Franco Angeli, 2000
- Giordani B. *Psicoterapia umanistica da Rogers a Carkhuff. La terapia centrata sulla persona* Cittadella, 1988
- Giusti E, Mattacchini C, Merli C et al. *Counseling professionale. Dalla consulenza psicopedagogia alla terapia* Quaderni Aspic, 1993.
- Giusti E, Montanari C, Spalletta E. *La supervisione clinica integrata. Manuale di formazione pluralistica in counseling e psicoterapia* Masson, 2000
- Giusti E. *Autostima* Sovera, 2000
- Giusti E. *Counseling. Applicazioni e settori di intervento per l'operatore tecnico socio-assistenziale* Quaderni Aspic, 1995
- Giusti E. *Smettere di rinviare* Franco Angeli, 1994
- Giusti E, Masiello L. *Il counseling sanitario* Carocci Faber, 2003
- Giusti E, Piombo I. *Arte terapie e counseling espressivo* Aspic, 2003
- Giusti E, Ticconi G. *La comunicazione non verbale* Scione Editore, 1998
- Giusti E. *Essere in divenendo* Sovera, 2002
- Global Programme on Aids (Who/Gpa) *Psychosocial counselling for persons with Hiv-infection, Aids and related disease* Who, 1989
- Grispini A, Langs R. *Le regole di base della psicoterapia e del counselling* G. Fioriti, 2000
- Hough M. *Abilità di counseling. Manuale per la prima formazione* Erickson, 1999
- Ivey AE. *Il colloquio intenzionale e il counselling: facilitare lo sviluppo del cliente in un mondo multiculturale* Las, 2004
- Kauffman K, New C. *Co-counselling: the theory and practice of re-evaluating counselling* Brunner-Routledge, 2004.
- Kennedy E. *On Becoming a counsellor. A basic guide for non professional counsellor* The Seabury Press, 1977
- Knowdell R, Chapman EN. *Aiutare gli altri a capire e risolvere i problemi* Franco Angeli, 2000
- Lambert TW, Soslone LC, Bergum V, Howell J, Dossetor JB. Ethical perspectives for public and environmental health: fostering autonomy and the right to know, in: *Environmental Health Perspectives* 2003; 111:133-7
- Langs R. *Le regole di base della psicoterapia e del counselling* G. Fioriti, 2000
- Leiss W, Krewski D. Risk communication: theory and practice, in: *Prospects and problems in risk communication* (ed.W. Leiss). University of Waterloo Press, Ontario, 1989
- Luterman D. *Il counseling per i genitori dei bambini audiolesi* ed. Tecniche, 1983
- Luzi AM, De Mei B, Colucci A and Gallo P. *Criteria for standardising counseling for Hiv testing* Annali Istituto Superiore di Sanità 2010, Vol. 46, No. 1: 42-50
- Luzi AM, De Mei B. Le competenze di base del counselling nella relazione con gli adolescenti in ambito sanitario, in: Faliva C. *Tra normalità e rischio* Maggioli Editore, 2011



- Maggiolini A. *Counseling a scuola* Franco Angeli, 1997
- Marino G. *Gestalt counseling. Fasi di un momento terapeutico individuale in gruppo* Quaderni Aspic, 1992
- Martello M. *Mediazione dei conflitti e counselling umanistico: lo spazio della formazione* Giuffrè, 2006
- May R. *L'arte del Counseling. Il consiglio, la guida, la supervisione* Astrolabio, 1991
- Meier ST, Davis SR. *Guida al counselling: in 58 regole fondamentali cosa fare e non fare per costruire un buon rapporto d'aiuto* Franco Angeli, 2005
- Mearns D, Thorne B. *Counseling centrato sulla persona: teoria e pratica* Erickson, 2006
- Miglionico A. *Manuale di comunicazione e counselling* Centro Scientifico editore, 2000
- Milner, J. *Il counseling narrativo: interventi brevi centrati sulle soluzioni* Erickson, 2004
- Monformoso P. *Aiutare alla speranza* Edizioni Camilliane, 2002
- Murgatroyd S. *Il counseling nella relazione d'aiuto* Sovera, 1995
- Nanetti F. *Il counseling: modelli a confronto* Quattro Venti, 2003
- Paladino M, Cerizza Tosoni T. *Il Case Management nella realtà socio-sanitaria* Franco Angeli, 2000
- Paladino M, Cerizza Tosoni T. *Guida al counseling case management nella realtà socio-sanitaria* Franco Angeli, 2000
- Palmer S. *Multicultural counselling* Save, 2002
- Pati M. *Ridefinirsi nell'esperienza: lo psicologo clinico nel counselling con studenti universitari* Milano, 7-8- giugno 2002, Isu, Università Cattolica, 2003
- Perls F. *L'approccio della Gestalt-Testimone oculare della terapia* Astrolabio Ubaldini, 1977
- Quadrino S, Bert G. *Il counselling nelle professioni di aiuto*, Inserto numero 2 "Aiutare ad aiutarsi", in: *Quaderni di Animazione sociale*, anno 26°, numero 98 (seconda serie), 1996
- Quadrino S. *Counselling e genitorialità: dal prima della gravidanza ai primi mesi di vita del bambino* Change, 2005
- Raid M. *Counselling in different settings: the reality of practice* Houndmills, Palgrave Macmillan, 2004
- Reddy M. *Il counseling aziendale. Il manager come counselor* Sovera, 1994
- Rogers CR. *La terapia centrata sul cliente* Martinelli, 1989
- Rollo M. *L'arte del counseling. Il consiglio, la guida, la supervisione* Astrolabio, 1991
- Rosati Hansen M. *L'arte dell'attore. Counseling e professione* Gutemberg, 1997
- Rossi I, Bastianelli S. *Counseling e approccio clinico in adolescenza* Clueb, 1988
- Sander P. *Counseling consapevole* La Meridiana, 2002
- Scott MT, Davis SR. *Guida al counseling: in 40 regole fondamentali cosa fare e non fare per costruire un buon rapporto d'aiuto* Franco Angeli, 1996
- Slovic P. *Perception of risk*, in: *Science* 1987; 5:236:80
- Van Kaam A. *Il counseling. Una moderna terapia esistenziale* Città Nuova, 1985
- Ventriglia G. *Il counselling del medico di famiglia al paziente Hiv/Aids*, in: *Hiv-Aids in Medicina Generale* progetto del Ministero della Sanità, Scuola Europea di Medicina Generale (Semg), O. Brignoli, G. Ventriglia (a cura di) pagg. 191-194.