

Incontro di IVREA su Alcol e MMG

(1 dicembre 2006, ore 21)

Allaman A.

- 1- I problemi alcol correlati sono sempre più percepiti dalla popolazione generale e dal medico. In particolare, dal MMG che è la sentinella della sanità.
- 2- Alcol e problemi alcol correlati da un lato afferiscono alla medicina, dall'altro ad aspetti che hanno a che fare con aree meno definite in termini di scienze biologiche, quali la psicologia e la sociologia. E hanno a che fare con esse dal punto di vista della genesi (stile di vita, stress, conflitti familiari e sociali), della prevenzione (individuale, di comunità), e del trattamento (farmacologico/ motivazionale/psicologico/gruppale).
- 3- Possiamo dunque parlare di malattia alcolica? In un certo modo, in quanto attenga ai comportamenti patologici, quali sono definiti dal DSM (manuale psichiatrico): abuso, dipendenza, compulsione. Tale definizione è invece riduttiva se ci riferiamo alla più vasta area del rischio da alcol, che attiene piuttosto agli stili di vita e si avvicina ai problemi dell'alimentazione, del moto.
- 4- Quale è il ruolo del medico, e in particolare di MMG nei confronti dei problemi alcol-correlati? Il MMG è fondamentale nell'identificare ed "educare" o "motivare" al cambiamento quei suoi clienti che bevano le quantità a rischio (per persone sane, i 20-40 grammi di alcol al dì). Viceversa funziona di solito come delegante o inviante nei casi di dipendenza.
- 5- Infatti, tranne eccezioni, il MMG non si sente in grado di affrontare la relazione con l'alcolista che sfugge ai trattamenti e alle regole di "compliance" ad essi interenti. Dall'altro lato sono gli stessi alcolisti spesso a sfuggire, mentre sono di solito i familiari, incolleriti o frustrati, a far ricorso al medico di famiglia per sfoghi o suggerimenti.
- 6- Perché spesso l'alcolista sfugge al medico? Il concetto centrale è il "confronto". Il dipendente teme di confrontare il medico, così come il familiare o in definitiva sé stesso. E' interessante come uno dei movimenti che hanno cercato di cambiare l'atteggiamento degli operatori di SerT negli ultimi anni sia stato l'approccio motivazionale, che nella relazione mette in secondo piano il confronto e in primo piano l'accoglienza.
- 7- Il movimento che dal momento della sua nascita (1935) in poi ha cambiato radicalmente il modo di affrontare l'alcoismo è Alcolisti Anonimi. Anche qui non è un caso che A.A. abbia fatto dell'accettazione del problema alcol proprio il primo passo del suo programma. Viene detto che la grande diffusione di AA col suo programma di 12 passi 12 tradizioni e 12 concetti sia fondata proprio sui principi dell'accettazione dei propri limiti, e del chiedere aiuto a qualcuno o a qualcosa che è più grande di noi.
- 8- Funziona A.A.? Il suo funzionamento è dimostrato dalla diffusione avvenuta per propagazione individuale verso tutti i continenti includendo anche le varie religioni, il che è singolare per un programma che si definisce spirituale. La spiritualità del programma è definibile dal fatto che si

riteneva che A.A. fosse in grado di intervenire in casi medicalmente ritenuti intrattabili e che con A.A. riuscivano a raggiungere l'astinenza. Il primo di questi casi è il caso di Bill Wilson, fondatore di AA. Un altro indicatore indiretto di funzionamento può essere il numero sempre maggiore di alcolisti che si rivolgono con beneficio ad A.A. In Italia, ad esempio, ci sono circa 500 gruppi che si ritrovano da una a più volte la settimana, con un numero stimabile ad almeno 5.000 persone – troppo poche per gli almeno 500.000 (1-2 milioni?) alcolisti stimati presenti in Italia. Nel mondo, si tratta di

- 9- A.A. è antagonista al mondo sanitario? Un tempo qualcuno lo ha pensato. Tuttavia A.A. ha dato direttamente e indirettamente un grande impulso alla nascita della moderna alcologia. D'altro lato molti sanitari hanno contribuito a far nascere o crescere AA inviando i loro pazienti perché lì continuassero un trattamento iniziato ma anche via via controllarlo dal medico.
- 10- Ci sono alcuni studi che dimostrano l'efficacia della collaborazione tra strutture sanitarie e A.A. Vedi lo studio MATCH.
- 11- C'è uno studio italiano attuato nel 1996 (e ora in via di replica) che mostra l'efficacia della collaborazione tra servizi alcologici e AA nel mantenere astinente l'alcolista. Vedi lo studio cooperativo italiano nel Libro Italiano di Alcologia.
- 12- La posizione del MMG è cruciale nel poter inviare direttamente o indirettamente un suo cliente a un gruppo, e anche il familiare ad AlAnon. E' opportuno che conosca i gruppi: che si renda conto di come funzionino recandosi a qualcuna delle interessanti riunioni aperte; e che abbia cons sé una lista degli indirizzi.
- 13- Le associazioni AA e AlAnon e in genere quelle dei 12 passi sono associazioni assolutamente speciali: autonome fino al limite, autofinanziantisi, anonime per eludere la patologia dell'ego, tipica delle dipendenze.

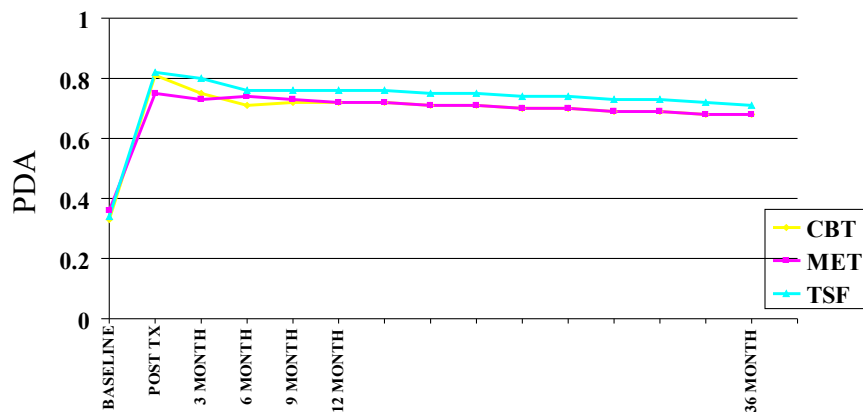
PROGETTO MATCH

- Ha testato tre distinti trattamenti alcolologici:
 - Trattamento Cognitivo Comportamentale (12/12 sett.)
 - Facilitazione ai Dodici Passi (12/12 sett.)
 - Terapia di Attivazione Motivazionale (4/12 sett.)
- Ha esaminato 21 effetti di combinazione ipotizzati e oltre 30 predittori di base del bere
- 9 Centri con più di 20 siti e 75 terapeuti
- 952 pazienti ambulatoriali e 774 dimessi

Facilitazione ai Dodici Passi

- Un professionista esperto eroga una terapia individuale che insegna ai pazienti il valore dei 12 passi e come andare alle riunioni
- Non solo riunioni AA
- La terapia è focalizzata ad aiutare i pazienti a comprendere e lavorare sui primi 5/6 passi
- Simile a ciò che si fa nei programmi di trattamento del modello Minnesota

Percent Days Abstinent (PDA) all'inizio e con un FOLLOWUP di 36 mesi delle TERAPIE MATCH (Siti ambulatoriali)



Linea temporale relativa alla Finestra di Trattamento

L'INTERSCAMBIO TRA ISTITUZIONI SANITARIE E AA

I contatti in Italia tra AA e istituzioni sanitarie sono oggi più frequenti. Ciò è descritto da quattro tipi di indagini compiute negli anni 90.

Lo studio cooperativo realizzato dalle sei strutture sanitarie italiane aveva tra i suoi obiettivi l'analisi dei *flussi di utenti tra il proprio servizio ed AA* (Jean e coll.,2000). Nella tabella viene evidenziata la casistica gestita dai 6 centri in termini di invio / provenienza rispetto ai gruppi AA durante l'anno 1995.

Tabella 1- Ingressi ed invii ad aa nel 1995

<i>Ingressi 1995</i>	tot. 480*	<i>Inviati ad AA</i>	tot. 297 (62%)
	M 316 (66%)		M 192 (65%)
	F 164 (34%)		F 105 (35%)

* di cui il 20% inviati da AA

(da Jean e coll., in *Libro Italiano di Alcolologia*,2000)

Tabella 2 - Ritenzione al follow-up secondo il programma dopo 6-12 mesi (1996)

<i>Programma</i>	<i>Invio di pazienti al programma (1995)</i>	<i>Ritenzione al follow-up dopo 6-12 mesi 1996)</i>	<i>Drop-out</i>
<i>AA</i>	297 (100%)	208 (70%)	89 (30%)
<i>Altri programmi</i>	183 (100%)	52 (28%)	131 (72%)
<i>totale</i>	480 (100%)	260 (54%)	220 (46%)

(da Jean e coll.,2000)

La tabella 1 mostra come dei 480 alcolisti 161 (20%) erano in contatto con i gruppi AA, da cui sono stati consigliati a recarsi ai servizi alcolologici per la gravità delle patologie. Dall'altro lato gli stessi servizi coinvolti nello studio hanno consigliato ai loro pazienti la frequenza di AA nel 62% dei casi. Nel 38% dei casi l'invio ad AlAnon è stato esteso pure ai famigliari. Il rapporto M/F nel campione totale è 2:1 e tale rapporto permane tra i pazienti "inviati ad AA".

La tabella 2 esprime i dati in rapporto alla permanenza / uscita dal trattamento dopo 6-12 mesi dall'ingresso durante il 1996. Dei 480 pazienti entrati in trattamento nel 1995 il 54% era ancora in contatto coi servizi nel 1996, ma di questi quelli che erano stati inviati ad AA nel 1995 erano per il 70% ritenuti nel sistema "servizio-programma AA", mentre chi era stato assegnato ad altri programmi aveva una ritenzione minore (28%) e conseguentemente un drop-out maggiore.

Anche considerando le indagini compiute tra il 1990 e il 1998 (inchiesta realizzata con *i partecipanti a gruppi AA di Firenze, Pistoia ed Empoli* nel 1990 e nel 1992 -Allamani e coll., 1994; *prima inchiesta nazionale* compiuta nel 1996 dai Servizi Generali di AA; *seconda inchiesta nazionale* del 1998 - Cipriani e coll., 2000) la collaborazione tra AA e sistema sanitario risulta effettiva. Infatti :

- i partecipanti ai gruppi di AA sono stati per il 20-30% inviati dai professionisti socio-sanitari; d'altro lato l'invio da parte dei servizi ai gruppi di AA, che nello studio cooperativo italiano risulta superiore al 60% (dato tuttavia certamente assai più alto che in altri servizi alcolologici, in quanto si tratta di strutture da tempo collaboranti con AA);
- un'elevata percentuale – 70% - di coloro che vengono inviati ad AA resta in rapporti sia col gruppo che col Servizio, ma ciò è probabilmente anche qui connesso alla collaborazione delle suddette strutture con AA;
- AA invia ai servizi socio-sanitari dal 20% al 30% dei suoi partecipanti.

INDICAZIONI ALL'INVIO AD AA: DOVE, CHI, COME

L'invio ad AA o ad altri gruppi è essenziale per il trattamento dell'alcolismo, ma non esime il professionista, oltre che dal monitorare la situazione clinica del paziente e dei suoi congiunti, dall'effettuare un follow-up riguardo il processo riabilitativo che occorre nei gruppi stessi.

I luoghi sanitari da cui viene fatto l'invio sono tre: l'ospedale, i servizi o centri alcolologici territoriali, i singoli professionisti. Si tratta di:

- pazienti ricoverati in reparti specifici (di solito gastroenterologia, psichiatria, tossicologia);
- pazienti seguiti nei servizi territoriali, dove hanno ricevuto la diagnosi di dipendenza alcolica;
- clienti dei medici di medicina generale (inclusi i loro familiari) o di altri professionisti quali gli psicoterapeuti.

Chi sono le *persone per cui è indicato* il trattamento AA? Non sono ancora iniziati studi per confrontare tipologie di utenti e differenti programmi, onde i criteri qui presentati derivano unicamente dall'esperienza clinica. Un professionista che pianificando un trattamento a lungo termine in ausilio al proprio intervento abbia l'opportunità di poter scegliere tra più trattamenti (solitamente AA e i Club degli Alcolisti in Trattamento), suggerendo AA dovrebbe tenere in considerazione i seguenti tratti per il proprio cliente:

- cultura metropolitana
- tendenza all'autonomia individuale
- tendenza all'introversione
- ipersensibilità al controllo da parte del (dei) familiare(i)
- vicinanza geografica del gruppo
- gradimento del paziente/famiglia

Al contrario fattori quali la cultura "di quartiere" o "rurale", una intensa rete di rapporti familiari, una tendenza all'estroversione e una forte e positiva centralità del familiare (o amico) sono criteri che orientano di più a raccomandare il Club degli Alcolisti in Trattamento, che prevede la compartecipazione di tutta la famiglia ai gruppi.

Non esistono vere e proprie controindicazioni per AA se non il fatto di forzare il proprio utente /famiglia che per precedente esperienza, o per pregiudizio, o per negazione del problema, si esprima contro il programma. Qualche volta basta che il professionista, con un approccio comunicativo flessibile, accetti momentaneamente il rifiuto riproponendo il gruppo all'incontro successivo, per indurre un cambiamento nella decisione. Generalmente la diagnosi che accompagna l'alcolismo non influisce sull'invio. Ad esempio di AA beneficiano anche pazienti con diagnosi associata di tipo psichiatrico.

Come è possibile fare l'invio? Ci sono ovviamente differenze secondo che il luogo di cura sia ospedaliero, ambulatoriale, o dei servizi territoriali:

- in alcuni ospedali i medici e gli infermieri invitano i loro degenti affetti da alcolismo a contattare membri di AA, ovvero l'amministrazione dota questi ultimi di una stanza per ricevere alcolisti degenti, o per fare riunioni, aperte anche ai sanitari; da qui i pazienti ricevono informazioni e stimolo per iniziare a frequentare i gruppi dopo la dimissione;
- diversi servizi territoriali inviano ad AA pazienti che essi continuano a seguire, qualche volta invitando gli AA a contattare i pazienti direttamente all'interno del servizio; in certi centri dove si tengono gruppi di motivazione i membri di Alcolisti Anonimi sono chiamati ad essere presenti per dare la loro testimonianza;
- sono oggi possibili casi di alcolisti inviati a un gruppo direttamente dal proprio medico di famiglia, dall'assistente sociale o dallo psicoterapeuta o da altro professionista, quando l'alcolista stesso si è dichiarato al curante ovvero dopo che il familiare gli ha condiviso la sua preoccupazione, e dopo che gli interventi medici o psicologici abbiano mostrato i loro limiti. A volte il professionista stesso telefona all'alcolista AA preannunciandogli il prossimo arrivo, oppure mette in contatto le due parti fornendo i numeri telefonici.

In linea generale la conoscenza reciproca tra il professionista e l'alcolista anonimo è il presupposto perché l'invio sia credibile ed abbia effettivamente successo. Inoltre è essenziale che il professionista abbia con sé l'indirizzo dei gruppi AA e Al-Anon della città o della provincia in cui opera, e il telefono delle persone significative, e sarebbe ottimale che avesse avuto un contatto col gruppo o i gruppi di auto-aiuto. A tale proposito può essere assai utile sfruttare le periodiche occasioni di informazione pubblica a cui i gruppi AA (e Al-Anon) invitano i professionisti, partecipando alle medesime.