

**Alcol e Prevenzione nei Contesti  
di Assistenza Sanitaria Primaria**

**Programma di  
Formazione IPIB-PHEPA  
Identificazione precoce  
e intervento breve  
dell'abuso alcolico in  
Primary Health Care**

**a cura di Emanuele Scafato**

Questo volume è basato sulla traduzione e adattamento del testo "Alcohol and Primary Health Care: Training Programme on Identification and Brief Interventions" prodotto da Antoni Gual, Peter Anderson, Lidia Segura e Joan Colom in rappresentanza dei membri del Progetto PHEPA (Primary Health Care Project on Alcohol) cofinanziato dalla Commissione Europea e dal Dipartimento della Salute del Governo della Catalogna (Spagna). Tutti i materiali originali sono disponibili alla pagina <http://www.phepa.net>.

Il volume in italiano ed il corso di formazione svolto dall'Istituto Superiore della Sanità, partner nazionale del progetto PHEPA, è il contributo espressamente richiesto dalla prosecuzione del progetto PHEPA 2 che prevede l'implementazione armonizzata e standardizzata dell'identificazione precoce ed intervento breve in tutti gli Stati Membri e per le cui attività il Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate e l'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - CNESPS sono promotori esclusivi sulla base del mandato europeo ricevuto.

Tutte le evidenze scientifiche su cui il volume fonda i contenuti e lo standard della formazione sono state oggetto di valutazione e selezione da parte del Network PHEPA (Composizione in Appendice).

**La traduzione e l'adattamento del testo e dei materiali del volume sono stati coordinati e curati dall'Istituto Superiore di Sanità attraverso il Gruppo di Lavoro IPIB.**

#### **Gruppo di Lavoro IPIB**

- Osservatorio Nazionale Alcol - Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problemi Alcolcorrelati, - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità
- Società Italiana di Alcolologia
- Centro Alcolologico Regionale della Toscana - Regione Toscana
- Eurocare Italia
- Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol dell'Osservatorio Nazionale Alcol)

#### **Composizione del Gruppo di Lavoro IPIB**

Emanuele Scafato, (Coordinatore), Valentino Patussi, Laura Mezzani, Ilaria Londi, Tiziana Codenotti, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo, Monica Di Rosa, Silvia Bruni, Elena Vanni, Silvia Ghirini, Sonia Martire, Lucilla Di Pasquale, Antonietta Scafato, Nicola Parisi, Egidio Chessa, Riccardo Scipione e Rosaria Russo.

La stampa del volume, la predisposizione del corso di formazione e la sua attuazione sono resi possibili grazie al finanziamento del Ministero della Salute nell'ambito delle iniziative di comunicazione ai sensi della Legge 125/2001.

Materiali utili per l'aggiornamento continuo sulla tematica specifica dell'alcol sono reperibili alla pagina: [http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/indice\\_alcol.asp](http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/indice_alcol.asp)

## INDICE

	Prefazione e commenti generali .....	5
<b>I.</b>	Commenti generali. Note per il docente .....	8
<b>II.</b>	Prima sessione - Introduzione e concetti di base .....	12
<b>III.</b>	Seconda sessione - Identificazione precoce .....	15
<b>IV.</b>	Terza e quarta sessione - Interventi brevi I e II .....	17
<b>V.</b>	Quinta sessione - Alcol-dipendenza .....	23
<b>VI.</b>	Sesta sessione - Applicazione del programma EIBI sull'Alcol .....	25
<b>VII.</b>	Diapositive .....	27
<b>VIII.</b>	Indicazioni per lo svolgimento delle sessioni .....	49
<b>IX.</b>	Documenti di lavoro	
	1. Salute e costi sociali - Spiegazione .....	66
	2. Bicchieri standard e modalità del consumo .....	68
	3. Identificazione del consumo di alcol a rischio e dannoso .....	71
	4. Strumenti di identificazione - Esercizio di gruppo .....	75
	5. Efficacia degli interventi brevi - Spiegazione .....	76
	6. Modello degli stadi di cambiamento .....	77
	7. Processo di cambiamento .....	79
	8. Stadi di cambiamento, esercizio di gruppo: domande per la discussione .....	83
	9. Stadi di cambiamento, esercizio di gruppo: risposte .....	84
	10. Stile di comunicazione nella relazione di sostegno .....	86

11. Strategie di apertura.....	88
12. Componenti principali degli interventi brevi.....	91
13. La prevenzione delle ricadute: aiutare le persone a cambiare .....	96
14. Criteri di diagnosi dell'alcol-dipendenza .....	98
15. Il trattamento farmacologico dell'alcol-dipendenza.....	101
16. Modello di valutazione .....	106
<b>X. Bibliografia.....</b>	<b>108</b>
<b>XI. Appendice. Composizione network Phepa .....</b>	<b>114</b>

## PREFAZIONE

Nel corso degli ultimi anni e a seguito della lettera di intenti siglata tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ed il *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* del NIH statunitense numerose attività nazionali europee ed internazionali sono state attivate grazie ai finanziamenti ricevuti attraverso il Fondo nazionale lotta alla droga della Presidenza del Consiglio. Le principali attività svolte sono riferibili agli ambiti di ricerca-azione collegati all'*epidemiologia del consumo alcolico e alla prevenzione dell'abuso e dell'alcoldipendenza*.

Due progetti "guida", tra tutti quelli realizzati, il Progetto integrato di prevenzione dell'alcoldipendenza ed il Progetto PRISMA prevenzione, identificazione e strategie di management per i problemi alcolcorrelati, hanno sviluppato collaborazioni europee ed internazionali nell'ambito delle attività della fase IV del progetto internazionale EIBI dell'Organizzazione Mondiale di Sanità - WHO (*Early Identification and Brief Intervention*) riguardante la identificazione precoce dell'abuso alcolico e l'intervento breve nei setting di medicina generale a cui ha fatto seguito l'attivazione di *demonstration project* nazionali tuttora in corso in quattro realtà italiane (due a Firenze, una a Udine e una a Padova). Il Progetto integrato di prevenzione dell'alcoldipendenza ed il Progetto PRISMA hanno rappresentato nel corso degli ultimi cinque anni il contributo formale italiano alle attività del progetto PHEPA finanziato a livello europeo nell'ambito del *Public Health Programme*. Le attività, attualmente ancora in fase evolutiva ed applicativa, sono state orientate alla standardizzazione di strumenti di indagine e di intervento comuni (*customization*) per la riduzione del rischio e del danno alcol-correlato nella popolazione generale.

L'alcol rappresenta, insieme al fumo, la principale causa evitabile di malattia; l'abuso di alcol alla guida è, in Italia, la prima causa di mortalità prematura registrata tra i giovani ed i giovani adulti. La mortalità per incidenti stradali correlata all'uso di alcol si stima compresa a livello nazionale tra il 30% e il 50% del totale per questa causa. Secondo dati ISTAT, nel 2006 sono stati rilevati 238.124 incidenti stradali che hanno provocato 5.669 morti (ISTAT). Tra il 1° gennaio e il 30 settembre 2007, da una nota del Ministero dell'Interno, risulta che sono stati 487.723 i conducenti controllati con etilometri dalla Polizia Stradale e dall'Arma dei Carabinieri a fronte dei 180mila dello scorso anno. Più in particolare, nei weekend dal 1° gennaio al 30 settembre 2007 sono state effettuate 145.816 pattuglie (124.555 nel 2006), con 177.869 persone controllate (92.687 nel 2006), di cui 22.112 positive (14.492 nel 2006). Le patenti ritirate sono state 21.865 per guida sotto l'influenza di alcol (14.297 nel 2006), 1.020 per il rifiuto di sottoporsi ai test, 575 per guida sotto l'effetto di stupefacenti, 1.367 per superamento del limite di velocità (fonte: [www.asaps.it](http://www.asaps.it)).

L'alcol-dipendenza ed i problemi e le patologie alcol-correlate rappresentano uno dei più urgenti problemi di sanità pubblica come testimoniato dalle statistiche ufficiali relative ai ricoveri totalmente alcolcorrelati (circa 170/ 100,000 all'anno) e al numero di alcoldipendenti in carico ai Servizi (oltre 50.000 nel 2004, circa 29.000 nel 1996). Nell'anno 2004, dalle Schede di Dimissione Ospedaliera del Ministero della Salute (riportate nella relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 N.125), il numero delle diagnosi

ospedaliera per patologie totalmente attribuibili all'alcol è di 107.988 (77,6% Maschi - 22,4% Femmine) ed aumenta all'aumentare dell'età per entrambe i sessi. La distribuzione percentuale fra le diverse diagnosi totalmente alcol-correlate si mantiene sostanzialmente stabile (tra il 2000 e il 2004) con la sola eccezione della diagnosi di cirrosi epatica alcolica con tendenza all'aumento (26,30% nel 2000, 30,9% nel 2004).

Un altro importante aspetto riguarda gli infortuni sul lavoro correlati all'uso di alcol, che risultano essere dal 10 al 30% del totale degli infortuni segnalati. Nel 2006 sono pervenute all'INAIL 927.998 denunce di infortuni sul lavoro, in diminuzione rispetto ai dati del 2005 ma, allo stesso tempo, sono aumentati gli incidenti mortali (1302 nel 2006). Una stima conservativa che attribuisca all'uso di alcolici il 10% degli infortuni in Italia, porterebbe ad attribuire a tale causa 139 infortuni mortali e circa 967.000 infortuni non mortali.

Le strategie di sanità pubblica e gli obiettivi di salute adottati dalla fine degli anni '90 in Italia ed in tutta Europa hanno subito un rafforzamento a seguito delle evidenze scientifiche epidemiologiche e delle indicazioni emergenti dal documento *Health 21* del WHO e dai numerosi documenti (progetti, risoluzioni, raccomandazioni, *reports*) della Commissione, del Consiglio e del Parlamento europeo.

Secondo le stime del WHO, i prodotti alcolici sono responsabili del 9% del carico totale di malattia dell'individuo. Il danno provocato dall'alcol impone un carico economico per l'individuo, le famiglie, la società attraverso costi sanitari, perdita di produttività, morbidità, mortalità precoce che complessivamente sono stimabili pari al 2-5% del Prodotto Interno Lordo. Tali considerazioni hanno sollecitato (e continuano a sollecitare) la necessità di ricerche, attività, strategie e misure, preventive, gestionali ma anche legislative, ispirate ai principi di una *evidence based prevention*. A livello europeo, sia la Unione Europea, sia il WHO attraverso risoluzioni ufficiali adottate dagli Stati membri hanno sottolineato la necessità di attività di promozione della salute per la popolazione generale e di prevenzione basata sulla diagnosi precoce delle problematiche alcol-correlate per il target di individui definibili come "bevitori problematici", soggetti non ancora dipendenti e che risultano suscettibili ad una riduzione delle abitudini di abuso a fronte di un breve colloquio (l'intervento breve) con il medico di medicina generale.

Nel corso degli ultimi cinque anni il Gruppo di lavoro nazionale coordinato dall'**Osservatorio Nazionale Alcol e dal Centro OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problematiche alcolcorrelate** attivi presso il CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità ha lavorato attraverso i protocolli progettuali alle attività prioritarie concordate con i partner europei del Progetto EIBI del WHO e del Progetto PHEPA (*Primary Health Care European Project on Alcohol*) di seguito elencate:

1. Armonizzazione complessiva delle metodologie utilizzate nel corso delle attività pregresse nei differenti contesti progettuali di riferimento.
2. Adattamento nazionale del materiale e delle procedure internazionali ed europee.
3. Validazione degli strumenti e delle procedure comuni, standardizzate e valutate efficaci per l'identificazione dei bevitori a rischio (AUDIT).
4. Identificazione dei fattori inibenti e facilitanti l'attività preventiva dei medici di medicina generale (MMG), degli operatori socio-sanitari e di alcune figure chia-

ve della comunità (personale sanitario, volontari, insegnanti, ecc.) e creazione di una procedura basata su una accurata analisi dei bisogni.

5. Produzione di standard informativi (popolazione generale e bevitori problematici) e formativi (medici di medicina generale) atti a modificare le conoscenze e le competenze relative all'alcol.
6. Identificazione dei metodi più adeguati ad incoraggiare l'utilizzo di un *package* finalizzato all'intervento breve per i problemi alcolcorrelati.
7. Creazione di alleanze strategiche con le istituzioni nazionali, regionali, locali e le organizzazioni leader.
8. Attuazione di esperienze empiriche e di *demonstration project*.
9. Valutazione dell'efficacia delle attività realizzate e comparazione internazionale dei risultati.
10. Realizzazione di un *report* scientifico nazionale (*Country Report*) per la programmazione socio-sanitaria nazionale. Finalità ultima di tutte le attività riportate è stata la produzione di una strategia nazionale (*Country Strategy*) che in questa pubblicazione è oggetto di disseminazione e di proposta di implementazione nei *setting* di assistenza primaria del Servizio sanitario nazionale.

La disponibilità del report nazionale PHEPA, già pubblicato sul sito web europeo [http://www.phepa.net/units/phepa/pdf/strategy\\_italy.pdf](http://www.phepa.net/units/phepa/pdf/strategy_italy.pdf) insieme alle linee guida cliniche europee e ai materiali utili all'attuazione dell'identificazione precoce e dell'intervento breve nei bacini di utenza dei *setting* di assistenza sanitaria primaria, ha rappresentato il punto di partenza per **l'attuazione di una strategia di formazione istituzionale denominata IPIB (Identificazione Precoce ed Intervento Breve)** che le evidenze scientifiche indicano come la più appropriata a far fronte al problema alcol a livello di popolazione e tra quelle più vantaggiose e sostenibili in termini di valutazione costi-benefici.

La predisposizione della strategia nazionale da parte dell'ISS e l'adattamento integrale della documentazione che rappresenta la sintesi delle linee guida cliniche europee per l'identificazione precoce e l'intervento breve e i materiali adattati dagli originali al fine di favorire lo scambio di *good practice* nazionali con quelle europee ed internazionali consente oggi in Italia di partecipare all'evoluzione del Progetto PHEPA che vedrà nel corso del 2008 l'attuazione della formazione specifica nei 32 Stati Membri secondo modalità armonizzate e condivise sollecitando ulteriori evoluzioni ed ottimizzazioni in chiave dinamica e reale. La diffusione integrale dei materiali secondo lo standard IPIB-PHEPA sarà oggetto di pubblicazione e disseminazione a cura dell'Istituto Superiore di Sanità sui seguenti siti: [www.iss.it/alcol](http://www.iss.it/alcol) e [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it); [www.dfc.unifi.it/sia](http://www.dfc.unifi.it/sia).

*Emanuele Scafato*

Coordinatore dei Progetti nazionali ed europei dell'ISS

Direttore Centro Coll. Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate - Osservatorio Nazionale Alcol

Direttore Reparto salute della Popolazione e suoi Determinanti

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

Istituto Superiore di Sanità - Roma

info: [alcol@iss.it](mailto:alcol@iss.it) - [emanuele.scafato@iss.it](mailto:emanuele.scafato@iss.it)

Tel.: 06 4990 4029 - Fax: 06 4990 4193

# COMMENTI GENERALI

## Note per il docente

Questo manuale di formazione è il risultato dello sforzo congiunto degli scienziati e degli operatori coinvolti nel progetto europeo PHEPA.

In tutto il mondo l'alcol è uno dei principali determinanti di salute e l'assistenza sanitaria primaria ricopre una posizione decisiva nel prevenire e ridurre la maggior parte dei danni alcol-correlati. La finalità di questo manuale è di potenziare l'abilità professionale, le conoscenze, le attitudini e le motivazioni degli operatori impegnati nell'assistenza sanitaria primaria, mettendoli in condizioni di fronteggiare la sfida costituita dai pazienti con consumo di alcol a rischio o dannoso.

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria i problemi alcol-correlati sono scarsamente diagnosticati ed il consumo alcolico a rischio viene di solito trascurato. I medici di medicina generale tendono a concentrarsi sui problemi alcol-correlati più gravi ed evidenti, tralasciando spesso la maggior parte degli interventi preventivi che andrebbero espletati routinariamente nei casi di consumo alcolico a rischio o nocivo. Partendo da questo presupposto, il presente manuale cerca di illustrare il problema alcol come un continuum che va dall'abuso alla dipendenza grave. Pur non tralasciando l'alcol-dipendenza, trattata nella Sessione 5, il manuale dà priorità alle tecniche di identificazione ed intervento breve che hanno dimostrato un buon rapporto costi-benefici nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria.

Il presente manuale è uno dei prodotti del progetto PHEPA (Primary Health European Project on Alcohol<sup>1</sup>), il cui obiettivo è quello di introdurre, nella pratica clinica giornaliera degli operatori di assistenza primaria, una serie di interventi di promozione della salute rivolti al consumo di alcol dannoso o a rischio. Attualmente in Europa è in corso un importante processo di integrazione, mirato ad armonizzare gli interventi, compresi quelli che riguardano l'alcol. Il progetto PHEPA contribuisce ad uniformare le risposte ai problemi alcol-correlati, prendendo in considerazione quelle differenze tra nazioni che rendono indispensabile la personalizzazione del pacchetto formativo. Queste differenze si riferiscono non solo al tipo di bevande ed alle modalità di consumo, ma anche all'organizzazione dell'assistenza sanitaria primaria e dei centri specialistici per il trattamento della dipendenza. Proprio per questo motivo, si raccomanda a ciascun docente di adattare i contenuti principali del pacchetto formativo al proprio stile individuale di insegnamento, alle differenti esigenze dei partecipanti al corso ed alle caratteristiche specifiche della nazione in cui si svolge.

Molte parti rilevanti di questo manuale sono ispirate al Collaborative Study on Alcohol and Primary Health Care<sup>2</sup> dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

<sup>1</sup> Progetto Europeo di Assistenza Primaria sull'Alcol

<sup>2</sup> Studio Collaborativo su Alcol e Assistenza Primaria

Nella struttura di questo studio, la diffusione delle tecniche di identificazione e degli interventi brevi viene visto come un processo lento, a volte difficile e ripetitivo. Proprio per questo motivo, la filosofia del presente manuale è quella di preferire un approccio rivolto a risultati più modesti ma facilmente perseguibili, piuttosto che mirare a cambiamenti drastici. Il docente potrà ritenersi soddisfatto, se come risultato del corso di formazione, gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria inizieranno a riconsiderare i tradizionali preconcetti sull'alcol.

## Come utilizzare il manuale

L'impostazione di questo manuale di formazione si ispira allo Skills for Change Package<sup>3</sup> dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Per ciascuna delle cinque sessioni formative, il manuale offre tre differenti sezioni che consentono al docente di predisporre altrettanti livelli di formazione:

**'Obiettivi e Finalità'** riassume gli scopi principali della sessione ed i materiali (supporti visivi ed informativi) da utilizzare.

**'Piano della Sessione'** guida il docente nei diversi argomenti da trattare nel corso della sessione, suggerendo il tempo da dedicare a ciascuno di essi. Per ciascun tema, troverà informazioni dettagliate sul modo in cui svilupparlo e sui materiali da utilizzare. Sebbene la scaletta fornita non vada interpretata in modo rigido, l'insegnante deve essere consapevole della grande varietà di temi da trattare e della ridotta quantità di tempo solitamente a disposizione.

**'Diapositive'** offrono il supporto visivo necessario alle spiegazioni di ogni sessione.

Per concludere, sebbene il presente manuale sia aggiornato alla più recente produzione scientifica, nuovi sviluppi possono essere continuamente disponibili in letteratura. Di conseguenza invitiamo i docenti ad integrare nelle loro sessioni di formazione qualsiasi nuovo ed importante risultato scientifico. Si raccomanda quindi di controllare regolarmente il sito web e la banca dati PHEPA, all'indirizzo <http://www.phepa.net>, e qualsiasi altro sito web rilevante<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Mason P, Hunt P. Skills for Change. World Health Organisation; Copenhagen 1997.

<sup>4</sup> <http://www.alcoholcme.com/>





**PROGETTO IPIB-PHEPA**



**PROGRAMMA DI  
FORMAZIONE**


**Obiettivi e Finalità**  
**Piano delle Sessioni**  
**Diapositive**


# PRIMA SESSIONE

## Introduzione e concetti di base

### Obiettivi e Finalità

#### Finalità

Presentazione del docente e del programma. Aumentare l'interesse in materia di alcol.

#### Obiettivi

Al termine della sessione i partecipanti avranno appreso:

- Gli obiettivi generali del corso
- Come identificare le proprie esigenze ed i propri interessi in tema di gestione del consumo alcolico
- Come descrivere il consumo di alcol in termini di unità (o bicchieri) standard
- Come descrivere il tipo di intervento necessario in relazione all'entità del consumo alcolico

### Materiali

#### Documentazione Operativa:

1. Costi sociali e sanitari
2. Classificazione del consumo alcolico

#### Diapositive (o lucidi):

1. Programma di formazione
2. Contenuti del programma di formazione
3. Riepilogo della prima sessione
4. Collaborative Study on Alcohol and Primary Health Care dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (<http://www.who-alcohol-phaseiv.net>)
5. Progetto PHEPA (<http://www.phepa.net>)
6. Alcol come fattore di rischio per la salute (I)
7. Alcol come fattore di rischio per la salute (II)
8. Rischio attribuibile negli uomini europei (%)
9. Rischio di cancro al seno nelle donne
10. Rischio di malattie cardio-coronariche
11. Analisi del rapporto costi-benefici
12. Quantità standard di bevande alcoliche
13. Classificazione del consumo alcolico
14. Livelli di rischio e criteri di intervento

## Piano della Prima Sessione: Introduzione e concetti di base

Durata	Metodi
10 min	<p><b>1) Presentazione del docente e del programma di formazione</b> Dite il vostro nome, la professione e la struttura sanitaria dove lavorate. Descrivete brevemente le linee principali delle sessioni (Diapositive 1, 2 e 3) ed il modo in cui saranno condotte. Spiegate che il corso fa parte del progetto europeo PHEPA e rientra nel Collaborative Study on Alcohol and Primary Health Care dell'OMS, spiegandone brevemente lo svolgimento (Diapositive 4 e 5). Distribuite il materiale per i partecipanti e descrivetelo brevemente.</p>
5 min	<p><b>2) Salute e costi sociali – Spiegazione</b> Cercate di fornire un quadro chiaro e sintetico dei costi e dei danni causati dal consumo di alcol. Potete consultare la Documentazione Operativa 1 e utilizzare le Diapositive 6-11. Se disponibili, aggiungete dati locali e nazionali.</p>
5 min	<p><b>3) Discussione sull'alcol e l'assistenza sanitaria primaria</b> Per quanto riguarda questo argomento, stimolate una conversazione sui tre aspetti seguenti:</p>
5 min	<p><b>Problemi alcol-correlati specifici della struttura sanitaria in cui si lavora</b></p>
5 min	<p><b>Risposte precedentemente fornite a questi problemi</b></p>
5 min	<p><b>Nuove iniziative adottabili e risorse necessarie per affrontare il problema</b> Scrivete tutte le proposte che scaturiscono. Fate scegliere al gruppo le 5 idee principali per ciascun aspetto discusso, scrivendole poi sulla lavagna. E' essenziale individuare le proposte ritenute più rilevanti dai partecipanti.</p>
10 min	<p><b>4) Quantità standard e classificazione del consumo alcolico</b> Sarà necessario adattare i livelli di consumo alcolico a rischio e fare una revisione delle "unità (o bicchieri) standard" (Diapositiva 12). La Documentazione Operativa 2 fornisce tutte le informazioni necessarie. Spiegate poi brevemente il concetto di consumo a rischio o dannoso, così come descritto nella Diapositiva 13.</p>

<b>Durata</b>	<b>Metodi</b>
<b>10 min</b>	<b>5) Livelli di rischio e criteri di intervento</b> Spiegate i differenti tipi di consumo alcolico che possono verificarsi, basandovi sulla classificazione dell'OMS, ed i rispettivi tipi di intervento utilizzabili. La Diapositiva 14 fornisce tutte le informazioni necessarie. Avviate una discussione di gruppo sulle forme di intervento proposte, e sulla loro adattabilità e fattibilità nel proprio contesto. Se necessario fate riferimenti alla realtà nazionale.
<b>5 min</b>	<b>6) Riassunto</b> Riassumete brevemente l'intera sessione, evidenziando che l'alcol non porta solamente ad un aumento dei costi ma anche ad una serie di problemi spesso difficili da affrontare. Chiarite che si parlerà di alcol e salute (non solo di alcol-dipendenza). Enfatizzate il fatto che il corso aiuterà i partecipanti, fornendo loro i mezzi e gli strumenti professionali adeguati.

## SECONDA SESSIONE

### Identificazione precoce

#### Obiettivi e Finalità

##### Finalità

Fornire ai partecipanti il supporto per la comprensione dei diversi tipi di problemi associati al consumo di alcol e mettere a disposizione gli strumenti per l'identificazione.

##### Obiettivi

Al termine della sessione i partecipanti saranno in grado di:

Descrivere i problemi associati al consumo di alcol

Utilizzare l'AUDIT<sup>5</sup> e l'AUDIT-C<sup>6</sup>. Si possono descrivere anche il SIAC<sup>7</sup> (Systematic Interview on Alcohol Consumption) o qualsiasi altro questionario su quantità/frequenza validato per l'identificazione del consumo alcolico a rischio.

Distinguere i differenti livelli di applicazione dell'identificazione

#### Materiali

##### Documentazione Operativa:

3. Individuazione del consumo alcolico a rischio o dannoso
4. Strumenti per l'identificazione – Esercitazione di gruppo
5. Efficacia degli interventi brevi - Spiegazione

##### Diapositive (o lucidi):

15. Riepilogo della seconda sessione
- 16 e 17. Questionario AUDIT
18. Questionario AUDIT-C
19. Questionario SIAC
20. Livelli di applicazione
21. Rapporto costi-benefici (I)
22. Rapporto costi-benefici (II)

<sup>5</sup> Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. (1995) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol* 56(4), 423-32.

<sup>6</sup> Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.S., Fihn, S.D. and Bradley, K.A. (1998) The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *The Archives of Internal Medicine* 158(14), 1789-95.

<sup>7</sup> Intervista Sistemática sul Consumo di Alcol : Gual A, Contel M, Segura L, Ribas A, Colom J. The ISCA (Systematic Interview of Alcohol Consumption), a new instrument to detect risky drinking] *Med Clin (Barc)*. 2001 Dec 1;117(18):685-9. PMID: 11730629

Durata	Metodi
5 min	<p><b>1) Introduzione</b>                      Iniziate riassumendo la sessione precedente e chiedendo se ci sono domande. Per ridurre le resistenze, spiegate che esistono vari gradi di applicazione delle strategie di identificazione precoce. Contemporaneamente mostrate la Diapositiva 15.</p>
15 min	<p><b>2) Individuazione del consumo alcolico a rischio o dannoso</b>                      Invitate i partecipanti a consultare la Documentazione Operativa 3. Spiegate come organizzare la registrazione del consumo alcolico in quantità (bicchieri) standard. Fornite le istruzioni necessarie alla somministrazione dei questionari AUDIT e SIAC, nel frattempo mostrate le Diapositive 16-19. Il SIAC può essere sostituito con qualsiasi altro questionario su quantità/frequenza validato nel Paese in cui ci si trova. Fate tutte le aggiunte necessarie, utilizzando la Documentazione Operativa 3.</p>
10 min	<p><b>3) Strumenti di identificazione - Esercitazione di gruppo</b>                      Dividete i partecipanti in gruppi e spiegate loro che si sta per fare un'esercitazione di identificazione con la simulazione di un'intervista in coppia. Verrà utilizzato l'AUDIT e l'AUDIT-C. I partecipanti che assumeranno il ruolo di pazienti dovranno rifarsi all'esempio riportato nella Documentazione Operativa 4.</p>
10 min	<p>Al termine della simulazione, annotate i punteggi AUDIT e AUDIT C sulla lavagna e commentate le differenze tra i 2 metodi, il tipo di domanda, l'applicabilità, ecc. Fate particolare attenzione al tempo impiegato per ciascuna tecnica. Cercate di far trarre una valutazione sugli aspetti positivi degli strumenti.                      Seguendo la traccia nella Diapositiva 14, chiedete ai partecipanti di porre una diagnosi e di discutere brevemente quale tipo di intervento riterrebbero necessario.</p>
10 min	<p><b>4) Livelli di applicazione</b>                      Proponete un breve scambio di idee, circa 5 minuti, su quanto dovrebbe essere selettiva l'identificazione presso il centro sanitario dei partecipanti, chiedendo loro di specificare il proprio ruolo professionale (medico, infermiere, ecc.). Infine, utilizzate la Diapositiva 20 per descrivere i tre livelli di applicazione di questa forma di intervento.</p>
5 min	<p><b>5) Efficacia degli interventi brevi - Spiegazione</b>                      Fornite una breve introduzione, commentando i risultati principali della ricerca sull'argomento. Utilizzate come supporto la Documentazione Operativa 5 e le Diapositive 21 e 22.                      Al termine della sessione, fornite ai partecipanti altri riferimenti per ulteriori consultazioni.</p>

# TERZA E QUARTA SESSIONE

## Interventi brevi I e II

### Obiettivi e Finalità

#### Finalità

Fornire una visione d'insieme su come condurre un intervento breve per ridurre il consumo di alcol, basandosi sul modello degli stadi di cambiamento ed utilizzando un approccio motivazionale.

#### Obiettivi

Al termine delle due sessioni i partecipanti avranno appreso:

- Gli Stadi di Cambiamento, secondo il modello di Prochaska e DiClemente
- Come instaurare un relazione di sostegno
- Come i differenti stili di intervento utilizzabili dall'operatore dell'assistenza sanitaria primaria possono aumentare o ridurre la resistenza del paziente
- Gli elementi essenziali degli Interventi Brevi
- Le differenze tra Intervento Minimo e Intervento Breve
- Come gestire le ricadute

## Materiale necessario

### Lavagna magnetica e pennarello, oppure lavagna e gesso

#### Documentazione Operativa

6. Modello degli Stadi di Cambiamento
7. Esercitazione di gruppo sugli stadi di cambiamento: spunti di discussione
8. Esercitazione di gruppo sugli stadi di cambiamento: soluzioni
9. Processi di cambiamento
10. Stili comunicativi per instaurare una relazione di sostegno
11. Strategie di apertura
12. Elementi essenziali degli Interventi Brevi
13. Prevenzione delle recidive: aiutare il rientro nel ciclo di cambiamento

#### Diapositive (o lucidi):

23. Riepilogo della terza sessione
24. Modello degli stadi di cambiamento<sup>8</sup>
25. Stadi di cambiamento e ruolo del terapeuta
26. Processi di cambiamento<sup>9</sup>
27. Interventi Minimi e Brevi a confronto
28. Interventi minimi<sup>10</sup>
29. Modello di comunicazione<sup>11</sup>
30. Strategie di apertura
31. Riepilogo della quarta sessione
32. Elementi essenziali degli interventi brevi<sup>12</sup>
33. Quali sono le cause scatenanti della recidiva?
34. Aiutare il rientro nel ciclo di cambiamento

<sup>8</sup> Prochaska, JO and DiClemente, CC. Towards a comprehensive model of change. In: Miller, WR and Heather, N (Eds) Treating addictive behaviours: processes of change. New York: Plenum; 1986.

<sup>9</sup> Prochaska, JO and DiClemente, CC. Towards a comprehensive model of change. In: Miller, WR and Heather, N (Eds) Treating addictive behaviours: processes of change. New York: Plenum; 1986.

<sup>10</sup> Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J; U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2004 Apr 6;140(7):557-68. Review

<sup>11</sup> <http://www.gordontraining.com/aboutdtg.asp>

<sup>12</sup> AlcoholCME. A combined approach to Brief Interventions. 2004. Available from <http://www.alcoholcme.com/>

## Piano della Terza Sessione: I Intervento Breve

Durata	Metodi
3 min	<p><b>1) Introduzione alla sessione 3</b>            Riassumete la sessione precedente e presentate i contenuti della sessione 3 utilizzando la Diapositiva 23. Ponete l'accento sul fatto che entrambe le sessioni 3 e 4 riguarderanno i brevi interventi di avvertimento.</p>
10 min	<p><b>2) Modello degli Stadi di Cambiamento – Spiegazione</b>            Spiegate gli stadi di cambiamento, basandovi sulla Documentazione Operativa 6 ed utilizzando la Diapositiva 24. Enfaticizzate le caratteristiche di ciascuno stadio e gli obiettivi che i terapeuti, in quanto tali, debbono prefiggersi (Diapositiva 25). Invitate i partecipanti a discutere l'importanza clinica dell'identificazione degli stadi di cambiamento.</p>
10 min	<p><b>3) Processi di cambiamento - Spiegazione</b>            Descrivete e spiegate che cosa aiuta i pazienti ad avanzare negli stadi di cambiamento, basandovi sulle informazioni contenute nella Diapositiva 26 e nella Documentazione Operativa 7.</p>
7 min	<p><b>4) Esercitazione di gruppo</b>            Chiedete ai partecipanti di raggiungere un accordo a proposito dell'esercitazione presentata nella Documentazione Operativa 8. Se i partecipanti sono numerosi, divideteli in gruppi di 4-6 persone. Fate controllare la soluzione nella Documentazione Operativa 9.</p>
3 min	<p><b>5) Tipi di intervento</b>            Utilizzando la Diapositiva 27 evidenziate le similitudini e le differenze tra interventi minimi e brevi.</p>
5 min	<p><b>6) Interventi Minimi</b>            Rifacendovi alla Diapositiva 28, spiegate i requisiti fondamentali di un intervento minimo e sottolineate l'esigenza di uno stile amichevole, diretto, che eviti il confronto. Mostrate come impostare un intervento minimo partendo dai risultati dell'esercizio di identificazione.</p>
8 min	<p><b>7) Interventi Minimi - Esercitazione</b>            Invitate i partecipanti a fare un'esercitazione a coppie. Uno dei due assume il ruolo del paziente descritto nella Documentazione Operativa 4. L'intervento inizia presentando al paziente il risultato riportato all'AUDIT. Fate particolarmente attenzione alla durata dell'esercizio. Dovrete attenervi strettamente ai 3 minuti per ciascun intervento. Dopo 3 minuti, invertite i ruoli. Evitate la discussione generale, rimandandola al termine dell'esercitazione sugli Interventi Brevi.</p>

Durata	Metodi
<b>10 min</b>	<p><b>8) Stili comunicativi per la relazione di sostegno – Spiegazione ed esercitazione</b></p> <p>Utilizzando il modello di Gordon (Diapositiva 29) e la Documentazione Operativa 10, spiegate lo stile comunicativo necessario a stabilire una relazione di sostegno. Dividete poi i soggetti in coppie e proponete loro un’esercitazione per mettere in pratica i differenti livelli di ascolto:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Colui che parla racconta una cosa nei confronti della quale ha due atteggiamenti diversi (ambivalenti) e colui che ascolta:<ul style="list-style-type: none"><li>ascolta attentamente (1 minuto)</li><li>invece di ascoltare, gli/le dà consigli (1 minuto)</li></ul></li><li>Inversione dei ruoli e ripetizione dell’esercizio</li></ul> <p>Suscitate commenti su come si sono sentiti i partecipanti in ciascuno dei due ruoli.</p>
<b>3 min</b>	<p><b>9) Riassunto</b></p> <p>Riassumete brevemente il contenuto della sessione, evidenziando l’importanza di identificare lo stadio di cambiamento del paziente e di adattare l’intervento al suo stadio di partenza. Enfatizzate il fatto che, in tal modo, si aumenta la probabilità che il paziente sia motivato al cambiamento, piuttosto che riluttante.</p>

## Piano della Quarta Sessione: II Intervento Breve

Durata	Metodi
3 min	<p><b>10) Introduzione alla sessione 4</b>            Riassumete la sessione precedente e presentate questa seconda parte utilizzando la Diapositiva 30.</p>
7 min	<p><b>11) Strategie di apertura</b>            Spiegate le strategie di apertura che favoriscono l'instaurarsi di un buon rapporto terapeutico. Spiegate la loro importanza ed enfatizzate la necessità di un uso integrato delle 4 strategie: domande aperte, atteggiamento assertivo, ascolto riflessivo e sintesi. Come supporto utilizzate la Diapositiva 31 e la Documentazione Operativa 11.</p>
14 min	<p><b>12) Elementi essenziali degli interventi brevi – Spiegazione</b>            Introdurrete gli elementi di base e lo stile per gli interventi brevi. Utilizzate come supporto la Diapositiva 32 e la Documentazione Operativa 12.            Iniziate la sessione avviando una discussione sul significato e l'importanza dei tre concetti che definiscono lo stile e lo spirito degli interventi brevi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Comunicare empatia</li> <li>● Indurre auto-determinazione</li> <li>● Enfatizzare la responsabilità del paziente</li> </ul> <p>Fate notare il collegamento tra questo stile e gli elementi precedentemente introdotti, poi illustrate e discutete gli elementi essenziali degli interventi brevi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fornire un feedback</li> <li>● Fornire consigli (previo consenso)</li> <li>● Valutare la disponibilità e lo stadio del cambiamento</li> <li>● Concordare obiettivi e strategie</li> <li>● Monitorare i progressi</li> </ul>
20 min	<p><b>13) Esercitazione in coppie</b>            Invitate i partecipanti a svolgere una breve esercitazione pratica in coppie. Uno di loro assumerà il ruolo del paziente descritto nella Documentazione Operativa 4. L'intervento inizia con la spiegazione di base. Dopo 7 minuti, invertite i ruoli. Fate particolare attenzione a rispettare i tempi. Tenete una discussione di gruppo della durata di 5 minuti sull'andamento dell'esperienza. Confrontatela con la precedente esercitazione sull'Intervento Minimo. Discutete i casi in cui è più appropriato l'utilizzo dell'una o dell'altra tecnica di intervento.</p>
5 min	<p><b>14) Prevenzione delle ricadute: aiutare il rientro nel ciclo di cambiamento</b>            Utilizzate la Documentazione Operativa 13 e le Diapositive 24, 33 e 34. Richiamate i concetti di stadio e processo di cambiamento.</p>

Durata	Metodi
<b>8 min</b>	<b>15) Esercitazione in coppie</b> Invitate i partecipanti a pensare ad una situazione della loro vita in cui hanno cercato di cambiare comportamento e hanno fallito. Come si sono sentiti? Formate delle coppie che discutano su questo stato d'animo (3 minuti per ciascun ruolo). Uno dei due partecipanti ascolta e riflette, mentre l'altro descrive la sua esperienza.
<b>3 min</b>	<b>16) Riassunto</b> Evidenziate i punti chiave e riassumete la sessione, facendo collegamenti con la precedente. E' molto importante che entrambe le sessioni vengano presentate come parte di un unico insieme.

# QUINTA SESSIONE

## Alcol-dipendenza

### Obiettivi e Finalità

#### Finalità

Offrire ai partecipanti linee-guida chiare e risorse sufficienti ad intervenire nei casi di alcol-dipendenza.

#### Obiettivi

Al termine della sessione, i partecipanti avranno appreso:

- Come diagnosticare la Dipendenza da Alcol
- Come discriminare i casi da indirizzare all'intervento specialistico da quelli che possono essere trattati a livello di assistenza primaria
- Come stabilire linee-guida adeguate per la disintossicazione e la riabilitazione

### Materiale necessario

**Lavagna magnetica e pennarello o lavagna e gesso**

#### Documentazione Operativa:

14. Criteri diagnostici per l'alcol-dipendenza
15. Trattamento farmacologico dell'alcol-dipendenza

#### Diapositive (o lucidi):

35. Riepilogo della quinta sessione
36. Criteri diagnostici
37. Trattamento in ambito di assistenza sanitaria primaria
38. Quando ricorrere al trattamento specialistico
39. Criteri per la disintossicazione
40. Condizioni necessarie per la disintossicazione ambulatoriale
41. Controindicazioni per la disintossicazione ambulatoriale
42. Criteri per il trattamento condiviso

## Piano della Quinta Sessione: Alcol-dipendenza

Durata	Metodi
5 min	<p><b>1) Brainstorming</b>                      Utilizzate la Diapositiva 35 per introdurre la sessione. Chiedete ai partecipanti di spiegare che cos'è secondo loro l'alcol-dipendenza e quali sono i criteri per definirla. Chiarite che debbono dire qualsiasi cosa passi loro per la mente; annotare le idee sulla lavagna. Ricordate che le idee espresse non vanno discusse in questo momento.</p>
10 min	<p><b>2) Criteri diagnostici - Spiegazioni</b>                      Spiegate i criteri ICD-10, utilizzando come supporto la Diapositiva 36. Evitate di confondere i partecipanti con altri criteri (se chiedono qualcosa sul DSM-IV, fate soltanto un breve riferimento).                      Potete utilizzare La Documentazione Operativa 14.</p>
10 min	<p><b>3) Criteri per il trattamento in ambito di assistenza sanitaria primaria</b>                      Sollecitate una discussione di gruppo su "Quali pazienti debbono essere indirizzati all'assistenza specialistica e quali possono essere trattati a livello di assistenza primaria". Fate un elenco sulla lavagna.                      Spiegate i criteri proposti, utilizzando le Diapositive 37 e 38 come supporto, e discuteteli con i partecipanti.</p>
20 min	<p>Linee-guida per la disintossicazione e la riabilitazione: spiegate il trattamento e le indicazioni basandovi sulle Diapositive 39-41 e sulla Documentazione Operativa 15. Risolvete eventuali dubbi che possano sorgere.</p>
10 min	<p><b>4) Criteri per il trattamento condiviso</b>                      Spiegate i criteri impiegati nei casi di trattamento condiviso, utilizzando come supporto la Diapositiva 42, e discuteteli con i partecipanti. Insistete sui concetti di flessibilità e coordinamento.</p>

## SESTA SESSIONE

### Applicazione del Programma EIBI sull'Alcol

#### Obiettivi e Finalità

##### Finalità

Raggiungere un consenso da parte dei professionisti impegnati nell'assistenza sanitaria primaria circa le modalità di applicazione del programma EIBI (Early Identification and Brief Intervention<sup>13</sup> agli specifici centri in cui operano.

##### Obiettivi

Al termine della sessione dovrebbe essere raggiunto un consenso sulle seguenti questioni:

- Livello di applicazione delle tecniche EIBI adottabili presso il centro di appartenenza dei partecipanti
- Criteri per il ricorso all'intervento specialistico, che includa linee-guida definite su come, quando e a chi indirizzare i pazienti difficili
- Livelli di formazione e di supporto necessari al proseguimento delle attività di EIBI
- Accordo dettagliato su quali pazienti dovrebbero intraprendere il trattamento condiviso e su come coordinarlo

#### Materiale necessario

##### Lavagna magnetica e pennarello o lavagna e gesso

##### Documentazione Operativa:

- 16. Scheda di valutazione

##### Diapositive (o lucidi):

- 2. Contenuti del programma di formazione
- 20. Livelli di applicazione

Visto che questa sessione va adattata alla realtà specifica di ciascuna nazione, l'insegnante dovrebbe selezionare materiale aggiuntivo che ritenga utile a livello locale.

<sup>13</sup> Identificazione Precoce e Breve Intervento

## Piano della Sesta Sessione: Applicazione del Programma EIBI sull'Alcol

Durata	Metodi
10 min	<p><b>1) Introduzione</b>                      Riassumete molto brevemente i contenuti della precedente sessione. Enfatizzate il fatto che in ambito di assistenza sanitaria primaria la priorità deve essere riservata alle attività EIBI. Potete utilizzare la Diapositiva 2.</p>
10 min	<p><b>2) Discussione di gruppo</b>                      Avviate una discussione sui pro e i contro del coinvolgimento dell'assistenza sanitaria primaria nel problema alcol. Siate neutrali ed assicuratevi che ogni opinione sia trascritta in un elenco ben visibile a tutti. Lo scopo non è quello di discuterne ora, ma di individuare tutti i pro e i contro.</p>
20 min	<p><b>3) Lavoro in piccoli gruppi</b>                      Dividete i partecipanti in gruppi di 3-4 persone. Basandovi sull'elenco stilato in precedenza ed utilizzando la Diapositiva 20, chiedete ai gruppi di raggiungere un consenso sulle seguenti questioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quale livello di applicazione potrebbe essere attuabile presso il loro centro di assistenza sanitaria primaria</li> <li>- Che livello di supporto specialistico sarebbe necessario</li> <li>- Quali sono i provvedimenti immediati da intraprendere</li> </ul>
10 min	<p><b>4) Accordo generale</b>                      Ripercorrete i tre punti precedenti e tentate di raggiungere un impegno unanime basato sul livello minimo di consenso. Ricordate che è meglio ottenere un basso livello di applicazione con un alto livello di consenso, piuttosto che il contrario.</p>
10 min	<p><b>5) Valutazione e chiusura</b>                      Ricordate molto brevemente i contenuti generali del programma di formazione, degli accordi raggiunti e delle successive azioni concordate. Discutete brevemente eventuali commenti e terminate la sessione ringraziando i partecipanti per l'interesse mostrato. Prima di lasciare la stanza, enfatizzate l'importanza della compilazione della scheda di valutazione (Documentazione Operativa 16), a cui andranno riservati 5 minuti.</p>







PRIMARY  
HEALTH CARE  
EUROPEAN  
PROJECT  
ON ALCOHOL

# Progetto IPIB-PHEPA

## PROGRAMMA DI FORMAZIONE

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS







PRIMARY  
HEALTH CARE  
EUROPEAN  
PROJECT  
ON ALCOHOL

## Contenuti del Programma di Formazione

- **Sessione 1:** Introduzione e concetti base
- **Sessione 2:** Identificazione precoce
- **Sessione 3:** I intervento breve
- **Sessione 4:** Il intervento breve
- **Sessione 5:** Dipendenza da alcol
- **Sessione 6:** Attuazione del programma EIBI sull'alcol

2

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS










## Prima Sessione: Introduzione e concetti di base

- **Introduzione**
- **Costi sociali e sanitari**
- **Alcol e assistenza sanitaria primaria**
- **Quantità (bicchieri) standard**
- **Classificazione del consumo alcolico**
- **Livelli di rischio**
- **Criteri di intervento**

3

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS








## Organizzazione Mondiale della Sanità Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related problems in Primary Health Care

- **FASE I (1983-1989)**  
Creazione dello strumento di screening  
AUDIT
- **FASE II (1985-1992)**  
Studi randomizzati sull'efficacia degli  
interventi brevi
- **FASE III (1992-1998)**  
Strategie di marketing e di formazione e  
supporto per l'applicazione degli interventi di  
prevenzione nell'assistenza sanitaria primaria
- **FASE IV (1998-2004)**  
Diffusione ed estensione degli interventi di  
prevenzione nell'assistenza sanitaria primaria

4


Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS







## Il progetto PHEPA

- **Scopo:** inserimento di interventi di prevenzione del consumo pericoloso o nocivo di alcol nella pratica clinica giornaliera degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria.
- **Attività:**
  - Raccomandazioni e linee guida europee per gli operatori dell'assistenza primaria
  - Programma di formazione europeo per gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria
  - Sito internet completo, con banca dati sulla "good practice"

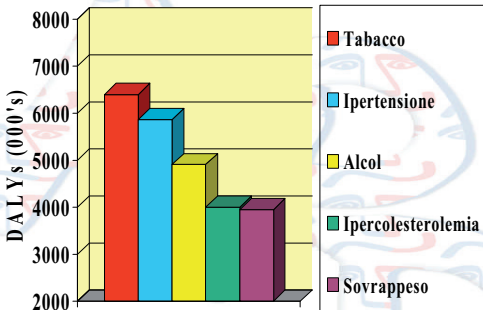


5


Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for  
 RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS

## I 5 principali fattori di rischio di malattia e morte prematura in Europa



Fattore di rischio	DALYs (000's)
Tabacco	~6500
Ipertensione	~6000
Alcol	~5000
Ipercolesterolemia	~4200
Sovrappeso	~4000

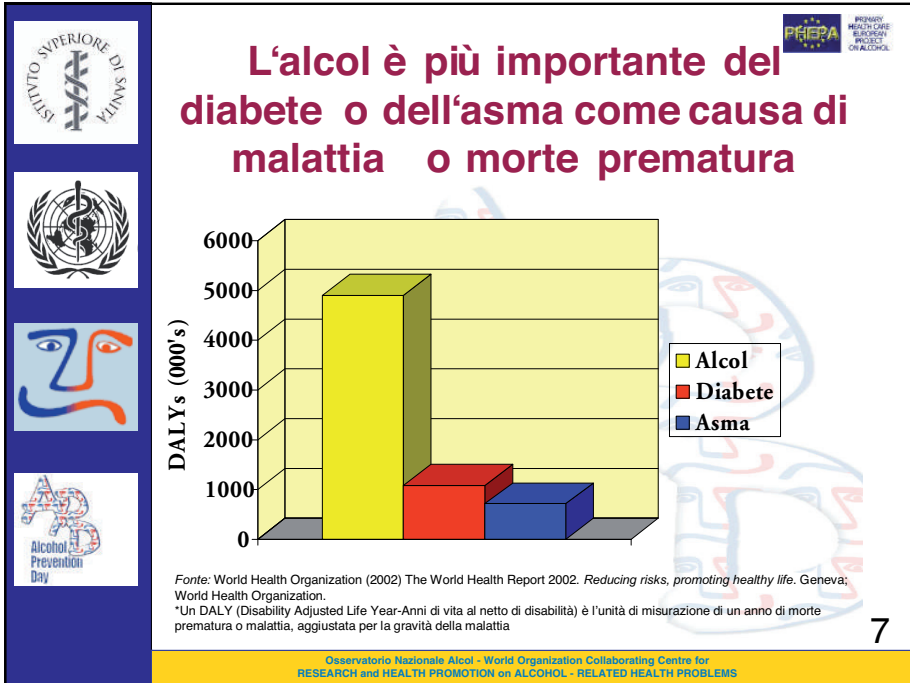


Fonte: World Health Organization (2002) The World Health Report 2002. *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva; World Health Organization.

\*Un DALY (Disability Adjusted Life Year-Anni di vita al netto di disabilità) è l'unità di misurazione di un anno di morte prematura o malattia, aggiustata per la gravità della malattia

6

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for  
 RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS








## Rischio attribuibile negli uomini europei (%)


- **Cirrosi epatica** **63**
- **Stroke emorragico** **26**
- **Cancro della bocca e orofaringeo** **41**
- **Cancro dell'esofago** **46**
- **Altri tipi di cancro** **11**
- **Omicidio** **41**
- **Altre lesioni intenzionali** **32**
- **Incidenti stradali** **45**
- **Altre lesioni involontarie** **32**



Fonte: World Health Organization (2002) The World Health Report 2002. *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva; World Health Organization.



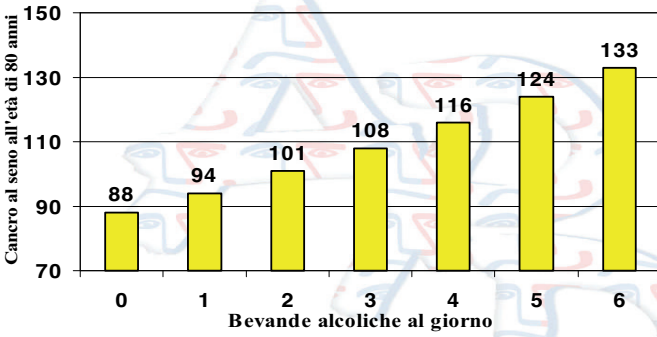
8

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS







## Rischio di cancro al seno nelle donne



Incidenza cumulativa di cancro al seno per 1000 donne dell'età di 80 anni in relazione al numero di bevande alcoliche giornaliere





Fonte: Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002) British Journal of Cancer 87, 1234-1245.



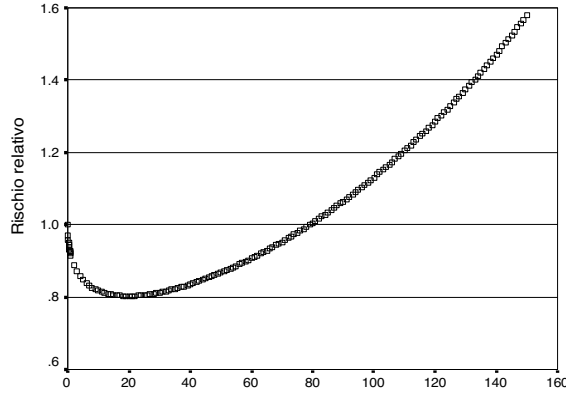
PERIPA  
PREVENTIVE RESEARCH  
PROJECT ON ALCOHOL

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS


9

## Rischio di malattie cardio-coronariche



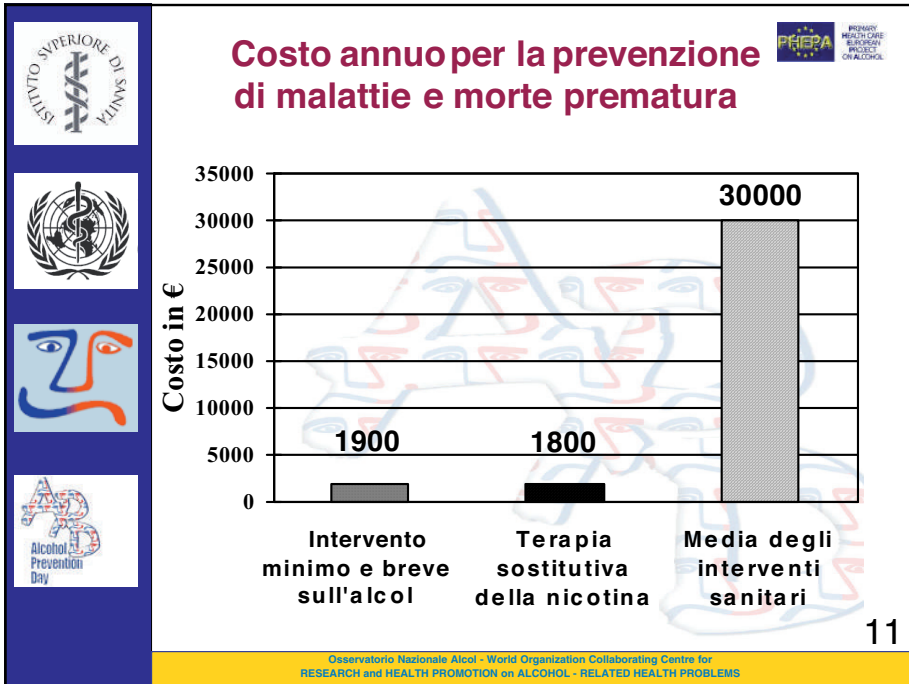
Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A & Poikolainen K. (2000) Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. Addiction 94, 649-663.



PERIPA  
PREVENTIVE RESEARCH  
PROJECT ON ALCOHOL

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS

10



- 
- Quantità (o bicchieri) standard**
- Un bicchiere standard contiene di norma circa 12 grammi di alcol puro. Ad esempio:
    - 330 ml di birra (5° alcolici)
    - 125 ml di vino (12° alcolici)
    - 80 ml di aperitivo (18° alcolici)
    - 40 ml di cocktail alcolico (36° alcolici)
- 12
- Oservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS



## Classificazione del consumo alcolico







- **CONSUMO A RISCHIO:** un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini.
- **CONSUMO DANNOSO:** una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale. A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto.
- **ALCOLDIPENDENZA:** insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

13

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS



## Livelli di rischio e criteri di intervento







Livello di Rischio	Criteri	Intervento	Ruolo assistenza primaria
Basso	<280g/settimana uomini <140g/settimana donne AUDIT -C < 5 uomini AUDIT -C < 4 donne AUDIT < 8	Prevenzione primaria	Educazione sanitaria, supporto, modelli di riferimento
A maggior rischio*	280-349 g/settimana uomini 140-209 g/settimana donne AUDIT -C ≥ 5 uomini AUDIT -C ≥ 4 donne AUDIT 8 - 15	Consigli in forma breve	Identificazione, valutazione, breve avvertimento
Dannoso	≥ 350 g/settimana uomini ≥ 210 g/settimana donne Presenza di danno alla salute AUDIT 16 - 19	Consigli accompagnati da counselling breve e monitoraggio continuo	Identificazione, valutazione, breve avvertimento, follow-up
Alto (alcol-dipendenza)	Criteri ICD-10 AUDIT ≥ 20	Intervento specialistico	Identificazione, valutazione, invio a servizi specialistici, follow-up

\*Qualsiasi consumo in donne in gravidanza, soggetti di età inferiore ai 16 anni o con patologie o trattamenti con controindicazioni per il consumo di alcol

Fonte: Anderson P. Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications 1996

14

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS






## Seconda sessione: Identificazione precoce

- Identificazione del consumo a rischio o dannoso:
  - AUDIT
  - AUDIT-C
- Livelli di applicazione
- Efficacia degli interventi brevi



15

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS






## L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)-1

1. Con quale frequenza consuma bevande contenenti alcol?
 

mai (0 punti)	meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)	2-4 volte al mese (2 punti)	2-3 volte a settimana (3 punti)	4 o più volte a settimana (4 punti)
------------------	--	--------------------------------	------------------------------------	--
2. Quanti bicchieri standard di bevande alcoliche consuma in media al giorno?
 

1 o 2 (0 punti)	3 o 4 (1 punto)	5 o 6 (2 punti)	7 o 9 (3 punti)	10 o più (4 punti)
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	-----------------------
3. Con quale frequenza le è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?
 

mai (0 punti)	meno di 1 volta al mese (1 punto)	1 volta al mese (2 punti)	1 volta a settimana (3 punti)	tutti i giorni o quasi (4 punti)
------------------	--------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------
4. Con quale frequenza nell'ultimo anno si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?
 

mai (0 punti)	meno di 1 volta al mese (1 punto)	1 volta al mese (2 punti)	1 volta a settimana (3 punti)	tutti i giorni o quasi (4 punti)
------------------	--------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------
5. Con quale frequenza nell'ultimo anno non è riuscito a fare qualcosa perché aveva bevuto alcolici?
 





mai (0 punti)	meno di 1 volta al mese (1 punto)	1 volta al mese (2 punti)	1 volta a settimana (3 punti)	tutti i giorni o quasi (4 punti)
------------------	--------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------


Riproduzione autorizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità



16

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS



## L'AUDIT - 2

**6. Con quale frequenza nell'ultimo anno ha avuto bisogno di bere al mattino per affrontare la giornata dopo una grossa bevuta?**

mai (0 punti)	meno di 1 volta al mese (1 punto)	1 volta al mese (2 punti)	1 volta a settimana (3 punti)	tutti i giorni o quasi (4 punti)
------------------	--------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

**7. Con quale frequenza nell'ultimo anno si è sentito colpevole o ha provato rimorso dopo aver bevuto?**

mai (0 punti)	meno di 1 volta al mese (1 punto)	1 volta al mese (2 punti)	1 volta a settimana (3 punti)	tutti i giorni o quasi (4 punti)
------------------	--------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

**8. Con quale frequenza nell'ultimo anno non è riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente perché aveva bevuto?**

mai (0 punti)	meno di 1 volta al mese (1 punto)	1 volta al mese (2 punti)	1 volta a settimana (3 punti)	tutti i giorni o quasi (4 punti)
------------------	--------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

**9. Il suo bere ha causato infortuni a se stesso o agli altri?**

no (0 punti)	sì, nell'ultimo anno (4 punti)
sì, ma non nell'ultimo anno (2 punti)	





**10. Un parente, un amico, un medico o un'altro operatore sanitario si è mai preoccupato per il suo consumo di alcol oppure le ha suggerito di smettere?**


no (0 punti)	sì, ma non nell'ultimo anno (2 punti)	sì, nell'ultimo anno (4 punti)
-----------------	--	-----------------------------------

Riproduzione autorizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità

17

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS



## L'AUDIT - C

**1. Con quale frequenza consuma bevande alcoliche?**

mai (0 punti)	meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)	2-4 volte al mese (2 punti)	2-3 volte a settimana (3 punti)	4 o più volte a settimana (4 punti)
------------------	---	--------------------------------	------------------------------------	--

**2. Quanti bicchieri standard di bevande alcoliche consuma in media al giorno?**


1 o 2 (0 punti)	3 o 4 (1 punto)	5 o 6 (2 punti)	7 o 9 (3 punti)	10 o più (4 punti)
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	-----------------------


**3. Con quale frequenza le è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?**


mai (0 punti)	meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)	2-4 volte al mese (2 punti)	2-3 volte a settimana (3 punti)	4 o più volte a settimana (4 punti)
------------------	---	--------------------------------	------------------------------------	--

18

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS





## SIAC (Systematic Inventory of Alcohol Consumption)

- Se fa uso di bevande alcoliche (vino, birra, ecc.), quanti bicchieri standard (BS) beve in media al giorno?
- Con che frequenza? (numero di giorni a settimana)
- Le sue abitudini relative al bere cambiano nel weekend (o nei giorni lavorativi)?
- Foglio di registrazione del consumo alcolico (in BS):

	quantità	giorni	totale
Giorni lavorativi			
Weekend			

1 BS = 12 grammi

Consumo alcolico a rischio: > 28 BS/settimana per gli uomini  
> 17 BS/settimana per le donne

19

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for  
 RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS





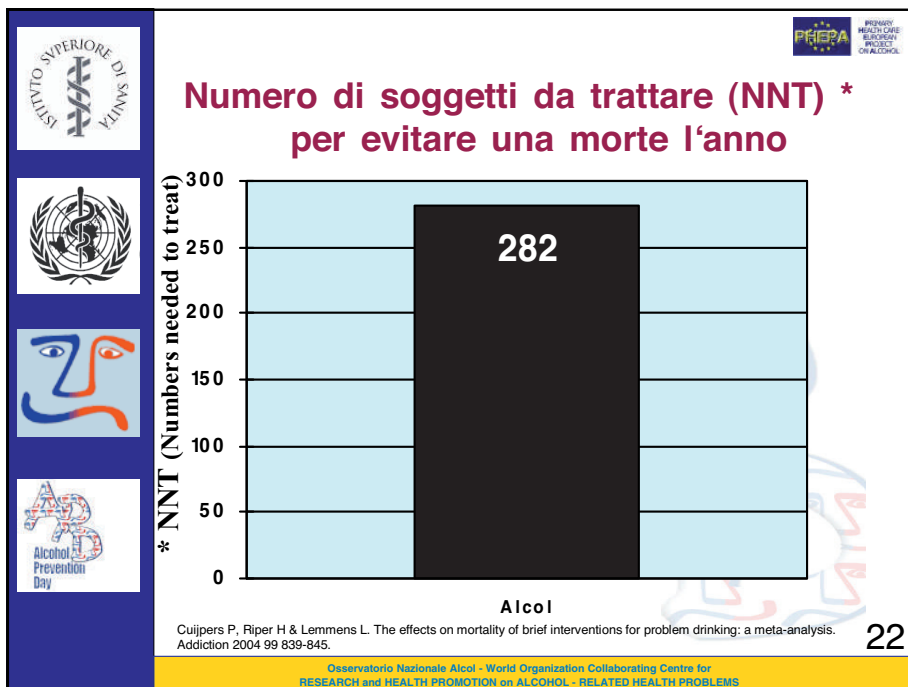
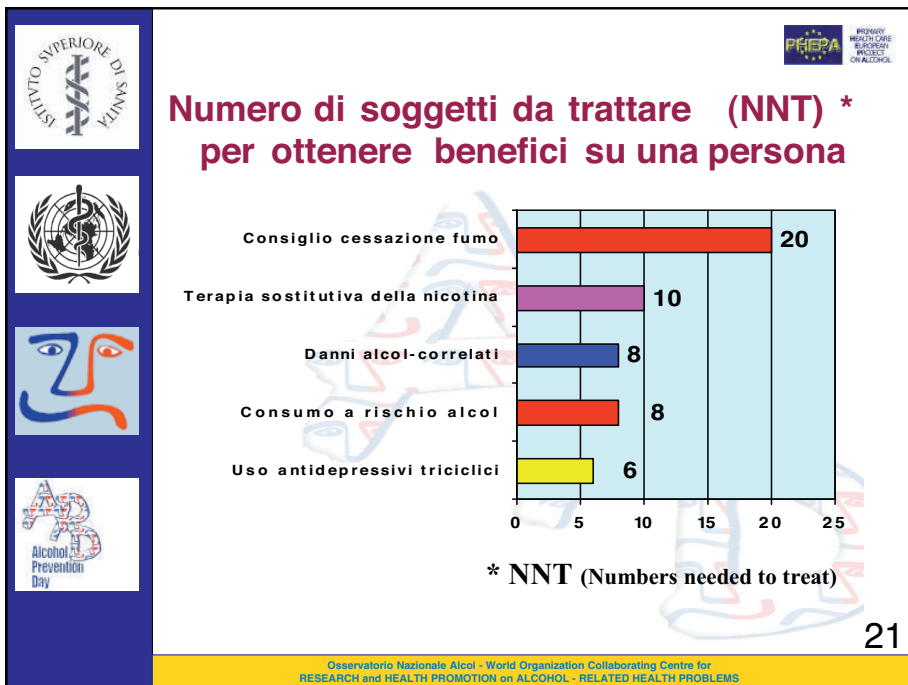







## Livelli di applicazione


- **Basso:** Identificazione del consumo a rischio in particolari gruppi di popolazione (donne in gravidanza, figli di alcolisti, ecc.)
- **Standard:** Identificazione del consumo a rischio in gruppi per i quali è risaputo l'alto livello di consumo (uomini dai 20 ai 50 anni, ecc.)
- **Massimo:** Identificazione sistematica e breve intervento di avvertimento su tutta la popolazione

20

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for  
 RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS










## Terza sessione: I Intervento Breve

- Modello degli stadi di cambiamento
- Processi di cambiamento
- Interventi minimi
- Stili comunicativi per la relazione di sostegno

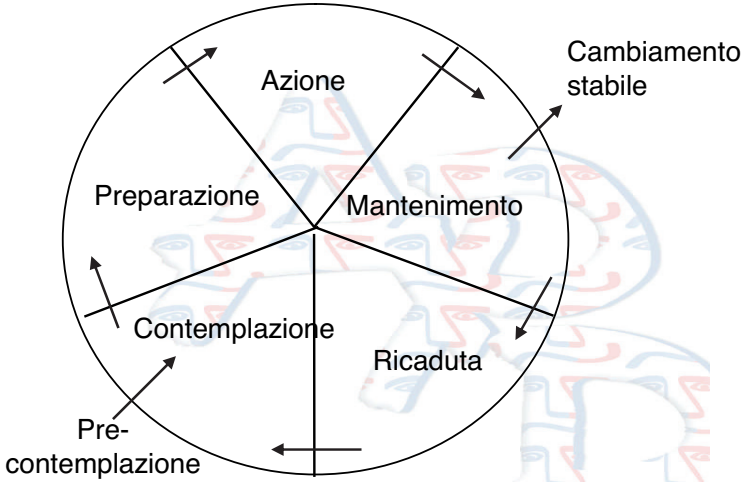
23

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS



## Stadi di Cambiamento



24

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS




## Stadi di cambiamento e obiettivi del terapeuta




Stadi	Caratteristiche	Obiettivo del terapeuta
Pre-contemplazione	Mancanza di consapevolezza	Aumentare la consapevolezza
Contemplazione	Ambivalenza	Studiare le preoccupazioni. Stimolare il dubbio interiore.
Preparazione	Ambivalenza	Offrire informazioni e suggerimenti neutri. Presentare le alternative.
Azione	Assunzione di impegno	Indurre l'assunzione di impegno e l'autodeterminazione
Mantenimento	Stabilità	Fornire sostegno
Ricaduta	Disperazione	Evitare critiche, aumentare l'auto-stima, rinnovare l'impegno

25

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS



## Processi di cambiamento






L'avanzamento negli stadi di cambiamento è aiutato da 10 processi fondamentali:

Precontemplazione	Contemplazione	Preparazione	Azione	Mantenimento
Aumento di consapevolezza	Indipendenza sociale	Sollievo emotivo	Rivalutazione dell'ambiente	
	Auto-rivalutazione		Indipendenza soggettiva-Impegno	
			Rafforzamento gestionale	
			Decondizionamento	
			Controllo stimoli/ambiente	
			Relazione di sostegno	

26


Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS



## Interventi Minimi e Brevi

MINIMI	BREVI
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Occasionali</li> <li>■ Basati su consigli</li> <li>■ Con o senza follow-up formale</li> <li>■ Fino a 10 minuti</li> <li>■ Con materiale informativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Spesso programmati</li> <li>■ Basati sulla motivazione</li> <li>■ Con follow-up formale</li> <li>■ Fino a 30 minuti</li> <li>■ Con materiale informativo</li> </ul>



27

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS










## Interventi Minimi (Il metodo delle 5 A\*)


- **Ask/Assess: Chiedere/Valutare** se la persona beve e quali sono i fattori che possono influire sulla scelta di un cambiamento di comportamento, sugli obiettivi e metodi per ottenerlo.
- **Advise: Fornire suggerimenti** chiari, specifici e personalizzati per il cambiamento di comportamento, includendo informazioni sui danni ed i benefici alla salute personale.
- **Agree: Concordare** gli obiettivi ed i metodi del trattamento, basandosi sulla disponibilità del soggetto a cambiare le proprie abitudini alcoliche.
- **Assist: Assistere** il bevitore nel raggiungimento degli obiettivi prefissati, aiutandolo ad acquisire le conoscenze, la predisposizione, la capacità, la fiducia ed il supporto sociale necessari al cambiamento di comportamento.
- **Arrange: Organizzare** contatti di follow-up programmati, al fine di fornire sostegno.



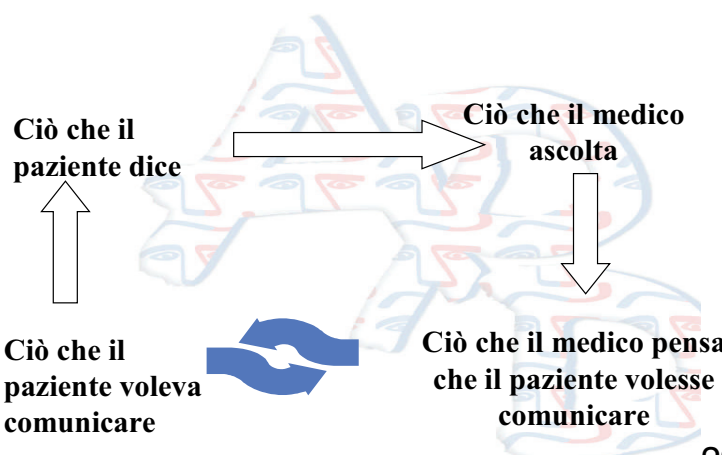
28

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS



## Modello di comunicazione da Thomas Gordon



The diagram illustrates the communication model between a patient and a doctor. It features a central stylized face with multiple eyes. Four text boxes are arranged around the face, connected by arrows and a hand icon:

- Top Left:** "Ciò che il paziente dice" (What the patient says) with an upward arrow pointing to the face.
- Top Right:** "Ciò che il medico ascolta" (What the doctor listens) with a rightward arrow pointing from the patient's side to the doctor's side.
- Bottom Left:** "Ciò che il paziente voleva comunicare" (What the patient wanted to communicate) with a hand icon pointing towards the face.
- Bottom Right:** "Ciò che il medico pensa che il paziente volesse comunicare" (What the doctor thinks the patient wanted to communicate) with a downward arrow pointing from the face.

29

\* Adattamento da <http://www.gordontraining.com/aboutdtg.asp>

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS











## Quarta sessione : Il Intervento Breve

- Strategie di apertura
- Elementi essenziali degli Interventi Brevi:
  - Stile
  - Contenuti
- Prevenzione delle ricadute: aiutare il rientro nel ciclo di cambiamento

30

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for  
RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS



## Strategie di apertura

Domande aperte

Atteggiamento assertivo

Ascolto riflessivo

Sintesi

Resistenze ☹️

↓


Cambiare strategia

😊

Disponibilità al cambiamento





↓

Continuare



31

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS

## Elementi essenziali degli Interventi Brevi

Comunicare empatia


Indurre l'autodeterminazione

**Elementi degli interventi brevi**

- Fornire un feedback
- Fornire consigli (previo consenso)
- Valutare la disponibilità e lo stadio del cambiamento
- Concordare obiettivi e strategie
- Monitorare i progressi


↑


Enfatizzare la responsabilità del paziente



32

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS










## Quali sono le cause scatenanti delle ricadute?

- Sofferenza emotiva
- Desiderio di amplificare gli stati emotivi positivi
- Tentazioni o sollecitazioni a bere
- Pressione sociale




33

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS


## Aiutare il rientro nel ciclo di cambiamento

- Comprendere lo stato d'animo.
- Verificare: "scivolata" o ricaduta?
- Identificare le situazioni ad alto rischio.
- Identificare le strategie più adeguate.
- Verificare la necessità di un supporto specialistico.
- Verificare la disponibilità al cambiamento.




34

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS





## Quinta sessione: Alcol- dipendenza

- Criteri diagnostici
- Trattamento in ambito di assistenza sanitaria primaria
  - Criteri di trattamento
  - Protocolli per la disintossicazione e il trattamento
- Trattamento presso centri specializzati
- Trattamento condiviso

35

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for  
 RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS








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

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

- Forte desiderio o spinta compulsiva ad assumere alcol.
- Difficoltà a controllarsi riguardo ad inizio, termine o livello di assunzione alcolica.
- Stato di astinenza fisica se si smette di bere o si riduce la quantità (es. tremore, sudore, aumento dei battiti cardiaci, ansietà, insonnia, oppure, più raramente, attacchi epilettici, disorientamento, o allucinazioni), oppure bere per stare meglio o per evitare sintomi di astinenza.
- Aumentata tolleranza, tale che per ottenere effetti originariamente prodotti da dosi inferiori è necessario aumentare le dosi.
- Abbandono progressivo di interessi o piaceri alternativi ed aumento del tempo dedicato a procurarsi o assumere alcol, oppure a riprendersi dai suoi effetti.
- 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.

36

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for  
 RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS








## Trattamento in ambito di assistenza sanitaria primaria

- Consumo di alcol a rischio
- Consumo di alcol dannoso
- Dipendenza da alcol, se:
  - Il paziente accetta di smettere pur non ritenendo di essere alcol-dipendente
  - Il paziente rifiuta di ricorrere a centri specialistici
  - Il paziente non ha gravi complicazioni psichiche, sociali o fisiche

Fonte: (1) Servei Català de la Salut. Criteris per a la derivació i interconsulta entre l'atenció primària i els serveis de salut mental i d'atenció a les drogodependències. SCS;1996 (2) Departament de Sanitat i Seguretat Social. L'atenció primària de salut i les drogodependències. Generalitat de Catalunya; 1992



PEPERA  
PRIMARY  
HEALTH CARE  
EUROPEAN  
PROJECT  
ON ALCOHOL

37

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for  
 RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS








## Quando ricorrere al trattamento specialistico




- Fallimento di precedenti tentativi di trattamento
- Gravi complicazioni:
  - Rischio moderato o grave di sintomi di astinenza
  - Grave patologia fisica
  - Incapacità della famiglia a fornire supporto
  - Comorbidità psichiatrica
  - Utilizzo abituale di altre sostanze stupefacenti
- Impossibilità di gestire il trattamento in ambito di assistenza sanitaria primaria




PEPERA  
PRIMARY  
HEALTH CARE  
EUROPEAN  
PROJECT  
ON ALCOHOL

38

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for  
 RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS



## Criteri per la disintossicazione

- Precedenti episodi di delirium tremens o o attacchi epilettici
- Sintomi di astinenza mattutina
- Bere come prima azione giornaliera
- Desiderio di trattamento farmacologico
- Presenza attuale di sintomi di astinenza
- Gravi condizioni di salute

39

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS










## Condizioni necessarie per la disintossicazione ambulatoriale

- Consumo alcolico giornaliero al di sotto dei 25 bicchieri standard
- Assenza di gravi complicazioni fisiche o mentali
- Impegno del paziente a:
  - Astenersi dall'alcol durante la disintossicazione
  - Rimanere a casa
  - Evitare attività a rischio
- Presenza di un familiare, senza problemi di assuefazione, che si assuma la responsabilità di controllare l'assunzione dei farmaci e fare da supervisore al trattamento
- Assenza di bevande alcoliche in casa durante la disintossicazione
- Contatti giornalieri con il medico o l'infermiere (di persona o telefonici)

40

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS





## Controindicazioni per la disintossicazione ambulatoriale


- Stato confusionale o allucinazioni
- Anamnesi di precedenti complicazioni da astinenza
- Epilessia o anamnesi di attacchi isterici
- Stato nutrizionale carente
- Vomito o diarrea grave
- Rischio di suicidio
- Grave dipendenza associata a riluttanza ad essere controllato giornalmente
- Fallimento di disintossicazioni assistite a domicilio
- Sintomi da astinenza non controllabili
- Patologie fisiche o psichiatriche acute
- Abuso di più sostanze stupefacenti
- Ambiente familiare non in grado di fornire sostegno all'astinenza

Fonte: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline. Draft 2.11, 2003.

41

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS





## Criteri per il trattamento condiviso

- Pazienti in astinenza stabilizzata, in trattamento psico-sociale presso centri specialistici
- Pazienti che vogliono iniziare il trattamento ma rifiutano il ricorso a centri specialistici
- Casi senza complicazioni, sottoponibili a disintossicazione domiciliare
- Pazienti con altre patologie croniche che necessitano di monitoraggio presso centri di assistenza sanitaria primaria

42

Osservatorio Nazionale Alcol - World Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL - RELATED HEALTH PROBLEMS





# **PROGETTO IPIB - PHEPA**



## **PROGRAMMA DI FORMAZIONE**

**Indicazioni per lo svolgimento  
delle sessioni**

## PRIMA SESSIONE

### Introduzione e concetti fondamentali

#### 1) Presentazione dei formatori e del programma di *training*

Se il corso viene tenuto in un contesto di assistenza primaria (dipartimento prevenzione, servizio sanitario ecc.) ed i frequentatori del corso si conoscono già tra di loro sarà indispensabile stabilire un adeguato rapporto con chi attua la formazione (formatore/i, eventualmente tutor ed esercitatori). Qualora i partecipanti al corso non si conoscano tra loro sarà invece necessaria una breve introduzione.

Il formatore (o i formatori nel caso siano più di uno) potrà pertanto iniziare il corso presentandosi e chiedendo ai frequentatori del corso di fare altrettanto. Si può proporre che i frequentanti e i formatori si rivolgano gli uni agli altri per nome; questo tipo di situazione informale faciliterà la discussione di gruppo e la condivisione delle difficoltà che eventualmente potranno presentarsi durante lo svolgimento del corso.

È importante spiegare che il corso è basato sulla partecipazione, che parte dalle conoscenze dei frequentatori e vi aggiunge nuovi contenuti. Le "regole di base" vogliono che i frequentanti si aiutino tra loro nell'apprendimento e condividano le proprie idee e conoscenze.

Ecco una tipica lista di regole di base:

- rispettare la confidenzialità durante gli esercizi; non discutere i problemi personali altrui con terzi al di fuori del corso
- rispettare il punto di vista di ognuno, anche quando non si è d'accordo
- essere puntuali al corso e tornare in tempo dopo le pause
- parlare uno per volta durante le discussioni di gruppo e ascoltare gli altri quando parlano
- non esitare a porre domande quando ritenute necessarie cercando di non interrompere l'esposizione di concetti da parte del formatore

Può essere utile ricordare ai frequentanti che la formazione non consiste in una serie di singoli seminari separati, ma costituisce un corso integrale. Ogni sessione è legata alla precedente e alle successive. I frequentatori devono sforzarsi di seguire il corso di formazione nella sua integralità. E' utile porre l'accento sul fatto che sarebbe auspicabile che i frequentanti partecipassero attivamente agli esercizi, poiché è preferibile che essi abbiano l'opportunità di tentare le nuove tecniche o strategie coi pazienti non prima di averle sperimentate durante il corso. A tale riguardo può essere utile precisare che chi non desiderasse partecipare agli esercizi possa essere esentato dal farlo pur con l'avvertenza della perdita del prezioso valore aggiunto relativo al mancato addestramento connesso alle simulazioni delle situazioni reali.

Prima di iniziare il corso è importante fornire una panoramica generale sul corso e sulla sua articolazione. Collocare il corso di formazione nell'ambito del Progetto PHEPA e dello Studio Collaborativo dell'OMS (EIBI) aiuterà i corsisti ad apprezzarne il valore scientifico e il senso della continuità.

## **2) Salute e costi sociali – Spiegazione**

Sarebbe auspicabile una breve riflessione per introdurre la necessità di gestire adeguatamente i danni dell'alcol e le connesse problematiche (WHO 2002a; Anderson et al. 2005). Si possono utilizzare a tale scopo il Documento di lavoro 1 e le Diapositive 6-11 specificate nella programmazione del corso. È importante dare particolare risalto ai danni e ai disturbi causati dal bere (dannoso, rischioso e causa di dipendenza).

## **3) Discussione sull'alcol e l'assistenza sanitaria primaria**

Sarebbe auspicabile dedicare approssimativamente quindici minuti a discutere la realtà del problema e il tipo di impegno professionale che il consumo d'alcol comporta nel contesto di assistenza primaria in cui opera il singolo frequentatore del corso, in modo da adattare l'intervento alle necessità e alle caratteristiche più rilevanti.

Organizzare una discussione faciliterà la raccolta del maggior numero di opinioni, che potranno essere annotate sulla lavagna. Al termine della discussione si potrà chiedere ai corsisti di scegliere le cinque idee più importanti o di proporre una definizione migliore per ogni problema sollevato.

Durante il corso potrebbe essere utile riassumere brevemente in forma di schema, di tanto in tanto, i punti sollevati. I frequentatori del corso si sentiranno compresi e sentiranno che viene prestata una reale attenzione ai loro commenti (che quindi non vengono soltanto annotati alla lavagna). Ciò stimolerà inoltre il gruppo a migliorare e proseguire nella proposta di idee.

Al termine di questa discussione, chi frequenta il corso dovrebbe maturare la sensazione che la formazione risponderà alle loro necessità di conoscenza e preparazione sul tema alcol.

## **4) Bicchieri standard e modalità del consumo**

È indispensabile in questa parte della formazione spiegare il concetto di bicchiere standard (Diapositiva 12) in base alle peculiarità italiane. È opportuno sottolineare il concetto che l'accuratezza nel misurare il contenuto alcolico dei bicchieri può risultare sacrificata a vantaggio della semplicità.

Introdurre le modalità di consumo dell'alcol (Documento di lavoro 2 e Diapositiva 13) e assicurarsi che i frequentatori comprendano la differenza tra un consumatore a rischio, un consumatore con danno alcolcorrelato e una persona alcolodipendente (porre qui particolare attenzione, perché generalmente chi partecipa alla formazione tende a confondere le condizioni e a pensare che i tre tipi di bevitore abbiano caratteristiche molto simili).

Può essere utile accennare al fatto che anche chi beve solo in certe occasioni può creare problemi a se stesso o agli altri e che è pertanto più corretto considerare la promozione della salute in un senso più ampio anziché focalizzarsi solo sui problemi di alcoldipendenza.

### **5) Livelli di rischio e criteri di intervento**

È necessaria una breve spiegazione basata sulla Diapositiva 14. Occorre ricordare che durante l'esposizione delle differenti sessioni sarà necessario introdurre in modo dettagliato i concetti, la diagnosi ed i criteri di trattamento. Pertanto è preferibile offrire in prima battuta solo una visione generale.

È opportuno tener presente che si tratta solo di una prima sessione introduttiva in cui si cerca di conoscersi gli uni con gli altri e di definire il danno causato dal consumo di alcol. La discussione dovrebbe in questa fase rimanere quasi esclusivamente su di un piano teorico, visto che la parte pratica sarà affrontata in seguito, discutendo i differenti livelli di implementazione possibili nelle diverse strutture assistenziali a cui i frequentatori del corso afferiscono nella loro pratica quotidiana.

### **6) Riassunto**

A questo punto il formatore può fare nuovamente riferimento agli obiettivi dell'incontro e riassumerà sinteticamente i concetti fondamentali che sono stati proposti. È importante porre l'accento sul fatto che il programma di formazione affronterà il tema alcol da un punto di vista globale, introducendo due idee tra di loro complementari:

- 1) il programma di formazione tenta di fornire strumenti utili ad affrontare i problemi dell'alcol nelle strutture primarie e
- 2) sebbene il corso non sia incentrato sull'alcoldipendenza, ma piuttosto sulla promozione della salute, questa non può essere raggiunta senza affrontare anche i casi più gravi.

## SECONDA SESSIONE

### Identificazione precoce

#### Note propedeutiche

##### 1) Introduzione

Per evitare che si creino atteggiamenti di diffidenza, è importante spiegare in anticipo a chi apprende che gli strumenti di identificazione possono essere usati in funzione dei differenti livelli di esposizione al rischio generati dalle differenti modalità del bere e, ovviamente, dai diversi livelli di consumo. Si consiglia di utilizzare la Diapositiva 20 per chiarire questo punto.

##### 2) Identificazione del consumo a rischio e dannoso di alcol

In questa parte della seconda sessione è necessario assicurarsi che ognuno abbia compreso come utilizzare e valutare l'AUDIT (Bohn et al. 1995) e l'AUDIT-C (Bush et al. 1998), nonché le equivalenze esistenti (in termini di contenuto di alcol) tra le bevande più frequentemente consumate, espresse in bicchieri o unità standard. Spesso gli operatori del servizio sanitario di assistenza primaria preferiscono i questionari quantità/frequenza. E' possibile che qualche frequentatore riferisca dell'esperienza in via di diffusione di modalità di registrazione medica computerizzata che comprenda una valutazione del consumo di alcol in termini di quantità/frequenza. A tale riguardo è utile menzionare l'alternativa proposta del SIAC (Gual et al. 2001) o di un altro strumento analogo di uso corrente e standardizzato in Italia.

I frequentatori del corso potranno trovare utile avere a portata di mano il Documento di lavoro 3.

##### 3) Strumenti di identificazione – Esercizio di gruppo

Poiché non c'è molto tempo a disposizione, i gruppi devono essere organizzati rapidamente. Se si dispone di più tempo l'esercizio può essere prolungato e il gruppo può essere suddiviso in coppie, in modo tale da permettere la simulazione di interviste.

Con questo esercizio (Documento di lavoro 4) è possibile verificare che i frequentanti abbiano realmente compreso le differenze tra le tre modalità del consumo e siano in grado di discutere i pro e i contro di ogni metodo di screening. È opportuno cercare di consolidare ogni *feedback* positivo ricevuto dagli ascoltatori in relazione agli strumenti di *screening*.

##### 4) Livelli di implementazione

In questa sezione di formazione è necessario passare in rassegna l'attitudine allo *screening* già posseduta dal gruppo e spiegare i differenti livelli di implementazione (Diapositiva 20). E' opportuno chiarire che, al termine del corso,

ciascuno potrà scegliere il livello di implementazione che meglio si adatta alle necessità professionali personali.

### **5) Efficacia degli interventi brevi – Spiegazione**

I dettagli esposti in merito all'efficacia degli interventi brevi dipendono dalle necessità e dagli interessi delineati nel corso della prima sessione introduttiva da parte dei partecipanti al corso di formazione. Può essere utile accennare (o aggiungere al Documento di lavoro 5) a tutti i progetti di ricerca nazionali o locali dei quali il formatore abbia conoscenza o esperienza o che siano stati pubblicati prima dell'attuazione del corso. In funzione della tipologia del gruppo, il formatore può decidere di anteporre questo punto a quello precedente (punto 4). Ad ogni modo è sempre raccomandabile l'uso di informazione scientifica a supporto delle proposte del gruppo sui livelli di implementazione, anziché indirizzare i frequentanti verso livelli più impegnativi di *screening*.

# TERZA E QUARTA SESSIONE

## Interventi brevi I e II

### Note propedeutiche

#### 1) Introduzione alla terza sessione

Un breve riassunto della sessione precedente sull'identificazione precoce può servire a introdurre l'intervento "breve" e quello "minimo" in quanto tema centrale del corso. E' opportuno assicurarsi di evidenziare bene questo punto: sebbene nel corso si affrontino anche le modalità attraverso cui è possibile trattare l'alcoldipendenza, l'obiettivo principale della formazione è rivolto all'apprendimento delle modalità di realizzazione dell'intervento breve sui bevitori a rischio.

#### 2) Modello degli stadi di cambiamento – Spiegazione

Questa spiegazione è propedeutica rispetto a quelle che seguiranno (Prochaska & Di Clemente 1986) ed è impostata in maniera volutamente semplice (Diapositive 24 e 25, e Documento di lavoro 6). La spiegazione dettagliata di questo modello verrà esaminata in seguito nella sua complessità. Prima di iniziare questa parte del corso è opportuno verificare insieme ai frequentatori del corso il grado reale di dimestichezza con il modello proposto: anche se è già stato loro spiegato durante altri corsi di aggiornamento, è essenziale riassumerlo rapidamente eventualmente sostituendo la spiegazione con l'esercizio di gruppo e con una discussione generale sull'utilità del modello.

#### 3) Processi di cambiamento – Spiegazione

La spiegazione è basata sul Documento di lavoro 7 e sulla Diapositiva 26. I processi di cambiamento (Prochaska & Di Clemente 1986) sono attività o strategie di *coping* (capacità di far fronte) messe in atto dalle persone nei loro tentativi di cambiare. Ogni processo di cambiamento consiste in un'ampia varietà di attività di *coping* che comprende molte e differenti tecniche, metodologie e interventi. Esistono due tipi di processi: quello cognitivo (richiede un cambiamento nel modo di pensare e sentire) e quello comportamentale (richiede un cambiamento nel comportamento).

#### 4) Stadi di cambiamento, esercizio di gruppo: domande per attivare la discussione e risposte

Prima di cominciare, chiedere ai frequentatori del corso di leggere il testo delle domande del Documento di lavoro 8. Questo esercizio può essere effettuato anche, ma non necessariamente, dopo la spiegazione dei processi di cambiamento (Documento di lavoro 7) e può aiutare i frequentanti a chiarire e consolidare ciò che hanno appreso dalla spiegazione e ad applicarlo a situazioni della vita reale.

In realtà il tempo necessario a discutere le "risposte corrette" ad ogni domanda manca. Il modo migliore di impiegare il tempo della discussione è quello di verificare che chi frequenta il corso comprenda quale processo viene discusso e in quale relazione si trovi rispetto agli stadi del cambiamento. E' importante porre l'accento sul fatto che i legami tra i vari stadi del cambiamento non sono sempre chiari e che, in caso di dubbio, la regola dovrebbe essere quella di usare la fase (o stadio) meno avanzata.

Utilizzare comunque i Documenti di lavoro 8 e 9.

### **5) Tipi di intervento**

A questo punto della formazione è importante mettere in risalto l'evidenza che, tanto gli interventi minimi quanto quelli brevi, si basano sulla capacità propria del paziente di cambiare abitudini. E' anche opportuno sottolineare che gli interventi minimi sono adatti alle azioni occasionali (opportunistiche) mentre gli interventi brevi necessitano di un tempo maggiore e di essere programmati in anticipo. E' importante sottolineare il concetto che gli interventi minimi sono incentrati sul porgere consigli mentre quelli brevi sul fornire motivazione al paziente.

A tale riguardo la Diapositiva 27 aiuterà ad esprimere i concetti.

### **6) Interventi minimi**

Con l'aiuto della Diapositiva 28 si procede in questa sezione di formazione alla presentazione delle componenti essenziali degli interventi minimi (Whitlock et al. 2004). E' fondamentale insistere sulla necessità di chiedere sempre il consenso del paziente prima di attuare l'intervento minimo consistente nel porgere consigli al paziente. Qualora i frequentatori del corso pongano domande sulla opportunità di chiedere il consenso, si consiglia di rispondere brevemente e di rimandare il problema all'incontro successivo, in cui, nell'ambito degli interventi brevi, sarà trattata anche la necessità dell'autorizzazione (consenso informato) da parte del paziente.

### **7) Interventi minimi – Esercitazione**

In questa fase è necessario imporre continuamente limiti di tempo. L'esercizio dovrebbe essere effettuato iniziando con un'affermazione come: 'Nel questionario AUDIT che lei ha appena compilato ha raggiunto il punteggio di 12', seguita da un'affermazione come: 'Desidera conoscere il significato di questo risultato?' oppure 'Posso spiegarle cosa questo risultato potrebbe significare per la sua salute?' o simili. Di nuovo, per progredire adeguatamente nel programma di lavoro, si consiglia di rimandare la discussione di gruppo sull'esercizio alla sessione successiva, discussione che avverrà dopo l'esercitazione relativa all'intervento breve e in cui le due esercitazioni saranno discusse assieme.

### **8) Stile di comunicazione per favorire l'instaurarsi di una relazione – Spiegazione ed esercizio**

La capacità di ascolto attivo è di solito stimolata attraverso un insieme di tec-

niche che l'operatore sanitario, in genere, può applicare per stabilire una buona relazione di supporto. In questa parte del corso una particolare attenzione verrà posta dal docente/formatore ad evidenziare l'opportunità d'uso delle domande aperte (*open-ended*) e della tecnica rivolta all'ascolto riflessivo. Dopo aver riepilogato brevemente cosa siano le domande aperte, l'esposizione del modello di Gordon (1970) (Diapositiva 29) contribuirà a sottolineare l'idea che l'ascolto riflessivo è un modo di interpretare il reale significato di ciò che il paziente sta dicendo (usare il Documento di lavoro 10).

In generale le persone incontrano difficoltà nel seguire la serie di compiti che caratterizzano l'esercitazione all'ascolto attivo; può essere utile che il formatore/tutor si muova tra i gruppi ricordando ai frequentatori del corso ciò che devono fare. L'esperienza di un professionista della salute che "non stia sentire" è un'esperienza particolarmente traumatica per entrambe le parti. In questo esercizio è necessario controllare attentamente il tempo; un commento registrato nel corso della sperimentazione di questo corso di formazione da parte dei frequentatori del corso pilota è stato il seguente: "Uno degli aspetti più interessanti è che un minuto, parlando da un punto di vista soggettivo, può durare il doppio o il triplo se nessuno ti sta a sentire".

Per favorire la comprensione da parte dei frequentatori del corso, al termine dell'esercizio si possono porre le seguenti domande:

- Come vi siete sentiti quando gli altri non vi stavano a sentire o ascoltavano solo in parte?
- Quali sono le caratteristiche dell'ascolto scarso o incompleto?
- Quali sono le caratteristiche di un buon ascolto?

## 9) Riassunto della terza sessione

Per riassumere è necessario puntualizzare ancora una volta l'importanza dell'ascolto e di una buona relazione di supporto, nonché introdurre l'idea che i bevitori non particolarmente disposti a cambiare le loro abitudini diventano decisamente riluttanti quando ci si rivolge loro in modo troppo diretto.

## 10) Introduzione alla quarta sessione

E' importante avere cura di chiarire ai frequentanti che la sessione 3 e 4 sono complementari, e che i concetti base introdotti nella sessione precedente saranno affrontati anche nella quarta (Diapositiva 30).

## 11) Strategie di apertura

Questa sezione della quarta sessione è basilare per presentare l'ascolto riflessivo, le domande aperte, i riassunti e le affermazioni delle risposte (correlate alle domande) come componenti basilari delle strategie di apertura. Occorre porre particolare attenzione nel trasmettere l'idea che tutte queste competenze devono essere messe in pratica contemporaneamente. In tal senso possono risultare utili la Diapositiva 31 e il Documento di lavoro 11. E' importante cercare di mantenere i concetti espressi entro termini facilmente comprensibili per i frequentatori del corso: se nel linguaggio del paziente trapelano segnali di una disponibilità al cambiamento (*change talk*), è necessario insiste-

re; se nascono delle resistenze occorre, invece, cambiare strategia. Poiché il tempo a disposizione è poco, non è il caso di scendere nei dettagli di come affrontare le resistenze o su come favorire il *change talk*. Per quanti fossero interessati, si potrà approfondire l'argomento sul libro di Miller e Rollnick (2002).

## **12) Elementi basilari dell'intervento breve – Spiegazione**

È fondamentale delineare una netta distinzione tra lo spirito e il contenuto degli interventi brevi (Alcohol CME 2004). Può essere utile fare il paragone con musica e testo di una canzone. Quindi è necessario spiegare dettagliatamente ogni concetto presentato nella Diapositiva 32 e nel Documento di lavoro 12. Ricordare che si tratta di un elemento centrale dell'intero corso e che è fondamentale concentrare su di esso tutta l'attenzione necessaria.

## **13) Esercizio a coppie**

È molto importante rendere i frequentatori del corso consapevoli del fatto che lo stile qui proposto è coerente con il modello degli stadi di cambiamento e con le strategie di apertura precedentemente illustrate. Al termine di questo esercizio i frequentanti dovrebbero essere in grado di integrare nel loro lavoro pratico le competenze esercitate nelle sessioni 3 e 4: gli stadi di cambiamento, le strategie di apertura e gli interventi brevi. All'esercizio dovrebbe seguire una discussione di gruppo. Dovrebbero essere discussi i limiti di tempo. Il docente/tutor dovrebbe cogliere l'occasione per accennare al fatto che il tempo necessario all'intervento diminuisce mano a mano che i frequentanti divengono esperti (possono essere d'aiuto esempi quali 'Come è stata la prima volta che hai guidato un'auto, che sei andato a sciare o hai guidato una bicicletta ecc.).

## **14) Prevenzione delle ricadute: aiutare le persone a cambiare**

In questa parte dell'incontro il formatore dovrebbe porsi e perseguire due priorità di formazione: prima di tutto, dovrà assicurarsi che tutti comprendano che la *ricaduta* non deve essere considerata esclusivamente come una mera e frequente evenienza dell'alcoldipendenza, ma come una possibile parte naturale del processo di cambiamento; secondo, occorrerà che i frequentatori del corso siano sollecitati: a) a riesaminare gli episodi classificabili come *ricadute* già osservate nel corso dell'attività professionale b) a riconsiderarli alla luce della formazione ricevuta attraverso il corso; c) a modificare il proprio atteggiamento nei confronti dei 'recidivi' (Marlatt & Gordon 1985). È auspicabile prestare particolare attenzione alla differenza tra "caso" e "ricaduta". Dovrebbe essere messa in risalto l'importanza dell'intervento precoce nei casi di ricaduta. I frequentatori del corso dovrebbero anche maturare l'impressione che una buona relazione terapeutica può aiutare il paziente ad anticipare la richiesta di aiuto. Al termine della sezione di formazione dovrebbe essere comunque enfatizzata l'importanza di un atteggiamento di supporto (e mai di giudizio) nei confronti dei pazienti recidivi. Come guida possono essere utilizzati il documento di lavoro 13 e le diapositive 33 e 34.

## 15) Esercizio a coppie

Come già affermato, questo esercizio mira a spingere i frequentatori a fare riferimento agli eventuali episodi di ricaduta con cui ci si è confrontati nel corso dell'esercizio professionale. L'obiettivo è quello di renderli consapevoli del fatto che la ricaduta è 'normale' nel processo di cambiamento. La ricaduta deve anche essere presentata come un'occasione di apprendimento. Deve essere discussa e proposta l'utilità e la necessità, da parte dell'operatore sanitario che segue il caso, di un atteggiamento di sostegno nei confronti del paziente.

## 16) Riassunto

Il riassunto deve comprendere i contenuti delle sessioni 2, 3 e 4, illustrando gli interventi brevi come un processo unitario che inizia con l'individuazione di un consumo a rischio, prosegue con l'identificazione dello stadio di cambiamento al quale si trova il paziente e si conclude con l'offerta delle componenti essenziali dell'intervento breve in uno stile motivazionale. Dovrebbe essere posta in risalto l'idea del processo, delineando la posizione privilegiata degli operatori sanitari di base. A titolo di esempio può essere utile ricordare ai frequentatori del corso che monitorare il progresso del paziente e prevenire le ricadute sono due strategie chiave che essi possono mettere in pratica nel loro lavoro quotidiano.

### Avvertenza speciale

Le sessioni di lavoro che seguono hanno un programma molto intenso. È importante trattare adeguatamente tutti i contenuti delle sessioni. Ogniqualvolta è possibile, è consigliabile dividere l'incontro in due e lasciare più tempo per gli esercizi pratici.

## QUINTA SESSIONE

### Alcol-dipendenza

#### Note propedeutiche

##### 1) Brainstorming

L'obiettivo del brainstorming è di determinare il grado di conoscenze sull'alcol-dipendenza da parte dei frequentatori del corso per garantire che i contenuti formativi siano adeguatamente adattati ai bisogni ed evitare la spiegazione di aspetti che i frequentanti già conoscono o, viceversa, evitare di omettere aspetti che non sono conosciuti.

Può essere utile a tale scopo aiutare i frequentatori a fornire al formatore un'idea di quello che attualmente conoscono o non conoscono.

La sessione si presta come opportunità propizia per rivalutare i pregiudizi più comuni nei confronti delle persone con alcol-dipendenza, vissute frequentemente come persone deboli o dedite al vizio.

##### 2) Criteri diagnostici

Nel corso della sessione viene fornita una spiegazione generale, basata sul Documento di lavoro 14, utilizzando le Diapositive 35 e 36. E' utile esplicitare che i criteri che definiscono l'alcol-dipendenza (WHO; 2003) sono qualitativi e non quantitativi. Si dovrebbe inoltre sottolineare che i criteri per definire i bevitori a rischio sono principalmente quantitativi. Sebbene possano essere utilizzati sia i criteri diagnostici del DSM che dell'ICD, la focalizzazione su una delle due classificazioni eviterà di determinare confusione nei corsisti. Poiché l'intero programma di formazione è parte di un Progetto Europeo ed è ispirato a precedenti pacchetti formativi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, appare opportuno utilizzare come prima scelta i criteri dell'ICD-10.

##### 3) Criteri di trattamento nei setting dell'assistenza primaria

Si parte da una discussione di gruppo rivolta ad identificare quali pazienti dovrebbero essere inviati ai centri specialistici e quali dovrebbero invece essere trattati nell'ambito dei contesti di assistenza primaria. E' verosimile attendersi lo sviluppo di una vivace discussione su questo tema: è pertanto basilare non perdere il controllo del tempo dedicato e attenersi attentamente alle fasi temporali previste dal programma. Una volta toccati i principali argomenti, si possono utilizzare le Diapositive 37 e 38 e tentare di raggiungere un consenso sui criteri che sono presentati (Servei Català de la Salut 1996; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2003).

Il processo di disintossicazione dovrebbe essere oggetto di spiegazione utilizzando come supporto le Diapositive 39-41 e il Documento di lavoro 15. Occorre mantenere un approccio didattico semplice basato su spiegazioni chiare e sintetiche sottolineando che le tecniche sono sufficientemente semplici da poter

essere utilizzate in modo sicuro ed efficace nei contesti di assistenza primaria, purché i medici siano adeguatamente formati. E' opportuno sottolineare che l'intervento prevede comunque tempi lunghi di trattamento dopo la fase di disintossicazione, che deve essere considerata quale punto di partenza.

E' importante sottolineare l'importanza di stabilire una forte alleanza terapeutica con il paziente e condurre visite di monitoraggio regolari durante il processo di riabilitazione. E' importante incoraggiare i frequentatori del corso a non dipendere dalle risposte apparentemente immediate ottenute con i farmaci e a riporre maggiore fiducia nell'importanza delle azioni e del supporto umano. Le modalità attraverso cui tutto ciò può essere spiegato e sottolineato possono variare in funzione della pratica corrente riguardante l'utilizzo dei farmaci. E' importante non presentare i farmaci anticraving (acamprosato, naltrexone, alcover etc) e i farmaci come il disulfiram o simili come pillole "magiche". E' essenziale trasmettere l'idea che questi farmaci sono strumenti utili che possono essere utilizzati durante il processo di riabilitazione, ma l'elemento chiave per supportare l'impegno del paziente nel risolvere il suo problema con l'alcol resta sempre l'alleanza terapeutica.

#### **4) Criteri per un trattamento condiviso**

In base ai criteri stabiliti in questa sessione (Diapositive 38 e 42), dovrebbe seguire una breve discussione al fine di identificare quali pazienti risultino più idonei per un trattamento condiviso con altri servizi o professionisti.

Si deve ricordare che lo scopo principale di queste sessioni è di promuovere l'identificazione dei bevitori problematici da parte dei professionisti dell'assistenza primaria. Questi non hanno solitamente l'aspettativa di poter effettuare un trattamento per le persone che hanno una grave alcoldipendenza e offrire loro, in questa sessione e attraverso il programma. Una consulenza specifica è un modo per ridurre una frequente resistenza dei professionisti dell'assistenza primaria nel trattare i bevitori a rischio.

Potrebbe verificarsi che il tempo a disposizione sia limitato dalla discussione che nel corso della sessione viene sviluppata; in questa evenienza è consigliabile includere questa ultima parte della sessione in quella successiva.

## SESTA SESSIONE

### Implementazione del Programma EIBI sull'Alcol

#### Note propedeutiche

##### 1) Introduzione

La sesta sessione si presta ad offrire una panoramica dei contenuti dell'intero programma. L'obiettivo è di presentare il consumo di alcol come un fenomeno o comportamento complesso e importante, mettendo in rilievo due idee di base: a) gli operatori sanitari attivi nell'assistenza primaria si trovano in una posizione nodale per l'identificazione precoce dei bevitori a rischio; b) se, durante lo *screening* del consumo rischioso, dovessero sorgere problemi più gravi, gli operatori avranno acquisito la padronanza degli strumenti per decidere se il paziente debba essere indirizzato a un centro specialistico o meno. In questa fase della formazione è importante offrire un messaggio efficace, espresso con chiarezza e semplicità: 'Monitorare il consumo di alcol, avvertire i bevitori a rischio, identificare il consumo problematico di alcol e indirizzare allo specialista i pazienti che non è possibile trattare personalmente.'

##### 2) Discussione di gruppo

L'obiettivo della discussione di gruppo è quello di attivare le risorse dei frequentatori del corso. E' importante che il formatore assuma una posizione neutrale. L'alcol deve essere presentato come una tematica molto complessa, che spazia da problemi di portata 'aneddotica' fino a malattie molto gravi. E' importante cercare di favorire una discussione vivace, incentrata sulle figure professionali. Il punto non è quello di creare consapevolezza sull'importanza dell'alcol ai fini della salute o della sicurezza, bensì di favorire un dibattito reale sui 'pro e contro' connessi alle percezioni, alle attitudini e ai comportamenti dei professionisti nell'affrontare i problemi dell'alcol nelle strutture dell'assistenza sanitaria primaria. Così dovranno essere dibattute questioni come l'etica, le conseguenze pratiche dell'affrontare o meno il problema con l'alcol ecc. Di seguito sono riportate alcune delle questioni che il formatore potrà sollevare:

- Quali sono le implicazioni etiche dell'applicazione o meno dell'EIBI (Early Identification and Brief Intervention, Identificazione Precoce ed Intervento Breve – IPIB) nella vostra pratica clinica?
- Quali sono i maggiori ostacoli che si pongono alla promozione e alla diffusione dell'IPIB nei contesti di assistenza a cui afferiscono i corsisti?
- Quali sono le migliori occasioni per applicare l'EIBI nei contesti di assistenza primaria a cui afferiscono i corsisti?

È indispensabile interrompere la discussione prima che questa perda di vigore, in modo tale da mantenere sempre vivo il desiderio di parlare da parte dei fre-

quentatori del corso di formazione. E' consigliabile elencare in modo chiaro e visibile tutti i maggiori punti sollevati; la lista dovrebbe essere utilizzata come introduzione alla parte successiva dell'incontro.

### **3) Lavoro in piccoli gruppi**

I corsisti vengono divisi in piccoli gruppi (composti da un massimo di 3-5 persone); ciò è di fondamentale importanza, poiché gruppi più grandi tendono a incontrare maggiori difficoltà nel trovare un accordo. La raccomandazione è di trovare ed esprimere una linea comune sulle questioni sollevate durante la discussione di gruppo. Dalla linea comune dovrebbero scaturire le risposte alle tre domande:

- Quale livello di implementazione è possibile nel vostro centro di assistenza sanitaria primaria?
- Di quale livello di supporto esso necessita da parte di centri specialistici?
- Quali sono i passi da compiere immediatamente?

E' possibile seguire come metodo l'annotazione delle tre domande e la produzione delle risposte in un secondo momento. In questa fase del corso è auspicabile invitare i frequentanti ad essere molto precisi, pratici e realistici, in modo tale da confrontarsi con le condizioni reali di lavoro e discutere di azioni realmente praticabili. In questa esercitazione è molto importante il rilievo di elementi pratici come: quando e dove incontrarsi, a chi telefonare ecc. Il formatore metterà in evidenza l'importanza di fare attenzione ai passi che si ritiene necessari compiere immediatamente.

### **4) Discussione comune**

Tutti i piccoli gruppi dovrebbero presentare in forma scritta le loro opinioni sulle tre domande poste ed esporle molto brevemente a tutti in sessione comune. Qui il compito del formatore/esercitatore è quello di sottolineare gli elementi comuni e mettere in evidenza i livelli più bassi di consenso raggiunti, che dovranno essere considerati come lo standard minimo sul quale i frequentatori si sono trovati d'accordo. Il tutor dovrebbe esaltare comunque l'impegno dimostrato e sottolineare che comunque il senso del consenso raggiunto sui possibili livelli di implementazione dell'IPIB da adottare riflette il senso del dovere dei corsisti; un consenso raggiunto su un basso livello di implementazione accompagnato da un elevato senso del dovere è preferibile ad obiettivi più ambiziosi che però potrebbero avere lo svantaggio di generare resistenze in alcuni frequentatori.

### **5) Valutazione e conclusione**

Questo momento è di particolare importanza, poiché l'impressione lasciata dal corso sarà inevitabilmente segnata da quanto accadrà negli ultimi minuti. È fondamentale controllare i tempi, in modo da essere sicuri di poter dedicare almeno 10 minuti alla parte finale dell'incontro. E' possibile organizzare il suo contenuto in maniera flessibile, ma le componenti basilari della conclusione dovrebbero essere comunque:

## **SESTA SESSIONE** Implementazione del Programma EIBI sull'Alcol

- ringraziare tutti i presenti per la loro frequenza e partecipazione
- mostrare quanto sia stato interessante per il docente lavorare insieme a loro
- riassumere molto rapidamente i contenuti generali del programma di formazione
- sollecitare brevi commenti da parte dei frequentanti
- esporre dettagliatamente i punti di contatto raggiunti
- riassumere i passi da compiere successivamente

Questa parte dell'incontro dovrebbe essere vivace, in modo da evitare che le persone inizino ad abbandonare l'aula a poco a poco. Accertarsi prima della conclusione di raccogliere le valutazioni da parte di tutti i partecipanti. Un modo per evitare di perdere le valutazioni di quanti potrebbero andarsene in anticipo è quello di spiegare all'inizio dell'incontro che, anche chi ha fretta di uscire, dovrebbe compilare il modulo di valutazione prima di lasciare l'aula.



# **PROGETTO IPIB - PHEPA**



## **PROGRAMMA DI FORMAZIONE**

**Documenti di lavoro (1-16)**

## DOCUMENTO DI LAVORO 1

### Salute e costi sociali - Spiegazione

La popolazione dell'Unione Europea è quella con la più elevata proporzione di consumatori di bevande alcoliche e con i più elevati livelli di consumo. Dopo fumo e ipertensione, l'alcol è il terzo più importante fattore di rischio di malattia e morte prematura essendo ancor più rilevante, in termini di impatto sanitario e sociale, di fattori quali l'ipercolesterolemia ed il sovrappeso. Oltre ad essere una droga in grado di indurre dipendenza e a rappresentare la causa di circa 60 differenti tipi di malattia e infortunio, l'alcol è responsabile di diffusi danni sociali, mentali ed emotivi, compresi criminalità e violenze in ambito familiare, causa di ingenti costi sociali. L'alcol non danneggia solo chi lo consuma ma anche chi circonda chi beve e tra questi il feto, i figli, i familiari, nonché le vittime della criminalità, della violenza e degli incidenti stradali dovuti a guida in stato di ebbrezza.

L'alcol aumenta il rischio di una gran quantità di problemi sociali in modo direttamente proporzionale alla quantità consumata; non esistono evidenze scientifiche dell'esistenza di effetti soglia o di limiti di consumo considerabili come privi di rischio o sicuri per la salute. Quanto più elevato è il consumo di alcol, tanto maggiore è il rischio. I danni causati agli altri da parte dei bevitori spaziano dal disturbo sociale, come ad esempio il disturbo alla quiete pubblica o a quella notturna, a conseguenze ben più serie come i maltrattamenti coniugali, l'abuso nei confronti di minori, la criminalità, la violenza, fino ad arrivare all'omicidio. In genere, tanto più grave è il crimine o l'infortunio, tanto più elevata è la possibilità che vi sia coinvolto l'alcol. Il pericolo per gli altri costituisce un'ottima ragione per intervenire sul consumo alcolico a rischio o dannoso.

L'alcol è causa di infortuni, disordini mentali e comportamentali, disturbi gastrointestinali, tumori, patologie cardiovascolari, disturbi immunitari, malattie dell'apparato scheletrico o di quello riproduttivo e di danni pre-natali. L'alcol aumenta il rischio di queste patologie in modo proporzionale alla quantità ingerita, senza alcuna evidenza di un effetto soglia. Maggiore è il consumo di alcol, più elevato è il rischio.

Un moderato consumo di alcol sembra ridurre il rischio di malattie cardiache, sebbene l'entità precisa della riduzione del rischio e il livello di consumo alcolico che ne favorirebbe il maggior contenimento siano ancora dibattuti. Dai migliori studi sull'argomento e da quelli che prendono in esame anche i possibili fattori correlati, risulta un minor livello di rischio a livelli bassi di consumo d'alcol. La riduzione del rischio si osserva a un consumo medio di 10 grammi di alcol al giorno, mentre oltre i 20 grammi di alcol al giorno il rischio di patologie coronariche aumenta. Sembra che l'alcol riduca il rischio di sviluppare malattie cardiache indipendentemente dal tipo di bevanda alcolica. E' da tener presente che il consumo episodico di quantità crescenti di alcol aumenta il rischio di aritmie cardiache e di morte da trombosi coronarica.

La mortalità alcolcorrelata è l'effetto netto derivante dalla valutazione dell'incremento del rischio di malattie e infortuni bilanciato dalla lieve riduzione del rischio osservabile per alcune condizioni legate ad alcune specifiche (ma non tutte) patologie cardiache. Il livello di consumo che minimizza il rischio relativo di mortalità corrisponde a zero grammi di alcol al giorno, o pressoché zero, per le donne di età inferiore ai 65 anni, e meno di 5 grammi di alcol al giorno per le donne di età pari o superiore a 65 anni. Negli uomini, il livello di consumo con il rischio di mortalità più basso corrisponde a zero grammi di alcol al giorno al di sotto dei 35 anni di età, circa 5 grammi al giorno per gli adulti e meno di 10 grammi al giorno per gli ultrasessantacinquenni.

Ridurre il consumo d'alcol o smettere di bere ha effetti benefici sulla salute. L'astensione dall'alcol produce una completa inversione del rischio per tutte le patologie acute correlate. Anche per quelle croniche, come la cirrosi epatica e la depressione, la riduzione o la cessazione del consumo d'alcol sono associate a un rapido miglioramento delle condizioni di salute. Poiché l'alcol è coinvolto in una grande varietà di problemi di salute fisici e mentali in modo proporzionale alla quantità assunta, gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria hanno l'opportunità di identificare i soggetti adulti con un consumo alcolico a rischio o dannoso. Inoltre, poiché l'assistenza sanitaria primaria si occupa del trattamento dei più frequenti problemi fisici e mentali, è necessario riconoscere e gestire quelli causati dall'alcol. È infine di particolare importanza ridurre il rischio di danni causati agli altri.

## DOCUMENTO DI LAVORO 2

### Bicchieri standard e modalità del consumo

#### Bicchieri standard

Gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria sono soliti o possono descrivere il consumo alcolico dei loro pazienti sia in termini di grammi di alcol ingerito che in termini di bicchieri standard, che in Europa corrispondono mediamente ad una quantità di circa 10 – 12 grammi di alcol puro.

In ambito scientifico, le quantità di alcol ingerito dovrebbero essere registrate ed espresse in grammi di alcol puro, allo scopo di facilitare la comparazione dei dati a livello internazionale.

L'espressione 'bicchiere standard' viene usata per semplificare la misurazione del consumo di alcol. Sebbene un certo grado di approssimazione sia inevitabile, il livello di precisione del "bicchiere standard" è sufficiente perché tale misura sia raccomandata come metodo di registrazione del consumo alcolico in varie strutture sanitarie di base, nei centri traumatologici e di pronto soccorso e sui pazienti interni.

L'uso dell'espressione 'bicchiere standard' presenta indubbi vantaggi e svantaggi:

- il contenuto di alcol varia enormemente, dall'1% ad oltre il 45% (ovviamente pari a 1° e a 45° di gradazione), cosa che può facilmente determinare errori di valutazione;
- lo stesso tipo di bevanda può essere contenuto in tipi diversi di recipienti, con diverse quantità di alcol;
- lo stesso tipo di bevanda può presentare una diversa concentrazione alcolica a seconda di dove e come sia stata prodotta;
- i bicchieri standard (in termini di quantità di alcol contenuto) variano da paese a paese;
- nella maggior parte dei paesi il contenuto alcolico di un bicchiere standard è stato definito convenzionalmente, senza una previa ricerca scientifica.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Babor & Higgins-Biddle 2001) ha stabilito in circa 13 grammi di alcol il contenuto di un bicchiere standard. Questa convenzione è analoga a quella adottata negli Stati Uniti, mentre la maggior parte dei Paesi europei considera il contenuto di un bicchiere standard in un *range* che varia tra i 10 ed i 12 grammi di alcol. L'uso del sistema dei bicchieri standard semplifica la valutazione del consumo d'alcol e facilita la sua sistematica applicazione entro le strutture sanitarie primarie. Ad ogni modo, poiché sussistono differenze, è auspicabile definire il contenuto alcolico dei bicchieri standard in ogni paese in base ai risultati delle ricerche scientifiche e non solo in base a una convenzione comunemente accettata.

In Europa un bicchiere standard viene considerato contenere comunemente 10 grammi di alcol.

In Italia un bicchiere standard contiene convenzionalmente 12 grammi di alcol corrispondenti, ad esempio, ad una delle seguenti quantità:

- 330 ml di birra al 5% (5 gradi alcolici)
- 125 ml di vino al 12% (12 gradi alcolici)
- 80 ml di aperitivo o cocktail al 18% (18 gradi alcolici)
- 40 ml di liquore al 36% (36 gradi alcolici)

## Modalità del consumo

Per consumo di alcol **a rischio** si intende un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini; la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità descrive tale condizione come un consumo quotidiano di oltre 20 grammi di alcol puro per le donne e di oltre 40 grammi di alcol per gli uomini.

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

Il consumo eccessivo episodico (detto anche *binge drinking*), che può essere particolarmente dannoso in presenza di particolari condizioni patologiche, può essere definito come un consumo di almeno 60 grammi d'alcol in un'unica occasione.

L'alcoldipendenza è un insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza erano più importanti.

## Livelli di rischio e criteri di intervento

Livello di rischio	Criteri	Intervento	Ruolo dell'assistenza sanitaria primaria
Basso	< 280 g/set. uomini < 140 g/set. donne AUDIT-C < 5 uomini AUDIT-C < 4 donne AUDIT < 8	Prevenzione di base	Educazione alla salute, supporto, modelli di comportamento
A rischio*	≥ 280-349 g/set. uomini ≥ 140-209 g/set. donne AUDIT-C ≥ 5 uomini AUDIT-C ≥ 4 donne AUDIT 8-15	Avvertenza semplice	Identificazione, valutazione, avvertenza breve
Dannoso	≥ 350 g/set. uomini ≥ 210 g/set. donne Presenza di danni AUDIT 16-19	Avvertenza semplice più consulenza breve e monitoraggio prolungato	Identificazione, valutazione, avvertenza breve, <i>follow-up</i>
Alto (alcoldipendenza)	criteri ICD-10 AUDIT ≥ 20	Trattamento specialistico	Identificazione, valutazione, visita specialistica, <i>follow-up</i>

*\* E' da considerare anche a rischio ogni livello di consumo per le donne in gravidanza, i ragazzi al di sotto dei 16 anni e le persone con patologie o in qualche forma di terapia farmacologica oppure che svolgono attività per cui si raccomanda di non bere alcol.*

## DOCUMENTO DI LAVORO 3

### Identificazione del consumo di alcol a rischio e dannoso

Gli elementi da considerare sono due. Innanzitutto è da privilegiare l'integrazione nella pratica quotidiana della raccolta di informazioni sufficienti sulle abitudini alcolcorrelate del soggetto, allo scopo di decidere se il suo trattamento ci riguarda o meno. Di conseguenza, l'ulteriore elemento è la rivalutazione dell'importanza del ruolo professionale di supporto prestato al paziente nel contribuire a capire se la situazione è problematica o meno e se egli desidera modificare il proprio consumo di alcol.

Il consumo a rischio e quello dannoso di alcol possono essere identificati sia chiedendo e registrando i consumi di alcol che utilizzando uno strumento di *screening* appositamente progettato. Il consumo di alcol può essere misurato avvalendosi delle domande sulla quantità/frequenza (questionario) o attraverso una metodologia di valutazione o rilevazione quotidiana (diario del consumo). Questo tipo di rilevazione può essere condotto nel corso di un colloquio a) in maniera verbale, b) con l'aiuto di questionari scritti o c) per mezzo del computer. Tra gli strumenti di *screening* figura anche il Test di Identificazione del consumo problematico di alcol (AUDIT) dell'OMS e le sue variazioni. L'AUDIT è stato appositamente progettato per identificare il consumo a rischio e dannoso di alcol nelle strutture sanitarie primarie.

#### Alcohol Use Disorders Identification test (AUDIT)

Il questionario AUDIT è stato sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per individuare i casi di consumo a rischio, dannoso o problematico di alcol. Comprende dieci domande che coprono tre ambiti: a) consumo rischioso, b) consumo dannoso e c) alcoldipendenza. I risultati dell'AUDIT sono semplici da calcolare. Per ogni domanda è prevista la possibilità di una serie di risposte chiuse a cui è legato un punteggio che va da 0 a 4. I punteggi relativi alle risposte date vengono sommati al termine del test la cui valutazione finale è espressa dal punteggio totale.

Di norma i pazienti reagiscono meglio all'AUDIT se:

- la persona che conduce l'intervista è amichevole e non minacciosa
- l'obiettivo della domanda è chiaramente volto alla diagnosi dello stato di salute del paziente
- il paziente non deve assumere alcol o droghe durante il test
- si chiarisce che l'informazione sarà trattata in modo riservato
- le domande sono facili da comprendere

Il modo migliore di presentare le domande dell'AUDIT è quello di offrire ai pazienti un'idea generale del contenuto del questionario, specificandone l'obiettivo e quindi anche la necessità di dare risposte precise (cosa che contribuirà anche a chiarire che cosa si intenda per bevanda alcolica), comunicando loro quanto alcol viene consumato dal gruppo al quale appartengono ed assi-

curandosi di menzionare anche quelle bevande che non tutti considerano alcoliche, come ad esempio quelle a bassa gradazione (aperitivi alcolici) o le birre a basso contenuto alcolico.

Le domande devono essere poste nello stesso ordine in cui sono state scritte. Oltre ad annotare accuratamente le risposte, è utile raccogliere le informazioni aggiuntive che il paziente potrà fornire sulle proprie abitudini di consumo e su ciò che pensa o prova riguardo a tali abitudini. Tali informazioni potranno essere utili al momento di lavorare insieme all'interpretazione dei risultati dell'AUDIT e di decidere se siano significativi o importanti per il paziente.

La griglia di risposte potrà aiutare a calcolare il risultato e scegliere la forma di intervento da adottare. Ai fini del calcolo del punteggio finale occorre conteggiare i numeri posti al di sotto delle risposte (ad esempio, se il paziente risponde "una volta al mese o meno" alla prima domanda, aggiungere un punto al totale).

Un punteggio totale pari o superiore a 8 indica la presenza di problemi potenziali e che è meglio parlare della situazione ed esaminare ulteriormente la modalità del consumo.

La rilevazione di un punteggio elevato alle domande 7-10 indica un consumo dannoso di alcol e quindi che il paziente presenta già dei problemi in atto (bevitore problematico) oltre ad una elevata probabilità futura di problemi alcolcorrelati. Un punteggio alto alle domande 4-6 indica l'inizio di una dipendenza. I punteggi possono essere utilizzati come base per considerare diversi aspetti del trattamento dopo la valutazione iniziale. In alcuni casi la cosa più sensata da fare può essere quella di indirizzare il paziente a uno specialista.

### **AUDIT-C**

Esistono versioni abbreviate dell'AUDIT, più sintetiche ma dotate di altrettanta precisione, che molti operatori sanitari di base preferiscono: l'AUDIT-C, il Fast Alcohol Screening Test (FAST) (Health Development Agency and University of Wales College of Medicine 2002) e il questionario Five shot (Seppä et al. 1998). L'AUDIT-C è costituito soltanto dalle prime 3 domande dell'AUDIT, mentre il FAST è un questionario a due tempi basato sulle domande 3, 8, 5 e 10 dell'AUDIT, e il Five Shot combina 2 domande dell'AUDIT con 3 domande del CAGE.

### **SIAC (Systematic Inventory of Alcohol Consumption - Inventario sistematico del consumo d'alcol)**

Il questionario AUDIT ha dimostrato di essere efficace nell'identificazione dei bevitori a rischio ed è stato tradotto in molte lingue. Tuttavia alcuni professionisti del settore sono riluttanti ad adottarlo e sembrano preferire le domande dirette.

Allo scopo di standardizzare le domande dirette, in Spagna è stato sviluppato il questionario SIAC, costituito da 3 domande sulla quantità e la frequenza fina-

lizzate ad accertare il consumo di alcol.

E' da sottolineare che l'uso di un qualsiasi questionario per essere considerato applicabile in un contesto di assistenza primaria come quello italiano è assoggettato alla verifica preliminare della disponibilità dell'adattamento e della validazione nazionale.

Fatta tale importante premessa, il questionario SIAC, qualora si decida di utilizzarlo, deve essere compilato secondo le seguenti istruzioni:

- alla domanda 1) il paziente deve specificare il numero delle unità consumate ogni volta che beve (ad es. se il paziente afferma di bere 2 birre, 2 bicchieri di vino e un bicchiere di brandy, i bicchieri standard ingeriti sono  $2+2+1=5$ ). Il risultato ottenuto deve essere riportato nella riga corrispondente (giorni feriali o festivi) e nella colonna relativa alla "quantità" ;
- alla domanda 2 il paziente deve specificare il numero dei giorni in cui consuma alcol e trascriverlo nella riga corrispondente (giorni feriali o festivi) e nella colonna "giorni" ;
- se la risposta alla domanda 3 è no, possono essere riempiti direttamente i riquadri corrispondenti; se la risposta è sì, il paziente dovrà ripetere le domande 1 e 2 e trascrivere le risposte nella riga corrispondente (giorni feriali e festivi) per compilare il questionario;
- per raccogliere informazioni sulle quantità ingerite settimanalmente, il numero dei giorni in cui si consuma alcol viene moltiplicato per le quantità consumate, e la somma dei giorni feriali e festivi darà il totale settimanale espresso in bicchieri standard.

In termini di valutazione del rischio, si considera consumo a rischio a partire da 280 grammi alla settimana per gli uomini e 140 per le donne (rispettivamente 28 e 14 bicchieri standard).

## Test ematici

I test biochimici per il consumo problematico di alcol come gli enzimi ematici [ad es. gamma-glutamilttransferasi (GGT) e aminottransferasi seriche], la transferrina deasilata (CDT) e il volume corpuscolare medio (MCV) non sono particolarmente utili allo *screening* perché i valori elevati hanno poca sensibilità e identificano solo una piccola porzione di pazienti con consumo a rischio o dannoso.

Se il punteggio ottenuto all'AUDIT è alto, si raccomanda di fare analisi generali tra cui anche un esame della funzionalità epatica per mezzo dei test sopra citati, poiché i risultati possono completare le informazioni ottenute dall'intervista e contribuire a identificare il danno già esistente. Valori ematici fuori dalla norma a causa di un elevato consumo d'alcol potrebbero costituire un valido fattore di spinta per il paziente a prendere una decisione.

## La prospettiva del paziente

Per affrontare l'intervento in modo appropriato è importante prendere in considerazione le risposte date dal paziente ai pro e ai contro dell'alcol. I vantaggi e gli svantaggi legati al consumo di alcol possono essere messi in relazione con aspetti sociali, economici, lavorativi, psicologici o legali nonché sanitari.

Le persone bevono per trarre dall'alcol determinati vantaggi o benefici; questo si trasforma in un problema quando:

a) l'alcol non porta i vantaggi desiderati; ad esempio "Bevo per farmi coraggio, ma gli effetti sedativi dell'alcol mi fanno sentire ancora peggio", oppure "Bevo per aumentare la sicurezza in me stesso e impressionare le persone importanti, ma finisco per bere troppo e mi comporto in modo stupido";

b) il consumo di alcol può portare vantaggi a breve termine, ma anche conseguenze negative a lungo termine, ad esempio "Bevo per riuscire a dormire di notte, ma ogni mattina mi sveglio con i postumi dell'ubriachezza", oppure "Bevo per essere più socievole con gli amici, ma vedo che sto danneggiando il mio fegato".

Una visione globale della situazione emergente dal colloquio e dai test effettuati consente o comunque sollecita l'autovalutazione da parte del paziente; la comprensione della complessità della condizione di rischio o di danno favorita dal colloquio con il medico potrebbe costituire per il paziente una preziosa spinta decisiva per il cambiamento.

## DOCUMENTO DI LAVORO 4

### Strumenti di identificazione - Esercizio di gruppo

#### Proposta di un caso

Un uomo di 45 anni prende un appuntamento per un *check-up* medico richiesto dalla sua ditta. È sposato e ha due figli adolescenti. È *manager* di un'azienda tessile.

Normalmente beve un bicchiere di vino ai pasti. Spesso, la sera, quando esce dalla fabbrica va a bere un paio di birre con i colleghi, e il sabato, quando esce con gli amici, ne beve anche di più, fino a 6 o 7. La moglie lamenta il fatto che lui non l'aiuti abbastanza con le faccende di casa; spera che la aiuterà la sera, ma una volta tornato a casa lo accusa di non fare altro che sedersi davanti alla televisione a rilassarsi con un bicchiere di brandy. Tre mesi prima il medico aziendale lo ha avvisato che la sua pressione sanguigna era alta e gli ha detto di diminuire il consumo di alcol. Questo lo ha leggermente preoccupato, perché la sua storia familiare presenta casi di embolia e problemi cardiaci. Tuttavia ritiene che se nella sua famiglia vi è una tendenza ereditaria all'ipertensione, probabilmente non c'è niente che possa fare per prevenirla. L'alcol lo aiuta a rilassarsi e crede che riduca il suo stress, sebbene una volta, forse perché aveva bevuto troppo, è diventato irascibile e violento con sua moglie.

Il suo medico, che lo conosce da molto tempo e gode della sua fiducia, ritiene perciò che sia stato ragionevolmente sincero. Ha risposto all'AUDIT ottenendo un punteggio pari a 12.

## DOCUMENTO DI LAVORO 5

### Efficacia degli interventi brevi - Spiegazione

Gli interventi brevi nelle strutture dell'assistenza sanitaria primaria riescono a ridurre il consumo a rischio e dannoso di alcol. È necessario attuare l'intervento breve e fornire, quindi, consigli mirati a otto pazienti affinché uno ne tragga beneficio. Il confronto con l'intervento breve fornito dal medico generico ai fumatori, per cui è necessario intervenire su 20 pazienti perché uno ne tragga beneficio, fa emergere in maniera evidente un più favorevole impatto dell'intervento sul consumo d'alcol; quando si combinano i consigli al paziente con la terapia specifica farmacologia volta alla disassuefazione dal fumo il rapporto migliora determinando un successo per ogni 10 fumatori che sono oggetto dell'intervento combinato. Ci sono pochi dati a riprova di una qualche proporzionalità tra dose ed effetto e non pare che gli interventi estesi, con tempi più prolungati dedicati a fornire consigli, siano più efficaci di quelli brevi. L'efficacia si mantiene costante nel tempo sino a un anno e può raggiungere, in alcuni casi, anche i due anni.

Gli interventi brevi nelle strutture dell'assistenza sanitaria primaria riescono a ridurre i problemi alcolcorrelati con consumo dannoso di alcol ma senza alcol-dipendenza. È necessario fornire consigli a otto pazienti affinché uno ne tragga beneficio. Gli interventi brevi sono efficaci anche nel ridurre la mortalità. È necessario fornire l'avvertenza a 282 pazienti per prevenire una morte in un anno.

Gli interventi brevi sembrano essere altrettanto efficaci per gli uomini che per le donne, per i giovani che per gli anziani. Sembrano inoltre essere più efficaci sui problemi meno gravi. Gli interventi condotti durante il periodo di gravidanza sono oggetto di studio.

## DOCUMENTO DI LAVORO 6

### Modello degli stadi di cambiamento

Un gran numero di studi dimostra che l'auspicato cambiamento dell'atteggiamento di dipendenza può avvenire sia con che senza l'assistenza di un esperto. Prochaska & DiClemente (1986) hanno studiato come le persone riescano a mutare volontariamente il proprio comportamento sia con che senza la psicoterapia e hanno descritto la serie di stadi che gli individui attraversano quando modificano il proprio comportamento, dallo stadio pre-contemplativo a quello di mantenimento. In ogni stadio l'individuo sperimenterà sensazioni e pensieri diversi, scoprendo che diverse attività lo aiutano a progredire. Questo modello viene quasi sempre reso graficamente come un cerchio o una spirale. Prima di entrare nel cerchio del cambiamento, si dice che la persona si trova nello stadio di **pre-contemplazione**. La pre-contemplazione è lo stadio in cui ancora non vi è intenzione di cambiare abitudini nel futuro prossimo. Molti individui in questo stadio sono inconsapevoli o poco consapevoli dei loro problemi. Talvolta essi non sanno che il consumo di alcol sta causando loro dei problemi o li espone a rischio. Altre volte invece sono completamente consapevoli dei rischi che la loro abitudine comporta ma, d'altra parte, non vogliono cambiare per altri motivi. Le famiglie e gli amici, comunque, sono spesso ben consapevoli che le persone allo stadio pre-contemplativo hanno problemi e li spingono a cercare aiuto: fino a che questa pressione sussiste, essi danno segnali di cambiamento; non appena la pressione cala, spesso tornano alle vecchie abitudini.

La consapevolezza o la preoccupazione per i rischi e i problemi legati all'abitudine dell'alcol portano le persone a spostarsi verso lo stadio **contemplativo**. In questo stadio il bevitore problematico matura la consapevolezza dell'esistenza del problema e si interroga seriamente su come superarlo, senza però aver ancora fatto uno sforzo reale per attivarsi. Da un lato c'è la consapevolezza della necessità del cambiamento; dall'altro è ancora forte l'attaccamento al comportamento problematico. E' uno stadio in cui le persone non sono ancora pronte al cambiamento, quello stadio in cui si può rimanere bloccati per lungo tempo. Lo stadio è caratterizzato dall'ambiguità e dalla valutazione dei pro e dei contro del problema. Le persone nello stadio contemplativo combattono contro gli aspetti positivi della loro dipendenza e la mole di sforzi, energie e tempo che costerà loro superare il problema, sebbene possano spesso dichiarare di impegnarsi o si impegnino realmente a cambiare il proprio comportamento entro i sei mesi successivi.

Le persone che si trovano allo stadio di **preparazione** sono quelle che progettano di cambiare presto le proprie abitudini. Desiderano attivarsi nell'arco del mese successivo e hanno fallito l'anno precedente. Hanno registrato alcuni piccoli cambiamenti, ma non sono riusciti a stabilire un criterio d'azione efficace, come ad esempio bere di meno; iniziano a parlare agli altri dei propri tentativi di cambiare e fanno progetti chiari su come riuscirci.

Allo stadio dell'**azione** le persone modificano i propri comportamenti, le pro-

prie esperienze o il contesto, allo scopo di superare i propri problemi. Le modificazioni fatte sono visibili e ricevono il maggior grado di riconoscimento dall'esterno. Segni di riconoscimento dello stadio dell'azione sono la modificazione del comportamento mirato a un obiettivo accettabile e i significativi e manifesti sforzi al cambiamento. In questo stadio le persone sono solitamente in contatto con professionisti o gruppi di auto-aiuto che li sostengono.

Lo stadio dell'azione è seguito da un periodo di **mantenimento**, durante il quale le persone lavorano per prevenire le ricadute e consolidare i successi ottenuti nello stadio precedente. Il cambiamento di abitudini è un processo continuo e possono farne parte vari cambiamenti temporanei. Se non si verifica un consolidamento, l'individuo subisce la **ricaduta** e regredisce a uno stadio precedente. Stabilizzare il cambiamento di abitudini ed evitare le ricadute sono i segni distintivi del mantenimento.

La maggior parte delle persone che tentano di modificare la propria dipendenza non riesce a mantenere al primo tentativo i successi ottenuti. La ricaduta e il dover ripercorrere i vari stadi sono cose che si verificano spesso quando si cerca di porre fine a una dipendenza e la progressione lineare è un fenomeno possibile ma relativamente raro. "Il cerchio" illustra al meglio il movimento delle persone attraverso gli stadi di cambiamento.

Alcune persone passano da uno stadio all'altro molto rapidamente oppure saltano uno stadio. Ad ogni modo se passano troppo velocemente attraverso la contemplazione o la preparazione, c'è il rischio che abbiano una ricaduta, poiché la decisione di cambiare le loro abitudini e il piano di supporto alla decisione non sono ancora abbastanza forti.

Il modello sinora descritto è definibile "trans-teoretico", descrive gli stadi che gli individui attraversano senza tuttavia porsi il problema di come sono spiegati i problemi in sé, né se la persona abbia accesso all'aiuto professionale o meno, o, se sì, senza soffermarsi sulle teorie e le tecniche usate dai terapeuti. Ai fini dell'intervento è necessario ed indispensabile, a completamento della teoria, una adeguata conoscenza delle modalità attraverso cui il cambiamento avviene al fine di individuare la migliore strategia di gestione del paziente mirando all'ottimizzazione delle sue risorse e di quelle del professionista che ha in carico il suo problema.

## DOCUMENTO DI LAVORO 7

### Processo di cambiamento

La comprensione del processo di cambiamento comportamentale è strettamente legata alla necessità di conoscere le modalità attraverso cui gli individui si spostano da uno stadio all'altro. Di seguito sono elencate 10 modalità/strategie di *coping* (capacità di far fronte) messe in atto dalle persone per procedere attraverso gli stadi di cambiamento:

- aumento della consapevolezza
- liberazione dalle pressioni sociali
- ravvedimento improvviso (*insight*)
- rivalutazione dell'ambiente
- rivalutazione di sé
- liberazione di sé - impegno
- gratificazione dei progressi - ricompense
- eliminazione dei condizionamenti
- controllo stimolo/ambiente
- relazioni sociali di sostegno

Chi cambia con successo usa i procedimenti più appropriati ad ogni stadio di cambiamento. I processi di cambiamento cognitivi aiutano le persone a spostarsi attraverso i primi stadi, quelli comportamentali li sostengono negli stadi più avanzati.

#### Aumento della consapevolezza

È il processo che conduce a conoscere meglio se stessi e la natura dei propri problemi. Questa consapevolezza può essere raggiunta leggendo le informazioni fornite da pubblicazioni collegate alla salute o rendendosi conto dei propri modelli comportamentali, attraverso la conoscenza di se stessi o le risposte avute dagli altri. Solitamente le persone raggiungono maggiore consapevolezza negli stadi *pre-contemplativo* e *contemplativo*.

#### Liberazione dalle pressioni sociali

È un elemento riconducibile all'effetto esercitato da una forza esterna che agisce senza che vengano messi in atto cambiamenti ambientali. Tali cambiamenti si notano in modo diverso, a seconda dello stadio di cambiamento in corso. Ad esempio se su di un mezzo di trasporto pubblico (bus, treno ecc.) c'è un cartello di "Vietato fumare", gli individui allo stadio *pre-contemplativo* possono diventare più consci dell'importanza che il fumo riveste per loro e di quanto sia difficile tornare a casa dopo il lavoro, stanchi e tesi, senza poter fumare una sigaretta. Ciò può portarli a riflettere sulla propria dipendenza da questa abitudine. Ad ogni modo, chi viene a trovarsi in una situazione simile mentre si trova nello stadio di *mantenimento*, e riesce a far fronte alla situazione, supera in quell'occasione un grande fattore di rischio.

## Ravvedimento improvviso

Il ravvedimento improvviso è identificabile con il concetto della catarsi, una forte esperienza emotiva sollecitata da un evento o situazione associati al problema. Può sopraggiungere come risultato di una tragedia nella vita di una persona (si dice spesso che le malattie o le morti di conoscenti o parenti portano le persone dallo stadio pre-contemplativo a quello contemplativo. Anche film o spettacoli teatrali possono stimolare emozioni. Questo metodo è solitamente utile negli stadi di *contemplazione* e *preparazione*.

## Rivalutazione dell'ambiente

Avviene quando l'individuo valuta il modo in cui il suo problema comportamentale influisce sugli altri e sulla società in generale. Ciò solitamente spinge a passare dalla *pre-contemplazione* alla *contemplazione*.

## Rivalutazione del "sé"

È la riflessione attuata dall'individuo sul modo di percepire se stesso, sui propri valori e obiettivi e su come giungere ad adattare il proprio comportamento "problematico" e le conseguenze ad esso collegate. Questo metodo spesso comporta una valutazione dei pro e dei contro del comportamento e del cambiamento, ed è solitamente usato negli stadi di *contemplazione* e di *preparazione*.

## Liberazione del "sé" – Impegno

È la capacità che si manifesta quando l'individuo prende e rafforza la decisione di cambiare. L'impegno è importante negli stadi di *preparazione*, *azione* e *mantenimento*. Avviene quando l'individuo accetta la responsabilità della scelta di operare dei cambiamenti e attivarsi in modo appropriato. Se l'impegno privato viene reso pubblico, viene a crearsi una pressione sociale a realizzare il cambiamento. Per questo motivo i gruppi di auto-aiuto incoraggiano spesso le persone a manifestare il proprio impegno.

## Eliminazione dei condizionamenti

È la condizione che si verifica quando la persona attua la capacità di sostituire i comportamenti malsani con altri più sani associandosi principalmente a forme di comportamento in cui le persone cercano di interrompere un'abitudine (ad esempio quella di fumare, bere o mangiare in eccesso). Trovare attività alternative (ascoltare musica, praticare esercizio fisico o tecniche di rilassamento) è una modalità di compensazione dei bisogni emotivi; è di riscontro comune che ogni attività che distraga dal pensiero del problema, o dall'ansia che produce, cambia il nostro comportamento.

## Controllo stimolo/ambiente

Controllare l'ambiente è utile negli stadi di *azione* e *mantenimento*, in modo tale da ridurre le tentazioni e da facilitare l'adozione di abitudini salutari anzi-

ché di abitudini malsane. Un individuo che voglia cambiare le proprie abitudini legate al cibo e all'alcol, ad esempio, può limitare il consumo di alcuni tipi di cibo o di bevande alcoliche che ha normalmente in casa. Altri trovano utile come strategia la scrittura di promemoria disseminati nei luoghi strategici della casa o del posto di lavoro.

## Gratificazione dei progressi – Ricompensa

Le persone si gratificano in vario modo: alcuni attraverso l'approvazione degli amici, dei colleghi e della famiglia; altri comprano regali con il denaro che hanno risparmiato smettendo di fumare o di bere. Nella fase di *azione* le ricompense sono molto importanti per il beneficio insito nel realizzare che il cambiamento è divenuto visibile. Talvolta chi smette di fumare o di bere oppure inizia a fare attività fisica all'inizio si sente peggio di prima. È non prima di varie settimane o mesi più tardi che il cambiamento di abitudini inizia a portare ricompense.

## Relazioni sociali di sostegno

Ognuno può offrire una relazione di sostegno – l'operatore sanitario, un membro del gruppo di auto-aiuto, un familiare, un amico, un sacerdote, un collega. La relazione di sostegno è un processo importante. Probabilmente sono proprio le persone che desiderano cambiare le proprie abitudini a cercare questo tipo di supporto quando si trovano allo stadio di *azione* e *mantenimento*. È probabile che l'operatore sanitario desideri offrire questo tipo di relazione a chi si trova nella fase pre-contemplativa e contemplativa, nonché a chi si sta preparando a intraprendere il cambiamento. Le persone necessitano di tipi diversi di aiuto in momenti diversi, e questo aiuto deve essere associato all'applicazione di altri metodi (per esempio, una persona che ascolti e ponga le rispettive domande nel metodo di rivalutazione di sé oppure un'altra che offra la gratificazione).

## Riassunto

Numerose modalità o strategie di *coping* sono comunemente utilizzate dalla persona nei diversi stadi di cambiamento; stadi e strategie possono essere sinteticamente descritte come segue:

Stadi

Pre-contemplazione    Contemplazione    Preparazione    Azione    Mantenimento

Strategie di *coping*

- aumento della consapevolezza
- liberazione sociale dalle pressioni sociali
- ravvedimento improvviso
- rivalutazione dell'ambiente
- rivalutazione del "sé"
- liberazione del "sé"

## **Documento di lavoro 7 - Processo di cambiamento**

- impegno
- gratificazione dei progressi
- eliminazione dei condizionamenti
- controllo stimolo/ambiente
- relazioni sociali di sostegno

## DOCUMENTO DI LAVORO 8

### Stadi di cambiamento, esercizio di gruppo: domande per la discussione

Scopo dell'esercizio è quello di esaminare l'elenco delle 10 attività riportate di seguito che possono essere proposte per favorire il cambiamento; per ciascuna di esse vieni richiesto di formulare una o più risposte che indichino a quale stadio (o a quali stadi) la strategia proposta potrebbe risultare vantaggiosa (è possibile cerchiare tutte le risposte desiderate). Il gruppo dovrà tentare di trovare un accordo al suo interno e, nel caso non sia possibile, discuterà il problema.

**1) Tenere un diario per annotare le modalità del consumo alimentare, alcolico o di tabacco**

a) pre-contemplazione b) contemplazione c) preparazione d) azione e) mantenimento

**2) Frequentare gli incontri degli Alcolisti Anonimi e dei Club Alcolisti in Trattamento (CAT)**

a) pre-contemplazione b) contemplazione c) preparazione d) azione e) mantenimento

**3) Comunicare ad amici e familiari che si è deciso di fare più attività fisica**

a) pre-contemplazione b) contemplazione c) preparazione d) azione e) mantenimento

**4) Ricevere risultati di analisi mediche che indicano che il proprio stile di vita sta cominciando a provocare danni alla salute**

a) pre-contemplazione b) contemplazione c) preparazione d) azione e) mantenimento

**5) Valutare i pro e i contro del fumo**

a) pre-contemplazione b) contemplazione c) preparazione d) azione e) mantenimento

**6) Guardare alla televisione un film su di una persona con stile di vita malsano che muore per una patologia cardiaca**

a) pre-contemplazione b) contemplazione c) preparazione d) azione e) mantenimento

**7) Leggere un articolo su nutrizione e alimentazione sana**

a) pre-contemplazione b) contemplazione c) preparazione d) azione e) mantenimento

**8) Rendere l'ufficio, la camera da letto o l'auto una zona per non-fumatori e appendere un cartello "Vietato fumare"**

a) pre-contemplazione b) contemplazione c) preparazione d) azione e) mantenimento

**9) Comprarsi un regalo per aver mangiato in modo sano per un mese**

a) pre-contemplazione b) contemplazione c) preparazione d) azione e) mantenimento

**10) Apprendere tecniche di rilassamento**

a) pre-contemplazione b) contemplazione c) preparazione d) azione e) mantenimento

## DOCUMENTO DI LAVORO 9

### Stadi di cambiamento, esercizio di gruppo: risposte

Ogni attività esaminata durante questo esercizio ha la potenzialità di scatenare uno o più processi di cambiamento e, quindi, rivelarsi più vantaggiosa in alcuni stadi rispetto ad altri. E' anche da evidenziare che ciascun individuo può trovare una attività più vantaggiosa rispetto ad un'altra essendo le capacità di far fronte assolutamente variabili da individuo ad individuo. Di seguito vengono riportati alcuni esempi di come le persone possano reagire alla proposta di queste attività:

#### **1) Tenere un diario per annotare le modalità del consumo alimentare, alcolico o di tabacco**

Questa attività potrebbe rendere l'individuo consapevole delle proprie modalità di comportamento con le loro implicazioni e conseguenze. Se usata in tal senso sarà prevalentemente utile negli stadi *pre-contemplativo* e *contemplativo*. Alcune persone tengono un diario sul quale annotano gli sforzi fatti per cambiare; se tali sforzi vanno almeno in parte a buon fine, il diario potrà essere usato come strumento di gratificazione nello stadio di *azione*.

#### **2) Frequentare gli incontri degli Alcolisti Anonimi e CAT**

Questa attività può svolgere un gran numero di funzioni. In generale fa parte del processo di *impegno* ad un nuovo stile di vita, fornisce *gratificazioni* nonché nuove *relazioni di sostegno* e perciò può essere importante negli stadi di *preparazione*, *azione* e *mantenimento*.

#### **3) Comunicare ad amici e familiari che si è deciso di fare più attività fisica**

Questa è un'ulteriore espressione di *impegno* che può essere anticipatrice anticipare di una *relazione di sostegno* e aiutare il paziente sotto forma di *ricompensa* o *controllo dell'ambiente*. È utile negli stadi di *preparazione*, *azione* e *mantenimento*.

#### **4) Ricevere risultati di analisi mediche che indicano che il proprio stile di vita sta cominciando a provocare danni alla salute**

Questa attività può portare ad un *aumento della consapevolezza (coscienza)* e ad un *ravvedimento improvviso*, pertanto avrà un forte impatto sugli stadi di *pre-contemplazione*, *contemplazione* e *preparazione*.

#### **5) Valutare i pro e i contro del fumo**

Questa attività porterà ad una *rivalutazione di sé* e sarà utile piuttosto negli stadi di *meditazione* e *preparazione*.

## 6) Guardare alla televisione un film su di una persona con stile di vita malsano che muore per una patologia cardiaca

Questa attività può portare a un *ravvedimento improvviso* o a un *aumento della consapevolezza (coscienza)* e pertanto sarà utile negli stadi pre-contemplativo e contemplativo.

## 7) Leggere un articolo su nutrizione e alimentazione sana

Questa attività può portare a un *aumento della consapevolezza* e pertanto può essere utile negli stadi pre-contemplativo e contemplativo. Le informazioni contenute nell'articolo possono essere utilizzate per *eliminare i condizionamenti*, ad es. per immaginare nuove modalità di alimentazione sana al posto di quelle meno sane. Se applicata in questo modo, sarà utile negli stadi di *azione* e di *mantenimento*.

## 8) Rendere l'ufficio, la camera da letto o l'auto una zona per non-fumatori e appendere un cartello "Vietato fumare"

Questa attività può rafforzare *l'impegno* ed essere usata come un modo di *controllare l'ambiente*; perciò è più probabile che venga usata negli stadi di *preparazione*, *azione* e *mantenimento*.

## 9) Comprarsi un regalo per aver mangiato in modo sano per un mese

Trattandosi di una forma di gratificazione, questa attività sarà utile negli stadi di *azione* e *mantenimento*.

## 10) Apprendere tecniche di rilassamento

Questa attività può fungere da sostituzione o alternativa al comportamento problematico. È particolarmente utile durante gli stadi di *azione* e *mantenimento*.

Lo stadio di cambiamento del singolo soggetto offre informazioni sui trattamenti da evitare e su quelli consigliabili. Le terapie attive possono essere piuttosto efficaci su individui che si trovino negli stadi di preparazione o azione, ma gli stessi programmi di trattamento possono essere inefficaci su individui nella fase pre-contemplativa e contemplativa. Sarà molto importante adattare i trattamenti e le attività agli stadi dei pazienti. È improbabile che una persona nella fase di pre-contemplazione scelga di entrare in un gruppo di auto-aiuto o di appendere un cartello "Vietato fumare" nel proprio ufficio. D'altra parte è improbabile anche che un individuo allo stadio di mantenimento passi il proprio tempo a leggere informazioni su di un particolare tema sanitario.

## DOCUMENTO DI LAVORO 10

### Stile di comunicazione nella relazione di sostegno

Uno dei fattori chiave nel processo di cambiamento delle proprie abitudini è quello di essere coinvolti in "relazioni di sostegno" con qualcuno che si prenda cura di noi, ci comprenda e si impegni ad aiutarci. Ciò è particolarmente importante nel passaggio dallo stadio *pre-contemplativo* a quello *contemplativo*, nonché a quello di *mantenimento*. La relazione di sostegno può essere fornita dal terapeuta, da un amico, dal compagno o da un membro della famiglia.

Per i terapeuti, che tendono a disporre di un tempo limitato per ogni paziente da visitare, un valido modo stabilire una relazione di sostegno è quello di ascoltare attentamente e attivamente ciò che il paziente dice di sé e dei suoi problemi. Ciò svolge due funzioni: innanzitutto quella di facilitare la perfetta comprensione della persona e del suo problema, che lo porta a prendersi cura della questione e ad impegnarsi in prima persona; secondo, contribuisce a dimostrare comprensione, attenzione e impegno alla persona. Il fatto che qualcuno la ascolti è già di per sé un fattore terapeutico per chi parla, e per chi ascolta è anche una maniera di raccogliere informazioni.

Di seguito viene riportata una lista dei diversi tipi di comportamento che aiutano ad ascoltare attivamente e a stabilire una relazione di sostegno o meno.

#### Tipi di comportamento che favoriscono l'ascolto

- Guardare l'interlocutore negli occhi
- Annuire a proposito
- Sorridere, mimica facciale e gestualità ecc.
- Adottare una posizione fisica rilassata
- Consentire i silenzi
- Osservare il linguaggio del corpo del paziente
- Usare un tono di voce chiaro
- Ripetere le parole chiave
- Fare domande aperte
- Verificare/chiarire
- Riflettere su ciò che è stato detto
- Riassumere
- Concentrarsi su ciò che è stato detto
- Strutturare ciò che è stato detto
- Evitare le barriere fisiche

#### Tipi di comportamento che non favoriscono l'ascolto

- Muoversi e agitarsi
- Non guardare il paziente
- Giocherellare con penne o indumenti ecc.
- Barriere fisiche
- Guardare l'orologio
- Atteggiamento annoiato, impaziente, ostile
- Atteggiamento eccessivamente paterno
- Agire con condiscendenza
- Non dar peso ad alcuni aspetti
- Trarre conclusioni
- Giudicare
- Parlare troppo
- Troppi silenzi
- Interrompere
- Dare ordini
- Avvertire

È difficile mantenere l'ascolto attivo. Ecco di seguito alcuni degli ostacoli che è possibile incontrare:

## **Ascolto "on/off"**

Molti di noi pensano a una velocità 4 volte superiore di quella a cui altri parlano, per cui chi ascolta si trova ad avere tre quarti di minuto libero per ogni minuto che ascolta. Talvolta noi usiamo questo tempo extra per pensare ad altro anziché ascoltare ciò che l'interlocutore sta dicendo.

## **Ascoltare a "orecchie aperte/mente spenta"**

Talvolta decidiamo rapidamente che ciò che l'altro sta dicendo ci annoia, è illogico o falso. Spesso ne traiamo la conclusione che possiamo prevedere cosa seguirà e che non c'è motivo di ascoltare perché non verremo a sapere niente di nuovo.

## **Ascoltare con "sguardo assente"**

Talvolta, anche se osserviamo attentamente una persona e sembra che la stiamo ascoltando, la nostra mente sta pensando ad altro e si trova a miglia di distanza; iniziamo a concentrarci piuttosto su pensieri piacevoli, la nostra espressione facciale diviene assente e spesso se ne deduce chiaramente che non siamo interessati.

## **Ascoltare "cose troppo complesse per me"**

Quando ascoltiamo l'esposizione di concetti molto complessi e difficili c'è il rischio che ci assentiamo completamente.

## **Ascoltare "argomenti che si distaccano dal mio modo di pensare"**

Non ci fa piacere che gli altri modifichino le nostre idee, pregiudizi e punti di vista, né che ci facciano domande sulle nostre opinioni e modi di vedere le cose. Di conseguenza quando chi parla dice qualcosa che cozza con ciò in cui crediamo, con i nostri pensieri e le nostre convinzioni, inconsciamente smettiamo di ascoltarlo oppure passiamo sulle difensive e prepariamo il contrattacco.

## **Volgere attenzione al "punto focale" anziché alla "persona centrale"**

Talvolta ci concentriamo sul problema anziché sulla persona. I particolari e i fatti di un incidente divengono più importanti di ciò che le persone ci dicono di loro.

## **Ascoltare "i fatti"**

Spesso, ascoltando, cerchiamo di memorizzare i fatti ripetendoli mentalmente più e più volte per riuscire a ricordarli. Nel frattempo chi parla può essere andato avanti nel racconto e avere aggiunto nuovi fatti senza che noi lo abbiamo seguito.

## **Ascoltare "con la penna"**

Cercare di annotare per scritto tutto ciò che la persona dice può farci perdere alcune informazioni, perché chi parla va più velocemente di quanto noi riusciamo a scrivere. Questa situazione rende inoltre più difficile mantenere il contatto visivo.

## DOCUMENTO DI LAVORO 11

### Strategie di apertura

Quando si considera l'opportunità di un cambiamento, vengono valutati tutti i pro e i contro correlati. L'individuo si sente motivato quando vede chiaramente gli svantaggi che il comportamento attuale presenta e i vantaggi e benefici che invece spera di ottenere dal cambiamento.

Ad ogni modo le persone spesso oscillano tra il desiderio di andare avanti con le proprie abitudini e, allo stesso tempo, il desiderio di modificarle. Questa "ambiguità" è fonte di conflitti interiori, e parlare del cambiamento con qualcuno (un operatore sanitario, un membro della famiglia o un amico) allevia il conflitto. Talvolta, nell'intenzione di dare aiuto, le persone sono tentate di entrare nel merito del conflitto, ad esempio evidenziando gli svantaggi del comportamento attuale del soggetto e/o i vantaggi derivanti dal cambiamento, col risultato invece che il soggetto si attesta sulla posizione opposta e il conflitto diviene esterno, ovvero tra il paziente e la persona che lo sta aiutando.

Purtroppo la conseguenza di un dialogo del genere è che il paziente finisce per pensare che non sia una buona idea esporre a chi lo aiuta tutte le ragioni per cambiare e che tutto sommato il suo comportamento attuale non è un grosso problema, cosa che può finire per rafforzare la sua fiducia nel comportamento attuale. Se il dialogo prende toni accesi e il paziente e chi lo aiuta entrano in una situazione di confronto, il paziente diverrà ancora più riluttante a cambiare abitudini.

Il "colloquio motivazionale" (Miller & Rollnick 2002) è un modo di rendere il paziente consapevole di questo conflitto e della sua ambiguità, nonché di facilitargli una visione più chiara possibile per decidere che è arrivato il momento di risolverlo.

È importante conoscere i principi del colloquio motivazionale, riportati di seguito, che potranno dimostrarsi utili nell'effettuare gli interventi brevi su pazienti riluttanti a cambiare le proprie abitudini. Il primo contatto col paziente stabilisce il tono dell'intero incontro, e per limitare il più possibile le resistenze è essenziale favorire un'atmosfera cordiale.

In un approccio motivazionale, alcune utili strategie di apertura sono state riunite nell'acronimo OARS in lingua inglese:

- **O**pen ended questions (Domande aperte)
- **A**ffirming (Conferma)
- **R**eflective listening (Ascolto riflessivo)
- **S**ummaries (Riepiloghi)

#### **O - Open ended questions (domande aperte)**

Le domande aperte invitano i pazienti a parlare dei propri problemi da un punto

di vista spiccatamente personale. Questo non solo riduce le resistenze, ma fornisce anche informazioni utili sulle priorità dei pazienti e sulle loro motivazioni intrinseche. Solitamente i medici generici temono che le domande aperte richiedano troppo tempo. Gli studi condotti hanno dimostrato che il tempo medio necessario ai pazienti nelle strutture dell'assistenza sanitaria primaria per rispondere a una domanda aperta è pari a 92 secondi (Langewitz et al. 2002).

Le domande aperte consentono al paziente di presentare aspetti o prospettive diverse. Questo offre al medico la possibilità di scegliere a quale delle opzioni proposte dal paziente rispondere.

## **A – Affirming (conferma)**

I pazienti con problemi di alcol tendono ad avere una bassa autostima. Mostrare loro un atteggiamento di supporto e riconoscere esplicitamente i loro sforzi e progressi contribuisce ad aumentare la loro capacità di agire su se stessi e favorisce la disponibilità al cambiamento. La conferma si offre esprimendo apprezzamento e comprensione. È fondamentale che il terapeuta colga le occasioni offerte da quegli aspetti sui quali può esprimere un sincero apprezzamento positivo.

## **R - Reflective listening (ascolto riflessivo)**

L'elemento centrale dell'intervista motivazionale è l'ascolto riflessivo. Può essere definito come uno sforzo di interpretare il vero significato di ciò che il paziente sta dicendo (si veda la Diapositiva 29). Prende la forma di un'affermazione, e non di una domanda, che termina sfumando e invita il paziente a riprenderla ed elaborarla. Le affermazioni durante l'ascolto riflessivo vanno da quelle molto superficiali (ripetizione di alcune parole rilevanti), a quelle più profonde (rispecchianti i sentimenti). Il "rispecchiamento" semplice è auspicabile nelle fasi iniziali, quello più profondo solo negli stadi più avanzati. È importante notare che, per non produrre un atteggiamento di difesa, è necessario scegliere le parole con molta attenzione (ad esempio: "lei è preoccupato" è preferibile a "lei è disperato").

L'ascolto riflessivo è uno strumento gentile e potente che permette al terapeuta di fungere da guida: scegliere la parte da riflettere (rispecchiare) gli consente di impostare la direzione verso cui far proseguire l'intervista. Ad ogni modo è fondamentale non dimenticare che l'ascolto riflessivo è una forma di interpretazione. Il terapeuta deve concentrarsi sulla reazione del paziente alla sua interpretazione e, se è sbagliata, cambiare direzione.

## **S – Summaries (riepiloghi)**

I riepiloghi possono servire a riunire gli aspetti già discussi; aiutano a mantenere il filo del discorso ed evitano di disperdersi. Quando i pazienti ascoltano le proprie parole pronunciate dal terapeuta, non soltanto realizzano che il medico li sta veramente ascoltando, ma anche la loro motivazione aumenta. I riepiloghi non sono altro, in fondo, che lunghe riflessioni. Non devono essere uti-

lizzati come frasi conclusive, ma come affermazioni che invitano ad andare avanti nell'indagine.

## **In breve**

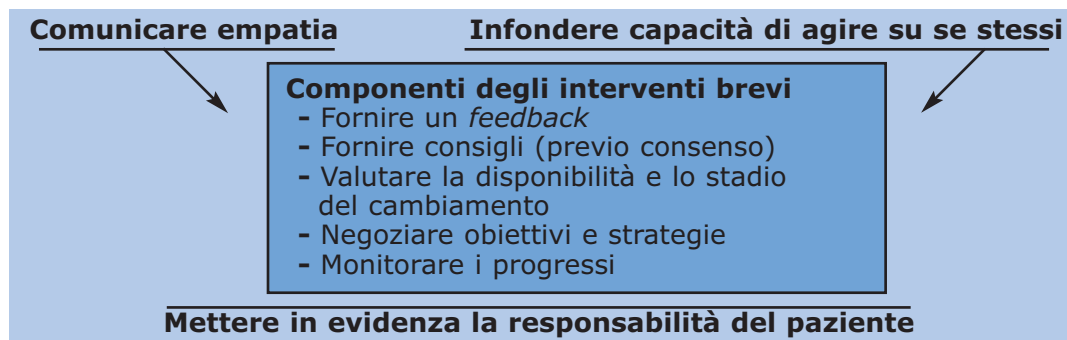
Tutte le strategie di apertura devono essere utilizzate contemporaneamente allo scopo di creare un'atmosfera cordiale in cui il paziente si senta sicuro abbastanza per esplorare in profondità le proprie ambiguità. Il principale obiettivo del medico all'inizio del colloquio deve essere quello di creare questa atmosfera di sicurezza, anche se ciò comportasse la discussione di aspetti leggermente diversi da quelli che il medico ha in programma.

## DOCUMENTO DI LAVORO 12

### Componenti principali degli interventi brevi

Informazioni tratte da *Clinical Tools, Inc.*, copyright di *Clinical Tools, Inc.*

Nell'effettuare un intervento breve è auspicabile fare particolare attenzione sia al suo contenuto che al suo senso. Lo spirito dell'intervento è molto importante, in quanto gli interventi brevi sono pensati per mettere in moto spunti interiori, e questo si ottiene soltanto attraverso un approccio che aumenti la motivazione del paziente.



### Stile e spirito degli interventi brevi

Lo stile dell'intervento breve è basato sul colloquio motivazionale ed è stato riassunto come segue:

- comunicare empatia
- infondere capacità di agire su se stessi
- mettere in evidenza la responsabilità del paziente

### **Comunicare empatia**

L'empatia è una delle caratteristiche chiave di un terapeuta efficace. Implica rispetto, disponibilità all'aiuto, calore, comprensione simpatetica e impegno. È stata descritta da Miller & Rollick come "una competenza che è possibile specificare e apprendere per comprendersi vicendevolmente attraverso l'ascolto attivo. Richiede un'acuta attenzione ad ogni nuova affermazione del paziente e una continua generazione di ipotesi sul loro significato implicito. L'ipotesi più plausibile viene quindi proposta al paziente, spesso aggiungendo contenuto a ciò che è stato esplicitamente detto; il paziente risponde e l'intero processo ricomincia dall'inizio".

È importante evidenziare che l'empatia è una competenza che si può apprendere, nonostante molte persone credano che sia un'abilità innata che alcuni possiedono e altri no, e quindi non sentono di dover fare alcuno sforzo per migliorare le proprie capacità empatiche. L'empatia richiede di apprendere a concentrarsi sulla persona anziché sulla malattia.

## Infondere la capacità di agire su se stessi

Gli interventi brevi determinano dei cambiamenti in quanto mettono in moto meccanismi interni del paziente in cui egli non ha completa fiducia. Aiutare il paziente a credere nella propria capacità di cambiare è un modo di aumentare la probabilità che il cambiamento avvenga. A tale scopo è spesso utile cercare nell'esperienza passata o recente del paziente episodi che abbiano messo in luce questa capacità, ad esempio se sono stati fatti cambiamenti con successo in altri ambiti (perdita di peso, esercizio fisico ecc.). In pazienti particolarmente disperati può essere utile mettere in rilievo lo sforzo personale fatto per presentarsi alla visita e parlare dei propri problemi. In generale dare conferme rappresenta una buona strategia per favorire la capacità di agire su se stessi.

## Mettere in evidenza la responsabilità del paziente

I pazienti si trovano sempre a gestire molte ambiguità quando affrontano il proprio consumo di alcol. Perciò, se il medico spinge in una direzione (ridurre o cessare il consumo) il paziente propenderà probabilmente per la direzione opposta (aumentare le resistenze). Per evitare di cadere in questo circolo vizioso, è consigliabile che il medico resti 'neutrale' e sottolinei che la libertà di scelta del paziente sarà rispettata e che la responsabilità della scelta è soltanto sua. Questo atteggiamento di rispetto e neutralità consente al paziente di prendere contatto con la propria ambiguità interiore. Infatti la strategia terapeutica consiste nell'evitare il confronto esterno (dire al paziente ciò che deve fare) per aumentare quello interiore, che è un fattore di cambiamento molto potente.

## Contenuti degli interventi brevi

Poiché il tempo è un grosso limite nell'effettuare gli interventi brevi, è essenziale applicare in modo appropriato le sue componenti principali:

- Fornire un *feedback*
- Fornire consigli (previo consenso)
- Valutare la disponibilità e lo stadio del cambiamento
- Negoziare obiettivi e strategie
- Monitorare i progressi

### Fornire un *feedback*

Perché vadano a segno, gli interventi brevi devono essere personalizzati. Nelle strutture dell'assistenza sanitaria primaria, un modo naturale di personalizzare gli interventi brevi è quello di fornire un *feedback* servendosi dei risultati del test di valutazione. Il *feedback* deve essere fornito in modo non giudicante, evitando ogni atteggiamento critico e cercando di essere più chiari possibile sul danno attuale e sui rischi in atto per la salute del paziente. È importante che il *feedback* comprenda anche un accenno alle abilità e alla forza richieste al paziente per risolvere il suo problema.

### Fornire consigli (previo consenso)

Come specificato da Miller & Rollnick (2002), "un consiglio equilibrato e dato al momento giusto può fare la differenza". In effetti, il consiglio breve si è dimostrato efficace nel cambiare l'atteggiamento dei pazienti nei confronti dell'alcol

e del tabacco. Perché sia efficace, il consiglio deve essere fornito nel momento esatto in cui è necessario. Se viene fornito troppo presto, probabilmente aumenterà le resistenze del paziente. D'altro lato, se aspettiamo troppo, il paziente potrebbe esserne confuso. Il modo migliore di porgere un consiglio 'al momento giusto' è quello di chiedere al paziente l'autorizzazione prima di cominciare. Qualche possibile esempio:

- 'Desidera che le dia qualche informazione a questo proposito?'
- 'Vuole che le dica cosa ne penso?'
- 'Posso darle una panoramica di ciò di cui abbiamo parlato sino a questo punto?'

Queste formule introduttive servono in un certo senso ad 'aprire le porte' e a limitare le resistenze. Se il paziente risponde 'No, grazie', è molto importante non dargli l'avvertenza in quel momento e dare una risposta come: 'Va bene; se più tardi cambiasse idea, non esiti a chiedere'.

## Valutare la disponibilità al cambiamento

Gli stadi di cambiamento sono stati dettagliatamente descritti nella terza sessione. È molto importante che il medico identifichi lo stadio di cambiamento al quale si trova il paziente, per affrontare una situazione ben determinata. L'intervento deve infatti essere adattato allo stadio di cambiamento del paziente e il terapeuta dovrebbe stabilire gli obiettivi basandosi su di esso, senza mai chiedergli di saltare dalla pre-contemplazione all'azione. Può anche accadere che lo stesso paziente si trovi a stadi diversi per diversi problemi (ad es. pre-contemplazione per quanto riguarda l'alcol e contemplazione per il sovrappeso). Talvolta gli operatori possono non essere certi di saper riconoscere lo stadio al quale si trova il paziente; in casi simili è consigliabile trattare il paziente come se si trovasse allo stadio meno avanzato, poiché questa strategia riduce al minimo le resistenze.

## Negoziare obiettivi e strategie

Il medico deve essere completamente consapevole del fatto che il cambiamento di abitudini è un processo lento e difficile. Gli interventi brevi devono quindi essere progettati come azioni volte ad aumentare la probabilità che il consumo a rischio diminuisca lentamente. Nell'ambito di questa strategia a lungo termine è possibile porre obiettivi intermedi, prendendo in considerazione non solo la situazione clinica del paziente ma anche la sua disponibilità a cambiare le sue modalità di consumo. È sempre preferibile porre obiettivi modesti e raggiungibili che rafforzino la capacità del paziente di agire su se stesso e aumentino la probabilità che egli si presenti agli appuntamenti del *follow-up*, piuttosto che porre obiettivi ambiziosi e difficili da rispettare.

Sia gli obiettivi che le strategie utili per raggiungerli devono essere discussi insieme al paziente. La negoziazione con il paziente presenta molti vantaggi:

- fornisce informazioni sull'accettabilità degli obiettivi dal punto di vista del paziente;
- mostra molto chiaramente i valori e le priorità del paziente;
- potenzia l'impegno del paziente a rispettare gli obiettivi stabiliti;
- offre utili informazioni sulle abilità e la forza del paziente.

È importante spiegare al paziente che la negoziazione deve avvenire entro due limiti: la libertà del paziente e la "buona prassi" del terapeuta. Ciò significa che non è possibile trovare un accordo che vada contro la "buona prassi" né contro la volontà del paziente. Può apparire un paradosso, dal momento che l'intenzione dell'operatore sanitario è quella di favorire il cambiamento. D'altra parte però, ciò che questi deve fare è facilitare al paziente la visione delle proprie resistenze e degli ostacoli al cambiamento con la maggiore obiettività possibile, senza che il paziente torni ad essi trovandosi a doverli difendere in una discussione con un operatore sanitario che dia l'impressione di non comprendere l'importanza che rivestono per il paziente.

## **Monitorare i progressi**

Il cambiamento è un processo continuo e lento. Perciò, anziché programmare interventi intensivi a breve termine, è più ragionevole pianificare interventi brevi che si estendano su di un lungo periodo. Le strutture dell'assistenza sanitaria di base sono ideali per mettere in pratica questa strategia, poiché i pazienti restano in contatto con i loro medici per una grande varietà di motivi e ciò offre la possibilità di tenere il problema alcol all'ordine del giorno. D'altro canto, quando i pazienti cambiano le loro modalità di consumo, monitorare i loro progressi consente al medico di dare loro un *feedback* positivo sia sui cambiamenti oggettivi che su quelli soggettivi che il paziente può avere registrato.

Quando si effettua un intervento breve, il paziente può rispondere con una certa resistenza oppure con interesse. È molto importante che il medico sia sensibile alla reazione del paziente, poiché essa può portare a risposte differenti.

Di seguito sono descritti gli atteggiamenti principali per rispondere sia ai pazienti che fanno resistenza che a quelli che dimostrano impegno.

### **1) Continua nell'opporsi al cambiamento delle abitudini**

Quando i pazienti nello stadio pre-contemplativo e contemplativo tendono ad essere riluttanti al cambiamento e l'eventualità del confronto accresce la loro riluttanza, è necessario mettere in atto altre strategie.

Nel descrivere queste strategie, Miller e Rollnick (2002) fanno un paragone con le arti marziali in cui, anziché bloccare un attacco o contrastarlo, il lottatore lo "asseconda" rendendolo innocuo.

La situazione descritta si applica nell'ambulatorio in questo modo: se l'operatore sanitario inizia a parlare del cambiamento di abitudini e il paziente mostra di opporre resistenza, anziché entrare nell'argomento, l'operatore deve accettare e riconoscere la resistenza, e mettere in atto tecniche di ascolto riflessivo. Una volta che la resistenza è stata accettata, il paziente abbandona questo particolare aspetto ed è libero di continuare ad esaminare altri lati del problema.

In effetti questo approccio può contribuire a incoraggiare il paziente a indagare un poco le proprie resistenze al cambiamento, in modo tale che il paziente e l'operatore sanitario possano comprenderle meglio.

La resistenza può anche venire "accantonata", secondo un'altra strategia di combattimento. Se il paziente mostra una resistenza nei confronti di una particolare serie di domande, l'operatore sanitario può portare la discussione verso un altro argomento o presentare lo stesso argomento da un diverso punto di vista. Lo scopo è quello di portare avanti una discussione costruttiva e collaborativa, finché è possibile, senza che questo determinato argomento costituisca un ostacolo. Intanto il paziente continua a parlare e ad esaminare i propri sentimenti e pensieri, favorendo il processo di contemplazione.

## 2) Stimolare il *change talk*

Quando i pazienti reagiscono positivamente, abbiamo la possibilità di favorire il loro impegno al cambiamento, stimolandoli a formulare affermazioni di auto-motivazione (*change talk*). Se qualcuno ci ascolta mentre esprimiamo una nostra opinione a voce alta, solitamente ci convinciamo ancor più della validità della nostra opinione; perciò, se vogliamo incoraggiare e facilitare il cambiamento, un grande aiuto sarà quello di dirigere la seduta di consulenza in modo tale che il paziente si senta incoraggiato a esporre le ragioni che vede per cambiare le proprie abitudini.

Di seguito alcuni esempi di queste frasi auto-motivazionali:

*"Sono consapevole del fatto che, fumando, dò un cattivo esempio ai miei figli."  
"Se facessi più attività fisica, riuscirei a contrastare meglio lo stress del lavoro"*

*"Mio padre è morto di infarto e io non voglio che la stessa cosa succeda anche a me. So che cambiando il mio stile di vita potrei ridurre il rischio"*

*"Non mi piace essere grasso, non mi sento attraente e mi stanco con facilità".*

Frase auto-motivazionali si possono stimolare ponendo domande come:

*"Mi ha detto quali sono le cose che le piacciono del tabacco. Ma c'è qualche aspetto di questa abitudine che la preoccupa?"*

*"Ha mai considerato l'opportunità di cambiare alcune delle sue abitudini di vita?"*

*"Pensa che otterrebbe qualche beneficio dal cambiamento di abitudini?"*

Il *change talk* può essere manifestato in vario modo: espressioni di interesse o preoccupazione ecc. Ma le affermazioni auto-motivazionali più forti sono quelle che esprimono impegno.

## DOCUMENTO DI LAVORO 13

### La prevenzione delle ricadute: aiutare le persone a cambiare

Quello del mantenimento è uno stadio di cambiamento attivo e continuo. Si apprendono nuove strategie di *coping* per evitare le ricadute e stabilire uno stile di vita nuovo e più sano. Solo il 20 % circa delle persone riesce a modificare in modo permanente i problemi di lunga durata al primo tentativo. La maggior parte ha un ritorno, almeno temporaneo, al comportamento problematico prima di fare un nuovo tentativo.

Il lavoro più dettagliato sulle ricadute e su come aiutare le persone a cambiare è stato condotto da Alan Marlatt. Lo studio di Marlatt & Gordon (1985) è stato successivamente rivisto e sviluppato da altri (Society for the Study of Addiction 1996), e costituisce un utile riferimento per la pratica clinica.

#### Che cosa scatena le ricadute?

Solitamente la ricaduta è un modo di:

- far fronte al malessere emotivo (ovvero sentirsi meglio quando si sta male);
- potenziare gli stati emotivi positivi (ovvero sentirsi ancora meglio quando si sta bene);
- cedere a tentazioni o urgenze;
- rispondere alla pressione sociale.

#### Evitare le ricadute

Gli individui necessitano di specifiche abilità per far fronte a queste situazioni e sentire interiormente che possono farcela. Ogni volta che uno riesce a evitare una potenziale ricaduta, la fiducia in se stesso crescerà, rendendo più probabile che applichi con successo la stessa strategia la volta successiva. Le persone possono prepararsi a contrastare simili situazioni ad alto rischio mentre sono nello stadio di mantenimento.

Guardando alle settimane che hanno di fronte, i pazienti possono elencare le situazioni in cui possono prevedere un desiderio di tornare al comportamento problematico. Possono essere aiutati a sviluppare appropriate strategie di *coping*; l'eliminazione del condizionamento, il controllo dell'ambiente e l'uso delle relazioni di sostegno:

- capacità assertive per fronteggiare la pressione sociale;
- gestione dell'ansia o della rabbia per fronteggiare questi stati emotivi negativi;
- reti di supporto per fronteggiare altri malesseri emotivi;
- strategie di modificazione dell'umore per distrarsi dai desideri impellenti;
- interruzioni della *routine* per evitare le situazioni di grande tentazione.

## 'Scivolata' e ricadute

Spesso le persone si impongono di attenersi strettamente al sentiero del nuovo stile di vita (niente fumo, alimentazione sana, molta attività fisica ecc.) e poi scivolano fuori dal sentiero alla prima occasione. Molte persone si arrendono quando 'scivolano', convincendosi di aver fallito e che la completa ricaduta sia inevitabile; si sentono in colpa e si autoaccusano. Perdono la fiducia nelle proprie strategie di *coping* e per loro diviene ancor più difficile tornare sul sentiero dello stile di vita più sano. Ogni ricaduta inizia con una scivolata, ma non ogni scivolata diviene necessariamente una ricaduta. Le persone possono apprendere a gestire le loro 'scivolata' e tornare al percorso di cambiamento il più velocemente possibile. È possibile fumare una sigaretta senza tornare ad essere un fumatore.

## Aiutare le persone a cambiare

Le 'scivolata' e le ricadute possono insegnarci molte cose sulle nostre abitudini e sui nostri tentativi di cambiamento. Ad ogni modo, dobbiamo innanzitutto riconoscere che la nostra prima risposta può essere un senso di delusione, rabbia o frustrazione.

Riconoscere questi sentimenti e avere identificato il fattore scatenante di una scivolata o di una ricaduta completa può contribuire a chiarire quali situazioni siano ad "alto rischio", e quale tipo di strategie e abilità di *coping* sia necessario sviluppare.

Può essere utile indagare i seguenti aspetti:

- Il soggetto ha avuto a disposizione una serie sufficiente di buone tecniche di eliminazione del condizionamento? È necessario elaborarne altre?
- Ha avuto a disposizione un supporto adeguato? Le relazioni di sostegno esistenti possono essere potenziate o è possibile mettere in atto un supporto maggiore?
- Questa esperienza ha messo in luce una necessità di sostegno professionale, specialistico per il problema?
- Oppure, il soggetto era veramente pronto e impegnato al cambiamento, o il tentativo è stato prematuro? Provare nuovamente adesso è una buona idea, o è necessaria una maggiore contemplazione e preparazione?

Dai tentativi andati a buon fine i pazienti possono apprendere in modo analogo ad evitare di scivolare in situazioni a rischio, vedendo quali strategie di *coping* funzionano e come si stanno sviluppando le abilità, e di conseguenza costruendo una fiducia in se stessi.

## DOCUMENTO DI LAVORO 14

### Criteri di diagnosi dell'alcoldipendenza

È molto probabile che, effettuando lo *screening* per il consumo di alcol, non troveremo solo persone con un livello di consumo che le espone a rischio, ma anche persone che hanno già iniziato ad avvertire problemi alcolcorrelati o che hanno consumi molto alti. Per diagnosticare la sindrome di alcoldipendenza vengono utilizzate tradizionalmente due classificazioni diagnostiche internazionali: il Manuale di Diagnosi e Statistica dei disturbi mentali (DSM-IV) e la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10).

#### I criteri dell'ICD-10

Solitamente si dovrebbe esprimere una compiuta diagnosi di dipendenza solo se tre o più dei seguenti elementi si sono verificati contemporaneamente per un certo tempo durante gli ultimi 12 mesi:

- un forte desiderio o spinta compulsiva verso l'assunzione di alcol
- difficoltà di controllare il consumo in termini di inizio, cessazione e quantità
- uno stato fisiologico di crisi d'astinenza dopo la cessazione o la riduzione del consumo (es. tremore, sudorazione, tachicardia, ansia, insonnia e, disturbi meno comuni, disorientamento o allucinazioni) oppure la necessità di bere per evitare la crisi d'astinenza
- sintomi di assuefazione, come ad esempio la necessità di dosi maggiori di alcol per ottenere gli effetti originariamente prodotti da dosi minori
- trascurare progressivamente altri tipi di piaceri o interessi a causa dell'alcol, e aumento del tempo dedicato a procurarsi o ingerire alcol oppure a riprendersi dai suoi effetti (aumento di importanza dell'alcol)
- persistere nel consumo di alcol nonostante la consapevolezza delle sue manifeste conseguenze negative, come i danni epatici, gli stati depressivi successivi ai periodi di forte consumo, o la riduzione alcolcorrelata delle funzioni cognitive.

I pazienti con consumo d'alcol a rischio e dannoso e quelli la cui situazione clinica faccia sospettare un consumo dannoso o un'alcoldipendenza possono trarre beneficio da un'ulteriore valutazione. Uno strumento di primo intervento sono le dieci domande del test dell'OMS per l'Identificazione del consumo problematico di alcol (AUDIT). Un punteggio di 20 o più all'AUDIT indica un'alcoldipendenza e che può essere necessario indirizzare i pazienti a uno specialista per la valutazione diagnostica e il trattamento. L'alcoldipendenza può essere misurata attraverso il modulo apposito dell'OMS per l'Intervista Composita Internazionale Diagnostica (CIDI-SF 12 Mesi) (WHO 2002b), costituito da sette domande finalizzate alla misurazione dell'alcoldipendenza e in cui la risposta positiva a quattro o più domande indica alcoldipendenza (le domande 1.1 e 6.1 non concorrono al punteggio).

## **Intervista Composita Internazionale Diagnostica (CIDI-SF 12 Mesi) per la misurazione dell'alcoldipendenza.**

**1. Negli ultimi 12 mesi è accaduto almeno una volta che l'aver bevuto o i postumi di un'ubriacatura abbiano interferito con i suoi impegni a scuola, al lavoro o a casa?**

- 1 Sì
- 2 No

**1.1. Se sì, quante volte nell'ultimo anno?**

- 1 Una volta o due
- 2 Tra 3 e 5 volte
- 3 Tra 6 e 10 volte
- 4 Tra 11 e 20 volte
- 5 Più di 20 volte

**2. Negli ultimi 12 mesi si è mai trovato sotto l'effetto dell'alcol in una situazione in cui avrebbe potuto rimanere ferito – ad esempio alla guida di un'auto o di una barca, mentre maneggiava coltelli o armi o macchinari, o simili?**

- 1 Sì
- 2 No

**3. Negli ultimi 12 mesi ha avuto problemi emotivi o psicologici di qualsiasi genere dovuti all'alcol – come ad es. una sensazione di disinteresse verso le cose, senso di depressione, sospetto nei confronti degli altri, paranoie o idee strane?**

- 1 Sì
- 2 No

**4. Negli ultimi 12 mesi ha avuto un desiderio o un'urgenza tale di bere da non potersi trattenere dal farlo?**

- 1 Sì
- 2 No

**5. Negli ultimi 12 mesi le è capitato, per un periodo di un mese o più, di trascorrere molto tempo a bere o a superare gli effetti dell'alcol?**

- 1 Sì
- 2 No

**6. Negli ultimi 12 mesi ha bevuto più di quanto avesse intenzione di fare o più a lungo di quanto volesse?**

- 1 Sì
- 2 No

**6.1. Se sì, quante volte è accaduto nell'ultimo anno?**

- 1 Una volta o due
- 2 Tra 3 e 5 volte
- 3 Tra 6 e 10 volte
- 4 Tra 11 e 20 volte
- 5 Più di 20 volte

**7. Negli ultimi 12 mesi è le accaduto almeno una volta di dover bere più del solito per ottenere l'effetto che cercava?**

- 1 Sì
- 2 No

Alti livelli di GGT e di aminotransferasi seriche, di CDT ed MCV sono spesso dovuti all'alcol. Poiché questi test vengono condotti regolarmente nell'ambito delle analisi biochimiche di *routine*, la presenza di un valore elevato dovrebbe mettere il medico sull'avviso di una possibile diagnosi di consumo dannoso d'alcol o di una alcoldipendenza.

## DOCUMENTO DI LAVORO 15

### Il trattamento farmacologico dell'alcoldipendenza

#### Intossicazione alcolica

L'intossicazione alcolica rappresenta un'emergenza clinica. Il trattamento è sintomatico, volto al mantenimento delle principali funzioni vitali, pertanto devono essere praticate le procedure d'emergenza atte alla valutazione ed al mantenimento della funzionalità respiratoria e circolatoria.

L'intossicazione acuta da alcol rappresenta una comune causa di ricovero d'urgenza. La contemporanea assunzione di farmaci quali ipnotici ed ansiolitici può potenziare l'azione sedativa dell'alcol sul sistema nervoso centrale, dando luogo a casi di severa intossicazione fino al coma.

Questa eventualità deve essere indagata, attraverso le informazioni del paziente o degli eventuali accompagnatori, tenendo presente che talvolta possono verificarsi delle resistenze ad ammettere l'assunzione di alcol sia nel paziente che nei familiari.

La diagnosi differenziale deve escludere altre cause di improvvisa perdita di coscienza (ad es. coma ipoglicemico, emorragia cerebrale); un indizio può essere rappresentato dall'odore di alcol del paziente, ma solo i test biochimici o tossicologici possono accertare l'ingestione recente di alcol.

#### Crisi di astinenza diagnosi e gestione

I soggetti fisicamente dipendenti dall'alcol sono esposti al rischio di subire una crisi d'astinenza a distanza di 6-24 ore dopo l'ultima bevanda alcolica consumata. La sintomatologia è caratterizzata da ansia, tremori, agitazione, nausea e vomito, sudorazione, aumento della pressione arteriosa e tachicardia. La massima intensità della sindrome viene raggiunta tra le 24 e le 36 ore.

La diagnosi di astinenza alcolica, secondo DSM-IV, è caratterizzata dalla comparsa, in seguito alla cessazione o alla riduzione di un consumo di alcol elevato e prolungato, di almeno due dei seguenti sintomi:

- iperattività del sistema nervoso autonomo;
- tremore delle mani;
- insonnia;
- nausea e vomito;
- allucinazioni o illusioni visive, tattili o uditive transitorie;
- agitazione psicomotoria;
- ansia;
- crisi di grande male.

Per valutare la severità dei sintomi di astinenza viene utilizzato il questionario il questionario CIWA-Ar (Sullivan, 1989) che prevede l'esame di dieci sintomi/segni caratteristici dell'astinenza.

## **CIWA-Ar** **Valutazione dei sintomi fisici di astinenza**

### **ITEM 1**                      **Nausea e vomito**

- 0- Né nausea, né vomito
- 1- Leggera nausea
- 2-
- 3-
- 4- Nausea intermittente con conati
- 5-
- 6-
- 7- Nausea costante, frequenti conati e vomito

### **ITEM 2**                      **Tremori**

- 0- Non visibili ma percettibili ponendo in contatto i propri polpastrelli con quelli del paziente
- 1-
- 2-
- 3-
- 4- Moderati con paziente a braccia estese in avanti
- 5-
- 6-
- 7- Gravi e presenti anche con braccia non estese

### **ITEM 3**                      **Sudorazione**

- 0- Non suda visibilmente
- 1- Sudorazione appena percettibile, palmi delle mani umide
- 2-
- 3-
- 4- Gocce di sudore ben visibili a livello della fronte
- 5-
- 6-
- 7- Madido di sudore

**ITEM 4**                      **Ansia**

- 0- Paziente non ansioso, stato di tranquillità
- 1- Lieve stato ansioso
- 2-
- 3-
- 4- Ansia moderata o circospezione (come spesso si suppone)
- 5-
- 6-
- 7- Stato equivalente ad un attacco di panico, come si osserva nel Delirium tremens

**ITEM 5**                      **Agitazione**

- 0- Normale attività
- 1- Qualcosa di più di una normale attività
- 2-
- 3-
- 4- Moderatamente irrequieto ed incapace di star fermo
- 5-
- 6-
- 7- Va avanti e indietro durante tutta l'intervista oppure si siede e si alza in continuazione

**ITEM 6**                      **Disturbi tattili**

- 0- No
- 1- Sensazioni tattili molto lievi
- 2- Sensazioni tattili lievi
- 3- Sensazioni tattili moderate
- 4- Allucinazioni tattili moderatamente gravi
- 5- Allucinazioni tattili gravi
- 6- Allucinazioni tattili estremamente gravi
- 7- Allucinazioni tattili continue

**ITEM 7**                      **Disturbi uditivi**

- 0- Nessuna sensazione uditiva
- 1- Sensazioni uditive molto lievi che spaventano molto poco
- 2- Sensazioni uditive lievi che spaventano un po'
- 3- Sensazioni uditive che spaventano moderatamente
- 4- Allucinazioni uditive moderatamente gravi
- 5- Allucinazioni uditive gravi
- 6- Allucinazioni uditive estremamente gravi
- 7- Allucinazioni uditive continue

**ITEM 8**                      **Disturbi visivi**

- 0- No
- 1- Sensazioni visive molto lievi
- 2- Sensazioni visive lievi
- 3- Sensazioni visive moderate
- 4- Allucinazioni visive moderatamente gravi
- 5- Allucinazioni visive gravi
- 6- Allucinazioni visive estremamente gravi
- 7- Allucinazioni visive continue

**ITEM 9**                      **Cefalea**

- 0- Non presente
- 1- Molto lieve
- 2- Lieve
- 3- Moderata
- 4- Moderatamente grave
- 5- Grave
- 6- Molto grave
- 7- Estremamente grave

**ITEM 10**                      **Orientamento ed obnubilamento del sensorio**

- 0- Paziente orientato, fornisce altri particolari
- 1- Paziente parzialmente orientato, non fornisce altri particolari ed è incerto sulla data
- 2- Disorientamento per la data (ma non più di due giorni di calendario di scarto)
- 3- Disorientamento per la data (più di due giorni di calendario)
- 4- Disorientamento per il luogo e/o per le persone

Punteggio:

Il punteggio della scala varia da 0 a 67. In base ai punteggi assegnati a ciascun segno/sintomo la severità della sindrome di astinenza può essere:  
lieve: punteggio che risulta uguale o inferiore a 15;  
moderata: punteggio compreso tra 16 e 20;  
grave: punteggio superiore a 20.

Il valore del punteggio è correlato ad un aumento del rischio di sviluppare le complicazioni indesiderate, quali le convulsioni e le allucinazioni.

Quando la severità della sindrome d'astinenza supera **il punteggio 10 va intrapresa una terapia farmacologia** allo scopo di ridurre il rischio di insorgenza delle complicanze.

L'obiettivo è quello di ottenere una riduzione della severità della sindrome fino ad un punteggio inferiore a 8, secondo la scala CIWA-Ar, per due registrazioni consecutive; la severità deve essere quindi valutata ogni ora fino a quando il punteggio non risulti inferiore a 10, successivamente ogni 4 ore.

Qualora venga accertato che il paziente si trovi a rischio di sindrome di astinenza da alcol occorre effettuare urgentemente un invio al Pronto Soccorso più vicino.

La crisi di astinenza necessita per il suo trattamento di un ricovero d'urgenza nella maggior parte dei casi.

Il trattamento della crisi di astinenza, indipendentemente dalla severità della sintomatologia, richiede una terapia di sostegno rappresentata dalla valutazione dello stato di idratazione, alimentazione e orientamento del paziente in un ambiente confortevole e dal monitoraggio continuo dei sintomi e segni dell'astinenza.

(Bibliografia CIWA-r Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J., Narajo CA, and Sellers EM, Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). British Journal of Addiction 84,1989; Farmacoterapia dell'alcolismo, di Gessa G.L., Colombo G., Agabio R., in La Farmacoterapia 2002 nell'era della evidence based medicine, a cura di S. Covoni, ed Selecta Medica, 2002)

### **Gestire l'alcoldipendenza**

*All'interno dell'assistenza sanitaria primaria si raccomanda di effettuare l'invio dei pazienti alcol dipendenti ai centri alcolologici specialistici del sistema sanitario nazionale.*

Alcune persone affette da alcoldipendenza riescono a migliorare il proprio stato di salute da sole, e non tutte, anche se molte, necessitano di un trattamento specialistico. I trattamenti specialistici comprendono approcci comportamentali e terapia farmacologica. Tra gli approcci non farmacologici più efficaci abbiamo: lo sviluppo di competenze sociali, il potenziamento del tessuto di comunità, la terapia di coppia e la terapia familiare, in particolare quando mettono in evidenza la capacità del soggetto di interrompere o ridurre il consumo di alcol attraverso l'apprendimento di capacità di gestione autonoma di sé, quando forniscono le motivazioni per rafforzarsi e quando potenziano il sistema di supporto del soggetto, come la frequenza ai gruppi degli Alcolisti Anonimi o dei Club Alcolisti in Trattamento.

## DOCUMENTO DI LAVORO 16

### Modello di valutazione

Marcare la casella corrispondente alla vostra opinione per ogni punto.

Al termine del corso, fino a che punto ci si sente in grado di:

	per niente	poco	fino a un certo punto	Molto
misurare il consumo di alcol in bicchieri standard settimanali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
identificare i bevitori a rischio in base al loro consumo settimanale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
identificare i bevitori a rischio in base all'AUDIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
identificare i bevitori a rischio in base all'AUDIT-C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
descrivere il modello di Prochaska e Di Clemente sugli stadi di cambiamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
descrivere le componenti di base di un intervento breve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fornire un'avvertenza breve ad un bevitore a rischio prendendo in considerazione il suo stadio di cambiamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
descrivere i modi tipici dei pazienti di mostrare le loro resistenze ad adottare uno stile di vita che favorisca la salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rispondere alla resistenza di un paziente in modo tale da non provocare ulteriore argomentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
creare uno scambio di informazione in modo incentrato sul paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elenare i problemi correlati al consumo eccessivo regolare e all'intossicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

descrivere i criteri ICD per l'alcoldipendenza

descrivere i criteri di base per indirizzare un paziente a una clinica specializzata sull'alcol

prescrivere una disintossicazione a casa a un paziente che assume 150 g di alcol al giorno

Commenti o suggerimenti sugli elementi seguenti:

ritmo del corso

---

---

metodi usati

---

---

materiali del corso (*handout* e lucidi)

---

---

***Grazie per la vostra collaborazione.***

## **Bibliografia**

Ministero della Sanità. *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 and 2000-2003* (National Health Plan). Rome: Author, 2000/ 2003.

Communication from the Commission on the Health Strategy of the European Community (COM(2000)285 final):

<[http://europa.eu.int/comm/health/horiz\\_publications\\_en.htm#2](http://europa.eu.int/comm/health/horiz_publications_en.htm#2)>

Council Recommendation *Drinking of Alcohol by Children and Adolescents*. COM(2000)736 final.

WHO Regional Office for Europe. *Smoking, Drinking and Drug-taking in the European Region*. Copenhagen: World Health Organization, 1997

WHO Regional Office for Europe. *Community Action to Prevent Alcohol Problems* EUR/ICP/LVNG 030301(A). Copenhagen: Author, 1999.

Decision n. 645/96/EC of the European Parliament and of the Council of 29/03/1996. Official Journal n. 095, 16/06/1006.

Conclusions of 13/11/1996 of the Council and the Ministers for Health. Official Journal n. C336, 19/12/1992, p.2.

Conclusions of 13/11/1996 of the Council and the Ministers of Education. Official Journal n. C336, 19/12/1992, p.8.

World Health Organization. *Health For All Indicators for Monitoring and Evaluation of Health 21*. WHO Regional Committee Resolution EUR/RC49/R10, 1999.

European Alcohol Action Plan – Third Phase. WHO Regional Committee Resolution EUR/RC49/R8 , 1999.

World Health Organization. *Alcohol - Less Is Better*. Report of the WHO European Conference Health, Society and Alcohol, Paris, 12-14 December, 1995. World Health Organization. Regional Publications, European Series, 70, 1996.

Legge 30 marzo 2001, n. 125. *Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati*. G.U. 18 Aprile 2001, n.90.

Scafato E, Cicogna F. I consumi alcolici in Italia ed Europa e l'intervento previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nel quadro dell'obiettivo n. 17 del Progetto O.M.S. "Health for All". *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo* 1998; XXI, 1: 11-20

Scafato E. Alcol: prospettive di sanità e salute pubblica per il Duemila. *Alcologia. European Journal of Alcohol Studies* 1998; X, suppl. 1-2: 14.

Scafato E, Cicogna F. The implementation of the European Alcohol Action Plan: Italian perspective on alcohol issues for the twenty-first century. *European Journal of Alcohol Studies* 1998; X,1-2: 72-74.

Scafato E. La riduzione dell'esposizione all'alcol come fattore di rischio: il razionale dell'intervento proposto dagli obiettivi di salute del Piano sanitario nazionale 1998-2000. *European Journal of Alcohol Studies* 1998; X suppl.1-2: 20.

Scafato E, Robledo de Dios T. Alcopops and under-age drinkers: a new front in the fight against alcohol-related risks for the young? *European Journal of Alcohol Studies* 1998; X, 1-2: 5-9.

Scafato E. La sanità del Duemila: L'Italia e lo standard europeo. *Salute e Territorio* 1998; XIX, 6: 225-231.

Scafato E, Farchi G. Alcol e malattie cardiovascolari.. In *Dipendenze. Manuale teorico-pratico per operatori*. Carocci Editore, 1999

Farchi G, Scafato E, Greco D, Buratti E. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: obiettivi di salute e politiche regionali. In *La salute in Italia 1999*. Ediesse, 1999.

Scafato E. Le strategie per il Terzo Millennio: Il Progetto "Health 21". *Salute e Territorio: Monografia "Le Strategie per il Terzo Millennio" a cura di E. Scafato* 1999; Anno XX, 114: 94-102.

Scafato E. Gli strumenti di promozione della salute in Italia. *Salute e Territorio. Monografia "Le Strategie per il Terzo Millennio" a cura di E Scafato* 1999; Anno XX, 114: 113-115.

Scafato, E. Setting new health targets and policies to prevent alcohol-related risks in young people. *European Journal on Alcohol Studies* 2000; 1: 3- 12.

Polvani S, Bartoli G, Patussi V, Bartoli U, Marcomini F, Scafato E. L'opinione dei medici di base sulla prevenzione delle problematiche alcolcorrelate. Il progetto "Drink Less": uno studio collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. *Bollettino per le dipendenze e l'alcolismo*. UNICRI-Ministero della Sanità 2000; XXIII, 1: 75-82.

Scafato E. Lo stato di salute in Italia. *Salute e Territorio* 2000; XXI, 120: 84-88.

Scafato E. La identificazione di nuovi obiettivi di salute e di nuove politiche rivolte alla prevenzione dei rischi alcol-correlati dei giovani in Europa. *European Journal on Alcohol Studies* 2000; 1: 2- 11.

Greco D, Farchi G, Scafato E. Lezioni di Piano: obiettivi di salute. *Politiche sanitarie: Il Pensiero Scientifico Editore* 2000; 3: 161-162.

## Approfondimenti sull'esperienza nazionale

Scafato E. Alcohol as a health target in public policy: the Italian perspective. *International Ministerial Conference on Young People and Alcohol*. WHO EUR/00/5020274 /01681, February 2001.

Scafato E. L'alcol nella programmazione sanitaria europea, italiana e regionale. Il razionale dell'approccio preventivo per obiettivi e strategie basate sull'evidenza. *European Journal on Alcohol Studies* 2001; suppl. 13: 5-16.

Scafato E, Zuccaro P, Russo R, Bartoli G. Alcohol, health and policy: the Italian perspective. *European Journal on Alcohol Studies* 2001; 13: 61-65.

Scafato E. Epidemiologia dell'alcol e mondo femminile. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 2004; 40: 25-34.

Scafato E, Patussi V, Ghirini S, Russo R, Mattioli D, Carosi G, Di Pasquale L e il Gruppo di lavoro OssFAD. Alcohol Prevention Day 2004. L'analisi dell'Osservatorio nazionale Alcol-OssFAD sui consumi in Italia. *Not Ist Super Sanità* 2004; 17:11-15.

Patussi V, Bartoli G, Focardi F, Ragazzo E, Marcomini F, Muscas F, Russo R, Zuccaro P e Scafato E. L'integrazione delle attività di prevenzione alcol-correlata nei setting di medicina generale: l'esperienza ed i risultati del progetto WHO Drink-less in Italia. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2003; XXVI, 4: 17-25.

Patussi V, Mezzani L, Scafato E. An overview of pathologies occurring in alcohol abusers, in *Comprehensive Handbook of Alcohol-related Pathology*, vol 1. Elsevier, 2004: 255-262.

Scafato E, Russo R, Gandin C, Zuccaro P. La dimensione europea dell'alcolismo. *Salute e Territorio* 2003; XXIV, 141: 322-328.

Scafato E. Epidemiologia alcologica, in Cerbini C, Biagianni C, Travaglini M, Dimauro PE, eds. *Alcologia Oggi: Nuove Tendenze tra Clinica ed Ecologia*. Milano: FrancoAngeli, 2003:13-17.

Patussi V, Scafato E. L'alcol come strumento preventivo? Esiste un bere moderato? *Rivista Società Italiana di Medicina Generale* 2002; 2/3: 14-15.

Bartoli G, Patussi V, Rossi A, Scafato E. Abuso di alcol e prevenzione: la ricerca "Drinkless". *Rivista Società Italiana di Medicina Generale* 2001; 4, [http://www.simg.it/servizi/servizi\\_riviste2001/numero4/3.htm](http://www.simg.it/servizi/servizi_riviste2001/numero4/3.htm) <[http://www.simg.it/servizi/servizi\\_riviste2001/numero4/3.htm](http://www.simg.it/servizi/servizi_riviste2001/numero4/3.htm)>

Scafato E. Alcohol as part of regional, Italian and European healthcare plans: the rationale behind the goal-oriented, evidence-based preventive approach. *Alcologia (Bologna)* 2001; 13: 3-10.

Bartoli G, Polvani S, Patussi V, La prevenzione delle problematiche alcolcorrelate e il medico di medicina generale: il progetto Drink-Less. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2000; XXIII: 75-82.

Polvani S, Bartoli G, Patussi V, Bartoli U, Marcomini F, Scafato E. The opinion of general practitioners on the revention of alcohol-related problems: the Drink Less Project A World Health Organization Study. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2000; XXIII

<http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin/2000-1e/art3.html>  
<../../../../Impostazioni locali/Temporary Internet Files/Content.IE5/OK7CM09Y / c g i - bin/vlink.cgi?Link=http%3A\www.unicri.it\min.san.bollettino\bulletin\2000%2D1e\art3.html>

Bartoli G, Patussi V, Rossi A, Scafato E. Abuso di alcol e prevenzione: la ricerca Drinkless. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale* 2001; 4: 9-12.

Bartoli G, Focardi F, Ragazzo E, Muscas F, Patussi V. L'intervento breve sui rischi legati al consumo di alcol da parte del MMG: l'esperienza del progetto Drinkless (Abstract) *Alcologia* 2001; Suppl. XIII: 175.

Bartoli G, Patussi V, Muscas F, Rossi A. Brief intervention in PHC for risky drinking: what is feasible for GPs? (Abstract) *Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine, WONCA Region Europe, Tampere, Finland, 3-7 June 2001*:52-53.

Patussi V, Bartoli G, Ragazzo E, Focardi F, Polvani S. Progetto di Comunità per la prevenzione delle problematiche alcolcorrelate e la promozione della salute (Abstract) *Alcologia* 1999; suppl. XI: 106-107.

Patussi V, Bartoli G, Polvani S, Engelman K. Public services and the community resources for alcohol-related problems in Italy. *Journal on Alcoholism and Related Addictions* 2000; XXXVI: 139-151.

Allamani A, Cipriani F, Innocenti S, Lomuto C, Marchi M. Alcohol drinking patterns and work areas: epidemiological study of factory and rural workers in Florence, Italy. *British Journal of Addiction* 1988; 83: 1169-1178.

Allamani A, Cipriani F, Gordon DR, Innocenti S, Pennati P, Morettini A. Alcohol drinking patterns and work areas in Florence, Italy: teachers and craftsmen. *Addiction Research* 1995; 3:135-140.

Allamani A, Centurioni A. Training of General Practitioners and other Primary Health Care Professionals as part of a Community Project in a district in Florence, Italy. *Alcologia* 2000; 12: 31-36.

Allamani A, Forni E, Ammannati PA, Basetti Sani I, Centurioni A. Alcohol carousel and children's school drawings as part of a community educational strategy. *Substance Use & Misuse* 2000; 35: 125-139.

Maillart V, Allamani A, Marchi MR, Milo D, eds. *La Comunicazione Terapeutica per le professioni di salute* (Therapeutic Communication for Health Professions). Firenze: Regione Toscana, 1992.

Struzzo P. Problemi alcool-correlati: dalla terapia all'assistenza sanitaria primaria - l'esperienza di Udine "Città Sana". *Recenti Progressi in Medicina* February

## Approfondimenti sull'esperienza nazionale

1999; 90: 1-4

Struzzo P et al. *EU Commission Inco-Copernicus Programme: Final Report of the ECAToD Project (Exchange of methodology between European Union Countries – NIS and CCE, to define essentials of European Community Actions supporting primary health care action against Tobacco consumption and hazardous Drinking.* (Italy annex)(PL 973051), 2001

Struzzo P, Gianmoena B, Kodiljia R. The attitude and knowledge of Italian family doctors in respect to early identification and brief intervention on alcohol & tobacco: a controlled study. *General Practice online*; September 2003 <http://www.priory.com/fam/italgp.htm>

Scafato E., Russo R., Gandin C., Zuccaro P. L'alcol nelle strategie di salute e nella programmazione sociale e sanitaria. *Salute e territorio* 2004:2-4

Scafato E., Russo R., Ghirini S., Gandin C., Galluzzo L., Parisi N. I consumi alcolici e il rischio alcol-correlato nella popolazione. *Rapporto Osservasalute* 2005

Scafato E., Russo R., Gandin C., Galluzzo L., Parisi N., Ghirini S. L'epidemiologia dei consumi alcolici e il monitoraggio del rischio alcol-correlato in Italia. "Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro", 2006, Franco Angeli editore:63-85

Scafato E., Russo R., Ghirini S., Gandin C., Galluzzo L., Martire S. Consumo di alcol. *Rapporto Osservasalute* 2006:26-30

Scafato E., Allamani A., Patussi V., Codenotti T., Marcomini F., Struzzo P. and the Italian WHO phase IV EIBI working group. Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. *Report on phase IV. Chapter 11.* WHO report, 2006 [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/identification\\_management\\_alcoholproblems\\_phaseiv.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf)

Scafato E., Ghirini S., Galluzzo L., Gandin C. e Martire S. L'abuso dell'alcol tra i giovani:analisi dei determinanti e dei fattori di rischio. *Notiziario ISS* 2007; 20(10):11-15

Mezzani L, Patussi V, Rossi A, Russo R, Scafato E. Establishing an italian general practitioner brief intervention pilot project for problem drinkers. *Subst Use Misuse.* 2007;42(12):1979-89.

Scafato E. Ghirini S., Russo R., Gandin C., Galluzzo L., Martire S. et al. Il consumo di alcol in Italia: il bere "a rischio" ed il binge drinking. *Rapporto Osservasalute* 2007, in stampa

Scafato E., Galluzzo L., Gandin C., Martire S. and Ghirini S. Il rischio alcol-correlato in Italia: definizione ed indicatori. *Alcologia* 2008, in stampa

## APPENDICE. COMPOSIZIONE NETWORK PHEPA

### PARTNERS

Rolande James Anderson  
The Irish College of General  
Practitioners (Ireland)

Sverre Barfod  
The Alcohol Group, Central Research  
Unit of General Practice (Denmark)

Preben Bendtsen  
Department of Health and Society,  
Social Medicine and Public Health  
Science, Linköping University,  
(Sweden)

Antoni Gual  
Alcoholology Unit of the Hospital  
Clínic,  
(Spain)

Nick Heather  
School of Psychology & Sport  
Sciences, Northumbria University  
(England)

Annemarie Huiberts  
Netherlands Institute of Health  
Promotion and Disease Prevention  
(Netherlands)

Philippe Michaud  
Programme "Boire Moins c'est  
Mieux" (France)

Leo Pas  
Scientific Society of Flemish General  
Practitioners (WVGH) (Belgium)

Cristina Ribeiro Gomes  
Direcção Geral da Saúde (Portugal)

Emanuele Scafato  
Istituto Superiore di Sanità,  
Osservatorio Nazionale  
Alcol-CNESPS  
Scientific  
Governmental Research Organization  
(Italy)

Kaija Seppä  
University of Tampere, Medical  
School (Finland)

Michael Smolka  
University of Heidelberg; Central  
Institute of Mental Health,  
Department of Addictive Behaviour  
and Addiction Medicine (Germany)

### OSSERVATORI

Alexander Kantchelov  
National Centre for Addictions  
(Bulgaria)

Marko Kolsek  
Department of Family Medicine  
(Slovenia)

Jerzy Mellibruda  
State Agency for the Prevention of  
Alcohol Related Problems (Poland)

Eleonóra Sineger  
Hungarian Association of  
Addictologists (Hungary)

Hana Sovinova  
National Institute of Public Health  
(Czech Republic)

**ESPERTI**

Mauri Aalto  
National Public Health Institute  
(Finland)

Peter Anderson  
Public health consultant (United  
Kingdom)

Mats Berglund  
University Hospital MAS (Sweden)

Joao Breda  
Direcção Geral da Saúde (Portugal)

Jonathan Chick  
Royal Edinburgh Hospital (United  
Kingdom)

Joan Colom  
Program on Substance Abuse,  
Health Department, Government of  
Catalonia (Spain)

Bart Garmyn  
Scientific Society of Flemish General  
Practitioners (WVVH)(Belgium)

Isidore S. Obot  
Department of Mental Health and  
Substance Dependence (WHO)

Lidia Segura  
Program on Substance Abuse,  
Health Department, Government of  
Catalonia  
(Spain)

Finito di stampare nel mese di Febbraio 2008 dal  
Centro Stampa De Vittoria srl  
Via degli Aurunci, 19 - Roma

