

📄 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

# Comunicazione Terapeutica e Assistenza socio-sanitaria. Esperienza di formazione in un Ser.D.

Allaman Allamani\*, Gabriele Bardazzi\*\*, Laura Berni\*\*\*, Alberto Centurioni\*\*\*\*

## SUMMARY

■ *In the various contexts of social and health care, we continue to suffer from the lack of effective communication between health and social workers on the one hand, and patients/family members on the other.*

*The “Therapeutic Communication” introduced more than thirty years ago by Vera Maillart enhances the relationship with the patient and his intra- and extra-family resources by offering social-health workers the use of adequate communication skills.*

*An example of such teaching is the course held at the Ser.D. of Borgo San Lorenzo in Florence in the years 2019-2022, thanks to which significant improvements have been introduced in the relationship between operators and in the assistance practices between operators and users. ■*

**Keywords:** *Therapeutic communication, Vera Maillart, Ser.D., Training, Training evaluation.*

**Parole chiave:** *Comunicazione terapeutica, Vera Maillart, Ser.D., Formazione, Valutazione della Formazione.*

*Articolo sottomesso: 20/07/2023, accettato: 01/12/2023*

## 1. Quadro di riferimento

Oggi, in Italia, così come altrove nel modo occidentale, abbiamo una molteplicità di eventi problematici dal punto di vista sociale e sanitario: l'invecchiamento della popolazione, la cronicizzazione delle malattie, l'aumento dell'immigrazione, che si innestano su altri avvenimenti quali la pandemia da Covid-19, e le conflazioni in Ucraina e Medio Oriente, con il loro seguito di malesseri personali e collettivi, di danni economici e di morti.

E il crescere delle patologie psichiatriche e delle dipendenze da sostanze e comportamenti corrisponde a pieno titolo a tali mutamenti.

In queste condizioni resta salda l'aspettativa che la scienza medica sia in grado di procurarci una vita “senza rischi” e capace di curarci efficacemente dalle malattie.

Alla tecnologia medica sono anche affidate le soluzioni per generare nuove vite laddove la procreazione è insufficiente, o per porre termine alla vita, quando questa risulta troppo sofferta.

Osservando le strutture ospedaliere, siamo colpiti dall'efficienza nell'uso di macchinari sofisticati e costosi, e nell'attuazione dei

protocolli diagnostici e terapeutici, con le azioni di assistenza che sono gestite dall'economia sanitaria.

La conseguenza è piuttosto il ritorno dell'assistenza centrata sull'esecuzione di compiti, piuttosto che l'assistenza personalizzata auspicata dai movimenti di umanizzazione della sanità.

Problemi di relazione vengono sperimentati dai pazienti sia negli ambulatori ospedalieri o specialistici del territorio, dove il personale sanitario cambia spesso ad ogni visita, sia anche negli ambulatori dei medici di famiglia, dove si vive la ristrettezza dei tempi e l'aumento della burocrazia. Ne derivano non di rado disagi sia per i pazienti sia per gli operatori. In particolare, il paziente è accudito e assorbito in un programma biomedico per lui/lei previsto, mentre i bisogni soggettivi – correlati ad aspettative, paure, necessità di mantenere i legami familiari e amicali – tendono ad essere sottovalutati e generalmente non soddisfatti, se non da iniziative spontanee di singoli operatori che sviluppano empatia, ascolto attivo, e incoraggiamento (cfr. Bellucci *et al.*, 2009).

All'interno dei Ser.D. si trovano poi problemi, che hanno prevalentemente a che fare con la progressiva riduzione del ricambio del personale e il conseguente invecchiamento degli operatori.

Questo può tendere a rendere più routinarie e meno personalizzate le pratiche terapeutiche.

Anche per questo si renderebbe necessaria una formazione altologica per medici, e psicologi, nonché per infermieri, educatori, assistenti sociali (cfr. Ditadi *et al.*, 2000; Centurioni & Fusi, 2000; Bellicoso, 2000).

Nella realtà italiana (nonché in vari paesi europei) l'insegnamento dell'Alcologia risulta tuttora parcellizzato e disomogeneo.

\* Consulente Agenzia Regionale di Sanità Toscana.

\*\* Direttore UFS Ser.D. Mugello, USL Toscana Centro.

\*\*\* Educatrice prof., UFS Ser.D. Mugello, USL Toscana Centro.

\*\*\*\* Psicologo, già docente di Comunicazione Terapeutica all'Università di Firenze.

neo, quasi inesistente nella formazione universitaria e poco rappresentato nelle scuole di specialità mediche e non mediche, essendo peraltro attivi alcuni Master in Alcologia (Libro Bianco, 2022, p. 214).

L'alcologia è stata tuttavia inserita tra le attività formative previste per i Medici di Medicina Generale, attuate, ad esempio, all'interno di alcuni progetti alcolologici di comunità realizzati nel territorio fiorentino (Calviani *et al.*, 1995; Allamani *et al.*, 1993, 1998, 2000, 2002; Scafato *et al.*, 2006); così come attraverso un Master promosso nel 2003 dalla Regione Veneto con la SIMG, denominato "Conoscere per Cambiare" (Libro Bianco, 2022, p. 220).

Assai importante è stata la decisione della FeDerSerD di realizzare un pacchetto formativo sulle Dipendenze per professionisti attivi nei Ser.D., per una nuova sanità territoriale, a seguito di esperienze di aggiornamento condotte negli ultimi anni con operatori di varie parti d'Italia (Cozzolino e Lucchini, 2023).

Tuttavia, i corsi proposti, in particolare per i medici, si orientano specialmente sui temi di screening, prevenzione, intervento breve, accertamenti e diagnosi, trattamento ed invio per le complicazioni psichiatriche, mediche, chirurgiche alcol correlate (cfr. Ayu *et al.*, 2015), sottovalutando gli aspetti relativi alla comunicazione e alla motivazione al cambiamento (Spiller & Guelfi, 2000; Rollnick & Miller, 2014).

Al contrario, riteniamo che questa dimensione dell'assistenza richieda maggiore attenzione e sforzo formativo.

Per andare incontro ai bisogni psicologici, sociali, ambientali, altrettanto importanti di quelli biomedici, è necessario focalizzarsi sulla *comunicazione*.

In questa direzione, il crescente rivolgersi delle persone col loro malessere alle cure complementari, che tipicamente dedicano tempo e attenzione ai sintomi e alla vita dei soggetti che vi afferiscono, appaiono un termometro di come tali bisogni chiedano attenzione.

È dunque irrinunciabile promuovere un cambiamento che ponga il soggetto nella sua interezza come centrale nell'assistenza – in certo modo e in tempi diversi corrispondendo al cambiamento che, con la riforma basagliana del 1978, fu indirizzata a restituire dignità alla persona affetta da disturbi mentali.

Ne consegue un'organizzazione sanitaria ed educativa che lavori per progetti e per obiettivi, imponendo un mutamento delle abitudini dei professionisti e il passaggio da un contesto ripetitivo e prevedibile, tipico del lavoro per compiti, ad uno personalizzato, attento ai bisogni mutevoli degli assistiti.

Ciò richiede una formazione continua ed implica che i partecipanti a un corso formativo mettano in discussione le loro certezze e assumano la responsabilità delle modifiche introdotte dall'apprendimento/insegnamento.

Da questa concezione deriva inoltre una comunicazione che non è solo duale, tra paziente e operatore, ma anche sistemica, riguardando da un lato il soggetto paziente e le sue relazioni familiari e amicali, dall'altro il professionista e le risorse di cui può giovare per l'assistenza adeguata al paziente, con le quali può collaborare.

## 2. La Formazione alla Comunicazione

Della *comunicazione* è imprescindibile approfondire la pratica e lo studio, per rendere *terapeutica* (C.T.) o *efficace* sia la relazione tra curanti e pazienti, sia l'ambiente in cui realizza, e per promuovere nel professionista la propria capacità riflessiva e l'accorgersi dei propri comportamenti, attraverso il confronto

tra pari e la discussione dei casi quali strumenti di apprendimento (Zuppiroli, 2014; Mion, 2020; Spinsanti, 2022). "*Comunicare*" è un'azione umana fondamentale che implica una relazione con l'altro.

L'altro da noi si presenta e comunica col suo corpo, la sua razionalità e i suoi sentimenti, fatti di speranze e di paure, di fronte a cui a nostra volta noi comunichiamo coi nostri corpo, mente, sentimenti, attraverso le modalità acquisite dalla cultura di appartenenza e dall'esperienza personale (Borgna, 2015).

Di solito non sono prese in considerazione le relazioni che il trattamento implica in un sistema, quale un reparto ospedaliero o una struttura socio-sanitaria territoriale; peraltro vi sono alcuni utili esempi di formazione con approccio sistemico quali i corsi realizzati nella Clinica alcolologica di Senigallia (Clinica Villa Silvia, 2009), nel territorio dell'area di Chiavari (Cinotti, 2006) e nel Centro alcolologico della ASL fiorentina (Allamani, 1993).

La formazione attuata entro un gruppo di lavoro è in grado di provocare positive amplificazioni a livello delle interazioni tra i suoi membri non solo durante un corso, ma anche nel periodo successivo ad esso (Palazzoli Selvini e coll., 1981).

Una delle tecniche più collaudate per la formazione del medico e del personale sociosanitario alla relazione col paziente è quella dei gruppi fondati da Michael Balint, psicoanalista di origine ungherese che ha lavorato a Londra con i medici di famiglia ed ha pubblicato negli anni Sessanta del secolo scorso un libro molto noto, *Medico, paziente e malattia* (Balint, 1990).

Tale metodo, centrato sulla discussione delle esperienze soggettive problematiche che i medici sperimentano nei confronti dei propri casi clinici, attraverso un processo di condivisione delle emozioni, si è poi dimostrato utile anche per i professionisti di altre discipline, quali psicologi e operatori delle professioni di aiuto (Martellucci e Rosselli, 2013).

I gruppi Balint hanno come scopo la formazione alla relazione con il paziente, e la promozione del benessere lavorativo e sono costituiti da un gruppo di 6-12 persone – guidato da un conduttore con competenze psicologiche, con incontri a periodicità prefissata che perdurano nel tempo.

A partire dagli anni 2000 si è assistito ad una rinascita sia in Toscana sia in Italia di percorsi formativi centrati sui gruppi Balint, che hanno coinvolto molti professionisti – persistendo un disinteresse per il metodo da parte delle istituzioni accademiche.

Meno nota è la metodologia proposta da Vera Maillart sulla *Comunicazione Terapeutica* o *efficace* che mette in sintesi la informazione accademica, la discussione dei casi e la loro simulazione da parte del gruppo dei partecipanti alla formazione in uno spazio didattico agito, videoregistrato e proposto successivamente a una valutazione congiunta da parte dei partecipanti stessi e dei docenti.

In tal modo le abilità comunicative vengono messe alla prova, e sottoposte a una revisione da parte dei simulanti, che ne traggono profitto per la loro attuazione nella propria realtà lavorativa.

Si tratta dunque di un metodo attivo che coinvolge i partecipanti sia con loro mente, sia con il corpo sia con la parola espressa durante la simulazione.

L'approccio maillartiano si basa sulle concezioni espresse da Carl Rogers (Rogers, 2000) e sugli studi delle microabilità comunicative di Allen Ivey (Ivey e coll., 2018), nonché su ricerche sulla comunicazione compiuti in ospedali fiorentini (Allamani e coll., 1981).

Esso ha come scopo primario di *concentrarsi sui problemi che i professionisti avvertono essere loro presentati dai propri pa-*

zienti, e di aiutare gli operatori a migliorare le proprie risposte ai problemi, accrescendo le loro capacità terapeutiche e la loro soddisfazione sul lavoro.

Tale metodologia sollecita una pianificazione assistenziale con obiettivi da verificare e propone di conseguenza dei cambiamenti nell'atteggiamento dei professionisti, che si modifichi dall'attuazione pre-organizzata e ripetitiva di compiti e protocolli, a una relazione attenta ai mutevoli bisogni degli assistiti, con *responsabilità condivisa fra professionisti e assistiti*.

Una tale concezione psico-pedagogica è stata sviluppata da Vera Maillart negli anni '80 (Marchi, 1991), attraverso un progetto della Regione Toscana realizzato con la collaborazione di medici, infermieri, educatori, assistenti sanitari e sociali e psicologi fiorentini, e realizzata attraverso la costruzione di un corso pubblicato per i tipi della Regione Toscana in tre volumi e 3 cassette audiovisive (Maillart, 1992).

Esso si basa su lezioni teoriche, studio di video di situazioni assistenziali, discussioni di gruppo.

I principi della formazione in C.T. sono:

- L'individuo è soggetto di bisogni e parte del sistema famiglia-cultura-società.
- Sia l'assistenza e sia la prevenzione sanitarie sono da concepire in un'ottica e una pratica di collaborazione multidisciplinare, che coinvolge i professionisti dei vari settori dell'area sociosanitaria e che si rivolge all'individuo, alla famiglia e alla comunità di riferimento.
- Gli interventi sono efficaci ed efficienti se tengono conto della loro continuità attraverso le comunità di riferimento e della collaborazione con le strutture di trattamento e di riabilitazione coinvolte.
- Un programma di formazione alla comunicazione è efficace solo se si traduce in azioni effettive a livello della prassi dell'assistenza.
- Paziente e famiglia devono essere in grado di poter percepire i professionisti come non giudicanti, ancorché competenti
- Paziente e famiglia devono sentirsi liberi di prendere decisioni terapeutiche, una volta ben informati delle alternative.

L'obiettivo della C.T. è di *riconoscere i bisogni individuali del cliente all'interno dell'interazione paziente/professionista, e di contribuire a renderla terapeutica o efficace* attraverso un percorso di motivazione al cambiamento.

A tal fine è necessario il miglioramento delle capacità di comunicazione dei professionisti, oltre che riconoscere l'importanza della relazione con i colleghi.

Alcuni indicatori per l'osservazione delle capacità di comunicazione sono, ad esempio, la condotta non verbale, e il comportamento dell'ascolto e della riformulazione.

Questo processo di apprendimento può sviluppare un atteggiamento di auto-osservazione nel proprio rapporto sia con gli assistiti sia coi colleghi.

Sebbene la C.T. non sia una psicoterapia, i suoi principi sono basati sul comprendere che c'è sempre una componente emotiva nella relazione tra medico e paziente, e che tale relazione coinvolge ambedue gli attori, è cioè circolare.

Un corso sulla C.T. prevede otto abilità di comunicazione, che possono essere insegnate ed apprese in un contesto di confronto tra pari e possibilmente multidisciplinare con i professionisti di assistenza socio-sanitaria.

I gruppi sono in genere costituiti da un massimo di 15 persone, con uno o due conduttori e un animatore.

Il programma del Corso è stato adottato con alcune variazioni da un gruppo multiprofessionale di docenti che l'ha attuato in vari contesti di insegnamento/apprendimento, inclusi insegna-

menti in corsi di laurea per dietiste, tecnici di laboratorio, di radiologia e fisioterapia, e per assistenti sanitari (Allamani e coll., 2009, 2013; Centurioni, 1989-1996 e 2002-2009; Basetti Sani, 2007-2008).

Nella Tabella 1 ne è esposto un programma tipo.

**Tab. 1 - Programma tipo di un Corso di Comunicazione Terapeutica**

---

#### *Finalità del Corso*

- Promuovere la comunicazione intesa come relazione efficace con l'altro inteso come persona portatrice di bisogni
- Obiettivi a medio termine
- Praticare le abilità di comunicazione terapeutica con gli assistiti e loro famiglie, con i colleghi e con le risorse che sono dedicate all'aiuto degli assistiti

#### *Obiettivi a breve termine*

- Definire e praticare all'interno del corso le abilità di comunicazione terapeutica e di motivazione al cambiamento
- Utilizzare la comunicazione sistemica nella relazione con gli utenti-famiglia e con le risorse della comunità

#### *Contenuti*

- La relazione tra paziente, famiglia e professionista: un'ottica sistemica
- Le abilità di comunicazione terapeutica:
- Prestare attenzione e incoraggiare
- Riformulazione e rispondenza emotiva
- Riassumere e rassicurare
- Aprirsi e confronto
- Motivazione al cambiamento
- Dipendenza famiglia e contesto
- La cura multiprofessionale
- Co-terapia con le risorse degli altri settori professionali e con i gruppi di auto-aiuto nella comunità

#### *Metodo*

- Lezioni teoriche
- Simulazioni riprese da una telecamera di situazioni lavorative in cui applicare i contenuti appresi
- Video e commento secondo griglie specifiche delle situazioni simulate, evidenziando l'efficacia dei contenuti appresi
- Discussioni di gruppo

#### *Materiali*

- videoregistratore con schermo/monitor
- telecamera
- schede cartacee
- fotocopie
- griglie per l'osservazione delle abilità di comunicazione

#### *Valutazione*

- Pre-test sui contenuti
- Post-test
- Gradimento sull'organizzazione della giornata da parte dei partecipanti con un questionario con domande aperte

#### *Tempi*

12 mezza giornate

#### *Partecipanti*

Medici, psicologi, assistenti sociali e sociali, infermieri professionisti, educatori, professionisti delle professioni d'aiuto

---

### **3. L'origine del Corso di aggiornamento sulla Comunicazione al Ser.D. di Borgo San Lorenzo, Firenze**

L'esigenza di effettuare un corso sulla C.T. in un servizio delle Dipendenze nasce dall'esigenza di mettere il paziente/utente



al centro del trattamento dando dignità alle sue aspettative e cercando di cogliere aspetti degli operatori da modificare o migliorare al fine di facilitare la comunicazione.

Nel trattamento delle dipendenze spesso viene privilegiato il versante farmacologico tralasciando l'aspetto empatico e di comunicazione.

Questo si traduce in una comunicazione non propriamente efficace che porta ad una riduzione della performance terapeutica.

L'attenzione che l'operatore dovrebbe avere non solo per quello che dice ma, soprattutto, per come lo dice (il cosiddetto non verbale) riveste un ruolo fondamentale nell'instaurare un rapporto di reciproca fiducia che si traduce in una migliore aspettativa dei risultati del trattamento.

Non è semplice, per gli operatori, mettere in discussione alcuni aspetti della loro professione così come li hanno esercitati per anni, ma osservando i risultati positivi nella relazione con il paziente, conseguente al proprio cambiamento riguardo gli aspetti comunicativi, si ha un rinforzo positivo che sostiene il processo di cambiamento.

Partendo da questi assunti ne è derivata la pianificazione di un corso che potesse dare agli operatori del Ser.D. Mugello degli strumenti ulteriori, oltre a quelli che già possedevano, che risultassero utili nella pratica clinica.

La decisione di non privilegiare alcune figure professionali nel corso ma di estenderlo a tutti gli operatori nasce dall'idea che la comunicazione terapeutica è utile in ogni fase del trattamento.

Infatti, un miglioramento della comunicazione può essere attuato non soltanto durante i colloqui individuali, eventualmente includendo anche i familiari, ma anche durante l'esecuzione di un esame diagnostico sia questo il rilascio dei campioni tossicologici urinari o un prelievo del sangue, e nel rapportarsi dei vari operatori al momento della discussione dei casi.

Questa circolarità di intervento diventa vincente se tutti gli operatori, nelle loro specifiche azioni, la mettono in pratica contemporaneamente ed in modo coordinato.

Il corso è stato pianificato mediante un accordo tra il dirigente del servizio, che ha partecipato a tutti gli incontri formativi, e due docenti specialisti della Comunicazione Terapeutica, i quali unitamente alla educatrice del Ser.D., che ha avuto funzione di animatrice del Corso, sono gli autori di questo articolo.

In questo senso, è stata un'occasione per attivare la possibilità di una formazione multiprofessionale all'interno di un sistema sanitario.

## 4. Sviluppo del Corso

Il Corso ha preso le mosse presso il Ser.D. di Borgo San Lorenzo, nell'area metropolitana fiorentina, con due incontri nel novembre e dicembre 2019 e un programma da realizzare entro il 2021. Lo scoppio della pandemia ha interrotto il programma, che è stato ripreso nel novembre 2020 e poi in altre tre giornate nell'ottobre, novembre e dicembre 2021; infine sono state aggiunte due giornate nel novembre e dicembre 2022.

In totale il corso ha avuto otto incontri, che data la pianificazione più volte interrotta ha richiesto flessibilità sia nei docenti sia nei discenti.

Ciò ha reso più difficile lo svolgimento organico del programma. Tuttavia, ha permesso di effettuare momenti di insegnamento/apprendimento più prossimi ai bisogni degli operatori e dei pazienti.

Durante tale corso i partecipanti non sono stati sempre gli stessi per la ragioni soprariportate (interruzione e modificazione delle date del corso).

Il nucleo centrale è stato costituito da operatori del Ser.D. di Borgo San Lorenzo che comunque, vista la durata del corso e le difficoltà dovute alla pandemia nel tempo si sono modificati. Hanno partecipato 17 operatori del Ser.D. del Mugello (6 infermieri, 3 medici, 2 educatori, 2 psicologhe, 3 assistenti sociali ed un operatore tecnico) e saltuariamente altri professionisti di altri servizi (infermieri, medici, educatori e operatrici sociosanitarie) della Salute Mentale del Mugello e di un altro Ser.D. della USL Toscana Centro. In totale i partecipanti sono stati così 22.

## 5. Valutazione

Un'indagine conoscitiva iniziale dei bisogni di formazione del Ser.D. prima dell'inizio del Corso, ha avuto la risposta di 12 operatori che hanno compilato il questionario per la pianificazione degli incontri sulla Comunicazione:

- 7 avvertivano la difficoltà di comunicare con i colleghi (aspetto burocratico, difficoltà nelle riunioni);
- 2 riconoscevano di avere difficoltà a rapportarsi ai pazienti, specie se agitati.

### Valutazione da parte dei partecipanti

Al termine di ogni incontro è stato distribuito ai partecipanti un questionario di gradimento aperto, a cui potevano a essere date più risposte per ognuna delle tre domande: 1. *Cosa mi è piaciuto?* 2. *Cosa non mi è piaciuto?* 3. *Cosa proporrei in alternativa?* Complessivamente durante gli 8 incontri, le risposte sono state le seguenti:

1. *Mi è piaciuto:* metodo, contenuto, simulazioni di casi (dal 65 al 100% dei partecipanti secondo le giornate).
2. *Non mi è piaciuto:* metodo, tempi ridotti, simulazioni davanti ai colleghi (dal 15 al 33%).
3. *Proporrei in alternativa:* approfondire il lavoro sulla comunicazione, migliorare l'organizzazione lavorativa (da 40% al 70%).

### Valutazione di efficacia del Corso

- a) rispetto alla *finalità* formativa dei corsisti: la comunicazione è stata promotrice di un cambiamento di atteggiamento, e di crescita personale e professionale;
- b) rispetto agli *obiettivi* relativi all'acquisizione delle abilità della C.T., i corsisti ne hanno fatto pratica durante gli incontri, concentrando l'attenzione sui bisogni e problemi dei pazienti. Si è anche individuata dalle risposte al questionario di gradimento la richiesta per poter continuare l'approfondimento delle tematiche comunicative;
- c) la *ricaduta* o effetti pratici conseguenti al corso sono stati:
  1. attuazione in compresenza di riunioni giornaliere di tutti gli operatori, con miglior comunicazione intra e interprofessionale;
  2. accrescimento della collaborazione con le risorse assistenziali del territorio, in particolare i gruppi di auto-aiuto;
  3. in ambulatorio, avvicinamento dello spazio interpersonale tra utente e infermiere;
  4. progetto di miglioramento della relazione tra soggetto con tossicodipendenza e sanitari con eliminazione di controlli urinari;
- d) a distanza di 10 mesi (ottobre 2023), risultano mantenute le ricadute 1, 2, 3; il progetto di cui a 4 è ancora in discussione.

## 6. Lezioni apprese e raccomandazioni per altri Corsi sulla Comunicazione

- Indispensabilità del coinvolgimento del responsabile del Servizio i cui si svolge l'aggiornamento ai fini di un opportuno svolgimento del Corso (il che si è verificato nel corso qui presentato).
- Importanza della adeguata progettazione del corso con attenzione ai bisogni formativi espressi dai partecipanti e accolti dai committenti – in particolare attraverso i dati emersi dall'indagine conoscitiva iniziale dei bisogni formativi.
- Valutazione dell'applicazione degli apprendimenti del Corso nella pratica lavorativa e organizzativa.
- Utilità delle simulazioni didattiche dei casi clinici.
- Importanza della verifica a distanza per valutare la persistenza dell'apprendimento sulla comunicazione tra operatore/paziente/famiglia.

## Riferimenti bibliografici

- Allamani A. (2013). La comunicazione terapeutica. In: *I gruppi Balint. Paziente, professionista, malattia*. Pisa: ETS, pp. 184-198.
- Allamani A., Antonini A., Centurioni A. (1993). La formazione degli operatori per i progetti di intervento nei problemi alcol-correlati. In: F. Carrieri, O. Albano, V. Marzi (a cura di). *L'alcolologia verso il 2000*. CIC edizioni internazionali.
- Allamani A., Bardazzi G., Bozza G., Centurioni A., Cipriani F., Innocenti S., Pattarino E., Ucci M. (1998). Alcol: aggiornamento in un distretto di Firenze. *SIMG*, 4: 18-21.
- Allamani A., Bardazzi G., Centurioni A., Ammanati P. (2002). Modulo degli operatori sociosanitari: aggiornamento dei medici di famiglia e degli altri professionisti socio-sanitari (1994-1997). In: Allamani A., Basetti Sani I. (a cura di), *L'esperienza di un progetto di prevenzione alcolologica di comunità nel quartiere di Rifredi a Firenze*. Firenze: CeDeas, Azienda Sanitaria Fiorentina, pp. 110-118.
- Allamani A., Centurioni A. (2000). Training of General Practitioners and other Primary Health Care professionals as part of a Community Project in a district of Florence, Italy. *Alcolologia*, XII(1): 31-36.
- Allamani A., Pili I., Cesario S., Centurioni A., Fusi G. (2009). Client/General Medical Practitioner Interaction During Brief Intervention for Hazardous Drinkers: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*, 44: 775-793.
- Allamani A., Spallone G., Cini R., Zenoni M.L., Menicacci R. (1981). Osservazioni preliminari di un'indagine sulle interazioni in ospedale civile. In: Onnis L., Angiolari C., Cancrini M.G., Lupoi S. (a cura di), *Approccio relazionale e servizi socio-sanitari*. Roma: Bulzoni, pp. 293-300.
- Ayu A.P., Schellekens A.F.A., Pinxten L., De Jong C.A.J. (2015). Effectiveness and Organization of Addiction Medicine Training Across the Globe. *EurAddict Res*, 21: 223-239.
- Balint M. (1990). *Medico, paziente e malattia*. Tr. it. Milano: Feltrinelli.
- Basetti Sani I., Allamani A. *Corso integrato E1 "Metodologia educativa e didattica della promozione della salute - Insegnamento del III anno - Corso di Laurea per Assistenti Sanitari - Istituto di Igiene, Dip. Sanità Pubblica, Università di Firenze 2007-2008* (non pubblicato).
- Bellicoso A. (2000). Gli interventi sociali in un servizio di Alcolologia territoriale. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (a cura di), *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol. 1, Firenze: SEE, pp. 397-405.
- Bellucci G., Minutella N., Papini D.E. (2009). L'ascolto organizzativo. *La comunicazione nelle Aziende sanitarie, Salute e Territorio*, XXX, novembre-dicembre.
- Borgna E. (2015). *Parlarsi. La comunicazione perduta*. Torino: Einaudi.
- Calviani L., Allamani A., Bozza G.F., Innocenti S., Pattarino E. (1995). Un corso alcolologico per i medici generali di un Distretto socio-sanitario. *Alcolologia Sez. Italiana*, Suppl., 7(2): 39.
- Centurioni A. Corso di laurea per tecnici di laboratorio, di radiologia e fisioterapia. Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva. Università di Firenze 1989-1996 (non pubblicato).
- Centurioni A. Corso di laurea in Dietistica, Università di Firenze 2002-2009 (non pubblicato).
- Centurioni A., Fusi G. (2000). I gruppi educativi. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (a cura di), *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol. 1. Firenze: SEE, pp. 407-413.
- Cinotti N. (a cura di), in collaborazione con Allamani A. e Martini E.R.). *Progetto: Immaginare il futuro: dalle proposte emerse alle scelte condivise*. Chiavari 10-12 febbraio 2006 (non pubblicato).
- Clinica di Villa Silvia, Senigallia: Corso di Aggiornamento *Dipendenze per il personale di Villa Silvia, Senigallia, 2008-2009* (non pubblicato).
- Cozzolino E., Lucchini A. (2023). *Dipendenze: il valore della formazione per una nuova sanità territoriale*. Milano: FrancoAngeli.
- Didadi A., Ciapanna E., Tavella G., Cibir M. (2000). L'assistenza infermieristica. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (a cura di), *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol. 1. Firenze: SEE, pp. 389-396.
- Ivey A.E., Ivey Bradford M., Zalaquett C.P. (2018). *Il colloquio intenzionale e il counseling*. Tr. it. Roma: LAS.
- Libro Bianco (2022). *Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana*. A cura del Ministero della Salute [www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=3274](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3274).
- Maillart V., in collaborazione con Allamani A., Marchi M.R., Milo D. (1992). *La Comunicazione terapeutica per le professioni di salute. Guida per gli Insegnanti*. Firenze: Editori della Giunta Regionale Toscana.
- Maillart V., in collaborazione con Allamani A., Marchi M.R., Milo D. (1992). *La Comunicazione terapeutica per le professioni di salute. Manuale per i partecipanti*. Firenze: Editori della Giunta Regionale Toscana.
- Maillart V., in collaborazione con Allamani A., Marchi M.R., Milo D. (1992). *Manuale per l'uso del test audiovisivo*. Firenze: Editori della Giunta Regionale Toscana.
- Maillart V., in collaborazione con Allamani A., Marchi M.R., Milo D. (1992). *Cassette audiovisive (n. 3)*. Firenze: Editori della Giunta Regionale Toscana.
- Marchi M.R. e Referenti del Gruppo "Progetto Vera" (1991). Formazione e Formatori: ricordo di Vera Maillart. *Toscana Medica*, gennaio, IX(1): 25-27.
- Martellucci P., Rosselli M. (2013). I Gruppi Balint in Italia. In: Allamani A., Sarti M. (a cura di), *I gruppi Balint. Paziente, professionista, malattia*. Pisa: ETS, pp. 11-24.
- Mion C. (2020). *Riflessività* -- [www.edscuola.it/archivio/ped/riflessivita.htm](http://www.edscuola.it/archivio/ped/riflessivita.htm).
- Palazzoli Selvini M., Anolli L., Di Blasio P., Giossi L., Ricci C., Sacchi M., Ugazio V. (1981). *Sul fronte dell'organizzazione. Strategie e tattiche*. Milano: Feltrinelli.
- Rogers C.R. (2000). Tr. it. *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Psycho.
- Rollnik S., Miller W.R. (2104). *Il colloquio motivazionale*. Tr. it. Trento: Erickson.
- Scafato E., Allamani A., Patussi V., Codenotti T., Marcomini F., Struzzo P.L. and the Italian WHO Phase IV EIBI Working Group Phepa (2006) Italy. In: Heather N. (ed.), *WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related problems in Primary Health Care. Report on Phase IV. Development of Country-Wide Strategies for Implementing Early Identification and Brief Intervention in Primary Health Care*. Department of Mental Health and Substance Abuse, Management of Substance Abuse. Geneva.
- Spiller V., Guelfi G.P. (2000). L'approccio motivazionale: uno stile di lavoro per aumentare le disponibilità al cambiamento. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (a cura di), *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol. 1. Firenze: SEE, pp. 379-388.
- Spinsanti S. (2022). *Una diversa fiducia. Per un nuovo rapporto nelle relazioni di cura*. Roma: il Pensiero Scientifico.
- Zuppiroli A. (2014). *Le trame della cura*. Firenze: Bulgarini editore.