



Abstract form

Nuovi scenari e riorganizzazioni necessarie

G. Greco

VicePresidente Società Italiana di Alcolologia – SIA

Responsabile Alcolologia Dipartimento Salute Mentale-Dipendenze Patologiche AUSL Ravenna

PERSONA DI CONTATTO

tel. 0544 247251

fax 0544 247265

Giovanni GRECO

e-mail g.greco@ausl.ra.it

Nel nostro Paese, a seguito di un'ondata emotiva innescata da una serie di eventi avversi e gravi che hanno visto coinvolti in gran parte i giovani, si va attuando una pratica di controllo dei consumi di bevande alcoliche che va nella direzione di sanzionare atteggiamenti che talora sfociano in condotte irresponsabili, rischiando però di trascurare altri movimenti normativi, educativi, informativi e di sensibilizzazione che dovrebbero restituire un'immagine dell'alcol legata all'occasionalità ed alla moderazione. Puntare esclusivamente l'attenzione sulle aree delle attività che richiedono vigilanza e performance adeguate, anche attraverso la deterrenza, rischia di fatto di trascurare tutte quelle necessarie azioni di aggancio, relazione e promozione di conoscenze e fattori di protezione, che devono focalizzarsi sulla salute, sul benessere fisico, sui rischi di dipendenza, sul riconoscimento precoce delle PPAC.

Gli elementi che caratterizzano il cambiamento in merito ai consumi delle bevande alcoliche ed agli effetti dei medesimi si possono riassumere in alcuni item-chiave: la riduzione dei consumi pur in presenza di un bere quotidiano tuttora elevato (*alcohol eaters* piuttosto che *wine eaters*); l'incremento del numero dei consumatori; l'aumentata precocità dell'uso; un binge-drinking al di sopra della media europea; la richiesta di aperitivi alcolici, drinks e superalcolici (ovvero di bevande che per caratteristiche e combinazione restituiscono, a basse dosi, alcolemie elevate e maggiori effetti psicoattivi); il carico di malattia che, seppur ridotto, si mantiene sopra la media europea ed è in crescita per la popolazione ultrasessantacinquenne; la crescita del valore farmacologico ed edonistico del bere ed il calo di quello alimentare; l'incremento dei pazienti con PPAC in carico ai servizi alcolologici territoriali; l'incremento della "forbice" dell'età dei pazienti in cura agli stessi Servizi (sempre più giovani e sempre più anziani); l'incremento della popolazione femminile con PPAC; la carenza di strutture di ricovero specifiche; la persistenza del consumo alcolico in gravidanza; il progressivo venir meno di evidenze scientifiche sull'azione protettiva di bassi dosaggi di alcolici; l'alto tasso di incidentalità stradale correlato (fino al 57% in alcune province nello scorso anno); modelli di consumo e di dipendenza inusuali proposti da migranti; una più chiara correlazione tra abuso, disturbi dello spettro affettivo e disturbi di personalità; un sempre maggior ricorso al consumo di alcol in termini di autocura.

E' evidente che un simile quadro di insieme richiede interventi pluridisciplinari e multidimensionali come ribadito all'interno della Prima Conferenza Nazionale sull'Alcol organizzata dalla Consulta Nazionale Alcol. Gli interventi e le riorganizzazioni necessarie per i medesimi sulle popolazioni a rischio, ad iniziare dai giovani, devono partire dalla valutazione dei contesti (scuole, famiglie, luoghi di aggregazione). Devono originare dall'osservazione attenta delle dinamiche implicite ed esplicite degli ambiti, devono considerare le individualità, tramutare l'esperienza del singolo in quota collettiva: approcci educativi che rendano il giovane protagonista, attraverso la conoscenza dei valori d'uso, della diffusione e della tipologia delle bevande, delle tradizioni e dei costumi di riferimento, senza giudizi e pregiudizi. L'obiettivo ovvero la creazione di un atteggiamento consapevole, il presupposto alla capacità di autodeterminarsi ed il credito positivo al cambiamento, è perseguito sostenendo la fuga dalle ambiguità ed attraverso l'analisi critica delle convinzioni comuni (incluse quelle delle abitudini e delle tradizioni familiari sovente legate all'indispensabilità del bere ed all'ineluttabilità del gusto), il sostegno all'organizzazione individuale delle conoscenze, alla percezione dei significati dei comportamenti e dei gesti, alla capacità di comunicare e far partecipare il proprio mondo relazionale alle nuove scelte. Risulteranno pertanto inutili interventi universalistici che non tengano conto delle differenze per sesso ed età, per contesto geografico di appartenenza, per condizioni socio-economiche. Così pure all'interno delle scuole si dovrà essere in grado di realizzare interventi selettivi: come tra gli 8 e gli 11 anni è prioritario il rapporto tra consumo attivo ed esposizione alle abitudini familiari, così tra i 12 ed i 15 anni il rapporto alcol-processi decisionali-pressioni



sociali e tra i 14 ed i 18 il rapporto alcol-dipendenza. L'informazione dovrà essere scientificamente ineccepibile e costruita con l'utilizzo di materiali fruibili e durevoli. Si dovranno aiutare le famiglie a definire chiaramente il proprio atteggiamento nei confronti del consumo di alcol per supportare la consapevolezza e a condividere regole da tenere sul consumo, sull'abuso e sulla trasgressione occasionale. Allo scopo si potranno attuare percorsi di formazione e confronto sulla comunicazione breve sulla salute che vedano protagonisti gli adulti di riferimento, figure parentali significative, docenti, giovani riconosciuti, allenatori, capi scout, medici sportivi. Contemporaneamente nelle scuole si potranno condividere, attraverso il Consiglio d'Istituto, regolamenti che disciplinino il consumo di alcol in ambito scolastico richiamando la condotta coerente dei docenti, ad iniziare dai viaggi d'istruzione, ed azioni che conducano alla creazione di spazi di ascolto autogestiti da giovani preparati, anche in modo specialistico, con metodologie riconducibili all'educazione tra pari, in grado di gestire relazioni anche con ragazzi di età inferiore per favorire scambi di esperienze, orientamenti, corretta informazione, contributo ai processi decisionali. Chi è chiamato ad operare in tali condizioni e con simili finalità deve essere in grado di riconoscere, decodificare e rispondere al tema alcol. Deve essere in grado di confrontarsi tanto sul tema delle ragioni che spingono a sperimentare e consumare alcolici, quanto sugli aspetti negativi che riguardano l'esperienza del consumo, specie dal punto di vista emotivo, affettivo e relazionale. Deve essere in grado di scegliere linguaggi, strumenti, modelli di sensibilizzazione e motivazione. Tale cultura operativa deriva, come sostenuto dalla SIA ed approvato dalla Consulta Nazionale Alcol, da percorsi di esperienza e formazione che principiano dai corsi di Laurea e dalle Scuole di Specializzazione.

L'altra quota che necessita di una innovazione organizzativa è quella che fa riferimento agli scenari dell'accoglienza e del trattamento delle PPAC. L'alcolologia è di fatto l'esemplificazione delle potenzialità dell'Addiction di creare un sistema di cure che sia ponte tra il Servizio Territoriale, l'area delle Cure Primarie, i Dipartimenti Ospedalieri e la Salute Mentale. Per l'attuazione di questo percorso è necessario migliorare la performance degli operatori attraverso l'adeguamento curricolare, la creazione di setting dedicati, a cominciare dalla differenziazione degli accessi dagli altri sistemi di cure per le dipendenze, la condivisione di linee guida e procedure a garanzia di una condotta fiduciaria e di pari dignità tra i diversi professionisti delle aree suddette. Tali condizioni sono la premessa indispensabile per realizzare nel paziente la percezione di trovarsi in un ambito all'interno del quale sono espresse le capacità di definire e diagnosticare al meglio le condizioni di sofferenza e di orientare e seguire i percorsi assistenziali necessari ed opportuni, anche se esterni al servizio stesso. Modernamente, l'atteggiamento degli alcolologi, proprio in virtù di una migliore capacità di rete, è tutto orientato a motivare il paziente a prendersi cura di sé, a riconoscere i segnali provenienti dal proprio organismo e dal proprio habitat e, di pari passo, a riconoscere il bisogno della relazione terapeutica. In tale azione, il ricorso alla farmacoterapia diviene un'opportunità di cura, utile a rimuovere l'alibi fisico, il desiderio compulsivo, l'ansia indotta da privazione o a sostenere la determinazione all'astinenza. Quali opportunità i farmaci non vengono vissuti come scelta obbligata.

Un tale programma di cura dovrebbe far parte di un Piano Alcolologico Territoriale. Tale Piano dovrebbe essere formulato da un tavolo di lavoro composto, con pari dignità, dai rappresentanti del Servizio Alcolologico Territoriale, dell'Area Ospedaliera, dei MMG, dell'Ente Locale, delle realtà di Cittadinanza competente (AA, Al-Anon, Comunità Multifamiliari-CAT) e dovrebbe orientare le scelte, gli interventi e gli investimenti a cadenza periodica e predefinita. Dovrebbe tener conto dei bisogni e delle valutazioni epidemiologiche del territorio di riferimento ed essere orientato da linee di indirizzo regionali, provinciali ed aziendali. Sarebbe parte di un Community Care con il conseguente orientamento verso un Care Programme Approach ovvero verso lo sviluppo di pacchetti assistenziali personalizzati, costruiti su livelli di complessità differenti, e con il necessario coinvolgimento (e valorizzazione) delle figure non mediche (Care Manager e Key Worker). Nella realtà, il Piano Alcolologico Territoriale troverebbe la collocazione ideale nei Piani Attuativi Locali che vengono oggi condivisi tra Aziende Sanitarie, Comuni e Province e nelle azioni previste dalla legge 328 dell'8 novembre 2000.

La posizione della Società Italiana di Alcolologia in merito è nota da tempo. Perseguire programmi di cura personalizzati vuol dire definire la mission e la vision di Servizi dedicati alla cura delle PPAC. Tali Servizi, staccati dai Sert, devono garantire attività di accoglienza, counselling, osservazione, diagnosi, trattamento, sensibilizzazione. Devono partecipare ad iniziative di ricerca, all'elaborazione di procedure e linee guida basate sull'evidenza, concorrere alle azioni di promozione di stili di vita sani sul territorio, fornire professionisti competenti agli accertamenti ed alle certificazioni dovuti per legge, garantire il possesso di requisiti formativi tali da permettere il riconoscimento di patologie anche complesse la fine di orientarle ad



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

altro opportuno supporto specialistico. Contemporaneamente si devono organizzare strutture di accoglienza in ambito ospedaliero o nella ospedalità privata accreditata in grado di accogliere e trattare l'intossicazione acuta, di sostenere ricoveri brevi atti ad identificare ed avviare il monitoraggio delle PPAC, di effettuare una riabilitazione breve (28 giorni) su base volontaria (da riservare a quelle situazioni in cui vi sia la determinazione del paziente a ricercare l'astinenza congiunta all'incapacità di raggiungimento della stessa per difficoltà di contesto; la necessità di definire attraverso l'osservazione quotidiana e protratta, in regime di astensione, le condizioni organiche e le abilità cognitive; la presenza di condizioni multiproblematiche in cui è necessario raggiungere in tempo breve e definito un'astinenza protratta al fine di innescare un percorso di cura in grado di proseguire sul territorio e che soddisfi necessità primarie). Analogamente gli Enti Ausiliari dovrebbero organizzare percorsi, indipendenti e di durata contenuta (sei mesi), orientati alla rieducazione, risocializzazione, recupero delle abilità residue, restituzione dei ruoli relazionali.

In relazione alle attività svolte di concerto con i Medici del Lavoro ed i Medici Competenti, la SIA sostiene da tempo i percorsi comuni volti da un lato a sviluppare la notorietà delle strategie di cura dei Servizi Alcolologici, l'impatto sulla salute e sulle abilità dei pazienti, dall'altra l'attuazione di iniziative di informazione ed educazione dei lavoratori con contemporanea attivazione di iniziative volte alla identificazione precoce del consumo rischioso o dannoso di alcol e conseguente intervento breve. In tale ottica, corsi di formazione specifici come quelli auspicati dalla Consulta Nazionale Alcol basati sullo standard PHEPA e svolti in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità rappresentano un esempio di good practice di valenza europea a cui la SIA ha contribuito attraverso le professionalità e competenze proprie della Società

Infine permangono due questioni: la formazione dei MMG e dei Pediatri di Libera Scelta e l'accoglienza dei migranti. Per i primi è necessario introdurre il tema della ricerca anamnestica di elementi riconducibili a incongrue abitudini di consumo, della proposizione di modelli e di stili condivisi dal curante medesimo, della abilitazione a realizzare un intervento breve, connotato da una comunicazione efficace ed assertiva, in grado di modificare atteggiamenti ed abitudini a rischio. Per i secondi si deve favorire la realizzazione di percorsi di formazione di pari rappresentativi per le comunità di riferimento, sostenere le creazione di gruppi di auto-aiuto omogenei per lingua e provenienza, incrementare la conoscenza dei modelli di consumo delle società di provenienza e dei fattori di disgregazione e disagio precoci.