

MAURO CIBIN, VALERIA ZAVAN, FRANCESCO PEDRONI °, PAOLA BOZZOLA ^, GIAN PAOLO GUELFY #

Progetto Speciale “Alcologia” – Regione del Veneto

SerT- Alcologia, Az U.L.S.S. 13, Dolo Venezia

° Villa Quadrifoglio, Cosio d'Arroscia, IM

^ Ceis “don Lorenzo Milani” – Mestre Venezia

# Docente di Psichiatria delle Tossicodipendenze, Università di Genova.

La opportunità di ricoverare utenti con Alcolismo e/o con Problemi Alcolcorrelati in reparti “per acuti”, in particolare Medicina, Neurologia, Psichiatria, è evenienza comune. In genere questo tipo di ricovero sono determinati dai problemi riassunti nella tabella 1. Speculare a questo aspetto è il riconoscimento di problemi o patologie alcol-correlate in utenti ricoverati per altri motivi, nei reparti già citati, ma anche in Ortopedia-Traumatologia, Chirurgia, Gastroenterologia, Pneumologia, ed altri; studi condotti su quest'ultimo tema indicano che dal 15 al 35 % dei ricoverati presenta problemi o patologie alcol-correlate, che possono non essere rilevate qualora non si ponga particolare attenzione e non si usino appropriati strumenti di screening.

( 1- 2- 3- 4- 5)

I ricoveri legati alle indicazioni della Tabella 1 hanno in genere durata breve o media, sono centrati sulla disintossicazione dall'alcol, il trattamento della sindrome di Astinenza, la valutazione diagnostica delle patologie presenti. Tradizionalmente il ricovero si conclude con la raccomandazione di non bere, ed una terapia medica centrata sulle patologie riscontrate.

Tabella I

## INDICAZIONI ALLA OSPEDALIZZAZIONE

● **presenza di patologie alcolcorrelate**

● **Presenza di agitazione psicomotoria o di gravi quadri dissociativi o depressivi. Ideazione suicidaria.**

● **Sintomi di astinenza. Rischio di: Delirium Tremens, Allucinosi, Crisi Comiziali.**

● **Intossicazione acuta, coma etilico**

**Il ricovero e la “rete”: tra ospedale e territorio**

Negli ultimi anni in molti reparti di degenza la sequenza descritta è andata modificandosi grazie alla crescente coscienza tra il personale sanitario della necessità di offrire al paziente alcol dipendente un trattamento specifico, che andasse oltre i limiti temporali del ricovero.

Non sono infatti infrequenti situazioni di “porta girevole” in cui il paziente viene periodicamente ricoverato per l’aggravarsi dei problemi alcol correlati, senza che mai vi sia un intervento mirato al di fuori del ricovero. Programmare interventi “after care” ha dunque oltre che una importante valenza terapeutica, anche un significato non indifferente nei processi di razionalizzazione della spesa sanitaria.

Gli interventi attualmente più attuati sono:

- **di tipo professionale,**

1. Sensibilizzazione del personale del reparto al rilievo dei problemi alcol correlati ed al primo approccio con questo tipo di pazienti ( 6– 7 )
2. Ove esista una struttura alcologica del Sistema Sanitario (SerT, Noa, Ambulatori di Alcologia presso Reparti Ospedalieri); consistono essenzialmente in una presa di contatto durante il ricovero, momento privilegiato perché il paziente non beve, è più lucido, è più consapevole della situazione, da parte dell’operatore che lo seguirà poi nell’after-care. In situazioni più strutturate sono stati organizzati momenti informativi o motivazionali e contatto con le famiglie nel corso del ricovero ( 8 ) .

- **di tipo non professionale, tramite il contatto durante la degenza con gruppi di autoaiuto e volontariato (Alcolisti Anonimi – AA, Familiari AlAnon, Club per Alcolisti in Trattamento – C.A.T.) sia a livello individuale o familiare sia tramite l’organizzazione nel reparto di riunioni di tali gruppi (9-10 –11)**

Numerosi studi rilevano che il contatto durante il ricovero aumenta la adesione al programma susseguente. ( 12)

Risulta a questo punto chiaro come l’introduzione di elementi “after care “ in un ricovero “tradizionale”, o la attivazione di un ricovero “riabilitativo” per Alcolisti sia profondamente legato alla presenza di una serie di strutture e di professionalità che tra loro collaborino a creare una “rete” che intervenga sulla molteplicità dei problemi di questi utenti e delle loro famiglie, fornendo

- ❑ Competenze professionali per l’individuazione precoce, il supporto ed il counseling, l’intervento su problematiche complesse ;
- ❑ Punti di riferimento sul territorio, sempre presenti ed a basso costo, quali quelli validamente forniti dai gruppi di autoaiuto (AA., familiari AlAnon), e dai gruppi multifamiliari (C.A.T.).

Qualunque intervento residenziale è giocoforza limitato nel tempo: in assenza di un contatto con questa rete (o in assenza di questa rete) si rischia di creare strutture anche di elevata competenza, ma di fatto quasi inutili, di mettere in moto “ viaggi della speranza” che spesso danno al paziente ed ai familiari illusioni, seguite dalla penosa sensazione che il proprio problema sia senza via d’uscita.

#### **Trattamento riabilitativo residenziale: revisione di letteratura**

Negli Stati Uniti esistono da tempo strutture residenziali comprendenti sia momenti di tipo sanitario-ospedaliero che momenti “comunitari” centrati sul recupero di abilità sociali, e sull’avvio già durante la degenza di programmi a lungo termine. La maggior parte di queste “cliniche” sono private o fanno parte di grandi programmi assistenziali semi-pubblici, quali il Veteran Administration; l’approccio di trattamento più diffuso è il “Minnesota Model” (M.M.).

---

## **TABELLA 2**

### **II RICOVERO COME ELEMENTO DELLA “RETE ALCOLOGICA”**

- SerT
- Servizi o Ambulatori di Alcologia presso Ospedali
- Medici di Medicina Generale

- Autoaiuto, Volontariato (C.A.T., A.A.), Enti Ausiliari (C.T.)
- Servizi Sociali Comunali
- Servizi “Sperimentali”

## IL MODELLO RIPORTATO E’ QUELLO ADOTTATO DALLA REGIONE VENETO (13)

Il Minnesota Model fu ideato nel 1950 ed applicato inizialmente dalla celebre Hazelden Foundation; esso ebbe immediatamente una vastissima diffusione. Gli elementi fondanti sono l’intervento sia di professionisti che non professionisti (counselors), questi ultimi in gran parte alcolisti inattivi, tramite l’applicazione dei principi di Alcolisti Anonimi. E’ necessaria una forte coesione di tutto lo staff attorno a questi principi, onde fornire al paziente un messaggio forte e coerente, oltretutto emotivamente condiviso. Durante la degenza, che dura circa un mese, viene coinvolta anche la famiglia, e si incoraggia la partecipazione ad Alcolisti Anonimi e ad AlAnon come unico modo efficace per mantenere la sobrietà dopo la dimissione. Il Minnesota Model viene applicato anche alle tossicodipendenze ed altre “dipendenze comportamentali” (“Addictive behaviours”) ( 14 – 15 ).

Una svolta fondamentale rispetto alla impostazione sopra descritta viene data dalla pubblicazione del testo di Mendelson & Mello, contenente tra l’altro il lavoro di Pattison in cui vengono tracciati i principi del trattamento multimodale integrato: superamento delle “ideologie” terapeutiche, programma personalizzato in cui vengono offerte al paziente varie opzioni. Il modello originale di Pattison verrà in seguito arricchito introducendo il concetto di “accoppiamento tra paziente e trattamento”. Numerosi studi permettono oggi di indicare, una volta inquadrati i variabili di varia natura nel paziente, quale sarà il programma di trattamento più adatto per le specifiche problematiche ( 16 ).

Si strutturano dunque programmi “multimodali”, sia in setting ambulatoriale, sia in strutture di degenza. Questi programmi offrono una minor rigidità rispetto a quelli tipo “minnesota” e permettono di venire incontro alle esigenze di una popolazione che sta sempre più differenziandosi.

Una terza fase nello sviluppo di programmi riabilitativi residenziali negli Stati Uniti parte dall’esigenza di valutare con esattezza il costo/beneficio rispetto a programmi ambulatoriali o di comunità. Finney e coll. in una revisione di letteratura sull’argomento, condotta su quattordici studi che confrontano l’efficacia di trattamenti residenziali versus non residenziali ( ambulatori, centri diurni), concludono che i risultati, e le caratteristiche dei pazienti, sono legate alle caratteristiche del setting ed alle opzioni terapeutiche offerte( 17 ).

Pettinati e coll., riportano che l’approccio residenziale è più efficace nella fase iniziale del trattamento di pazienti con problemi multipli. Gli autori concludono che pur essendo il costo della residenzialità maggiore in termini assoluti, la valutazione del costo/beneficio rispetto a pazienti selezionati in maniera accurata non rileva grandi differenze (18) .

Altri studi hanno riguardato la durata del programma, l’impatto su programmi “tradizionali” di elementi quali l’approccio motivazionale, l’assistenza psichiatrica, ed altri, come riassunto nella tabella 4 ( 19 –20- 21 –22 – 23 –24 – 25 ).

**Tabella 3 : Elementi che influenzano i risultati di programmi residenziali.**

AUTORE, ANNO	VARIABILE	RISULTATO
Driessen et al., 1999	Durata ed “intensità” del programma.	Meglio programma intensivo
Pettinati et al., 1999	Selezione pazienti	Meglio “multiproblematici)
Pristach & Smith, 1999.	Tr. Psichiatrico vs Tr. Psichiatrico più AA.	Meglio programma combinato (Studio retrospettivo)
Trent , 1998	Tempo di degenza	Nessuna differenza

	(4 vs 6 settimane)	
Isenhardt, 1997	MM vs MM più Motivazione	Meglio programma combinato
Ilash & Dillard, 1997	Tr. Standars vs Tr. Standard più orientamento aftercare	Nessuna differenza (Scarsa numerosità)
Ermalinski , 1997	Tr. Standard vs. tr. Standard più esercizio fisico	Meglio programma combinato. (Gruppi non randomizzati)
Long et al., 1998	Residenziale 5 sett. Vs residenziale 2 settimane, vs diurno. Popolazione non selezionata .	Uguali risultati. Maggior costo residenziale.

In Europa la situazione è molto variabile da luogo a luogo: il Gran Bretagna e nei paesi scandinavi appare simile a quella statunitense. In Germania ed in generale nell'area di lingua tedesca da un lato ed in Francia dall'altro vengono applicati modelli diversificati, con la presenza sia di programmi residenziali che territoriali (inclusi gruppi di autoaiuto).

In Italia prevalgono i modelli territoriali, con una buona presenza di AA., AlAnon e CAT, e, specie in Veneto, Friuli V.G., Trento, Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana, una buona rete di servizi "professionali" pubblici. Sporadici, anche se in incremento appaiono le proposte di trattamenti riabilitativi residenziali, che applicano per lo più il Minnesota Model o l'approccio ecologico-sociale (CAT). E' interessante osservare come questi ultimi programmi si trovino frequentemente presso cliniche private.

#### **Comunità Terapeutica: una interessante prospettiva con alcune difficoltà**

I programmi comunitari in Italia si strutturano a partire degli anni sessanta come risposta alla diffusione dell'eroina ed al ritardo ed alla disorganizzazione delle strutture pubbliche. Pur inizialmente frequentemente improntate da atteggiamenti fortemente ideologizzati ( spesso speculari o complementari ad atteggiamenti analoghi dei Servizi Pubblici), le Comunità Terapeutiche private sono oggi organizzazioni aperte al dialogo ed alla collaborazione con la struttura pubblica, disponibili ad utilizzare gli strumenti di recupero più efficaci in ciascuna fase del percorso del paziente. In alcune regioni (ad esempio il Veneto) le Comunità Terapeutiche fanno parte a tutti gli effetti del "sistema delle dipendenze", sistema fondato sulla collaborazione piena e paritaria del sistema assistenziale pubblico (SerT) e delle Comunità stesse (denominate anche Enti Ausiliari, o, in una accezione più vasta, comprendente tutto il privato non finalizzato al lucro "Terzo Settore").

La attenzione delle Comunità Terapeutiche per i problemi legati all'uso di alcol è nella maggior parte dei casi recente, e parte dalla constatazione della sempre maggiore centralità di questa sostanza come "apripista" dell'uso di altre droghe, come elemento importante dei sempre più diffusi fenomeni di poliabuso, come sostanza "sostitutiva" in tossicodipendenti inattivi.

La partecipazione attiva delle CT alla "rete alcolica" è di fatto ancora marginale, e riguarda soprattutto alcolisti con un passato di tossicodipendenza, o con modalità comportamentali simili a quelle dei tossicodipendenti. Le CT hanno a lungo sottovalutato il problema alcol ( analogamente alla struttura pubblica e all'opinione comune in generale ). Da questo derivano sia atteggiamenti rinunciatari, sia pericolose tendenze "tuttologiche" ed eccessivamente generalizzanti. E' necessario rendersi conto che gli alcolisti necessitano di un inquadramento diagnostico e di un trattamento specifico, differente per modalità, luoghi, durata e riferimenti after-care da quello dei tossicodipendenti.

Un primo fattore che giustifica la "diversità" è l'essere l'alcol sostanza legale e diffusa ovunque, usata in famiglia, ampiamente tollerata e spesso incoraggiata dalla società. La percezione degli utenti tossicodipendenti e degli operatori di comunità è quella di un problema minore, spesso preso in considerazione quando crea problemi gravi, non incluso nella pratica educativa quotidiana della comunità stessa. I primi aspetti da affrontare sono dunque l'alcolismo ed i problemi alcolcorrelati che sono già nelle comunità: è necessario formare gli operatori alla individuazione precoce ed al fronteggiamento di questi problemi.

Un secondo aspetto della problematica alcol-CT riguarda la opportunità di utilizzare l'esperienza comunitaria nel trattamento di alcolisti che non abbiano avuto precedenti problemi di TD. Gli argomenti a favore di questa ipotesi sono numerosi: si potrebbero attuare programmi residenziali di lunga durata a costi relativamente bassi, indirizzati sia ad alcolisti senza problematiche addizionali sia a soggetti con doppia diagnosi psichiatrica, resistenza al trattamento, non rispondenti ai programmi "tradizionali", con comportamenti antisociali, con grave degrado sociale. La competenza degli operatori di comunità rispetto alla tossicodipendenza, lungi dall'essere un ostacolo, potrebbe costituire un solida "base" professionale ed esperienziale da integrare con formazione specifica.

Tutti gli autori sono concordi nel ritenere che rispetto ai programmi per TD, le proposte comunitarie specifiche per alcolisti dovrebbero essere :

- più brevi ed eventualmente ripetute;
- in forte collegamento, a partire già dalla fase residenziale con strutture territoriali sia professionali che non professionali.

La brevità, peraltro da valutare caso per caso, sarebbe legata al fatto che l'alcolista spesso "ha vissuto" in maniera più o meno normale prima di divenire schiavo dell'alcol; ha dunque acquisito in maniera maggiore del TD alcune abilità sociali che spesso vengono recuperate con l'astinenza.

Vi sono molte analogie tra ricovero riabilitativo e comunità terapeutica soprattutto per l'impostazione dei programmi. Per questo tenteremo di ipotizzare di seguito un programma terapeutico che possa servire come base di riflessione per entrambe le esperienze, specificando ove opportuno le differenze.

### **Trattamento Riabilitativo Residenziale: dalla letteratura alla pratica clinica**

Come rilevato dal paragrafo precedente, attualmente tre principi sembrano essere significativi per la costruzione di un programma efficace e sostenibile economicamente rispetto ai programmi territoriali:

- la selezione di pazienti "difficili", non eleggibili per trattamenti territoriali;
- l'offerta di un vasto spettro di opportunità diagnostiche e terapeutiche;
- Il collegamento con programmi "aftercare" territoriali.

Nella Tabella 3 sono riportate le indicazioni al trattamento riabilitativo.

---

TABELLA 3

## **INDICAZIONI AL "RICOVERO RIABILITATIVO"**

### **● Difficoltà al trattamento "territoriale"**

**Scarsa motivazione al cambiamento. Mancanza di "leve" terapeutiche**

**Famiglia assente o non collaborante**

**Ripetuti tentativi falliti, ripetute ricadute.**

### **● Problematiche complesse**

**Gravi disturbi mentali o turbe comportamentali**

**Deterioramento sociale**

**Poliabuso**

---

E' opportuno incontrare il paziente ed i familiari prima dell'accoglienza nella struttura riabilitativa allo scopo di illustrare loro il programma e di rispondere alle loro domande. L'occasione è buona per parlare separatamente con i familiari, cercando di indagare sia particolari problematiche del paziente, sia problemi personali o relazionali dei familiari. Ove si riscontri in un familiare una situazione psicologica o psichiatrica impegnativa, o la presenza pervasiva di atteggiamenti di complicità o ancora una scarsa attitudine al proprio cambiamento se ne parlerà, e si consiglierà un supporto a domicilio, o, ove possibile, un programma "parallelo" ambulatoriale presso la stessa struttura di degenza (26).

Una elemento importante di questa fase è la Valutazione Organica (Anamnesi "Tradizionale", Esame Obiettivo Generale e Neurologico, Valutazione Esami di Laboratorio). La possibilità di gestire problematiche organiche infatti deve essere calibrato alle competenze sanitarie della struttura. In questo settore ha particolare importanza la valutazione dello stato di intossicazione e del rischio di grave sindrome di astinenza, sulla base di pregressi episodi di astinenza. E' opinione degli Autori che vada per quanto possibile evitato tutto ciò che "distragga" dagli intenti riabilitativi del programma. In questo senso è opportuno consigliare che problematiche organiche gravi o comunque potenzialmente impegnative vengano valutate e curate in ambiente specialistico.

---

TABELLA 4

## **Programma integrato per utenti con Abuso/Dipendenza Alcolica / I**

### ● **Incontri preparatori**

Raccolta prime informazioni, in particolare su invio.  
Valutazione famiglia .  
Esposizione caratteristiche del programma.  
Esame fisico - Esame tossicologico urinario completo.

- **SITUAZIONE FISICA IMPEGNATA**
- **RISCHIO DI GRAVE ASTINENZA**
- **PRESENZA STUPEFACENTI URINE**

---

### ● **Valutazione per aree (6 gg)**

**Area Tossicologica**

**Area Psicologico-Psichiatrica**

**Area Motivazionale**

**Area Familiare e Sociale**

---

E' opportuno valutare la presenza di grossolane alterazioni del pensiero.

In caso di allucinazioni, deliri, ideazione suicidaria è opportuno disporre per un ricovero in reparto per "acuti".

E' infine importante effettuare un **esame tossicologico completo**, anche con metodica estemporanea, onde valutare la presenza di sostanze d'abuso "non dichiarate". Sulla base dei propri protocolli organizzativi e della valutazione clinica, la struttura può accettare o meno pazienti con uso di sostanze diverse dall'alcol.

Nella prima fase del ricovero, oltre ad approfondire il quadro organico, l'attenzione sarà centrata sulla **detossificazione**. Obiettivo principale è la prevenzione della **Sindrome di Astinenza** e della sua evoluzione in **Delirium Tremens**, **Episodi Comiziali**, **Allucinosi Alcolica**.

#### **La valutazione per aree ed il programma terapeutico.**

Non appena il paziente è in grado di sostenerla, è opportuno passare alla Valutazione per Aree, secondo il protocollo presentato nella Tabella 5. La valutazione per Aree ha lo scopo di fornire la diagnosi secondo i sistemi classificativi internazionali (DSM, ICD), un profilo del paziente che ne evidenzia le problematiche attive, quelle attualmente inattive ma di cui tenere conto, le risorse e le potenziali "leve terapeutiche". Terminato l'inquadramento si procederà ad una Riunione d'Equipe, possibilmente con l'ausilio di un supervisore esterno, ove i dati raccolti verranno discussi, si individuerà un Programma di trattamento, ed un "gestore" del caso, cioè un professionista che funga da raccordo tra i vari interventi e segua il paziente "in itinere".

Pur con un certo grado di semplificazione, si può tuttavia ritenere che vi siano due tipi di "profili", come riportato nella Tabella 6. Il profilo A., corrisponde abitualmente ad un maschio, di età media (40-55 anni), che non presenta tratti psicopatologici marcati, non familiarità, non problematiche legali, non poliabuso, patologie alcolcorrelate di tipo cronico (epatopatie, polineuriti...), non grave deterioramento sociale e familiare. In questo caso si può delineare un trattamento "aspecifico" che può comprendere elementi del Minnesota Model o dell'approccio Ecologico-sociale di W. Hudolin.

A questo proposito è opportuno sottolineare come nella visione degli Autori questi ultimi approcci non siano un dato "a priori" che impronta tutta l'impostazione, la "filosofia" del trattamento, ma una scelta correlata a talune

caratteristiche del paziente , quali tratti impulsivi o narcisistici per il Minnesota Model, o al contrario la esigenza di contenimento e rassicurazione per il l'approccio ecologico sociale. Le indicazioni di letteratura a questo proposito sono assai carenti, e si coglie l'occasione per richiamare l'opportunità di condurre studi che diano indicazioni cliniche all'invio ad Alcolisti Anonimi o a Club per Alcolisti in Trattamento ( 29 - 30 – 31- 32 ).

TABELLA 5

## Valutazione per aree

### •Area Tossicologica

Anamnesi Mirata Alcol-Tox.

Eventi stressanti, fattori di rischio, coscienza di malattia, opinioni e credenze.

Valutazione Craving

Somministrazione AUI, ASI. IBQ...

- POLIABUSO

### •Area Psicologico-Psichiatrica

Valutazione Psichiatrica

Colloquio Psicologico (tratti o assetto di personalità)

Test di stato e di tratto

- ALTRO DISTURBO MENTALE  
TRATTI PATOLOGICI

### •Area Motivazionale

Diagnosi motivazionale: colloquio, M.A.C.-A

- PRECONTEMPLAZIONE O CONTEMPLAZIONE;
- AUTOEFFICACIA E FRATTURA INTERIORE A VALORI ESTREMI.

### •Area familiare e sociale

- GRAVE DETERIORAMENTO SOCIALE  
PROBLEMATICHE FAMILIARI COMPLESSE

# Conclusioni Valutazione

Riunione equipe

## Profilo Paziente

**Individuazione problemi attivi ed inattivi, risorse, leve terapeutiche.**

**Decisione Terapeutica.**

**Individuazione strategie e “gestore” paziente.**

Il profilo B è meno chiaro del precedente, in quanto può includere le più varie tipologie, dall'alcolismo giovanile, caratterizzato da impulsività, tratti o disturbi di personalità dello spettro narcisistico-borderline, problemi legali, patologie alcolcorrelate di tipo acuto (traumatismi per incidenti stradali, risse...), poliabuso, a soggetti con scarsa o nulla motivazione al cambiamento, ad altre tipologie ancora, in un mosaico che può portare alle espressioni cliniche più variegata (33).

---

Tabella 6.

## Programma Terapeutico

### **A. Non individuate specifiche problematiche: intervento “aspecifico”**

- Gruppo di Informazione ed Interazione
- Training assertività
- Counseling di Prevenzione della Ricaduta.
- Gruppo di rilassamento
- Colloqui su problematiche varie emerse (sessualità, lavoro, percezione malattia)
- Attività ricreativa fisica e culturale. Massoterapia.
- Gruppo “minnesota”
- Gruppo ad indirizzo ecologico-sociale

### **B. Si sono individuate specifiche problematiche: intervento mirato**

- Farmacoterapia del Craving e dei Disturbi Mentali
- Counseling motivazionale
- Psicoterapia focale
- Intervento sulla coppia e sulla famiglia

In questi utenti va valutata la pervasività dei problemi specifici rispetto al quadro generale. Quanto maggiore è tale elemento, tanto più gli interventi vanno accuratamente mirati. Ove si riscontrino aree relativamente “libere”, è opportuno integrare gli interventi specifici con quelli aspecifici propri del profilo A.

Quest’ultima è, nella pratica clinica, la situazione più frequente: in questo senso i profili vanno visti come estremizzazioni semplificate, che non esimono in alcun modo dal valutare e trattare ogni soggetto in maniera personalizzata. Per quanto riguarda gli specifici interventi, si rimanda alla bibliografia ( 34 – 35 – 36 – 37 – 38 - 39 – 40 – 41 – 42 - 43 - 44 – 45 )

### **Programma a medio-lungo termine (aftercare)**

Uno degli obiettivi della Degenza Riabilitativa è individuare, tramite l’inquadramento diagnostico e la risposta al trattamento durante la degenza stessa, un programma terapeutico a medio e lungo termine. Tale programma va definito prima in via teorica ed ipotetica, in una riunione d’equipe che valuti i dati raccolti durante il ricovero; va quindi proposto e discusso con il paziente ed i familiari. E’ importante che la struttura non dia una indicazione generica, ma fornisca per quanto possibile nomi ed indirizzi, siano essi di professionisti che di gruppi AA. o CAT.

Se l’utente è disponibile, può essere preferito un programma ambulatoriale presso la struttura di ricovero stesso, ove quest’ultima ne sia in grado (outpatient program).

---

Tabella 7

## **Definizione Aftercare**

### **A. Individuazione programma aftercare:**

● **Professionale:**

- su specifici problemi
- aspecifico, di supporto.

● **Non professionale:**

- tipo AA
- tipo C.A.T.

### **B. Discussione programma con paziente e famiglia.**

### **C. Individuazione struttura territoriale di riferimento**

---

## Conclusioni

Negli ultimi anni si assiste ad una rivalutazione del ruolo del ricovero nel trattamento dell'alcolismo. Questa rivalutazione parte da una profonda riformulazione del ricovero stesso, che viene ad assumere specifiche caratteristiche riassunte in questo testo col termine di "Ricovero Riabilitativo".

Tali caratteristiche sono:

- La centratura su un programma diagnostico-terapeutico personalizzato, di durata medio-lunga (da 20 a 60 gg).
- La "preferenza" per situazioni problematiche ( scarsa motivazione, mancata risposta a trattamenti non residenziali, problemi psicopatologici, problemi sociali e familiari.....).
- La limitazione degli aspetti organici rispetto a quelli riabilitativi, motivazionali, psicologico-psichiatrici, sociali e familiari.
- La disponibilità di una vasta gamma di strumenti diagnostici e terapeutici, da applicare in maniera personalizzata, rispetto alle specifiche problematiche dell'utente.
- L'individuazione di un programma after-care personalizzato, sulla base delle informazioni raccolte durante la degenza.

## Bibliografia

- 1) Cibir M., Zotti S., Rossetto L. et al., Applicazione del C.A.G.E. ai pazienti maschi di un reparto di Medicina Generale, Rivista Italiana di Alcolologia, 3, 3, 15 (Abstract), 1984.
- 2) Chermack S.T., Singer K., Beresford T.P., et al., Screening for alcoholism among medical inpatients: how important is corroboration of patient self-report? Alcohol Clin Exp Res 22,7, 1393, 1998 .
- 3) Rambaldi A., Glud C., Belli A., et al., Prevalence of alcohol problems among adult somatic inpatients in Naples. Alcohol Alcohol 130, 4, 441, 1995.
- 4) Reynaud M., Leleu X., Bernoux A. et al., Alcohol use disorders in French hospital patients. Alcohol Alcohol 132, 6, 769, 1997.
- 5) John U., Rumpf H.J., Hapke U., Estimating prevalence of alcohol abuse and dependence in one general hospital: an approach to reduce sample selection bias. Alcohol Alcohol 34, 5, 786, 1999.
- 6) Zampieri N., Tavella G., Carraro M. et al., Ruolo dell'infermiere nel trattamento di pazienti con Abuso e dipendenza Alcolica, Atti del IV Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolologia, Castel San Pietro Terme, maggio 1986.
- 7) Stefanini G.F., Caputo F., Lizzani L., et al., Different efficacy of alcohol education tools among trainee nurses. Hepatogastroenterology 46, 27, 1910, 1999.
- 8) M. Cibir, L. Giannini, G. Canton et al., La consulenza a pazienti con Disturbo da abuso o Dipendenza da alcol: uno studio preliminare. Atti del IV Congresso Società Italiana di Alcolologia, Castel San Pietro Terme, maggio 1986

- 9) Jean G., Scappaticci R., Silvani A. et al. L'intervento terapeutico nelle epatopatie etiliche. Considerazioni sulla collaborazione tra reparto di medicina generale e gruppi di Alcolisti Anonimi. *Clinica Europea*, 25, 610, 1986.
- 10) Allamani A., Cameron-Curry A., Zavan V., Cibir M., Jean G, Alcoholics Anonymous in Italy. An Overview, *Alcologia*, in corso di pubblicazione
- 11) Patussi V., Tumino E., Poldrugo F., The development of the alcoholic Treatment Club system in Italy: 15 years of experiences. *Contemporary Drug Problem*, 23, 1, 29, 1996.
- 12) Panepinto W., Galanter M., Bender S.H., et al., Alcoholics' transition from ward to clinic; group orientation improves retention. *J Stud Alcohol*, 41, 9, 940, 1980.
- 13) Cibir M., Formazione e progettualità verso la costruzione di un sistema alcologico integrato nel Veneto. *Il Seme e l'Albero*, 9, 78, 1996.
- 14) Anderson D.J., McGovern J.P., DuPont R.L., The origins of the Minnesota model of addiction treatment--a first person account. *J Addict Dis* 18, 1, 107, 1999.
- 15) Stinchfield R., Owen P., Hazelden's model of treatment and its outcome. *Addict Behav* 23, 5, 669, 1998.
- 16) Mendelson J. and Mello N.K. The diagnosis and treatment of Alcoholism. McGraw Hill Book Company, New York. Trad.it. *La Dipendenza Alcolica*, Piccin, Padova, 1984.
- 17) Finney J.W., Hahn A.C., Moos R.H., et al. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction* 91, 12, 1773, 1996
- 18) Pettinati H.M., Meyers K., Evans B.D., et al., Inpatient alcohol treatment in a private healthcare setting: which patients benefit and at what cost? *Am J Addict* 8, 3, 220, 1999.
- 19) Pristach C.A., Smith C.M., Attitudes towards alcoholics anonymous by dually diagnosed psychiatric inpatients. *J Addict Dis* 18,3,69, 1999.
- 20) Trent LK., Evaluation of a four- versus six-week length of stay in the Navy's alcohol treatment program. *J Stud Alcohol* 159, 3, 270, 1998.
- 21) Driessen M., Veltrup C., Junghanns K., Przywara A., Kosten-Nutzen-Analyse klinisch- evaluiertes Behandlungsprogramme. Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Nervenarzt* 70,5, 463, 1999.
- 22) Isenhardt C.E., Pretreatment readiness for change in male alcohol dependent subjects: predictors of one-year follow-up status. *J Stud Alcohol* 58, 4, 351, 1997
- 23) Lash S.J., Dillard W., Encouraging participation in aftercare group therapy among substance-dependent men. *Psychol Rep* 79,2, 585, 1996.

- 24) Ermalinski R., Hanson P.G., Lubin B., et al. Impact of a body-mind treatment component on alcoholic inpatients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 35,7, 39, 1997.
- 25) Long C.G., Williams M., Hollin C.R., Treating alcohol problems: a study of programme effectiveness and cost effectiveness according to length and delivery of treatment. *Addiction* 93, 4, 561, 1998
- 26) Zavan V., Brambilla C., Cibir M., Talking about partners so that we can talk about substances. Is codependence the other face of Addiction? *Alcologia*, 9, 3, 191, 1997
- 27) Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A., Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (Ciwa-Ar)., *Br J Addict*, 84, 1353, 1989.
- 28) Addolorato G., Balducci G., Capristo E., et al. Gamma-Hydroxybutyric Acid (GHB) in the treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome: a randomized comparative study versus benzodiazepine. *Alc Clin Exp Res*, 23, 10, 1596, 1999.
- 29) Barra S., Franceschi S., Maccioni A., Bidoli E., Characteristics of alcoholics attending "Alcoholics in treatment" clubs in northeastern Italy. *Eur J Epidemiol* 8, 4, :527-531, 1992,
- 30) Aricò S., Zannero A., Galatola G., et al. Family compliance to a treatment programme for alcoholics: a prospective study of prognostic factors. *Alcohol Alcohol.* 29, 6, 679,1994.
- 31) M. Cibir, *Alcolisti Anonimi: lo strano caso di un gruppo terapeutico "spontaneo"*, in "I Gruppi Terapeutici nei Disturbi da Uso di Sostanze", a cura di G. Ricci, M.Cibir, G. Tonellato, La Garangola, Padova, 1999.
- 32) Di Clemente C. : Alcoholics Anonymous and the structure of change. in Miller W.R. e McReady B.S., *Research on Alcoholics Anonymous: opportunities and alternatives*, Rutgers University Press, Newark, 1993.
- 33) Martin C.S., Clifford P.R., Maisto S.A., Earleywine M., Polydrug use in an inpatient treatment sample of problem drinkers. *Alcohol Clin Exp Res* 20, 3, 413, 1996
- 34) Brown S.: *Treating the Alcoholic. A Developmental Model of Recovery.* John Wiley & Sons, New York, 1985
- 35) Marlatt G.A. & Gordon J.R. *Relapse prevention.* Guilford, New York, 1985.
- 36) N. Gentile, M. Cibir, *Linee guida per la diagnosi ed il trattamento delle Dipendenze da sostanze psicoattive*, Edizioni Minerva Medica, Torino, 1993.
- 37) Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC., *Changing for Good.* William Morrow Company Inc., New York, 1994
- 38) Miller W.R., Rollnick S. *Il colloquio di motivazione*, Centro Studi Erikson, Trento, 1994.
- 39) Connors G.J., Maisto S.A., Donovan D.M., Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91 (suppl.), 5, 1996

40) Cibin M., Sartori P., Gentile N., Sanavio D., Alcoldipendenza ed altri disturbi mentali: diagnosi differenziale ed approccio terapeutico, In "Alcol e Disturbi Mentali" a cura di F. Garonna, A. Pigatto, U. Formigoni, Psichiatria e Territorio, Forte dei Marmi, 1996.

41) AA.VV. Treatment of Drug-Dependent Individuals With Comorbid Mental Disorders . Research Monograph No 172, N.I.D.A., 1997

42) Zavan V., Cibin M., Alcolismo e Disturbi Mentali, in "Alcol e Medico di Famiglia", a cura di O. Brignoli, M. Cibin, N. Gentile, I. Vantini, C.S.E. , Torino, 1998.

---

43 ) Spiller V., Scaglia M., Guelfi G.P., Il Colloquio motivazionale. Uno stile di lavoro per aumentare la disponibilità al cambiamento, in " Alcol e Medico di Famiglia" a cura di O. Brignoli, M. Cibin, N. Gentile, I. Vantini, Centro Scientifico Editore, Torino, 1998.

44 ) AA.VV. Alcohol Problems and Aging. Research Monograph No. 33, N.I.A.A., 1998

45) M. Cibin, V. Zavan, Farmacoterapia dell'Alcolismo, ITACA, 3, 7, 41, 1999.