

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI)

Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale (DEASS)

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

**Le competenze dell'infermiere nel Colloquio Motivazionale con pazienti
dipendenti da alcol**

Revisione della letteratura

Lavoro di Tesi (*Bachelor Thesis*)

di

Ester Bernasconi

Luis Fernando Ribeiro Marinho

Direttore di Tesi

Sergio Piasentin

Corso di laurea 2020-2023

Manno, 6 agosto 2023

“Gli autori sono gli unici responsabili dei contenuti del Lavoro di Tesi”

Abstract

Background

Questo Lavoro di Tesi tratta come temi principali il Disturbo da Uso di Alcol (AUD) e il Colloquio Motivazionale (CM), che è un approccio relazionale applicato da diverse figure professionali incluso l'infermiere, per rafforzare la motivazione personale al cambiamento. È un approccio che necessita conoscenze, competenze e attitudini per guidare il cliente a un cambiamento del comportamento. I corsi di formazione portano beneficio nell'approfondimento delle competenze e dello svolgimento delle sessioni di CM.

Obiettivi

Lo scopo è quello di ricercare e analizzare le differenti tipologie di competenze maggiormente efficaci per lo svolgimento efficiente del CM con paziente con Disturbo da Uso di Alcol.

Metodologia

La metodologia utilizzata è la revisione della letteratura. Gli articoli sono stati ricercati nelle banche dati: *Pubmed, CINAHL*. Alla fine della ricerca abbiamo selezionato nove articoli e il capitolo di un libro.

Risultati

I risultati hanno dimostrato che l'infermiere necessita competenze e attitudini per poter eseguire una seduta di CM efficiente. Queste competenze specifiche sostengono il linguaggio del cliente verso il cambiamento. Modelli di formazione con workshop, feedback e supervisioni permettono di acquisire e mantenere le abilità nel tempo.

Conclusioni

La formazione specifica in ambito del CM permette di migliorare la presa a carico e affrontare l'ambivalenza del paziente dipendente da alcol. Competenze specifiche quali porre domande aperte, fare riflessioni complesse e l'espressione dell'empatia apportano una transizione da Sustain Talk a Change Talk e potenziano la motivazione verso il cambiamento.

Parole chiave

Motivational interviewing, nurse, competence, proficiency, skills, attitudes, Alcohol Use Disorder (AUD), alcoholism

Sommario

1.	Introduzione	1
1.1	Motivazioni personali.....	1
1.2	Domanda di ricerca e obiettivi del Lavoro di Tesi	1
2.	Quadro teorico	2
2.1	Introduzione alla dipendenza.....	2
2.2	Dipendenza patologica.....	3
2.2.1	Dipendenza psicologica	4
2.2.2	Dipendenza fisica	4
3.	L'alcol	4
3.1	Il ruolo culturale e sociale dell'alcol	4
3.2	Disturbo da Uso di Alcol (AUD)	5
3.2.1	Epidemiologia	7
3.2.2	Eziologia	8
3.2.3	Fisiopatologia e dipendenza	9
3.2.4	Tolleranza, craving e stato di astinenza.....	9
3.3	Complicanze del consumo di alcol	11
3.1	Diversi tipi di alcolismi	12
4.	Il Colloquio Motivazionale.....	12
4.1	Le origini e le basi teoriche.....	12
4.2	Il cambiamento	13
4.3	Definizione di Colloquio Motivazionale	15
4.3.1	Il concetto di ambivalenza.....	15
4.3.2	Desiderio.....	16
4.3.3	Capacità.....	16
4.3.4	Ragioni	16
4.3.5	Bisogno.....	16
4.3.6	Il concetto di motivazione.....	16
4.4	Lo spirito del Colloquio Motivazionale	17
4.5	I processi che compongono il Colloquio Motivazionale	17
4.5.1	Stabilire una relazione	17
4.5.2	Focalizzare	18
4.5.3	Evocare.....	18
4.5.4	Pianificare.....	18
4.6	Le trappole o i blocchi della comunicazione	18
4.7	I metodi	19
4.7.1	Ascolto attivo (riflessivo)	19

4.7.2	Formulare domande aperte	20
4.7.3	Sostenere	20
4.7.4	Riassumere.....	20
4.7.5	Scambiare informazioni e consigli	20
5.	Metodologia.....	21
5.1	Revisione della letteratura.....	21
5.2	Metodo di ricerca.....	21
5.3	Domanda di ricerca	21
5.4	Strategia di ricerca	22
5.5	Diagramma di Flusso	23
5.6	Altra letteratura.....	29
6.	Analisi.....	29
7.	Discussione.....	39
7.1	Relazione con la pratica clinica infermieristica	42
8.	Conclusione	42
8.1	Limiti.....	42
8.2	Conclusioni personali	43
9.	Ringraziamenti	44
10.	Bibliografia.....	45

1. Introduzione

1.1 Motivazioni personali

Per la nostra Tesi di Bachelor abbiamo deciso di trattare la tematica delle competenze e attitudini degli infermieri nel Colloquio Motivazionale con un paziente con un Disturbo da Uso di Alcol (AUD). La scelta è stata presa per un duplice interesse.

In primo luogo, l'alcolismo, in Svizzera come in Ticino, rappresenta la malattia sociale di gran lunga più importante. Se da un lato è imperativo effettuare un'analisi epidemiologica per poter affrontare e mettere in atto programmi di intervento, dall'altro lato la portata di questo fenomeno può essere solo stimata. Nonostante le numerose campagne di sensibilizzazione e prevenzione, il tema del consumo di alcol è sempre attuale (Ingrado, s.d.).

In secondo luogo, l'interesse nei confronti del tema della dipendenza da alcol si è sviluppato già prima di intraprendere il percorso di studi alla SUPSI. Durante il nostro secondo stage nel reparto di chirurgia e in psichiatria, ci siamo resi conto che l'alcol sia molto presente e sia il fattore che ha portato a ricoveri oppure alcuni pazienti erano ricoverati per patologie conseguenti al consumo di alcol. Inoltre, l'interesse per questo argomento deriva da conoscenze di persone affette da una dipendenza da alcol e dal nostro interesse nei confronti dei programmi e dei metodi per affrontare il tema della dipendenza e della guarigione da questa malattia.

Inoltre, durante il modulo di Salutogenesi e Promozione della salute siamo rimasti affascinati dal tema del cambiamento e dalla teoria che sostiene questo elemento. Nell'approccio a un paziente con una dipendenza spesso entrano in gioco dei pregiudizi, anche da parte dell'operatore. Siamo invece dell'opinione che la persona sia già cosciente del disordine che deriva dal bere eccessivo e che sia già a conoscenza dei fattori positivi del cambiamento. Per affrontare questo percorso con il paziente, che deve essere e rimanere al centro, è necessario gestire la relazione e fare in modo che sia il paziente a promuovere il cambiamento. Nel Colloquio Motivazionale abbiamo trovato la possibile chiave di volta per intraprendere questo percorso.

Dall'interesse personale verso questi argomenti, abbiamo identificato la motivazione per cominciare a intraprendere il Lavoro di Tesi di Bachelor nel quale approfondiremo due grandi temi:

Il tema del Disturbo da Uso di Alcol, dove indagheremo e analizzeremo l'epidemiologia, eziologia, la fisiopatologia e aspetti legati alla dipendenza.

Il tema del Colloquio Motivazionale in relazione alle competenze e attitudini dell'infermiere.

1.2 Domanda di ricerca e obiettivi del Lavoro di Tesi

Il nostro Lavoro di Tesi vuole rispondere alla domanda: *“Quali sono le attitudini e le competenze professionali, personali e trasversali, che l'infermiere deve possedere per svolgere il Colloquio Motivazionale con un paziente dipendente da alcol?”*. Per rispondere a ciò utilizzeremo la revisione della letteratura. Gli obiettivi prefissati sono i seguenti:

- Analizzare la differente tipologia di competenze richieste: professionali tecniche, professionali non tecniche e quelle non professionali (trasversali) proprie dell'identità del ruolo infermieristico.
- Analizzare come le competenze sviluppate influiscono sulla gestione del paziente dipendente da alcol.

- Identificare le sfide che l'infermiere può incontrare nel condurre un Colloquio Motivazionale con un paziente dipendente da alcol e come possono essere affrontate.
- Comprendere i criteri di formazione per acquisire le competenze d'applicazione del Colloquio Motivazionale.

2. Quadro teorico

2.1 Introduzione alla dipendenza

In generale è importante distinguere e valutare il contesto in cui si applica il termine dipendenza (Latt et al., 2014). La quinta versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V) e la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-10) descrivono la *dipendenza* come qualcosa di strettamente correlato all'assunzione di sostanze con effetti ad attività psicotropa (Marazziti et al., 2015).

Il termine *dipendenza* è una condizione normale e di natura umana, è sufficiente osservare l'essere umano che sin dal suo concepimento è dipendente dal nutrimento, mantenimento e protezione materna (Gallina, 2013). Il legame che si crea fra madre e figlio marcherà l'esistenza di ogni singolo individuo, che per il resto della sua vita sarà vincolato dai suoi propri impulsi istintuali, dal pensiero comune e dalle norme socio-culturali (Gallina, 2013). Inoltre, questi elementi possono indurre la persona ad assumere dei comportamenti di dipendenza a causa di situazioni o sostanze, portando gli individui a perdere la capacità di entrare in contatto e in relazione con la realtà (Gallina, 2013). La dipendenza scatena quindi un'alterazione del comportamento che da una semplice e quotidiana abitudine si modifica trasformandosi in una ricerca patologica del benessere e del piacere (Gallina, 2013). La dipendenza può essere concepita come uno stile di vita compulsivo che le persone adottano in modo disperato quando sono isolate dai legami tra persone e gruppi (famiglia-comunità) che sono cruciali per ogni individuo in una determinata società (Morgan, 2019). Le dipendenze sono una sorta di *stili di vita sostitutivi* in grado di alleviare la sofferenza derivata dalla disconnessione (Morgan, 2021). Esse innescano l'attivazione neuronale che aumenta e procura una condotta compulsiva con una conseguente perdita del controllo (Gallina, 2014). Pertanto, la dipendenza è un fenomeno naturale e fondamentale per lo sviluppo relazionale dell'essere umano e qualora essa venga prolungata oltre ai limiti di tempo predisposto può sfociare e generare malessere e malattie (Giusti & Maglioni, 2016).

Nella vita di tutti i giorni, siamo abituati a compiere una serie di attività abituali che organizzano e strutturano il nostro quotidiano, difatti ci consentono di controllare e organizzare la giornata, dandoci sensazioni piacevoli e contribuendo al nostro benessere (Grosso & Rigliano, 2014). Le cosiddette *abitudini benigne* sono rassicuranti e importanti nel determinare i momenti di stacco dal lavoro, sono dei punti fondamentali di riferimento che ci danno gratificazioni (Grosso & Rigliano, 2014). Giocano un ruolo cruciale nel mantenimento dell'equilibrio nella sua persona e nel suo stile di vita come andare a prendere il giornale alla mattina, usare il cellulare per mandare messaggi, guardare il telegiornale alla sera (Grosso & Rigliano, 2014).

La particolarità delle abitudini risulta essere, da una parte, transitorie in quanto nella maggior parte tendiamo ad abbandonarle, dall'altra parte sono oggetto di rinuncia associate a condizioni e conseguenze negative e non volute (Grosso & Rigliano, 2014). Gli esseri umani hanno bisogno di interagire con gli altri per creare dei legami di contatto relazionale, che attraverso le abitudini, essi generano un senso di gratificazione, che al

contrario possono indurre le persone a ricercare delle sensazioni forti rischiando di mettere in pericolo la propria vita (Gallina, 2019).

Tali abitudini sono difficili da cambiare e rinunciare, nel linguaggio comune vengono denominate *dipendenze* che caratterizzano l'essere umano in un ampio spettro di comportamenti che possono portare a delle conseguenze dannose (Grosso & Rigliano, 2014). Il fattore che distingue un'abitudine, in modo eccessivo e una dipendenza patologica, è la capacità di essere in grado di rinunciare a un comportamento gratificante e la capacità di diminuire e di limitare nel tempo l'invasione di un piacere a cui siamo fortemente legati (Grosso & Rigliano, 2014).

La *dipendenza* è un fenomeno formato da *strati su strati* di molteplici influenze sia esterne che interne, che a sua volta interagiscono fra di loro portando ad un esito patologico (Morgan, 2021). Non è possibile affermare che la *dipendenza* è una patologia del cervello, una scelta patologica o un'esperienza acquisita (Morgan, 2021).

2.2 Dipendenza patologica

La classificazione internazionale delle malattie (ICD-10) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) categorizza la dipendenza come *disturbi mentali e comportamentali da uso di sostanze psicoattive* che comprendono un vasto gruppo di disturbi di diversa gravità e aspetto clinico che possono essere attribuite all'utilizzo di una o più sostanze psicoattive (World Health Organization, 2016).

Il National Institute on Drug Abuse (NIDA) descrive la dipendenza patologica come una patologia cerebrale recidivante e cronica, caratterizzata dalla continua ricerca e dall'uso compulsivo di sostanze nonostante le sue conseguenze degradanti per l'organismo (Aldrich et al., 2022). È una forma morbosa caratterizzata da un uso distorto da una determinata sostanza, di un comportamento o oggetto, che comprende uno stato mentale di un impulso e dal bisogno di essere ripetuto compulsivamente (Giusti & Maglioni, 2016). Il DSM-V definisce la *dipendenza patologica* come un comportamento che soddisfa almeno tre di questi criteri/item:

- il continuo pensiero della sostanza o del comportamento prevale rispetto ad altri doveri/interessi;
- il comportamento o la sostanza genera dei cambiamenti d'eccitazione, d'umore o diminuzione di tensione in seguito all'acquisto;
- la ricerca continua della situazione desiderata per cui la presenza di craving;
- l'incapacità di controllare il proprio comportamento;
- il meccanismo dell'assuefazione, di tolleranza;
- l'astinenza;
- compromissione della vita sociale, quindi dell'area affettiva-famigliare e lavorativa;
- la continua tendenza alla ricaduta (American Psychiatric Association, 2013).

Nella situazione in cui vengano soddisfatti due o tre criteri viene classificata come dipendenza lieve, da quattro a cinque come dipendenza moderata, più di sei criteri soddisfatti come dipendenza grave (Giusti & Maglioni, 2016).

Le diverse facce della *dipendenza patologica* sono la tossicodipendenza, il cannabis, l'alcol, l'eroina, le party drugs, il tabacco e gli psicofarmaci (Giusti & Maglioni, 2016). Inoltre, non vi sono solo dipendenze da sostanze ma anche *dipendenze senza sostanza*, per esempio, lo shopping e l'uso compulsivo dello smartphone (Giusti & Maglioni, 2016).

Nella terminologia anglosassone, si utilizzano due concetti distinti per definire la dipendenza: *addiction* e *dependence*; in italiano i due termini assumono un significato simile (dipendenza) che si distinguono in una importante differenza (APA, 2013; Gallina, 2013).

2.2.1 Dipendenza psicologica

Addiction deriva dal verbo latino *addicere* che significa vincolare o legare una persona ad una determinata cosa (Koob et al., 2014). Generalmente utilizzato nel campo dell'uso di sostanze o farmaci per definire l'uso compulsivo, incontrollabile e cronico di sostanze di una persona che non vuole interrompere in nessun modo il consumo (Koob et al., 2014). Inoltre, si riferisce a uno stato comportamentale dannoso correlato ad abuso di sostanze ed un coinvolgimento assoluto e profondo caratterizzato da una situazione generale di dipendenza psicologica che incute angoscia; oppure per descrivere stati gravi di salute legati all'uso compulsivo e quotidiano di sostanze (APA, 2013; Gallina, 2013). Implica una forte dipendenza fisica e una dipendenza psicologica che diventa poi sindrome d'astinenza, quando s'interrompe definitivamente l'uso (Koob et al., 2014).

2.2.2 Dipendenza fisica

Dependence si riferisce alla dipendenza fisica e chimica (biologica) dell'organismo, alla tolleranza e ai sintomi fisici astinenziali; condizione per cui l'organismo per funzionare avverte il bisogno di una determinata sostanza richiedendola di continuo (APA, 2013; Gallina, 2013).

3. L'alcol

3.1 Il ruolo culturale e sociale dell'alcol

L'uso di alcol è un bene culturale, di consumo che fa parte di molte pratiche culturali, religiose e sociali, e fornisce una sensazione di piacere percepito da molte persone (Dipendenze Svizzera, 2018; World Health Organization, 2018). L'alcol è una sostanza ubiquitaria utilizzata ampiamente nelle bevande per i suoi effetti benefici sociali e medicinali, inoltre è un noto lubrificante sociale che produce disinibizione sociale, se usato in modo eccessivo produce maggior danno sociale rispetto a tutte le altre droghe (Koob et al., 2014). Esso definisce, inoltre, un'importante dicotomia tra il rischio di consumare alcol e il piacere che si stabilisce con il rapporto con l'alcol (Dipendenze Svizzera, 2018). Tuttavia, è da sempre impiegato come prodotto ricreativo, terapeutico, alimentare e come sostanza psicoattiva (Dipendenze Svizzera, 2018). L'alcol è una sostanza composta da una struttura chimica definita alcol etilico o etanolo (C₂H₅OH), un liquido incolore che è il risultato della fermentazione di alimenti contenenti idrati di carbonio, per esempio i cereali o la frutta (Dipendenze Svizzera, 2018). È una sostanza psicoattiva largamente consumata in Svizzera ed è un fattore di rischio per la salute, oltre che essere la principale causa di incidenti, di malattie e inoltre induce dipendenza (Dipendenze Svizzera, 2018).

Nella storia dell'uomo l'alcol, sottoforma di bevande alcoliche, è sempre stato presente nei diversi contesti culturali e nelle epoche storiche più importanti (Hudolin, 2015). Nel mondo greco e latino il vino era la sostanza alcolica più usata e narrata negli antichi scritti ed era associata a significati metaforici estremamente simbolici, ad esempio l'alcol era una pura fonte di piacere che permetteva di facilitare la comunicazione con gli altri, oppure simbolo di sapienza o di rovina (Beccaria & Allamani, 2014). Nell'antica Grecia gli uomini erano i principali consumatori di vino, durante un contesto ritualizzato c'erano diverse regole che stabilivano il modo in cui la bevanda alcolica doveva essere servita e la proporzione tra la quantità di vino e acqua, che serviva per determinare il grado di ubriachezza più adatto al rituale (Beccaria & Allamani, 2014). Il grado di ubriachezza

serviva per svolgere delle riflessioni sulle conseguenze del bere dove la perdita dell'autocontrollo poteva aiutare a socializzare (Beccaria & Allamani, 2014).

L'utilizzo di alcol fa parte di tante pratiche culturali sia religiose che sociali facendo percepire al consumatore del piacere (WHO, 2018). Il consumo di alcol è socialmente accettato e correlato al relax da parte di molte persone (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011).

È importante non sottovalutare gli effetti dell'alcol da cui scaturiscono diverse problematiche che hanno un forte impatto sulla salute, innescando nuove patologie e sofferenze che alterano il comportamento della persona (WHO, 2018). La maggior parte delle patologie sono infatti dovute ad un consumo eccessivo e costante di alcol che si rivela nocivo (WHO, 2018). Ci sono oltre duecento condizioni di salute strettamente correlate ad un uso nocivo di alcol che portano ad esiti di salute acuti e cronici (WHO, 2018). Oltre alle gravi conseguenze sulla salute, il consumo nocivo porta a perdite sociali ed economiche per l'individuo stesso (WHO, 2018).

Il rapporto globale dell'OMS del 2018 rivela che il continente in cui si registrano i livelli di consumo di alcol più elevati è l'Europa, mentre l'Africa è il continente in cui ci sono maggior malattie alcol-correlate (WHO, 2018).

In svizzera il consumo di bevande alcoliche è presente in tutte le principali epoche storiche, dove il suo consumo è sempre stato frequente (Dipendenze Svizzera, 2018).

La cultura di coltivare la vigna all'epoca dei Romani, la distillazione industriale nell'era moderna e la produzione di birra nei conventi del Medioevo, hanno consentito di immettere sul mercato bevande alcoliche molto richieste dai consumatori (Dipendenze Svizzera, 2018).

Dopo il 1815, in Svizzera, il problema dell'alcol si è posto come problematica sociale a seguito di un aumento della produzione e il progresso tecnico nel processo di distillazione dell'acquavite di patate (Dipendenze Svizzera, 2018).

Nel diciannovesimo secolo la domanda per l'acquavite è cresciuta soprattutto nelle città industriali in cui la pressione delle condizioni di lavoro si faceva sentire, quindi, i consumatori l'apprezzavano e la ritenevano una bevanda tonificante (Dipendenze Svizzera, 2018). Il consumo di questa sostanza a buon mercato ha dato origine a un consumo legato alla miseria diffuso tra gli operai e gli artigiani (Dipendenze Svizzera, 2018). Alcuni elementi che possono influenzare il consumo di bevande alcoliche sono i fattori ambientali: la cultura, la religione, l'attività lavorativa, lo stress e gli eventi della vita, i livelli di consumo di alcol individuale rispetto a tutta la popolazione e l'atteggiamento dell'ambiente nei confronti del bere in situazioni pericolose, come per esempio guidare in uno stato di ebbrezza (Edwards et al., 2000).

3.2 Disturbo da Uso di Alcol (AUD)

Nella nuova versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V), la terminologia è stata rivista e riformulata (APA, 2013). In questa edizione la definizione di *dipendenza* è stata cambiata da *abuso da sostanze* e *dipendenza da sostanze* con una nuova categoria generica denominata *disturbi da uso di sostanze* in cui la sostanza consumata, definisce i vari disturbi (APA, 2013). Il *Disturbo da Uso di Sostanze (DUS)* ha meno connotazioni negative ed è più completo (Mashal, 2022). È una categoria che permette di descrivere l'ampia gamma del disturbo, da uno stato lieve a uno stato più grave di assunzione cronica, compulsiva e spesso recidivante (APA, 2013).

Il Disturbo da Uso di Alcol, in inglese *Alcohol Use Disorder (AUD)* è una condizione caratterizzata dalla riduzione della capacità di controllare e interrompere il consumo di alcol che porta a conseguenze a livello lavorativo, sociale e per la salute (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2021).

Il DSM-V definisce il Disturbo da Uso di Alcol come un insieme di sintomi fisici e comportamentali che possono includere il desiderio, l'astinenza e la tolleranza (DSM-V). Si tratta di un disturbo che può essere lieve, moderato o grave e comprende le situazioni che alcuni definiscono dipendenza da alcol, abuso di alcol o in alcuni casi alcolismo (NIAAA, 2021). Il Disturbo da Uso di Alcol, in generale, è usato per includere l'assunzione pericolosa-rischiosa, l'abuso o la dipendenza dallo stesso (Hudolin, 2015). La dipendenza da alcol è un disturbo cronico e recidivante normalmente associato al consumo compulsivo di alcol e alla perdita del controllo sull'assunzione e alla comparsa di uno stato emotivo negativo in assenza di alcol in circolo (NIAAA, 2021).

Il termine alcolismo viene ancora utilizzato nella cultura sanitaria, ma non viene più riconosciuto all'interno dei manuali diagnostici (Hudolin, 2015). Tuttavia, l'alcolismo è equivalente al concetto di dipendenza da alcol (Koob et al., 2014). La dipendenza da alcol è un concetto clinico usato per descrivere una persona che è diventata dipendente dall'alcol e vive una condizione di particolare sofferenza nei confronti delle sue relazioni affettive e del suo organismo biologico (Beccaria & Allamani, 2014; Latt et al., 2014).

Per poter diagnosticare un Disturbo da Uso di Alcol (AUD) è necessario che siano soddisfatti almeno due dei seguenti criteri per un periodo di almeno dodici mesi:

1. L'alcol viene spesso assunto in quantità maggiori per un periodo più lungo di quello previsto.
2. Persistenza del desiderio o degli sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di alcol.
3. Si dedica molto tempo alle attività necessarie per procurarsi l'alcol, usarlo, o riprendersi dai suoi effetti.
4. Craving, ovvero un forte desiderio o impulso di usare l'alcol.
5. Uso ricorrente di alcol nonostante la presenza di problemi sociali o interpersonali persistenti o ricorrenti causati o esacerbati dagli effetti dell'alcol.
6. Uso continuato di alcol nonostante la presenza di problemi sociali o interpersonali persistenti o ricorrenti causati o esacerbati dagli effetti dell'alcol.
7. Rinuncia o riduzione di importanti attività sociali, lavorativa o ricreative a causa dell'uso di alcol.
8. Uso ricorrenti di alcol in situazioni in cui è fisicamente pericoloso.
9. L'uso di alcol continuato nonostante si sappia di avere un problema fisico o psicologico persistente o ricorrente che probabilmente è stato causato o esacerbato dall'alcol.
10. Tolleranza, come definita da uno dei seguenti elementi:
 - a. Necessità di un aumento marcato della quantità di alcol per ottenere l'intossicazione o l'effetto desiderato.
 - b. Un effetto marcatamente ridotto con l'uso continuato della stessa quantità di alcol.
11. Astinenza, manifestata da uno dei seguenti fattori:
 - a. La sindrome d'astinenza caratteristica dell'alcol.

- b. L'alcol (o una sostanza strettamente correlata, come una benzodiazepina) viene assunto per alleviare o evitare i sintomi dell'astinenza (APA, 2013, pp. 490–491, tda).

3.2.1 Epidemiologia

Nel rapporto sullo stato globale di alcol e salute rilasciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2018 afferma che nel 2016 circa 3,1 miliardi di persone (57%) della popolazione globale di età pari o maggiore di 15 anni si è astenuta dal consumo di bevande alcoliche nei 12 mesi precedenti (WHO, 2018).

Circa 2,3 miliardi di persone di tutta la popolazione mondiale sono consumatori abituali di alcol. Le regioni in cui questa sostanza viene consumata sono l'Europa, le Americhe e il Pacifico occidentale (WHO, 2018). In Europa il consumo di alcol è diminuito dal 2005 (12,3 litri) al 2016 (9,8 litri) (WHO, 2018).

Nei paesi in cui bere alcolici è un comportamento diffuso e un'abitudine comune, il consumo di alcol inizia nel periodo adolescenziale (Latt et al., 2014). Circa 155 milioni di giovani in tutto il mondo (26,5%) con età compresa tra i 15 e 19 anni sono abituali consumatori di alcol. Le regioni con una percentuale elevata di giovani consumatori sono con il 43,8% l'Europa, le Americhe con il 38,2% e la regione Pacifico occidentale con una percentuale di 37,9% (WHO, 2018). Il picco di consumo di alcol si verifica tra i giovani di 20-24 anni, ma gli episodi di bevute pesanti avvengono tra i 15 e 24 anni, soprattutto nei soggetti di sesso maschile (WHO, 2018). Le femmine rispetto ai maschi bevono meno alcol, in tutto il mondo la prevalenza delle donne che consumo alcol sta diminuendo (WHO, 2018).

Intorno ai 30 anni gli adulti diminuiscono il consumo di alcol a livelli di basso rischio (Latt et al., 2014). In casi rari, tuttavia, le persone alcolodipendenti riescono a diminuire il proprio consumo a livelli contenuti (Latt et al., 2014).

Secondo il rapporto dell'OMS, nel 2016 circa 3 milioni di persone sono decedute a causa di un consumo dannoso di alcol, di questi 2,7 milioni di decessi erano maschi e il restante 0,7 milioni erano femmine (WHO, 2018).

Un quarto di tutto l'alcol consumato in tutto il mondo non è registrato e quindi non vi è alcun controllo da parte degli enti responsabili (WHO, 2018). A livello mondiale circa il 44,8% di tutto l'alcol precedentemente registrato, viene consumato sotto forma di superalcolico, la seconda categoria più consumata con il 34,3% è la birra, seguita dal vino con l'11,7% (WHO, 2018).

In Svizzera l'alcol è strettamente legato alla cultura e alla tradizione del paese (Monitoraggio svizzero delle dipendenze, 2020). Rispetto agli anni '80 il consumo è diminuito (Dipendenze Svizzera, 2020). All'incirca l'85% di tutta la popolazione al di sopra dei 15 anni consuma alcol più o meno frequentemente (Dipendenze Svizzera, 2020).

Statisticamente la Svizzera si situa nella media europea (Dipendenze Svizzera, 2018). Il consumo medio annuale di alcol puro per individuo corrisponde a 8,6 litri, se consideriamo gli individui con età superiore a 15 anni la media aumentata a 10,2 litri (Ingrado, s.d.). Il 3,9% delle femmine e l'11,1% dei maschi di età uguale o superiore a 15 anni consumano almeno una volta alla settimana alcol (Dipendenze Svizzera, 2020). Il 10% della popolazione svizzera consuma da sola la metà di tutta la quantità di alcol disponibile distribuita in tutto il territorio svizzero (Ingrado, s.d.).

Circa 561'000 abitanti svizzeri assumono alcol in quantità eccessive tali da esporsi a rischi di media importanza per la salute, mentre 268'000 persone consumano alcol in maniera pericolosa (Ingrado, s.d.). In Svizzera più di 40'000 persone necessitano di trattamento per un problema di dipendenza di alcol e 1 letto di ospedale su 4 è occupato da un individuo la cui diagnosi primaria o secondaria è correlata all'alcol (Ingrado, s.d.). Il tasso di mortalità dovuto ad abuso di alcol in Svizzera è di circa 3'000 decessi all'anno (Ingrado, s.d.).

Il Ticino è il Cantone che consuma più alcol dal 1997 rimanendo in testa alla classifica dei cantoni rispetto al resto della Svizzera. I ticinesi che consumano alcol una volta al giorno sono circa il 21,5%. Le femmine (16,4%) bevono meno alcol quotidianamente rispetto ai maschi (26,5%). Tuttavia, il Ticino permane in fondo alla classifica se il consumo preso in analisi è settimanale (laRegione, 2020).

3.2.2 Eziologia

Le cause dell'uso di alcol vanno indagate prima di tutto nel soggetto e poi nel suo ambiente sociale e familiare dato che le abitudini si acquisiscono nella maggior parte dei casi dal proprio nucleo familiare (Hudolin, 2015).

Non sempre le cause che inducono l'individuo a usare delle sostanze sono dovute ad esperienze traumatiche ma vengono utilizzate per sentirsi bene dato che producono sensazioni intense di piacere; l'utilizzo di sostanze avviene poiché gli individui sentono il beneficio nella gestione dell'ansia sociale e dello stress; altri le usano per migliorare le proprie prestazioni o per rimanere focalizzati; alcuni individui per curiosità scelgono di provarle soprattutto nel periodo adolescenziale (NIH, 2020). Possono farci sentire felici oppure una profonda tristezza (Beccaria & Allamani, 2014).

I traumi e i fattori di stress sono molto frequenti e sembrano essere il motivo nascosto alla base di molteplici e diverse manifestazioni di conseguenze da dipendenza (Morgan, 2021). Gli eventi traumatici possono lasciare cicatrici psichiche, emotive e fisiche, mentre lo stress potrebbe essere legato a situazioni di avversità e di fallimenti relazionali lasciando delle piccole o grandi cicatrici che innescano determinati comportamenti (Morgan, 2021). Possono verificarsi pattern avversi nelle prime cure materne o nel nucleo familiare in modi continuativi durante lo sviluppo (Morgan, 2021). Le avversità e i traumi scatenano lo stress dannoso, e le esperienze di stress scatenano una cascata di risposte biologiche provocando un rilascio eccessivo di ormoni e messaggeri chimici nei sistemi corporei, dando inizio ad azioni e reazioni fisiche, così come a cambiamenti funzionali e strutturali che cercano di compensare e di rispondere ai periodi di stress e avversità (Morgan, 2021).

Il disagio si dimostra come un'inquietudine, una difficoltà sociale e personale, un male di vivere strettamente correlato al malessere esistenziale che riscontra nell'uso di sostanze un sollievo, una soluzione, un tentativo di adattamento sociale (Beccaria & Allamani, 2014). Un fenomeno sociale che esprime una sofferenza e un disordine (Beccaria & Allamani, 2014).

In generale, alcuni elementi che possono influenzare il consumo di bevande alcoliche sono i fattori ambientali: la cultura, la religione, l'attività lavorativa, lo stress e gli eventi di vita, i livelli di consumo di alcol individuale rispetto a tutta la popolazione e l'atteggiamento dell'ambiente nei confronti del bere in situazioni pericolose (per esempio guidare in uno stato di ebbrezza), come già affermato in precedenza (Edwards et al., 2000).

In sintesi, i fattori eziologici dell'uso di alcol si possono suddividere in tre grandi categorie: fattori biologici, fattori psicologici e fattori socioculturali (Hudolin, 2015).

3.2.3 Fisiopatologia e dipendenza

La fisiopatologia è complessa e richiede elementi teorici e tecnici complessi per poterla affrontare e approfondire. Lo scopo è di avere in chiaro il meccanismo che si sviluppa in una dipendenza da alcol.

L'alcol ha delle caratteristiche di ricompensa e di rafforzamento, i due principali effetti sono: un effetto ansiolitico e un effetto euforizzante (Latt et al., 2014). Il sistema di gratificazione o di ricompensa della dopamina mesolimbica cerebrale (nucleo accumbens, zona ventrale tegmentale, amigdala, e corteccia prefrontale) è strettamente coinvolto in questo processo (Latt et al., 2014).

Dal punto di vista farmacologico l'alcol è un sedativo del sistema nervoso centrale, questo effetto è dovuto al potenziamento della funzione inibitrice mediata dai recettori del GABA-A presenti nel cervello in grandi concentrazioni, dall'inibizione della funzione d'euforia (eccitatoria) glutammatergica di N-metil-D-aspartato (NMDA) (Latt et al., 2014). Gli effetti in altri neurotrasmettitori sono indirettamente mediati da questi cambiamenti, per il fatto che sono ampiamente distribuiti nel cervello (Latt et al., 2014). Si pensa che gli effetti di ricompensa o positivo-rinforzanti dell'alcol riflettano un misto tra la funzione dopaminergica mesolimbica e il rilascio endogeno di oppioidi (Latt et al., 2014). Una carenza o diminuzione di serotonina è stata rilevata nei giovani maschi con un'insorgenza precoce di Disturbo da Uso di Alcol (Latt et al., 2014). Nei periodi di astinenza si verifica una notevole iperattività dei meccanismi centrali e periferici del neurotrasmettitore della noradrenalina (Latt et al., 2014). La dipendenza da alcol si sviluppa come il risultato di un'ingestione eccessiva e cronica della sostanza (Latt et al., 2014). È associata a diverse alterazioni neurochimiche e fisiologiche di adattamento, un fenomeno noto come "neuro-adattamento" (Latt et al., 2014). Durante il periodo di esposizione alla sostanza, il cervello si attiva per compensare e cercare di ripristinare la funzione del glutammato, riducendo il numero di recettori GABA-A e aumentando i recettori del NMDA (N-metil-D-aspartato), portando l'individuo al fenomeno di tolleranza (Latt et al., 2014). Quando si sospende l'ingestione di alcol, la relativa diminuzione dei recettori GABA-A e l'eccesso della funzione NMDA spiegano l'ipereccitabilità dell'individuo nella sindrome d'astinenza d'alcol (Latt et al., 2014). Spesso i soggetti dipendenti dall'alcol presentano carenza di magnesio, che per il cervello è l'antagonista naturale del glutammato (Latt et al., 2014). La carenza di magnesio congiuntamente all'iperattività del sistema NMDA durante l'astinenza da alcol potrebbe aumentare l'eccitabilità del cervello predisponendo l'individuo a convulsioni da astinenza (Latt et al., 2014).

3.2.4 Tolleranza, craving e stato di astinenza

La *tolleranza* è la necessità di incrementare la quantità di sostanza usata o il tempo dedicato al comportamento per poter ottenere lo stesso effetto piacevole iniziale, che altrimenti tende a esaurirsi (Hudolin, 2015; Marazziti et al., 2015).

Il *craving* è definito come un'entità sindromica caratterizzata dall'attrazione intensa verso una sostanza o un'esperienza da portare all'azione obbligata e pericolosa per trarre beneficio e soddisfazione del desiderio (Giusti & Maglioni, 2016). È, quindi, la sensazione crescente di tensione che si verifica prima dell'assunzione della sostanza (Marazziti et al., 2015). L'uso prolungato ed eccessivo di sostanze aumenta il craving limbico, riducendo le funzioni delle strutture di controllo corticali (Morgan, 2021). Quando gli individui devono affrontare la scelta di consumare, sono eccitati dal desiderio e incapaci

di essere ragionevoli (Morgan, 2021). Il craving nell'alcol è correlato a un forte desiderio di bere e rende l'individuo fisso sul pensiero del consumo di alcol (APA, 2013).

Le evidenze scientifiche evidenziano che alla base del craving vi sono meccanismi complessi e tutt'ora sconosciuti. Verheul e collaboratori (1999) concludono un'indagine, dalla quale hanno elaborato un modello psicobiologico in cui distinguono tre diverse forme di craving associate a meccanismi neurobiochimici, comportamentali e approcci farmacologici diversi (Addolorato et al., 2010). Nel modello proposto da Verheul (1999), vengono identificate le seguenti tipologie di craving:

Il primo tipo è il *reward craving o desire for reward* (desiderio di ricompensa) caratterizzato da una sregolazione dopaminergica/oppioidergica, oppure da un tratto caratteristico della personalità in ricerca di gratificazione o dal bisogno di ottenere un effetto di rinforzo positivo dell'alcol (Addolorato et al., 2005, 2010). La sintomatologia associata comprende la ricerca spontanea di alcol, l'incapacità di resistere all'alcol (astensione) e il *binge drinking* (abbuffarsi di alcol fino ad ubriacarsi) (Addolorato et al., 2005). Sono individui con uno sviluppo precoce dell'alcolismo con un'anamnesi familiare positiva per alcolismo (Addolorato et al., 2005).

Il secondo tipo è il *relief craving o desire to decrease tension* (desiderio di ridurre la tensione) caratterizzato da una sregolazione GABAergica/glutamatergica in cui si verifica una sregolazione del sistema glutamatergico con un'ipersensibilità agli effetti sedativi e ansiolitici dell'alcol oppure un tratto caratteriale con una maggiore reattività allo stress o una combinazione di questi fattori. La caratteristica di questo tipo di craving è che l'individuo svilupperà tardivamente l'alcolismo e proverà una sensazione di sollievo (Addolorato et al., 2005). La sintomatologia che presenteranno sono i sintomi astinenziali e la reattività nel bere (Addolorato et al., 2005).

Il terzo tipo è l'*obsessive craving* (craving ossessivo) caratterizzato dalla perdita di controllo da parte dell'individuo sui pensieri intrusivi relazionati all'assunzione di alcol (Addolorato et al., 2005). Vi è un deficit di serotonina (sregolazione serotoninergica) oppure un tratto di personalità caratterizzato dalla disinibizione o una combinazione di questi fattori (Addolorato et al., 2005).

Lo *stato di astinenza* è un insieme di sintomi di diverse gravità, in seguito all'interruzione assoluta o relativa dell'assunzione di una determinata sostanza psicoattiva dopo un uso continuo e prolungato di essa (WHO, 2016). L'esordio e il decorso dell'astinenza sono limitati nel tempo e in relazione al tipo e alla dose della sostanza psicoattiva assunta, e compaiono successivamente alla sospensione o alla riduzione dell'uso (WHO, 2016). In alcuni casi, quando si riduce o si interrompe l'assunzione della sostanza psicoattiva, può manifestarsi anche un profondo disagio fisico e psichico (Marazziti et al., 2015).

Lo stato d'astinenza da alcol è caratterizzato da sintomi, che si possono manifestare a circa 4-12 ore dall'ultima ingestione prolungata e pesante di alcol (APA, 2013). I sintomi astinenziali sono: iperattività autonoma (sudorazione o frequenza cardiaca elevata), insonnia, tremore delle mani, nausea e vomito, allucinazioni, ansia e agitazione psicomotoria (APA, 2013). L'astinenza da alcol può essere spiacevole e intensa, e alcuni individui possono continuare a consumare alcol per evitare o alleviare i sintomi astinenziali, nonostante le conseguenze negative che può causare la sostanza (APA, 2013). Infine possono verificarsi delle complicanze quali: convulsioni, insonnia, ricaduta nella sostanza o dedicarsi alla continua ricerca di bevande alcoliche (Hudolin, 2015; Marazziti et al., 2015).

3.3 Complicanze del consumo di alcol

Le complicanze alcol-correlate possono insorgere dopo un'intossicazione acuta oppure a seguito dell'eccessivo consumo cronico (Latt et al., 2014). L'alcol colpisce la maggior parte di tutti i sistemi del nostro organismo e il rischio di danni ai vari organi accresce con l'aumentare dei livelli di assunzione di alcol, soprattutto se superiore ai cinque anni (Latt et al., 2014). Le complicanze acute possono essere di tipo medico, neuropsichiatrico o sociali (Latt et al., 2014).

Le complicanze mediche variano a dipendenza dello stato d'intossicazione e di salute del soggetto (Latt et al., 2014). Esse sono di svariato tipo e di gravità diversa come, per esempio, la polmonite ab ingestis, la depressione respiratoria e il coma, che sono condizioni letali causate dall'intossicazione da alcol soprattutto nei giovani che arrivano in ospedale con un'overdose di droghe o di farmaci, come le benzodiazepine usate volontariamente o involontariamente per un tentativo di suicidio (Latt et al., 2014).

Il consumo di alcol predispone agli incidenti tra i bevitori aumentando il rischio di violenza, cadute e fratture (traumi) oppure assumono un comportamento sessuale a rischio, accrescendo il pericolo di contagio di virus sessualmente trasmissibili o di subire o attuare violenze sessuali (Latt et al., 2014).

Nelle persone con meno di 65 anni potrebbe verificarsi la "sindrome del cuore da festa" indotta da un consumo elevato di alcol durante una "sbornia" alcolica in cui aumenta il rischio di fibrillazione atriale (Latt et al., 2014). Le ustioni e l'annegamento possono essere delle complicanze mediche dovute da un eccessivo consumo di alcol (Latt et al., 2014).

D'altronde, l'alcol ha un impatto su ogni organo e ha la capacità di danneggiare i diversi apparati (Latt et al., 2014). Alcune delle complicazioni medico croniche sono la malattia epatica cronica, la steatosi epatica alcolica, l'epatite alcolica, la cirrosi alcolica; malattie gastrointestinali (reflusso gastroesofageo, ulcera di MalloryWeiss, stomatite); malattie cardiovascolari (ipertensione, cardiomiopatia, tachiaritmie); disturbi ematologici (anemia, trombocitopenia); disturbi muscoloscheletrici (miopatia acuta o cronica, gotta); malattie del sistema respiratorio (polmonite ab ingestis, infezioni polmonari); complicanze neuropsichiatriche (encefalopatia di Wernicke, convulsioni da astinenza da alcol, degenerazione della corteccia cerebrale/atrofia della corteccia, ictus, ematoma subdurale, neuropatia periferica); disturbi alimentari (malnutrizione, carenza di vitamine e minerali); disturbi metabolici (iperlipidemia, ipoglicemia, acidosi lattica); disturbi endocrini (atrofia delle gonadi); disturbi cutanei (psoriasi, infezioni cutanee); neoplasie (alla laringe, esofago, colon, retto, fegato); disturbi fetali dello spettro dell'alcol (Latt et al., 2014).

Le complicanze neuropsichiatriche si verificano quando la concentrazione alcolica raggiunge lo 0,15 g% in bevitori sani, negli anziani anche a valori inferiori provocando disorientamento e confusione, inoltre si possono presentare episodi di amnesia con perdite di memoria importanti (Latt et al., 2014). L'alcol ha diversi effetti sullo stato di salute fisico e mentale del soggetto, il principale effetto è l'alterazione dell'umore che può indurre a tentativi di suicidio (Latt et al., 2014). Tra le comorbidità e le complicanze psichiatriche si possono verificare episodi di ansia o attacchi di panico derivati dall'astinenza o allucinosi da alcol entro le prime 48 ore (Latt et al., 2014).

Le complicanze sociali, invece, sono causate da un'intossicazione acuta da alcol, e sono la causa di diversi problemi sociali derivati da comportamenti disinibiti o dall'abbandono; in alcune situazioni può indurre i soggetti a giocare d'azzardo, la maggior parte delle volte con la conseguente perdita di tutto il capitale che a sua volta stimola il soggetto a bere (Latt et al., 2014). Questi comportamenti possono influenzare il nucleo familiare, il lavoro, lo status sociale (sia economico che professionale) e portare a problemi legali in caso di reati come la guida in stato d'ebbrezza (Latt et al., 2014).

3.1 Diversi tipi di alcolismi

Uno studio sull'alcolismo svolto in Svezia categorizza l'alcolista in base a modelli ereditari dell'alcolismo suddivisi in due sottotipi: alcolismo di tipo I (limitato all'ambiente) e di tipo II (limitato al sesso maschile) (Cloninger et al., 1996).

L'*alcolismo di tipo I* si sviluppa durante l'età adulta nelle donne e negli uomini e richiede fattori contribuenti di tipo genetico e ambientale (Cloninger et al., 1996). Esso viene caratterizzato da periodi prolungati di elevato consumo di alcol (binge drinking), alternati a periodi prolungati di astinenza; sono inoltre presenti perdita di controllo sul bere, senso di colpa per l'eccessivo consumo, rapida progressione da lieve a grave abuso di alcol con lo sviluppo di un'epatomegalia (Cloninger et al., 1996). Le persone con questo sottotipo mostrano un elevato evitamento del danno e tratti di personalità alla ricerca di novità e di alleviamento dell'ansia (Cloninger et al., 1996).

L'*alcolismo di tipo II* inizia durante l'adolescenza o la prima età adulta (esordio precoce) verificandosi soprattutto negli uomini, una predisposizione genetica e fattori ambientali hanno un impatto minore nel suo sviluppo. Esso è associato a un moderato o grave abuso di alcol, accompagnato da comportamento criminale con incapacità di astenersi con lo scopo di ricercare novità e di indurre euforia (Cloninger et al., 1996). Rispetto al tipo I, gli alcolisti di tipo II hanno mostrato ridotta attività dell'enzima monoammina (MAO), coinvolto nel processo di metabolizzazione di alcune sostanze chimiche del cervello (neurotrasmettitori come la serotonina) (Cloninger et al., 1996). I livelli di serotonina erano diminuiti nel cervello degli uomini con esordio precoce d'alcolismo con comportamenti violenti (Cloninger et al., 1996).

4. Il Colloquio Motivazionale

4.1 Le origini e le basi teoriche

Il Colloquio Motivazionale (Motivational Interviewing) è un approccio relazionale teorizzato da William R. Miller e Stephen Rollnick (Smedslund et al., 2011).

Il Colloquio Motivazionale trova origine nel trattamento dei disturbi da dipendenza da alcol. Nel corso del tempo la sua applicazione è stata estesa ad altri contesti, come per esempio nell'abuso di sostanze, e in una varietà di altri comportamenti disfunzionali (Markland et al., 2005). Sebbene il Colloquio Motivazionale non sia un approccio basato sulla teoria, nel descriverlo Miller e Rollnick si poggiarono su metodi basati su evidenze scientifiche come i principi della psicologia sociale sperimentale e su tre principi quali: l'autoefficacia, l'attribuzione causale e la dissonanza cognitiva (Bischof et al., 2021; Markland et al., 2005).

Per i due autori il presupposto teorico del Colloquio Motivazionale è la teoria dell'autodeterminazione, secondo la quale le persone hanno una tendenza innata alla crescita e alla risoluzione dei problemi (Markland et al., 2005; Vedovelli, 2020). Lo stile del Colloquio Motivazionale pone inoltre il cliente al centro, così come nella psicoterapia teorizzata da Carl Rogers, sebbene il Colloquio Motivazionale sia a differenza del tradizionale approccio rogersiano intenzionalmente direttivo, termine che verrà spiegato

più avanti (Markland et al., 2005; Miller & Rollnick, 2016). Prendendo direttamente spunto dal lavoro di Rogers, il Colloquio Motivazionale pone al centro il fatto che il cambiamento sia possibile allorquando il cliente si senta personalmente accettato e valorizzato (Markland et al., 2005). Bisogna comunque sottolineare che la centratura del paziente non significa essere semplicemente gentili e comprensivi con il cliente, ma essa implica infatti un ascolto attento e un processo attivo (Miller & Rollnick, 2016). Infatti, il Colloquio Motivazionale si propone di integrare nuove regole con valori e con obiettivi che appartengono al cliente stesso per favorire alla persona un cambiamento di tipo comportamentale che sia stabile e duraturo (Vedovelli, 2020). In questo contesto l'empatia dell'operatore sanitario è cruciale per fornire le condizioni necessarie affinché l'esplorazione del cambiamento avvenga con successo (Markland et al., 2005; Miller & Rollnick, 2016).

Il termine *direttivo* viene utilizzato in vari modi ed ha assunto una connotazione negativa a causa del fatto che viene associato ad attività come dire al cliente cosa si pensa che egli dovrebbe fare, compromettendo la sua autonomia (Rollnick et al., 2003). In questo lavoro il termine viene inteso secondo la struttura metodologica che è al contempo direttiva e incentrata sul cliente, attenendoci a un presupposto del Colloquio Motivazionale (Rollnick et al., 2003). Il termine direttivo viene in questo contesto inteso come "relativo a un processo volto a dare una struttura a una consultazione sul cambiamento di comportamenti. All'interno di questa struttura i risultati migliori si otterranno attenendosi strettamente ai principi della pratica centrata sul paziente" (Rollnick et al., 2003, p. 53). I tre processi: focalizzare, evocare e pianificare, implicano una direzionalità implicita (Miller & Rollnick, 2016). Vi sono altri modi di concepire gli stili comunicativi, per esempio Miller e Rollnick (2016) li immaginano distribuiti su un continuum in cui a un estremo vi è lo stile direttivo nella sua connotazione "negativa" descritta poco sopra. All'altro estremo vi è lo stile del *seguire*, in cui l'operatore ascolta interessato, cerca di capire quello che l'altro dice, ed evita di dire la propria opinione. Nel mezzo di questo continuum vi è lo stile del *guidare*. Come una guida l'operatore è un bravo ascoltatore che se necessario offre la propria esperienza all'altro (Miller & Rollnick, 2016).

4.2 Il cambiamento

Il Colloquio Motivazionale si allinea strettamente con il modello transteorico del cambiamento di Prochaska e DiClemente (Rollnick et al., 2003). Non per questo però il metodo del Colloquio Motivazionale e il Modello Transteorico del Cambiamento debbano essere confusi, né tantomeno quest'ultimo è da intendere come una parte essenziale del Colloquio Motivazionale (Miller & Rollnick, 2016). Entrambi però concettualizzano che il processo del cambiamento evolve attraverso degli stadi; e attraversando questi stadi cambia il grado di motivazione del cliente (Guelfi et al., 2001).

Il Modello Transteorico del Cambiamento di Prochaska e DiClemente si propone come modello esplicativo completo e multilivello che prende in considerazione unicamente le modificazioni del cambiamento nel tempo (Ragazzoni, Di Pilato, Longo, & Scarponi, 2014). Si può dire che il cambiamento si può in qualche modo "prevedere" ed è costruito su tre dimensioni fondamentali: gli stadi del cambiamento, i processi del cambiamento e i fattori psicologici (in cui troviamo Self-efficacy, Locus of Control e bilancia decisionale) (Ragazzoni, Di Pilato, Longo, Scarponi, et al., 2014).

Un tema che deriva dal modello degli stadi del cambiamento di Prochaska e DiClemente è l'idea della *disponibilità al cambiamento*, la quale si pone come punto di partenza per comprendere la motivazione del cliente (Rollnick et al., 2003). I clienti che si rivolgono a

professionisti della cura per intraprendere un percorso per cambiare un comportamento e la motivazione che li spinge sono eterogenei: a seconda del livello di disponibilità al cambiamento e dei bisogni differenti, i clienti dovrebbero essere trattati di conseguenza (Rollnick et al., 2003).

Il modello degli stadi del cambiamento cerca di descrivere la disponibilità dei clienti che si muovono nei processi decisionali e vengono descritti come se si spostassero attraverso una serie di stadi (Rollnick et al., 2003).

Precontemplazione: in questo stadio il cliente non è consapevole di trovarsi in una condizione patologica e non stanno prendendo in considerazione l'idea di un cambiamento (Miller & Rollnick, 2016). Tale stadio "è considerato l'essenza stessa della dipendenza, come se ne fosse l'espressione più intima e specifica" (Guelfi et al., 2001, p. 3).

Contemplazione: in questo stadio l'ipotesi di poter modificare il proprio comportamento comincia a prendere forma nel cliente (Ragazzoni, Di Pilato, Longo, & Scarponi, 2014). Il cliente è cosciente dei lati positivi e negativi del cambiamento, che hanno un forte valore emozionale. I clienti mostrano una ambivalenza: da un lato vi è la consapevolezza della serietà del problema (come ad esempio un Disturbo da Uso di Sostanze) e della necessità di un cambiamento, ma dall'altro il cliente non è pronto o è spaventato dalla prospettiva del cambiamento (Guelfi et al., 2001). Il cliente può rimanere in questa fase anche per lunghi periodi di tempo ("contemplazione cronica" o procrastinazione) (Ragazzoni, Di Pilato, Longo, & Scarponi, 2014, p. 15).

Determinazione: in questo stadio il cliente ha deciso di mettere in atto il cambiamento (Guelfi et al., 2001). Se la decisione presa dal cliente è *forte* e vi è una forte consapevolezza del lato positivo del comportamento, nel prossimo stadio il rischio di incappare in un ripensamento è minore (Ragazzoni, Di Pilato, Longo, & Scarponi, 2014). La durata di questo stadio è breve, poiché il cliente o passa nell'immediato futuro all'azione oppure rinuncia (Guelfi et al., 2001).

Azione: il cliente in questo stadio interrompe il comportamento disfunzionale. In caso di dipendenza, il cliente intraprende un vero e proprio cammino di disintossicazione: "adotta il cambiamento di un comportamento" (Guelfi et al., 2001, p. 4).

Mantenimento: in questo ultimo stadio il cliente si dedica al mantenimento del cambiamento (Ragazzoni, Di Pilato, Longo, Scarponi, et al., 2014). Prochaska e DiClemente prevedono nel loro modello un sesto stadio: la ricaduta. Quest'ultima rende ciclico questo modello (Guelfi et al., 2001).

Nell'esempio della dipendenza da alcol, il cliente che si trova nello stadio della precontemplazione avrà una motivazione, dei sentimenti e dei pensieri differenti rispetto a chi si trova nella fase di determinazione. Più concretamente: il primo cliente non sta pensando effettivamente di smettere di bere, mentre il secondo lo sta pianificando attivamente (Rollnick et al., 2003). Probabilmente per i professionisti competenti questo modello non è interessante per la definizione precisa degli stadi, ma più per le indicazioni generali che mette a disposizione riguardo agli interventi da mettere in atto con un cliente a dipendenza dello stadio in cui si trova, ad esempio sarà controproducente parlare di azioni con un cliente che non è disposto a cambiare (Rollnick et al., 2003).

La disponibilità al cambiamento di un cliente può essere concepita come un *continuum*, e i bisogni del cliente mutano a dipendenza della posizione in cui si collocano su questo

asse (Rollnick et al., 2003). Il cliente può trovarsi su un punto in cui non è pronto, uno in cui è incerto e infine nel punto in cui è pronto (Rollnick et al., 2003).

Per i professionisti la sfida è mantenere una corrispondenza con il livello di disponibilità al cambiamento in cui si trova il cliente (Rollnick et al., 2003). Lo stile del Colloquio Motivazionale si fonda sull'ascolto attivo della persona e dell'accettazione dello stadio in cui si trova in quel momento e di conseguenza sul rispetto del livello di impegno possibile per il cliente (Hinnenthal & Cibin, 2011).

4.3 Definizione di Colloquio Motivazionale

Da una definizione di Miller e Rollnick (2016) il Colloquio Motivazionale è “uno stile collaborativo di conversazione volta a rafforzare la motivazione e l'impegno al cambiamento di una persona” (p. 31) che richiede un ascolto di alta qualità, che sottintende molto più che del semplice porre una successione di domande. Il Colloquio Motivazionale è inteso come uno stile di stare con le persone per rinforzare la motivazione intrinseca al cambiamento di un comportamento che sia dannoso o disfunzionale per il cliente, e non come una tecnica (Miller & Rollnick, 2016).

Siamo in questo modo partiti dalla definizione più profana di Colloquio Motivazionale. Gli autori propongono altre due definizioni, che si pongono su livelli di approfondimento diversi. Un primo livello definito professionale: “il Colloquio Motivazionale è uno stile di counseling centrato sulla persona volto ad affrontare il comune problema dell'ambivalenza per il cambiamento” (Miller & Rollnick, 2016, p. 52). La terza definizione, quella che risponde alla domanda riguardo al come è una definizione tecnica: “il Colloquio Motivazionale è uno stile di comunicazione collaborativo e orientato, che presta particolare attenzione al linguaggio del cambiamento, progettato per rafforzare la motivazione personale e l'impegno verso un obiettivo” (Miller & Rollnick, 2016, pp. 52–53).

L'obiettivo del Colloquio Motivazionale è quindi quello di migliorare la motivazione intrinseca al cambiamento di un comportamento esplorando e supportando la risoluzione dell'ambivalenza motivazionale attraverso il processo comunicativo e relazionale (Vedovelli, 2020), tra il cliente e l'operatore sanitario, su cui si basa questo trattamento psicologico (Markland et al., 2005). Con il Colloquio Motivazionale si vuole facilitare un *cambiamento positivo* e si parla per questo motivo di *rafforzamento della motivazione intrinseca*, affermando dunque che ciascuno ha *in sé un potenziale di cambiamento* (Hinnenthal & Cibin, 2011). Da ciò si evince che una delle caratteristiche base di questo modello è la maieutica – la partecipazione attiva del soggetto: l'operatore ha il compito di aiutare il cliente a estrarre il potenziale di cambiamento che ha in sé e *sostenere il senso di autoefficacia* (Hinnenthal & Cibin, 2011).

4.3.1 Il concetto di ambivalenza

L'ambivalenza è una situazione normale nel percorso di preparazione al cambiamento e inoltre è uno stato in cui il cliente può rimanervi bloccato per molto tempo. La vera natura dell'ambivalenza sta nell'intreccio nella stessa frase di motivazioni volte al cambiamento con quelle rivolte al mantenimento dello Statu Quo, che creano il dilemma interiore. Un pericolo a cui bisogna fare attenzione nel percorso è il rischio di girare intorno allo stesso punto in cui si è bloccati, per questo il Colloquio Motivazione vuole aiutare il cliente ad avanzare nel processo di risoluzione dell'ambivalenza (Miller & Rollnick, 2016).

Il cliente che si trova in questa tappa di ambivalenza (contemplazione) racchiude appunto in sé motivazioni in conflitto tra loro e perciò anche un tumulto emotivo. Questa contrapposizione implica spinte in direzioni opposte: sia a favore che contro un

cambiamento, e più il cliente si muove verso una scelta più se ne evidenziano gli svantaggi e maggiormente ci si sente richiamati verso la scelta opposta. In conclusione, il disagio della condizione attuale muove il cliente a smettere di pensarci o a decidere che la condizione attuale non è poi così infelice (Miller & Rollnick, 2016).

Qualsiasi espressione linguistica o argomentazione a favore del cambiamento viene definita da Miller e Rollnick (2016) *Affermazione Orientata al Cambiamento*. Grazie agli studi di Paul Amrhein sul linguaggio della motivazione gli operatori possono imparare una grande abilità sociale, ovvero a leggere i segnali che le persone utilizzano nelle conversazioni quando si impegnano a compiere determinate azioni. Amrhein ha teorizzato quattro tipologie di affermazioni linguistiche, che nel contesto del Colloquio Motivazionale possono essere esempi di *Affermazioni Orientate al Cambiamento*. Queste quattro condizioni esprimono l'impegno per muovere i passi verso il cambiamento (Lugoboni & Zamboni, 2018; Miller & Rollnick, 2016) e sono illustrate successivamente.

4.3.2 Desiderio

Il desiderio emerge spesso nelle conversazioni sul cambiamento dato che è una componente della motivazione e una forma di orientamento al cambiamento (Amrhein et al., 2003; Miller & Rollnick, 2016).

4.3.3 Capacità

La capacità della persona di percepire sé stessa in grado di compiere il cambiamento – che appare possibile - è una seconda componente della motivazione (Amrhein et al., 2003; Miller & Rollnick, 2016).

4.3.4 Ragioni

La terza tipologia identificata da Amrhein (2003) è l'affermazione di una specifica ragione per l'attuazione di un cambiamento, nonostante possano non esserci né desiderio né capacità. In questo caso potrebbe essere d'aiuto l'esercizio della bilancia decisionale, che però non verrà trattato in questo Lavoro di Tesi. La struttura di questo atto linguistico è "se...allora..." (per esempio "se smettessi di bere, probabilmente avrei più energia") (Amrhein et al., 2003; Miller & Rollnick, 2016, pp. 199, 214).

4.3.5 Bisogno

"Non posso andare avanti così", "qualcosa deve cambiare" sono esempi dell'uso imperativo del linguaggio che evidenzia la rilevanza del cambiamento e che caratterizzano il quarto elemento della motivazione (Miller & Rollnick, 2016, p. 199). Queste affermazioni non esprimono però il perché un cambiamento sia importante. Benché dietro l'analisi di tali affermazioni si possano trovare delle ragioni esse non rivelano il motivo per cui il cliente deve, ha bisogno o ha necessità di effettuare un cambiamento (Miller & Rollnick, 2016).

4.3.6 Il concetto di motivazione

Gli autori Miller e Rollnick (2016) spiegano la motivazione come un'apertura del cliente nei confronti del cambiamento. I problemi che i clienti possono avere riguardo alla motivazione durante i colloqui sono legati al fatto che essi non ritengono che cambiare sia importante oppure non sono sicuri di poterci riuscire (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7).

Nel Colloquio Motivazione il processo di risoluzione dell'ambivalenza si riscontra quando il cliente convince sé stesso a cambiare, perché le persone sono più convinte a impegnarsi in ciò che loro stesse hanno detto e non in qualcosa diretto da un altro. È il cliente, infatti, ad avere la responsabilità del cambiamento. Questo soprattutto se avviene

in un contesto di accoglienza, di ascolto e di non giudizio, dove l'operatore viene in aiuto al cliente fornendo supporto (Miller & Rollnick, 2016; Vedovelli, 2020).

4.4 Lo spirito del Colloquio Motivazionale

Un operatore che si avvicina al Colloquio Motivazionale deve avere innanzitutto un *atteggiamento*, una filosofia nei confronti del cliente ed è quello che nella terminologia del Colloquio Motivazionale viene chiamato *spirito*. Questo atteggiamento è intriso di estremo *rispetto* per il cliente e per la sua capacità di saper prendere decisioni sulla propria vita (Matulich, 2015).

Gli autori Miller e Rollnick (2016) affermano che il Colloquio Motivazionale è costituito da due componenti: la prima è proprio lo spirito del Colloquio Motivazionale, sul quale esso si fonda, ovvero "l'atteggiamento cognitivo ed emotivo con cui si applica" (p. 14). La seconda componente si forma di quattro elementi chiave, che gli autori sopraccitati hanno descritto come: *collaborazione*, *accettazione*, *propensione all'aiuto* ed *evocazione* (Lugoboni & Zamboni, 2018). Come indica il primo elemento, la collaborazione, lo spirito enfatizza l'importanza di lavorare in maniera collaborativa e di vedere le cose dal punto di vista del cliente (Matulich, 2015).

Inoltre, i quattro elementi sopraccitati posseggono sia una componente esperienziale che comportamentale, poiché se quest'ultima manca non ne risulta un beneficio per il cliente; inoltre, questi non sono prerequisiti per la messa in pratica in quanto è proprio essa che fa emergere le abilità (Miller & Rollnick, 2016).

La seconda componente è un complesso di abilità pratiche: quattro principi che rafforzano le tecniche specifiche del Colloquio Motivazionale. Esse sono: esprimere empatia, sviluppare l'ambivalenza, assecondare l'ambivalenza e supportare l'efficacia. L'empatia dell'operatore, rilevano alcuni studi, è un fattore predittivo del successo del percorso (Lugoboni & Zamboni, 2018; Markland et al., 2005).

L'espressione dell'empatia e il supporto dell'efficacia sono due elementi noti agli infermieri e dovrebbero essere incorporati nella comunicazione terapeutica e implementati come pilastro della pratica infermieristica. In special modo di fronte a pazienti che vengono definiti come poco aderenti nelle informazioni ricevute nelle consegne, ancor prima di aver incontrato il paziente. È in questo momento che l'infermiere deve fermarsi e rivalutare i propri pregiudizi (Droppa & Lee, 2014).

4.5 I processi che compongono il Colloquio Motivazionale

I quattro processi fondamentali del Colloquio Motivazionale sono stati teorizzati nella terza edizione del volume di Miller e Rollnick (2016). Nelle prime due edizioni erano state descritte due fasi: costruzione della motivazione e consolidamento dell'impegno, lasciando solo come linea guida ai professionisti di prestare attenzione non solo al come cambiare ma anche al perché. Diversi professionisti hanno però avuto delle difficoltà nella conduzione del colloquio, in special modo perché i clienti sembravano non entrare in relazione con loro (Miller & Rollnick, 2016).

I quattro processi sono: stabilire una relazione, focalizzare, evocare pianificare. Inoltre, essi possono essere visti come una successione l'uno dell'altro (Miller & Rollnick, 2016).

4.5.1 Stabilire una relazione

Il primo processo, stabilire una relazione terapeutica, è la premessa di quanto andrà poi ad accadere nei successivi colloqui e può essere predittiva dei futuri esiti (Miller & Rollnick, 2016). All'inizio del Colloquio è importante che l'operatore esprima in modo caloroso il fatto che il cliente si sia presentato all'incontro supporti la sua autonomia

(Matulich, 2015). Un esempio di domanda potrebbe essere: “mentre parla con me questa persona quanto si sente a suo agio?” (Miller & Rollnick, 2016, p. 55).

4.5.2 Focalizzare

Una volta stabilita una relazione si arriva a focalizzare il motivo (l’agenda) che ha portato il cliente al colloquio. Questo processo serve per chiarire e mantenere una direzione specifica su quali cambiamenti si vogliono ottenere. Di seguito, così come per ciascuno dei quattro processi, è espresso un esempio di domanda relativo ad ognuno di essi: “quali sono i reali obiettivi di cambiamento di questa persona?” (Miller & Rollnick, 2016, p. 55).

4.5.3 Evocare

Con questo terzo processo si intende far emergere le motivazioni al cambiamento intrinseche al cliente dopo che si è stabilito un focus e si pone come il fulcro del Colloquio Motivazionale (Miller & Rollnick, 2016). Perché il cambiamento di un comportamento abbia successo è imperativa la partecipazione attiva del cliente: “Evocare vuol dire fare in modo che la persona dia voce alle sue ragioni per cambiare” (Miller & Rollnick, 2016, p. 51). Nessun altro può cambiare al posto del cliente e l’operatore deve credere e sostenere che esso sia in grado di decidere autonomamente (Hinnenthal & Cibir, 2011).

Questa fase riporta alla definizione più tecnica di Colloquio Motivazionale, che tende a rispondere alla domanda: *come funziona?* Invece un esempio di domanda relativa a questo processo è: “quali sono le ragioni per cambiare che esprime questa persona?” (Miller & Rollnick, 2016, p. 52).

4.5.4 Pianificare

Nel momento in cui il cliente è disponibile al cambiamento in lui il pensiero è più rivolto al *quando* e al *come*, rispetto al *se* e *perché* (Miller & Rollnick, 2016).

In questo processo di pianificare si delinea l’enunciazione di un piano d’azione. Il pianificare è “la scintilla che accende il motore della Affermazioni Orientate al Cambiamento” che abbiamo analizzato in precedenza (Miller & Rollnick, 2016, p. 52).

In questa fase è necessario procedere con cautela, non dimenticando l’autonomia del cliente nel prendere delle decisioni, poiché potrebbero nascere nuovi problemi od ostacoli che richiedono una ripianificazione del procedere, in questo senso una possibile domanda esemplificativa di questa fase è “quale potrebbe essere il prossimo passo verso il cambiamento?” (Miller & Rollnick, 2016, p. 55).

4.6 Le trappole o i blocchi della comunicazione

Gli autori Miller e Rollnick (2016), mettono in guardia da quelle che definiscono *trappole* in cui l’operatore può cadere, pregiudicando un buon inizio di relazione (Hinnenthal & Cibir, 2011). Un primo esempio è la “trappola” domanda-risposta, un metodo che si riscontra in un classico assessment tra medico e paziente per la raccolta di informazioni per un’anamnesi accurata in poco tempo (Hinnenthal & Cibir, 2011). Questo modello richiede dal cliente risposte brevi (sì o no), ma che contraddicono lo stile comunicativo del Colloquio Motivazionale in quanto limitano lo scorrere del pensiero del cliente (Hinnenthal & Cibir, 2011).

Una seconda trappola è denominata la trappola dello schierarsi e si riscontra quando l’operatore vince dalle parole del cliente che vi è un problema serio, come per esempio una dipendenza da alcol (Hinnenthal & Cibir, 2011). In quel contesto l’errore in cui si potrebbe incappare è comunicare il problema riscontrato al cliente, ma quest’ultimo si schiererà dalla parte opposta, ovvero sminuendo che vi è un problema o affermando che non è grave e quindi non vi è l’urgenza di cambiare tale comportamento (Hinnenthal &

Cibin, 2011). Ciò si manifesta quando il cliente vive una condizione di conflitto rispetto al problema e si rivela l'ambivalenza tra il voler affrontare il problema e non volerlo (Hinnenthal & Cibin, 2011). È in questo momento che l'operatore deve accogliere l'ambivalenza e non schierarsi (Hinnenthal & Cibin, 2011).

Un operatore che non è in grado di gestire il rischio delle trappole potrebbe incappare in quelli che Thomas Gordon (1991) ha definito *blocchi della comunicazione*, che risultano poco efficaci in funzione del cambiamento. Sorge a questo punto la domanda centrale al Colloquio Motivazionale: come può evitare l'operatore di cadere in queste trappole o blocchi e sviluppare un colloquio che origini poche resistenze al cambiamento? (Lugoboni & Zamboni, 2018). Per evitare di minare la fiducia e l'apertura del cliente nei confronti del curante è necessario evitare di:

- Dare ordini, comandi o direttive;
- Avvertimenti o minacce;
- Dare consigli, fornire soluzioni non richieste;
- Tentare di persuadere con la logica;
- Fare prediche o paternali;
- Criticare, biasimare, giudicare;
- Concordare, approvare, lodare;
- Etichettare, ridicolizzare;
- Interpretare, analizzare;
- Rassicurare, consolare;
- Porre domande insistenti, indagare;
- Distrarsi, cambiare argomento, fare dell'umorismo (Gordon, 1991; Lugoboni & Zamboni, 2018).

Non è comunque generalizzabile che queste interazioni siano sempre offensive e in alcune circostanze possono diventare utili (Lugoboni & Zamboni, 2018).

4.7 I metodi

Oltre agli elementi che compongono il cuore – lo spirito – del Colloquio Motivazionale vi sono anche delle tecniche di intervento, che possono essere definite come dei metodi che provengono da altre discipline terapeutiche in cui al centro vi è il cliente (Bischof et al., 2021).

4.7.1 Ascolto attivo (riflessivo)

L'ascolto attivo e riflessivo è alla base del Colloquio Motivazionale e permette all'operatore da un lato di concentrarsi sulle preoccupazioni del cliente e rimandare in modo riformulato il contenuto essenziale di quanto detto dal paziente. Un buon ascolto attivo permette che il cliente continui a parlare e possa riflettere in modo più profondo sul suo problema effettuando un'*auto-esplorazione*. Almeno il 50% delle riflessioni rimandate dall'operatore al cliente dovrebbero essere più complesse e andare oltre la semplice ripetizione di quanto ascoltato. Con considerazioni più complesse ci si riferisce a contenuti impliciti o a contenuti emotivi che il curante vuole far emergere (Bischof et al., 2021; Miller & Rollnick, 2016). Avvalendosi di locuzioni strategiche come ad esempio "mi sembra che..." oppure "quello che mi dice mi fa pensare che...", l'operatore introduce delle riflessioni su quanto ascoltato (Matulich, 2015, p. 33). Queste ultime non devono necessariamente essere accurate, poiché se anche così non fosse sarà il cliente stesso a correggerle continuando il discorso. Non risulta infatti essere un problema poiché le

riflessioni potrebbero essere poco accurate, ma non totalmente sbagliate e il cliente percepirà in ogni caso l'interesse dell'operatore (Matulich, 2015).

4.7.2 Formulare domande aperte

Per incoraggiare il cliente a confrontarsi con il proprio problema è utile porre delle domande aperte, come per esempio “come entra l'alcol nella sua vita?” (Bischof et al., 2021; Matulich, 2015, p. 29). In questo modo la persona è accompagnata a riflettere e rielaborare, oltre che a parlare di ciò che gli sta a cuore (Matulich, 2015; Miller & Rollnick, 2016).

È necessario prestare attenzione a un pericolo in cui potrebbe incappare l'operatore: la trappola domanda-risposta. Si crea la situazione in cui si formula una domanda appresso l'altra e il cliente risponde e attende solamente la prossima domanda (Matulich, 2015).

4.7.3 Sostenere

Il terzo metodo include affermazioni, riconoscimenti e comprensione per supportare e incoraggiare il cliente. L'operatore infatti riconosce le capacità e gli sforzi del cliente, dal quale viene il cambiamento. Non solo, il sostenere è un atteggiamento mentale che si pone per sottolineare il lato positivo (Bischof et al., 2021; Miller & Rollnick, 2016).

4.7.4 Riassumere

Il riassumere è una tecnica efficace per ritornare al cliente i contenuti significativi di quanto detto da egli stesso e possono essere usati sia a conclusione del colloquio per tirare le fila sia per suggerire dei collegamenti (Bischof et al., 2021; Miller & Rollnick, 2016).

4.7.5 Scambiare informazioni e consigli

Il Colloquio Motivazionale è caratterizzato dall'incoraggiamento di affermazioni auto-motivazionali. Come visto anche in precedenza, vi sono Affermazioni Orientate al Cambiamento e Affermazioni Orientate allo Statu Quo. Perché il cambiamento di un comportamento abbia successo, è necessario che il bisogno di cambiare si traduca in un impegno (Bischof et al., 2021).

Data la centratura del cliente, si pensa che l'operatore non debba fornire informazioni o consigli al cliente. Vi sono invece dei momenti in cui è opportuno incorporare idee o consigli propri del curante, sempre accertandosi che il cliente sia pronto a confrontarsi con essi. Le informazioni e i consigli, infatti, si offrono con il permesso (“vorresti ricevere ulteriori informazioni riguardo a ...”) e in modo neutrale (“secondo alcuni studi ...”) e non vengono semplicemente trasmessi. L'operatore cerca di comprendere il punto di vista del cliente e lo aiuta a comprendere le informazioni date (“cosa ne pensi...”) (Bischof et al., 2021, p. 112; Miller & Rollnick, 2016).

L'operatore esperto e formato saprà riconoscere le potenzialità espresse dal cliente e mettere in atto delle strategie relazionali per creare un'atmosfera che *tenda, ma non costringa, al cambiamento* (Hinnenthal & Cibir, 2011, p. 115). Questo operatore saprà fornire delle possibilità praticabili dal cliente, avendo riconosciuto la disponibilità di quest'ultimo in quel dato momento (Hinnenthal & Cibir, 2011).

In conclusione, queste abilità di base sono essenziali per mettere in pratica il Colloquio Motivazionale, ma non lo costituiscono di per sé. Il Colloquio Motivazionale è caratterizzato dal modo, particolare, in cui queste abilità vengono utilizzate per guidare il cliente nella direzione del cambiamento (Miller & Rollnick, 2016).

5. Metodologia

5.1 Revisione della letteratura

In merito alla metodologia scelta per questo Lavoro di Tesi, la nostra preferenza è ricaduta sulla revisione della letteratura, che viene definita da Polit e Tatano Beck (2018a) come “una sintesi scritta dello stato delle evidenze su un problema di ricerca che persegue lo scopo di integrare le evidenze di ricerca per offrire una rassegna delle conoscenze e delle lacune di ricerca” (Polit & Tatano Beck, 2018b, p. 121). L'utilizzo di questa metodica è oggi sempre più richiesto e le ragioni sono molteplici. Tra queste, le più usuali includono: eseguire un processo di ricerca in ambito accademico (Cronin et al., 2008), concretizzare lavori con una solidità delle informazioni e dei risultati riportati (Pautasso, 2013), incrementare le informazioni e le conoscenze in merito a un dato argomento (Aromataris & Pearson, 2014), mantenere il passo con lo stato dell'arte ed essere all'avanguardia, poiché può rispondere a domande di ricerca con una potenza che non possiede il singolo studio (Snyder, 2019). Al fine di voler tracciare lo sviluppo di un particolare campo di ricerca, la revisione della letteratura fornisce le basi per la realizzazione di un nuovo modello concettuale o di una teoria (Snyder, 2019).

5.2 Metodo di ricerca

In questo capitolo vengono riportate le tappe che sono state seguite per lo svolgimento di questa revisione della letteratura. In letteratura si trova una vasta panoramica di studi che presentano la revisione della letteratura e che suddividono in tappe tale processo in maniera differente – seppur con minime differenze. Per questo Lavoro di Tesi, dopo aver analizzato varie posizioni, abbiamo optato per un processo che può essere diviso in sei fasi: la prima consiste nell'identificazione della problematica o nella formulazione di domande di ricerca che fungono da punto di partenza per proseguire con lo studio; la seconda fase si concentra sulla ricerca della letteratura inerente il tema di studio da includere nella revisione utilizzando anche dati elettroniche specifiche applicate alle varie discipline; nel terzo passo avviene la selezione degli articoli scientifici più rilevanti e di qualità secondo dei criteri prestabiliti: il corpus letterario è costituito dagli studi e dalle conoscenze rilevanti che riguardano l'area tematica scelta (Cronin et al., 2008; Li & Wang, 2018). Il quarto passaggio consiste nella lettura della letteratura selezionata in modo sistematico; la penultima tappa si concentra sull'analisi e sulla sintesi della letteratura e in seguito sull'organizzazione dei dati dove le informazioni ricavate costituiscono gli elementi che verranno utilizzati per la revisione (Cronin et al., 2008; Li & Wang, 2018). L'ultima tappa è la scrittura della revisione della letteratura. (Li & Wang, 2018).

5.3 Domanda di ricerca

“Quali sono le attitudini e le competenze professionali, personali e trasversali, che l'infermiere deve possedere per svolgere il Colloquio Motivazionale con un paziente dipendente da alcol?”.

Al fine condurre una ricerca efficiente è necessario una definizione precisa del problema oppure del paziente in modo da poter in seguito raccogliere le informazioni essenziali al raggiungimento dell'obiettivo di ricerca (Eriksen & Frandsen, 2018). In questo Lavoro di Tesi abbiamo deciso di avvalerci del modello proposto da Richardson et al. (1995), il quale si suddivide in quattro parti: il paziente o il problema (P); l'intervento o l'esposizione (I); l'intervento o l'esposizione di confronto (C), se rilevante; e l'esito clinico di interesse (O) (Eriksen & Frandsen, 2018).

P (paziente o popolazione)	Infermieri che svolgono Colloqui Motivazionali con pazienti dipendenti da alcol;
I (intervento)	Indagare le attitudini e le competenze professionali, personali e trasversali dell'infermiere che svolge il Colloquio Motivazionale; Raccogliere e analizzare i limiti e le sfide che l'infermiere può incontrare nello svolgimento del Colloquio Motivazionale con un paziente dipendente da alcol;
O (outcome o risultati)	Assenza o riscontro di competenze specifiche;

Obiettivi della domanda di ricerca:

- Analizzare la differente tipologia di competenze richieste: professionali tecniche, professionali non tecniche e quelle non professionali (trasversali) proprie dell'identità del ruolo infermieristico.
- Analizzare come le competenze sviluppate influiscono sulla gestione del paziente dipendente da alcol.
- Identificare le sfide che l'infermiere può incontrare nel condurre un Colloquio Motivazionale con un paziente dipendente da alcol e come possono essere affrontate.
- Comprendere i criteri di formazione per acquisire le competenze d'applicazione del Colloquio Motivazionale.

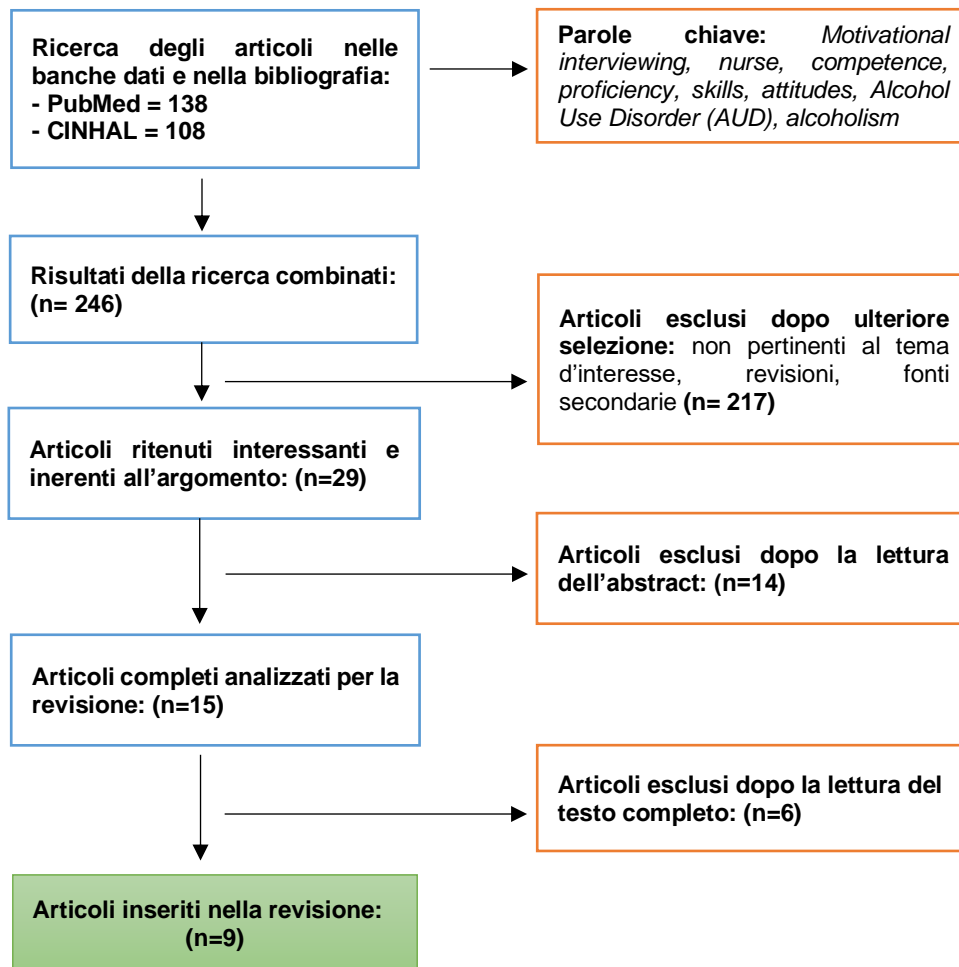
5.4 Strategia di ricerca

Le banche dati elettroniche che abbiamo utilizzato per trarre gli articoli sono: *PubMed* *CINHAL*.

Le parole chiave utilizzate sono state: *Motivational interviewing, nurse, competence, proficiency, skills, attitudes, Alcohol Use Disorder (AUD), alcoholism*. Queste parole chiave sono state combinate con l'operatore booleano "AND" e "OR".

5.5 Diagramma di Flusso

In seguito, viene illustrato il diagramma di flusso della selezione degli articoli.



Di seguito vengono descritti ed elencati in modo cronologico (dal più vecchio al più recente) i 9 articoli selezionati e analizzati.

Autori	William R. Miller, Carolina E. Yahne, Theresa B. Moyers, James Martinez, Matthew Pirritano William R. Miller, Carolina E. Yahne, Theresa B. Moyers, James Martinez, Matthew Pirritano
Anno	2004
Titolo	<i>A Randomized Trial of Methods to Help Clinicians Learn Motivational Interviewing</i>
Giornale	Journal of Consulting and Clinical Psychology
Contenuti	<p>Scopo Valutare quale metodo di apprendimento sia il più ottimale per formare i professionisti della cura ad acquisire e mantenere le competenze per eseguire Colloquio Motivazionale.</p> <p>Metodologia Studio controllato randomizzato. Il campione di 140 partecipanti è stato suddiviso in 4 gruppi: il primo gruppo ha partecipato solo a workshop, il secondo gruppo ha svolto workshop con feedback, il terzo ha preso parte a workshop più sessioni di coaching individuale, il quarto gruppo ha partecipato a workshop più feedback e coaching e infine l'ultimo era il gruppo di controllo che ha ricevuto solamente un manuale e delle videocassette.</p> <p>Risultati Lo studio ha dimostrato che la formazione in cui sono previsti feedback e coaching dopo workshop clinici di due giorni appaiono migliorare il mantenimento delle competenze. I partecipanti non hanno mostrato un miglioramento significativo delle competenze attraverso l'autoapprendimento con l'uso di un manuale e di videocassette. La sola partecipazione a workshop di due giorni ha portato risultati modesti in termini di abilità che sono tornate ai livelli base dopo quattro mesi.</p>
Autore	Nancy Beckham
Anno	2007
Titolo	<i>Motivational interviewing with hazardous drinkers</i>
Giornale	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners
Contenuti	<p>Scopo Valutare l'efficacia del Colloquio Motivazionale in una popolazione di bevitori pericolosi che utilizzano i centri sanitari della comunità nelle zone rurali del sud-est dell'Idaho.</p> <p>Metodologia Studio misto, non specificato. Allo studio hanno partecipato 86 persone, le quali hanno completato un test di screening. Tra queste, 32 persone hanno avuto uno screening positivo, 3 non hanno risposto, le restanti 29 sono state reclutate nello studio. Di queste 29, 25 persone hanno completato sia il pre-test che il post-test. Una persona non si è presentata al primo test, mentre tre partecipanti non sono tornati per il post-test.</p>

	<p>I bevitori pericolosi sono stati identificati e assegnati casualmente al gruppo di intervento o di controllo. La durata è stata di sei settimane.</p> <p>Risultati</p> <p>I risultati dell'indagine hanno dimostrato che il Colloquio Motivazionale, svolto da infermieri, è un intervento efficace per i bevitori pericolosi diminuendo il consumo di alcol. I pazienti incontrano più facilmente infermieri in cure generali, ma <i>advanced practice nurse</i> in contesti di cure generali possono fornire sia prevenzione primaria che secondaria, valutare la gravità di talune problematiche e applicare il Colloquio Motivazionale piuttosto che reindirizzare l'utente verso servizi più costosi e di difficile accesso.</p>
Autori	Adeline Nyamathi, Steven Shoptaw, Allan Cohen, Barbara Greengold, Kamala Nyamathi, Mary Marfisee, Viviane De Castro, Farinaz Khalilifard, Daniel George, Barbara Leake
Anno	2010
Titolo	<i>Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use</i>
Giornale	Drug and Alcohol Dependence
Contenuti	<p>Scopo</p> <p>Valutare l'impatto di un programma per la promozione della salute contro l'epatite condotto da infermieri per la riduzione del consumo di alcol tra i partecipanti in trattamento con Metadone rispetto a un intervento con il Colloquio Motivazionale.</p> <p>Metodologia</p> <p>Studio controllato randomizzato condotto con un campione composto da 256 adulti in terapia con Metadone che frequentano cliniche ambulatoriali e che facevano un uso moderato o pesante di alcol. Essi sono stati randomizzati in tre categorie: 87 partecipanti in sessioni di gruppo per la promozione della salute per l'epatite condotte da un infermiere, 79 partecipanti a Colloquio Motivazionale di gruppo e 90 partecipanti a Colloquio Motivazionale individuale.</p> <p>Risultati</p> <p>I risultati dello studio hanno dimostrato che al follow up a sei mesi vi è stata una riduzione di almeno il 50% del consumo di alcol e poco più che uno su cinque ha dichiarato di non fare uso di alcol.</p>
Autore	Ann-Sofi Östlund, Marja-Leena Kristofferzon, Elisabeth Häggström, Barbro Wadensten
Anno	2015
Titolo	<i>Primary care nurses' performance in motivational interviewing: a quantitative descriptive study</i>
Giornale	BMC Family Practice
Contenuti	<p>Scopo</p> <p>Valutare le competenze di infermieri in cure generali che eseguono il Colloquio Motivazionali secondo il suo spirito. Valutare in che misura gli infermieri in cure generali svolgono il Colloquio Motivazionale secondo il codice MITI. Analizzare in</p>

	<p>che modo i partecipanti hanno valutato le proprie prestazioni nel Colloquio Motivazionale.</p> <p>Metodologia Studio quantitativo e descrittivo. Sono state registrate 32 sessioni di Colloquio Motivazionale, tenute da un campione 12 infermiere in cure generali con una pregressa conoscenza del Colloquio Motivazionale. Al termine di ogni sessione gli infermieri hanno compilato un questionario riguardante la loro esperienza durante il colloquio.</p> <p>Risultati I dati raccolti hanno dimostrato che nessuno degli infermieri ha ottenuto e mostrato di possedere le competenze base in tutti gli ambiti o sessioni. Il punteggio riassuntivo migliore è stato raggiunto nella competenza di rendere più complesse delle riflessioni semplici, mentre la competenza nel porre domande aperte è stata quella con il punteggio riassuntivo minore. Lo studio ha inoltre rilevato che vi è la necessità di maggior formazione e supervisione della pratica clinica per promuovere un miglioramento.</p>
Autore	Timothy R. Apodaca, Kristina M. Jackson, Brian Borsari, Molly Magill, Richard Longabaugh, Nadine R. Mastroleo, Nancy P. Barnett
Anno	2016
Titolo	<i>Which individual therapist behaviors elicit client change talk and sustain talk in motivational interviewing?</i>
Giornale	Journal of Substance Abuse Treatment
Contenuti	<p>Scopo Identificare e analizzare i comportamenti individuali del terapeuta che suscitano discorsi sul cambiamento del cliente (Change Talk) o contro il cambiamento (Sustain Talk) nelle sessioni di Colloquio Motivazionale.</p> <p>Metodologia Un campione composto di 92 studenti universitari e 17 terapeuti hanno usato il Colloquio Motivazionale come trattamento di intervento in una singola sessione di colloquio sull'alcol. Le sessioni sono state audio-registrate, trascritte e codificate utilizzando il Motivational Interviewing Skill Code (MISC), un sistema di codifica dei processi terapeutici.</p> <p>Risultati I dati analizzati hanno dimostrato i comportamenti individuali del terapeuta sono stati seguiti da un discorso sul cambiamento del cliente, mentre altri comportamenti, come porre domande chiuse, hanno una probabilità minore di essere seguiti da Change Talk. Lo studio ha inoltre rilevato che domande aperte da parte del terapeuta vengano poste in seguito a Sustain Talk da parte del cliente.</p>
Autore	M. Barton Laws, Molly Magill, Nadine R. Mastroleo, Kristi E. Gamarel, Chanelle J. Howe, Justin Walthers, Peter M. Monti,

	Timothy Souza, Ira B. Wilson, Gary S. Rose, and Christopher W. Kahler
Anno	2018
Titolo	<i>A sequential analysis of motivational interviewing technical skills and client responses</i>
Giornale	Journal of Substance Abuse Treatment
Contenuti	<p>Scopo Analizzare Colloqui Motivazionali per comprendere l'associazione tra il discorso del cliente e le competenze del curante nel produrre un cambiamento del comportamento. Esaminare l'associazione tra le abilità del curante e il successivo discorso del cliente.</p> <p>Metodologia Studio controllato randomizzato (RCT). 184 partecipanti allo studio sono stati randomizzati alla condizione del colloquio motivazionale, di questi 169 hanno completato la sessione. Queste ultime sono state registrate e trascritte per essere codificate e analizzate. Delle 169 trascrizioni, 132 sono state selezionate per essere codificate per questo studio a causa delle limitazioni delle risorse.</p> <p>Risultati Lo studio ha evidenziato come le riflessioni complesse e le domande aperte poste dal curante siano state maggiormente associate al passaggio del cliente da <i>Sustain Talk</i> a <i>Change Talk</i> rispetto ad altre tecniche.</p>
Autore	Brian Borsari, Lindsey B. Hopkins, Jennifer K. Manuel, Timothy R. Apodaca, Nadine R. Mastroleo, Kristina M. Jackson, Molly Magill, Jerika C. Norona, Kate B. Carey
Anno	2019
Titolo	<i>Improvement in Therapist Skills Over Sessions in Brief Motivational Interventions Predicts Client Language and Alcohol Use Outcomes</i>
Giornale	Psychology of Addictive Behaviors
Contenuti	<p>Scopo Lo studio ha l'obiettivo di esaminare come le abilità del terapeuta siano cambiate nel tempo e se il miglioramento delle abilità abbiano avuto un impatto sul cambiamento del cliente durante le sedute e sui problemi correlati al consumo di alcol.</p> <p>Metodologia Studio clinico randomizzato. Due campioni randomizzati di studenti universitari hanno ricevuto un breve intervento motivazionale a seguito di una violazione disciplinare correlata all'alcol. Gli studenti di entrambi gli studi erano di età pari o superiore a 18 anni che hanno violato la politica sull'alcol dell'università. Nel campione 1 i partecipanti sono stati assegnati in modo casuale a un BMI (n=99) o ad una condizione educativa standard (n=99) che consisteva in una sessione con un programma specifico.</p>

	<p>Nel campione 2, i partecipanti (N=598) hanno ricevuto la fase 1 in una sessione di consigli di 15 minuti che includeva la fornitura di un opuscolo con dei consigli per ridurre il consumo di alcol.</p> <p>Risultati</p> <p>Le abilità del terapeuta sono migliorate nel tempo e la maggior esperienza accumulata ha portato a un aumento dell'attenzione sul consumo personale di alcol del cliente. Rimane da chiarire invece in che modo i cambiamenti nel linguaggio del cliente dopo una sessione di Colloquio Motivazionale possano predire un cambiamento nel comportamento.</p>
Autori	M. Lavilla-Gracia, M. Pueyo-Garrigues, M. Fotopoulou, A. Canga-Armayor, N. Esandi, C. Alfaro-Díaz, N. Canga-Armayor
Anno	2023
Titolo	<i>Training nursing students in motivational interviewing for alcohol misuse: A mixed method study</i>
Giornale	Nursing Education Today
Contenuti	<p>Scopo</p> <p>Implementare e valutare l'effetto di un corso di formazione universitario sul Colloquio Motivazionale e sull'abuso di alcol. Esplorare le esperienze degli studenti in questo corso e le competenze dei futuri infermieri riguardo al Colloquio Motivazionale e al consumo di alcol.</p> <p>Metodologia</p> <p>Studio a metodi misti: ricerca quantitativa comparativa descrittiva e ricerca qualitativa Focus Group. Un campione di 21 studenti di cure infermieristiche al quarto anno di università ha partecipato a un corso di due ore alla settimana per dodici settimane che comprendeva tre moduli che trattavano i concetti, gli strumenti e le abilità associate al Colloquio Motivazionale per l'abuso di alcol. Le competenze acquisite dagli studenti dopo la formazione sono state descritte secondo il modello di Kirkpatrick.</p> <p>Risultati</p> <p>Questo studio ha dimostrato che tutti gli studenti del campione hanno acquisito le competenze e le conoscenze necessarie per poter eseguire un Colloquio Motivazionale, così come <i>microskills</i>. Inoltre, i dati hanno dimostrato la soddisfazione degli studenti nei confronti di un corso specifico sul tema del Colloquio Motivazionale, la sua applicabilità in campo professionale e personale.</p>
Autore	Andrea Ramirez, Karen Jennings Mathis, Amy M. Moore, and Alison Tovar
Anno	2023
Titolo	<i>Developing Motivational Interviewing Skills Among Undergraduate Nursing Students</i>
Giornale	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services
Contenuti	Scopo

	<p>Valutare i cambiamenti nella conoscenza e nell'autoefficacia degli studenti universitari di infermieristica al quarto anno nel colloquio motivazionale prima e dopo aver fornito una breve formazione.</p> <p>Metodologia Studio quantitativo, design non specificato. In questo studio è stato proposto ad un campione di 144 studenti universitari di cure infermieristiche al quarto anno di partecipare ad un curriculum web online con moduli asincroni, una simulazione sincrona per esercitare la pratica e l'osservazione delle abilità, delle conoscenze e dell'autoefficacia degli studenti nel colloquio motivazionale prima e dopo il corso.</p> <p>Risultati I dati raccolti hanno dimostrato che vi è stato un aumento delle conoscenze degli studenti prima e dopo il corso proposto sul Colloquio Motivazionale. Lo studio ha rilevato che la forma di studio ibrida e online è risultato molto soddisfacente ed efficace, inoltre ha avuto il potenziale per il miglioramento delle competenze cliniche.</p>
--	--

5.6 Altra letteratura

In questa revisione della letteratura è stato preso in esame anche il capitolo intitolato *La formazione dei professionisti della cura* estratto dal libro di Stephen Rollnick, Pip Mason e Chris Butler (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7, p. 216).

Lo scopo di questo capitolo è fornire delle indicazioni e riflessioni sulla formazione all'utilizzo di un approccio finalizzato a incoraggiare un cambiamento del comportamento. Gli autori indicano che la formazione a questo metodo debba porre le proprie basi sui principi fondanti del metodo stesso e avere un carattere partecipativo.

6. Analisi

La revisione della letteratura condotta per questo Lavoro di Laurea ha portato alla selezione di nove articoli e il capitolo di un libro. Il focus è stato sulla comprensione di quali siano le attitudini e le competenze che i terapeuti e i professionisti della cura (infermieri) devono possedere per eseguire il Colloquio Motivazionale con un paziente dipendente alcol e come queste possano essere sviluppate e mantenute nel tempo. Di seguito viene riportata un'analisi narrativa degli articoli esaminati.

Il Colloquio Motivazionale è un metodo efficace nel trattamento del Disturbo da Uso di Sostanze e la domanda dei professionisti per poter avere delle formazioni in merito sono alte (Miller et al., 2004). Nonostante ciò, non si hanno relativamente molti dati ed evidenze riguardo ai metodi ottimali per aiutare gli infermieri e gli altri professionisti della cura per poter acquisire e mantenere le competenze e attitudini in questo metodo (Miller et al., 2004). È importante ricordare come gli autori Miller e Rollnick (2016) sottolineino che il Colloquio Motivazionale non è un insieme di tecniche specifiche, ma sia uno stile di comunicazione e consulenza qualificato che richiede una formazione specifica (Miller et al., 2004). Sebbene i fattori che possono indicare l'efficacia del terapeuta non siano ben compresi, sembra che possedere un'empatia accurata sia un indicatore misurabile dei curanti i cui clienti mostrano maggiori miglioramenti (Miller et al., 2004).

L'articolo redatto da Laws et al. (2018) è uno studio controllato randomizzato (RCT in cui viene fatta un'analisi sequenziale delle capacità tecniche dei Colloqui Motivazionali e delle risposte dei clienti. L'obiettivo era di esaminare l'associazione tra le abilità e le competenze del terapeuta (infermiere) durante l'applicazione del Colloquio Motivazionale con il cliente (Laws et al., 2018). Gli autori hanno valutato i possibili cambiamenti di comportamento e le differenze pre e post discorso del cliente (Laws et al., 2018). In questo studio il campione di 184 soggetti adulti dai 18 ai 60 anni sono stati osservati in due reparti d'emergenza ospedalieri in cui hanno svolto una sessione di Colloquio Motivazionale mirato sull'abuso di alcol e sul comportamento a rischio sessuale (Laws et al., 2018). I clienti non erano alla ricerca di un trattamento. Per poterli valutare, i clienti sono stati sottoposti ad un test di screening Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), ad un questionario sul bere e sul comportamento sessuale (Laws et al., 2018). I 184 partecipanti sono stati randomizzati alla condizione di MI, di cui solo 169 hanno completato la sessione (Laws et al., 2018). Le 169 sessioni sono state auto-registrate e trascritte per essere successivamente codificate e analizzate, di queste 169 interviste registrate e trascritte solo 132 sono state selezionate casualmente per limitazione delle risorse (Laws et al., 2018). Le sessioni di Colloquio Motivazionale esploravamo apertamente i pro e i contro del bere e del comportamento sessuale a rischio, feedback e confronti normativi tratti dalle valutazioni e pianificazioni del cambiamento per i clienti interessati (Laws et al., 2018). I terapeuti che hanno svolto le sessioni hanno ricevuto 20 ore di formazione didattica (Laws et al., 2018). I professionisti sono stati istruiti e stimolati ad utilizzare sia il Change Talk (CT) che il Sustain Talk (ST) durante la prima parte della seduta (per esempio nell'esplorazione dell'ambivalenza), prima di concentrarsi sulla motivazione del cambiamento (per esempio il consumo di alcol) (Laws et al., 2018). Le sedute duravano 60 minuti ed ogni partecipante riceveva alla fine 50 dollari (Laws et al., 2018). Le domande aperte, le riflessioni parafrasanti, le riflessioni riassuntive erano associate a maggior probabilità di ST, mentre le riflessioni complesse non erano associate a ST (Laws et al., 2018). Le riflessioni sulla parafrasi durante il CT avevano maggior chance di diventare un cambiamento (Laws et al., 2018). La capacità del terapeuta di avere una visione completa consente di dare delle affermazioni motivazionali in base al pensiero del cliente (Laws et al., 2018). Che può essere influenzato dai comportamenti del terapeuta (Laws et al., 2018). I risultati suggeriscono che le tecniche specifiche del Colloquio Motivazionale funzionano in modo diverso nella loro associazione con le affermazioni del cliente sul cambiamento (Laws et al., 2018). Dunque, è probabile che le domande aperte e le riflessioni complesse si associano ad una transizione da ST a CT (Laws et al., 2018). Il terapeuta si avvale di queste tecniche che in alcuni casi non hanno nessuna valenza mentre in altri casi sollecitano in modo esplicito il cliente per cercare di cambiare il comportamento del cliente però ha un ruolo di suscitare, mantenere o modificare le affermazioni motivazionali del cliente (Laws et al., 2018).

Le domande aperte hanno mostrato probabilità simili di suscitare discorsi orientati al cambiamento (CT) rispetto a discorsi contro il cambiamento (ST) e viceversa (Laws et al., 2018). Come rappresentato in questo studio, le riflessioni complesse sembravano suscitare preferenzialmente il CT del cliente indipendentemente dallo stato precedente (Laws et al., 2018). Quando lo stato iniziale del cliente era neutrale le riflessioni complesse aumentavano le probabilità solo di CT, mentre le domande aperte aumentavano le probabilità di tutte e due (Laws et al., 2018).

Gli autori suggeriscono che i terapeuti che applicano il Colloquio Motivazionale usino le domande aperte a per l'esplorazione e per il potenziamento della motivazione del cliente,

dall'altro canto le riflessioni complesse sembrano funzionare principalmente per il miglioramento della motivazione (Laws et al., 2018). La reiterazione e le riflessioni semplici aiutano a comprendere e chiarire gli argomenti esplicitati dai clienti e permettono di evitare la formazione di barriere nella comunicazione, le quali sono in particolar modo da evitare data la brevità di questi interventi (Laws et al., 2018). Nonostante ciò le riflessioni semplici operano al mantenimento dello status quo del partecipante (Laws et al., 2018).

In sintesi, Laws et al. (2018) affermano che il predittore più efficace di un discorso verso o contro il cambiamento è lo stato precedente del cliente; quindi, gli infermieri che eseguono il Colloquio Motivazionale dovranno utilizzare le tecniche più appropriate per mantenere o cambiare lo stato del cliente. In questo contesto, risulta vantaggioso formare i terapeuti sull'uso specifico di queste tecniche durante la sessione di Colloquio Motivazionale (Laws et al., 2018).

Miller e i suoi colleghi (2004) sottolineano l'esistenza di un divario tra la ricerca e la pratica nel trattamento dei disturbi da sostanza, poiché non vi è un trasferimento automatico dei trattamenti basati sulle evidenze nella pratica clinica. In questo contesto è importante quindi capire come nuovi approcci e metodi possano essere effettivamente trasmessi ai professionisti e alla loro pratica quotidiana (Miller et al., 2004)

L'articolo in questione deriva da uno studio controllato randomizzato nel quale un intervento specifico, ovvero la formazione, può essere erogato a una popolazione di partecipanti che in questo caso sono clinici che possiedono delle caratteristiche e dei comportamenti pratici specifici (Miller et al., 2004). Per la valutazione del trattamento è necessario non rimanere superficiali, ma chiedersi che cosa serva per cambiare il comportamento nella pratica e che interazioni incorrano tra i vari tipi di formazione e le caratteristiche degli infermieri (Miller et al., 2004).

La formazione riguardo a interventi brevi, come ad esempio il Colloquio Motivazionale, è diretta al personale sanitario delle cure primarie, quali medici, infermieri o dentisti, ed è molto presente nella ricerca empirica (Miller et al., 2004). L'acquisizione di metodi più complessi è il focus invece nella formazione continua per gli specialisti che operano nell'ambito dei Disturbi da Abuso di Sostanze (Miller et al., 2004). Questa formazione ha una durata di uno o due giorni sottoforma di workshop, la cui valutazione è però difficile in quanto si limita a dei questionari compilati al termine della formazione che non rappresenta una misura del tutto oggettiva dei risultati e non riflette l'effettivo cambiamento nel comportamento nella pratica professionale (Miller et al., 2004).

Per lo studio condotto da Miller e colleghi (2004), intitolato *The Evaluating Methods for Motivational Enhancement Education (EMMEE)*, sono stati reclutati 140 partecipanti che non avessero una formazione in merito superiore alle otto ore, i quali sono stati assegnati in modo casuale a uno dei cinque gruppi formativi: workshop, workshop più feedback, workshop più coaching, workshop più feedback e coaching e il gruppo di controllo che pratica l'autoapprendimento. Ogni gruppo ha ricevuto all'inizio dello studio una copia di un manuale del terapeuta e una serie di sette videocassette sulla formazione sul Colloquio Motivazionale (Miller et al., 2004).

Il confronto tra i partecipanti che hanno ricevuto una formazione e il gruppo di controllo è avvenuto al momento del follow up di quattro mesi, dove è stato osservato che i partecipanti di quest'ultimo gruppo non hanno mostrato alcun cambiamento significativo delle proprie competenze (Miller et al., 2004). Un guadagno marginale in termini di acquisizione di competenze è invece stato osservato nel gruppo che ha partecipato solo

al workshop, malgrado al follow up di quattro mesi le loro competenze fossero regredite al pari di coloro che non avevano ricevuto una formazione (Miller et al., 2004). La partecipazione a un workshop di due giorni ha dimostrato di apportare alti livelli di competenze in materia di Colloquio Motivazionale durante le giornate formative, ma in seguito senza un ulteriore supporto formativo sono scese sotto i criteri di competenza della sperimentazione (Miller et al., 2004). I partecipanti dei restanti tre gruppi invece hanno mostrato gli effetti più evidenti dell'acquisizione di una formazione che si avvalsesse anche di momenti di feedback e counseling, i quali migliorano il mantenimento delle competenze apprese dopo il workshop (Miller et al., 2004). Miller e i colleghi (2004) hanno potuto constatare dei cambiamenti nelle competenze in funzione ai metodi di formazione proposti e osservare il loro mantenimento nel tempo, con i risultati migliori per coloro che hanno partecipato ai gruppi di workshop più feedback e workshop più feedback e counseling (Miller et al., 2004). Inoltre, gli autori non si attendevano che una formazione di due giorni potesse portare degli effetti così ampi e immediati sulle competenze dei partecipanti in materia di Colloquio Motivazionale (Miller et al., 2004). I dati raccolti mostrano che nonostante l'autoapprendimento e la partecipazione a workshop una tantum siano i metodi formativi più diffusi tra i curanti che vogliono acquisire nuove competenze nel Colloquio Motivazionale; le evidenze, tuttavia, mostrano per quanto riguarda questo ambito l'efficacia di questi metodi senza un ulteriore supporto per il mantenimento delle competenze sia discutibile (Miller et al., 2004).

Non da ultimo gli autori si sono chinati sulla domanda se la formazione del curante-terapeuta sia sufficiente per produrre un cambiamento nella risposta del cliente (Miller et al., 2004). Sebbene lo studio di Miller e colleghi (2004) non abbia analizzato questo esito, le risposte dei clienti durante le sessioni di Colloquio Motivazionale sono dei buoni indicatori pronostici dei risultati comportamentali.

Nello studio di Nancy Beckham (2007) viene evidenziato come gli infermieri esperti clinici (APN) che operano nei contesti di cure generali hanno l'importante ruolo di promuovere sia la prevenzione primaria che quella secondaria. Gli infermieri APN dovrebbero determinare il trattamento più efficace per le diverse patologie e al contempo controllare i costi, per questo motivo piuttosto che indirizzare i pazienti verso trattamenti e interventi costosi possono valutare la gravità del problema e utilizzare un intervento di Colloquio Motivazionale (Beckham, 2007). Diversi studi hanno confermato che il Colloquio Motivazionale porta a risultati efficaci nei confronti dei gruppi di controllo, oltre a ciò è stata dimostrata anche l'efficacia simile ai gruppi di confronto in trattamento con interventi di counseling basato sulle competenze e di sessioni di feedback conflittuale (Beckham, 2007). Questa tipologia di interventi è validata nella presa a carico di etilisti. L'applicazione del Colloquio Motivazionale implica la messa in pratica di alcune tecniche quali esprimere empatia attraverso l'ascolto attivo e riflessivo, comunicare rispetto e accettazione incondizionata verso il cliente e i suoi sentimenti e le sue emozioni, esporre domande aperte per accordare al cliente l'opportunità di fare riflessioni su sé stesso e poter esplorare il proprio comportamento nei confronti dell'alcol (Beckham, 2007).

I professionisti specializzati in Colloquio Motivazionale hanno rafforzato le competenze e attitudini che permettono loro di rafforzare l'autoefficacia del cliente, concentrandosi sui suoi punti di forza per sostenerne la speranza e l'ottimismo nei confronti del cambiamento (Beckham, 2007). Beckham (2007), come altri autori, sottolinea un importante aspetto del Colloquio Motivazionale: fornire feedback, informazioni e consigli, sempre chiedendo al cliente se acconsente. Infine, è necessario che i professionisti della cura sappiano

riconoscere che la contemplazione del cliente sia orientata al cambiamento e che egli abbia la motivazione a cambiare il proprio comportamento (Beckham, 2007).

Nel suo studio Nancy Beckham (2007) ha preso in considerazione una popolazione di persone a rischio di sviluppare una dipendenza da alcol che frequentano centri sanitari in comunità rurali in Idaho. Il campione è stato assegnato in modo casuale al gruppo di controllo, mentre il gruppo di trattamento ha svolto interventi di Colloquio Motivazionale una tantum per la durata di sei settimane (Beckham, 2007). Durante questo periodo ai partecipanti è stato consegnato un modulo su cui compilare la quantità e la frequenza del consumo di alcol, suddiviso per categorie di bevande (birra, vino o superalcolici), la partecipazione a gruppi di auto-aiuto e al termine delle sei settimane è stato eseguito un esame del sangue (Gamma GT) (Beckham, 2007).

L'intervento consisteva in una seduta di Colloquio Motivazionale della durata di 45-60 minuti che ha seguito le seguenti fasi: preparazione del terreno, richiesta del permesso di parlare dell'alcol, valutazione della disponibilità e della fiducia, esplorazione dell'ambivalenza, rafforzamento dell'impegno, opzioni, negoziazione del piano e chiusura (Beckham, 2007). Lo studio di Beckham (2007) ha dimostrato che il Colloquio Motivazionale è un intervento efficace nei confronti dei bevitori a rischio nel contesto di una clinica sanitaria di comunità, infatti i dati raccolti prima e dopo l'intervento indicano un cambiamento significativo nel numero di bevande alcoliche assunte giornalmente dal gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo, dato avvalorato anche dalla misura alcol-dipendente GGT.

Lo studio di Nyamathi e colleghi (2010) è stato condotto con lo scopo di valutare l'impatto di un programma di promozione della salute contro l'epatite (HHP) condotto da un infermiere nella riduzione dell'uso di alcol tra i partecipanti in trattamento di mantenimento con metadone, rispetto a un intervento di Colloquio Motivazionale, nonché valutare in che modo questo differisca dall'HHP. Il programma di promozione della salute concentrava gli interventi della durata di 60 minuti sull'educazione all'epatite e alle strategie che le persone infette possono adottare per prevenire o ridurre i danni accumulati al funzionamento del fegato (Nyamathi et al., 2010). Inoltre, l'HHP promuove interventi volti alla ricerca di strategie di coping funzionali, come la ricerca di un supporto sociale di natura positiva quando si è affetti da una dipendenza da alcol (Nyamathi et al., 2010). In questo stesso studio, sono state offerte tre sessioni di 60 minuti di Colloquio Motivazionale individuali e di gruppo e questi interventi sono stati eseguiti da esperti in Colloquio Motivazionale. Nelle sessioni di Colloquio Motivazionale è stato posto al centro l'esplorazione dell'impatto dell'uso di alcol sulla salute, sui comportamenti a rischio e sul superamento dell'ambivalenza per ridurre l'uso di alcol e la concentrazione sugli obiettivi di vita (Nyamathi et al., 2010).

Dai risultati dello studio di Nyamathi e colleghi (2010) è emerso che mediante l'HPP, il Colloquio Motivazionale individuale e di gruppo circa la metà del campione ha riportato una riduzione di almeno il 50% del consumo di alcol e al follow-up di sei mesi poco più di uno su cinque ha riferito di non averne fatto uso. Questo studio ha offerto la possibilità di comparare il Colloquio Motivazionale di gruppo a quello individuale, osservando che non vi sono sostanziali differenze tra le due modalità sulla riduzione dell'uso di alcol (Nyamathi et al., 2010).

Östlund e colleghi (2015) affermano che vengono offerti dei corsi della durata di dieci settimane sul Colloquio Motivazionale, durante i quali l'infermiere o altri professionisti modellano la conversazione con il paziente per portarlo a un discorso verso il cambiamento di un comportamento. Per fare questo è necessario conoscere i quattro fondamenti dello spirito del Colloquio Motivazionale (partnership, accettazione, compassione, evocazione), ma ancor di più necessario per la pratica è possedere queste cinque competenze: porre domande aperte, affermare per riconoscere gli sforzi del cliente, riflettere per dare la possibilità al cliente di riascoltare le sue parole, riassumere quanto detto dal cliente per mostrargli che viene ascoltato e con il suo consenso fornirgli dei consigli e delle informazioni (Östlund et al., 2015). Per poter migliorare queste e altre competenze è necessario che gli infermieri possano ricevere dei feedback, oggettivi e misurabili, attraverso strumenti validati (Östlund et al., 2015). Östlund e colleghi (2015) presentano The Motivational Interviewing Treatment Code 3.1.1 (MITI), uno strumento per testare le competenze e le attitudini del professionista che esegue interventi di Colloquio Motivazionale, in special modo nell'ambito del trattamento delle dipendenze e negli interventi di formazione anche per infermieri.

Lo studio in questione ha come obiettivo da un lato valutare in che misura gli infermieri in cure generali del campione preso in analisi eseguono il Colloquio Motivazionale secondo il MITI e dall'altro lato indagare come questi infermieri valutano le proprie prestazioni rispetto alla messa in pratica del Colloquio Motivazionale durante delle sessioni audioregistrate di 10-20 minuti durante la loro normale pratica quotidiana (Östlund et al., 2015). Inoltre, il campione di dodici infermieri prevedeva che essi lavorassero nell'ambito delle cure di base e che avessero una formazione in ambito di Colloquio Motivazionale e lo applicassero nella loro pratica (Östlund et al., 2015). Al termine gli infermieri hanno compilato un questionario di autovalutazione della propria performance nel Colloquio Motivazionale rispetto alle categorie del MITI (Östlund et al., 2015). Dallo studio sono emersi specifici comportamenti verbali attuati dagli infermieri: dare informazioni, formulare affermazioni aderenti (chiedere il permesso prima di fornire consigli, sostenere il cliente) o non aderenti al Colloquio Motivazionale, porre domande (chiuse o aperte) e riflessioni (semplici o complesse) (Östlund et al., 2015).

I dati raccolti mostrano che nessuno degli infermieri ha raggiunto la competenza iniziale in ogni categoria di valutazione (Östlund et al., 2015). La competenza iniziale sulla quale il maggior numero di infermieri ha raggiunto il punteggio di sintesi è stata "percentuale di riflessioni complesse", mentre il punteggio minore è stato nella categoria "percentuale di domande aperte" e "valutazione dello spirito del Colloquio Motivazionale" (Östlund et al., 2015). Questo fatto potrebbe indicare una lacuna o un'insufficienza nella formazione, nei feedback o nella supervisione (Östlund et al., 2015). In conclusione, si evince che il non raggiungimento delle competenze iniziali da parte degli infermieri in cure generali indichi la necessità di una maggiore formazione, di feedback e di una supervisione nella pratica clinica con il Colloquio Motivazionale per promuoverne il miglioramento (Östlund et al., 2015). In base ai resoconti degli infermieri e in base ai punteggi ottenuti, per migliorare le proprie competenze è importante per i professionisti poter ricevere dei feedback sulle proprie prestazioni, così come dimostrato in altri studi (Östlund et al., 2015).

Nello studio di Borsari et al. (2019), invece, si esaminano le abilità del terapeuta nel corso del tempo valutando il cambiamento del cliente sui problemi alcol-correlati. In questo

studio sono stati utilizzati due studi controllati randomizzati sugli studenti universitari (Borsari et al., 2019). Il primo di questi due studi ha diviso il campione di 198 studenti in due gruppi: il primo gruppo di 99 studenti è stato assegnato casualmente ad una condizione standard mentre gli altri 99 partecipanti dovevano far parte di una sessione di Colloquio Motivazionale con CD-ROM (Borsari et al., 2019). Il secondo studio ha valutato l'assistenza graduale obbligando gli studenti ad essere presenti; il campione di 598 partecipanti ha ricevuto la prima fase, la sessione di consulenza di 15 minuti e la consegna di un opuscolo con dei consigli di prevenzione al consumo di alcol (Borsari et al., 2019). Le competenze dei terapeuti sono state valutate secondo il Motivational Interviewing Skill Code (MISC), esso valuta 19 comportamenti dei terapeuti che rientrano in alcune categorie; la prima categoria di competenze è: il MI-Consistent (MICO) che comprende affermazioni, domande aperte, riflessione semplice, riflessione complessa, riformulazione, sollevare la preoccupazione, consigliare con il permesso; la seconda categoria di competenze MI-Inconsistent (MIIN) comprende, invece, consigliare senza il permesso, sollevare la preoccupazione senza permesso, dirigere, affrontare, avvertire, domande chiuse, sostenere, dare informazioni (Borsari et al., 2019). I risultati hanno dimostrato che i terapeuti sono migliorati nel tempo nelle competenze e abilità del Colloquio Motivazionale (Borsari et al., 2019). L'aumento di competenze MICO da parte del terapeuta ha predetto un significativo aumento di Change Talk e di Sustain Talk nel cliente, e la diminuzione di "follow neutral" del cliente (Borsari et al., 2019). Inoltre, le abilità del terapeuta attraverso le competenze MICO ha dimostrato in modo significativo la relazione tra l'esperienza del terapeuta e i cambiamenti proporzionali nei codici linguistici (CT e ST) (Borsari et al., 2019).

L'esito del follow-up a sei mesi ha evidenziato che non ci sono stati dei cambiamenti significativi del numero di sedute sugli esiti correlati al consumo d'alcol (Borsari et al., 2019). Tuttavia, è stato riscontrato una correlazione tra la gravità del cliente e l'esperienza del terapeuta e un'interazione significativa tra la gravità del cliente e l'aumento dell'esperienza del terapeuta, in cui si è manifestata una diminuzione nella quantità di bevande consumate settimanalmente (Borsari et al., 2019). Inoltre, i risultati indicano che le abilità MICO del terapeuta sono migliorate quando essi hanno svolto più sessioni supervisionate e ricevuto dei feedback; il miglioramento delle competenze MICO da parte del terapeuta hanno avuto un impatto sul linguaggio del cliente (CT e ST) e portato a una riduzione del consumo d'alcol.

Per sviluppare e migliorare il livello delle competenze MICO lo studio ha evidenziato l'importanza della supervisione e dei feedback regolari (Borsari et al., 2019). La diminuzione degli interventi del terapeuta (per esempio fornire informazioni, porre domande a risposta chiusa) ha predetto la variazione nel tempo di colloqui di cambiamento di sostegno. Il miglioramento dei livelli di Sustain Talk è un obiettivo indicativo del Colloquio Motivazionale per esplorare e risolvere l'ambivalenza (Borsari et al., 2019).

Le sedute svolte con terapisti con più esperienza e supervisione sono maggiormente focalizzate sul consumo di alcol con frequenti discorsi di cambiamento e sostegno e meno follow-neutral; esse hanno portato ad una riduzione dell'uso di alcol tra i bevitori pesanti (Borsari et al., 2019). Quindi è necessaria la supervisione continua dei terapeuti durante le sessioni con i forti bevitori (Borsari et al., 2019). Rispetto ai forti bevitori i leggeri bevitori hanno diminuito il consumo a distanza di sei mesi indipendentemente dall'esperienza del terapeuta (Borsari et al., 2019). In generale, codesti risultati evidenziano l'importanza di includere i feedback oggettivi, i giochi di ruolo e l'osservazione durante la formazione e

la supervisione dei terapeuti nel Colloquio Motivazionale (Borsari et al., 2019). Tre o quattro sessioni di feedback nell'arco di sei mesi sono necessari per mantenere le competenze ma bisogna valutare quanto sia necessaria la frequenza di supervisione e di formazione per mantenere le abilità del Colloquio Motivazionale (Borsari et al., 2019). Lo studio condotto dimostra anche che il linguaggio analizzato dei clienti rispetto alla teoria del Colloquio Motivazionale indica una maggior proporzione di CT rispetto a ST, e che quindi predice risultati positivi (Borsari et al., 2019).

Nello studio Apodaca et al. (2016) identificano e analizzano i comportamenti individuali del terapeuta per poterli mettere in relazione con il linguaggio del cliente. Questo studio ha lo scopo di identificare l'importanza riguardo alla scelta tra diversi comportamenti del curante da mettere in atto.

Nello studio sono state prese in considerazione 92 sessioni registrate di Colloquio Motivazionale di altrettanti partecipanti, ovvero studenti universitari, condotte da 17 clinici i quali hanno ricevuto 30 ore di formazione seguiti da supervisioni settimanali sul Colloquio Motivazionale. Durante i colloqui è stata indagata la motivazione riguardo al cambiamento verso la riduzione del consumo di alcol e incoraggiati a descrivere i pro e i contro di questo comportamento. Le sessioni sono state audio-registrate, trascritte e codificate utilizzando il Motivational Interviewing Skill Code (MISC), un sistema di codifica dei comportamenti del terapeuta e del linguaggio del cliente (Apodaca et al., 2016). L'obiettivo primario dello studio era infatti analizzare quali comportamenti e attitudini individuali del curante avessero più probabilità di suscitare Change Talk. I risultati mostrano che, come visto nello studio precedente, i terapeuti che dimostrano quantità elevati di comportamenti MICO hanno un'influenza sui discorsi dei clienti, i quali verbalizzano oltre il doppio dei CT rispetto a ST (Apodaca et al., 2016). In conclusione, alcuni comportamenti del terapeuta suscitano CT mentre altri, come ad esempio porre domande chiuse, hanno meno probabilità di suscitare CT; le domande aperte da parte del terapeuta vengano poste in seguito a Sustain Talk da parte del cliente (Apodaca et al., 2016).

Nello studio di Lavilla-Gracia et al. (2023) l'obiettivo era di implementare e valutare il corso di formazione universitario sul Colloquio Motivazionale e l'abuso di alcol, esplorando le esperienze e le conoscenze degli studenti durante la frequentazione del corso. Lo studio di tipo metodo misto (disegno qualitativo a focus group) ha utilizzato il modello Kirkpatrick per valutare i risultati ottenuti (Lavilla-Gracia et al., 2023). Il campione di 21 studenti del quarto anno d'infermieristica senza aver mai avuto delle formazioni specifiche, è stato iscritto al corso elettivo di 12 settimane sul Colloquio Motivazionale e processo di cambiamento (Lavilla-Gracia et al., 2023). Lo studio ha dimostrato che gli studenti partecipanti alle prime sessioni videoregistrate hanno totalizzato una media di 15,70 su 27 argomenti; alla seconda sessione i partecipanti hanno raggiunto in media 19,90 argomenti, un aumento di 4,20 punti (Lavilla-Gracia et al., 2023). Mentre per l'acquisizione delle competenze quali: domande aperte e chiuse, riflessioni semplici e complesse è stata fatta una media tra la prima e la seconda intervista (Lavilla-Gracia et al., 2023). Si è notato che il numero di domande aperte è aumentato di 1,75 punti e il numero di domande chiuse è diminuito di 3,85 punti. Mentre le riflessioni semplici e complesse sono aumentate da 0,35 a 0,95 punti, anche se non erano statisticamente significative (Lavilla-Gracia et al., 2023).

Maggiori competenze nel Colloquio Motivazionale sono state acquisite nella seconda sessione, il 70% degli studenti ha raggiunto la corretta proporzione di 1:1 sulle domande aperte e chiuse. Inoltre sette studenti hanno dimostrato di saper porre più domande

aperte che chiuse (Lavilla-Gracia et al., 2023). Il 50% degli studenti ha raggiunto la proporzione di 1:1 sulle riflessioni semplici e complesse, di questi la maggior parte ha dimostrato una capacità di riflessione complessa (Lavilla-Gracia et al., 2023). Tuttavia, nessun studente ha raggiunto la competenza tra riflessioni totali e domande totali, però sono emersi tre temi principali quali: l'atmosfera di apprendimento, le metodologie dei moduli e l'autopercezione delle competenze degli studenti (Lavilla-Gracia et al., 2023). Il ruolo di facilitatore degli insegnanti e l'atteggiamento non giudicante crea un ambiente di apprendimento favorevole e il numero limitato di studenti ha permesso di dare più fiducia ai partecipanti (Lavilla-Gracia et al., 2023). Dunque, l'approccio del modulo proposto ha facilitato l'apprendimento degli studenti, le lezioni teoriche hanno migliorato le loro conoscenze sul Colloquio Motivazionale e sull'alcol per condurre le sessioni di colloquio (Lavilla-Gracia et al., 2023). Inoltre, le sessioni pratiche svolte in classe (come il gioco di ruolo o il silenzio) hanno aiutato a sviluppare le conoscenze, mentre i workshop hanno permesso di applicare la teoria nella pratica (Lavilla-Gracia et al., 2023). Il feedback individuale personalizzato stimolava una comunicazione di costruzione sugli aspetti ancora da migliorare (Lavilla-Gracia et al., 2023). Tutti gli studenti hanno confermato la necessità di fare più pratica per raggiungere tutte le competenze richieste (Lavilla-Gracia et al., 2023).

Nello studio di Ramirez et al. (2023) si valutano i cambiamenti della conoscenza e l'autoefficacia di un campione di 144 studenti universitari al quarto anno di cure infermieristiche. Hanno partecipato ad un curriculum web online con moduli asincroni, una simulazione sincrona per esercitare la pratica e l'osservazione delle abilità, delle conoscenze e dell'autoefficacia degli studenti nel Colloquio Motivazionale pre e post-formazione (Ramirez et al., 2023). I quattro principi guida del Colloquio Motivazionale sono: l'empatia, sviluppare discrepanza tra circostanze e comportamenti attuali, valori e obiettivi futuri del cliente, e sostenere l'autoefficacia (Ramirez et al., 2023). I processi delle sessioni (interviste) sono: impegnarsi a comunicare verbalmente e non verbalmente attraverso la comunicazione terapeutica, concentrarsi su uno specifico comportamento o un cambiamento di comportamento, porre delle domande aperte per suscitare desiderio, l'abilità e l'evocazione, e pianificare uno scopo specifico di cambiamento nel comportamento (Ramirez et al., 2023). Il Colloquio Motivazionale è efficace per facilitare il comportamento per prevenire l'uso di alcol e l'obesità negli adolescenti (Ramirez et al., 2023). Gran parte degli infermieri non ricevono una formazione sul Colloquio Motivazionale e le loro competenze sono limitate per cui è necessario creare formazioni e pratiche per sviluppare le competenze necessarie (Ramirez et al., 2023). Anche gli studenti universitari dovrebbero essere incentivati a utilizzare il colloquio Motivazionale poiché è una tecnica di comunicazione basata sull'evidenza (Ramirez et al., 2023).

I risultati dimostrano che la formazione ha avuto un aumento significativo dei punteggi prima e dopo il corso, compresa la conoscenza del MI, dell'abuso di alcol da parte degli adolescenti e della conoscenza dello Screening Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) (Ramirez et al., 2023). Anche l'autoefficacia ha avuto un aumento significativo tra il pre e post corso, compresa l'autoefficacia del Colloquio Motivazionale sia con clienti obesi che con clienti affetti da Disturbo da Uso di Alcol (Ramirez et al., 2023).

Il modello di progettazione del curriculum (simulazioni virtuali, pratiche basate sul web, modelli basati sul web) migliora l'apprendimento (Ramirez et al., 2023). L'apprendimento online è soddisfacente per gli studenti ed efficace per sviluppare le conoscenze e

l'autoefficacia. L'utilizzo del Colloquio Motivazionale e dello SBIRT dovrebbero essere inclusi nella formazione degli infermieri in modo da fornire strumenti per facilitare il cambiamento di comportamento, in quanto i benefici derivanti da questi approcci sono scientificamente provati (Ramirez et al., 2023).

Questo studio suggerisce anche che è necessario apprendere i problemi di salute pubblica come l'uso di alcol da parte degli studenti, cercando di esplorare le motivazioni per il cambiamento del comportamento e fornire una guida chiara e mirata all'esperienza personale del cliente (Ramirez et al., 2023).

Nel loro libro gli autori Rollnick et al. (2003) dedicano un capitolo alla formazione dei professionisti negli interventi dediti a incoraggiare un cambiamento del comportamento. L'obiettivo della formazione anche degli infermieri non è solo diventare esperti di questo approccio ma far in modo che il cliente cambi.

Il concetto di formazione poggia anch'esso sulla delicata modifica di un repertorio, infatti non "significa sostituire una cassetta degli attrezzi con un'altra", ma puntare un cambiamento duraturo, per il quale è necessario fare un lavoro che richiede *umiltà* e *sensibilità* (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7 p. 216).

I curanti richiedono una formazione per imparare un approccio volto a motivare i clienti a un cambiamento del comportamento. Secondo gli esperti della formazione, alla base non vi è il tentativo di cambiare i valori dei professionisti, ma adattare l'approccio motivazionale al loro contesto (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7).

La miglior formazione deve tener conto di alcuni aspetti, come le conoscenze e le abilità pregresse degli infermieri e dei curanti e le loro aspettative nei confronti della proposta formativa (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7). Le modalità di formazione possono essere molteplici, tra queste vi sono i workshop e i seminari, e possono essere sfruttati anche dei follow-up e delle supervisioni per promuovere lo sviluppo delle abilità e competenze acquisite (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7). Il valore e l'utilità della modalità formativa aumentano nei partecipanti quando il corso non si basa solamente sulle abilità, ma anche sulle conoscenze e sulle evidenze scientifiche, sulle opinioni dei curanti e sui loro atteggiamenti. Per poter affrontare queste tematiche è possibile implementare giochi di ruolo e dimostrazioni pratiche, infatti, il contenuto deve essere legato alla pratica lavorativa dei curanti, toccando gli aspetti più importanti e utili (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7). La necessità di metodi d'insegnamento partecipativi favorisce la partecipazione alla formazione e l'applicazione nella pratica. Secondo Rollnick e colleghi (2003, Capitolo 7) formare rispetto allo spirito del metodo, come il Colloquio Motivazionale, è più importante delle tecniche, poiché porterà gli infermieri a poter elaborare autonomamente delle strategie di intervento.

Gli obiettivi della formazione relativa agli approcci come il Colloquio Motivazionale rispecchiano le necessità dei professionisti che utilizzano questa tipologia di intervento, come per esempio far affrontare il tema del cambiamento del comportamento senza far affiorare resistenze oppure gestire la frustrazione di fronte al cliente che non vuole cambiare (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7).

Come il cliente che necessita di tempo per riflettere sul cambiamento, allo stesso modo i professionisti della cura ne necessitano per poter sviluppare una trasformazione duratura e integrarne la sua importanza nella pratica clinica (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7).

Per l'ottenimento di buoni risultati è ottimale creare un buon gruppo di lavoro in cui i partecipanti possano porsi delle domande rispetto al metodo e alle implicazioni nella pratica. Dovranno essere in grado di conoscere e provare nuove abilità d'intervento senza essere ridicolizzati e giudicati. Pertanto, lavorare in piccoli gruppi, effettuando delle presentazioni e stabilendo delle regole di base per lo svolgimento del corso, aiuta a preservare ogni singolo corsista (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7). Probabilmente alcuni partecipanti non saranno abituati a questo tipo di formazione ma è fondamentale incoraggiarli e valutare le difficoltà durante il corso. Spesso gli studenti necessitano di osservare una dimostrazione pratica dell'attività che si dovrà svolgere poiché li aiuta a comprendere la metodologia. Infatti, gli infermieri con questo tipo di formazione comprendono più facilmente lo scopo della pratica e dimostrano che hanno le abilità cliniche e la capacità per discuterle con il gruppo. Tuttavia, se la dimostrazione è fatta molto bene dai formatori, i partecipanti possono percepire di non avere le abilità richieste e sfiduciarsi (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7).

La visione di un video dimostrativo potrebbe diventare un metodo passivo e meno attivo per gli infermieri, però possono essere utili quando si discutono di alcune parti del gioco di ruolo registrato, andando a riprendere degli elementi chiave. Svolgere delle pratiche fra corsisti permette di imparare, di osservarsi e di agire. È fondamentale che dopo le esercitazioni ci sia un momento di feedback per migliorare lo sviluppo delle abilità ma anche per sperimentare nuove capacità (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7).

Il gioco di ruolo favorisce le abilità di ascolto e promuove il miglioramento (empowerment) delle tecniche e capacità con lo scopo di apportare un cambiamento comportamentale. Il partecipante riesce a comprendere l'ambivalenza e praticare il silenzio con un cliente, evitando discussioni sulla ragione per cui esso dovrebbe modificare il proprio comportamento. Infine, è necessario un'attenta valutazione della disponibilità del cliente a trattare il tema del cambiamento (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7).

Le formazioni (seminari) permettono ai partecipanti di avere l'opportunità di imparare una nuova metodologia e di optare se applicarla o meno. Non riusciremo a far cambiare il comportamento di tutti i clienti, però sarebbe inappropriato giudicare la nostra performance in relazione al fatto che cambino o meno (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7).

Per formare dei partecipanti è necessario avere in chiaro il metodo (Colloquio Motivazionale) e bisogna avere le basi sui principi del metodo stesso. Per fare ciò i metodi di formazione partecipativi sono una valida alternativa (Rollnick et al., 2003, Capitolo 7).

7. Discussione

Attraverso questa revisione della letteratura abbiamo avuto la possibilità di rispondere alla domanda di ricerca *“Quali sono le attitudini e le competenze professionali, personali e trasversali, che l'infermiere deve possedere per svolgere il Colloquio Motivazionale con un paziente dipendente da alcol?”*

L'analisi critica degli articoli ha permesso di porre in relazione la domanda di ricerca e gli obiettivi con i risultati riscontrati. Da questa relazione emerge quanto il tema dello sviluppo di attitudini personali e di competenze attraverso anche al conseguimento di una formazione specifica sia rilevante. Gli articoli selezionati hanno mostrato dei risultati molto simili tra loro i quali dimostrano l'importanza di questo tema e forniscono una risposta su

quali siano le competenze e le attitudini da sviluppare per poter svolgere il colloquio motivazionale.

Un obiettivo della revisione della letteratura era *analizzare la differente tipologia di competenze richieste: professionali tecniche, professionali non tecniche e quelle non professionali (trasversali) proprie dell'identità del ruolo infermieristico*, esso è stato raggiunto attraverso la stesura del quadro teorico sul Colloquio Motivazionale e analizzando i risultati dei vari studi presi in considerazione. Infatti, la ricerca e l'analisi ci hanno permesso di individuare le competenze e le attitudini professionali rilevanti per eseguire il Colloquio Motivazionale, che vengono descritte trasversalmente in diversi articoli.

Le competenze professionali tecniche rilevate sono saper porre domande aperte, affermare per riconoscere gli sforzi del cliente, riflettere per dare la possibilità al cliente di riascoltare le sue parole (reiterazione), riassumere quanto detto dal cliente per mostrargli che viene ascoltato, relazionarsi con ascolto attivo e riflessivo, fornire consigli e informazioni con il suo consenso, portare riflessioni basate sulla parafrasi da quanto detto dal cliente, dare informazioni motivazionali in base al pensiero del cliente, (Beckham, 2007; Laws et al., 2018; Östlund et al., 2015). Come risulta da Borsari et al. (2019) è importante sviluppare le competenze MICO.

Le competenze professionali non tecniche sono individuate nella capacità dell'infermiere e delle altre figure, di valutare in quale momento della motivazione al cambiamento si trova il cliente e cogliere quali domande aperte porre e quali riflessioni complesse apportare in previsione di una transizione da ST a CT, infatti l'applicazione di queste competenze sembra potenziare il miglioramento delle motivazione del cliente (Laws et al., 2018). È inoltre importante che l'infermiere sia in grado di rispondere in modo non conflittuale al ST per evitare di creare divergenze e disarmonia con il cliente (Apodaca et al., 2016). Vi sono infatti delle competenze non tecniche che sono anche trasversali al ruolo infermieristico come la comunicazione del rispetto e dell'accettazione incondizionata nei confronti del cliente e l'espressione dell'empatia (Beckham, 2007).

Le microskills come fare affermazioni positive o complementare da quanto detto dal cliente sono le uniche competenze che allo stesso tempo aumentano il CT e diminuiscono le affermazioni di ST (Apodaca et al., 2016). Inoltre, è fortemente raccomandato attenersi alle competenza MICO in modo particolare all'utilizzo delle riflessioni sia semplici che complesse e alle domande aperte, poiché è il modo più efficace per promuovere la discussione riguardo ai pro e contro del consumo di alcol o di un dato comportamento (Apodaca et al., 2016).

Le competenze professionali trasversali proprie dell'identità del ruolo infermieristico sono sviluppare l'attitudine ad approfondire la storia del cliente domandandosi nella pratica cosa serva per cambiare un comportamento (Miller et al., 2004). Sono stati inoltre rilevati da Östlund et al. (2015) specifici comportamenti verbali messi in atto dagli infermieri, che crediamo debbano essere parte ed esprimere delle attitudini trasversali proprie del ruolo infermieristico.

L'insieme di queste competenze e attitudini dovrebbero essere applicate quotidianamente dall'infermiere poiché consentono di indagare la storia del cliente, la sua ambivalenza e guidarlo ad essere consapevole delle sue capacità e della sua motivazione verso il cambiamento del comportamento (Östlund et al., 2015). Inoltre, una continua osservazione attraverso la registrazione delle sessioni di Colloquio Motivazionale è essenziale per poter garantirne la qualità dei colloqui (Östlund et al.,

2015). Le attitudini personali dell'infermiere, come dimostrato dalla letteratura, hanno degli effetti sui diversi linguaggi del cliente, in particolare alcuni comportamenti sono direttamente legati alla probabilità di suscitare discorsi verso il cambiamento (Apodaca et al., 2016).

Il secondo obiettivo era *analizzare come le competenze sviluppate influiscono sulla gestione del paziente dipendente da alcol*, l'obiettivo è stato raggiunto in parte dato che non siamo riusciti a trovare delle evidenze scientifiche specifiche. D'altronde abbiamo potuto fare delle riflessioni a partire dall'analisi degli articoli, uno in particolare suggerisce che la maggiore esperienza accumulata da parte degli infermieri e altre figure incide sul linguaggio del cliente, portando a cambiamenti nei codici linguistici (da ST a CT) e sulla quantità di alcol consumata (Borsari et al., 2019).

In molti articoli si evidenzia che l'esperienza dell'infermiere con il passare degli anni diventa sempre più concisa e mirata soprattutto nel momento di porre una domanda aperta o una chiusa, di essere in grado pensare in modo fluido a cosa chiedere quando percepisce che il paziente si trova davanti a Sustain Talk o a una condizione di ambivalenza o blocco. Grazie ai feedback e supervisioni di esperti in Colloquio Motivazionale gli infermieri hanno l'opportunità di mantenere nel tempo le competenze acquisite nell'ambito. L'infermiere che fornisce informazioni non desiderate o pone domande chiuse favorisce l'ambivalenza, che è una caratteristica riscontrata nel cliente con Disturbo da Uso di Alcol; quindi la gestione di queste competenze deve essere mirata ed è necessario fornire informazioni che il cliente non conosce o alle quali è interessato (Apodaca et al., 2016).

Il terzo obiettivo era *identificare le sfide che l'infermiere può incontrare nel condurre un Colloquio Motivazionale con un paziente dipendente da alcol e come possono essere affrontate*, esso è stato acquisito attraverso la stesura del quadro teorico e l'analisi degli articoli. Una prima sfida risulta essere come riuscire a indirizzare il cliente verso il Change Talk. La seconda sfida, invece, riguarda la difficoltà dell'infermiere nell'accettare l'ambivalenza del cliente. Un'altra sfida per i curanti che svolgono il Colloquio Motivazionale che abbiamo riscontrato è riuscire ad accettare la resistenza del cliente al cambiamento del comportamento. Nonostante abbiamo dato come acquisito questo obiettivo le sfide restano sempre aperte.

Gli studi hanno sottolineato che è fondamentale l'imparare ad accettare l'ambivalenza del cliente e ciò non significa che il Colloquio Motivazionale non è stato svolto in modo efficiente, ma che il cliente potrebbe necessitare più tempo o addirittura non è ancora pronto e consapevole a intraprendere un percorso di cambiamento del comportamento.

L'ultimo obiettivo della revisione era *comprendere i criteri di formazione per acquisire le competenze d'applicazione del Colloquio Motivazionale*, l'obiettivo è stato raggiunto attraverso l'analisi degli articoli. Complessivamente, tutti gli studi in cui viene trattato il tema della formazione concordano sulla necessità di implementare la formazione su questo approccio d'intervento. La modalità risultata più efficiente è la proposta formativa basata su workshop su più giorni e giochi di ruolo che non si basano solamente sulle abilità ma anche sulle conoscenze sulle evidenze scientifiche e sulle opinioni e attitudini dei curanti. Inoltre, è risultato fondamentale poter ricevere dei feedback e supervisione sia durante la formazione che la pratica quotidiana (Beckham, 2007; Borsari et al., 2019; Lavilla-Gracia et al., 2023; Miller et al., 2004; Östlund et al., 2015; Rollnick et al., 2003).

7.1 Relazione con la pratica clinica infermieristica

Un elemento della pratica degli infermieri ANP è la negoziazione al cambiamento di un comportamento disfunzionale. Un cliente con una dipendenza da alcol ha più probabilità di incontrare infermieri di cure generali che professionisti specializzati, per questo motivo poter contare su infermieri APN in contesti di cure di base è importante per poter offrire servizi di prevenzione, un'assistenza continua e follow-up per sostenere il percorso del cliente nella modificazione del comportamento nei confronti del consumo di alcol (Beckham, 2007). Tuttavia, una logica per formare gli infermieri di cure generali nell'esecuzione del Colloquio Motivazionale è che hanno un rapporto nel tempo con i clienti (Beckham, 2007).

Gli infermieri hanno infatti un impatto significativo negli interventi volti a ridurre l'uso di alcol e negli interventi volti a portare un cambiamento del comportamento (Nyamathi et al., 2010). Inoltre, lo studio di Nyamathi e colleghi (2010) ha potuto comparare l'intervento di Colloquio Motivazionale con un altro tipo di intervento condotto da un infermiere. Sebbene i due interventi abbiano avuto la stessa efficacia, si giustifica la possibilità di effettuare ulteriori studi sull'efficacia e sul rapporto costo-efficacia della gestione da parte dell'infermiere del consumo problematico di alcol (Nyamathi et al., 2010). I benefici derivanti dagli interventi, come il Colloquio Motivazionale, sono scientificamente provati motivo per cui un infermiere competente dovrebbe applicarli nella sua attività quotidiana. Inoltre, sono interventi indicati non solo per il Disturbo da Uso di Alcol ma anche per altri disturbi e patologie, e hanno un costo-efficacia pari a zero.

8. Conclusione

Il Lavoro di Tesi ha voluto illustrare attraverso una revisione della letteratura quali siano le competenze professionali e le attitudini di noi infermieri per svolgere il Colloquio Motivazionale con un cliente dipendente da alcol. Come esposto nel quadro teorico ed evidenziato in molti studi le competenze degli infermieri per questo approccio rispecchiano lo spirito del Colloquio Motivazionale. È però necessario svolgere una formazione specifica strutturata in maniera da fornire gli elementi, le abilità e le conoscenze approfondite a lungo termine. Durante la formazione triennale in Cure Infermieristiche alla SUPSI viene offerta una lezione di una giornata sul counselling. Come suggerito dagli autori citati in precedenza sarebbe auspicabile implementare questa formazione già all'interno di un corso Bachelor. Il Colloquio Motivazionale è stato sviluppato per le persone con un disturbo da uso di sostanze ma come abbiamo letto è stato anche implementato con altri tipi di patologie; dunque, a distanza di anni è risultata una risorsa per noi curanti. Questa risorsa va approfondita e conosciuta maggiormente per diventare più abili con il cliente nel momento in cui identifichiamo che si ritrova per esempio nella fase di contemplazione.

8.1 Limiti

Un primo limite riscontrato durante la stesura di questa revisione della letteratura è stato inerente alla ricerca degli articoli. In letteratura vi sono molti studi in riferimento al Colloquio Motivazionale ma è risultato arduo trovare studi su un campione di infermieri e le loro competenze. Infatti, la maggior parte degli studi è incentrata sulle figure professionali in generale. Inoltre, abbiamo riscontrato delle difficoltà nella redazione del diagramma di flusso poiché diversi articoli selezionati sono stati trovati grazie alla ricerca nella bibliografia di articoli non eleggibili.

Un altro limite riguarda il numero limitato di articoli analizzato (nove) per questa revisione. Poter contare su un numero maggiore di studi potrebbe cambiare i risultati e dare uno sguardo sulla tematica.

Come indicato Östlund et al. (2015) vi sono delle sfide rispetto all'apprendimento e all'implementazione del Colloquio Motivazionale, per poter colmare queste lacune è richiesto alla letteratura di valutare le competenze di coloro che applicano questo stile di conversazione e se la messa in pratica è appropriata ed efficace. Analizzare come la formazione dell'infermiere in ambito di Colloquio Motivazionale influisce sulla produzione di un cambiamento nel comportamento del cliente. Infatti, la maggior parte delle persone è restia al fatto che le si imponga cosa fare, quindi l'uso dei principi del colloquio motivazionale può ridurre la resistenza e ottimizzare il cambiamento (Beckham, 2007).

Come suggeriscono Nyamathi et al. (2010) non esistono inoltre studi che valutino se vi è una differenza della risposta a interventi di Colloquio Motivazionale tra donne e uomini, così come vi sarebbe l'interesse a condurre uno studio per analizzare l'efficacia del Colloquio Motivazionale condotto da un infermiere rispetto allo stesso intervento condotto da un medico, da uno psicologo o da un'altra figura professionale sanitaria.

8.2 Conclusioni personali

Questo Lavoro di Tesi è stato una sfida in quanto abbiamo avuto difficoltà nel reperire gli studi appropriati per svolgere la revisione, perché il nostro obiettivo era porre il focus sulla figura dell'infermiere. Tuttavia, siamo riusciti a trovare un compromesso con le informazioni trovate e gli obiettivi della nostra domanda di ricerca. Abbiamo compreso che il Colloquio Motivazionale è svolto da diverse figure professionali, tra le quali l'infermiere, che spesso vengono definite dal termine generale terapeuta. Visto il nostro percorso di studio abbiamo deciso di mantenere il focus sugli articoli incentrati sulla figura dell'infermiere.

Un'altra sfida è stata la mancanza di dimestichezza ed esperienza nello svolgere una revisione della letteratura; infatti, ci ha richiesto molti sforzi acquisire le informazioni e conoscenze di questa metodologia. Questa revisione della letteratura ci ha dato l'opportunità di poter ampliare le nostre abilità di ricerca nelle banche dati e poterci confrontare con le nuove evidenze scientifiche.

Nella redazione di questo Lavoro di Tesi abbiamo potuto acquisire nuove nozioni e approfondire l'approccio del Colloquio Motivazionale, potendo ampliare anche le nostre competenze personali da applicare nella pratica quotidiana. Attraverso questo approccio, infatti, si può intervenire anche nella pratica quotidiana per poter conoscere e relazionarsi con il cliente, ponendo delle domande aperte che ci permettono di estrapolare delle informazioni senza forzatura, dare importanza alla sua storia e poter far riflettere il paziente con la nostra capacità di reiterazione.

Chiunque può possedere queste competenze, ma saperle utilizzare e applicare nel modo corretto non è scontato, per questo motivo la formazione e il feedback rafforzano il nostro intervento e ci aiutano a migliorare e sviluppare quelle competenze in cui indugiamo quando ci relazioniamo con il cliente.

9. Ringraziamenti

Concluso il Lavoro di Tesi e i tre anni di formazione teniamo a ringraziare coloro che ci hanno accompagnato in questo percorso e hanno contribuito alla realizzazione di questo lavoro.

Innanzitutto, vogliamo ringraziarci a vicenda per il supporto e la complicità nell'affrontare le sfide emerse durante la redazione di questo lavoro di Bachelor e per l'impegno e la dedizione.

Desideriamo ringraziare il nostro direttore di Tesi, il professor Sergio Piasentin, che con professionalità e pazienza ci ha guidato in questi mesi con i suoi consigli.

Infine, un ringraziamento alle nostre famiglie per il sostegno morale e la fiducia dimostrati durante questo percorso.

Grazie di cuore.

10. Bibliografia

- Addolorato, G., Ferrulli, A., Leggio, L., & Diana, M. (2010). Il craving nell'alcol-dipendenza: Meccanismi fisiopatologici e trattamento. In *Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze*. (2^a edizione, pp. 125–126). Tipolitografia La Grafica. https://moodle2.units.it/pluginfile.php/143611/mod_resource/content/1/Manuale%20neur oscienze_dipendenze.pdf
- Addolorato, G., Leggio, L., Abenavoli, L., & Gasbarrini, G. (2005). Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: A review. *Addictive Behaviors*, 30(6), 1209–1224. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.12.011>
- Aldrich, C., Hanif, H., & Parks, K. (2022). Normal Life Stress, They Say.... *Addiction & Substance Use*, 35–37.
- American Psychiatric Association, (DSM-V). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 862–878. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.862>
- Apodaca, T. R., Jackson, K. M., Borsari, B., Magill, M., Longabaugh, R., Mastroleo, N. R., & Barnett, N. P. (2016). Which Individual Therapist Behaviors Elicit Client Change Talk and Sustain Talk in Motivational Interviewing? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 60–65. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.001>
- Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The Systematic Review: An Overview. *AJN The American Journal of Nursing*, 114(3), 53. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000444496.24228.2c>
- Beccaria, F., & Allamani, A. (A c. Di). (2014). Alcol. In *Atlante delle dipendenze*. (pp. 71–78). Edizioni Gruppo Abele.
- Beckham, N. (2007). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(2), 103–110. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2006.00200.x>
- Bischof, G., Bischof, A., & Rumpf, H.-J. (2021). Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(7), 109–115. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>
- Borsari, B., Hopkins, L. B., Manuel, J. K., Apodaca, T. R., Mastroleo, N. R., Jackson, K. M., Magill, M., Norona, J. C., & Carey, K. B. (2019). Improvement in Therapist Skills Over Sessions in Brief Motivational Interventions Predicts Client Language and Alcohol Use Outcomes. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 33(5), 484–494. <https://doi.org/10.1037/adb0000470>
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1996). Type I and Type II Alcoholism: An Update. *Alcohol Health and Research World*, 20(1), 18–23.
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: A step-by-step approach. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 17(1), 38–43. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>

Dipendenze Svizzera. (2018). *L'alcol: Un bene culturale, un bene di consumo e una sostanza psicoattiva*. Dipendenze Svizzera. <https://shop.addictionsuisse.ch/it/alcol/45-63-in-dipendenze-alcol.html>

Dipendenze Svizzera. (2020). *Alcol*. Dipendenze Svizzera. <https://www.dipendenzesvizzera.ch/fatti-e-cifre/alcol/>

Droppa, M., & Lee, H. (2014). Motivational interviewing: A journey to improve health. *Nursing2022*, 44(3), 40–45. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000443312.58360.82>

Edwards, G., Marshall, J. E., & Cook, C. C. (2000). *Diagnosi e trattamento dell'alcolismo. Manuale per le professioni di aiuto*. (F. Madeddu & E. Pucci, A c. Di; 1^a edizione). Raffaello Cortina Editore.

Eriksen, M. B., & Frandsen, T. F. (2018). The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: A systematic review. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 106(4), 420–431. <https://doi.org/10.5195/jmla.2018.345>

Gallina, M. A. (2013). *Dalla debolezza alla dipendenza* (1^a edizione, dicembre 2013). Carocci.

Gallina, M. A. (2019). *L'illusione in una sostanza. Storie di vita e rappresentazioni di dipendenza*. FrancoAngeli.

Giusti, E., & Maglioni, M. (2016). *Terapia delle dipendenze. Il percorso verso l'autonomia e l'interdipendenza*. Sovera.

Gordon, T. (1991). *Insegnanti efficaci. Il metodo Gordon: Pratiche educative per insegnanti genitori e studenti*.

Grosso, L., & Rigliano, P. (2014). Dipendenze: Introduzione. In *Atlante delle dipendenze* (pp. 7–19). Edizioni Gruppo Abele.

Guelfi, G. P., Spiller, V., & Scaglia, M. (2001). *Il colloquio motivazionale nella dipendenza da alcol e droghe*.

Hinnenthal, I. M., & Cibir, M. (2011). *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina. Il modello Soranzo*.

Hudolin, V. (2015). *Manuale di alcologia. Edizione critica a cura dell'AICAT*. (Gruppo di lavoro AICAT, G. Corlito, G. Aquilino, G. Baselice, & D. Salezze, A c. Di). Erickson.

Ingrado. (s.d.). *Alcolismo in cifre*. InGrado. Recuperato 22 marzo 2023, da <https://www.ingrado.ch/dipendenze/alcolismo/alcolismo-in-cifre>

Koob, G. F., Arends, M. A., & Le Moal, M. (2014). What is Addiction? In *Drugs, Addiction, and the Brain* (pp. 1–27). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386937-1.00001-5>

laRegione. (2020, giugno 9). *In Ticino si beve più alcol che nel resto della Svizzera*. <https://www.laregione.ch/svizzera/svizzera/1442630/alcol-ticino-svizzera-giorno-resto>

Latt, N., Conigrave, K., Saunders, J. B., Marshall, E. J., & Nutt, D. (2014). *Medicina delle dipendenze*. Springer Milan. <https://doi.org/10.1007/978-88-470-2883-8>

Lavilla-Gracia, M., Pueyo-Garrigues, M., Fotopoulou, M., Canga-Armayor, A., Esandi, N., Alfaro-Díaz, C., & Canga-Armayor, N. (2023). Training nursing students in motivational

- interviewing for alcohol misuse: A mixed method study. *Nurse Education Today*, 125, 105775. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105775>
- Laws, M. B., Magill, M., Mastroleo, N. R., Gamarel, K. E., Howe, C. J., Walthers, J., Monti, P. M., Souza, T., Wilson, I. B., Rose, G. S., & Kahler, C. W. (2018). A sequential analysis of motivational interviewing technical skills and client responses. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 92, 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.06.006>
- Li, S., & Wang, H. (2018). Traditional Literature Review and Research Synthesis. In A. Phakiti, P. De Costa, L. Plonsky, & S. Starfield (A c. Di), *The Palgrave Handbook of Applied Linguistics Research Methodology* (pp. 123–144). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/978-1-137-59900-1_6
- Lugoboni, F., & Zamboni, L. (2018). *In Sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche*.
- Marazziti, D., Presta, S., Picchetti, M., & Dell'Osso, L. (2015). *Dipendenze senza sostanza: Aspetti clinici e terapeutici*.
- Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 811–831. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.6.811>
- Mashal, K. (2022). *Disturbi da uso di sostanze—Disturbi psichiatrici*. Manuali MSD Edizione Professionisti. <https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-correlati-all-uso-di-sostanze/disturbi-da-uso-di-sostanze>
- Matulich, B. (2015). *Il Colloquio Motivazionale passo dopo passo* (Erikson).
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2016). *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare* (Terza Edizione).
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1050–1062. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1050>
- Monitoraggio svizzero delle dipendenze. (2020). *Alcol*. <https://www.suchtmonitoring.ch/>. <https://www.suchtmonitoring.ch/fr/2.html>
- Morgan, O. J. (2021). *Dipendenza, attaccamento, trauma e recovery. Il potere della connessione*. (L. A. Russolillo, Trad.). Giovanni Fioriti Editore.
- National Collaborating Centre for Mental Health, (NCCMH). (2011). *Alcohol-use disorders. The nice guideline on diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists (UK). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/evidence/full-guideline-136423405>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, (NIAAA). (2021). *The Cycle of Alcohol Addiction*. <https://www.niaaa.nih.gov/>
- National Institute on Drug Abuse, (NIH). (2020). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/introduction>
- Nyamathi, A., Shoptaw, S., Cohen, A., Greengold, B., Nyamathi, K., Marfisee, M., De Castro, V., Khalilifard, F., George, D., & Leake, B. (2010). Effect of motivational

- interviewing on reduction of alcohol use. *Drug and Alcohol Dependence*, 107(1), 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.08.021>
- Östlund, A.-S., Kristofferzon, M.-L., Häggström, E., & Wadensten, B. (2015). Primary care nurses' performance in motivational interviewing: A quantitative descriptive study. *BMC Family Practice*, 16(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0304-z>
- Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2018a). *Fondamenti di Ricerca infermieristica* (A. Palese, A c. Di; 2a ed. italiana sulla 9a ed. americana). McGraw-Hill.
- Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2018b). Ritrovare e revisionare le evidenze di ricerca in letteratura. In E. Vellone & R. Alvaro (A c. Di), *Fondamenti di Ricerca infermieristica* (2a ed. italiana sulla 9a ed. americana). McGraw-Hill.
- Ragazzoni, P., Di Pilato, M., Longo, R., Scarponi, S., & Tortone, C. (A c. Di). (2014). Gli stadi del cambiamento: Storia, teoria ed applicazioni. Modello transteorico di DiClemente e Prochaska. *Quaderni del Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, II edizione*. https://www.dors.it/alleg/0200/ragazzoni_quaderno.pdf
- Ragazzoni, P., Di Pilato, M., Longo, R., & Scarponi, S. (2014). Gli stadi del cambiamento: Storia, teoria ed applicazioni. In *Gli stadi del cambiamento: Storia, teoria ed applicazioni. Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska* (pp. 11–28).
- Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J., & Hayward, R. S. (1995). The well-built clinical question: A key to evidence-based decisions. *ACP Journal Club*, 123(3), A12-13.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (2003). *Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di counseling motivazionale breve*. Erickson.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(5), CD008063. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub2>
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
- Vedovelli, C. (2020). La mediazione del cambiamento nel processo comunicativo e relazionale. La pedagogia di Feuerstein e il modello del colloquio motivazionale di Miller e Rollnick. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 353-375 Pages. <https://doi.org/10.13128/RIEF-9502>
- Verheul, R., van den Brink, W., & Geerlings, P. (1999). A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 34(2), 197–222. <https://doi.org/10.1093/alcalc/34.2.197>
- World Health Organization, (WHO). (2016). *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, ICD-10 – Decima revisione, quinta edizione, 2016*. (Centro Collaboratore italiano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Famiglia delle classificazioni internazionali, A c. Di; Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Trad.; 5ª edizione, Vol. 1).
- World Health Organization, (WHO). (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>



Questa pubblicazione, Titolo della tesi “Le competenze dell’infermiere nel Colloquio Motivazionale con pazienti dipendenti da alcol” Revisione della letteratura, scritta da Ester Bernasconi e Luis Fernando Ribeiro Marinho, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.