

## ***Corso di formazione per Amministratore di Sostegno***

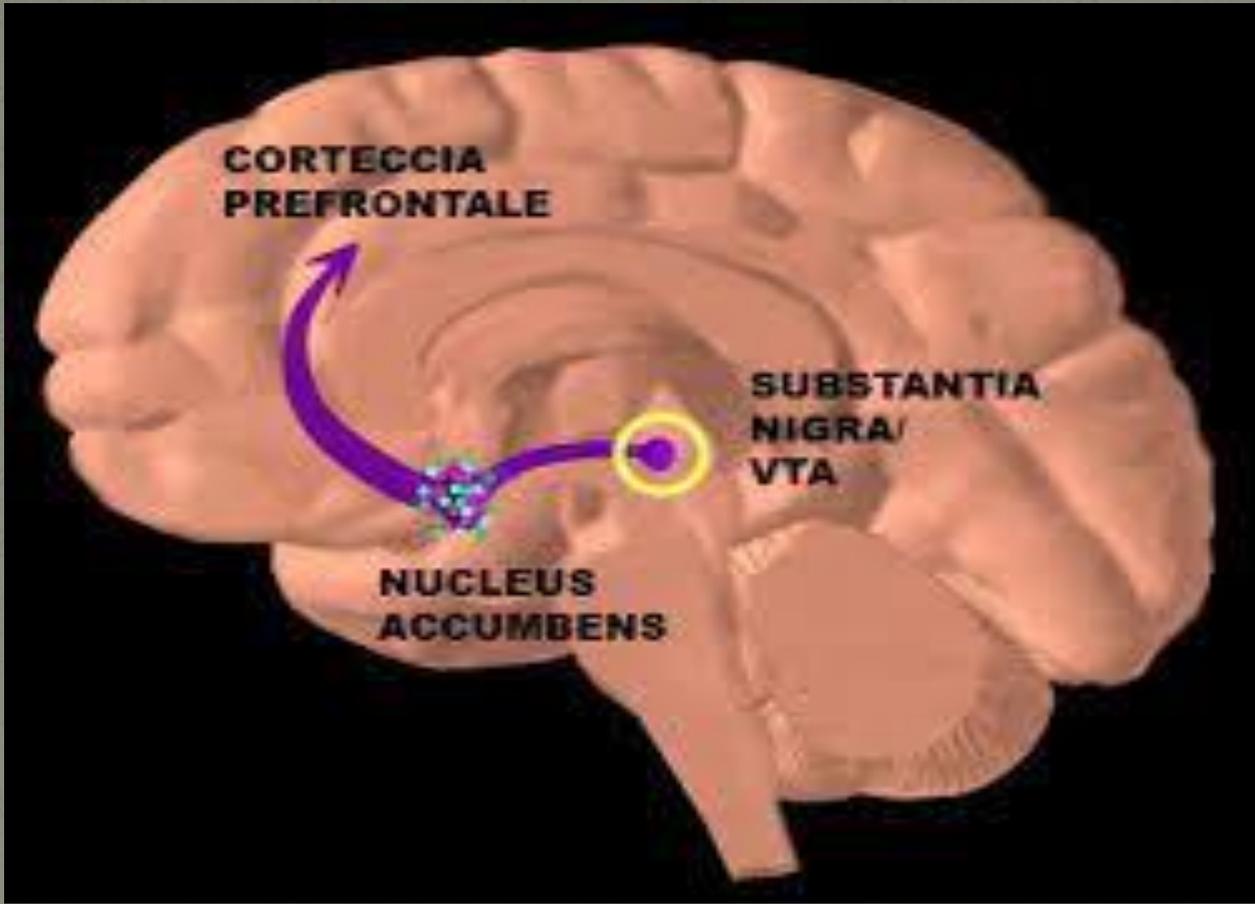
Organizzazione e funzioni dei servizi SMA/SERD. Il lavoro dell'equipe e i percorsi di cura integrati (PTRI).

Le buone prassi della relazione tra ADS ed equipe multidisciplinare per le situazioni complesse (SMA/SERD). I bisogni di salute e sicurezza sociale. L'autodeterminazione della persona e la mediazione con il contesto familiare e sociale. Aspetti etici dell'amministrazione di sostegno

Epidemiologia ed inquadramento dei disturbi da uso di alcol

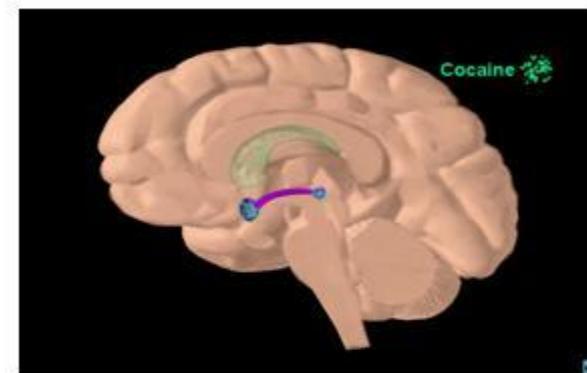
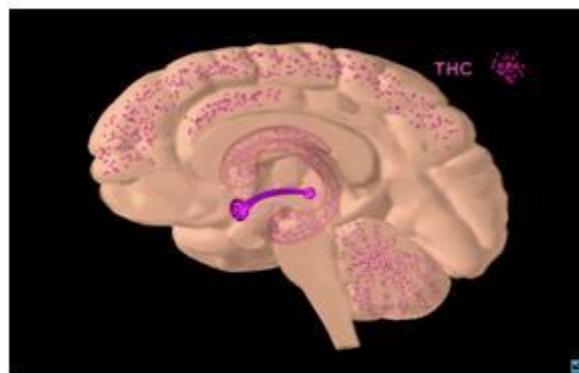
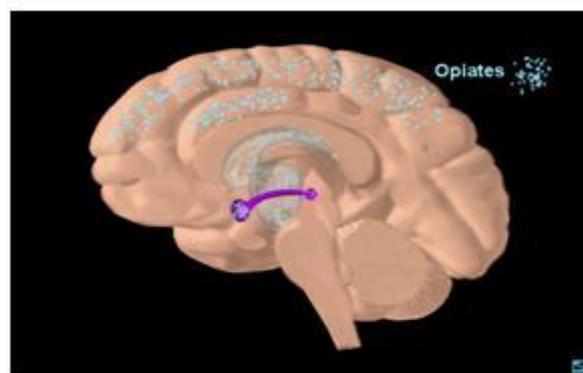
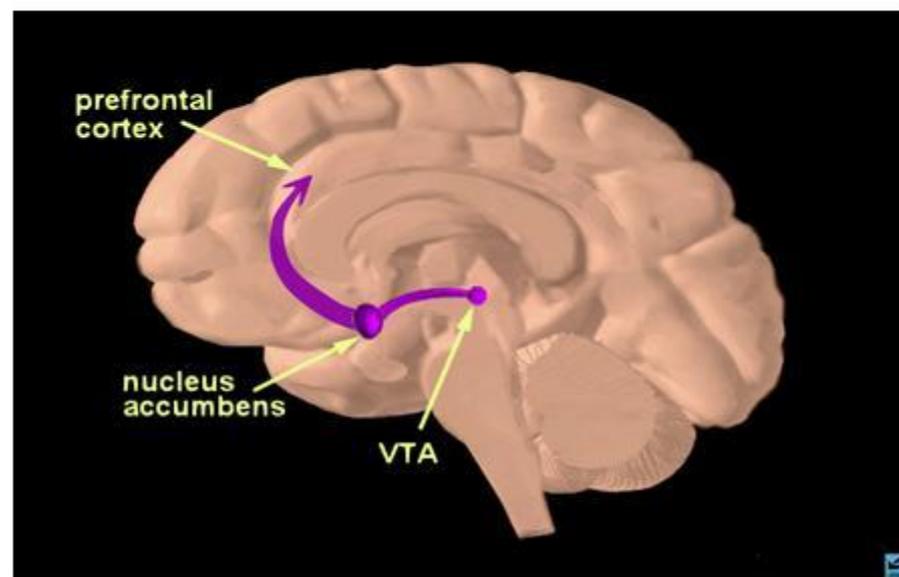
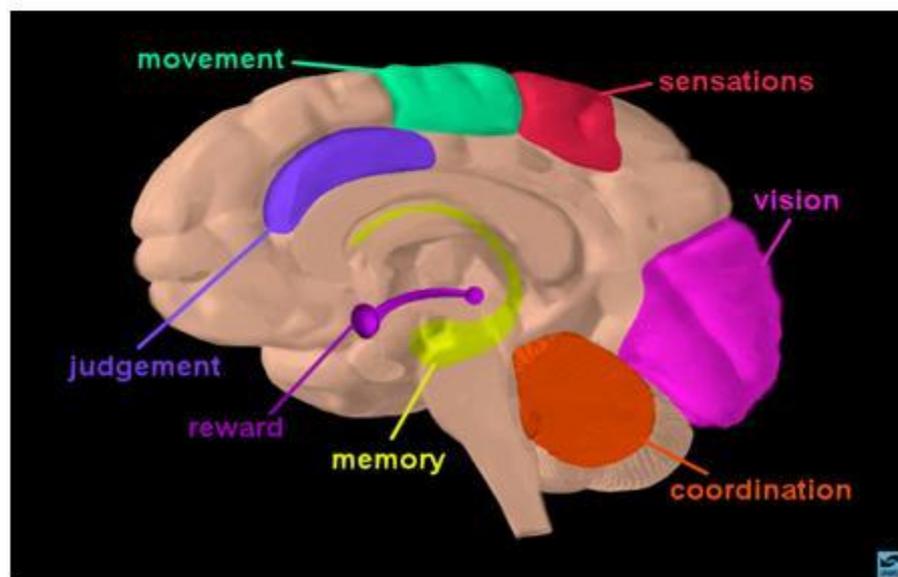
Gabriele Bardazzi  
SerD Mugello  
USL Toscana Centro





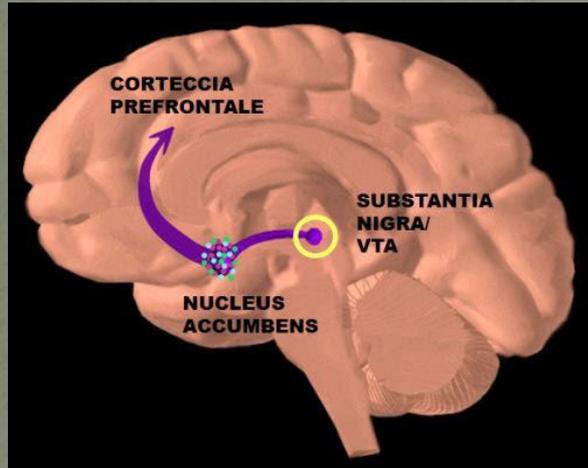
# Mesolimbic Dopamine Pathway

EU expert meeting on the EMCDDA key epidemiological indicator Problem Drug Use (PDU)  
27-28 October - LISBON

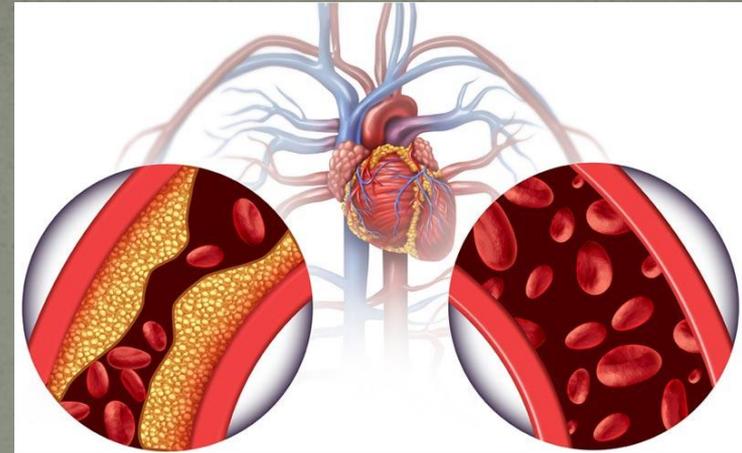


Source: NIDA website <http://www.drugabuse.gov/pubs/teaching/>

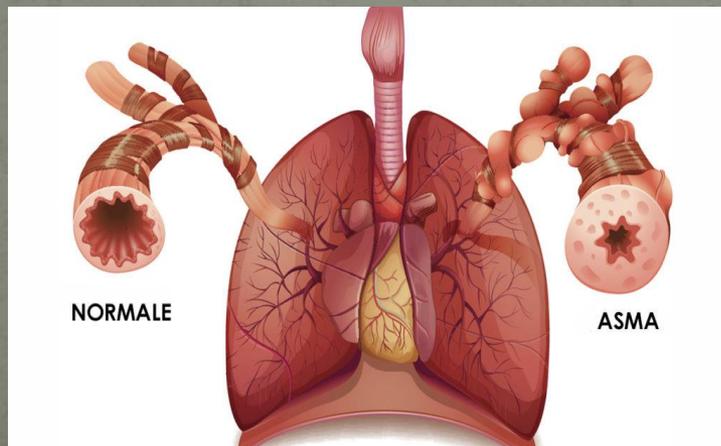
## Dipendenza



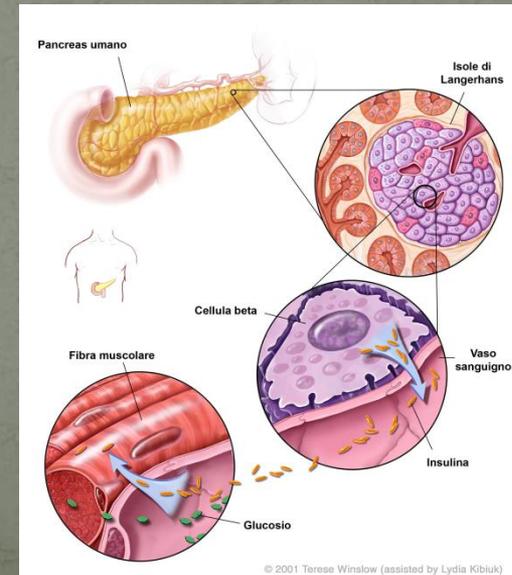
## Infarto miocardico



## Asma bronchiale



## Diabete mellito



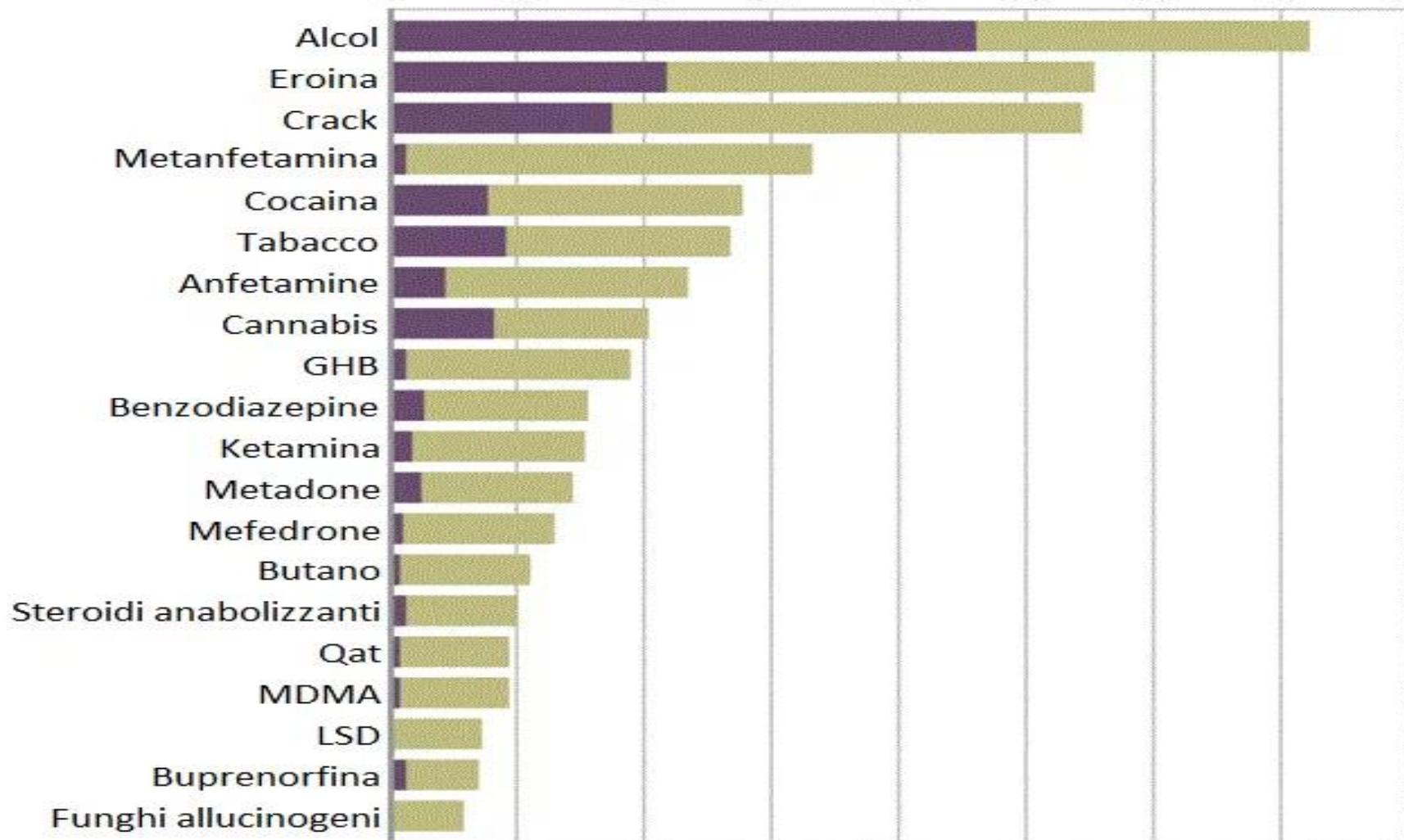
# Droghe più dannose

■ Danni a terzi (CW\*54)

■ Danni al consumatore (CW\*46)

Livello generale di danno

0 10 20 30 40 50 60 70 80



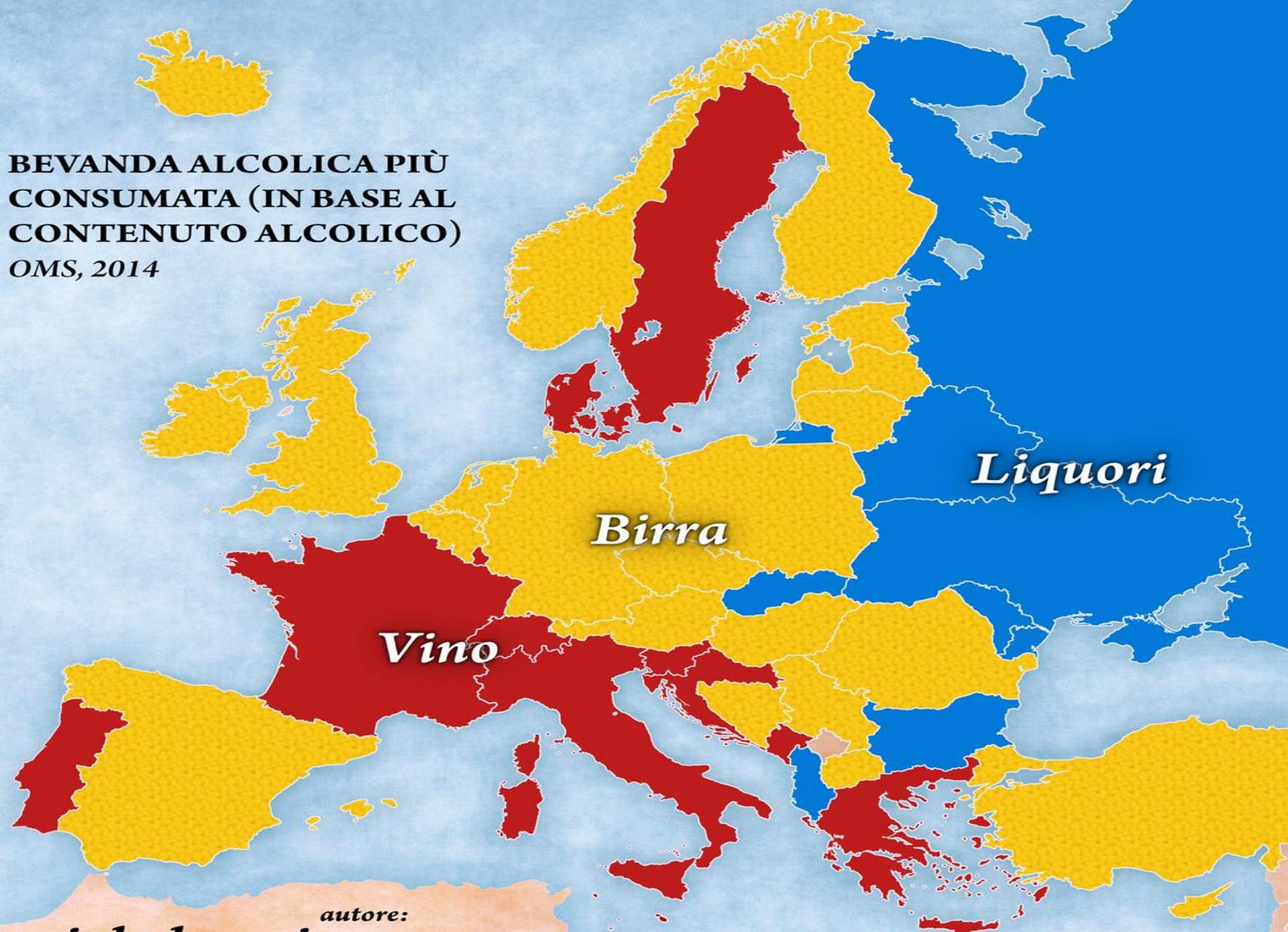
\*Peso Cumulativo

Fonte: The Lancet

	Danno fisico				Dipendenza				Danno sociale			
	Media	Assunzione acuta	Assunzione cronica	Assunzione endovenosa	Media	Piacere	Dipendenza psicologica	Dipendenza fisica	Media	Intossicazione	Danno sociale	Costi per la Sanità
Eroina	2.78	2.8	2.5	3.0	3.00	3.0	3.0	3.0	2.54	1.6	3.0	3.0
Cocaina	2.33	2.0	2.0	3.0	2.39	3.0	2.8	1.3	2.17	1.8	2.5	2.3
Barbiturici	2.23	2.3	1.9	2.5	2.01	2.0	2.2	1.8	2.00	2.4	1.9	1.7
Metadone	1.86	2.5	1.7	1.4	2.08	1.8	2.3	2.3	1.87	1.6	1.9	2.0
Alcol	1.40	1.9	2.4	NA	1.93	2.3	1.9	1.6	2.21	2.2	2.4	2.1
Chetamina	2.00	2.1	1.7	2.1	1.54	1.9	1.7	1.0	1.69	2.0	1.5	1.5
Benzodiazepine	1.63	1.5	1.7	1.8	1.83	1.7	2.1	1.8	1.65	2.0	1.5	1.5
Anfetamine	1.81	1.3	1.8	2.4	1.67	2.0	1.9	1.1	1.50	1.4	1.5	1.6
Tabacco	1.24	0.9	2.9	0	2.21	2.3	2.6	1.8	1.42	0.8	1.1	2.4
Buprenorfine	1.60	1.2	1.3	2.3	1.64	2.0	1.5	1.5	1.49	1.6	1.5	1.4
Cannabis	0.99	0.9	2.1	0	1.51	1.9	1.7	0.8	1.50	1.7	1.3	1.5
Solventi	1.28	2.1	1.7	0	1.01	1.7	1.2	0.1	1.52	1.9	1.5	1.2
4-MTA	1.44	2.2	2.1	0	1.30	1.0	1.7	0.8	1.06	1.2	1.0	1.0
LSD	1.13	1.7	1.4	0.3	1.23	2.2	1.1	0.3	1.32	1.6	1.3	1.1
Metilfenidato	1.32	1.2	1.3	1.6	1.25	1.4	1.3	1.0	0.97	1.1	0.8	1.1
Steroidi	1.45	0.8	2.0	1.7	0.88	1.1	0.8	0.8	1.13	1.3	0.8	1.3
γ-Idrossibutirrato	0.86	1.4	1.2	0	1.19	1.4	1.1	1.1	1.30	1.4	1.3	1.2
Ecstasy (MDMA)	1.05	1.6	1.6	0	1.13	1.5	1.2	0.7	1.09	1.2	1.0	1.1
Qat (Catha edulis)	0.93	1.6	0.9	0.3	0.87	1.6	0.7	0.3	0.97	0.8	0.7	1.4
Arile nitrita	0.50	0.3	1.2	0	1.04	1.6	1.2	0.3	0.85	0.7	1.1	0.8

**BEVANDA ALCOLICA PIÙ  
CONSUMATA (IN BASE AL  
CONTENUTO ALCOLICO)**

*OMS, 2014*



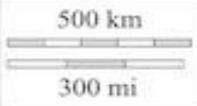
*Liquori*

*Birra*

*Vino*

autore:

***[jakubmarian.com](http://jakubmarian.com)***



© d-maps.com

●→ Equidistant conic

# Linee guida per la popolazione italiana

Per non mettere a rischio la tua salute è sufficiente rispettare e non superare i limiti di consumo giornaliero previsti dalle linee guida nutrizionali.

zero unità fino a 16 anni  
1 unità tra i 18 e i 20 anni  
1 unità oltre i 65 anni

2 unità per gli uomini

1 unità per le donne

se il consumo è zero non corri alcun rischio

Ricorda che un bicchiere di vino (da 125 ml), una birra (da 330 ml), un aperitivo (da 80 ml) oppure un bicchiere di superalcolico (da 40 ml) contiene la stessa quantità di alcol pari a circa 12 gr.

	oppure		oppure		oppure	
<b>birra</b>		<b>vino</b>		<b>aperitivo</b>		<b>cocktail alcolico</b>
bicchiere 330 ml		bicchiere 125 ml		bicchiere 80 ml		bicchiere 40 ml

È da considerare **a basso rischio** una quantità di alcol giornaliera da assumersi durante i pasti principali (non fuori pasto) che non deve superare i 20 grammi per gli uomini e i 10 grammi per le donne.

E' inoltre a maggior rischio il consumo in un'unica occasione di 5 o più bevande alcoliche (**Binge drinking**)



<b>Birra</b> 330 ml		<b>Vino</b> 125 ml		<b>Aperitivo</b> 80 ml		<b>Cocktail alcolico</b> 40 ml	
	oppure		oppure		oppure		
		4,5°		12°		18°	36°
<b>1 bicchiere = 1 unità = 12 grammi di alcol</b>							



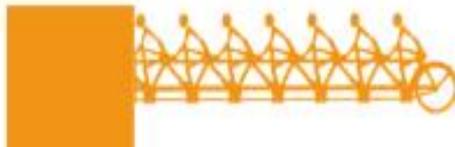
# Linee guida per la popolazione italiana

## **IN QUALI CONDIZIONI È RACCOMANDABILE NON BERE**

**Al di sotto dei 18 anni la legge vieta la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche.**

Ci sono altre situazioni in cui è raccomandata l'astensione completa dal consumo di bevande alcoliche:

- Se è stata programmata una **gravidanza**;
- Se si è in gravidanza o si sta **allattando**;
- Se si assumono **farmaci**;
- Se si soffre di una **patologia acuta o cronica**;
- Se si è **alcolisti**;
- Se si hanno o si sono avuti altri tipi di **dipendenza**;
- Se si è a **digiuno** o lontano dai pasti;
- Se ci si deve recare al lavoro o durante l'**attività lavorativa**;
- Se si deve **guidare un veicolo** o usare un macchinario.



# PATTERN DI CONSUMO DI ALCOL



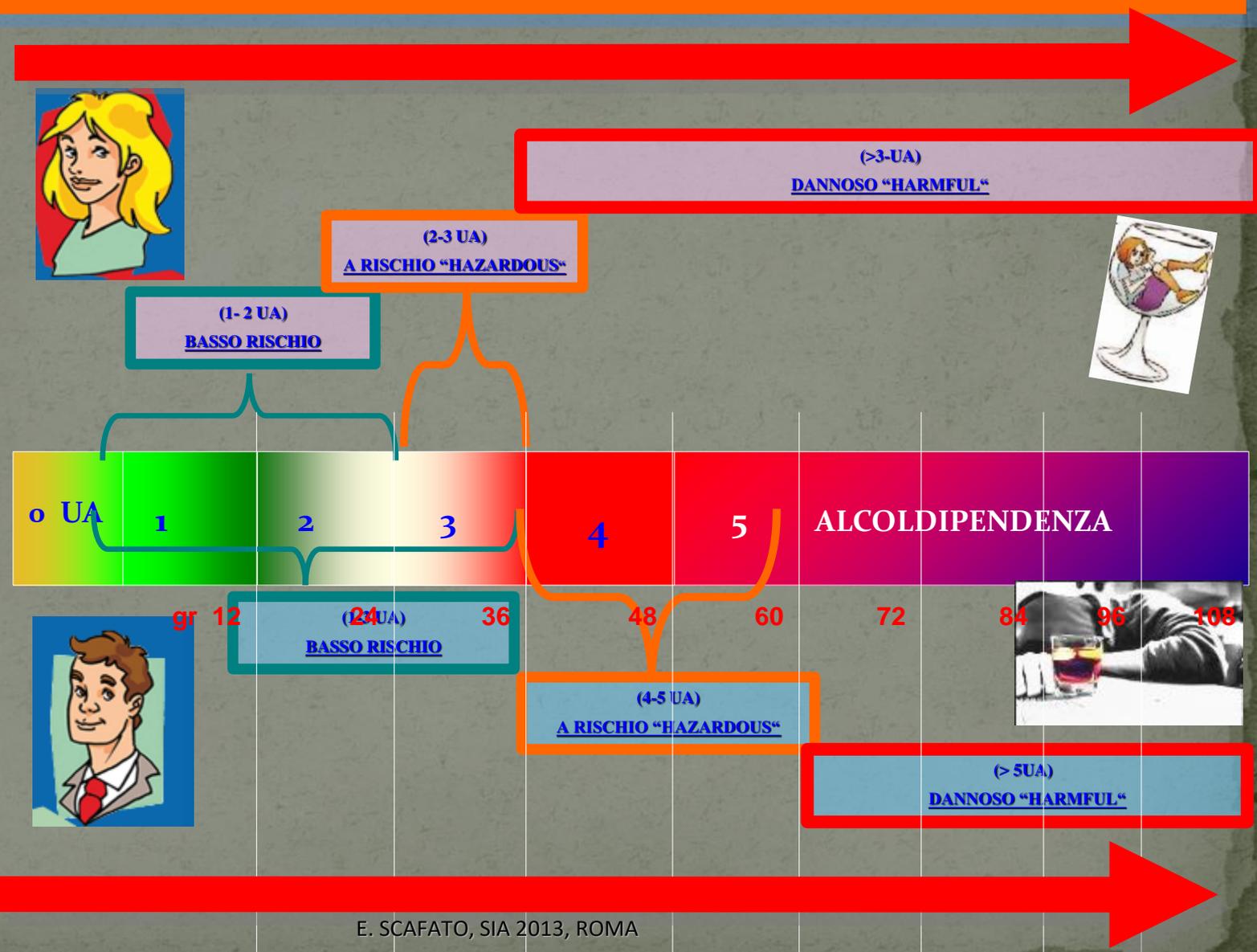
## Secondo l'OMS Disturbi da Uso di Alcol

**Per consumo a rischio** di alcol si intende un livello di consumo o una modalità del bere che può essere causa di rischio, a seguito del persistere di tali abitudini; l'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica tale condizione come un consumo quotidiano superiore a 10 grammi di alcol puro per le donne, ed a 20 grammi per gli uomini.

**Il consumo dannoso** viene definito come "una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale"

Si può definire **consumo eccessivo** episodico l'assunzione di almeno 60 g di alcol in un'unica occasione (World Health Organization 2004). In termini non scientifici esso è spesso denominato *binge drinking*.

# Rischio ALCOL come *continuum* con spostamenti della persona da una categoria di consumo all'altro nel corso della vita



## ICD-10 – Criteri diagnostici per l'alcoldipendenza

*La diagnosi di alcoldipendenza dovrebbe essere posta solo nel caso in cui negli ultimi 12 mesi si siano verificate contemporaneamente tre o più delle seguenti condizioni:*

1. Forte desiderio o spinta compulsiva ad assumere alcol.
2. Difficoltà a controllarsi riguardo ad inizio, termine o livello di assunzione alcolica.
3. Stato di astinenza fisica se si smette di bere o si riduce la quantità (es. tremore, sudore, tachicardia, ansietà, insonnia, oppure, più raramente, attacchi epilettici, disorientamento, o allucinazioni), oppure bere per stare meglio o per evitare sintomi di astinenza.
4. Aumentata tolleranza, tale che per ottenere effetti originariamente prodotti da dosi inferiori è necessario aumentare le dosi.
5. Abbandono progressivo di interessi o piaceri alternativi ed aumento del tempo dedicato a procurarsi o assumere alcol, oppure a riprendersi dai suoi effetti.
6. Persistere nell'utilizzo di alcol nonostante la consapevolezza delle conseguenze francamente dannose, come i danni al fegato, gli stati di umore depresso conseguenti a periodi di consumo elevato di alcolici, o il deterioramento delle funzioni cognitive alcol-correlato.

**Il questionario AUDIT-C è una versione ridotta del test AUDIT di cui contempla le prime tre domande**

1. Con quale frequenza assume bevande alcoliche?
2. Quando assume bevande alcoliche, quanto le capita di bere in media, ad esempio in un giorno?
3. Con quale frequenza beve 6 o più bicchieri di alcol (= unità di bevanda alcolica) in un'unica occasione?

### **Interpretazione**

Il punteggio per ogni risposta va da 0 a 4. Il punteggio finale minimo di un questionario AUDIT-C è pertanto 0, il massimo 12. Se un uomo ottiene 4 o più punti, e una donna 3 o più, il test rivela un rischio superiore alla media di sviluppare disturbi legati all'alcol (consumo a rischio, dannoso, o alcoldipendenza). In tal caso va presa in considerazione l'opportunità di avviare un trattamento.

## Test C.A.G.E.

**C**ut down (diminuire) Hai mai pensato recentemente di dover bere meno alcol? SI NO

**A**nnoyed (Infastidito) Ti sei mai irritato per osservazioni inerenti al tuo modo di bere? SI NO

**G**uilty (Colpevole) Ti sei sentito in colpa per il tuo bere? SI NO

**E**ye opener (Risveglio) Hai mai bevuto alcolici al risveglio? SI NO

Se hai dato almeno 2 risposte affermative il tuo consumo di bevande alcoliche potrebbe essere causa di problemi.

Se hai dato 3 risposte affermative è molto probabile che la tua modalità di consumare alcolici sia diventata un problema, per la salute fisica e la vita quotidiana.

All'inizio l'uomo prende un bicchiere, poi il bicchiere prende il bicchiere, infine il bicchiere prende l'uomo”

Proverbio cinese del XVII secolo

In questo proverbio datato (400 anni) risulta evidente di come la conoscenza della patologia alcolcorrelata, in questo caso la dipendenza, fosse perfettamente diffusa nella popolazione.

Infatti si può vedere di come già allora fossero noti gli elementi costitutivi della dipendenza.

All'inizio l'uomo prende un bicchiere (**craving**), poi il bicchiere prende il bicchiere (**tolleranza**), infine il bicchiere prende l'uomo (**compulsione ed astinenza fisica**)”

Proverbio cinese del XVII secolo

# INDICI DIAGNOSTICI DI PROBLEMATICITA' ALCOL CORRELATA

Area socio-familiare

Area  
comportamentale

Area psichica

Area del danno fisico

## Area socio-familiare

### Problemi familiari

- violenza fra le mura domestiche
- deterioramento del rapporto di coppia
- divorzi/separazioni

### Problemi lavorativi

### Incidenti domestici

### Incidenti stradali (infrazione art.186 ncs)

### Problemi giudiziari

- guida in stato di ebbrezza
- risse
- oltraggi
- abusi sessuali
- abuso di minori
- omicidi

### Senza fissa dimora

# INDICI COMPORTAMENTALI DI ABUSO ALCOLICO SUL LUOGO DI LAVORO

- Calo della performance
- Assenze frequenti
- Infortuni frequenti
- Ricorso a certificati di malattia
- Conflittualità con i colleghi
- Instabilità lavorativa
  
- Deterioramento dell'igiene personale e dell'abbigliamento
- Scarsità di interessi

## Area psichica

Deficit cognitivi

Irritabilità

Ansia

Idee suicidiarie

Cambiamento di personalità

Amnesie

Insonnia

Depressione

Scarsa attenzione

Difficoltà alla concentrazione

## Area del danno fisico

Epatopatie (epatopatia acuta, S.Zieve, steatosi, epatopatia cronica, cirrosi epatica, epatocarcinoma)

Pancreatopatie (pancreatite acuta e cronica)

Sindrome di Mallory-Weiss

Sindrome Boerhaave

Gastroduodeniti

Sindrome da malassorbimento

Impotenza

Aborto

Tumori (orofaringe, esofago, laringe, mammella, fegato, colon)

Sindrome Feto-alcolica (FAS)

Patologie del Sistema Cardiovascolare

Danno cerebrale

Polineuropatia

Miopatia

Traumatologia (domestica, lavorativa, stradale)

Deficit immunologici (facilità alle infezioni, tumori)

Reazioni con farmaci

Nel panorama tossicologico attuale sono sempre maggiormente frequenti le associazioni nell'uso delle sostanze psicoattive pertanto quello che viene riportato nella presentazione sono i danni da assunzione "pura" di alcol ma evidentemente, per quanto detto sopra, non vanno dimenticati i danni da associazioni di uso.

A scopo esemplificativo si ricorda il sinergismo alcol e cocaina dove nel metabolismo epatico delle due sostanze viene a formarsi per transesterificazione, ad opera della carboxilesterasi, la COCAETILENE che produce un potenziamento della epatotossicità delle due sostanze.

Mentre l'associazione alcol e tetraidrocannabinolo determina un sinergismo del determinismo del danno sul S.N.C.

# SINDROME FETO-ALCOLICA



## Teratogenesi da alcol

- Elevata tossicità in quanto sia l'alcol che l'acetaldeide hanno una rapida diffusione attraverso la placenta
- Il feto non possiede un adeguato patrimonio enzimatico atto alla metabolizzazione dell'alcol
- Il danno al prodotto del concepimento dipende dal periodo di gestazione in cui è avvenuta l'esposizione
- Concomitante assunzione di altre sostanze d'abuso

# SINDROME FETO-ALCOLICA

## Caratteristiche

Alterazioni Sistema Nervoso Centrale

Microcefalia

Ritardo mentale lieve o moderato

Scarsa coordinazione dei movimenti

Disturbi del tono muscolare (prev.ipotonia)

Irritabilità del neonato e del lattante

Iperattività del bambino

Disturbi dell'accrescimento

Ridotto sviluppo prenatale (peso e lunghezza)

Ridotto sviluppo postnatale (peso e lunghezza)

Tessuto adiposo molto ridotto

Caratteristiche facciali

Rima palpebrale corta

Naso piatto

Filtro ipoplasico

Mascella ipoplasica

Retrognazia del lattante

Micrognazia o relativa prognazia dell'adolescente

Labbro superiore sottile

# Sindrome feto alcolica

Ridotta  
circonferenza

Attacco delle  
orecchie  
più basso

Naso corto

Punta all'insù

Labbro  
superiore  
sottile

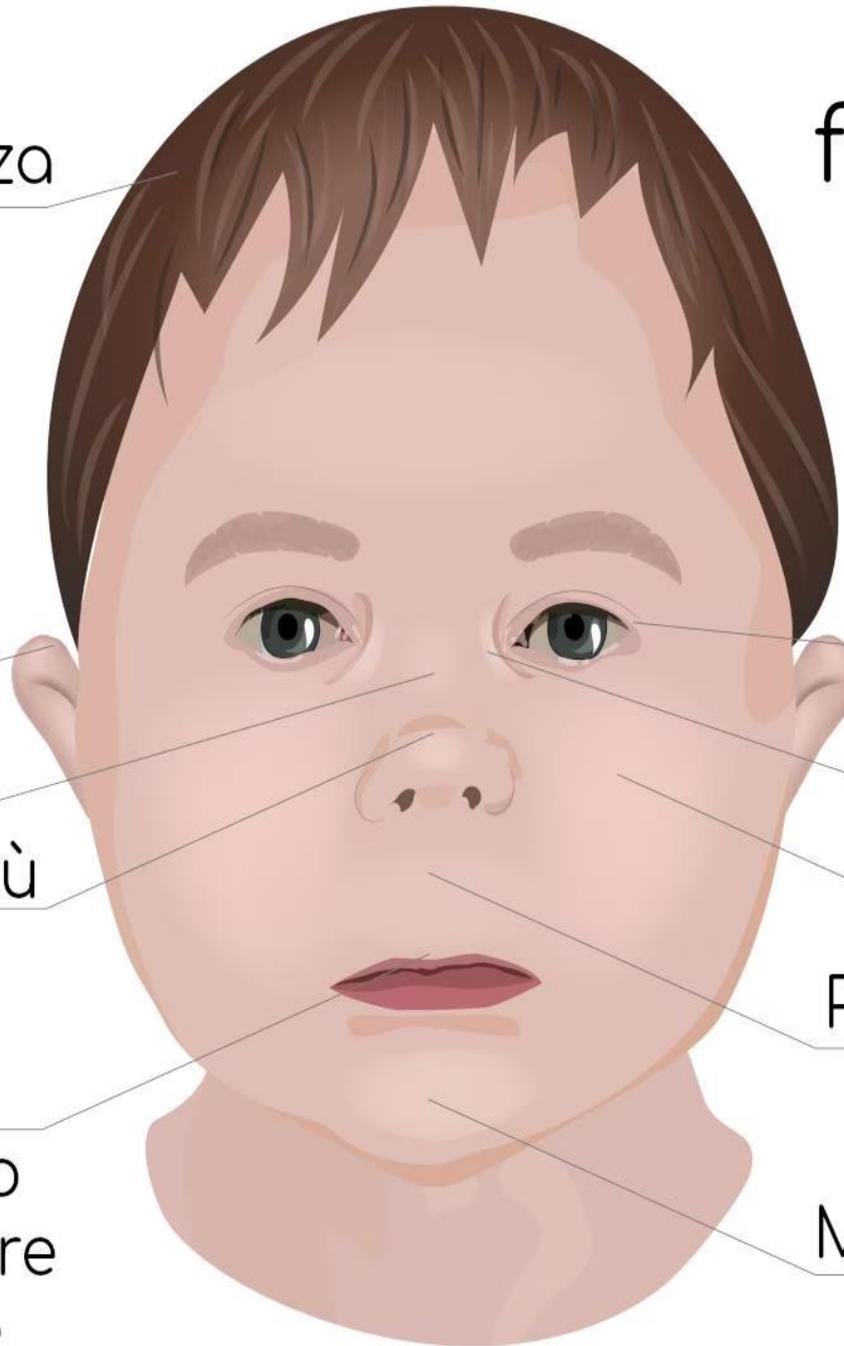
Rima palpebrale  
piccola

Piegua cutanea

Estensione  
ridotta

Prolabio liscio

Mascella piccola



## SINDROME FETO-ALCOLICA Patologia d'organo

Organi	Associazione frequente (>25% dei casi)	Associazione occasionale (<25% casi)
Apparato visivo	Ptosi, strabismo, epicanto	Miopia, microftalmia
Apparato uditivo	Rotazione posteriore	Conca scarsamente modellata
Bocca	Creste palatini laterali prominenti	Labiopalatoschisi, denti piccoli con difetto dello smalto
Cuore	Difetto interatriale	Difetto interventricolare, tetralogia di Fallot
Apparato urogenitale	Ipoplasia della labbra	Ipospadi, rene piccolo, idronefrosi
Cute	Emangiomi	Irsutismo
Muscoli		Ernie diaframmatiche, diastasi mm retti, ernie ombelicali ed inguinali
Apparato scheletrico	Pectus excavatum	Articolazioni rigide, Ipoplasia delle unghie, scoliosi, polidattilia, Sinostosi, radio-ulnare, petto carenato

# SINDROME DI ASTINENZA ALCOLICA NEL NEONATO

Pianto inconsolabile

Tremori

Agitazione psicomotoria

Convulsione tonico-cloniche

Trattamento

Fenobarbital

## Uso di THC e gravidanza

Uso cronico di THC in gravidanza

Aborto

Ritardo maturazione fetale

Alterazione della durata della gestazione e nel travaglio del parto

Periodo perinatale (via transplacentare e latte materno)

Gola lupica

Esencefalia

## Uso cocaina in gravidanza

Diminuizione del flusso placentare  ipossia fetale

Contrazioni uterine

Iperensione arteriosa persistente del neonato

Basso peso alla nascita

Microcefalia

SIDS

Ritardo mentale (alterazioni del linguaggio e del QI)

## Uso di oppiacei in gravidanza

Basso peso alla nascita

Aritmie

Parto pretermine e conseguente distacco prematuro delle membrane

Aborto spontaneo.

Alla nascita del neonato

Sindrome di overdose neonatale

SIDS

Disturbi comportamentali durante la crescita

Sindrome di astinenza.

## Effetti dell'alcol sulle performance

Crescente tendenza ad assumere comportamenti rischiosi per effetto disinibente, riflessi leggermente disturbati

aumento dei livelli della percezione di autoefficacia

L'elaborazione mentale delle percezioni sensoriali è ridotta

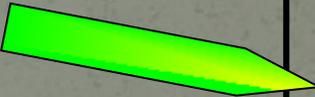
Facoltà visiva laterale ridotta, valutazione errata della distanza.

Forte prolungamento dei tempi di reazione

Diminuizione della capacità di adattamento all'oscurità, alterata percezione della distribuzione nello spazio degli oggetti

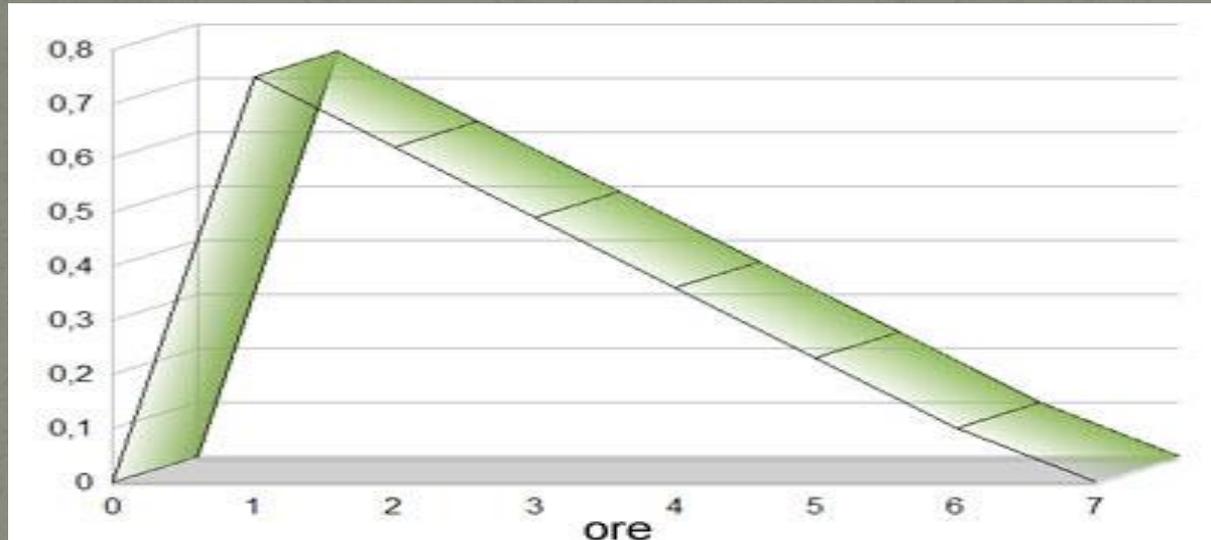
Il livello della capacità visiva e di attenzione e dei tempi di reazione è disastroso: lo stato di ebbrezza è chiaramente visibile

Alcolemia g/l

	0,2
	0,3
	0,4
	<b>0,5</b>
	0,6
	0,7
	0,8
	0,9
	1,0

## Curva alcolemica

La *velocità di eliminazione dell'alcol* è di circa **0,15 grammi per litro di sangue in un ora**



Ma attenzione la presenza dell'alcol nel sangue dipende da molte variabili:

Sesso (le donne posseggono un'attività dell'ADH gastrica ridotta)

Assunzione a digiuno (assorbimento più rapido)

Assunzione contemporanea di altre sostanze (farmacologiche o d'abuso)

Tipo e gradazione di bevanda (es. bevande gassate hanno un assorbimento più rapido)

Introduzione attraverso vie indirette (cibi, farmaci etc.)

# Effetti visivi dell'alcol alla guida

## Abbagliamento

→ *La luce è percepita con più forza, si tende a chiudere gli occhi e a lasciare il volante.*

## Visione a tunnel

→ *Progressivo restringimento del campo visivo: dalla vista scompare ciò che è laterale.*

## Distanze

→ *La presenza di alcol nel sangue fa sì che **le distanze si allunghino nella percezione.***

## Ritardo nel tempo di frenata

→ *Aumenta il numero dei metri che si percorrono prima di cominciare a frenare.*

## Riduzione della visione notturna

→ *Riduzione della **capacità di adattamento** al buio*

## Diplopia

→ *Le proiezioni delle immagini che dagli occhi vengono trasmesse, attraverso il nervo ottico, alla corteccia occipitale per l'alterazione della trasmissione neurogena **avvengono in tempi diversi***



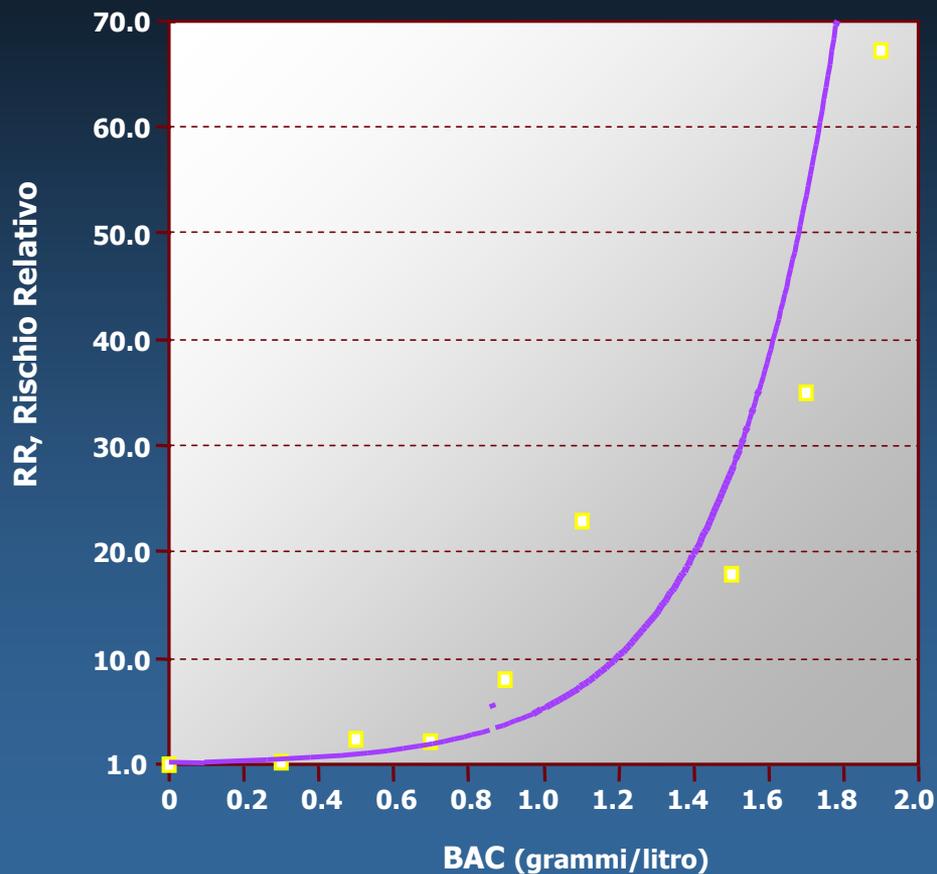


Il livello sicuro di alcoemia alla guida è 0  
**INDIPENDENTEMENTE DAI VALORI PRESCRITTI DALLA LEGGE**



## ONAT – Osservatorio Nazionale “Ambiente e Traumi”

RISCHIO RELATIVO DI PROVOCARE UN INCIDENTE STRADALE GRAVE O MORTALE  
IN FUNZIONE DELL'ALCOLEMIA DEL CONDUCENTE



# Aspetti legislativi alcol e guida

- 1959 Testo unico disciplina circolazione stradale.  
Sicurezza alla guida che rimandava al codice penale.
- 1977 Progetto del Nuovo Codice della Strada  
in Commissione Interministeriale (limite 0,8 g/l)
- 1988 Legge n.111 viene sancita la guida in stato di ebbrezza (art.17)
- D.M. 10/8/1988 Tasso alcolemico "illegale" 80 mg/100ml
- D.M. n.196 25/5/1990 Regolamento attuativo 0,8 g/l
- Nuovo Codice della Strada (in vigore dal 1.1.1993) Nuova regolamentazione. Art. 186 con introduzione delle conseguenze penali per alcolemie > 0,8 g/l

Legge quadro sull'alcol n.125 30.3.2001 Nuovo limite 0,5 g/l. Presenza di un alcolologo all'interno delle CMLPG

Legge 210, 29.7.2010 zero di Divieto della vendita di superalcolici nelle aree di servizio autostradali dalle 22 alle 6. Tolleranza zero sull'assunzione di alcool da parte di neopatentati (con patente da meno di 3 anni), minori di 21 anni e persone che svolgono a livello professionale attività di trasporto di persone o cose.

Legge 41, 23.3.2016 Reato di omicidio stradale

# Percorsi per infrazione art. 186 n.cs



Medico Legale

Commissione Medica  
Locale Patenti di Guida

Idoneità alla guida

(MAP)



Giuridico

Tribunale

Pena con relative  
possibilità  
di attenuazione

## **POSITIVITA' AD ALCOL TEST (dati della Polizia stradale)**

<b>Anno</b>	<b>Controlli effettuati art.186</b>	<b>Contravvenzioni</b>
<b>1999</b>	<b>18.979</b>	<b>1955 (10,3%)</b>
<b>2002/2003</b>	<b>85.699</b>	<b>33.960 (39,6%)</b>
<b>2003/2004*</b>	<b>122.569</b>	<b>33.457 (27,7%)</b>

**\*Patente a punti introdotta:1 Luglio 2003**

## Infrazioni ed incidentalità stradale 2001-2023 dati della Polizia di Stato

Caratteristica	2001	2002	2003	2004	....	2011	2012	2013	2014
Incidenti stradali	100.137	114.611	100.295	93.917		65.089	58.547	58.613	56.061
Incidenti mortali	2.049	2.215	1.920	1.673		1.006	919	797	777
Morti	2.309	2.520	2.187	1.891		1.109	1.018	902	857
Feriti	74.169	84.217	72.342	66.777		46.618	41.645	39.896	38.188
Art.173 n.c.s	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.		40.722	35.465	29.719	28.521
Art.186 n.c.s	16.239	21.076	22.059	24.909		25.956	23.436	21.427	18.821
Art.187 n.c.s	1.253	1.069	1.372	1.625		1.990	1.443	1.295	1.146
n.c.s									

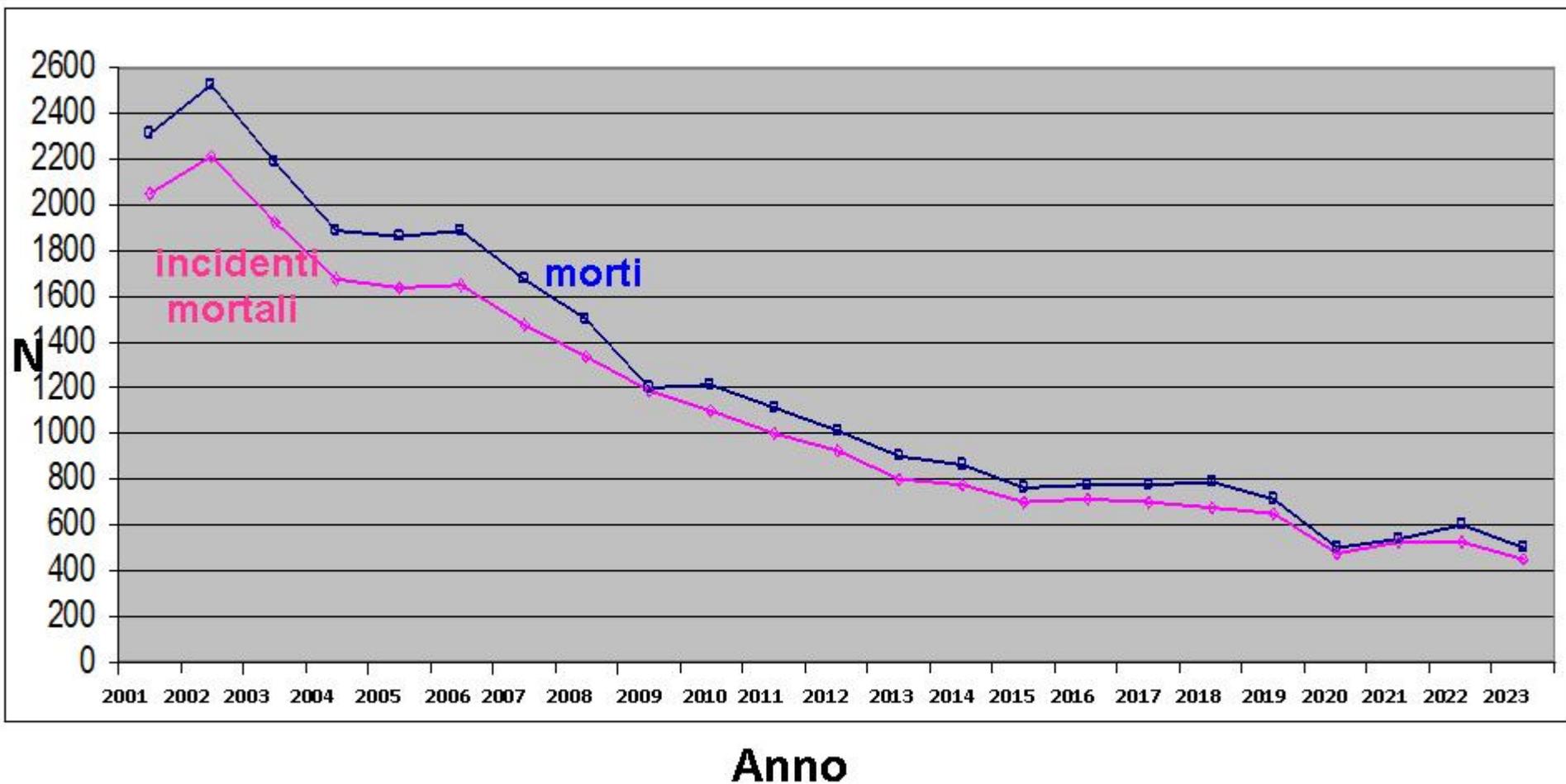
Fonte: [Poliziadistato.it](http://Poliziadistato.it)

## Infrazioni ed incidentalità stradale 2001-2023 dati della Polizia di Stato

<b>Caratteristica</b>	<b>.....</b>	<b>.....</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
<b>Incidenti stradali</b>			53.268	53.004	50.677	35.457	43.143	45.756	45.127
<b>Incidenti mortali</b>			695	672	651	473	520	525	452
<b>Morti</b>			776	788	716	504	562	601	498
<b>Feriti</b>			34.077	32.690	31.685	19.189	23.433	25.587	24.911
<b>Art.173 n.c.s</b>			49.185	46.030	53.268	39.323	41.506	40.335	44.359
<b>Art.186 n.c.s</b>			18.103	17.768	17.368	8.797	9.600	13.448	13.700
<b>Art.187 n.c.s</b>			1.439	1.460	1.362	859	827	1.181	1.308

Fonte: [Poliziadistato.it](http://Poliziadistato.it)

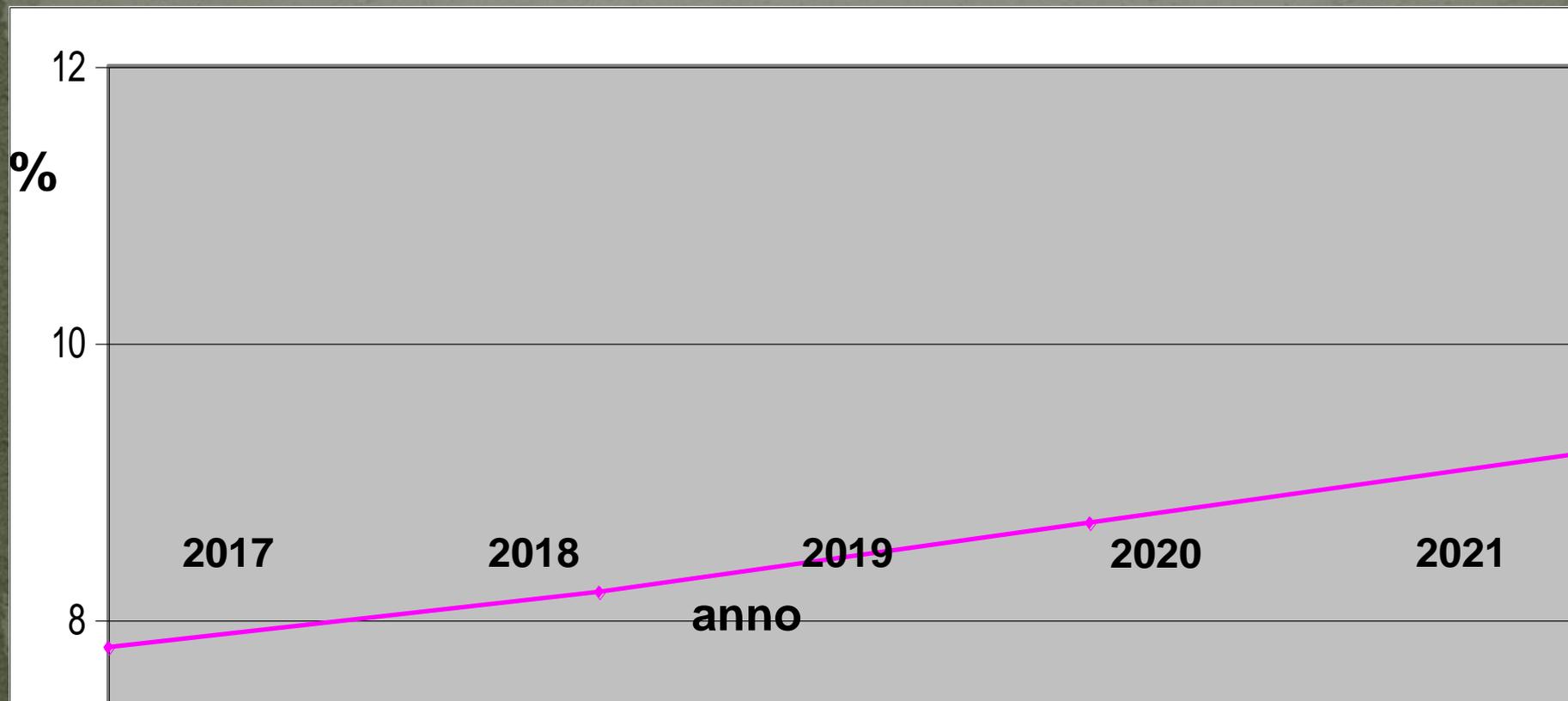
# Andamento dei morti e degli incidenti stradali mortali nel periodo 2001-2023



# Incidenti Stradali alcolcorrelati rilevati dalla Polizia e dai Carabinieri (2017-2021)

Relazione del Ministro della Salute al parlamento sugli interventi realizzati  
ai sensi della legge 30.3.2001 N. 125

## “LEGGE QUADRO IN MATERIA DI ALCOL E PROBLEMI ALCOL CORRELATI”



## Equipe multiprofessionale SerD

Medici

Psicologi

Assistenti sociali

Educatori professionali

Infermieri professionali

Inserimento in  
struttura  
residenziale o  
semiresidenziale

Inserimenti  
socio-  
terapeutici

Terapia  
farmacologica

Terapie  
alternative  
(agopuntura,  
fitoterapia,  
omeopatia etc.)

Gruppi di auto-  
aiuto (AA, CAT,  
NA)

Psicoterapia o  
sostegno  
psicologico

Ricovero  
ospedaliero per  
detossicazione

Nella nostra esperienza l'intervento nelle dipendenze si fonda su:

Poliprofessionalità

Accoglienza a soglia minima

Approccio comunicativo/motivazionale

Coinvolgimento della famiglia

Capacità di dare più opzioni terapeutiche

Capacità di collegarsi con le risorse presenti in una determinata area  
("costruire una rete")

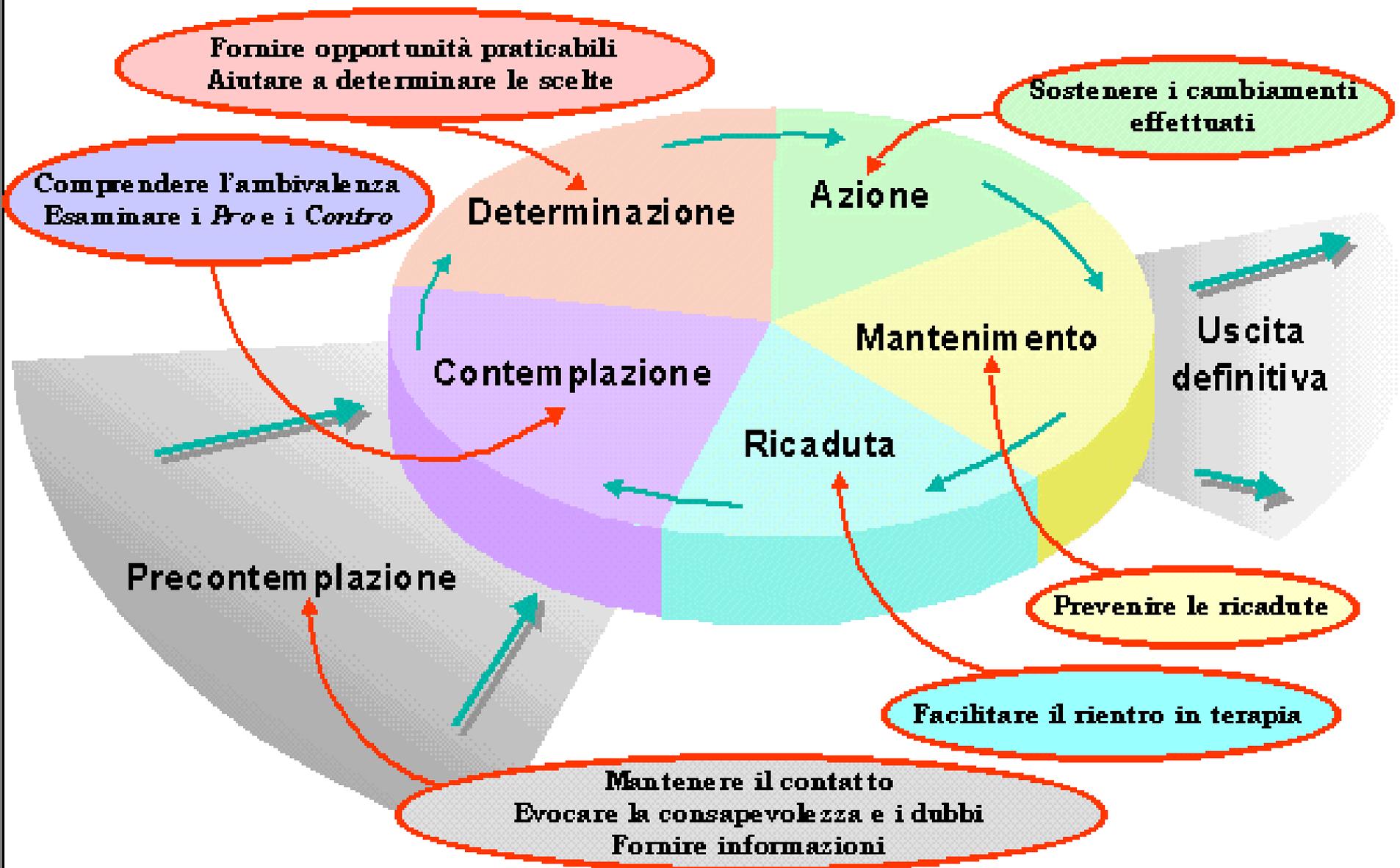
**Paziente e famiglia pertanto dovrebbero:**

Percepire i professionisti come non giudicanti ancorchè competenti

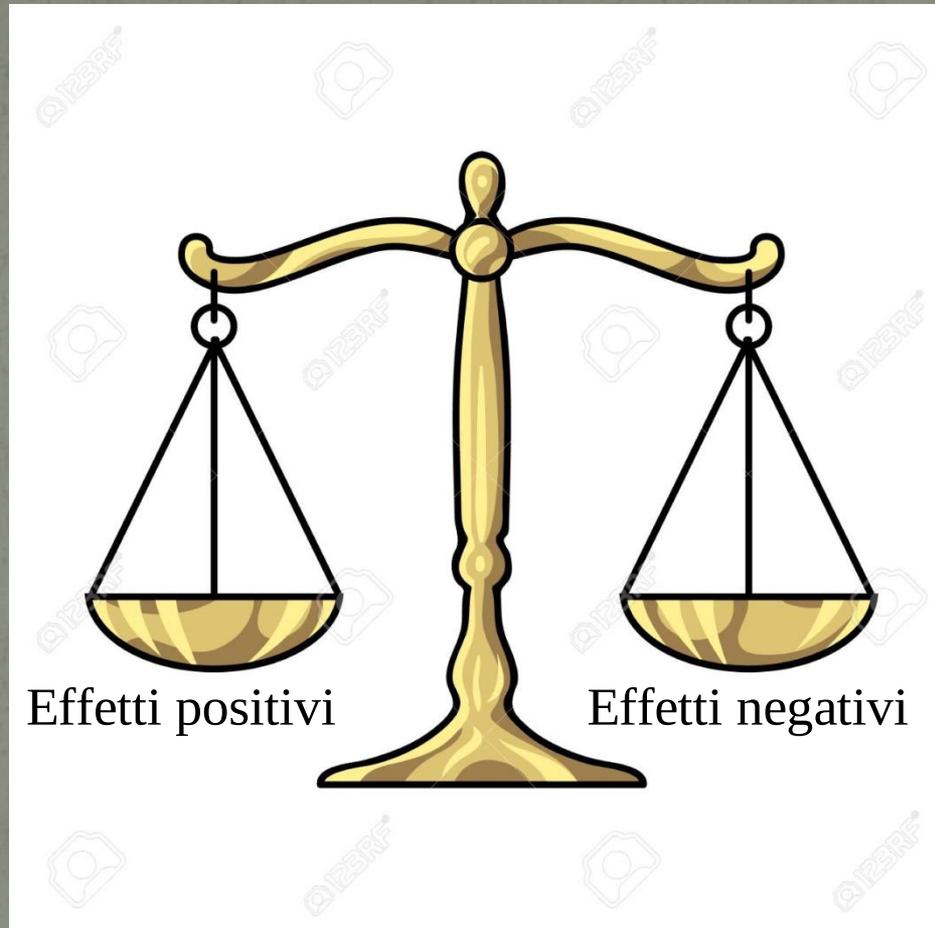
Sentirsi liberi di prendere le decisioni terapeutiche una volta bene informati delle alternative possibili

**DA CIO' NE DERIVA CHE IL TRATTAMENTO SI BASA ESSENZIALMENTE  
SULL'APPROCCIO MOTIVAZIONALE**

# Compiti motivazionali nei vari stadi



# La bilancia decisionale come strumento di motivazione al cambiamento



## L'approccio motivazionale

Si realizza durante sia la visita medica ambulatoriale sia nei gruppi educativi, attraverso il colloquio motivazionale. Gli operatori, avendo valutato il grado di consapevolezza del problema del paziente/famiglia, ne favoriscono la crescita con le conseguenti decisioni.

## Modello d'intervento

Accoglienza



Prima visita ambulatoriale



Visite ambulatoriali successive



Gruppi educativo/motivazionali con testimonianze dei gruppi di auto-aiuto



Invio gruppi di auto-aiuto

E' necessario rimodulare il ruolo del professionista facendo aderire le competenze ai principi dei gruppi di auto aiuto in modo che il trattamento sia un **processo continuativo** e **non consecutivo**. L'integrazione deve essere totale e questo necessita di una conoscenza delle metodologie applicate nei gruppi di auto aiuto.

**FONDAMENTALE** che l'utente non percepisca segnali ambivalenti tra le indicazioni del professionista e quelle del gruppo di auto-aiuto

almeno **cinque** sono i principi che i gruppi di auto aiuto hanno trasmesso al mondo sanitario:

Primo: **libertà o motivazione soggettiva**. Il paziente non può cambiare se non lo fa per sé stesso, piuttosto che per indicazione degli altri, incluso il professionista.

Secondo: **non controllo**. L'approccio *autorità/dipendenza* cioè il modello tradizionale medico /paziente si è mostrato inefficace e frustrante, nel campo delle dipendenze, rispetto a un rapporto flessibile e atipico che dà onore alla *partecipazione* del cliente coi *suoi* tempi nella definizione del programma terapeutico.

Terzo: **consapevolezza dei limiti**. Il professionista non è “onnipotente”, come ci si aspetta in altre aree della sanità. Cioè non può essere in grado di curare da solo il paziente.

Quarto: **famiglia**. La dipendenza è una problematica sia dell'individuo, sia della intera famiglia.

Quinto: **collaborazione**. Come i gruppi collaborano con medici e servizi socio sanitari, a cui devono parte del loro sviluppo, così il professionista tratta efficacemente il dipendente e la famiglia accettando la collaborazione con i gruppi di auto-aiuto



Il professionista scende dalla giostra

e.....monta sul treno



Il familiare viene visto come colui che è portatore di un problema e non come “alleato” del terapeuta. Da ciò ne deriva che anch'esso deve trovare una risposta al proprio disagio. La risposta non può essere indicata dal professionista, che viene individuato come colui che non può comprendere il disagio non avendolo mai vissuto, ma da un pari (altro familiare) che può raccontare la sua esperienza non esprimendo un giudizio (gruppi di auto-aiuto per familiari).

L'auto-aiuto rappresenta uno strumento efficace ed economico. Inoltre dovendo perseguire nell'ambito delle dipendenze ,come scopo finale , un cambiamento dello stile di vita rappresenta uno strumento imprescindibile nel trattamento. Il ruolo nel trattamento è giustificato sia dal sostegno continuativo al paziente (gruppi, sponsor, ausilio delle telefonate etc.) sia da un modello di stile di vita che viene rinforzato reciprocamente dai pazienti.

Il fine ultimo del recupero di un utente affetto da dipendenza da sostanze o comportamenti non deve essere la ricerca dell'assenza di malattia ma il benessere fisico, psicologico e sociofamiliare. Il cambiamento necessario per incidere in questi tre campi non è altro che il cambiamento dello stile di vita che è l'obiettivo che perseguono i gruppi di auto aiuto nel campo delle dipendenze.

Ciò concorda perfettamente con il concetto di salute adottato dall'OMS nella sua carta fondativa del 1948 (salute definita come **stato di** completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia) e ripreso nella nuova definizione presentata nel 2011 che definisce la SALUTE come “la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive”.

Come si vede fine terapeutico delle strutture sanitarie, scopi dei gruppi di auto-aiuto e principi dell'OMS coincidono e quindi **l'integrazione** non diventa possibile ma **indispensabile**

# CARATTERISTICHE DEI GRUPPI DI AUTO AIUTO NEL TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA

Caratteristica	12 passi	Metodo Hudolin
Partecipazione alle riunioni	Gruppi separati tra dipendenti e familiari	Dipendenti insieme ai familiari
Coordinamento della riunione	Partecipante al programma, mai lo stesso, in recupero	Servitore /insegnante specificamente formato
Frequenza delle riunioni	Non c'è un gruppo di appartenenza ma volendo si può frequentare un gruppo anche tutti i giorni	Settimanale
Divisione del gruppo	Non c'è un limite stabilito di partecipanti	Quando viene superato il numero di 12 famiglie
Concetto della dipendenza	Malattia	Stile di vita

## IL RUOLO DEL PROFESSIONISTA NELLA SCELTA DEL TIPO DI GRUPPO

Da quanto detto la conoscenza dei gruppi è fondamentale per il professionista per consigliare, se viene richiesto, la metodologia migliore per *la famiglia* davanti alla quale si trova

La scelta del gruppo è uno strumento terapeutico e come tale ne vanno valutate le caratteristiche al fine di rispondere al meglio alle esigenze dell'utente

Nella individuazione del gruppo rimane comunque fondamentale e preponderante *la scelta* dell'utente e della famiglia

Il professionista deve comunque *rispettare le scelte* dell'utente e della famiglia esprimendo un parere solo se gli viene richiesto (rispetto della scelta)

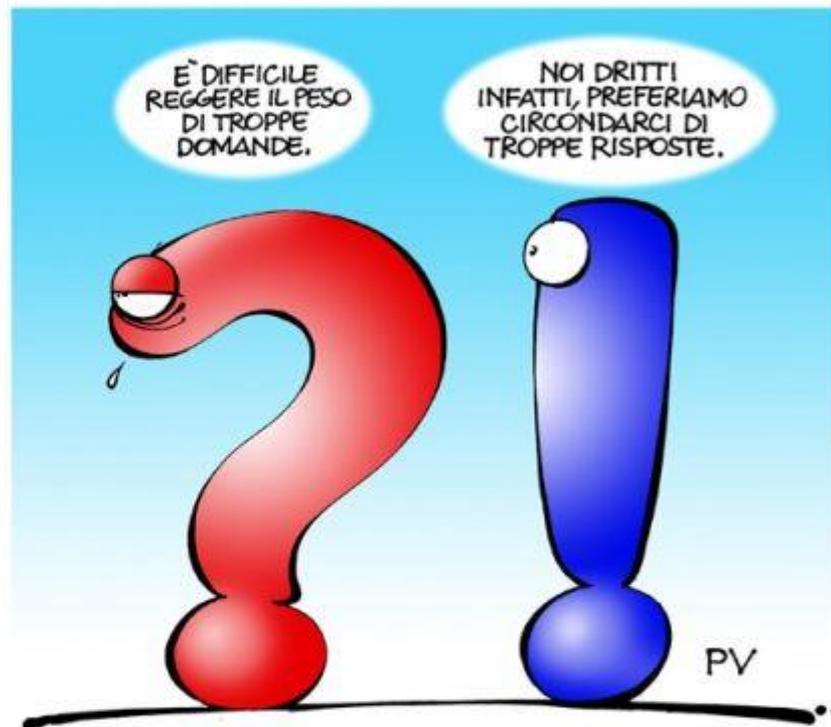
# Gruppi di auto-aiuto nelle dipendenze



Associazione  
Italiana del  
**Club**  
Alcolici  
Territoriali  
(metodo hudolin)



# Domande?



Grazie per l'attenzione!

