

Il Dipartimento di Prevenzione: una organizzazione per comunicare *Public Health Department: an organization to communicate*

Fausto Francia[^], Paolo Pandolfi^{^^}

[^]*Direttore del Dipartimento di Sanità pubblica, AUSL di Bologna*

^{^^}*Direttore dell'Unità operativa di Epidemiologia e comunicazione del rischio, Dipartimento di Sanità pubblica, AUSL di Bologna*

Parole chiave: comunicazione, programmi, processi

RIASSUNTO

Organizzare le strutture del Dipartimento di Prevenzione in maniera da renderle funzionali al processo trasversale di comunicazione (azione comune) significa, a parere degli autori, affiancare ai tradizionali complessi gestionali articolazioni orizzontali connotate per argomento, i “programmi”, che abbiano il mandato di presidiare i processi e i relativi outcome di salute. Assolte queste precondizioni, il processo comunicativo deve avvenire secondo schemi predefiniti in funzione delle evidenze di efficacia utilizzando marketing sociale, metodiche di comunicazione del rischio, processi per la partecipazione attiva e tecniche per il cambiamento.

Key words: communication, programs, processes

SUMMARY

Organizing the structures of Public Health Department so that they become functional to cross process communication (joint action) means adding “programs” to the traditional management. Such programs will have to be selected by topic and have the task to oversee the processes and the health outcomes connected to them. Satisfied this precondition, the communicative process must take place according to predefined schemes, which are connected to the evidence of efficacy through social marketing, methods of risk communication, processes of active participation and techniques for change.

L'organizzazione che vuole comunicare

Quello che ci ha insegnato la storia dei Dipartimenti di Prevenzione negli anni rappresenta sicuramente un bagaglio di conoscenze da conservare e da riutilizzare in caso di necessità, ma nel contempo occorre prendere atto del cambiamento epocale in corso nelle società evolute in materia di patologie predominanti.

Oggi due terzi delle cause di morte sono attribuibili alle malattie cardiocircolatorie e alle neoplasie: le cosiddette patologie cronicodegenerative che si originano in larga parte da comportamenti individuali non corretti.

Ebbene, così come nell'ottocento i nostri padri si diedero l'organizzazione migliore per fronteggiare i pericoli di quel periodo, noi oggi, pur continuando a utilizzare alcuni preziosissimi strumenti che ci hanno lasciato, abbiamo l'obbligo di strutturarci in funzione delle sfide che ci attendono in futuro.

E siccome le statistiche ci dicono che la nuova epidemia è rappresentata dalle malattie cronicodegenerative che si occupa di sanità pubblica con la mission di aumentare i livelli di salute della popolazione, deve mettere in campo azioni incisive in questo ambito.

La domanda che ci dobbiamo porre a questo punto riguarda la nostra organizzazione: è ancora quella ideale per fronteggiare le nuove sfide?

Di fatto il nostro ruolo di organismo di vigilanza ci ha portato nel tempo a essere considerati una sorta di appendice dell'azienda sanitaria non completamente integrata nei processi produttivi complessivi.

Un esempio clamoroso è rappresentato dalla copiosa produzione dei PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) avvenuta nella quasi totalità delle aziende sanitarie del paese, dove la presa in carico dell'utente è clamorosamente monca di ogni aspetto preventivo, come se questi fossero avulsi dall'outcome di salute che si vuole perseguire.

Ciò rappresenta un fortissimo handicap per chi vuole lavorare sulla prevenzione della cronicità. Per modificare questo stato di cose occorre invece che la nostra organizzazione diventi inclusiva, in grado di permeare i vari livelli gestionali e professionali dei diversi dipartimenti aziendali e possa poi da qui coinvolgere gli stakeholders della società civile.

Lo stesso Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (PNP) nell'analizzare le principali cause che hanno portato i precedenti piani a non raggiungere completamente gli obiettivi prefissati individua tre aree problematiche nell'ambito delle quali mettere in campo azioni di miglioramento:

1. aver perseguito il raggiungimento degli obiettivi propri del Dipartimento di Prevenzione (DP) senza aver esercitato un ruolo di *stewardship* complessiva nei confronti degli altri attori del servizio sanitario;
2. non aver individuato correttamente gli stakeholders territoriali e non aver mantenuto un rapporto continuativo con quelli riconosciuti;
3. l'assenza di una sistematica rassegna, a livello di erogazione, delle possibili sinergie con

strutturazioni organizzative diverse da quelle responsabili delle attività di prevenzione. Pertanto il nuovo PNP assegna al DP un ruolo di governance complessiva della sua implementazione con il chiaro compito di rimediare agli errori del passato. Occorre garantire “la trasversalità degli interventi: essa deve essere fortemente perseguita anche in termini di integrazione (formale e operativa)” ai fini del raggiungimento degli obiettivi del PNP, tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative. La sfida pertanto è come rendere compatibile un’organizzazione prettamente verticale da un lato, con confini chiari e definiti, con unità operative che hanno un ruolo fondamentale e che vanno mantenute e difese, con l’orizzontalità richiesta d’altro lato dal PNP e soprattutto dal più complessivo impegno comunicativo nel contrasto delle patologie cronico-degenerative. Bisogna immaginare in primis una forte integrazione tra le unità operative dello stesso DP per poi costruire un raccordo continuo e strutturato con il resto dell’Azienda, per potersi infine presentare agli stakeholders territoriali con una progettualità condivisa a monte. I clinici, i medici di medicina generale, i pediatri territoriali, i distretti, i servizi sociali devono essere messi in rete con gli operatori del DP che devono fungere da catalizzatori del sistema. Va pensata pertanto un’organizzazione agile, trasversale, non gestionale, ma comunque con un responsabile, che presidi il raggiungimento dell’outcome finale, come risultato della somma dei vari output delle unità operative coinvolte o meglio delle differenti professionalità interessate nel processo. Tale modello organizzativo può essere definito Programma. Si può pensare ad esempio a un programma “Prevenzione malattie trasmissibili” che metta in rete nel DP la profilassi dell’igiene pubblica, il servizio dell’igiene degli alimenti e della nutrizione e l’igiene degli alimenti veterinari per le tossinfezioni, la sanità animale per le zoonosi, la medicina del lavoro per il rischio biologico. Questo programma potrebbe coinvolgere a livello aziendale i pediatri di comunità, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, le direzioni sanitarie di presidio, le unità operative di malattie infettive, i clinici per l’antibiotico resistenza. A livello di stakeholders territoriali il programma avrebbe la finalità di sostenere le politiche vaccinali, la gestione delle patologie trasmesse da vettori, il controllo delle patologie sessualmente trasmesse. Un programma a cavaliere tra igiene pubblica e medicina del lavoro potrebbe occuparsi delle varie forme di incidentalità: sul lavoro, sulle strade, in casa. Dovrebbe avere collegamenti con i Pronto Soccorso, il SERT, la pediatria di comunità e numerosi stakeholders territoriali, dalle polizie municipali all’INAIL, dalle assicurazioni private agli assessorati al traffico, dalle scuole agli organi di pianificazione territoriale. Il minimo comune denominatore deve essere rappresentato dalla chiarezza del coordinamento, dalla condivisione delle politiche, dall’impegno nella progettualità. La presenza di queste forme organizzative assicurerebbe interventi portati a sistema e mante-

nuti nel tempo e non impostati come uno spot temporaneo, dettato da obiettivi contingenti. Sarebbe inoltre molto funzionale alle attività comunicative che hanno assunto, e sempre più lo faranno in futuro, un valore strategico decisivo, tanto da entrare a pieno titolo tra i prodotti realizzati dal DP.

Con l'atto comunicativo infatti si intende il "mettere in comune" (nel significato latino del termine), il mettere insieme, lo scambiare informazioni, conoscenze, bisogni, atteggiamenti, emozioni tra soggetti coinvolti in un determinato contesto spazio-temporale su tematiche che interessano tutti. La comunicazione quindi è tale solo se costruisce un dialogo, un confronto, uno scambio di idee e non va confusa con la divulgazione/informazione.

Su questi presupposti si può comprendere come le azioni di comunicazione rivestano un'importanza cruciale per responsabilizzare il singolo cittadino e l'intera comunità verso l'applicazione di sani stili di vita, condizione fondamentale per prevenire tutte le più importanti patologie cronico-degenerative, e necessitano di presupposti organizzativi tali da facilitarne una efficace implementazione.

Comunicare per promuovere la salute

La promozione della salute deve combinare metodi e approcci diversi ma complementari che comprendono comunicazione, educazione, legislazione, misure fiscali, cambiamento organizzativo, sviluppo comunitario e attività spontanee locali contro i pericoli per la salute. La promozione della salute è comunicazione: tra istituzioni diverse, tra istituzioni e comunità, tra esperti di diversa provenienza e competenza, tra essi e i cittadini e così via, all'interno di processi integrati di lavoro scientifico e sociale.

In questi ultimi anni abbiamo osservato un cambiamento da non sottovalutare: si sta avendo una sorta di integrazione dei programmi di educazione alla salute e di prevenzione con progetti di comunicazione e promozione della salute. Sono molte le iniziative sia nazionali che internazionali che agiscono in quest'ottica, mettendo la promozione al centro dell'azione: esse possono essere chiamate di Welfare Community e di gestione territoriale della salute.

Esistono in ambito sanitario almeno due tipologie di comunicazione.

La prima, definita comunicazione sanitaria, si riferisce all'attività di comunicazione delle aziende sanitarie verso la collettività, ed è incentrata principalmente sui servizi, sulle prestazioni e sulla comunicazione di crisi e di emergenze. La seconda è la comunicazione per la salute, i cui ambiti d'intervento riguardano tutti i fattori che influiscono sulla salute - i cosiddetti "determinanti di salute" - e che possono essere distinti in ambientali, sociali, economici, relativi agli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol, sicurezza, ecc.) e all'accesso ai servizi, non solo sanitari, ma anche sociali, scolastici, ricreativi e di trasporto.

La comunicazione è quindi uno strumento strategico per influire positivamente sugli stili di vita e nelle scelte politiche, per migliorare il controllo sui determinanti di salute, da parte sia dei singoli che della collettività, per incentivare la partecipazione della comunità alle attività

dei servizi e per ottenere suggerimenti e indicazioni sull'assistenza socio-sanitaria offerta. I canali e gli strumenti utilizzabili spaziano dalla comunicazione interpersonale (rapporto medico/operatore-paziente) alla programmazione di eventi educativi o sociali, fino alle strategie di comunicazione di massa.

Una comunicazione efficace, davvero interattiva e produttiva è una comunicazione che genera un rapporto/relazione e con questo una possibilità di cambiamento, una nuova prospettiva, una nuova apertura che può diventare spesso un miglioramento.

Gli obiettivi della comunicazione possono essere diversi. Si comunica per:

1. far conoscere il progetto (marketing sociale);
2. comprendere meglio i problemi di salute (comunicazione del rischio in sanità);
3. costruire partecipazione attiva (comunicazione che rende operativi i tavoli di lavoro, stewardship);
4. sviluppare il cambiamento (comunicazione terapeutica: ascolto riflessivo, domande aperte, ecc.).

1. Il Marketing sociale

Il marketing sociale è "l'utilizzo delle strategie e delle tecniche del marketing commerciale per influenzare un gruppo target ad accettare, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario, al fine di ottenere un vantaggio per i singoli individui o la società nel suo complesso" (1). Si basa sulla creazione, sulla comunicazione, sulla diffusione e sullo scambio di proposte che hanno un valore positivo per gli individui, i clienti, i partner e la società in generale ed offre idee, valori, atteggiamenti e comportamenti per facilitarne l'adozione con l'obiettivo di persuadere i soggetti destinatari verso il cambiamento (2).

Gli obiettivi principali del marketing sociale sono (3):

- informare e aggiornare: portare all'attenzione del pubblico un concetto positivo, un progetto sociale, un intervento da condividere, un'azione responsabile, un'innovazione tecnologica;
- convincere e persuadere: presentare e "argomentare" attraverso dati, ricerche e testimonianze la veridicità di quanto comunicato;
- stimolare e motivare: proporre nuovi modelli di comportamento; stimolare azioni destinate a contribuire ad una causa sociale; modificare concezioni errate.

Un punto fondamentale nelle campagne di marketing è l'interesse del singolo connesso a quello della collettività: attraverso l'assunzione di un nuovo comportamento, cambiando le proprie abitudini e il proprio stile di vita, si migliora non solo la propria condizione, ma anche quella della società attraverso un'azione di responsabilizzazione del singolo e dell'intera comunità.

Con il marketing sociale possiamo ottenere vari tipi di cambiamento: cambiamento cognitivo (per favorire attraverso una maggiore conoscenza del problema e delle sue soluzioni l'adozione di un determinato comportamento), d'azione (incentivando determinate scelte a scapito di altre), di comportamento (inducendo l'abbandono di abitudini pericolose e l'assunzione di

comportamenti sani) e di valori (creando, ad esempio, un atteggiamento favorevole della popolazione verso un disegno legislativo che disciplini o vieti il fumo nei locali pubblici).

2. Comunicazione del rischio in sanità

La comunicazione del rischio è lo scambio di informazioni e di valutazioni sul rischio tra gli esperti, le pubbliche amministrazioni, i mass media, i gruppi di interesse ed i cittadini, finalizzato ad aiutare a prendere decisioni sull'accettare, ridurre o evitare il rischio (4); in questo senso comunicare il rischio non può prescindere dall'ascolto e dalla comprensione della preoccupazione della gente.

Una comunicazione del rischio può essere orientata alla rassicurazione quando il pericolo effettivo è basso ma la popolazione è molto preoccupata, all'allertamento quando il pericolo effettivo è alto e la paura della popolazione è bassa. Quando il pericolo effettivo è elevato e lo è anche la paura nella popolazione, la situazione diventa critica e la comunicazione è finalizzata a gestire efficacemente la crisi. Nel comunicare il rischio si deve tener conto che la sua percezione è l'esito di un processo psicologico complesso (condizionato tra l'altro dal grado di esposizione personale al rischio, dal numero di persone potenzialmente coinvolte, dal livello di capacità personale di controllare il fenomeno, dal coinvolgimento potenziale dei soggetti più deboli, dal senso di ingiustizia, ecc.).

La percezione del rischio è quindi multidimensionale, si modifica nel tempo, cambia per i diversi soggetti e le tipologie di rischio ed è influenzata dal contesto sociale e dai mass media.

Per una comunicazione efficiente ed efficace del rischio, sono quindi indispensabili (5):

- la conoscenza delle tecniche di comunicazione
- l'adozione di un atteggiamento competente e responsabile
- un alto livello di fiducia e di credibilità presso la popolazione

Sotto questo ultimo aspetto un approccio partecipato fin dalle prime fasi, oltre a permettere la raccolta di utili elementi di conoscenza sulle opinioni dei cittadini, è necessario per la crescita di fiducia elemento chiave per una comunicazione efficace del rischio (6) accompagnata da trasparenza e credibilità degli interlocutori (7).

In letteratura si è soliti distinguere tre tipologie di comunicazione del rischio (8):

Care Communication: volta a migliorare la salute di una determinata popolazione o parte di essa, attraverso il cambiamento o il rinforzo di alcuni comportamenti.

Consensus Communication: con lo scopo di promuovere il confronto tra diversi gruppi di stakeholders per prendere una decisione, ottenere consensi o raggiungere compromessi in merito alla gestione di un determinato rischio.

Crisis Communication: riguarda tutte quelle forme di comunicazione che avvengono in caso di pericolo improvviso, come un disastro naturale, tecnologico o una pandemia. L'obiettivo è quello di aiutare il pubblico a incanalare la paura verso un'appropriata vigilanza, un apprendimento attento e una preparazione costruttiva.

3. Comunicare per costruire partecipazione attiva

La comunicazione è una componente essenziale per qualsiasi percorso partecipativo e assume un ruolo cruciale perché “consente non solo la condivisione delle informazioni necessarie ai soggetti pubblici e privati per poter operare insieme, ma soprattutto consente la condivisione di punti di vista, obiettivi, interpretazioni della realtà sulla base delle quali è poi possibile organizzare l’azione comune” (9).

“Senza dialogo e partecipazione, senza una comune visione del mondo, senza uno scambio di idee, competenze e risorse, in una parola senza comunicazione non si abbattano le barriere che circondano i luoghi della decisione. E, di conseguenza, non si conoscono le decisioni e non si assumono responsabilità condivise per attuarle” (10).

I processi partecipativi, viste le caratteristiche che li contraddistinguono e le finalità che si prefiggono, necessitano di scelte comunicative ad hoc, che siano in grado di ridurre gli effetti problematici ad essi connessi e che cerchino di incrementare invece le possibilità di inclusione dei cittadini all’interno dei processi decisionali. Per questo, nell’impostare una strategia di comunicazione da utilizzare nei processi partecipati, è necessario che gli stili comunicativi e il linguaggio puntino al coinvolgimento diretto delle persone, ad avvicinare l’amministrazione ai cittadini e a renderla meno “autoreferenziale”. Qualsiasi processo comunicativo è tanto più efficace quanto più le diverse figure coinvolte sono capaci di lavorare in modo integrato, di comunicare e collaborare e di affrontare insieme eventuali conflitti.

Assume un ruolo fondamentale il lavoro di gruppo che va gestito tenendo conto dei seguenti elementi: la partecipazione, l’influenza e l’autorità, i processi di gruppo, la cultura e il clima di gruppo. E’ necessario utilizzare al massimo le capacità e l’esperienza di tutti i membri, favorendo un ascolto attivo, un confronto costruttivo cercando di ottenere la massima partecipazione possibile da ognuno. Elementi di qualità nella gestione di un gruppo risultano essere: l’ascolto attento agli altri; la chiarezza e la precisione degli interventi; il costante orientamento all’obiettivo dichiarato; il rispetto del metodo concordato; la calma, la tolleranza; le provocazioni costruttive e non distruttive; una interpretazione leale dei contenuti altrui; una gestione matura dei conflitti con la costruzione di un clima positivo che permette ai componenti del gruppo di sentirsi a loro agio.

La comunicazione nel gruppo risente inoltre della preparazione, delle motivazioni esplicite e profonde, del prestigio di chi conduce. Un bravo conduttore dovrebbe sempre considerare le capacità degli altri membri nel ricevere il messaggio, la loro preparazione sull’argomento, le loro motivazioni e obiettivi. Il buon conduttore deve assumere pertanto un atteggiamento paritario, spontaneo, leale, empatico e non valutativo. Si parla così di un modello di gestione di *stewardship*.

La *stewardship* è una strategia di gestione responsabile che introduce un principio etico nella valorizzazione delle risorse, favorendo la convergenza di interessi e contributi diversi nei processi decisionali. Può essere intesa sia come una strategia di processo che come skill indivi-

duale del leader. Lo steward leader è un leader volto a sviluppare le potenzialità del gruppo e dell'organizzazione, ha un comportamento orientato alla promozione della collettività, usa una struttura organizzativa che favorisce la crescita degli interlocutori. La stewardship favorisce: 1) la cooperazione tra i membri; 2) la loro responsabilizzazione (empowerment); 3) il rapporto paritario tra gli attori; 4) la condivisione degli stessi interessi; 5) la partecipazione attiva; 6) lo sviluppo di una vision collettiva.

La stewardship è un tipo di governance che porta a un processo decisionale più efficiente, basato sulla fiducia reciproca e tendenzialmente più etico utilizzando un insieme di pratiche, di procedure, di standard e norme, che, in modo sistemico, mirano a orientare e vincolare in modo responsabile le decisioni e i comportamenti delle organizzazioni e dei soggetti.

In definitiva, la partecipazione è un processo senz'altro positivo e apprezzabile ma devono essere garantite le condizioni per renderla possibile e la comunicazione rappresenta una di esse. Per questo occorre guardare alla partecipazione e alla comunicazione come a un binomio necessario e indissolubile, ricordandosi che attivare pratiche di partecipazione democratica significa utilizzare in parallelo strumenti per una comunicazione bidirezionale tra rappresentanti pubblici e cittadini e che saper comunicare è importantissimo, ma lo è ancora di più saper ascoltare.

4. La comunicazione per sviluppare cambiamento

Modificare comportamenti radicati nella popolazione, modelli accettati e consolidati nella società moderna, non è facile; fondamentale diventa quindi la corretta scelta del linguaggio comunicativo.

Una delle tecniche di comunicazione più efficaci è rappresentata dal counseling motivazionale che si basa sulla teoria del cambiamento (11).

Il counseling motivazionale è uno stile di comunicazione centrato sulla persona, orientato, per affrontare e risolvere un conflitto di ambivalenza in vista di un cambiamento del comportamento (12); può essere definito come un processo di dialogo attraverso il quale il consulente aiuta il consultante a valutare i suoi comportamenti (problem analysis-help), a formulare strategie realistiche e personalizzate per la modifica dei comportamenti a rischio (decision making help) e a gestire il disagio emotivo creato dal cambiamento (psychological-help).

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

Attraverso alcune abilità comunicative proprie del colloquio motivazionale si stimola la persona al cambiamento. Queste abilità sono ad esempio:

- l'ascolto riflessivo
- le domande aperte.

L'ascolto riflessivo pone attenzione a tutto il messaggio e viene utilizzato per chiarire quanto vi-

ene detto. Lo scopo è di rinviare a chi parla quanto sta dicendo consentendogli di ottenere una nuova prospettiva su quanto ha comunicato in modo verbale o non verbale: dovrebbe aiutare a capire le idee, le frustrazioni, i problemi degli altri senza esprimere giudizi. Nell'ascolto riflessivo chi ascolta è una cassa di risonanza di chi parla. L'ascoltatore riflette, come uno specchio, le idee dell'interlocutore e lo aiuta ad affrontare il problema.

L'ascolto riflessivo ha la capacità di restituire l'attenzione dell'operatore, di generare un feedback controllato, di comunicare accettazione e comprensione: genera empatia.

Le domande aperte sono invece un modo per incoraggiare la persona a parlare e a esprimersi. Risultano utili quando si vuole aiutare la persona ad esaminare la propria ambivalenza e a chiarire le ragioni personali del cambiamento. E' quindi necessario innanzi tutto che vi sia un'atmosfera di accettazione nella quale la persona non si senta giudicata. Le domande aperte favoriscono proprio questo processo, spingono la persona a parlare di sé e a raccontarsi, permettendo all'operatore di esplorare tutti i lati dell'ambivalenza e di comprendere a fondo la situazione. Non consentono risposte brevi, non predeterminano la risposta e allargano il campo della discussione.

In fin dei conti comunicare non è arte ma tecnica complessa che va insegnata e praticata. Il Dipartimento di Prevenzione ha tutte le carte per essere il luogo sia dell'insegnamento che della pratica e deve strutturarsi in tal senso.

BIBLIOGRAFIA

1. Kotler P, Roberto N, Lee N. Social Marketing. Improving the quality of life, New York: Sage Publication; 2002.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Social marketing guide for public healthmanagers and practitioners. Stockholm; 2014.
3. Fattori G, Vanoli M. Il marketing sociale: opportunità e prospettive. In Cucco E, Pagani R, Pasquali M, Soggia A. Secondo rapporto sulla comunicazione sociale in Italia. Roma: Carrocci Editore; 2011.
4. Leiss W. Three phases in the evolution of risk communication practice. AAPSS Annals 1996; 545: 85-94.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. A literature review on effective risk communication for the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm; 2013.
6. Smith R. Communicating risk: the main work of doctors. BMJ 2003; 327:0-f.
7. Covello V. Strategies for overcoming challenges to effective risk communication. In Heath RL., Hair HD. (Eds) Handbook of risk and crisis communication. New York: Routledge; 2009 (pp 143-167).
8. Albanesi C, Pietrantonio L, Zani B, Cicognani E, Prati G, Porretta B. a cura di. La comunicazione istituzionale dei rischi - Linee guida. Grafica: Graph-x studio grafico: Bologna, 2011. <http://www.psicologia.unibo.it/it/risorse/files/linee-guida-sulla-comunicazione-istituzionale-dei-rischi>
9. Arena G. Un nuovo modo di amministrare, Relazione tenuta alla Convenzione Nazionale della Sussidiarietà, Roma 12 marzo 2004. [http://www.astrid-online.it/Sussidiari/Studi-e-ri/ARENARelazione- Conv SO-12_03_04.pdf](http://www.astrid-online.it/Sussidiari/Studi-e-ri/ARENARelazione-Conv-SO-12_03_04.pdf)
10. Franceschini S, Levi N. Cittadini inclusi. In: Quaderni di comunicazione pubblica della Regione Emilia-Romagna. Bologna: Clueb; 2005.

11. Prochaska J, Di Clemente C. Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N. (Eds) Treating addictive behaviors: processes of change. New York: Plenum; 1982.
12. Miller WR, Rollnick S. Il Colloquio Motivazionale. Trento: Edizioni Erickson; 2014.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno