

## Proposta di un percorso formativo sul *counselling* integrato

Barbara DE MEI, Anna Maria LUZI e Pietro GALLO

*Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

**Riassunto.** - Il tradizionale modello della relazione operatore socio-sanitario-utente centrato più sul "caso", che sulla "persona" necessita oggi di un cambiamento che modifichi l'ottica professionale, focalizzando l'attenzione sulla "personalità" del singolo attraverso un intervento individualizzato, centrato sul vissuto "qui e ora", finalizzato al superamento del disagio e alla soluzione del "problema". Il bagaglio cognitivo, tecnico-pratico (sapere, saper fare) è premessa fondamentale, ma non sufficiente: l'accoglienza, l'ascolto, l'empatia, l'abilità relazionale (saper essere) devono avere pari spazio nella cultura e nella formazione dell'operatore socio-sanitario. Attualmente in un'ottica di efficienza dei servizi e di efficacia degli interventi, risulta fondamentale integrare le usuali attività formative e di aggiornamento degli operatori socio-sanitari con un percorso didattico orientato all'insegnamento-apprendimento del *counselling* integrato e al perfezionamento delle abilità e delle strategie comunicative specifiche della "relazione di aiuto". Nel presente lavoro viene proposto un percorso formativo per l'organizzazione di corsi sul *counselling* integrato rivolti ad operatori socio-sanitari.

*Parole chiave:* formazione, *counselling* integrato, *role playing*.

**Summary** (*A proposal for training in integrated counselling*). - The relationship between socio-health care workers and individuals seeking help has traditionally considered the individual seeking help as a "case" rather than an "individual". To change this attitude, counselling professionals must focus their attention on the individual's personality, through individualised interventions focussing on the "here and now", with the goal of overcoming any feelings of unease that the individual may have and of ultimately resolving the problem at hand. For this change to occur, knowledge and practical experience ("to know" and "to know how") are fundamental, but they do not suffice: reception, listening, empathy and relational skills ("to know how to be") must be given equal importance in the culture and training of the socio-health care worker. At present, to ensure that existing services and the interventions conducted are efficient and effective, it is fundamental to integrate the normal training and updating activities of socio-health care workers with training in integrated counselling and for improving the specific communication skills and strategies necessary in creating a "help relationship". The present document describes a proposal for organising courses on integrated counselling for socio-health workers.

*Key words:* training, integrated counselling, role playing.

### Introduzione

Il progresso tecnologico e lo sviluppo dell'economia di mercato hanno favorito dei profondi mutamenti nei costumi sociali e negli stili di vita delle società civili, determinando contemporaneamente una maggiore complessità nell'organizzazione della pubblica amministrazione e nella gestione della vita politica e sociale.

A tutti i livelli, si richiede oggi una gestione meno direttiva del "potere", un'evoluzione dei rapporti tra cittadino e servizio pubblico, verso la chiarezza dell'amministrazione della spesa pubblica e il rispetto dell'utente nei diversi ambiti della società civile, anche e soprattutto in quello sanitario.

La progressiva trasformazione tecnologica ha, infatti, investito anche la realtà sanitaria, la cultura della salute e dei servizi e mentre da un lato ha favorito una profonda evoluzione dell'attività diagnostica e terapeutica, dall'altro ha messo in discussione il tradizionale modello

biomedico della relazione medico-paziente, centrato più sul "caso clinico astratto" [1] che sulla persona e ispirato ad una concezione autoritaria e paternalistica del medico o più in generale dell'esperto.

Oggi lo stesso termine "paziente" è quasi scomparso dal testo del nuovo Codice deontologico dei medici (Montecatini, Ottobre 1998): colui che "sopporta pazientemente", diventa colui che "soffre". Nel testo viene fatto esplicito riferimento al termine "malato", "persona" "cittadino". Ciò sposta l'attenzione dall' "organo malato" alla "persona malata", rendendo, pertanto, necessario che il rapporto tra operatore sanitario e utente assuma le caratteristiche di una relazione individualizzata, personalizzata, globale.

Tutto questo ha determinato una crescita delle attese e delle richieste dei pazienti-utenti e nello stesso tempo un aumento delle responsabilità degli operatori, insieme alla necessità di una formazione specifica e di apparecchiature e strumenti più sofisticati.

Inevitabilmente sono cambiati, insieme agli aspetti tecnici e organizzativi, anche i modi in cui viene attuata e vissuta la relazione operatore-utente-struttura. È emersa sempre più l'importanza dell'integrazione delle esigenze personali con i meccanismi procedurali del sistema sanitario e si è, inoltre, avvertito il bisogno di rilanciare, in parallelo allo sviluppo tecnologico, anche l'attenzione alle cosiddette scienze umane e comportamentali, al "saper essere" del medico e degli altri operatori sociosanitari.

Si è imposta, quindi, la ricerca di un nuovo equilibrio tra il principio di "libertà" e quello di "autorità" che ha condotto all'assunzione di rinnovati modelli nel sistema dei servizi sociosanitari ispirati ad un'idea di tipo partecipativo e ad una concezione positiva della persona, fondata sul rispetto dei suoi bisogni e sul riconoscimento della sua autonomia [2, 3].

La partecipazione rappresenta, infatti, uno degli elementi fondamentali insieme a informazione, formazione e responsabilità per promuovere la qualità dei servizi e garantire il rispetto dei bisogni dei cittadini, in particolare dei soggetti più deboli [4].

I modelli di tipo partecipativo poiché considerano al centro del sistema dei servizi il cittadino-utente, nell'affrontare i problemi dell'individuo, tendono a valorizzare sia le risorse personali e le forze di base dell'individuo stesso, sia le risorse informali e formali che lo circondano.

Secondo tale impostazione, la relazione di aiuto si trasforma in un'operazione professionale centrata sulla persona portatrice del problema e non sul "caso" e sul ruolo dell'operatore esperto. Qualsiasi individuo, nel ruolo di utente o di persona in stato di disagio o crisi vive un'esperienza di debolezza, di fragilità emotiva, per l'impotenza dovuta all'ignoranza del problema e/o all'incertezza della diagnosi, della prognosi e della cura.

È, quindi, fondamentale la capacità dell'operatore di impostare la relazione di aiuto in modo tale che l'individuo portatore del "problema", non si senta un "caso", ma una persona ascoltata e considerata nella sua interezza, capace di partecipare al processo di guarigione o di superamento del suo stato di disagio.

Nell'ambito di tale processo la relazione di aiuto segue le regole della comunicazione interpersonale. In essa percezioni, stati d'animo, cultura, difese, si intrecciano con altri due fattori determinanti per la relazione stessa: i bisogni e le attese dell'utente e la competenza professionale dell'operatore. L'aiuto che quest'ultimo è in grado di offrire per la soluzione di un problema-specifico, particolarmente significativo per quella persona concreta e molto probabilmente non per un'altra, vissuto "qui e ora" da quella persona concreta, è un processo che non si elabora esclusivamente all'interno dell'operatore che lo va ad offrire.

Piuttosto, la sua capacità di ottenere la confidenza e la collaborazione dell'utente-cliente-persona attraverso l'ascolto e il colloquio, crea le condizioni favorevoli per

la soluzione dei problemi e per il miglioramento delle condizioni di salute della persona, per l'adattamento a situazioni di disagio e per l'intero processo di elaborazione e attuazione delle decisioni relative ai comportamenti da agire.

L'obiettivo della relazione consiste perciò, nell'esatta comprensione di ciò che avviene nell'altro; nella scoperta della maniera in cui l'altro sperimenta la situazione e vive il problema, per arrivare alla progressiva chiarificazione del suo vissuto.

Questo delicato e complesso processo mediante il quale l'operatore entra con empatia nel mondo dell'altro, nel suo schema di riferimento e interagisce consapevolmente e strategicamente, senza giudizi e senza forzature, con le sue cognizioni e con i suoi meccanismi decisionali, viene definito *counselling* [5-7].

Agli inizi degli anni '90, sulla scia dell'emergenza provocata dal diffondersi dell'infezione da HIV e dai problemi ad essa collegati, non solo di carattere medico-clinico, ma anche psicologico e sociale, si è posta l'esigenza di sviluppare la formazione degli operatori coinvolti direttamente con le problematiche HIV-AIDS.

Pertanto, all'interno dell'Istituto Superiore di Sanità, secondo quanto stabilito dalla Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS (CNA), è iniziata un'intensa attività di formazione degli operatori sociosanitari che ha posto l'attenzione non solo sugli aspetti tecnici e specialistici di ogni singola categoria professionale, ma anche sugli aspetti psicologici, sociali e relazionali dell'attività professionale.

Si è focalizzata, quindi, l'attenzione non solo sui contenuti della relazione tra operatore e persona, ma anche sulle abilità e le strategie comunicative essenziali per rendere la relazione efficace e personalizzata.

Il nostro interesse per il *counselling*, quale tecnica da utilizzare nella relazione di aiuto, si è sviluppata proprio in questo ambito.

### *Il counselling integrato*

Il processo attraverso il quale la relazione di aiuto assume le caratteristiche di una relazione strutturata secondo uno schema processuale articolato in fasi si definisce *counselling*.

Tale processo che coinvolge un *counsellor* ed un utente è caratterizzato dall'applicazione di conoscenze specifiche, di qualità personali, di abilità e di strategie comunicative del *counsellor*, finalizzate all'attivazione e alla riorganizzazione delle risorse della persona (utente), per rendere possibile scelte e cambiamenti in situazioni "percepiti come difficili" dall'individuo stesso.

Il processo di *counselling* che qui si propone si può definire "integrato" per i seguenti motivi:

- considera la persona come un'unità olistica, secondo una visione globale e dinamica della dimensione organica, psicologica e sociale della personalità;

- favorisce la mobilitazione e l'integrazione delle risorse individuali della persona e di quelle formali e informali disponibili (famiglia, servizi socio-assistenziali, amici, volontari, gruppi di auto-aiuto, associazioni) in una rete omogenea di supporto sociale che garantisce il sostegno emotivo e materiale e la modifica dei comportamenti;

- si avvale dell'intervento di più figure professionali;
- si rivolge non soltanto all'individuo, ma anche alla famiglia, al *partner* e alle altre persone significative;
- considera l'operatore non semplicemente dal punto di vista individuale, ma come persona inserita in un contesto allargato in cui partecipa come professionista, come cittadino, come soggetto con un proprio gruppo familiare e di amici, inserito in un'équipe di lavoro e in una realtà istituzionale e sociale più ampia.

Il *counselling* integrato è un processo:

- *intenso* in quanto la relazione che si instaura tra *counsellor* e utente deve assumere le caratteristiche di una relazione profonda, intensa, condotta in un clima di accettazione e di totale rispetto per l'altro, quale premessa per ottenere fiducia e collaborazione;

- *focalizzato* in quanto il *focus* dell'intervento deve essere orientato sul "qui ed ora" delle problematiche attuali della persona, sui problemi più urgenti, fissando obiettivi a breve termine su cui lavorare;

- *limitato nel tempo* in quanto l'intervento deve essere attuato in un arco di tempo limitato, per evitare la dipendenza del cliente dal *counsellor* e favorire l'autonomia nella gestione delle difficoltà quotidiane;

- *specifico* in quanto sulla base del problema centrale e dei bisogni del cliente, vengono di volta in volta determinati gli obiettivi del singolo intervento;

- *attivo* in quanto il *counsellor* deve prestare un ascolto attivo, supportando la persona nel processo di elaborazione dei vissuti, nella definizione dei problemi e nell'adattamento alle condizioni imposte dalla sua particolare condizione di vita. Inoltre, il *counsellor* fornisce informazioni, sostegno e stabilisce contatti con le risorse formali e informali di supporto sociale [8].

Il *counselling* integrato richiede, inoltre, uno specifico *setting*, sia "interno" all'operatore, sia "esterno" con una dimensione temporale e spaziale ben definita.

Il *setting* è la cornice all'interno della quale si svolge la relazione; gioca un ruolo fondamentale nello svolgimento e nella riuscita dell'intervento.

Idealmente il *counselling* dovrebbe avere luogo in uno spazio (stanza) privo di distrazioni, senza telefono che squilla, o persone che bussano alla porta, senza elementi di disturbo.

Anche i colori che circondano l'ambiente dovrebbero essere tenui, delicati e i mobili poco appariscenti.

Spesso questi criteri ideali sono difficili da ritrovare nella realtà. Tuttavia, ogni *counsellor* dovrebbe almeno cercare di garantire una situazione ambientale accettabile, sedie possibilmente comode e della stessa altezza per creare uguaglianza nella relazione.

In riferimento alla dimensione temporale, sarebbe opportuno, quando possibile, pianificare gli incontri in anticipo, sia per quanto riguarda la frequenza e sia per quanto riguarda la durata di ogni seduta. I tempi medi possono variare da 30 a 60 minuti, anche se è possibile prevedere incontri di 15 minuti o di 90, in particolare con famiglie o coppie.

Comunque il *counsellor* potrà valutare quanta rigidità attribuire alla dimensione temporale, anche in base al tipo di persona che ha davanti, alle sue esigenze e problematiche.

Il concetto di *setting* deve però comprendere anche una connotazione interna del *counsellor* (*setting* interno), intesa come "disposizione", "apertura" a quel cliente, in quel momento, in quel luogo.

È dunque fondamentale che il *counsellor* sia consapevole che per calarsi in pieno nelle dinamiche relazionali, è necessario assumere un atteggiamento di ascolto attivo, con uno spazio e un tempo da dedicare al cliente.

Il metodo del *counselling* integrato si è rivelato valido ed efficace sia in situazioni di colloquio *vis à vis* (*counselling vis à vis*), sia in situazioni di colloquio telefonico (*counselling telefonico*) che rappresenta una forma specifica di tale intervento.

In entrambi i casi, l'attività di *counselling* integrato utilizza specifiche tecniche di conduzione dell'intervento e persegue molteplici scopi.

#### *Tecniche di conduzione*

Le tecniche di conduzione del *counselling* sono le seguenti:

- tecniche per la soluzione dei problemi (*problem-solving counselling*) finalizzate alla chiarificazione del problema e alla ricerca di strategie efficaci per la sua soluzione;

- tecniche orientate a favorire il processo decisionale (*decision-making counselling*) finalizzate allo sviluppo delle capacità dell'utente di prendere una decisione in piena autonomia;

- tecniche di supporto nella crisi (*crisis counselling*) finalizzate alla promozione e all'attivazione di strategie di *coping*, intese come modalità personali per affrontare situazioni di crisi.

- tecniche per fornire informazioni (*informative counselling*) finalizzate a rispondere a domande poste dalla persona per risolvere dubbi, accrescere conoscenze e correggere false convinzioni.

#### *Scopi*

Gli scopi di un intervento di *counselling* sono:

- fornire informazioni scientificamente corrette e aggiornate sull'argomento oggetto dell'intervento (intervento di prevenzione);

- facilitare la persona in difficoltà ad attuare modifiche comportamentali e decisionali necessarie per la diminuzione del disagio e dell'ansia che hanno spinto l'utente a chiedere aiuto;

- favorire attraverso il colloquio con l'utente l'individuazione del suo "reale problema";

- focalizzare insieme all'utente un "obiettivo" percepito, in quel particolare momento, come il più utile per superare il disagio in atto;

- supportare la persona nei momenti di crisi emotiva con l'obiettivo di ripristinare il senso di controllo perso in seguito all'evento che ha scatenato la crisi.

### *Il counselling integrato vis à vis*

Per gestire l'intero processo di *counselling* occorre "metodo", non basta l'intenzione, anche se è di fondamentale importanza la motivazione e la totale disposizione dell'operatore a voler intervenire per aiutare fino in fondo il cliente-persona.

Pertanto, ogni intervento di *counselling* va concepito come un'attività strutturata anche se non rigida trattandosi di una relazione, articolata in fasi e condotta utilizzando abilità che ogni operatore può apprendere e gestire in base alle proprie specificità.

In una prima fase (*fase iniziale*) è fondamentale stabilire una relazione di collaborazione, di fiducia e di empatia (alleanza), esplorare, valutare e definire il problema dell'utente, formulare un obiettivo condiviso su cui lavorare (stabilire un contratto).

Nella fase successiva (*fase intermedia*) è importante mantenere la relazione, lavorare sulle informazioni fornite, stimolare le risorse dell'utente e prospettare insieme una gamma di soluzioni utili per il cambiamento, revisionare il contratto iniziale.

Infine (*fase finale*), è necessario consolidare il contenuto dell'informazione erogata, utile per realizzare la modifica comportamentale, valutare il processo e i risultati ottenuti e chiudere la relazione.

In ogni fase il *counsellor* può utilizzare abilità e strategie specifiche per raggiungere gli scopi del processo di *counselling*.

E' inoltre di fondamentale importanza che in ognuna delle tre fasi, l'operatore ponga particolare attenzione a tre aspetti essenziali: la *relazione* (avvio, mantenimento, implicazioni); il *contenuto* (esplorazione e valutazione di ciò che è effettivamente significativo per la persona, lavoro sulle informazioni fornite per il cambiamento, consolidamento di ciò che l'altro ha appreso o modificato); la *pianificazione* (sviluppo di un piano di lavoro comune, monitoraggio e revisione del piano iniziale, valutazione finale dei risultati ottenuti).

Formare un operatore al *counselling* integrato *vis à vis* significa rendergli possibile un apprendimento diretto e completo di alcune abilità specifiche, prime fra tutte, di due abilità che possiamo definire indispensabili: saper ascoltare e osservare ed essere empatici.

L'ascolto attivo, l'osservazione e l'empatia costituiscono le premesse per l'esercizio di altre abilità importanti per la relazione stessa: abilità di rispondere accuratamente all'esperienza dell'altra persona; abilità di stimolare nell'altro risorse e iniziative, favorendo il processo di autoesplorazione, autocomprensione, azione [9].

Tali abilità possono essere esercitate utilizzando tecniche specifiche, quali ad esempio la comprensione del messaggio, la focalizzazione dei problemi, il rispecchiamento, la riaffermazione, la parafrasi, l'utilizzo di metafore [10, 11] e possono essere apprese e agite attraverso un *training* formativo specifico.

Secondo R. Mucchielli [12] "Chi aiuta deve saper compiere due azioni specifiche: comprendere il problema nei termini in cui si pone per quel particolare individuo, in quella particolare esistenza (ascolto, osservazione); aiutare il cliente ad evolvere personalmente nel senso del suo miglior adattamento sociale (atteggiamento empatico)".

Tuttavia, formare significa anche stimolare nell'operatore l'analisi e il riconoscimento dei limiti e dei bisogni personali, dei propri valori e delle proprie qualità, dei condizionamenti culturali, dei sentimenti, delle emozioni e dei meccanismi di difesa suscitati dai problemi posti dal cliente e dal suo vissuto.

Questa forma di abilità, indispensabile nella formazione di un *counsellor*, viene definita autoconsapevolezza: "Riconoscere le proprie aspettative e motivazioni rispetto all'attività professionale prescelta, le aree conflittuali del proprio mondo interiore, le modalità di comunicare e di relazionarsi abitualmente utilizzate, il modo di affrontare e risolvere l'angoscia di vivere e di morire ed altri aspetti perturbanti l'equilibrio personale, risulta essere una capacità da perseguire come obiettivo per migliorare le proprie possibilità di aiutare gli altri" [10].

Questo significa favorire nell'operatore un lavoro di introspezione e di interpretazione di come gli altri ricevono l'immagine esterna, ciò che è visibile esternamente attraverso il comportamento, il linguaggio verbale e non verbale.

Per fare *counselling* gli operatori devono, dunque, imparare a sapere ascoltare e saper capire, a ricevere e a comunicare, a ottenere e a dare informazioni, ad accettare e a farsi accettare, a persuadere e a proporre, in un accavallarsi di sentimenti umani e di condizionamenti professionali.

Senza dubbio, in una relazione di aiuto si riconosce un primato delle qualità e attitudini personali, (genuinità, coerenza, disponibilità, sensibilità, creatività, neutralità, consapevolezza, calore, facilitazione, rispetto) dell'operatore (saper essere), che devono rappresentare un fondamento su cui possono innestarsi sia le abilità tecniche specifiche e le competenze comunicative (saper fare), sia le conoscenze specialistiche che colorano il contenuto della relazione, e che, quando corrette scientificamente e coerenti, contribuiscono in modo decisivo ad instaurare e mantenere un rapporto di fiducia con l'utente-cliente-persona.

Le qualità personali non sono però innate, date a priori una volta per tutte, ma possono e devono essere sottoposte a un continuo affinamento per effetto di successivi apprendimenti esperienziali.

Sono qualità fondamentali per attuare determinati atteggiamenti ritenuti essenziali in una relazione di aiuto:

- un atteggiamento aperto che consiste nella piena disponibilità dell'operatore senza pregiudizi o preconcetti e si esprime in un modo di essere e fare che sia da incoraggiamento continuo all'espressione spontanea dell'altro;

- un atteggiamento non giudicante che non esprime critiche o dà semplicemente consigli;

- un atteggiamento non direttivo in cui si riconosce al cliente la completa iniziativa nella presentazione del problema e nell'espressione delle sue richieste e dei suoi obiettivi;

- un atteggiamento di comprensione che consiste nell'intenzione di comprendere l'altro nel suo linguaggio, di pensare con le sue parole, di scoprire il suo universo, cercando di cogliere i significati che la situazione ha per l'altro e permettendogli di individuare le risorse e i modi per attuare i cambiamenti scelti;

- un atteggiamento di obiettività che si esprime nello sforzo a rimanere "obiettivo" di fronte a tutte le situazioni, anche le più coinvolgenti.

### *Il counselling integrato telefonico*

Il *counselling* integrato telefonico segue gli stessi principi del *counselling* integrato *vis à vis*, anche gli scopi e le strategie sono comuni. Le qualità e le abilità che il *counsellor* telefonico deve apprendere e perfezionare sono le stesse del *counsellor vis à vis*.

Tuttavia, si possono evidenziare alcune peculiarità e differenze rispetto al *counselling vis à vis*.

Il *counselling* integrato telefonico è un metodo di consulenza di recente acquisizione che può essere definito come:

- un'interazione tra un consulente ed un consultante mirata alla soluzione di un problema;

- un metodo di informazione e supporto rivolto ad un individuo "portatore del problema";

- un processo interattivo, limitato nel tempo, focalizzato sul problema.

Pertanto, i principali obiettivi di un intervento di *counselling* integrato telefonico possono essere così sintetizzati:

- l'individuazione del problema "reale" dell'utente, sua ridefinizione, ricerca e proposta di un insieme di soluzioni;

- il contenimento e la riduzione dell'ansia.

Tutto ciò si realizza all'interno di un *setting* caratterizzato da un insieme di regole che definiscono lo spazio, il tempo e la relazione.

Il *setting* del *counselling* integrato telefonico ha una sua identità ed alcune caratteristiche peculiari che lo diversificano da quello *vis à vis*:

- assenza di uno spazio fisico condiviso, infatti, lo spazio nel quale il *counsellor* e l'utente interagiscono non è lo stesso per entrambi ed assume fondamentale importanza, pertanto, la costruzione del "*setting* interno" dell'operatore;

- assenza di un appuntamento prestabilito, infatti, il colloquio si svolge in tempi non preordinati, dipendenti dall'utente e spesso piuttosto brevi;

- variabilità della durata dell'intervento telefonico;

- presenza dell'anonimato che, se da un lato facilita il dialogo e spinge l'utente ad aprirsi, può far perdere elementi significativi utili all'identificazione dei ruoli [13].

### **Dall'informazione alla formazione**

Secondo quanto riporta R. Gallini [14] "finalità essenziale dell'educazione formativa è di fare acquisire competenze ed ottenere prestazioni ottimali, sviluppando la preparazione, la sicurezza, l'identità e l'autonomia dei singoli operatori, pur promuovendone la migliore utilizzazione "integrata" nell'équipe e nel servizio. L'obiettivo didattico formativo è l'insegnamento-apprendimento di competenze destinate a tradursi in prestazioni professionali. Perciò non mira soltanto ad insegnare nozioni e concetti, ma essenzialmente a determinare comportamenti operativi che risultano dall'acquisizione di cognizioni (sapere), di abilità manuali e pragmatiche (saper fare), di positivi atteggiamenti relazionali (saper essere)".

Le informazioni ricevute all'interno di un percorso didattico non si limitano ad arricchire il patrimonio cognitivo di chi le riceve, ma producono atteggiamenti e risposte operative, divenendo così fattori di formazione del comportamento.

Gli effetti prodotti risultano fortemente condizionati dalle molteplici influenze ambientali, strutturali e sociali, dai complessi aspetti e problemi relazionali; oltre che dalle particolari caratteristiche di ogni singolo individuo, dalla sua storia esperienziale, dalla cultura, dai valori, il tutto associato ai personali meccanismi di difesa.

L'informazione avvia un processo che inizia con la memorizzazione di nozioni, schemi, modelli, per poi utilizzare tali acquisizioni di tipo cognitivo, come premesse per l'elaborazione e l'attuazione di interventi personali destinati a comprendere la realtà e ad attuare comportamenti idonei.

"Questa evoluzione da informazione a formazione, cioè dal puro "sapere" cognitivo al "sapere come fare" per intervenire sulla realtà, a saper sviluppare in sé e verso gli altri disposizioni, relazioni e azioni convenienti "saper essere", comporta partecipazione e motivazione personale che può risultare molto impegnativa come apprendimento" [15].

Pertanto, ogni processo di apprendimento e perfezionamento dei comportamenti professionali richiede un percorso formativo specifico centrato sulla persona, sui suoi bisogni, sulle sue capacità e risorse e orientato sulle sue competenze e sui suoi compiti professionali.

Il percorso formativo non può prescindere da una fase iniziale di tipo informativo, ma le nozioni sui contenuti dovranno essere finalizzate a specifici obiettivi comportamentali, da poter sviluppare attraverso esperienze didattiche agite e vissute in modo interattivo come nella realtà.

Le esperienze didattiche sono un indispensabile strumento nel processo formativo ed è proprio mediante la loro attuazione, valutazione e il loro continuo perfezionamento, che è possibile sviluppare le abilità ed il miglioramento dei comportamenti professionali.

La scelta di metodi e tecniche didattiche adeguate agli obiettivi educativi specifici, appropriate ai bisogni formativi dei discenti, alla loro cultura e realtà professionale, è di fondamentale importanza per facilitare il processo di insegnamento-apprendimento e il buon esito dell'intero percorso di formazione.

Sono anche molto importanti l'abilità didattica e lo stile del conduttore (*trainer*), soprattutto per evidenziare motivazioni degli operatori e per progettare insieme strategie concretamente attuabili.

Oggi risulta sempre più importante che la didattica formativa superi i limiti della formazione specialistica e dia maggior spazio a quegli aspetti dell'attività professionale in cui prevalga la dimensione comportamentale e la componente emotivo-relazionale.

Tali aspetti, in cui è più forte la componente emotivo-relazionale, sono proprio quelli che ritroviamo, insieme agli altri, nell'attività di *counselling*.

### **La formazione al *counselling* integrato**

Le esperienze formative al *counselling* integrato possono essere rivolte ad operatori con professionalità differenziate: medici, infermieri, psicologi, terapisti della riabilitazione, ostetriche, assistenti sociali, educatori e animatori di comunità, insegnanti, volontari ecc., operanti in diversi ambiti e in molteplici contesti.

E', infatti, ben comprensibile che, se il *counselling* è un processo interattivo di colloquio, empatia, informazioni e proposte aventi come precisa finalità quella di aiutare i pazienti/clienti a prendere ed attuare le decisioni opportune per migliorare i loro comportamenti e per risolvere i loro problemi, è altrettanto evidente che esso si estende ad un'ampia gamma dell'attività socio-sanitaria e della relazione di aiuto coinvolgendo operatori con professionalità molto diverse.

E' auspicabile una formazione teorico-pratica che consenta una preparazione dei singoli operatori sui contenuti teorici, che affini e perfezioni le qualità e le abili-

tà proprie della relazione di aiuto (saper essere) e consenta di apprendere la tecnica del *counselling* integrato per rendere operative qualità e abilità (saper fare) [10].

### *Obiettivi educativi del processo formativo*

Finalità generale del processo formativo è quella di sviluppare e perfezionare negli operatori la disposizione e l'abilità al *counselling*, stimolando un'analisi critica di atteggiamenti e comportamenti personali a volte inconsapevoli e una verifica dell'efficacia del proprio stile comunicativo.

Il "sapere" specifico, la competenza professionale specifica è indubbiamente preliminare e indispensabile.

La formazione al *counselling* dovrà essere, pertanto, mirata sulle attività e sui compiti dell'operatore, sulla sua competenza professionale, a cui si andranno ad aggiungere e sviluppare le capacità di tipo tecnico-comunicativo e quelle di tipo relazionale specifiche dell'intervento di *counselling*.

Nella realtà italiana in cui non esiste una professionalità specifica di *counsellor*, dovranno essere le diverse professionalità già presenti ad acquisire le competenze e le abilità di un *counsellor* per poterle applicare nei contesti dove essi svolgono la loro attività (contesto sanitario, scolastico, coniugale, socio-assistenziale, legale, psicologico).

Le esperienze di formazione al *counselling* rivolte a operatori professionali operanti in contesti diversi avranno, pertanto, in comune l'obiettivo generale del processo formativo, cioè l'acquisizione e il perfezionamento di quelle abilità relazionali proprie di ogni tipo di *counselling* che corrispondono anche con lo scopo generale dell'intervento stesso.

I percorsi formativi si differenziano al momento della definizione degli obiettivi educativi specifici in cui giocano un ruolo fondamentale i bisogni formativi degli operatori professionali destinatari della formazione, le esigenze e i problemi specifici dei soggetti beneficiari del loro intervento.

Gli obiettivi specifici e i contenuti delle attività di formazione sono, pertanto, formulati tenendo presenti le conoscenze di base sul *counselling* della popolazione dei formandi e le loro effettive abilità operative.

### *Corsi di sensibilizzazione e di apprendimento (prima fase)*

Se gli operatori sono completamente privi di conoscenze sul *counselling* sarà possibile organizzare corsi di sensibilizzazione per far apprendere i principi, gli scopi e le specificità di tale tecnica e sviluppare in loro la consapevolezza della propria motivazione e disposizione all'apprendimento e all'uso del *counselling*.

Questa prima fase del processo formativo ha l'obiettivo di fornire una formazione di base sul *counselling* attraverso l'insegnamento-apprendimento sia dello schema, dei tempi e delle condizioni in cui è possibile strutturare la relazione, sia delle qualità e abilità necessarie per svolgere tale attività.

I corsi della durata di 4/5 giorni potranno essere rivolti anche a figure professionali diverse, inserite in uno stesso contesto formativo (medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, volontari, insegnanti, ecc.) e potranno svolgersi con una formazione d'aula che preveda accanto ad una didattica informativo-recettiva, basata sulle lezioni e sulla lettura-studio, anche e soprattutto esperienze didattiche attive: esercitazioni svolte in piccoli gruppi, accompagnate da osservazioni e valutazione di comportamenti agiti in *role playing* analogici.

Tali esperienze, prevalentemente basate sul coinvolgimento attivo-creativo dei partecipanti e centrate sul "saper essere", sono fondamentali per sviluppare e perfezionare comportamenti professionali nei quali prevalga la componente affettivo-relazionale, come nel caso del *counselling*.

Per la buona riuscita dei corsi, è importantissima la fase preliminare di selezione dei partecipanti, i quali all'inizio del percorso formativo, dovrebbero possedere tutti uno stesso livello di conoscenze, almeno sui principi della relazione di aiuto, sulle abilità necessarie per attuarla, indispensabili anche nell'intervento di *counselling*.

La maggior parte degli operatori che partecipano per la prima volta a corsi sul *counselling* riferiscono di svolgere attività di *counselling* durante la loro quotidiana attività professionale, a volte senza saperlo, molto spesso improvvisando. E', quindi, di fondamentale importanza progettare percorsi formativi con lo scopo di fornire strumenti utili per sistematizzare e rendere consapevole l'intervento.

#### *Corsi di apprendimento-perfezionamento (seconda fase)*

Per poter acquisire le abilità operative al *counselling* e saper intervenire anche in situazioni difficili, è invece indispensabile un percorso formativo specifico, strutturato totalmente sulla particolare attività degli operatori, sui loro compiti professionali, calato nella realtà del servizio o della struttura in cui essi lavorano.

Tale processo formativo potrà essere articolato, in un primo momento, attraverso la successione di moduli da sviluppare con una "formazione d'aula", basata su 8/10 incontri di due giorni con 25/30 partecipanti ciascuno, per un totale di 80 ore, seguita da un secondo momento di "formazione sul campo", consistente in un *training* ben strutturato e valutato, della durata di almeno 12 mesi.

Questa seconda fase ha l'obiettivo di perfezionare la formazione al *counselling* attraverso un tirocinio guidato. In questo stadio il futuro *counsellor* potrà essere supportato dal formatore ricorrendo alla supervisione diretta e indiretta.

Sarebbe auspicabile che tutti gli operatori sociosanitari potessero partecipare almeno alla prima fase di formazione al *counselling*. Ciò potrebbe senz'altro facilitarli nello svolgimento della loro specifica attività, promuovendo il perfezionamento della relazione con l'utente in termini di efficacia e intensità e offrendo loro un margine di sicurezza e di sistematicità nell'attuare l'intervento stesso.

#### *Cenni sulla supervisione*

Il formatore osserverà i comportamenti del *counsellor* in formazione in situazioni operative concrete, utilizzando lo specchio unidirezionale, inoltre la registrazione audio e video delle sedute di *counselling*, realizzata con il consenso dell'utente/cliente, consentirà al discente un'analisi e una valutazione personale dei comportamenti messi in atto.

Sarà anche possibile sottoporre al formatore in appositi incontri, casi concreti da discutere insieme al fine di ricevere indicazioni e stimoli per condurre l'intervento in modo efficace.

Inoltre, l'aggiornamento continuo, lo scambio tra colleghi e soprattutto la reale pratica professionale rappresentano momenti fondamentali per il progressivo miglioramento delle *performances* dell'operatore, quando quest'ultimo sappia autovalutarsi, autocorreggersi e autoperfezionarsi.

#### **Tecniche didattiche per l'insegnamento-apprendimento e per il perfezionamento del *counselling* integrato**

Il processo di *counselling* integrato non è soltanto un insieme di nozioni e non si esaurisce nella competenza cognitiva, ma richiede l'apprendimento di abilità per l'applicazione operativa degli elementi cognitivi e tecnici e per la realizzazione di atteggiamenti e comportamenti professionali che devono risultare corretti, efficaci e coerenti.

La didattica tradizionale di tipo informativo-recettivo delle lezioni e dei libri fornisce la "base di dati" necessaria per il *counselling*, ma non è sufficiente per apprendere le abilità operative utili per attuarlo.

E' essenziale imparare ad applicare e a utilizzare le nozioni acquisite, traducendole in piani e programmi di azioni strategicamente concepiti e impostati.

Ciò può essere sviluppato, seppure soltanto nei suoi aspetti razionali e procedurali, mediante lo studio di casi "carta e penna" e mediante esercizi di "ricerca d'aula" e di compiti progettuali.

Per arrivare, però, al "saper fare" e al "saper essere", cioè a tradurre il potenziale di competenza cognitiva e di programmazione in prestazioni operative concretamente attuate come performances professionali, ogni discente non può fare a meno di esercitarsi in comportamenti agiti, cioè effettivamente osservati e svolti nell'azione, non soltanto elaborati nel pensiero o studiati a tavolino.

E' poi soprattutto la presenza reale dell'utente-cliente-persona, il "qui ed ora" delle vicende professionali e l'interazione che determina e condiziona la traduzione operativa dei programmi e delle strategie.

Soltanto un *training* sul campo, controllato, valutato, continuamente modificato e corretto, può condurre il discente in un processo progressivo di perfezionamento e di rimodellamento delle molteplici e complesse abilità necessarie per il *counselling*.

La "formazione d'aula" può consentire un approccio iniziale all'osservazione e all'analisi dei comportamenti agiti e anche all'attuazione dei comportamenti operativi del *counselling*.

Tale processo può essere realizzato mediante una tecnica didattica complessa quale è quella delle simulazioni operative relazionali attuate come *role playing* formativi, che rappresenta la punta più avanzata della didattica in aula prima di passare al training sul campo (Tab. 1).

#### *Il role-playing come strumento didattico*

Il *role-playing* è un'esperienza di pratica operativa di gruppo, simulata, che deriva dal *role-playing* psichiatrico proposto nel 1959 da J.L. Moreno come

psicodramma analitico-terapeutico, basato sull'effetto estrinsecante e catartico di un "teatro della spontaneità". I *role-playing* formativi, pur conservando in qualche misura la valenza originaria, ne sviluppano prevalentemente il potenziale pedagogico in funzione delle attività professionali. Attraverso vicende simulate con scambio di ruoli (operatore-utente), preparate, svolte e osservate dagli stessi discenti, i *role-playing* consentono la sperimentazione della valenza affettiva delle singole relazioni e dunque l'apprendimento attivo e il perfezionamento dei comportamenti professionali nelle situazioni interattive con un'importante componente emotivo-relazionale.

I *role-playing* formativi sono contemporaneamente centrati sul "cosa" e sul "come" dei comportamenti e presentano, in una simulazione agita, tanto le applicazioni operative dei contenuti tecnici specifici, quanto le manifestazioni dinamiche degli atteggiamenti e delle reazioni che le persone sviluppano per effetto dei problemi e delle interazioni proprie della particolare situazione.

L'attore-utente può verificare direttamente l'effetto dei diversi stili di conduzione della relazione da parte dei vari attori-operatori i quali, a loro volta, possono verificare l'efficacia dei propri comportamenti nei singoli contesti e individuare le proprie eventuali aree di difficoltà. Gli operatori dei gruppi danno il proprio contributo di osservazione e di valutazione degli atteggiamenti e dei comportamenti agiti dall'attore-operatore durante la vicenda simulata, avvalendosi di schede di analisi costruite secondo indicatori prestabiliti (Tab. 2-4).

**Tabella 1.** - Modello di scheda per l'insegnamento-apprendimento del *counselling*. L'attività di *counselling* come complesso integrato di comportamenti e *performances* operative professionali che richiedono competenze e abilità specifiche

Competenze da acquisire	Tecniche di insegnamento-apprendimento
Competenze cognitive specifiche: informazioni, nozioni, norme, modelli cognitivi	Lettura-studio
Conoscenze psicologiche: personalità, comportamenti, processi psico-sociali	Lezioni Questionari di apprendimento
Capacità di elaborazione razionale per interventi e moduli operativi personalizzati approccio al <i>problem solving</i>	Griglie Progetti Ricerca d'aula Casi descritti (centrati su problemi personali e relazionali)
Abilità relazionali: empatia, ascolto attivo, informazione personalizzata, <i>feed-back</i> , conduzione, <i>support</i>	Attuazione di comportamenti: formazione d'aula con l'uso di <i>roleplaying training</i> sul campo pratica professionale  Analisi dei comportamenti con l'uso di griglie per l'osservazione-valutazione diretta di film su registrazione audio-video

**Tabella 2.** - Scheda di analisi per la valutazione di performance del *counsellor* in esercitazione a piccoli gruppi di apprendimento

Indicatori di abilità	Manifestazioni indicative	
	Prestazione ottimale	difettosa
1 <i>Setting</i>		
2 Accoglienza-alleanza		
3 Comunicazione non verbale		
4 Autocontrollo		
5 Spontaneità-coerenza		
6 Ascolto attivo		
7 Domande		
8 Empatia		
9 <i>Feed back</i>		
10 Personalizzazione-confronto		
11 Linguaggio		
12 Informazioni		
13 Proposte		
14 Conduzione		
15 Guida-supporto		
16 Strategia		
17 .....		
18 .....		

**Tabella 3.** - Scheda di osservazione sulla modalità di trasmissione delle informazioni

<p><b>Utente</b></p> <p>Quali informazioni chiede?</p> <p>Quali risposte ottiene?</p>	
<p><b>Operatore</b></p> <p>A quali informazioni risponde?</p> <p>In che modo risponde?</p> <p>Lascia l'opportunità di ampliare le informazioni?</p>	

A seconda della loro impostazione i *role-playing* formativi consentono un approccio differenziato ai molteplici fattori che determinano e condizionano i comportamenti nelle interazioni personali e professionali.

Infatti, in essi:

- l'operatore può essere chiamato a svolgere il suo vero ruolo "come se" fosse nella realtà professionale (*role playing* formativi di tipo "operativo"); oppure

- uno o più attori presentano in una scenetta aspetti tipici o impegnativi e, in essi, comportamenti corretti o sbagliati da individuare e discutere (*role playing* formativi di tipo "emblematico"); o, infine

- alcuni discenti mettono in atto comportamenti e vissuti estranei al loro vero ruolo calandosi nella particolare situazione-vicenda senza un copione e senza una sceneggiatura strutturata, ma soltanto in base alla loro personalità e, alla loro individuale maniera di sentire e affrontare i problemi e le persone dell'interazione (*role playing* formativi dei "personaggi" o di "drammatizzazione").

Il docente che ha scelto e ha progettato questa esperienza didattica per i comportamenti può anche fornire ai discenti, riuniti in piccoli gruppi di 4-6 membri ciascuno, una situazione-vicenda più o meno precisata come descrizione, ma, comunque, centrata sul *counselling* e sui problemi relazionali degli operatori sociosanitari.

Con essa viene dato ai discenti anche il mandato di lavoro, generalmente espresso nei termini seguenti:

1) Dopo aver letto ed esaminato la situazione-vicenda ricevuta come tema:

a) individuare ed elencare i principali obiettivi specifici e i problemi tecnici che essa propone all'operatore professionale, ad esempio le informazioni da ottenere o da dare, le indagini da fare o da proporre, i comportamenti da analizzare e da spiegare, le alternative di scelte, gli sviluppi e i risultati prevedibili, la strategia, la tattica, lo stile di conduzione preferibili ecc.;

b) prevedere ed elencare i più probabili e rilevanti atteggiamenti, i timori, i "vissuti", le emozioni, le reazioni, le attese, le difese psicologiche, le difficoltà al cambiamento, ecc. che possono verificarsi nell'utente, nei suoi familiari e nelle altre persone coinvolte nella vicenda interattiva.

2) Elaborare la situazione-vicenda ricevuta come tema e sceneggiarla (attori, copione delle parti, tempi, *setting*) in modo da tradurla in una breve azione scenica di 8-15 minuti nella quale gli attori facciano emergere i

**Tabella 4.** - Scheda di osservazione delle emozioni

<p><b>Utente</b></p> <p>Quali emozioni esprime?</p> <p>Come esprime le proprie emozioni?</p>
<p><b>Operatore</b></p> <p>Quali emozioni esprime?</p> <p>Come esprime le proprie emozioni?</p>
<p><b>Situazione generale</b></p> <p>Quale spazio dà l'operatore all'espressione delle emozioni?</p> <p>Come risponde l'operatore alle emozioni dell'utente?</p>

problemi e i processi elencati al punto 1 dell'esercitazione. I comportamenti verbali e non verbali espressi dagli attori possono mirare a presentare ciò che è corretto e ottimale nella realtà professionale, ovvero ciò che non è corretto, non conveniente e comunque da modificare: tale scelta dipende dagli aspetti operativi e dagli obiettivi di apprendimento sui quali i preparatori del *role playing* formativo intendono centrare e focalizzare l'attenzione degli osservatori e la successiva discussione (dichiararlo su un lucido o su una nota, da presentare solo dopo la discussione). Gli attori sono scelti fra i componenti del piccolo gruppo preparatore. Ad essi non viene richiesta abilità recitativa o attitudine filodrammatica, ma solo un'interpretazione naturale e realistica. E' opportuna una breve prova. La scenetta può essere accompagnata da una voce fuori campo.

3) Preparare la scheda di osservazione da distribuire agli osservatori. Se di essa è stato già predisposto un modello standard può essere opportuno modificare alcuni indicatori o aggiungere altri più adatti e specifici per la particolare scenetta.

4) Prepararsi per le risposte e le spiegazioni che potranno essere richieste dagli osservatori al gruppo preparatore e agli attori dopo lo svolgimento della scenetta.

Questo mandato di lavoro si riferisce a un *role playing* del tipo emblematico. Se, invece, il *role playing* deve essere del tipo operativo, la parte dell'operatore professionale sarà assegnata a un partecipante estraneo al piccolo gruppo preparatore, scelto in base al suo ruolo e alla sua disponibilità, al quale deve essere detto soltanto qual'è il compito da svolgere come nella realtà, cioè sostanzialmente, che deve svolgere un *counselling* idoneo alla particolare situazione e al particolare utente.

Se il mandato di lavoro fosse poi quello di progettare un filmato didattico e ciò può avvenire allorché i discenti non siano in grado o non desiderino svolgere un'esperienza di *role-playing* formativo, la sceneggiatura, il copione delle parti, i dialoghi, le azioni dovranno essere descritte dettagliatamente e presentati in modo leggibile, ordinato, fotocopiabile e proiettabile. In entrambi i casi, tutte le altre fasi della preparazione sono quelle del *role-playing* formativo emblematico.

Perché i *role-playing* formativi riescano efficaci, stimolanti e gradevoli è necessario che i partecipanti siano ben disposti, che si sia ben sviluppato un processo di socializzazione. E' soprattutto necessario che, al termine dell'azione scenica svolta dai partecipanti attori e osservata da tutti gli altri discenti, si sviluppi una discussione plenaria, con contributi pertinenti e interessanti centrati non sulla recitazione, ma sulla partecipazione, sui vissuti dell'esperienza e sui problemi professionali che essa ha messo in evidenza. Al termine di essa i docenti e gli esperti faranno i loro commenti e le loro integrazioni didattiche, sintetizzando e valutando l'intera esperienza in funzione degli obiettivi formativi per i quali è stata attuata.

In alcuni contesti formativi risulta utile effettuare videoregistrazioni per un'ulteriore analisi del processo interattivo.

I *role-playing* didattici sono utilizzati, sempre più frequentemente, in corsi di formazione e di aggiornamento rivolti a gruppi di operatori quali medici, psicologi, sociologi, assistenti sociali, infermieri professionali, *counsellor vis à vis* e telefonici, impegnati in strutture sociosanitarie pubbliche e in associazioni di volontariato.

## Conclusioni

Una migliore impostazione e gestione della relazione operatore-utente o più in generale operatore-cliente, e in essa l'utilizzo dello strumento *counselling*, potrà contribuire in modo rilevante al buon andamento dell'interazione e al trattamento cognitivo-comportamentale, fornendo risposte appropriate alle aspettative dei cittadini/utenti in ambiti molto diversi: sociosanitario, scolastico, legale, lavorativo, etc.

Ad esempio, in ambito sanitario, l'intervento di *counselling* potrà senz'altro contribuire alla prevenzione delle malattie, anche di quelle a forte impatto sociale, alla modifica dei comportamenti a rischio, alla moderazione e razionalizzazione del ricorso alle indagini, ai farmaci e ai ricoveri.

Gli strumenti di *counselling* potranno, inoltre, essere utilizzati per creare le condizioni favorevoli alla comunicazione di una diagnosi, alla costruzione di un piano terapeutico, alla gestione di situazioni di crisi e alla preparazione all'inabilità e alla morte [10].

In un'ottica più generale di sanità pubblica, l'attività di *counselling* potrà, quindi, dare un valido contributo sia dal punto di vista economico, sia dal punto di vista informativo-educativo e preventivo, ottenendo modifiche comportamentali in situazioni di disagio e/o di rischio e favorendo il loro mantenimento.

S. Quadrino e G. Bert [17, 18] affermano che oggi: "L'attività di *counselling* si configura come una vera e propria necessità per l'operatore, che non può più dettare, in quanto esperto, le regole della relazione, ma deve contrattarle di volta in volta con l'utente o più in generale con il cliente".

Esistono perciò validi motivi per affrontare e approfondire un discorso sul *counselling* la cui esigenza origina in primo luogo dalle necessità degli utenti e dalle nuove richieste sociali e si traduce concretamente in un bisogno specifico di formazione degli operatori. Sono proprio questi ultimi che di fronte alle nuove attese sociali e ai bisogni espressi dai cittadini, cominciano a provare sfiducia nei propri mezzi tecnici, evidenziando una forte esigenza di formazione, soprattutto alla luce di un *curriculum* di studi carente degli aspetti relativi al "saper essere" professionale.

La comunità scientifica e sanitaria internazionale ha ormai riconosciuto al *counselling* un ruolo di primaria importanza annoverandolo tra le strategie da adottare per la prevenzione dei comportamenti a rischio e la modifica di quelli dannosi per la salute, per la trasmissione di informazioni e per la cura, l'assistenza e il sostegno alle persone, che vivono situazioni di disagio e/o di crisi e ai loro familiari.

Siamo comunque certi che, in una relazione di aiuto sia di fondamentale importanza l'attenzione e l'interesse per l'altra persona, per la sua qualità di vita, per il suo benessere fisico e psichico nella particolare condizione che si trova a vivere, in un determinato momento della sua esistenza. Le tecniche, le strategie comunicative, le abilità, le conoscenze sono funzionali al raggiungimento di tale obiettivo.

Ricevuto il 26 ottobre 1998.

Accettato il 22 dicembre 1998.

#### BIBLIOGRAFIA

1. KENNEDY, E. 1997. *On becoming a counsellor. A basic guide for non professional counsellor*. The Seabury Press, New York.
2. ROGERS, C.R. 1989. *La terapia centrata sul cliente*. Martinelli, Firenze.
3. GIORDANI, B. 1988. *Psicoterapia umanistica da Rogers a Carkhuff. La terapia centrata sulla persona*. Cittadella, Assisi.
4. RAO, F. 1996. Soggetti deboli e qualità dei servizi pubblici. *Animazione sociale* 26(2): 19-26.
5. MAY, R. 1991. *L'arte del counselling*. Astrolabio, Roma.
6. SCHEIN, E.H. 1992. *Lezioni di consulenza*. Raffaello Cortina, Milano.
7. KNOWLES, M. 1993. *Quando l'adulto impara*. Franco Angeli, Milano.
8. TROTTI, E., ODOBEZ, C. & BELLANI, M.L. 1995. Generalità sul counselling nell'infezione da HIV. In: *Il counselling nell'infezione e nella malattia da HIV*. G.G. Bellotti, M.L. Bellani, B. De Mei, D. Greco (Eds). Istituto Superiore di Sanità, Roma (Rapporti ISTISAN, 95/28).
9. CARKHUFF, R. 1988. *L'arte di aiutare*. Erickson, Trento.
10. PEZZOTTA, P., GATTI, M. & BELLOTTI, G.G. 1995. Il counselling. In: *Il counselling nell'infezione e nella malattia da HIV*. G.G. Bellotti, M.L. Bellani, B. De Mei & D. Greco (Eds). Istituto Superiore di Sanità, Roma (Rapporti ISTISAN, 95/28).
11. DE MEI, B., GALLINI, R., MAGNANI, F. & GRECO, D. 1997. Metodi e tecniche per la formazione degli operatori sanitari all'HIV/AIDS counselling. In: *Il counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*. G.G. Bellotti & M.L. Bellani (Eds). McGraw Hill, Milano.
12. MUCCHIELLI, R. 1994. *Apprendere il counselling*. Erickson, Trento.
13. LUZI, A.M., DI PIETRO, R., GALLO, P., SANTORO, A. & RIS-SA, G. 1997. Un modello di help-line nazionale: l'esperienza del Telefono Verde AIDS. In: *Il counselling nell'infezione da HIV e nell'AIDS*. G.G. Bellotti & M.L. Bellani (Eds). McGraw Hill, Milano.
14. GALLINI, R. 1991. *Schola medici. Basi e tecniche dell'apprendimento formativo*. Nis, Roma.
15. GALLINI, R. 1995. Dall'informazione alla formazione: l'apprendimento dei comportamenti nelle persone adulte. *Giornale di Medicina Militare* 145(5): 673-679.
16. GALLINI, R. 1995. La formazione al counselling dell'operatore sanitario. In: *Il counselling nell'infezione e nella malattia da HIV*. G.G. Bellotti, M.L. Bellani, B. De Mei & D. Greco (Eds). Istituto Superiore di Sanità, Roma (Rapporti ISTISAN, 95/28).
17. QUADRINO, S. & BERT, G. 1996. Aiutare ad aiutarsi. Il counselling nelle professioni di aiuto. *Animazione sociale* 26(2): 27-50.
18. BERT, G. & QUADRINO, S. 1989. *Il medico e il counselling*. Il Pensiero scientifico, Roma.