

# LA PRESA IN CARICO INTERDISCIPLINARE PRESSO INGRADO

## RUOLO E LIMITI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

relatori Ingrado:  
Dott.ssa C. Salvioli  
Caposervizio Psichiatria

Dott. A. Moriggia  
Caposervizio medicina interna



# Alcol etilico o etanolo

- È una molecole organica composta da un singolo gruppo idrossilico è una corta catena alifatica **CH<sub>3</sub> CH<sub>2</sub> OH**.
- L'etanolo si forma come prodotto di ossidazione dello zucchero per **fermentazione**.
- La maggior parte delle bevande alcoliche sono bevande fermentate (vino-birra) ed hanno **concentrazioni alcoliche fino al 12-14%**.

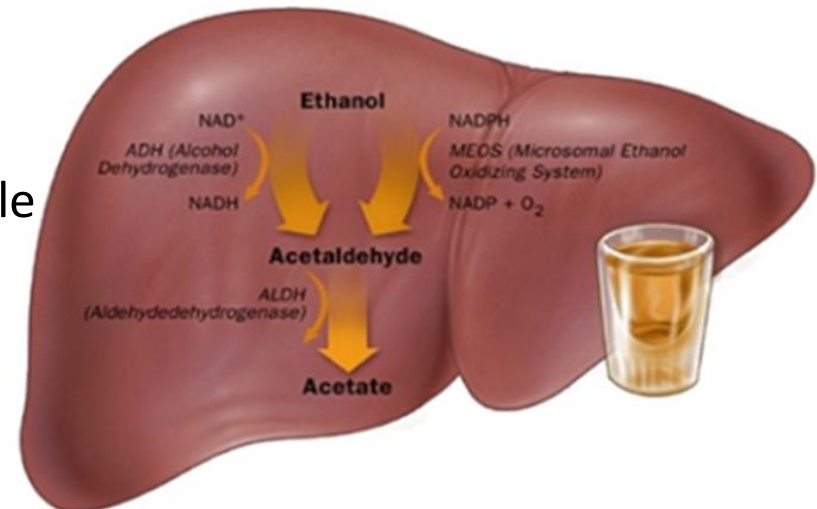
# Farmacocinetica dell'etanolo

- Viene assorbito a livello sia dello **stomaco** e sia del **duodeno**.
- L'etanolo si distribuisce più rapidamente nei **liquidi corporei** che nella massa grassa.
- 5-10% dell'etanolo ingerito viene eliminato immutato con la **respirazione** e con le urine.
- Il rapporto sangue/aria alveolare espirata è di 2000/1.



# Metabolizzazione

- L'etanolo viene metabolizzato principalmente a **livello epatico** attraverso l'ossidazione in **acetaldeide** e successivamente in **acido acetico**.
- Tre diversi enzimi sono in grado di ossidare l'etanolo:
  1. L'alcol deidrogenasi;
  2. Catalasi;
  3. Sistema di ossidazione microsomiale (citocromo p450).
- Le **proprietà cinetiche degli enzimi** influenzano la velocità di metabolizzazione dell'etanolo.





# Polimorfismi genetici

- Un affascinante aspetto dei polimorfismi genetici è che **“l'acculturazione”** può influenzarne l'espressione.
- Nei soggetti che consumano costantemente ridotte quantità di alcol, gli effetti avversi si riducono, similmente a quanto segnalato nei pazienti che sviluppano una «sorta» di resistenza al disulfiram.
- L'acetaldeide che è il primo prodotto del metabolismo e dell'etanolo a livello dei SNC viene prodotto principalmente per mezzo della catalasi. Svolge un effetto rinforzante attivando il sistema mesolimbico correlato alla gratificazione.

# Farmacodinamica

- L'etanolo agisce su numerosi sistemi neuro-trasmittitoriali, tra cui la maggior parte dei sistemi associati a sintomi psichiatrici.

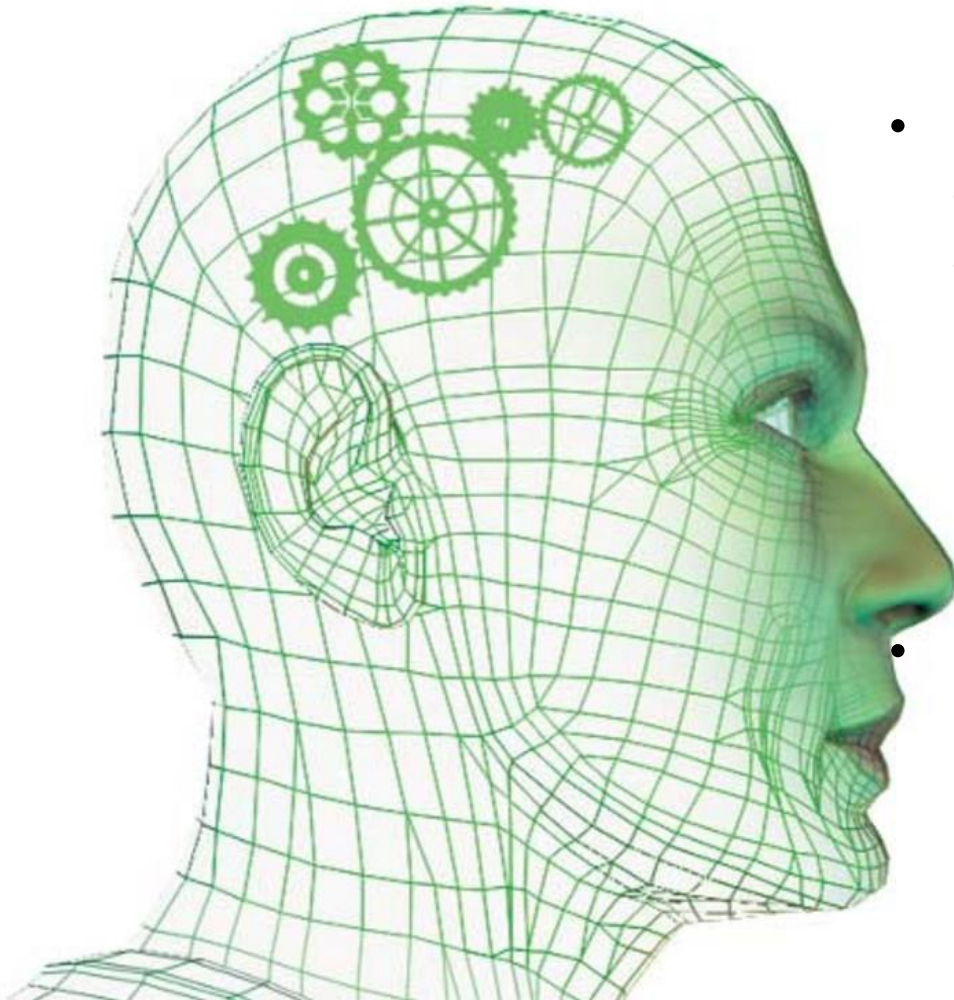
## GABA

- Agisce a livello del neurotrasmettitore GABA, in particolare sui recettori di tipo A.
- Molti degli effetti dell'etanolo sul comportamento, compreso quello **ansiolitico**, **anticonvulsivante**, quello **sedativo ipnotico** e quello correlato al **deficit di coordinazione** motoria sono mediati dalle interazioni con i recettori GABA A.
- I farmaci che agiscono a questo livello sono le **Benzodiazepine** e il **Baclofen**.

# Glutammato

- L'etanolo agisce a livello del glutammato.
- Il sistema del glutammato è fortemente correlato sia al rischio dell'alcolismo sia agli **effetti rinforzanti dell'etanolo**.
- Due farmaci vengono usati a questo livello perché bloccano gli effetti gratificanti e ne favoriscono gli **effetti disforici**.
- I farmaci che agiscono tramite inibizione dell'attività recettoriale del glutammato sono l' **Acamprosato** e il **Topiramato**.

# Canali del calcio

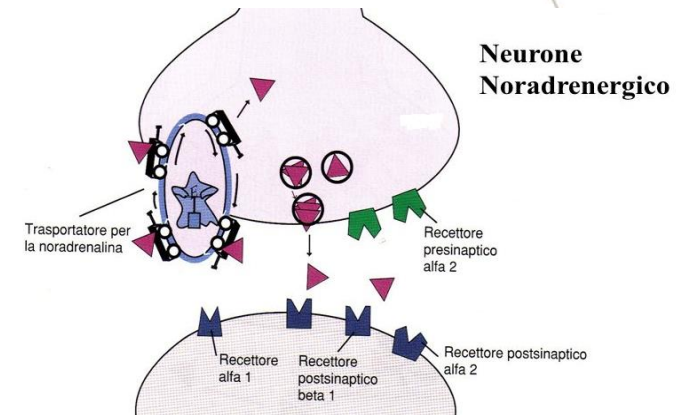
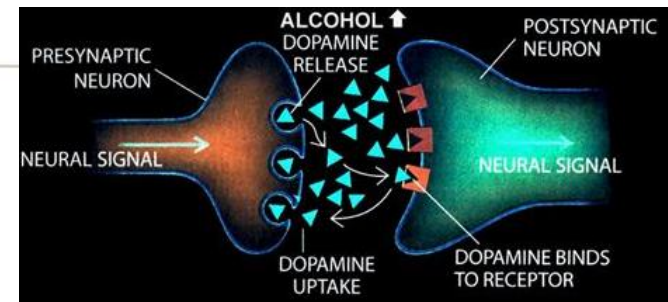


- La somministrazione cronica di etanolo può determinare un aumento della risposta dei canali del calcio voltaggio dipendenti. Può contribuire quindi a determinare i **sintomi di astinenza** dall'etanolo.
- Pertanto la modulazione dell'attività dei canali del calcio può essere un approccio utile alla **regolazione del consumo** di alcol.



# Monoamine

- La somministrazione di etanolo favorisce il rilascio di **dopamina** nel nucleo accumbens, che contribuisce ai suoi effetti di rinforzo.
- L'etanolo riduce l'attività del sistema noradrenergico nel locus coeruleus e induce alterazioni delle attività della noradrenalina che possono spiegare alcuni aspetti della intossicazione e della sindrome da astinenza da alcol.



# Serotonina

- Alterazioni della funzionalità della **serotonina** nel SNC si associano ad una predisposizione all'alcolismo.
- Studi condotti sugli esseri umani evidenziano bassi livelli dell'acido 5-idrossindolacetico (5-HIAA, metabolita della serotonina) nel liquido cerebrospinale.

# Serotonina

- La somministrazione di etanolo può favorire il rilascio di serotonina nel nucleo accumbens.
- 5-HT<sub>3A</sub> se attivato favorisce il rilascio di **dopamina** nel sistema mesolimbico.
- La somministrazione di **antagonisti del recettore 5-HT<sub>3A</sub>** può inibire il rilascio di dopamina indotto dall'etanolo nel VTA e nel nucleo accumbens.
- Questi risultati hanno una rilevanza clinica che spiega come **l'Ondansetron** (antiemetico), antagonista del 5-HT<sub>3A</sub> possa essere efficace nell'alcolismo ad esordio precoce.

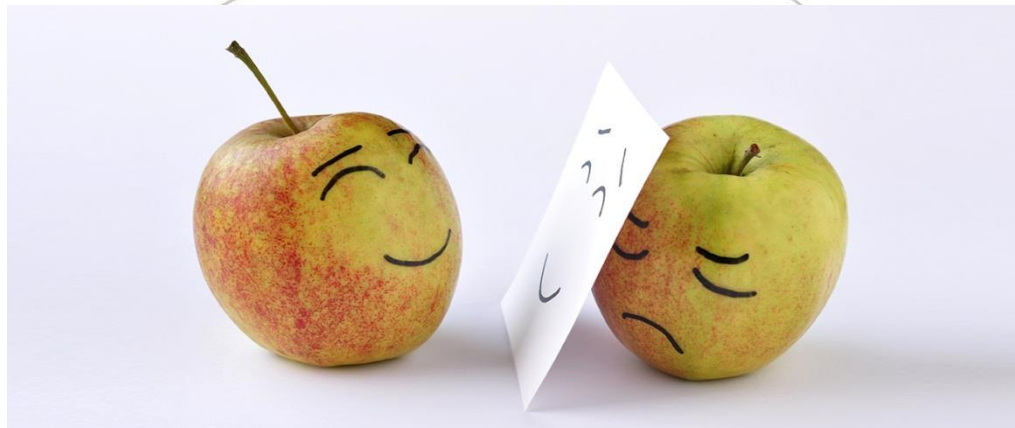
# Recettori nicotinici

- L'etanolo potenzia gli effetti dell'acetilcolina a livello dei recettori nicotinici comprendenti le subunità alfa4 e beta2.
- La somministrazione dell'agonista parziale del **recettore per la nicotina** Vareniclina (Champix®) riduce il consumo di etanolo in studi clinici, mostrando un coinvolgimento dei recettori nicotinici nella regolazione degli effetti rinforzanti dell'alcol.



# Neuropeptidi

- I **peptidi oppioidi**, come le B-endorfine sono stati associati sia agli **effetti gratificanti** dell'etanolo sia all'aumentato rischio di alcolismo.
- L'efficacia degli antagonisti degli oppioidi (**naltrexone, nalmefene**) nel trattamento dell'alcolismo fornisce un'ulteriore prova dell'esistenza di una relazione tra il sistema degli oppioidi e le proprietà gratificanti dell'etanolo.

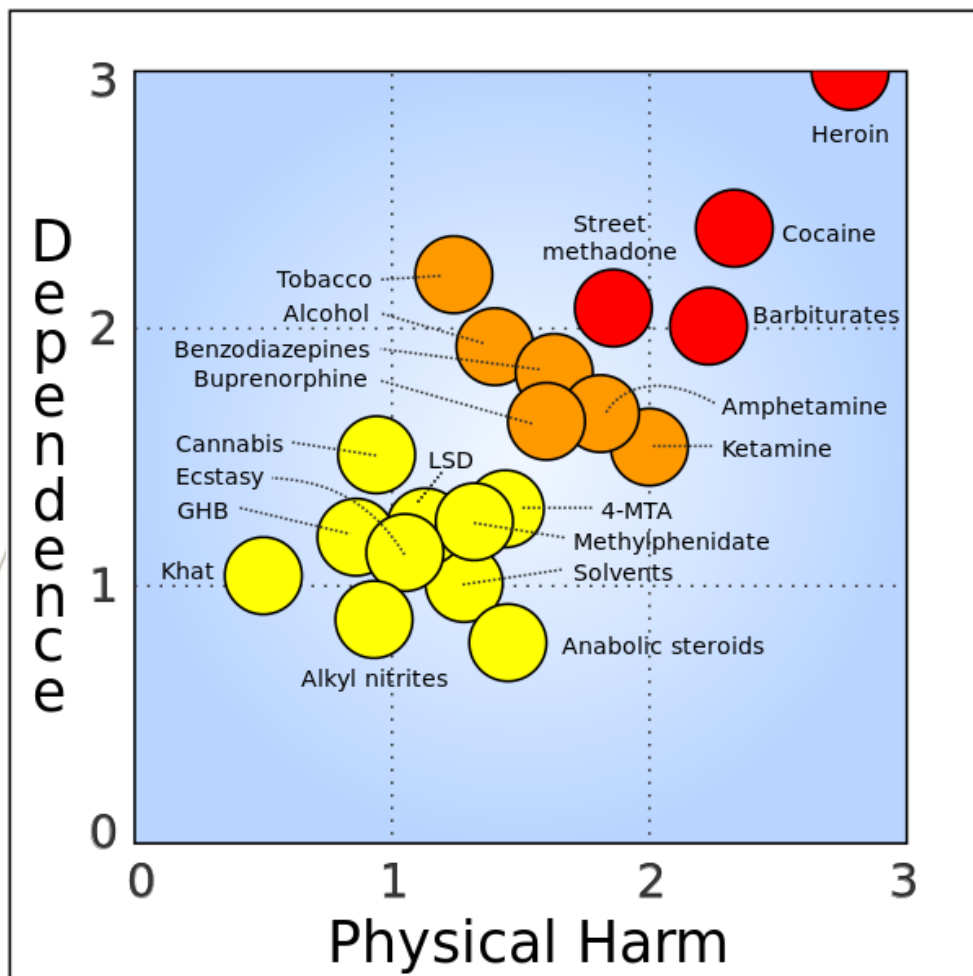


# Riflessioni

- Gli effetti farmacodinamici prodotti dall'etanolo sono complessi. Una complicata rete neuronale è alla base dei suoi effetti di **rinforzo, intossicazione e astinenza**.
- Qualsiasi tentativo di correlare gli effetti dell'alcol a specifici neurotrasmettitori o regioni cerebrali isolate sarebbe limitante.
- Il trattamento della maggior parte dei disturbi da uso di alcol richiede la somministrazione di **diversi farmaci contemporaneamente o in maniera sequenziale**.

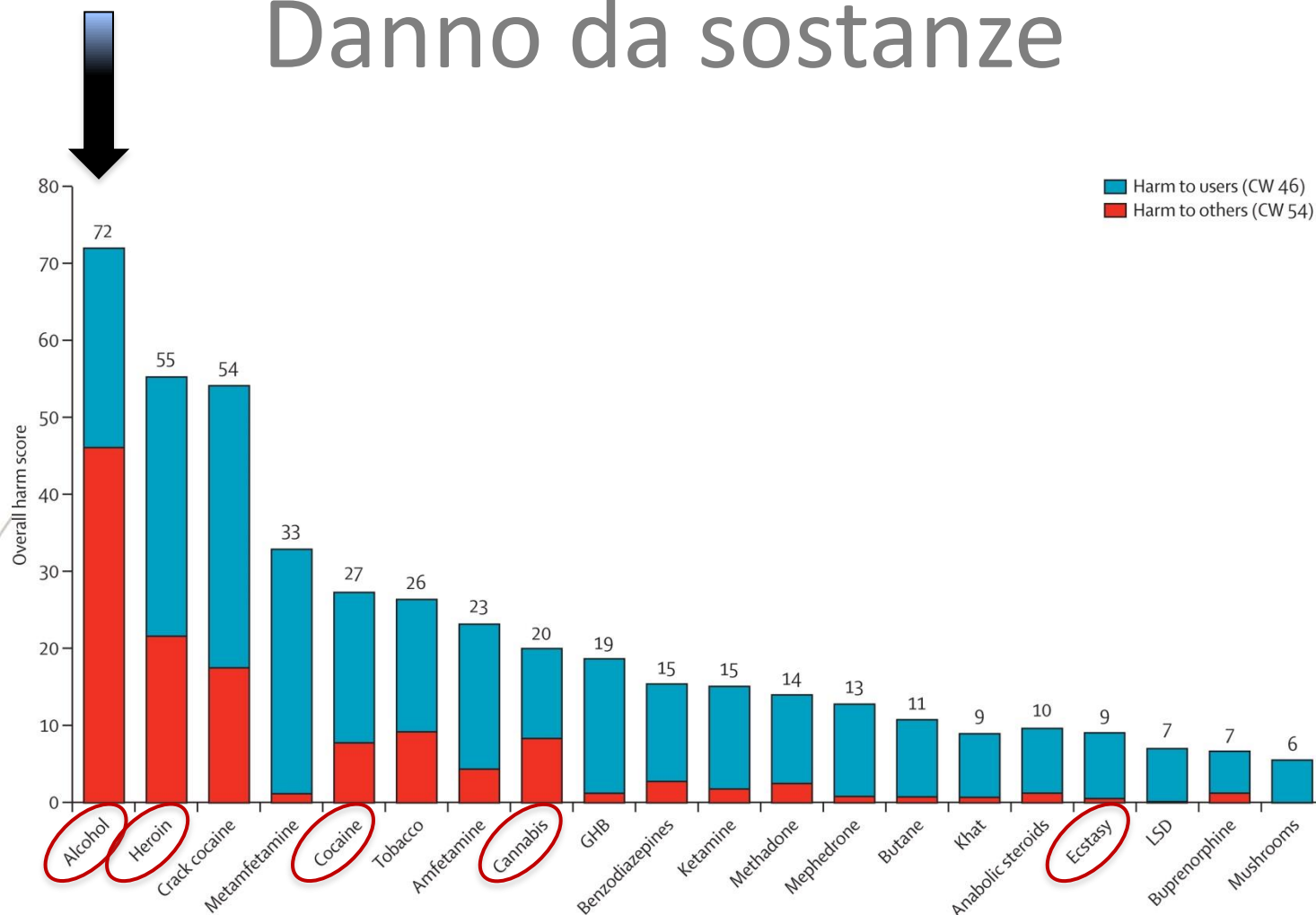


# Dipendenza/danno da sostanze



From: Nutt D et al. Lancet 2007

# Danno da sostanze



Nutt D et al. Lancet 2010



# Consumo potenzialmente a rischio



- > 20 g alcol puro al giorno  
= due bevande standard al giorno
- stato d'ebbrezza almeno una volta al mese  
= quattro bevande standard in un'occasione



- > 40 g alcol puro al giorno  
= quattro bevande standard al giorno
- stato d'ebbrezza almeno una volta al mese  
= cinque bevande standard in un'occasione

WHO 2000

# Riassumiamo: quanto è troppo?

- 25g OH/die è troppo per il fegato (Metanalisi 2004)
- >30g OH/die incremento progressivo di rischio di epatopatia alcolica / cirrosi / tumore al fegato (st.Dionysos)
- >60g/d incremento di rischio di tumore a tutti i principali organi (Metanalisi 2015)
- =10g/d incremento di rischio di tumore a cavo orale ed esofago (Metanalisi 2012)

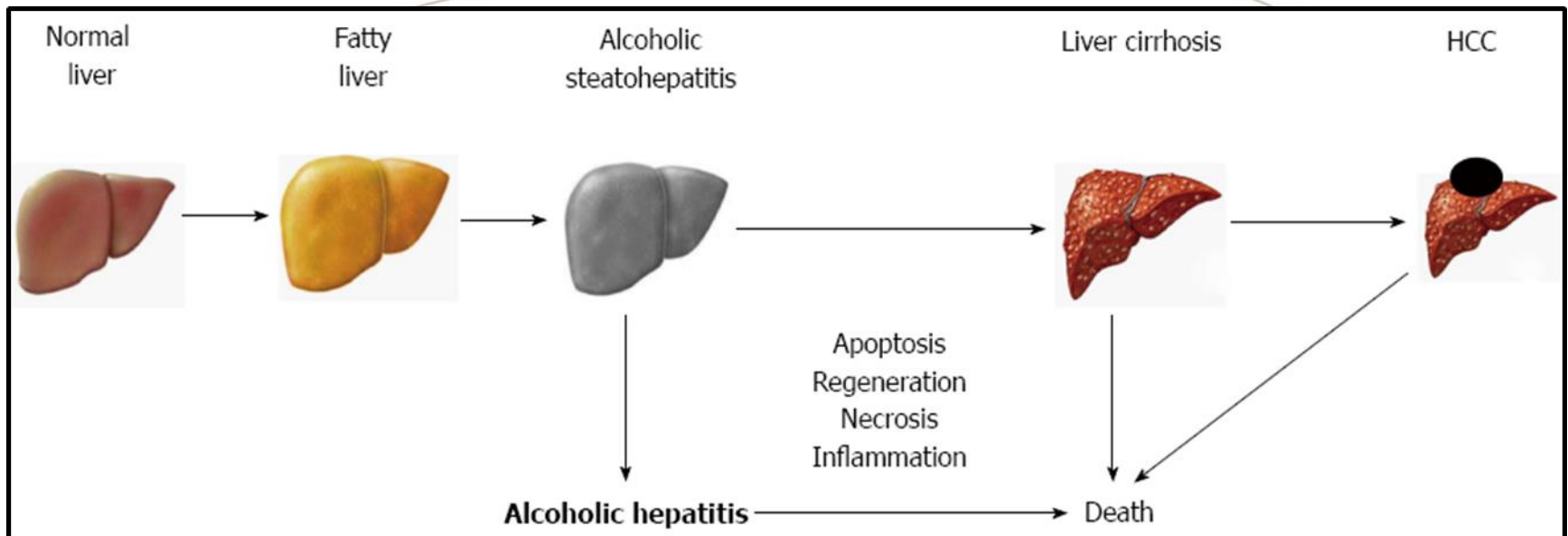
# Epatopatia alcolica



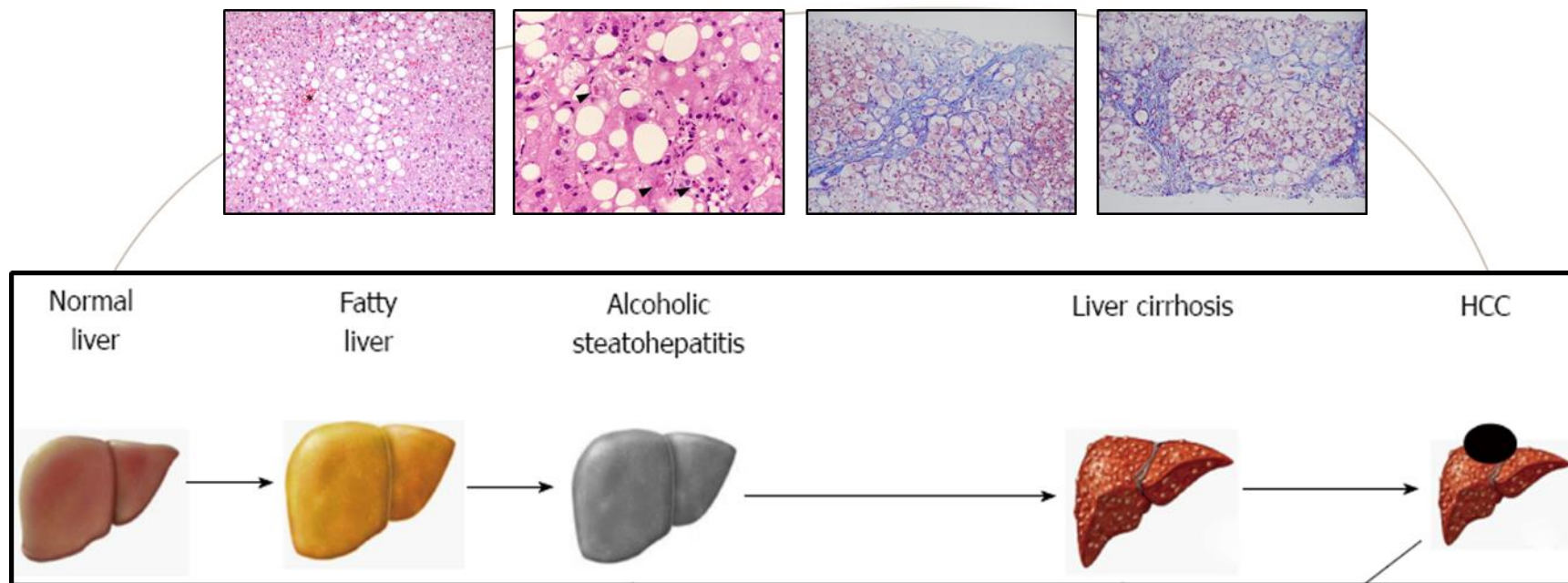
# I diversi stadi del danno da alcool

|                               | <b>Definizione</b>  | <b>Sintomi</b>  | <b>Evoluzione</b>  |
|-------------------------------|---|---|--|
| <b>Steatosi epatica</b>       | 90% dei forti bevitori<br>Dovuta ad accumulo di grassi nelle cellule del fegato | Spesso asintomatica   | Completamente reversibile con astinenza di 4-6 settimane. Se abuso alcolico continua può evolvere in cirrosi     |
| <b>Steatoepatite alcolica</b> | Complicanza di una persistente steatosi epatica                                 | Asintomatica o nausea/vomito, febbre, colorito giallo (ittero), scompenso epatico             | Possibile risoluzione con astinenza (tempi lunghi) ma in molti casi evolve verso cirrosi                         |
| <b>Cirrosi alcolica</b>       | 10-15% dei forti bevitori   | Asintomatica all'inizio, poi ittero, ascite, emorragie gastrointestinali, encefalopatia, etc. | Risoluzione non possibile, ma l'astinenza può rallentare la malattia e evitare per molti anni le sue complicanze |

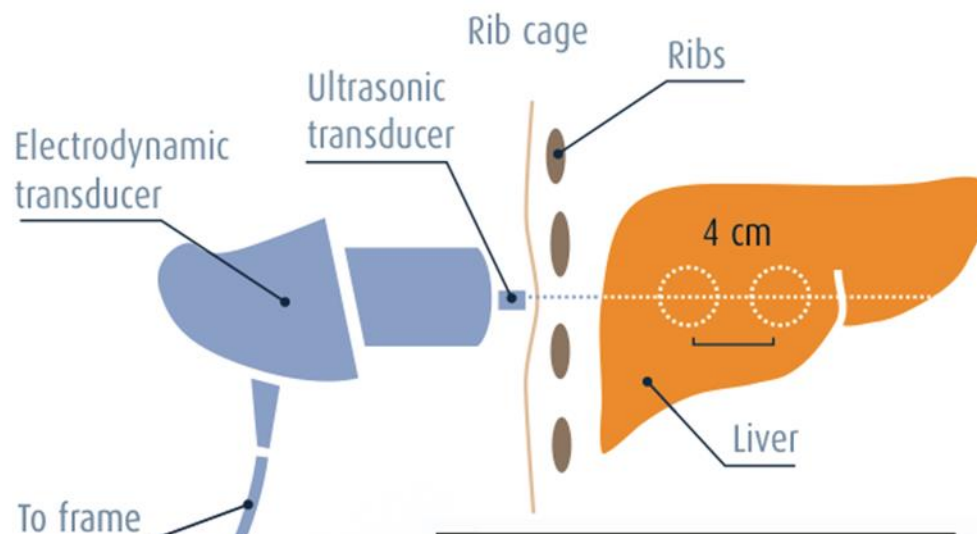
# Stadiazione della malattia epatica da alcol: come definire la gravità del danno?



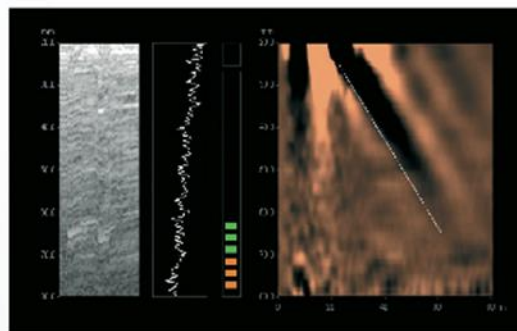
# Gold standard: biopsia epatica



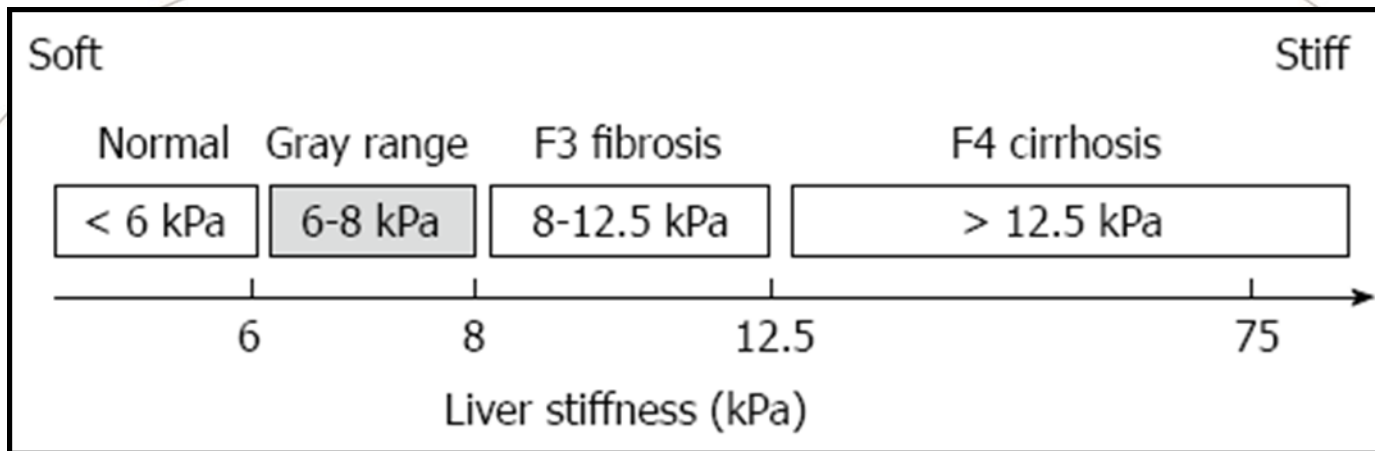
# Elastografia transiente: Fibroscan



*User interface*



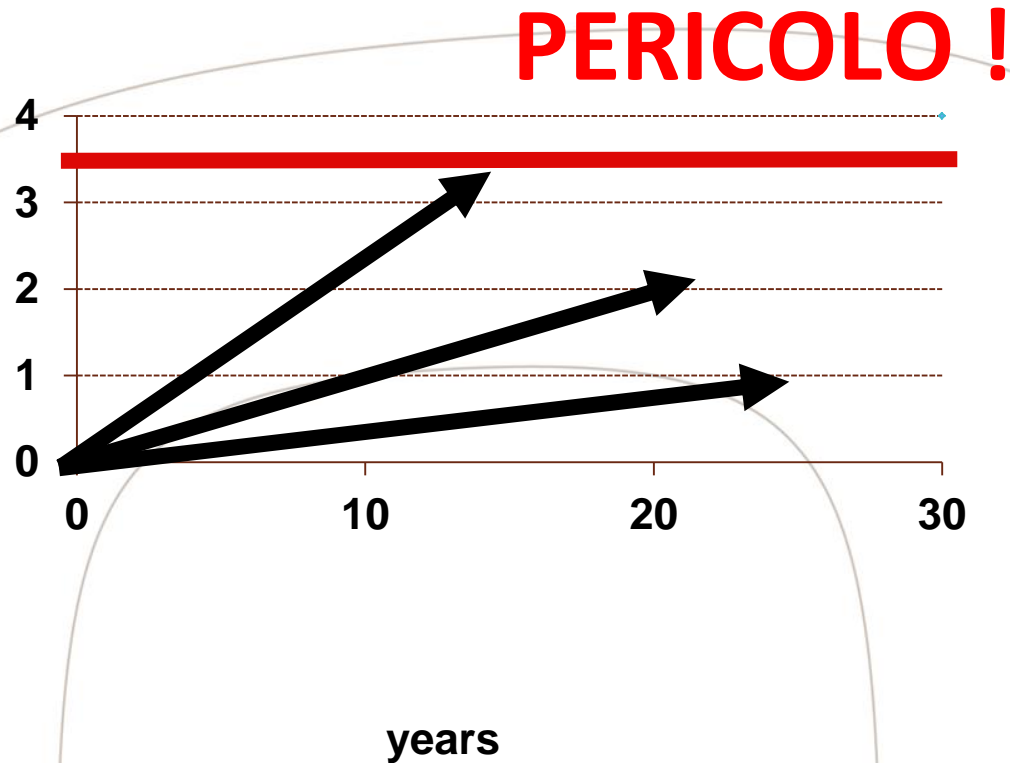
# Elastografia transiente: Fibroscan



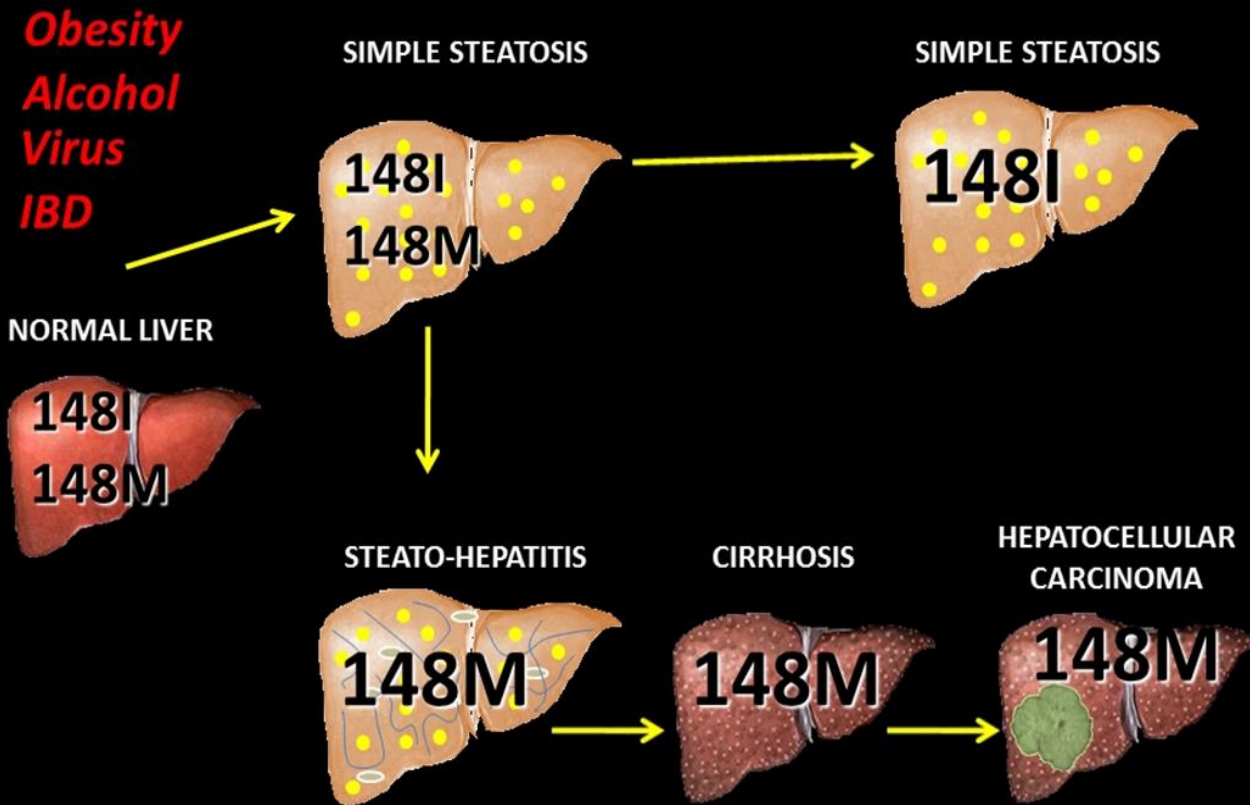
Mueller S et al. *World J Gastroenterol* 2014



# Evoluzione della fibrosi



## PNPLA3 mutation displays a strong interaction with the environment



# Diversi livelli di presa in carico del paziente con epatopatia alcolica

- Determinare l'obiettivo:
  - Astinenza?
  - Modifica del consumo?
  - Normalizzazione degli esami del fegato?
  - Miglioramento della fibrosi epatica?
- Considerare la possibilità di un consumo invariato!
- Trattare le comorbidità e le codipendenze

# DSM V

## Criteri per la diagnosi di uso dannoso di alcol

- **Fattori biologici:**
  - Tolleranza
  - Astinenza
  - Craving
- **Danno alla salute fisica:**
  - Uso ricorrente di alcol in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso.
  - Uso continuato di alcol nonostante la consapevolezza di un problema
- **Fattori comportamentali:**
  - Assunzione incontrollata;
  - Tentativi infruttuosi di smettere;
  - Una grande quantità di tempo viene spesa per la sostanza
- **Danno sociale:**
  - Fallimento nell'adempimento dei principali obblighi
  - Uso continuativo nonostante problemi sociali o interpersonali
  - Abbandono delle attività

Livello di severità: moderato = 2-3 criteri, grave = 4 o più

# Intervento interdisciplinare

- Il rapporto tra alcolismo e sintomatologia psichiatrica è complessa.
- Pur migliorando i sintomi dell'umore e quelli ansiosi, in pazienti con un significativo grado di dipendenza non riduciamo necessariamente il consumo alcolico.
- Le **alterazioni neuro adattative** ed il complesso di **apprendimenti e di comportamenti** che costituiscono la sindrome di dipendenza non si risolvono mettendo sotto controllo alcuni sintomi.
- Il trattamento dell'alcolismo sempre più consisterà nella combinazione di farmaci efficaci ed interventi **bio-psico-sociali**.

# Classificazione Jellinek

- Bevitore **Alfa**: bevono per disinibirsi per allentare i propri freni;
- Bevitore **Beta**: bevono occasionalmente;
- Bevitore **Gamma**: sono caratterizzati dalla perdita di controllo;
- Bevitore **Delta**: sono gli alcolodipendenti con crisi astinenziali, spesso necessitano di ricoveri ospedalieri.
- Bevitori **Epsilon**: bevitori episodici, con periodo di eccesso, i bevitori del fine settimana.

# Classificazione Cloninger

## Tipo I

Età adulta  
Capacità di astenersi  
Rare complicazioni psicosociali  
Dipendenza psicologica  
Sensi di colpa  
Diminuita ricerca della novità  
Evitamento del pericolo  
Dipendenza dalla ricompensa

## Tipo II

Età giovane  
Incapacità ad astenersi  
Complicanze psicosociali  
Dipendenza psicologica rara  
No sensi di colpa  
Aumentata ricerca della novità  
Ricerca del pericolo  
Nessuna dipendenza dalla ricompensa

# È possibile un'identificazione precoce dei problemi alcol-correlati?

È opportuno poter identificare con meccanismi semplici e ripetibili i soggetti che praticano un consumo rischioso, dannoso o che stanno scivolando verso la dipendenza.

Il consumo rischioso/dannoso può essere identificato misurando il consumo stesso sia attraverso strumenti di screening e sia esami di laboratorio.

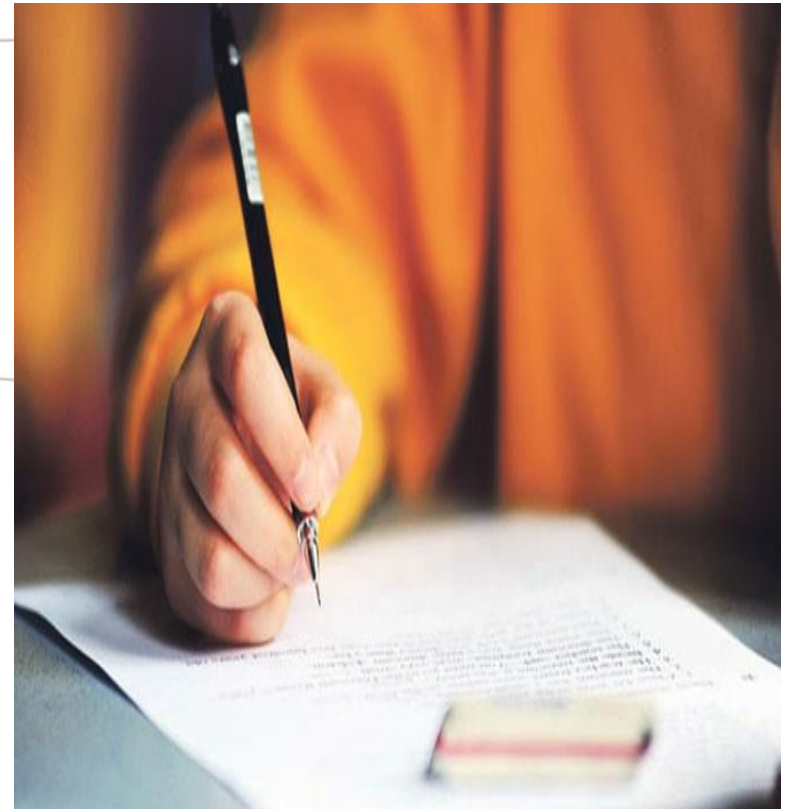


# Strumenti di valutazione

**Audit:** è un questionario elaborato dall'organizzazione mondiale della sanità per il consumo rischioso, dannoso e dell'alcol-dipendenza.

**Audit-c:** esiste una forma abbreviata che può essere facilmente usata in qualsiasi contesto di cura.

**Cage:** utilizzata più spesso nelle persone che hanno già un consumo problematico.



# Audit C

**Con quale frequenza beve una bevanda che contiene alcol?**

|         |                        |                            |                                 |                                  |
|---------|------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Mai (0) | Mensilmente o meno (1) | Da 2 a 4 volte al mese (2) | Da 2 a 3 volte la settimana (3) | 4 o più volte alla settimana (4) |
|---------|------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

**Quante bevande che contengono alcol consuma in una giornata tipica quando beve?**

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

**Con quale frequenza consuma 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione?**

|         |                               |                     |                            |                         |
|---------|-------------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------------|
| Mai (0) | Meno di una volta al mese (1) | 1 volta al mese (2) | 1 volta alla settimana (3) | Ogni giorno o quasi (4) |
|---------|-------------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------------|

# Strumenti di screening: CAGE

- **Negli ultimi tre mesi hai mai pensato di dover bere meno alcol?**  
Have you ever felt you needed to **C**ut down on your drinking?
- **Negli ultimi tre mesi ti sei mai irritato perché qualcuno ti ha detto di bere meno?**  
Have people **A**nnoyed you by criticizing your drinking?
- **Negli ultimi tre mesi ti sei mai sentito in colpa perché ritenevi di bere troppo?**  
Have you ever felt **G**uilty about drinking?
- **Negli ultimi tre mesi ti sei mai svegliato al mattino con la voglia di bere una bevanda alcolica?**  
Have you ever felt you needed a drink first thing in the morning (Eye-opener) to steady your nerves or to get rid of a hangover?

**Interpretazione:** 2 risposte affermativo costituiscono la soglia di positività per l'identificazione di una persona che fa uso eccessivo di alcol

# Rischio di cirrosi alcolica dopo una prima ammissione in ospedale con una diagnosi di problematica alcolica: studio popolazioneale, Danimarca - (1998-2014)

Askgaard G .et al 2017

## Rischio assoluto di cirrosi epatica 15 anni dopo

| Età all'ammissione     | Totale                 | Intossicazione da alcol | Uso dannoso di alcol   | Dipendenza da alcol   |
|------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|
| <b>Generale, 20-84</b> | <b>5.9</b> (5.6, 6.2)  | <b>2.6</b> (2.3, 2.9)   | <b>7.2</b> (6.4, 7.9)  | <b>8.8</b> (8.2, 9.4) |
| <b>20-29</b>           | <b>0.7</b> (0.4, 0.8)  | <b>0.3</b> (0.1, 0.4)   | <b>1.4</b> (0.5, 2.3)  | <b>1.9</b> (1.0, 2.8) |
| <b>30-39</b>           | <b>5.5</b> (4.9, 6.2)  | <b>3.1</b> (2.3, 4.0)   | <b>6.8</b> (5.2, 8.4)  | <b>7.1</b> (6.0, 8.3) |
| <b>40-49</b>           | <b>9.8</b> (9.0, 11.0) | <b>6.1</b> (4.8, 7.4)   | <b>10</b> (8.2, 12.0)  | <b>12</b> (10, 13)    |
| <b>50-59</b>           | <b>8.9</b> (8.1, 9.8)  | <b>5.2</b> (3.9, 6.5)   | <b>9.3</b> (7.4, 11.0) | <b>11</b> (9.6, 12.0) |
| <b>60-69</b>           | <b>6.2</b> (5.1, 7.2)  | <b>3.8</b> (2.4, 5.1)   | <b>7.1</b> (4.8, 9.4)  | <b>7.7</b> (6.0, 9.5) |
| <b>70-84</b>           | <b>2.5</b> (1.7, 3.3)  | <b>0.6</b> (0.0, 1.2)   | <b>3.6</b> (1.7, 5.4)  | <b>4.2</b> (2.4, 6.0) |

# Test di laboratorio

|                   | Abuso cronico |          |           |         |                           | Abuso acuto        |              |
|-------------------|---------------|----------|-----------|---------|---------------------------|--------------------|--------------|
|                   | CDT           | GGT      | MCV       | GOT/GPT | ETG                       | ETG                | Etanolo      |
| Materiale         | Siero         | Siero    | EDTA      | Siero   | Capello                   | Urine              | Sangue/urine |
| Tempo di risposta | >1-2 sett     | > 4 sett | >1-4 mesi | >1 sett | Secondo lunghezza capello | Indomani<br>10g OH | Da subito    |
| Normalizzazione   | 2-3 sett      | 4-6 sett | 3-4 mesi  | 1 sett  | Secondo lunghezza capello | 2-7 gg             | 1-2 giorni   |
| Sensibilità       | 60-80%        | 30-50%   | 20-40%    | 15-25%  | >90%                      | >90%               | >90%         |
| Specificita       | 95%           | 75%      | 80-90%    | 50%     | 100%                      | 100%               | 100%         |

# Test di laboratorio

## CDT: Transferrina desialata

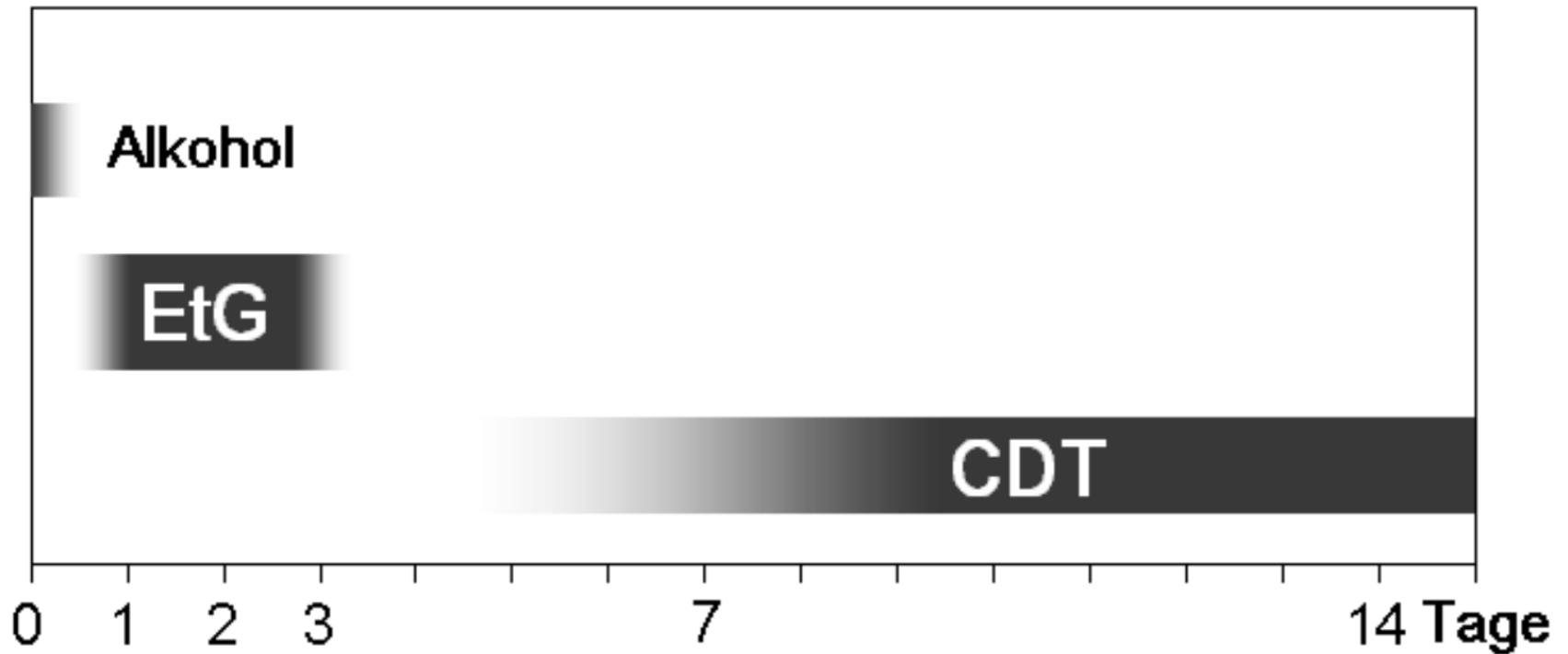
- Aumento della CDT è secondario all'inibizione della glicosilazione proteica indotta dall'etanolo e dall'acetaldeide.
- I valori della CDT **aumentano dopo almeno 7 giorni di assunzione di etanolo in quantità comprese tra 50-80 g/die e si mantengono elevati per almeno 15-20 giorni.**
- Maggiore sensibilità (39%) nell'uomo rispetto alla donna, nella quale è stata riscontrata una maggiore sensibilità dell'MCV (40%).
- Nei pazienti giovani (tra 20 e 40 anni nell'uomo e tra 20 e 30 anni nella donna) la CDT aumenta più spesso rispetto ai restanti convenzionali marker di consumo alcolico (MCV e GGT).
- **Emivita: 2 settimane dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.**
- **Falsi positivi: danno epatico non alcol-correlato** quale: cirrosi biliare primitiva, epatite cronica virale, epatite cronica virale attiva, epatocarcinoma, epatopatia iatrogena;

# Test di laboratorio

## ETG: Etilglucoronide

- Metabolita dell'etanolo ottenuto per coniugazione con l'acido glucuronico, eliminazione renale
- Non ETG endogeno
- **Già positivo a partire da 10 g di alcol**
- **Prova nella urine: 18-36 (-60) ore dopo il consumo**
- **Metabolita stabile → dimostrazione anche nei capelli → consumo cronico**
- **Marcatore sensibile e specifico dell'abuso alcolico recente e eccessivo**
- Concentrazioni nelle urine influenzati da età, sesso, l'uso di cannabis patologie renali e polimorfismo sistema enzimatico UTG
- Non hanno influenza l'indice di massa corporea, fumo e cirrosi epatica
- Consigliabile di esprimere l'ETG in rapporto alla creatinina → diluizione delle urine
- **Non è possibile differenziare tra unico consumo e consumo cronico**

# Test di laboratorio





# Esami di laboratorio: malattia lieve/intermedia vs avanzata

| Parameter                      | Pathologic    | F0-2(<8 kPa) | F3-4(>8 kPa)  | Mean F0-2  | Mean F3-4   |
|--------------------------------|---------------|--------------|---------------|------------|-------------|
| GOT (U/L)                      | > 50          | 56.9%        | 78.4%         | 89.5       | 135.4       |
| GPT (U/L)                      | > 50          | 50.6%        | 48.6%         | 75.0       | 70.6        |
| GGT (U/L)                      | > 60          | 69.4%        | 97.3%         | 238.8      | 792.8       |
| AP (U/L)                       | > 130         | 9.0%         | 50.5%         | 90.2       | 152.0       |
| Bili. total (mg/dL)            | > 1.3         | 7.8%         | 43.2%         | 0.8        | 2.9         |
| INR                            | > 1.27        | 0.8%         | 25.9%         | 1.2        | 1.1         |
| Platelets (/nL)                | < 150         | 17.5%        | 48.6%         | 222.5      | 172.0       |
| Ferritin (ng/mL)               | > 1000        | 15.6%        | 35.4%         | 524.7      | 830.7       |
| Ferritin (ng/mL)               | > 400         | 39.8%        | 60.4%         | 524.7      | 830.7       |
| Albumin (g/dL)                 | < 3.8         | 4.3%         | 37.3%         | 5.4        | 5.2         |
| Spleen size (cm)               | > 11.5        | 7.5%         | 35.5%         | 9.6        | 11.1        |
| Ascites                        | > 0           | 0.0%         | 20.7%         | 0.0        | 0.2         |
| Signs of cirrhosis (US)        | > 0           | 1.7%         | 43.9%         | 0.0        | 0.4         |
| <b>Liver stiffness (final)</b> | <b>&gt; 8</b> | <b>0.0%</b>  | <b>100.0%</b> | <b>4.8</b> | <b>32.7</b> |

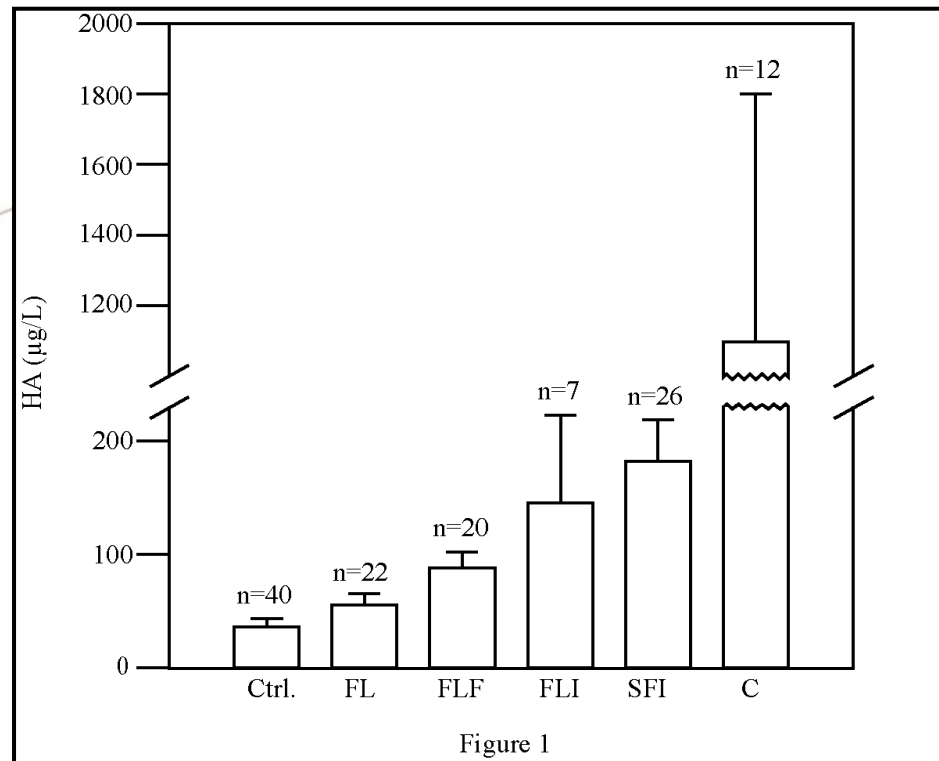
Modified from : Mueller S et al. *World J Gastroenterol* 2014

# Esami di laboratorio: malattia lieve/intermedia vs avanzata

| Parameter                      | Pathologic       | F0-2(<8 kPa) | F3-4(>8 kPa)  | Mean F0-2    | Mean F3-4    |
|--------------------------------|------------------|--------------|---------------|--------------|--------------|
| GOT (U/L)                      | > 50             | 56.9%        | 78.4%         | 89.5         | 135.4        |
| GPT (U/L)                      | > 50             | 50.6%        | 48.6%         | 75.0         | 70.6         |
| GGT (U/L)                      | > 60             | 69.4%        | 97.3%         | 238.8        | 792.8        |
| AP (U/L)                       | > 130            | 9.0%         | 50.5%         | 90.2         | 152.0        |
| <b>Bili. total (mg/dL)</b>     | <b>&gt; 1.3</b>  | <b>7.8%</b>  | <b>43.2%</b>  | <b>0.8</b>   | <b>2.9</b>   |
| <b>INR</b>                     | <b>&gt; 1.27</b> | <b>0.8%</b>  | <b>25.9%</b>  | <b>1.2</b>   | <b>1.1</b>   |
| <b>Platelets (/nL)</b>         | <b>&lt; 150</b>  | <b>17.5%</b> | <b>48.6%</b>  | <b>222.5</b> | <b>172.0</b> |
| Ferritin (ng/mL)               | > 1000           | 15.6%        | 35.4%         | 524.7        | 830.7        |
| Ferritin (ng/mL)               | > 400            | 39.8%        | 60.4%         | 524.7        | 830.7        |
| <b>Albumin (g/dL)</b>          | <b>&lt; 3.8</b>  | <b>4.3%</b>  | <b>37.3%</b>  | <b>5.4</b>   | <b>5.2</b>   |
| <b>Spleen size (cm)</b>        | <b>&gt; 11.5</b> | <b>7.5%</b>  | <b>35.5%</b>  | <b>9.6</b>   | <b>11.1</b>  |
| <b>Ascites</b>                 | <b>&gt; 0</b>    | <b>0.0%</b>  | <b>20.7%</b>  | <b>0.0</b>   | <b>0.2</b>   |
| <b>Signs of cirrhosis (US)</b> | <b>&gt; 0</b>    | <b>1.7%</b>  | <b>43.9%</b>  | <b>0.0</b>   | <b>0.4</b>   |
| <b>Liver stiffness (final)</b> | <b>&gt; 8</b>    | <b>0.0%</b>  | <b>100.0%</b> | <b>4.8</b>   | <b>32.7</b>  |

Modified from : Mueller S et al. *World J Gastroenterol* 2014

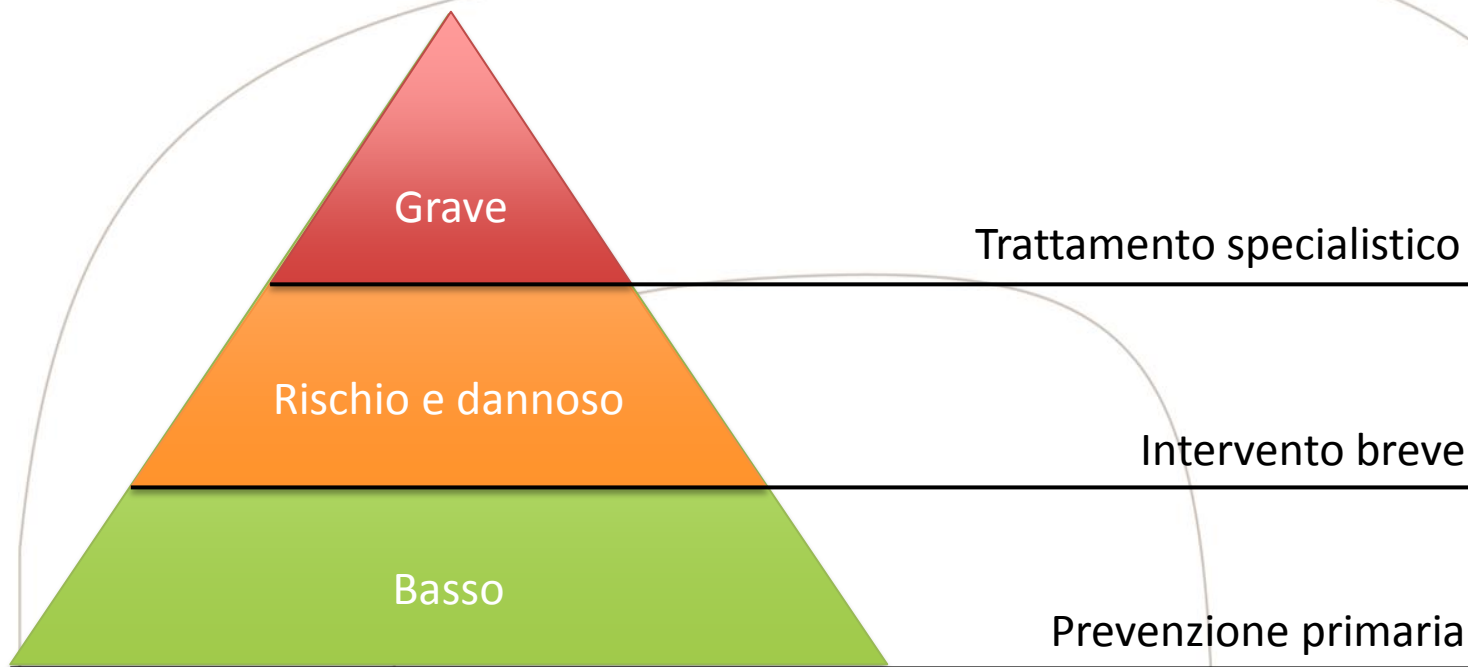
# Ialuronato come marker di fibrosi (87 alcolisti con diagnosi istologica)



Stickel et al, Eur J Gastro Hepatol 2003;15:945  
Stickel et al, Dig Dis Sci 2001;46:2025-32

# Consumo/tipo di trattamento

Correlazione gradazione di consumo e tipo di trattamento



# Stadi del cambiamento

| Stadio                    | Descrizione   | Intervento breve   |
|---------------------------|---|--|
| <b>Pre-contemplazione</b> | Il bevitore con consumo dannoso non considera a breve il suo cambiamento.<br>Non è ancora bene consapevole dei danni a cui va incontro. | Informare sui gravi rischi.  |
| <b>Contemplazione</b>     | Il bevitore diventa consapevole, ma è indeciso se cambiare.   | Informare sui gravi rischi se prosegue, favorire il cambiamento approfittando della nuova consapevolezza, facilitare il paziente nella scelta degli obiettivi. |
| <b>Preparazione</b>       | Il bevitore ha deciso il cambiamento e sta progettando come farlo.  | Facilitare ulteriormente il paziente nella scelta dell'obiettivo, fornire avvertenze, accrescere la fiducia.   |
| <b>Azione</b>             | Il paziente ha ridotto il consumo o addirittura interrotto, ma il cambiamento non è ancora permanente.                                  | Reiterare le avvertenze, accrescere ancora la fiducia.   |
| <b>Mantenimento</b>       | Astinenza permanente.   | Accrescere la fiducia, rafforzare l'impegno al cambiamento.  |

# Approccio psico-sociale

Il trattamento dell'alcol-dipendenza è sempre più un problema che potremmo definire clinico – sociale e che in quanto tale va considerato nella sua complessità.

Il nostro approccio cerca di tenere in considerazione l'impatto e il significato complessivo che l'alcol ha nella vita dell'individuo, della sua famiglia e del suo contesto sociale e lavorativo.

# Ingrado-Servizi per le dipendenze

- **Prevenire la dipendenza** favorendo lo sradicamento di situazioni o comportamenti a rischio o nocivi alla salute;
- **Informare** la popolazione su problemi inerenti l'abuso di bevande alcoliche e il consumo di sostanze psicotrope;
- Intervenire sul piano della **cura** e dell'**assistenza** con l'obiettivo della **riabilitazione** e del **reinserimento sociale**;
- **Collaborare e sostenere** l'attività di servizi, enti e organizzazioni il cui scopo consiste nel prevenire e curare le dipendenze.

# Lavoro di base

Non dobbiamo dimenticare che le probabilità di successo dei nostri interventi dipende dalla capacità di identificare e assecondare le reali possibilità di cambiamento del paziente; tenendo in adeguata considerazione le caratteristiche del suo ambiente familiare e sociale. (Vaillant 1983)



Professore presso la Harvard Medical School e direttore della ricerca per il Dipartimento di Psichiatria USA.



# Riflessioni

Siamo consapevoli che un intervento efficace ha bisogno di un lavoro di squadra in cui la collaborazione tra il nostro Servizio e la rete esterna sia sempre più efficace nell'individuare situazioni a rischio e o nell'intervenire nelle situazioni più gravi.

