



Strategie comunicative per motivare i pazienti a seguire i consigli del medico

Francesca Moretti, Claudia Goss, Lidia Del Piccolo

Riassunto. Negli ultimi anni il sempre maggior interesse alla prevenzione ha posto il quesito di come motivare il paziente a modificare stili di vita insalubri (es. il fumo, una eccessiva assunzione di alcol, una dieta inadeguata, una scarsa attività fisica). Questo articolo prende in considerazione la teoria e le tecniche proprie del colloquio di motivazione, fornendo alcuni riferimenti bibliografici e alcuni suggerimenti pratici per fronteggiare le resistenze del paziente e sollecitarlo al cambiamento. Le riflessioni proposte riguardano sia gli aspetti essenziali del processo di modificazione, sia l'atteggiamento e le competenze che il medico deve mettere in atto in ciascuna fase di questo processo. Il tutto nella prospettiva che è il paziente ad essere il primo protagonista e il responsabile del cambiamento e che il ruolo essenziale del medico è quello di favorirlo e sostenerlo in questo percorso.

Parole chiave. Colloquio motivazionale, comunicazione medico-paziente.

Summary. *Communication strategies to motivate patients to follow doctor's advice.*

The growing attention to the preventive aspects of health care has raised the question how to motivate patients to modify potentially health damaging habits such as smoking, alcohol abuse, wrong diet or poor exercise. The present paper examines the theory and the techniques of the motivational interview and proposes practical examples which illustrate how the physician may overcome patient's resistance. The authors describe the principal aspects of the process of motivational change and some of the corresponding attitudes and skills which the physician has to adopt in each phase of this process. The basic assumptions are that the patient is the main agent of change and that the physician's task is to facilitate this process and to sustain the patient's efforts.

Key words. Doctor-patient communication, motivational interview.

Introduzione

Il raggiungimento di uno stato di salute ottimale richiede spesso, da parte del paziente, un impegno a modificare inadeguate abitudini di vita. Un regolare esercizio fisico, una dieta adeguata, l'astinenza dal fumo, rappresentano alcuni dei traguardi comportamentali considerati fondamentali sia per la prevenzione, sia per la terapia di numerose patologie croniche^{1,2}.

L'operare un cambiamento duraturo nello stile di vita richiede una forte motivazione da parte del paziente e il semplice ammonimento da parte del medico è non sempre sufficiente^{3,4}.

In quest'ottica, quindi, il problema della motivazione al cambiamento è un elemento di centrale interesse anche per il medico di medicina generale che, quotidianamente, si confronta con la necessità di indurre il paziente a modificazioni nello stile di vita.

La motivazione come processo dinamico

Secondo la definizione di Miller, la motivazione rappresenta una condizione di buona disponibilità al cambiamento: la probabilità che una persona intraprenda un nuovo comportamento^{5,6}. Tale probabilità è il risultato di una continua oscillazione tra fattori positivi e negativi intrinseci ad ogni abitudine, in cui il prevalere degli uni o degli altri determinerà il verificarsi o meno di un mutamento, secondo un delicato equilibrio. Essa è quindi intesa come uno stato dinamico influenzabile da diversi fattori. In particolare, la qualità del rapporto medico-paziente può incrementare o diminuire tale probabilità, favorendo rispettivamente il crescere della motivazione al cambiamento o l'insorgenza di meccanismi di resistenza^{7,8,9}.

L'instaurarsi di un nuovo comportamento è quindi una fase dell'intero e complicato processo del cambiamento.

Prochaska e Di Clemente¹⁰ hanno elaborato quello che viene definito il modello "transteorico", dove il cambiamento avviene secondo un processo graduale, coinvolgente sei differenti stadi posti lungo un percorso ciclico¹¹.

La ciclicità sottolinea come, in qualsiasi momento, possa verificarsi una ricaduta e come questa non vada intesa come un fallimento, bensì come un evento normale facente parte del complicato cammino verso il cambiamento (figura 1).



Figura 1. Gli stadi del cambiamento (modificato da Prochaska e Di Clemente, 1992¹⁰).

Come si caratterizzano i sei stadi?

1. Precontemplazione: il soggetto non pensa di modificare il proprio comportamento, della cui problematicità non è, in genere, pienamente consapevole. 2. Contemplazione: è caratterizzata dall'ambivalenza, nella quale vi è una continua oscillazione tra le ragioni per intraprendere un cambiamento e quelle per perdurare nella abitudine nociva. 3. Preparazione: i vantaggi sono percepiti come superiori agli svantaggi e il paziente è pronto ad intraprendere un cambiamento concreto.

Tabella 1. - Fasi e compiti motivazionali.

Fasi	Compiti motivazionali
Precontemplazione	Accrescere la consapevolezza del problema e del possibile cambiamento (fornire informazioni e feedback)
Contemplazione	Aiutare a valutare i pro e i contro, cercando di far pendere l'ago della bilancia a favore del cambiamento Aumentare il senso di autoefficacia
Determinazione	Aiutare a trovare la strada migliore per intraprendere il cambiamento
Azione	Aiutare a compiere i passi necessari per attuare il cambiamento
Mantenimento	Identificare e attuare strategie per evitare le ricadute
Ricaduta	Sostenere il paziente e aiutarlo a riavviare il processo

4. Azione: il paziente mette in atto una serie di strategie per attuare il cambiamento. 5. Mantenimento: il cambiamento si sta stabilizzando e la ricaduta dovrebbe essere meno probabile. 6. Ricaduta.

In quest'ottica, quindi, motivare un paziente significa seguirlo attraverso i diversi stadi e comporta da parte del medico la capacità di mettere in atto comportamenti diversi a seconda della fase di cambiamento (tabella 1). Una tale concezione investe il medico di nuove responsabilità e implica la necessità che egli apprenda ed eserciti strategie volte ad incrementare la motivazione del paziente.

Il colloquio di motivazione

Il Colloquio di Motivazione [CM (motivational interview)] è un approccio direttivo, centrato sul paziente, volto ad esplicitare la necessità di un cambiamento e ad aiutare il destinatario a esplorare e risolvere l'ambivalenza¹². L'obiettivo del CM è di favorire l'espressione del punto di vista del paziente, guidandolo attraverso le proprie contraddizioni (tabella 2).

Tabella 2. - Aspetti essenziali del colloquio di motivazione (adattata da Rollnick & Miller, 1995¹³).

La disponibilità al cambiamento è fluttuante e deriva dall'interazione con il medico
Il rapporto si basa sulla collaborazione reciproca
La motivazione dovrebbe emergere dal paziente e non essere imposta dal medico
Risolvere l'ambivalenza è compito del paziente
Il medico è direttivo verso l'ambivalenza
Lo scontro diretto non è utile
Lo stile è espressivo e pacato

Il CM è guidato da alcuni principi e strategie:

1. Esprimere empatia. Consiste nel saper ascoltare, comprendere e riflettere il punto di vista del paziente. L'accettazione e la comprensione facilitano il cambiamento, mentre un atteggiamento direttivo e impositivo può determinare l'insorgenza di resistenze (esempio 1 alla pagina a fronte).

2. Esplicitare e discutere le contraddizioni. Rendere il paziente consapevole delle conseguenze del proprio comportamento al fine di evidenziare come queste ostacolino il raggiungimento dei suoi obiettivi. La percezione della discrepanza fungerà da spinta al cambiamento, a patto che essa emerga senza imposizioni.

3. Evitare le polemiche ed i contrasti. Uno stile confrontazionale tende spesso a suscitare resistenza nel paziente, desideroso di ribadire e difendere la propria libertà di agire come meglio crede (esempio 2).

4. "Ballare" con le resistenze. Le resistenze non vanno affrontate con modalità direttive, ma devono essere sfruttate come opportunità per porre in luce prospettive nuove e dare slancio al cambiamento (esempio 3).

5. Sostenere il senso di autoefficacia. Consiste nell'accrescere la consapevolezza del paziente di essere in grado di affrontare gli ostacoli e riuscire nel cambiamento.

Esempio 1. Stile confrontazionale (situazione 1) e stile empatico (situazione 2).

Situazione 1	Situazione 2
<p>Medico: Lei mangia davvero troppo e male e questo è un grave problema per la sua salute. <i>Paziente: Ho sempre mangiato così. Non penso che sia un problema serio.</i> Medico: Non è un problema serio? È un'autentica fortuna che lei non abbia ancora avuto un infarto. Le sue analisi sono completamente sballate. <i>Paziente: Le dico che non mangio così tanto.</i> Medico: E perché non considerare sua moglie? Pensa che lei esageri col cibo. <i>Paziente: Mia moglie proviene da una famiglia di vegetariani: loro considerano fuori posto chiunque non mangi come loro.</i></p>	<p>Medico: Le sue analisi non sono perfette. Talvolta questo dipende da una dieta inadeguata. Crede che possa essere il suo caso? <i>Paziente: Mia moglie pensa di sì...</i> Medico: Quindi sua moglie pensa che la sua dieta stia danneggiando la sua salute, ma io mi chiedo: lei cosa ne pensa? <i>Paziente: Potrebbe essere, ma ho sempre mangiato così e fino adesso le mie analisi erano perfette.</i> Medico: Dunque lei non crede che ci sia una relazione tra la sua dieta e l'esito delle analisi. <i>Paziente: Mah... non so, ... potrebbe anche essere ... mi rendo conto che dovrei modificare la mia dieta, ma è difficile, col lavoro che faccio...</i></p>

Esempio 2. Tentare di convincere un paziente genera resistenza (adattato da Rollnick et al., 1999¹⁴).

<p>Medico: Lei ha bisogno di mangiare meno grassi: potrebbe iniziare con l'evitare i cibi fritti <i>Paziente: Ma i bambini non mangiano nulla che non sia accompagnato dalle patatine</i> Medico: Le patatine non vanno molto bene nemmeno per loro; forse dovrete tutti mangiare più riso o pasta <i>Paziente: Noi siamo abituati così ed è inutile mettere in tavola cibo che di sicuro non sarà consumato</i> Medico: Allora potrebbe iniziare lei a dare il buon esempio, mangiando più frutta e verdura <i>Paziente: È vero: potrei. Però...</i></p>
--

Esempio 3. “Ballare” con le resistenze

<p><i>Paziente: Mia moglie esagera: non sono mai stato così male come dice lei!</i> Medico: Quindi lei non è d'accordo con l'idea di sua moglie... <i>Paziente: Anche fosse, è una cosa degli ultimi anni: può essere che stia semplicemente invecchiando.</i> Medico: Mhm...invecchiando... <i>Paziente: Non so... forse, a volte mangio troppo e bevo qualche bicchiere in più. Può essere che questo contribuisca...</i></p>

Si crea così un rapporto di collaborazione e di rispetto reciproco che coinvolge attivamente il paziente nei processi di problem solving.

È bene evitare alcuni errori comuni che contrastano con questo spirito (tabella 3).

Tabella 3. - *Alcuni errori comuni (adattato da Emmons e Rollnick, 2001¹²).*

Questa persona deve cambiare
 Questa persona deve voler cambiare
 La salute deve essere il primo fattore per la motivazione
 Se il paziente non cambia ho fallito
 I pazienti sono o “motivati” o “non motivati”
 Il cambiamento deve avvenire ora
 Io – il medico – sono l'esperto
 Il paziente deve seguire i miei consigli

In tale contesto il CM non è più una sterile applicazione di strategie, ma diventa una vera e propria modalità di comunicazione direttiva, nei suoi obiettivi (superare l'ambivalenza) e nello stile, centrato sul paziente e sulle di lui esigenze. Quando il colloquio è condotto in maniera adeguata, sarà il paziente a trovare le motivazioni per mutare alcuni comportamenti, ed al medico spetterà il compito di guidare e favorire tale processo, in un rapporto di collaborazione fondato sull'ascolto e sul sostegno, piuttosto che sull'imposizione e sulla discussione¹⁵.

L'efficacia del colloquio di motivazione: alcuni dati di letteratura

Numerosi sono gli studi condotti allo scopo di verificare l'applicabilità e l'efficacia del CM.

Anche se i dati maggiormente significativi riguardano il contesto specialistico, soprattutto quello della dipendenza alcolica o da altre sostanze, numerosi studi ne suggeriscono l'utilità anche nel setting di medicina generale, dove il medico si trova sempre più spesso ad assistere pazienti che necessitano di una modificazione dello stile di vita¹⁶. In particolare, in letteratura, sono presenti lavori inerenti l'applicazione del CM nell'ambito dell'attività fisica¹⁷, della dieta^{18,19,20}, del tabagismo^{21,25}, delle abitudini sessuali, del controllo glicemico nel paziente diabetico^{26,33}, dell'aderenza alla terapia farmacologica³⁴.

Come motivare il paziente

Prima di tutto, bisogna introdurre il problema, lasciando che sia il paziente ad affermare la necessità di un cambiamento. Tentare di “convincere” un paziente della necessità di impegnarsi in un nuovo comportamento è, infatti, non solo inutile ma anche controproducente. L'assumere il ruolo di esperto che “prescrive” al paziente come dovrebbe comportarsi mina il suo bisogno di autonomia, riducendolo a passivo esecutore di una sorta di “ricetta su come condurre la propria vita” e induce, di conseguenza, la comparsa di meccanismi di resistenza.

Una strategia utile è quella di formulare domande aperte, le quali – permettendo al paziente di esprimersi – favoriscono l'emergere del suo punto di vista (esempio 4 alla pagina a seguente).

Esempio 4. Domande aperte e domande chiuse

Domanda aperta: Lo stile di vita può essere determinante per la salute di un individuo. Mi chiedo se potrebbe essere interessato a parlare della possibilità di modificare alcune abitudini, come la dieta o il fumo. Cosa ne pensa?

Domanda chiusa: Penso che lei sia arrivato a stare così male per colpa del suo stile di vita: sappiamo entrambi che fuma e che non è stato molto bravo nel seguire la dieta e l'esercizio fisico che gioverebbero a controllare il suo diabete; non è vero?

Il passo successivo consiste nel valutare il grado di preparazione del paziente nei confronti del cambiamento e quali siano le sue necessità in rapporto alla motivazione. Per valutare il grado di preparazione al cambiamento, si considera la disponibilità ad attuare modifiche nel suo stile di vita sulla base dell'importanza che egli attribuisce al cambiamento e della fiducia che ripone nella propria nella capacità di perseguirlo. Tali informazioni possono essere ottenute ponendo al paziente alcune domande dirette; oppure facendogli scegliere – su una scala visiva analogica da 0 a 100 (che presenta, su una linea, il *continuum* del processo del cambiamento da 0 = “non pronto” a 100 = “pronto”) – il punto coincidente con la sua situazione attuale. Per esempio: un soggetto che non considera affatto la possibilità di un cambiamento tenderà a collocarsi sulla sinistra della linea e andrà considerato come paziente in fase di precontemplazione. In questo caso è preferibile utilizzare strategie in grado di evocare la consapevolezza di una abitudine errata, piuttosto che concordare direttamente un piano d'azione (tabella 4).

Tabella 4. *Obiettivi e tecniche dello stadio di precontemplazione.*

Precontemplazione:

Obiettivo: Evocare la consapevolezza e i dubbi.

Tecniche: Domande in grado di evocare direttamente il riconoscimento del problema e eventuali preoccupazioni (Cosa potrebbe succedere se lei non cambiasse...? Cosa la preoccupa del suo stile di vita...? Talvolta anche lo scarso esercizio fisico può essere determinante: crede che possa essere il suo caso? Quali segnali la porteranno a pensare alla necessità di un eventuale cambiamento...?)

Praticare l'ascolto riflessivo: consiste nel riformulare una supposizione ragionevole di quanto il paziente ha appena detto. L'utente può rafforzare, riascoltandola nelle parole del medico, la sua volontà a cambiare. (Paziente: Talvolta mi preoccupa: mi sembra di mangiare troppo e può far male al mio diabete. Medico: Lei mangia parecchio? Paziente: Mi è accaduto di pensarci recentemente: ... forse dovrei fare qualcosa.)

Evitare la persuasione diretta e confermare la libertà di scelta. (Medico: Non è mia intenzione convincerla a fare qualcosa che non vuole. Mi interessa soltanto capire cosa lei pensa e se c'è qualcosa che lei ritiene di poter fare per abbassare la sua pressione. Cosa ne dice? Paziente: Penserei di poter...)

Un paziente in fase di contemplazione (parte centrale della linea) apparirà ambivalente rispetto alla disponibilità a cambiare: può essere che ne percepisca l'importanza ma non si senta in grado di portare avanti un progetto concreto; o può accadere che – pur nella consapevolezza dell'esistenza di un problema – l'importanza che egli vi attribuisce non sia tale da sopravvivere i vantaggi connessi a mantenere il vecchio stile di vita.

Alcune semplici tecniche come l'uso della bilancia decisionale (esempio 5), possono aiutare il paziente a prendere coscienza della sua ambivalenza guidandolo a rivalutare l'importanza di un cambiamento e a costruire la fiducia nel riuscire a perseguirlo; entrambi elementi fondamentali per decidere di attuare un piano di azione concreto (tabella 5).

Esempio 5. Un esempio dell'uso della bilancia decisionale nell'abitudine al fumo

Comportamento attuale (Fumare)	
<i>Vantaggi</i>	<i>Costi</i>
Rilassarsi e scaricare lo stress	Mancanza di fiato per correre e giocare coi figli
Aiuto in situazioni sociali difficili o emotivamente impegnative	Rischio di tumore al polmone
Vincere la noia e la ripetitività	Capelli meno brillanti
	Economicamente costoso
	Tosse fastidiosa

Cambiamento (smettere di fumare)	
<i>Costi</i>	<i>Vantaggi</i>
Si fa fatica	Sentirsi più in forma per giocare e correre coi figli
Non avere un aiuto contro lo stress	Non avere più tosse
Rinunciare alla “pausa sigaretta” coi colleghi	Minor rischio di tumore al polmone
	Capelli più luminosi
	Risparmio economico
	Essere di buon esempio ai propri figli
	Soddisfazione

Quando un paziente appare deciso ad attuare un cambiamento (parte destra della riga: determinazione), egli ha, almeno temporaneamente, risolto la sua ambivalenza. Per sfruttare questa occasione e guidarlo verso l'azione, sarà utile proporre e pianificare assieme a lui (rapporto collaborativo) programmi di intervento adeguati alle sue necessità, cioè programmi personalizzati e concretamente attuabili (tabella 6).

È fondamentale che il paziente si senta coinvolto nella formulazione di un piano di azione perché questo aumenta la probabilità di successo.

Tabella 5. - *Obiettivi e tecniche dello stadio di contemplazione.*

Contemplazione

Obiettivo: Comprendere e superare l'ambivalenza.
Tecniche: Esplicitare le contraddizioni. (Medico: Vedo che è preso tra due fuochi. Da un lato vorrebbe smettere di fumare perché queste bronchiti le creano disagio, dall'altro le piace e le allevia la tensione sul lavoro. È un bel dilemma). Esplorare l'importanza utilizzando la bilancia decisionale (valutazione dei pro e contro del cambiamento). (Medico: Qualche volta può essere utile esaminare i pro e i contro di un comportamento: le andrebbe di spendere qualche minuto per farlo...?) Guardare indietro e in avanti. (Medico: Come andavano le cose prima che lei cominciasse a bere in questa misurata...? Nel caso lei decida di operare questo cambiamento, cosa si aspetta per il futuro?) Costruire la fiducia in sé (autoefficacia). (Medico: Cosa l'aiuterebbe a sentirsi più fiducioso? Come posso aiutarla a riuscire? Quali aiuti pratici le servirebbero per raggiungere lo scopo?) Gestire le resistenze confermando la libertà di scelta e usando l'ascolto riflessivo.

Tabella 6. - *Obiettivi e tecniche dello stadio di determinazione.*

Determinazione

Obiettivo: Aiutare il paziente a trovare strategie praticabili e personalizzate e a scegliere quelle più adatte alle sue esigenze
Tecniche: Facilitare concrete ipotesi sul futuro. (Medico: Quale sarebbe il miglior risultato possibile per lei qualora decidesse di cambiare le sue abitudini?) Esaminare i bisogni personali. (Medico: Mi chiedevo quale cambiamento lei giudicherebbe come il più importante in questo momento) Fornire sempre più di una opzione e esplicitarle. (Medico: Per qualcuno è stato utile tentare di smettere con l'aiuto di un gruppo; pensa che possa servire anche a lei?)

Tabella 7. - *Obiettivi e tecniche dello stadio di azione/mantenimento.*

Azione/mantenimento

Obiettivo: Sostenere l'autoefficacia e prevenire le ricadute.
Tecniche: Sostenere l'autoefficacia. (Medico: Credo che chiunque al suo posto sarebbe soddisfatto di come sta riuscendo a portare avanti il programma che avevamo concordato...) Analizzare ed enfatizzare i cambiamenti effettuati. (Medico: Cosa è cambiato in questo mese di astinenza dal fumo?) Prevenire le ricadute individuando le situazioni di maggior rischio. (Medico: Mi sembra di capire che sia difficile per lei vedere i colleghi che fumano e non poterlo fare...Cosa pensa potrebbe aiutarla in questa situazione?).

Un trattamento personalizzato non solo è più gestibile nella quotidianità, ma aumenta anche la responsabilità e la soddisfazione del paziente, incrementandone l'impegno e la fiducia in se stesso³⁵.

Una volta che un paziente abbia intrapreso un progetto concreto (azione/mantenimento) diventa importante sostenere i cambiamenti effettuati e prevenire le ricadute, confermando i successi ottenuti e analizzando concretamente gli effetti del nuovo stile di vita (tabella 7).

Qualora si verifichi una ricaduta, è opportuno che essa venga considerata come un evento normale, sostenendo la capacità del paziente di riprendere il processo del cambiamento.

Conclusioni

Una condotta di questo tipo può sembrare complicata e difficilmente attuabile da parte di un internista o del medico di medicina generale che devono fare i conti con il tempo e l'impegno richiesti dalla assistenza ai pazienti. Inoltre, l'approccio biomedico cui sono formati i medici è tradizionalmente focalizzato sugli aspetti della diagnosi e della terapia e li pone nel ruolo dell'esperto che decide ciò di cui il paziente ha necessità, riducendo quest'ultimo a passivo esecutore di una prescrizione^{36,37,38}. Se ciò può essere funzionale alla cura delle patologie acute, altrettanto non si può dire per quella delle malattie croniche, cura che richiede spesso un vero e proprio riadattamento dello stile di vita. E uno stile di vita non può essere prescritto ed imposto; esso ha, piuttosto, bisogno di una forte motivazione³⁹.

Le tecniche e le strategie proposte rappresentano alcuni esempi concreti di come confrontarsi con un paziente che ha necessità di modificare il proprio stile di vita. Esse possono fornire al medico di medicina generale uno strumento per muoversi sul terreno della motivazione al cambiamento. Intervendo sulla motivazione, il medico ha una significativa possibilità per rendere il malato partecipe e protagonista attivo del proprio trattamento. Il risultato sarà quello di aumentare il grado di soddisfazione e la probabilità di successo del piano d'azione concordato.

Ringraziamenti. Alla prof. Christa Zimmermann (Professore Associato di Psicologia Medica, Servizio di Psicologia Clinica, Università di Verona), per i suggerimenti ed al referee (anonimo) della Rivista, per la revisione del manoscritto.

Bibliografia

1. Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A stages of change approach to helping patients change behaviour. *Am Fam Physician* 2000; 61: 1409-16.
2. Nawaz H, Adams ML, Katz DL. Physician-patient interactions regarding diet, exercise and smoking. *Prev Med* 2000; 31: 652-7.
3. Ashenden R, Silagy C, Wellere D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract* 1997; 14: 160-75.
4. Butler Rollnick S, Stott N. The practitioner, the pa-

- tient and resistance to change: recent ideas on compliance. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1357-62.
5. Miller WR. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull* 1985; 98: 84-107.
 6. Miller W, Rollnick S. *Il Colloquio di Motivazione*. Trento: Centro Studi Erickson 1994.
 7. Saltini A, Del Piccolo L. Il colloquio con il paziente in medicina generale. *Recenti Prog Med* 2000; 91: 38-42.
 8. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 455-61.
 9. Gask L & Usherwood T. ABC of psychological medicine. The consultation. *BMJ* 2002; 324: 1567-9.
 10. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992; 28: 183-218.
 11. Prochaska JO, Johnson S, Lee P. The transtheoretical model of behaviour change. In *The Handbook of Health Behaviour Change*. New York: Shumaker SA, Schron EB, Ockene JK, McBee WL 1998: 59.
 12. Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care setting. Opportunities and limitations. *Am J Prev Med* 2001; 20: 68-74.
 13. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing?. *Behav Cognitive Psychother* 1995; 23: 325-34.
 14. Rollnick S., Mason P & Butler C. *Health Behavior Change. A Guide for Practitioners*. London: Churchill Livingstone 1999.
 15. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med* 1998; 47: 329-39.
 16. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from Motivational Interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001; 96: 1725-42.
 17. Harland J, White M, Drinkwater C, Chinn D, Farr L, Howel D. The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *BMJ* 1999; 319: 828-32.
 18. Resnicow K, Jackson A, Wang T, Dudley W, Baranowski T. A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through Black churches: results of the eat for life trial. *Am J Public Health* 2001; 91: 1686-93.
 19. Mhurchu CN, Margetts BM, Speller V. Randomized clinical trial comparing the effectiveness of two dietary interventions for patients with hyperlipidaemia. *Clin Sci* 1998; 95: 479-87.
 20. Woollard J et al. A controlled trial of nurse counselling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: preliminary results. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1995; 22: 466-68.
 21. Williams GC, Deci E. Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support. *Med Care* 2001; 39: 813-23.
 22. Velicer WF, Prochaska JO. An expert system intervention for smoking cessation. *Patient Educ Couns* 1999; 36: 119-29.
 23. Rollnick S, Butler C, Stott N. Helping smokers make decision: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Educ Couns* 1997; 31: 191-203.
 24. Butler C, Pill R, Stott N. A qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *BMJ* 1998; 316: 1878-81.
 25. Butler C, Rollnick S, Cohen D, Russel I, Bachmann M, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 611-6.
 26. Kirk A, Higgins L, Hughes A, Fisher B, Mutrie N, Hillis S et al. A randomized controlled trial to study the effect of exercise consultation on the promotion of physical activity in people with diabetes. *J Clin Nurs* 2001; 10: 767-74.
 27. Jones H, Edwards L, Greene GW, Prochaska JO, Rossi JS, Rossi SR et al. The efficacy of change interventions in diabetes self-care and control. *Diabetes* 2001; 50 (suppl 2): A392.
 28. Smith DE, Heckemeyer CM, Kratt PP, Mason DA. Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM. A pilot study. *Diabetes Care* 1997; 1: 52-4.
 29. Senècal C, Nouwen A, White D. Motivation and dietary self care in adults with diabetes: are self efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychol* 2000; 5: 452-6.
 30. Williams GC, Freedman ZR, Deci E. Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care* 1998; 21: 1644-51.
 31. Stott NC, Rees M, Rollnick S, Pill RM, Hackett P. Professional responses to innovation in clinical method: diabetes care and negotiating skills. *Patient Educ Couns* 1996; 29: 67-73.
 32. Street RL, Piziak VK, Carpentier WS, Herzog J, Hejl J, Skinner G et al. Provider-patient communication and metabolic control. *Diabetes Care* 1993; 5: 714-21.
 33. Grey N, Maljanian R, Staff I, Cruzmarino de Aponte M. Improving care of diabetic patient through a collaborative care model. *Conn Med* 2002; 1: 7-11.
 34. Resnicow K, DiIorio C, Soet JE, Borelli B, Hecht J, Ernst D. Motivational Interviewing in health promotion: it sounds like something is changing. *Health Psychol* 2002; 21: 444-51.
 35. Golin CE, DiMatteo MR, Gelberg L. The role of patient participation in the doctor visit. Implications for adherence to diabetes care. *Diabetes Care* 1996; 10: 1153-64.
 36. Larivaara P, Kiuttu J, Taanila A. The patient-centred interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19: 8-13.
 37. Moja EA, Vegni E. La medicina centrata sul paziente. *Ann Ital Med Int* 1998; 13: 52-64.
 38. Saltini A, Del Piccolo L. Il colloquio con il paziente in medicina generale. *Recenti Prog Med* 2000; 91: 38-42.
 39. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27:S110-S27.

Indirizzo per la corrispondenza:

Dott. Lidia Del Piccolo

Policlinico G.B. Rossi

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica

Servizio di Psicologia Clinica

Piazzale L.A. Scuro, 10

37134 Verona