

FEDERSERD Roma 24-26 ottobre 2018

FeDerSerD 24-26 ottobre 2018



***Strategie e modelli per l'intercettazione
precoce del consumatore di alcol***

Giovanni Greco

Responsabile UOS SerT Ravenna

Coordinatore Gruppi Tecnici Alcol e Cura, Alcol e Guida

Regione Emilia Romagna

Consumi



- **La popolazione che consuma alcol nel 2016 è pari al 65.4% del totale, indipendentemente dalla quantità e dalle circostanze**
- **Il 21.4 % consuma alcolici tutti i giorni (il 22.2% nel 2015)**
- **Il 43.3% (44% nel 2017) occasionalmente (il 42.3% nel 2015)**
- **Il 29.2% consuma alcolici fuori pasto (il 27.9% nel 2015)**
- **Il consumo fuori pasto è più frequente tra gli uomini (40.5% vs 18.7% delle donne)**

Consumi



- Il numero totale dei consumatori è in diminuzione.
- Aumentano i consumatori occasionali e fuori pasto.
- Si riduce il numero dei consumatori tra gli adolescenti (11-17 anni: 20.4%)
- In dieci anni le donne che consumano alcolici fuori pasto crescono in 10 anni del 29.6% (passano da 4.052.000 a 5.250.000)
- Aumentano del 10.8% le consumatrici occasionali (10.641.000)
- Aumenta del 23.8% il numero dei consumatori occasionali tra i maschi (11.795.000 contro 9.524.000)
- Un altro dato interessante è l'aumento del consumo delle bevande alcoliche fuori pasto tra i giovani nati tra il 1981 ed il 1985 e la riduzione tra i più anziani (nati tra il 1926 ed il 1945)

Consumi

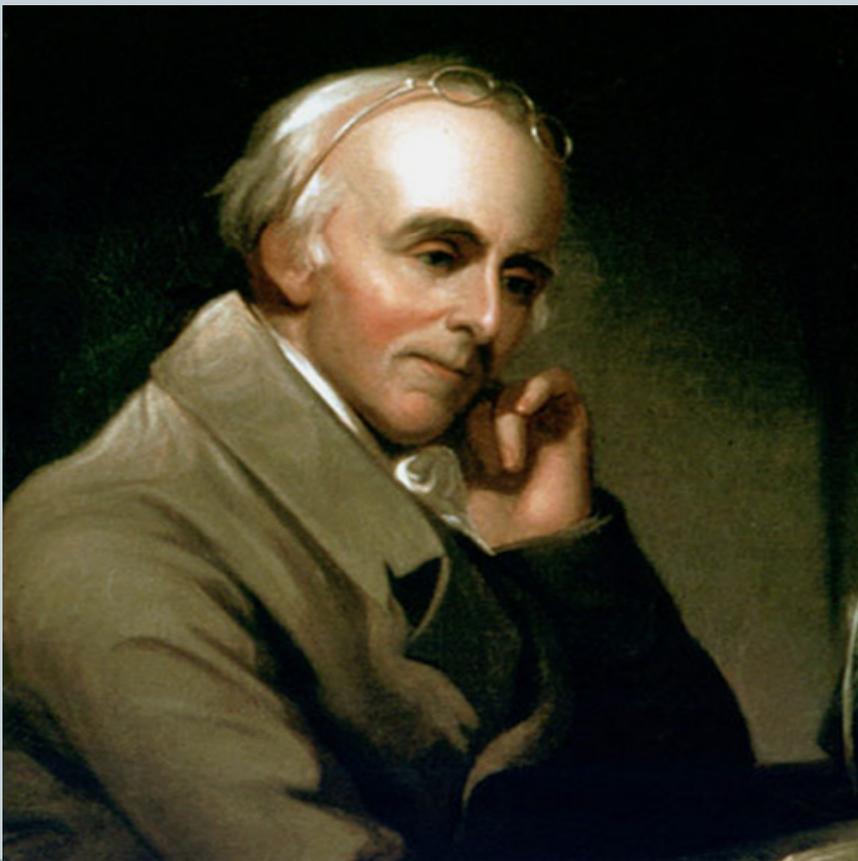


- Il 32.4% dei maschi consuma alcolici tutti i giorni (29.1% vino)
- I giovani tra gli 11 ed i 29 anni mettono al primo posto la birra seguita da aperitivi, amari e superalcolici. Viceversa per le giovani ragazze
- Nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni il consumo esclusivo di vino aumenta tra i maschi, Ma è significativo anche il consumo di altri alcolici
- 3.846.000 persone consumano alcol fuori pasto almeno una volta la settimana
- Il numero medio di bicchieri consumati fuori pasto in una settimana è pari a 4.6 per i maschi e 3.4 per le femmine (persone di età superiore agli 11 anni)
- L'incidenza di questo fenomeno è superiore al 60% tra adolescenti e giovani adulti entro i 44 anni

Alcolismo



Benjamin Rush



Magnus Huss



Chi sono



- Il percorso di apprendimento dei clinici segue di fatto quello dell'evoluzione medica del concetto di alcolismo che abbandona una visione moralistica per centrare l'attenzione sulla sintomatologia correlata.
- Un modello integrato della visione dell'alcolismo è quello del *Center of Alcohol Studies* che pone l'alcol come elemento tossico che trasmigra il danno dall'individuo alla società

La « Visione Patologica»



- A Yale Jellinek pone il problema della differenza tra causa e decorso dell'alcolismo che connotano popolazioni patologiche differenti
- *Alpha Alcoholism* : riconosce il potere disinibente dell'alcol e la sua azione di modulazione dell'esistenza
- *Beta Alcoholism* : l'abitudine alcolica è radicata nel territorio, non si sviluppa una condizione di alcolismo ma compaiono patologie organiche correlate ad un consumo eccessivo

La «Visione Patologica»



- *Gamma Alcoholism* : non vi è controllo dell'assunzione di alcol, si migra da fasi di moderazione o astensione a periodi di abuso
- *Delta Alcoholism* : l'alcol «consuma» l'esistenza
- *Epsilon Alcoholism* : consumo eccessivo, occasionale, perdita del controllo, intervallato da protratti periodi di astensione

La «Visione Patologica»



- Di fatto Jellinek sostiene che l'uso moderato di alcol è una condizione atipica. L'evoluzione verso una forma cronica è di fatto irreversibile. Avviene per fasi esattamente come una patologia internistica.
- Da una fase prodromica, in cui il ricorso all'alcol è utile a controllare l'ansia e a migliorare le prestazioni sociali, si passa ad una fase di «esplosione sintomatica» con progressione verso la dipendenza.

La «Visione Sociale»



- La prevalenza clinica di questa visione dell'alcolismo viene contestata da Bacon: il bere deve essere studiato come modello di relazione sociale. Devono essere considerati comportamenti, modelli, ritualità, tradizioni, costumi, atteggiamenti familiari, credenze, impatto religioso.
- Con Bacon, si schiera idealmente dopo circa trenta anni, Dwight Heath che studia il confronto tra le società occidentali all'interno delle quali l'alcol è diventato «problema sociale» con quelle non occidentali che pur in presenza di significativi problemi di PPAC non si pongono nella medesima posizione

La «Visione Normativa»



- Kjetil Bruun correla i significativi cambiamenti dei modelli di consumo con dilagare delle PPAC
- Da qui deriva un approccio di salute pubblica che orienta le azioni sulla popolazione piuttosto che sull'individuo, rispetta l'autonomia decisionale in un ambito morale per il singolo, predilige interventi universali piuttosto che per gruppi target, enfatizza il ruolo della scienza nella comunicazione sociale.
- Di fatto viene consolidato il ruolo degli esperti autorevoli e dei protagonisti illuminati

L'Evoluzione



- La nosografia nordamericana non si distacca da questa visione evolutiva
- Il DSM I ed il DSM II collocano l'alcolismo tra i disturbi di personalità considerando il sottotipo della personalità sociopatica.
- Con il DSM III ed il DSM IIIr i disturbi da uso di sostanze vengono separati dai disturbi di personalità e posti su un asse diverso
- Nel 1980 viene accolta la distinzione tra dipendenza ed abuso. DSM III e DSM IIIr daranno valori diversi a queste due entità

L'Evoluzione



- Il DSM IV distingue i disturbi da uso di alcol dai disturbi indotti da alcol (disturbo psicotico indotto, disturbo dell'umore, disturbo d'ansia, disfunzione sessuale...)
- L'ICD 10 oltre a prevedere una durata minima di 12 mesi del potus elenca gli elementi sintomatologici
- L'ICD 10 introduce il tema del craving

RESEARCH REPORT

Substance dependence and non-dependence in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* and the *International Classification of Diseases (ICD)*: can an identical conceptualization be achieved?

John B. Saunders

School of Medicine, University of Queensland, Royal Brisbane and Women's Hospital, Herston, Queensland, Australia

L'Evoluzione



- Entrambi lasciano aperta però una questione

Alcohol & Alcoholism Vol. 44, No. 1, pp. 67–76, 2009

doi: 10.1093/alcalc/agn083

Advance Access publication 8 October 2008

ASSESSMENT AND DETECTION

Assessing the General Health of Diagnostic Orphans Using the Short Form Health Survey (SF-12v2): A Latent Variable Modelling Approach

Orla McBride*, Gary Adamson, Brendan P. Bunting and Siobhan McCann

School of Psychology, University of Ulster, Magee Campus, Northland Road, County Londonderry BT48 7JL, Northern Ireland

*Corresponding author: Room MC223, School of Psychology, University of Ulster, Magee Campus, Northland Road, County Londonderry BT48 7JL, Northern Ireland. Tel: +44-28-71375367; Fax: +44-28-71375315; E-mail: mcbride-o@email.ulster.ac.uk

L'Evoluzione



DIAGNOSTIC ORPHANS

In his paper O'Brien points out the important changes proposed in DSM-V, the most important being to alter the section name to 'Addiction and related disorders' and elimination of the abuse/dependence dichotomy. Furthermore, non-substance or behavioural addiction has been added [1]. These are welcome changes. In our commentary, we will be touching upon two important issues, namely diagnostic criteria for adolescent substance users and binge drinking, their inclusion and implications with regard to the diagnostic system and population screening.

L'Evoluzione



Epstein *et al.* classified alcohol-dependent individuals into a five-pattern classification including binge drinking as a pattern and found that the classification had predictive validity and clinical utility [9]. Among urban patients with trauma, Ramchand *et al.* found that a single-item binge-drinking screener identified alcohol abuse correctly in 76% of the patients [10].

L'Evoluzione



DSM-IV to DSM-5: the impact of proposed revisions on diagnosis of alcohol use disorders

Arpana Agrawal, Andrew C. Heath & Michael T. Lynskey

Washington University School of Medicine, Department of Psychiatry, Saint Louis, MO, USA

Table 1 Weighted prevalence of past 12-month diagnosis of DSM-5 alcohol use disorders in 34 653 individuals and in 29 993 life-time alcohol users from the National Epidemiological Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC).

	<i>n</i>	<i>Unaffected</i> <i>(0–1 sx)</i>	<i>Moderate</i> <i>(2–3 sx)</i>	<i>Severe</i> <i>(4–11 sx)</i>	<i>DSM-5</i> <i>diagnosis</i>	<i>DSM-IV</i> <i>abuse/dependence</i>
In the full sample (<i>n</i> = 34 653)						
Full sample	34 653	89.2	6.9	3.9	10.8	9.7
Males (age, years)	14 564	84.8	9.6	5.7	15.3	14.4
20–35	3652	73.4	15.9	10.7	26.6	23.4
36–47	3814	84.6	10.2	5.2	15.4	15.0
48–61	3789	88.4	7.2	4.5	11.7	11.9
62 and older	3309	96.2	2.9	0.8	3.7	4.4
Females (age, years)	20 089	93.3	4.5	2.2	6.7	5.3
20–35	5092	87.4	8.5	4.1	12.6	10.0
36–47	5089	92.2	4.9	2.9	7.8	6.5
48–61	4745	95.1	3.5	1.4	4.9	3.8
62 and older	5163	99.0	0.8	0.2	1.0	0.6
In those reporting consuming at least one drink across the life-time (waves 1 and 2, <i>n</i> = 29 993)						
Life-time drinkers	29 993	87.7	7.9	4.4	12.3	11.1
Males (age, years)	13 500	83.6	10.4	6.1	16.5	15.6
20–35	3377	71.2	17.3	11.5	28.8	25.3
36–47	3593	83.5	10.9	5.6	16.5	16.0
48–61	3565	87.6	7.6	4.7	12.3	12.7
62 and older	2965	95.8	3.3	0.9	4.2	5.0
Females (age, years)	16 493	92.1	5.4	2.6	8.0	6.4
20–35	4408	85.5	9.7	4.7	14.4	11.5
36–47	4418	91.1	5.6	3.3	8.9	7.4
48–61	4036	94.2	4.1	1.7	5.8	4.4
62 and older	3631	98.7	1.1	0.3	1.4	0.9

Le conoscenze



RESEARCH REPORT

Comorbidity of substance use with depression and other mental disorders: from *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition (DSM-IV) to DSM-V

Edward V. Nunes¹ & Bruce J. Rounsaville²

New York State Psychiatric Institute and Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, USA¹ and Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA²



Psychiatry and
Clinical Neurosciences

doi:10.1111/j.1440-1819.2011.02190.x

PCN **Frontier
Review**

Genetics of alcohol dependence

Mitsuru Kimura, MD, PhD^{1,2*} and Susumu Higuchi, MD, PhD¹

¹National Hospital Organization, Kurihama Alcoholism Center, Kanagawa, Japan, and ²Laboratory of Neurogenetics, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Maryland, USA

Le conoscenze

Clinical research

Assessment and treatment of mood disorders in the context of substance abuse

Bryan K. Tolliver, MD, PhD; Raymond F. Anton, MD

Incremento di pazienti con concomitante disturbo dell'umore (in particolare di sesso femminile)

Le conoscenze



Europe PMC Funders Group

Author Manuscript

J Psychopharmacol. Author manuscript; available in PMC 2016 June 27.

Published in final edited form as:

J Psychopharmacol. 2016 June ; 30(6): 495–553. doi:10.1177/0269881116636545.

Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition Recommendations from the British Association for Psychopharmacology

G.M. Goodwin¹, P. M. Haddad², I.N. Ferrier³, J.K. Aronson⁴, T.R.H. Barnes⁵, A. Cipriani¹, D.R. Coghill⁶, S. Fazel¹, J.R. Geddes¹, H. Grunze⁷, E.A. Holmes⁸, O. Howes⁹, S. Hudson¹⁰, N. Hunt¹¹, I. Jones¹², I.C. Macmillan¹³, H. McAllister-Williams³, D.M. Miklowitz¹⁴, R. Morriss¹⁵, M. Munafò¹⁶, C. Paton¹⁷, B.J. Saharkian¹⁸, K.E.A. Saunders¹, J.M.A. Sinclair¹⁹, D. Taylor²⁰, E. Vieta²¹, and A.H. Young²²

Il riconoscimento precoce ed il trattamento di un disturbo affettivo rappresentano una delle principali sfide dei servizi. E' dunque necessario nell'approccio al paziente dotarsi di una serie di strumenti atti a rivelare al meglio le condizioni correlate

Le conoscenze



- TPQ (finalizzato a valutare le funzioni esecutive)
- DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale)
- BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale 11)
- DES-II (Dissociative Experiences Scale)
- STIPO (Structured Interview of Personality Organization)

Le conoscenze



- Nuovi modelli narrativi di raccolta anamnestica che privilegino l'esplorazione di situazioni e contesti condizionanti lo sviluppo, l'espressione emotiva e le esperienze relazionali

Frontiers in
INTEGRATIVE NEUROSCIENCE

REVIEW ARTICLE
published: 31 August 2012
doi: 10.3389/fnint.2012.00005



Neural systems supporting cognitive-affective interactions in adolescence: the role of puberty and implications for affective disorders

*Cecile D. Ladouceur**

Department of Psychiatry University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA USA

Le conoscenze



- Difficoltà nell'identificazione sessuale
- Difficoltà di relazione con il genitore di sesso opposto
- Assenza di relazione con uno dei genitori
- Disistima connessa con il confronto con i fratelli
- Problemi nel rapporto con il gruppo di pari
- Scarsa strutturazione dell'identità personale e della progettualità
- Ridotta motivazione allo studio
- Presenza di disturbi dell'alimentazione
- Instabilità nelle relazioni

Le conoscenze



HHS Public Access

Author manuscript

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Author manuscript; available in PMC 2016 November

es added to this document 1.

Published in final edited form as:

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015 November ; 50(11): 1609–1640. doi:10.1007/s00127-015-1088-0.

The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: Review and summary of findings

Deborah S. Hasin, Ph.D.¹ and Bridget F. Grant, Ph.D., Ph.D.²

Drug Alcohol Depend. 2017 May 01; 174: 171–180. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.01.022.

The association between personality disorders with alcohol use and misuse: A population-based twin study[^]

E.C. Long^{1,*}, S.H. Aggen^{1,2}, M.C. Neale^{1,2,3}, G.P. Knudsen⁴, R.F. Krueger⁵, S.C. South⁶, N. Czajkowski^{4,7}, R. Nesvåg^{4,8}, E. Ystrom^{4,7,10}, F.A. Torvik^{4,7}, K.S. Kendler^{1,2,3,#}, N.A. Gillespie^{1,2,#}, and T. Reichborn-Kjennerud^{4,9,#}

Le conoscenze



- *Alla base di condotte che potremmo definire automedicative vi potrebbe essere proprio l'incapacità di orientarsi verso il futuro, l'incapacità di staccarsi dal passato e dai propri modelli infantili (di fatto fallimentari) e l'incapacità di vivere il presente per la difficoltà a dare voce ai propri bisogni*



NIH Public Access
Author Manuscript

J Clin Psychiatry. Author manuscript; available in PMC 2014 September 02.

Published in final edited form as:

J Clin Psychiatry. 2012 May ; 73(5): e588–e593. doi:10.4088/JCP.11m07345.

A Longitudinal Investigation of the Role of Self-Medication in the Development of Comorbid Mood and Drug Use Disorders

Samuel Lazareck, MD MSc DipPH¹, Jennifer Robinson, MA^{1,2}, Rosa M. Crum, MD, MHS^{3,4,5}, Ramin Mojtabai, MD, PhD^{4,5}, Jitender Sareen, MD FRCPC^{1,2,6}, and James M. Bolton, MD FRCPC^{1,2}

Le conoscenze



- Autonomia
- Riconoscimento
- Amare
- Essere amati nella reciprocità
- Piacere e Sessualità
- Sicurezza
- Stima



HHS Public Access

Author manuscript

Alcohol. Author manuscript; available in PMC 2018 May 01.

Published in final edited form as:

Alcohol. 2017 May ; 60: 7–18. doi:10.1016/j.alcohol.2017.01.001.

EPIGENETIC MECHANISMS OF ALCOHOLISM AND STRESS-RELATED DISORDERS

Martina Palmisano¹ and Subhash C. Pandey^{1,2}

¹Center for Alcohol Research in Epigenetics, Department of Psychiatry, University of Illinois at Chicago

²Jesse Brown VA Medical Center, 1601 West Taylor Street, Chicago, IL 60612, USA

Le conoscenze



- Conoscenza
- Stabilità
- Libertà
- Accudimento (sul registro materno)
- Protezione (sul registro paterno, rappresentato anche dal mentore, compagno, adulto, insegnante, allenatore...)

Le conoscenze



- Per questa ragione ed in tali ambiti la relazione di aiuto deve essere puntiforme, limitata a situazioni ed ambiti
- Questo per evitare che l'adolescente confonda educatori con terapeuti ovvero ci scelga come strumenti del suo pensiero da utilizzare per i suoi processi di individuazione costruendo un particolare legame oggettuale

Le conoscenze



Influenza normativa: in base alla quale il soggetto cambia le proprie credenze, motivazioni, attitudini e comportamenti per ottenere il consenso

Influenza informativa: in base alla quale il soggetto cambia le proprie credenze, motivazioni, attitudini e comportamenti convinto che la fonte di influenza è oggettivamente la più competente e preparata cioè valida fonte di ispirazione e di esempio

Le conoscenze



- La peer education alla fine, come asserisce Gardner, fa ricorso alle potenzialità intellettive intersecando intelligenze intrapersonali ed interpersonali
- Le strategie propositive ed imitative devono sostenere l'impegno a sperimentare l'autonomia come frutto dell'integrazione tra percezione, memoria, immaginazione, pensiero, critica e giudizio e non quale esperienza emotiva di indipendenza.
- Alimentare relazioni, conservare amicizie, ricercare la soluzione di conflitti, realismo e consapevolezza dei limiti

Le conoscenze



Sempre maggiore il numero di pazienti in doppia diagnosi:

- ✓ Uso di alcol in termini di automedicazione
- ✓ Uso di alcol determinante disturbi psichici
- ✓ Uso di sostanze in fase evolutiva della patologia psichica
- ✓ Uso di alcol e patologia psichica correlati a fattori determinanti quali crescita in famiglie AD, marginalità precoce, conflittualità e disistima
- ✓ Uso di alcol e patologia psichica non legati temporalmente ma influenzanti l'aspetto clinico se contemporanei
- ✓ Uso di alcol e patologia psichica con determinanti comuni

Le conoscenze



- Nel 32% dei pazienti con disturbo dell'umore (60.7% tra i pazienti con disturbo bipolare) e nel 23.7% dei pazienti con disturbo d'ansia, vi è uso di sostanze

Clark and MCClanahan 1998

- Fin dal 1989 Clerici et al, su un campione di 226 pazienti inseriti in un programma riabilitativo residenziale, dimostrava la presenza di un disturbo di Asse I nel 30% dei pazienti e di Asse II nel 41%

Le conoscenze



- La compresenza di un Disturbo Bipolare con uso di sostanze si correla ad un'evoluzione clinica negativa con maggiore rischio suicidario.
- I comportamenti additivi si incrementano nelle fasi maniacali ed ipomaniacali.
- Un ponte tra i due ASSI è costituito dall'impulsività (alterazione del controllo degli impulsi, comportamenti auto o eteroaggressivi, uso di sostanze, disturbi dell'umore, DCA)

Le conoscenze



- I livelli più alti di impulsività si correlano al Disturbi Borderline di Personalità. L'associazione con l'uso di alcol mostra maggior frequenza di condotte auto ed eteroaggressive
- Vi è un'ulteriore relazione tra le alterazioni del sistema serotoninergico e l'impulsività e tra quest'ultima e l'ambiente (prevaricazioni e traumi subiti nell'infanzia)

Alcohol and Alcoholism Vol. 48, No. 5, pp. 598–604, 2013
Advance Access Publication 25 April 2013

doi: 10.1093/alcalc/agt035

ORIGINAL ARTICLE

Is Youth Violence Temporally Related to Alcohol? A Time-Series Analysis of Binge Drinking,
Youth Violence and Total Alcohol Consumption in Sweden

Johan Svensson^{1,2,*} and Jonas Landberg¹

¹STAD, Stockholm Centre for Psychiatric Research and Education, Department of Clinical Neuroscience, Stockholm County Council Health Care Provision and Karolinska Institutet, Box 6031, SE-102 31 Stockholm, Sweden and ²Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

*Corresponding author: STAD, Box 6031, SE-102 31 Stockholm, Sweden. E-mail: johan.svensson@sll.se

Le conoscenze



- La valutazione del Craving
- La valutazione dell'Uso Dannoso
- La valutazione del Disturbo da Uso
- L'evoluzione dell'integrazione tra categorie e dimensioni
- La valutazione del Binge Drinking
- La soluzione dei Diagnostic Orphans
- La conoscenza delle correlazioni (Cloninger, Rounsaville)

Le conoscenze



- Nuovi profili di Servizio, ad elevata integrazione organizzativa ed assistenziale, implicano l'adozione di modelli di valutazione che sostengano equipe ad elevata professionalità diffusa
- Uno di questi modelli, funzionale all'integrazione tra dimensione categoriale e funzionale, è l'ASSE V di Kennedy o Scala K
- Questa permette di avere una espressione coerente della valutazione globale del funzionamento, senza trascurare alcuna area clinica, inclusa l'addiction

Le conoscenze



Consente di creare profili, facilita la programmazione e la scelta dei trattamenti/percorsi, aiuta a stabilire livelli e modalità di coinvolgimento delle diverse figure professionali

Contiene 6 sottoscale:

- Compromissione del funzionamento psicologico (sintomi psicotici, alterazioni dell'umore, vulnerabilità allo stress, stigma interno, impulsività, regolazione emotiva)
- Abilità sociale (abilità comunicative, consapevolezza delle norme sociali, relazioni amicali, disponibilità, empatia, consapevolezza delle difficoltà)

Le conoscenze



- Comportamenti violenti (aggressività, autolesività, conflittualità familiare, rabbia)
- Attività della vita quotidiana (abilità occupazionali, difficoltà nelle capacità esecutive, perdita delle capacità di cura di sé, perdita di denaro)
- Abuso di sostanze
- Compromissione delle condizioni fisiche
- Compromissione di altre aree (precarietà, problemi finanziari e legali)

Costruire per allearsi



- La costruzione di un'alleanza corrisponde ad una delle principali vulnerabilità dei progetti di cura (e dei curanti)
- Allearsi significa realizzare un accordo tra operatore e paziente fondato sulla reale comprensione dei contenuti forniti dal primo e sull'incremento delle competenze del secondo.
- Un esempio eclatante della complessità di tale percorso è rappresentato dagli studi sulla compliance che rivelano come dal 30 al 50% dei farmaci prescritti per trattamenti protratti non vengono assunti in maniera corretta

Costruire per allearsi



- La ridotta adesione alle cure e quindi la difficoltà di aggancio può riconoscere cause di natura intenzionale e non intenzionale
- Gli ostacoli sono di origine intenzionale
 - Convinzioni culturali
 - Informazioni tra pari
 - Interferenze
 - Convincimenti rispetto alle proprie capacità di cura

Costruire per allearsi



Gli ostacoli di origine non intenzionale:

- **Confondere i ruoli**
- **Confondere le indicazioni**
- **Smarrire gli appuntamenti**
- **Ostacoli indotti dal contesto**
- **Negare l'identità di malato**

Costruire per allearsi



- Comprendere le resistenze
- Accettare la mancanza di adesione come un fenomeno possibile
- Non colpevolizzare
- Esplorare l'organizzazione quotidiana delle attività e come questa si integra nella relazione di cura consentono di verificare costantemente l'adesione
- I contenuti della relazione sono centrati sui bisogni specifici
- L'informazione diventa accessibile integrandola degli strumenti comunicativi idonei alle abilità di quel paziente
- Fornire alle persone informazioni «chiave»
- Utilizzare il lessico dei pazienti
- Esplorare le conoscenze, confrontarsi su informazioni diffuse

Costruire per allearsi



- E' necessario discutere con il nostro interlocutore sulla relazione tra rischi e benefici
- Elencare le risorse a disposizione, gli obiettivi del servizio, le caratteristiche del percorso proposto
- Comprendere che stiamo parlando del singolo ma che al tempo stesso ciò che è «proprio» non distacca dall'universalità
- Scoprire quali sono le attese
- Accettare la capacità decisionale ed il rifiuto
- Tenere a mente le preoccupazioni, i timori (stigma), recuperarli in ogni contatto
- Non trascurare la possibilità di risposte avverse o negative

Costruire per allearsi



Le decisioni del paziente sono condizionate:

- Dalla consapevolezza del proprio «stato di salute»
- Dall'accettare la necessità di «quel percorso»
- Dalla tendenza all'isolamento ovvero dall'incapacità di coinvolgere altri nella propria condizione e dallo scoprire di poter sovvertire tale condizione
- Dalla garanzia di poter richiedere modifiche nel trattamento
- Dalla garanzia di poter tornare a discutere di benefici mancati o dell'assenza degli effetti sperati

Costruire per allearsi



- Ridotta percezione di utilità/efficacia
- Elementi autoreferenziali, ritenuti esclusivi per il proprio benessere e la propria sicurezza
- Continui riferimenti ad esperienze precedenti o di altri
- Preconcetti e diffidenze nei confronti dei curanti/servizi
- Ridotto livello di aspettative
- Poter pesare («controllare») sui processi decisionali e assistenziali
- Presenza di tratti di personalità incentivanti alti livelli di ansia di stato
- Ridotte abilità di coping
- Comunicazione verbale ridondante, stereotipa

Costruire per allearsi



- Indicatori di outcome da condividere:
- Controllo del craving
 - Rapidità di integrazione
 - Progressione nelle competenze (partecipazione/istruzione/apprendimento)
 - Capacità produttiva reale
 - Qualità della relazione
 - Episodi di conflittualità
 - Numero di drop-out
 - Comparsa di nuove patologie

Costruire per allearsi



- Mantenere integro un modello comunicativo fondato sulla veridicità e riproducibilità dei contenuti
- Garantire l'accesso come attenzione ai bisogni del paziente nella complessità delle reti coinvolte inclusa la possibilità di vicariare richieste o prestazioni di altri servizi purchè nei limiti delle competenze delle professionalità coinvolte
- Accomunare il lessico tra i diversi ambiti di relazione
- Contenere richieste inappropriate in nome dell'advocacy
- Garantire il reinserimento nei progetti di cura anche in caso di reiterati rifiuti o abbandoni

Costruire per allearsi



- Reintegrare in una dimensione di salute (controllo e contenimento del craving, ridurre il rischio di condizioni correlate, prendere contatti con le altre reti di cura, prevenzione delle ricadute)
- Reintegrare in una dimensione socio-relazionale (recupero della cura di sé, della partecipazione alle attività sociali, recupero o conservazione dell'attività lavorativa)

Costruire per allearsi



- Stabilire rapporti (rinforzare comportamenti volti alla ricerca di aiuto; stimolare le persone a lavorare sul problema; collaborazione-direttività)
- Definire il problema (usare i termini propri del richiedente aiuto; stabilire accordi)
- Esplorazione dei sentimenti (ammissione, accettazione, incoraggiare la speranza, contenere la vergogna)
- Esplorare le passate strategie di coping ovvero le capacità di comprendere ed adattarsi alle situazioni. E scoprirne di nuove

Costruire per allearsi



- Valutare la Cognizione Sociale: capacità di sintonizzarsi con i bisogni altrui o sensazione di incapacità di sostenere i propri
- Valutare le condizioni disfunzionali: la capacità di sostenere una quotidianità efficace
- Riconsiderazione dei comportamenti: ritiro sociale, affetti ridotti, sentimenti di colpa
- Riconsiderare il funzionamento sociale: relazioni conservate e relazioni compromesse

Costruire per allearsi



- Considerare la qualità della vita: presenza di interessi, investimenti in attività gratificanti, integrazione nel contesto comunitario
- Valutare la presenza di disabilità ovvero dell'incapacità di svolgere o mantenere un ruolo sociale (dall'indipendenza economica e gestionale alla capacità di governare bisogni propri ed altrui)
- Valutare lo svantaggio ovvero l'assenza di opportunità e progettualità correlate

Costruire per allearsi



- Tutte le attività psicoeducative sono orientate a sostenere la *resilienza* ovvero a supportare le abilità che consentono di adottare comportamenti innovativi rispetto a precedenti condotte disfunzionali
- Bilancia dei comportamenti e dei loro effetti
- Coscienza della vulnerabilità
- Consapevolezza del non essere soli ed autosufficienti (passaggio nel self-help)

Costruire per allearsi



In un ambito gruppale questa attività ha:

- Dimensione cognitiva (ammissione dell'esistenza di un problema/comportamento)
- Dimensione affettiva o emozionale (esprimere pensiero/timore per un problema/comportamento che si percepisce come proprio e reale)
- Esprime l'intenzione di agire, la volontà di cambiare
- Esprime ottimismo rispetto alla possibilità di cambiare

Comunicare



PARTE ORATIONIS

- Exordium
- Propositio
- Narratio
- Partitio
- Argomentatio:
- Probatio o confirmatio
- Confutatio o refutatio
- Peroratio o conclusio

PARTE ORATIONIS

- Captatio benevolentiae
- Prima comunicazione
- Esposizione
- Elenco punti controversi

- Argomenti a favore
- Contrasto argomentato alla contrarietà
- Conclusione / memoria



Giovanni Greco, MD, Ravenna