



**UMBERTO I**  
POLICLINICO DI ROMA

**CRARL**  
Centro di Riferimento Alcolologico  
Regione Lazio

DAI di Medicina Interna, Immunologia Clinica, Nutrizione Clinica ed Endocrinologia  
Direttore: Prof. Filippo Rossi Fanelli

**CENTRO DI RIFERIMENTO ALCOLOGICO  
REGIONE LAZIO**

Responsabile: Prof. Mauro CECCANTI  
Tel: 06.49972093/5 - Fax: 06.49972093, e-mail: [mauro.ceccanti@uniroma1.it](mailto:mauro.ceccanti@uniroma1.it)

**REGIONE LAZIO**

---

**PROGETTO IMPLEMENTAZIONE CENTRO DI RIFERIMENTO ALCOLOGICO  
DELLA REGIONE LAZIO**

**Anni  
2014  
I semestre 2015**

**PREMESSA**

---

***Rilevanza e complessità dei Problemi e Patologie Alcol-Correlati***

La galassia di patologie e di risvolti socio-sanitari legati all'alcol risulta essere tra i maggiori problemi sanitari in Italia, con enormi implicazioni di natura medica e sociale.

I costi in termini di salute pubblica e di spesa economica sono spesso sottovalutati a fronte di circa 30.000 morti in Italia per problemi alcol correlati. Il Lazio è al secondo posto in Italia per mortalità e feriti a causa di incidenti della strada alcol-correlati e al primo posto per i costi sociali che ne derivano.

Le continue informazioni relative ad incidenti stradali connessi all'uso di alcol, tuttavia, hanno focalizzato l'attenzione della popolazione su elementi che non hanno facilitato una conoscenza appropriata delle problematiche alcol correlate. Si è indotti a ritenere infatti che queste investano soprattutto i giovani e che debbano essere affrontate prevalentemente mediante strumenti di tipo giuridico piuttosto che socio-sanitario.

I Problemi e le Patologie Alcol Correlati (PPAC) non vengono ancora considerati nella loro reale pericolosità e gravità. Per avere una idea della dimensione del solo fenomeno alcol dipendenza e delle sue conseguenze socio-sanitarie si può ipotizzare nella sola città di Roma (cifre sottostimate) una popolazione di 2.301.304 bevitori, di cui 346.899 bevitori a rischio (fonte: Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio).

Queste cifre non vogliono essere esaustive nel descrivere l'impatto del fenomeno alcol nella nostra regione ma vogliono solo essere esemplificative di alcune criticità emergenziali legate all'alcol. Infatti, i costi umani ed economici sono enormi, ma gli sforzi per affrontare tale problematica sono ancora pochi e poco efficaci.

Le conoscenze scientifiche più aggiornate sul tema, ad esempio, trovano difficoltà ad imporsi come riferimento concreto per una progettazione socio-sanitaria adeguata. Il Manuale Diagnostico Statistico

dei Disturbi Mentali 5° edizione (DSM-5) edito dalla Associazione Psichiatrica Americana nel 2013 definisce il Disturbo da Uso di Alcol come *una patologia a genesi multifattoriale (riferendosi al modello bio-psico-sociale) con una molteplicità di quadri clinici che investono la Medicina (psichiatria, clinica medica e chirurgica), la Psicologia e la Dimensione Sociale.*

Purtroppo ancora oggi i mezzi di comunicazione, come già accennato, tendono a ricondurre i problemi dell'alcol al rapporto di questa sostanza con stereotipi anche consacrati dai mass-media. Dal punto di vista dei servizi per le dipendenze (SerT), invece, si pone spesso l'accento dell'intervento sull'equazione alcol = dipendenza/sindrome di astinenza oppure sulla presenza di un altro disturbo psichiatrico (DSM).

Utilizzare, come spesso accade, il termine alcolismo per intendere i problemi derivanti dall'uso incongruo di alcol è fuorviante e accentra l'attenzione degli operatori e di tutti coloro che debbono occuparsene sugli aspetti più prettamente psichiatrici del problema. Questi rappresentano solo una parte del "*mondo alcol*" ovvero la Dipendenza da alcol e le sue complicanze (Sindrome di Astinenza, allucinazioni, deliri, ecc.). Nell'accezione di questa parola non sono compresi (o lo sono solo parzialmente) il danno sociale (emarginazione, violenza, separazioni, affidamento di minori, perdita di ore lavorative, costo sanitario, etc...) e il danno d'organo (l'alcol può esercitare la sua azione tossica su tutti i distretti dell'organismo).

I PPAC non debbono essere intesi come separati tra di loro, ma come elementi che contribuiscono, in modo variabile, a dare quello che noi definiamo, in modo superficiale e spesso fuorviante, "semplicemente alcolista". Non si deve pensare che questo sia soltanto un problema di terminologia: dall'uso corretto delle definizioni discende la loro piena comprensione, una visione completa della complessità dell'intervento necessario, la possibilità di individuare percorsi diagnostici e terapeutico-riabilitativi efficaci; tutto ciò favorisce la comprensione della necessità di una reale integrazione tra le varie figure professionali coinvolte. Il trattamento deve, quindi, basarsi sulla multidisciplinarietà, con una particolare attenzione ad organizzarlo secondo una visione longitudinale che consenta di monitorare nel tempo i cambiamenti, considerando l'alta probabilità di ricadute per le persone che presentano queste problematiche.

### ***Alcune criticità di sistema***

Le cause della scarsa efficacia delle azioni volte ad affrontare i PPAC possono essere ricondotte a vari fattori, ma quello che ci sembra più rilevante è la mancanza di formazione universitaria sulle dipendenze in genere e sull'alcol in particolare. Nonostante la legge quadro sull'alcol (n. 125 del 2001) dia la possibilità di modificare gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni sanitarie o a quelle ad indirizzo sociale e psicologico, nonché al corso di laurea in medicina e chirurgia per assicurare l'apprendimento dell'alcolologia, ancor oggi vengono formati professionisti (medici, psicologi, sociologi...) che nulla sanno rispetto alla clinica delle dipendenze e dell'alcolismo in particolare.

È chiaro che in questa situazione i professionisti che verranno chiamati a occuparsi di queste problematiche si dovranno formare sulla base di esperienze locali e non su esperienze condivise a livello nazionale. I risultati sono quelli che abbiamo ottenuto con l'istituzione dei Sert (Servizi per le Tossicodipendenze) in cui gli operatori, spesso abbandonati a sé stessi, hanno adottato di frequente trattamenti diversificati, con obiettivi disomogenei da servizio a servizio e non sempre efficaci. Per dare una risposta a queste priorità nella finanziaria della Regione Lazio per l'esercizio 2009 (Legge regionale 24 dicembre 2008, n. 31, pubblicata sul Suppl. Ord.n.167 al B.U.R., Lazio n. 48, 27 dicembre 2008) è stato creato un fondo per il contrasto all'abuso di alcolici volto ad implementare e potenziare le attività del Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (CRARL).

### ***L'azione del Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (CRARL)***

Il CRARL ha principalmente sviluppato in questi anni, anche grazie al contributo rilevante del “Progetto Implementazione”, un modello eclettico ed originale di intervento (**“Modello Psicopatologico Integrato”**) in persone con problemi e patologie alcol-correlati (PPAC): questo approccio, ad impronta biologica e psico-sociale, cerca di tradurre operativamente le conoscenze scientifiche internazionali precedentemente richiamate.

In particolare, per affrontare fino in fondo la complessità della dipendenza e dell'alcolismo in particolare, occorre necessariamente individuare, farsi carico e gestire secondo questo modello, anche le determinanti sociali.

Riteniamo, infatti, che le problematiche economiche della povertà e dell'emarginazione si inseriscano a pieno titolo, *con un proprio ruolo naturale*, nell'approccio “clinico” della presa in carico della sofferenza umana. Quella che si potrebbe definire “*la condizione della persona nella polis*”, non può essere esclusa da una *valutazione clinica* delle malattia, così come il momento medico-biologico ha una sua *naturale rilevanza nel concorrere alla genesi della mancanza di salute* (cfr. definizione Salute O.M.S.) .

Secondo tale prospettiva, pertanto, il “progetto sociale” interessa in misura variabile tutti gli utenti del centro. L'alcolismo erode, in forme graduali che si manifestano nel tempo, la capacità dell'individuo di sviluppare, incrementare, articolare l'autonomia necessaria per la gestione della vita quotidiana e per la creazione di una progetto di vita. Il danno che ne consegue è variabilmente diffuso in tutti gli ambiti della vita: quello fisico, economico, psicologico, affettivo-relazionale e sociale.

La migliore risposta sociale, come ad esempio la risoluzione definitiva delle difficoltà alloggiative, non sarebbe comunque predittiva del perseguimento della sobrietà, poiché occorre che la persona aderisca con convinzione interiore e non conformistica, alla complessità del progetto terapeutico-riabilitativo proposto.

A titolo esemplificativo, per dare un saggio della complessità della domanda di salute che il CRARL è chiamato a soddisfare quotidianamente (come qualunque altro servizio alcolologico dovrebbe fare), di seguito sono indicati il numero di persone seguite nel Centro (anno 2013), il numero di famiglie supportate, il numero di persone sostenute a livello di alloggio e di reinserimento lavorativo.

<b>Numero pazienti in carico CRARL anno 2013</b>	
<b>I Visite</b>	421
<b>Pz ricoverati in DH</b>	350
<b>Pz ricoverati in H 24</b>	90
<b>Controlli Ambulatoriali</b>	1211
<b>Visite e consulenze alcolologiche in ambito trapiantologico</b>	410
<b>Numero famiglie prese in carico</b>	142
<b>Interventi a sostegno dell'emergenza abitativa</b>	69
<b>Interventi a sostegno dell'emergenza lavorativa</b>	182
<b>Interventi a sostegno delle problematiche legali</b>	76

### ***Le sinergie che il CRARL ha attivato per meglio rispondere alle sue finalità:***

Il CRARL, nell'ambito delle attività volte ad ottimizzare le risorse del territorio sta stipulando una serie di accordi di collaborazione con diverse Istituzioni tra cui ricordiamo:

- a) NIH-NIAAA (USA);
- b) Università Cattolica del Perù;

- c) Istituto Superiore di Sanità (ISS);
- d) Eбри CNR;
- e) CARITAS Diocesana di Roma;
- f) ASL RMD;
- g) Collegio degli Assistenti Sociali;
- h) Ordine delle Ostetriche del Lazio;
- i) Associazione Alcolisti Anonimi Area Lazio;
- j) Associazione Gruppi Familiari AlAnon;
- k) AlAteen;
- l) CeIS (Centro Italiano di Solidarietà);
- m) Comunità In Dialogo;
- n) Comunità di S. Egidio.

Ha stipulato, inoltre, convenzioni per il tirocinio di specializzazione con circa 20 scuole di Specializzazione in Psicoterapia (IFREP Roma, Scuola di Formazione quadriennale in Psicologia Clinica di Comunità e Psicoterapia Umanistica Integrata ASPIC etc...)

Il Centro, infine, stipulato una convenzione con il Municipio I Centro Storico di Roma per il progetto C.A.S.A. Alcol-Roma: Centro diurno per la Assistenza e cura sul territorio di persone Senza Fissa Dimora con l'erogazione di pasti gratuiti e terapia occupazionale.

## **PROGETTO**

### ***Introduzione***

I fondi stanziati nei primi tre anni di attività sono stati utilizzati per consentire al Centro Alcolologico di aumentare la sua capacità di risposta alle richieste del territorio. Dal 2008 sono aumentati sia i nuovi utenti che si sono rivolti al servizio, sia il numero di visite di controllo per persona e le visite ambulatoriali. E' stato elaborato e "messo in rodaggio" l'approccio clinico alla persona portatrice di problemi e patologie alcol-correlati secondo "*il modello psicopatologico integrato*".

E' stato rafforzato il rapporto con il Dipartimento Emergenza Accettazione che ha consentito una presa in carico più precoce ed efficace dei pazienti.

Pur avendo iniziato con un certo ritardo per problemi burocratico - amministrativi, è stato possibile attivare vari incontri formativi (per ora nella Province di Roma, Latina e Frosinone) e iniziare un processo, per la creazione di una rete territoriale: questa deve essere costruita necessariamente, in modo da coinvolgere tutti i servizi pubblici e del privato sociale, al fine di condividere le risorse di tutti per rispondere alle richieste e alle necessità riabilitative degli utenti.

Un particolare aspetto della attività di questi ultimi 3 anni, riguarda una maggiore attenzione ai pazienti candidati al trapianto di fegato o che sono già stati trapiantati.

Inoltre, è stata iniziata un'attività di rilevazione sui casi di Sindrome Feto Alcolica (FAS) ed è stata contestualmente avviata una attività di informazione/formazione degli operatori socio-sanitari a qualunque titolo investiti da questa patologia, attraverso anche una collaborazione internazionale con il National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism of the National Institutes of Health degli Stati Uniti d'America (NIAAA / NIH) per lo studio e la ricerca su questa patologia.

### ***INTERVENTO ANNO 2014 E PRIMO SEMESTRE 2015***

L'intervento proposto ricalca in parte quanto già sviluppato nei primi 3 anni del progetto, **per poter confermare e stabilizzare** quanto sinora ottenuto. Peraltro, pur migliorando, la

situazione resta critica: le carenze di personale e di spazi, continuano ad essere evidenti in tutti i settori professionali coinvolti nell'intervento, bio-medico e psico-sociale in persone con PPAC.

L'intervento che si propone vuole articolarsi in tre aree di azione:

- 1) AREA APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE**
- 2) AREA SINERGIA CON LE STRUTTURE DELL'AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I° E DELLA RETE OSPEDALIERA REGIONALE**
- 3) AREA INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO**

Nella prima si vuole corroborare il “modello psicopatologico integrato” anche rafforzando il concetto di rete sociale e di intervento psicoterapico, implementare l'assistenza alle persone in attesa di trapianto e/o trapiantati, prendersi cura delle persone con concomitanti problemi di tabagismo.

L'attivazione di uno stretto raccordo tra CRARL e DEA ha permesso di migliorare le capacità di individuazione dei pazienti con problemi alcol correlati al loro ingresso nell'ospedale consentendo l'avvio di questi utenti ad un percorso informativo/riabilitativo più efficiente; tuttavia non è ancora soddisfacente la realizzazione della “filiera” d'interventi che sarebbe necessaria per fornire un'assistenza socio-sanitaria-riabilitativa efficace. A tale proposito occorre sottolineare come sia strategica l'intensificazione della parte psico-sociale ad integrazione del momento bio-medico che ci si prefigge di attuare nella seconda area di azione.

Nella terza infine si vuole promuovere fattivamente un dialogo ed una collaborazione socio-sanitaria con tutte le strutture territoriali, pubbliche e del privato sociale investite dai PPAC.

## **1) AREA APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE**

**OBIETTIVI:**

- A) Confermare ed ampliare le azioni già intraprese nei primi anni del *Progetto Implementazione*;
- B) Rafforzare la rete sociale;
- C) Corroborare l'intervento psicoterapico;
- D) Implementare l'assistenza alle persone in attesa del trapianto e/o trapiantati;
- E) Prendersi cura delle persone con concomitanti problemi di tabagismo.

### **A) CONFERMARE ED AMPLIARE LE AZIONI GIÀ INTRAPRESE NEI PRIMI ANNI DEL PROGETTO IMPLEMENTAZIONE**

“Il modello psicopatologico integrato” che il CRARL ha proposto tenta, come detto in precedenza, di tradurre operativamente le attuali conoscenze scientifiche in materia e si caratterizza essenzialmente per le seguenti peculiarità:

- a) Presa in carico della persona e non del paziente, tenendo conto delle sue necessità mediche, psicologiche e sociali;
- b) Uguale dignità ed attenzione alla sfera medica, psicologica e sociale focalizzando l'attenzione e gli interventi dell'equipe sulla/e dimensione/i più critica/critiche che la persona presenta;

- c) Equipe multidisciplinare composta da differenti professionisti che condividano un paradigma comune di intervento;
- d) Un approccio di salute mentale a valenza ecologico-riabilitativa;

Pertanto il professionista alcolologo si pone al centro di una rete che inizia con la disintossicazione in ambiente protetto, per proseguire con il trattamento psicologico-riabilitativo e termina con il reinserimento del soggetto stesso nell'ambiente sociale, lavorativo e familiare. Il percorso si articola quindi con l'integrazione di vie convergenti che tendono al benessere della persona affetta da problemi alcol-relati, dal punto di vista psicologico, sociale e medico: una corretta valutazione ed inquadramento di tutte queste problematiche è essenziale per una buona riuscita dell'intervento riabilitativo. In **allegato 1, "Attività Medica"**, sono dettagliate le attività messe in opera a questo proposito.

Riguardo le determinanti psicologiche l'intervento attuato in questi anni e che si intende confermare-rafforzare consiste:

- a) Nel trattamento Motivazionale
- b) Nel trattamento rivolto alle famiglie secondo un'ottica sistemico-relazionale;
- c) Nel trattamento individuale secondo un approccio cognitivo-comportamentale.

Per ulteriori dettaglio delle azioni intraprese vedi **allegato 2 "Attività Psicologica"**.

Riguardo le determinanti sociali il CRARL si è posto, sostanzialmente, un obiettivo strategico che intende rafforzare:

- I. Valutare in sede diagnostica nelle prime due settimane di valutazione "*la condizione della persona nella polis*", nel contesto del "modello psicopatologico integrato";

### ***I La condizione della persona nella polis***

La dimensione sociale della persona si articola essenzialmente in 3 ambiti di valutazione:

-*Bisogni economico-sociali della persona* ;

-*Sistema sociale di riferimento*;

-*Agire sociale della persona*;

*Bisogni economico-sociali della persona*

In questo ambito, si valuta la gravità e la rilevanza dei bisogni economico-sociali della persona considerando la personalità dell'individuo come l'incontro indissolubile delle variabili economiche, sociali e individuali. Si prende in esame anche l'integrazione tra lavoro e strumenti culturali, la riduzione delle risorse economiche, la disoccupazione involontaria del singolo individuo e del suo nucleo familiare, il reddito, le condizioni alloggiative, le problematiche legali, il carattere temporale di accesso ai servizi territoriali per problematiche psichiatriche o di tossicodipendenza.

*Sistema sociale di riferimento*

Questo livello di valutazione si prefigge di analizzare i fattori di "patologia di sistema" che hanno inciso, in misura diversa, per ogni singolo individuo, nell'innescare e/o aggravare una condizione psicopatologica di base.

I fattori di "patologia di sistema" riguardano, principalmente, le carenze nell'integrazione terapeutico-sociale attraverso l'offerta lavorativa e l'inserimento sociale.

*Agire sociale della persona*

Nel terzo ambito, si valutano globalmente i fattori sopra individuati mettendoli in relazione alle reazioni della persona vista come membro appartenente ad un gruppo sociale presente nella comunità. Particolare riguardo è dato alla analisi della percezione del pensiero sociale (locus of control, *self-serving*, *bias*, autostima/autocontrollo, errore fondamentale di attribuzione, ecc.), dell'influenza sociale (conformismo, norma sociale, de-individuazione,

ecc.) e delle relazioni sociali (aggressività, relazioni interpersonali significative, pregiudizio sociale, comportamento pro-sociale o altruismo ecc.).

Tutte queste azioni, pertanto, sono all'insegna di un'opera di stimolo all'integrazione, delle varie componenti professionali del servizio, al fine ultimo di garantire il benessere bio-psico-sociale della persona, così come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, volta a "curare" il disagio della persona sotto tutti gli aspetti (corpo, mente, ambiente).

Alla luce di quanto sopra dettagliato ci prefiggiamo l'obiettivo strategico di confermare e stabilizzare il modello psicopatologico integrato, ribadendo come sia un unicum nel panorama della Clinica delle Dipendenze anche in considerazione della reale integrazione, ed uguale dignità, delle componenti biomedica-psicologica e sociale.

## 2) RAFFORZARE IL CONCETTO DI RETE SOCIALE

Intendiamo per "Rete Sociale", come accennato in precedenza, la condivisione di un processo di sostegno alla persona, piuttosto che il semplice insieme di "strutture" territoriali stabilmente costituite.

La rete sociale, infatti, scaturisce ed è parte integrante delle politiche del lavoro, dei meccanismi di protezione sociale che la società, in un certo periodo storico, è in grado di sviluppare, delle conoscenze scientifiche che è in grado di integrare, della capacità di organizzazione sanitaria e socio-sanitaria, prodotta in base a tali conoscenze.

Riteniamo necessario che l'attuale sistema di rete sociale, molto centrata sull'emergenza intervenga più incisivamente anche nella gestione delle recidive e della prevenzione.

### *Articolazioni della rete sociale*

Le articolazioni della rete sociale possono essere schematizzate in tre momenti e comprendono, nel nostro caso, l'insieme delle strutture sanitarie e sociali del territorio di Roma e della Regione Lazio. Come si è detto, la struttura ospedaliera è parte della rete sociale e non si identifica o sostituisce ad essa.

I tre momenti sono *l'emergenza psichiatrica e/o la fase di acuzie di dipendenza alcolica, la gestione psicopatologica e la continuità assistenziale - l'integrazione sociale.*

### *Emergenza psichiatrica e/o la fase di acuzie di dipendenza alcolica*

Nel momento in cui l'individuo entra in contatto con le istituzioni sanitarie o sociali per essere assistito incontra notevoli difficoltà, poiché il fenomeno della dipendenza viene spesso sottovalutato nelle strutture sanitarie e non è affrontato adeguatamente nell'emergenza psichiatrica.

### *La gestione psicopatologica*

La gestione psicopatologica riguarda tutti i pazienti che in qualche modo entrano in contatto con un centro alcologico, ricevendo cure adeguate sotto un profilo interdisciplinare di carattere medico, psicologico e sociale.

I pazienti possono affluire ai centri alcologici, dai servizi territoriali, dalla medicina di base, dai reparti ospedalieri o dal DEA e, non da ultimo, dalle associazioni del privato sociale/del pronto intervento sociale comunale.

La disintossicazione è condizione irrinunciabile per affrontare l'intervento psicopatologico e socio riabilitativo, poiché nella fase di intossicazione, il cervello permane disfunzionale per un periodo variamente prolungato durante il quale i processi di apprendimento e memorizzazione sono alterati.

Valutare la gravità del processo patologico significa analizzare l'insieme degli aspetti bio-

medici, psicologici e sociali, individuarne il loro *peso relativo* e le loro interconnessioni in ogni singolo caso; già nelle prime fasi successive al completamento della disintossicazione, nel contesto del progetto terapeutico si procede all'invio dei pazienti, ai servizi territoriali opportuni nella sede dell'area di competenza e di residenza dell'utente. Questo invio, per il CRARL, avviene attraverso la mediazione degli psicologi e assistenti sociali che attivano i servizi individuati.

#### *La continuità assistenziale - l'integrazione sociale*

L'invio di una persona ai servizi territoriali non riguarda un semplice demandare alla struttura di riferimento, piuttosto concerne una ricomposizione delle problematiche personali nelle diverse aree, compatibilmente con il funzionamento e l'efficacia dei servizi territoriali.

Ci si propone, di sperimentare a tale livello, l'approccio organizzativo-gestionale della "Continuità Assistenziale" tra aspetti sanitari e sociali. Si usa il termine "sperimentare" poiché gli organismi istituzionali non sono sempre preposti naturalmente alla "continuità", ma tendono a separare gli aspetti sanitari da quelli sociali.

Se la persona, ad esempio, presenta una condizione di emarginazione, si attivano i servizi sociali e quelli per l'accoglienza notturna. Le problematiche di lavoro, magari, vengono affrontate attraverso i centri per l'impiego ecc.

Una efficiente integrazione sociale riguarda l'applicazione ed il funzionamento di tutti meccanismi di protezione sociale che vanno a completare e rafforzare il trattamento bio-medico e psicologico.

L'integrazione sociale è un processo dinamico, a lungo termine, che si pone in continuità assistenziale tra l'emergenza sanitaria e l'inserimento nella collettività. Esso, comprende la fase di gestione psicopatologica di preparazione dell'utente ad uno stile di vita nuovo con atteggiamenti legati alla sobrietà.

## B) CORROBORARE L'INTERVENTO PSICOTERAPICO

Poiché la dimensione psicologica risulta critica nell'ambito del *Metodo Psicopatologico Integrato* adottato dal CRARL., il Centro intende rafforzare il sostegno psicologico ai propri utenti mettendo in essere strategie terapeutiche diverse a seconda dei bisogni della persona, che verranno di seguito elencate insieme al loro razionale.

#### *Trattamento Motivazionale*

Durante il periodo di disintossicazione dall'alcol, i Colloqui Motivazionali consentono di individuare lo stadio in cui la persona si trova lungo il continuum della motivazione (stadio Pre-contemplativo, Contemplativo, di Determinazione, di Azione e di Mantenimento). In questi colloqui inoltre si analizzano concretamente le conseguenze del bere e si pianificano le modificazioni ambientali e relazionali che sostengono il cambiamento avvenuto, fino allo stadio del Mantenimento, attraverso la prevenzione delle ricadute che prevede misure di sostegno a lungo termine al fine di consolidare il cambiamento stesso.

#### *Trattamento Cognitivo-comportamentale*

Il Modello Cognitivo-Comportamentale è una altra strategia che si è sperimentata in questi ultimi 3 anni. Diversi studi, nazionali ed internazionali, hanno dimostrato l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale nella presa in carico di pazienti con dipendenza patologica, sia nel raggiungimento iniziale dell'astinenza che nel cambiamento a lungo termine. È un trattamento a breve termine implementabile con relativo sforzo e costo, ben



strutturato, orientato all'obiettivo, focalizzato sui problemi attuali; applicabile ad una varietà di setting (pazienti ricoverati e non ricoverati), come trattamento individuale o di gruppo; compatibile con altri tipi di trattamento (ad esempio quello farmacologico); fornisce all'utente strategie utili per gestire problemi direttamente e indirettamente collegate all'uso di alcol.

#### *Trattamento familiare/dei caregiver*

L'importanza del sostegno alla famiglia della persona con problemi dovuti all'alcol all'interno del contesto sociale in cui vive, ma anche l'importanza della rete dei servizi locali, territoriali e così via, che si occupano di tutti gli aspetti volti a garantire una buona qualità della vita, è strategico ai fini di prevenire i rischi di ricaduta. Ciò ha anche un notevole impatto sociale, dal punto di vista di una maggiore sicurezza di vita da parte della persona, ma anche di chi potrebbe entrare in contatto e/o in relazione con lui per qualunque motivo (in famiglia, nella coppia, sul lavoro, alla guida di un'auto). L'intervento che si offre è di impronta sistemico relazionale.

Il Metodo Sistemico-Relazionale si è rivelato molto efficace, anche avvalorato dall'esistenza di molteplici ricerche, ormai sempre più numerose, riguardanti la validità di tale modello nei più svariati campi della salute mentale, nondimeno nella psicoterapia delle tossicodipendenze. Si tratta di un metodo integrato, che, proprio per questo, dà la possibilità di spaziare rispetto anche ad altri metodi, quali l'approccio cognitivo-comportamentale, transazionale, psicodinamico, ecc., nel rispetto del loro valore e della loro efficacia e garantendo la possibilità di dialogare tra loro dei vari approcci, ma anche delle diverse discipline (medica, psichiatrica, e così via) e delle diverse e molteplici strutture, aspetto che in un Servizio Pubblico è necessario ed importante.

Il modello parte dal presupposto che il sintomo presentato sia, in realtà, il segnale di un malfunzionamento del contesto ambientale (familiare, lavorativo, sociale) in cui questo si trova a vivere a partire dall'uso, per esempio, di un tipo di comunicazione disfunzionale che si ripete in tale contesto. Pertanto, la modifica della situazione disfunzionale e il riconoscimento del sintomo come "sintomo familiare e/o sociale", consente la facilitazione del cambiamento (nella fattispecie l'interruzione del comportamento del bere) e il successivo mantenimento di esso, naturalmente in concomitanza con le cure mediche e psichiatriche di cui la persona necessita.

### C) ALCOL E TRAPIANTI

Questo è un argomento che, in Italia, viene spesso affrontato in maniera incompleta da parte delle strutture sanitarie preposte, le quali considerano trattabili e ammissibili in lista trapianti, tutti coloro che smettono di bere almeno per sei mesi. Questo approccio deriva dalla cattiva conoscenza delle dipendenze in genere e dell'alcolismo in particolare. Infatti sei mesi di astinenza vengono "certificati" sulla base delle dichiarazioni dei pazienti, che hanno tutti gli interessi ad affermarlo, al fine di accedere al trapianto. In realtà manca la preparazione specifica per rilevare eventuali consumi alcolici e/o motivare all'astensione dagli stessi. Inoltre i centri trapianto non sono adeguatamente strutturati per il monitoraggio dell'astinenza nel pre e post trapianto e delle criticità legate alla patologia cronica-ricidivante legati alla dipendenza da alcol. Per una corretta valutazione e per un approccio efficace è necessario porre in essere tutta una serie di interventi attraverso un coinvolgimento di varie figure professionali che debbono dare supporto ed intervenire nei momenti di difficoltà.

Durante i tre anni del progetto di cui al precedente finanziamento da parte della Regione Lazio, il CRARL ha mantenuto una linea d'intervento risultata efficace ai fini del recupero e del mantenimento della salute psicofisica delle persone prese in carico, inviati dai gastroenterologi del Gruppo Trapianti di Fegato del Policlinico Umberto I, in seguito alla rilevazione del problema dell'abuso di alcol mediante l'anamnesi, monitorandone i sei mesi di astinenza prima dell'inserimento nella lista d'attesa per il trapianto epatico e i successivi periodi di follow up dopo il trapianto stesso.

Le fasi di intervento sono state e saranno le seguenti:

*Fase I: monitoraggio prima dell'inserimento in lista d'attesa per il trapianto epatico;*

*Fase II: monitoraggio durante l'attesa in lista;*

*Fase III: monitoraggio in fase immediatamente post-operatoria;*

*Fase IV: monitoraggio a lungo termine (follow-up) in seguito all'intervento di trapianto; (per ulteriori approfondimenti vedi Allegato 3)*

Sulla scorta di questa esperienza cercheremo di migliorare e rafforzare la presa in carico anche del sistema familiare delle persone in cura rispetto ai trapianti di fegato ed inoltre cercheremo di estendere la nostra esperienza anche ad altre tipologie di trapianti: in primo luogo quello cardiaco.

#### **D) RELAZIONE FRA SINDROME ALCOLICA E TABAGISMO**

In un'ottica di presa in carico olistica della persona con PPAC non possiamo non considerare che l'87% delle persone con AUD sono fumatori e che la nicotina amplifica gli effetti dell'alcol, per cui è in grado di facilitare le ricadute nell'uso anche di alcol. Abbiamo, quindi, attuato un iniziale percorso volto ad intervenire direttamente su questa dipendenza, in soggetti alcolisti e, pertanto, nel progetto sono state inserite altre risorse, necessarie per poter affrontare in modo adeguato questa problematica. Inoltre, considerate le nuove acquisizioni sulla dipendenza da alcol, verranno affrontate quelle condizioni che ne favoriscono l'insorgenza e che ne consentono il mantenimento.

#### **3) AREA SINERGIA CON LE STRUTTURE DELLA AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I° E RETE OSPEDALIERA REGIONALE**

##### **A) RAPPORTI CON IL DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA)**

Nella letteratura internazionale è riportato che una percentuale variabile tra il 20 e il 40% delle persone che vengono ricoverate in ospedale presentano Patologie alcol correlate. Nella nostra esperienza questa percentuale è di circa il 28%, ma soltanto nel 5% dei pazienti viene riconosciuto l'abuso o la dipendenza da alcol. Pertanto il 23% dei pazienti ricoverati per problematiche dipendenti dall'alcol non viene individuato e, di conseguenza, non viene intrapreso un percorso teso alla soluzione del problema. Tale importante sottostima riguardo l'abuso e la dipendenza da alcol, si traduce, oltre che con un impatto sulla salute dei soggetti interessati, anche con un aggravio sul costo sociale stimabile con un'incidenza sul PIL nazionale in cifre variabili tra il 2 e il 5% in termini di danni materiali sia a persone che a beni. Questi dati possono essere naturalmente amplificati dai flussi migratori: circa il 25% degli immigrati infatti va incontro a patologie alcol correlate per abuso alcolico facilitato dalla mancanza: di lavoro, della famiglia e frequentemente anche di una sede abitativa

stabile.

Sulla base di tali considerazioni, quotidianamente un medico del CRARL continuerà a recarsi presso il DEA e sarà disponibile per le consulenze richieste dai colleghi del pronto soccorso, per garantire una migliore e più capillare assistenza ai pazienti alcolisti che vengono ricoverati in regime di urgenza. In questo modo è garantito un percorso di tipo assistenziale medico-sociale atto a fornire al paziente un'assistenza immediata e adeguata. Tale modalità applicata attraverso l'effettuazione di consulenze nei reparti di medicina e chirurgia aziendali permette l'implementazione della rete assistenziale con invio in ultima analisi dei pazienti presso il CRARL.

Ci si prefigge quindi l'obiettivo di migliorare i percorsi di invio delle persone dal DEA al Centro, anche attraverso la formazione degli operatori a qualunque titolo coinvolti nel processo di cura nel DEA affinché migliorino nella capacità di individuazione e valutazione dell'alcolismo e della sindrome di astinenza alcolica.

## **B) RAPPORTI CON LA RETE OSPEDALIERA REGIONALE E I SERVIZI TERRITORIALI**

Il progetto Implementazione vuole avviare una proficua sinergia con la rete ospedaliera della Regione Lazio per migliorare la informazione, sensibilizzazione e formazione ai PPAC.

In tal modo si otterrà una maggiore individuazione dei soggetti a rischio e l'inizio di un percorso di presa in carico della persona a partire dal problema sanitario sino all'intervento sulle dinamiche familiari e sociali con il corretto invio alle strutture (pubbliche e del privato sociale) preposte sul territorio.

A tal fine il CRARL potrà utilizzare i dati ottenuti dal progetto Servizi Alcolologici Mappati (S.A.M.) che ha consentito di rilevare una mappatura dei Servizi Alcolologici presenti sul territorio della regione Lazio.

Questo progetto ha permesso di evidenziare le peculiarità e le tipicità dei servizi, gli interventi erogati e, infine, i risultati ottenuti.

## **C) AREA INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO IN COLLEGAMENTO CON IL PROGETTO S.A.M.**

L'integrazione con il Territorio è un settore molto carente nel campo delle dipendenze anche se è uno dei più considerati attraverso finanziamenti di progetti volti soprattutto alla prevenzione primaria e a quella secondaria.

È utile e necessario far acquisire agli operatori del settore le capacità di integrarsi con le altre professionalità per progettare percorsi terapeutici nuovi che intervengano sui vari settori coinvolti nella dipendenza.

È strategico inoltre perseguire una politica di unificazione delle conoscenze affinché si possa raggiungere una vera integrazione professionale multidisciplinare, con un dialogo reale tra gli operatori (medici, psicologi, assistenti sociali, ecc..) che li renda capaci di parlare un linguaggio comune tale da affrontare in modo concreto ed efficace la dipendenza da alcol. Queste attività sono già avviate, ma devono continuare per raggiungere tutti gli operatori in un processo continuo di aggiornamento e condivisione delle conoscenze.

Questo processo dovrà mirare alla costituzione/rafforzamento di una rete alcolologica articolata sul territorio del Lazio che condivida azioni ed obiettivi basati sulle più consolidate conoscenze della dipendenza da alcol e possa sostenere l'azione del CRARL nella ricerca di

nuove opportunità terapeutico riabilitative. Questo fine potrà essere raggiunto attraverso la realizzazione di una “filiera” di interventi che, iniziando negli ospedali, possa accompagnare le persone sul territorio regionale con l'utilizzo di una fitta rete territoriale in grado di garantire una valida continuità assistenziale volta a favorire e stimolare un percorso di cambiamento.

Questo è anche l'obiettivo principale della prosecuzione del progetto S.A.M. che nella sua seconda parte (S.A.M. II) si focalizzerà sulla condivisione degli interventi, sull'erogazione e valutazione servizi socio-sanitari della rete alcologica della Regione Lazio.

E' importante ricordare infine che l'alcologia nella propria tradizione d'intervento ha sviluppato delle reti autonome di auto-aiuto (Alcolisti Anonimi, AA) e di organizzazione di volontariato (Club Alcolisti in Trattamento o Territoriali, CAT). Gli alcolisti anonimi, presenti in tutto il mondo, sono un'organizzazione di alcolisti che praticano ed aiutano altri alcolisti a praticare la sobrietà o astinenza dall'alcol. I CAT, invece, sono un'organizzazione in cui, al proprio interno sono presenti dei volontari che organizzano le attività insieme agli alcolisti ed ai familiari degli alcolisti. Attualmente sono presenti sul territorio della Regione Lazio circa 37 club.

Per sviluppare una feconda sinergia con il Territorio si intende:

- sfruttare le risorse fornite dal progetto S.A.M.;
- attivare momenti di formazione/informazione rivolti a tutti i soggetti a qualunque titolo coinvolti dal fenomeno alcol;
- rafforzare la sinergia con i gruppi di auto-mutuo aiuto.

*Sfruttare le risorse fornite dal progetto S.A.M.*

Con il progetto S.A.M., finanziato dalla Regione Lazio, che avrà una durata di 15 mesi, il CRARL ha avviato un monitoraggio dei servizi offerti alla popolazione della Regione Lazio, nella ottica di migliorare l'offerta di cura e di valorizzare le attività presenti, dando loro maggiore visibilità, facendo pubblicità ai servizi pubblici e del privato sociale.

A questa azione in S.A.M. si affiancherà una attività di divulgazione: INCONTRI DI RETE, che si concretizzerà con una serie di incontri-conferenze, per i cittadini della Regione Lazio, per gli operatori delle ASL e del privato sociale per far conoscere i servizi che riguardano tutte le dipendenze: alcolismo, tossicodipendenze, fumo, gioco. Gli incontri istituzionali permetteranno di avviare una attività che si chiamerà: COLLABORIAMO-INSIEME in cui si sottoscriveranno protocolli di intesa con le associazioni del privato sociale presenti in ogni provincia della Regione Lazio.

Ciò consentirà, nella ottica di una condivisione di modalità operative, di potenziare la coerenza degli interventi psico-sociali e delle attività di volontariato e di assistenza sociale. Si implementerà, inoltre, l'attività di individuazione di eventuali sedi decentrate per l'ulteriore sviluppo su base territoriale dei Servizio Alcolologici regionali, al fine di estendere le attività di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione socio-lavorativa dei soggetti con patologie alcol –correlate e assistenza alle famiglie.

Tutte queste azioni avranno l'intento di una maggiore valorizzazione del lavoro di volontariato, del servizio civile e dei servizi sociali, anche volti al supporto dei migranti e delle nuove povertà.

In sinergia con il progetto S.A.M. il progetto IMPLEMENTAZIONE elaborerà e promuoverà modelli di formazione e aggiornamento periodico per operatori pubblici e privati attivi, anche formulando e sperimentando protocolli diagnostici terapeutici di tipo farmacologico, psicologico e sociale che prevedano la gestione dell'utente e della sua famiglia a breve e a lungo termine, in un percorso terapeutico e riabilitativo integrato e multidisciplinare. Questa

modalità di divulgazione e aggiornamento scientifico dei lavoratori dei Ser.T. e del privato sociale accreditato, sarà sostenuta anche dalle Linee Guida elaborate nel progetto S.A.M. e pubblicate sul PORTALE. Il progetto IMPLEMENTAZIONE collaborerà con il progetto S.A.M. fornendo i risultati della ricerca già avviata, del progetto già svolto e in itinere e le esperienze formative già costruite.

*Attivare momenti di formazione/informazione rivolti a tutti i soggetti a qualunque titolo coinvolti dal fenomeno alcol*

La mancanza di formazione universitaria fa sì che vengano intraprese molte strade, non sempre adeguate, nel tentativo di affrontare il problema alcol con uno spreco di risorse umane ed economiche, con risultati non sempre verificabili e supportati da informazioni pseudoscientifiche.

È utile e necessario diffondere queste conoscenze che siano basate sull'evidenza scientifica tra gli operatori del settore che ancor oggi seguono modelli "antiquati" e poco efficaci. Inoltre, è necessario perseguire una politica di unificazione delle conoscenze affinché si possa raggiungere una vera integrazione professionale multidisciplinare, con un dialogo reale tra gli operatori (medici, psicologi, assistenti sociali, ecc..) che li renda capaci di parlare un linguaggio comune tale da affrontare in modo concreto ed efficace la dipendenza da alcol. Questa attività è già iniziata, ma deve continuare per coinvolgere tutti gli operatori in un processo continuo di aggiornamento e condivisione delle conoscenze. Questo processo dovrà mirare alla costituzione di una rete alcologica articolata sul territorio del Lazio che condivida azioni ed obiettivi basati sulle più consolidate conoscenze della dipendenza da alcol in tutti i suoi aspetti e problemi, e possa sostenere l'azione del CRARL nella ricerca di nuove opportunità terapeutico riabilitative.

*Rafforzare la sinergia con i gruppi di auto-mutuo aiuto*

La rete dei gruppi di auto-aiuto costituisce, laddove è presente, una risorsa importante di sostegno nel rinforzo della sobrietà.

Gli Alcolisti Anonimi (AA) e i Club Alcolisti in Trattamento/Territoriali (CAT) si situano (come altre associazioni similari) all'interno della rete sociale e rappresentano dei punti di riferimento per i pazienti che intendono intraprendere un percorso di sobrietà rispetto all'alcol.

---

## **SINOSSI DELLE AZIONI**

---

In continuità con gli anni precedenti e sulla base della esperienza già consolidata le attività che verranno svolte nei 18 mesi del progetto saranno così sintetizzate:

### **AREA APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE**

- 1) **Confermare ed ampliare le azioni già intraprese nei primi anni del Progetto Implementazione**
  - a. stimolando il lavoro integrato di equipe che condivida un paradigma culturale unico della presa in carico di questa malattia. Ciò verrà favorito dalla creazione di un database attraverso la redazione e la conseguente immissione digitale di appropriate schede raccolte dati. Tale lavoro verrà svolto da ciascun operatore coinvolto nel progetto implementazione secondo

- il proprio profilo professionale. Gli stessi operatori saranno impegnati a verificare l'efficacia e utilizzare la raccolta dati informatizzata (cartella, già realizzata con altri finanziamenti) al fine di avere tutti i dati della persona atti a migliorare il loro (e delle loro famiglie) status bio-psico-sociale;
- b. migliorando il modello di follow up, al fine di ottenere una maggiore adesione al trattamento proposto mediante la rilevazione costante di tutti gli aspetti relativi all'area bio-psico-sociale anche in relazione agli esiti dell'affidamento ai servizi sociali per mezzo di appropriate schede raccolta dati che vadano ad integrare il database di cui al punto a);
- 2) **Rafforzare la Rete Sociale** promuovendo ed avviando nella fase di post-acuzie il processo di trasformazione e di integrazione sociale della persona, anche lavorando in sinergia con le strutture territoriali e con il progetto S.A.M..
  - 3) **Corroborare l'intervento psicoterapico**
    - a. attraverso la sperimentazione di modelli specifici di integrazione tra trattamento medico, counseling psicologico, e counseling sociale. Le famiglie verranno coinvolte al fine di una migliore integrazione socio-affettiva, per mezzo dell'“Allenamento alla comunicazione” (strategia volta a migliorare la capacità di esprimere le proprie richieste).
    - b. Attraverso interventi di supporto alle famiglie in termini clinici e di informazione (psico-educazione): implementazione dell'attività di psicoterapia familiare e promozione di gruppi psico-educazionali
  - 4) Sperimentazione e attuazione di un protocollo specifico di trattamento delle persone inseriti nel percorso **trapianto** di fegato per un miglioramento degli esiti dei trapianti al fine di migliorare la loro gestione e delle famiglie sul territorio e di prevenzione delle ricadute.
  - 5) Attuazione e disseminazione di un modello di trattamento del tabagismo in relazione a persone con dipendenza da alcol, al fine di migliorare la loro gestione anche da parte dei medici di base e del privato sociale inviante (Comunità, Case Famiglia, ricoveri notturni, ecc.).

## **AREA SINERGIA CON LE STRUTTURE DELLA AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I° E RETE OSPEDALIERA REGIONALE**

- 1) **Rapporti con il DEA**
  - a. Consulenze presso il D.E.A. per migliorare la presa in carico delle persone con PPAC e il loro invio al trattamento integrato;
  - b. Sviluppare le consulenze e la formazione di una rete all'interno dei reparti (chirurgia d'urgenza, politraumatismi, ecc.)
  - c. Sviluppo e disseminazione di protocolli per pz alcolisti Senza Fissa Dimora;
- 2) **Rapporti con la rete ospedaliera regionale e i servizi territoriali**
  - a. Attività di formazione mediante E.C.M. rivolta a tutti gli operatori coinvolti nella presa in carico di persone con PPAC;

- b. Coordinamento delle attività dei singoli servizi rilevati attraverso il progetto S.A.M.

## **AREA INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO IN COLLEGAMENTO CON IL PROGETTO S.A.M.**

### **1) Sfruttare le risorse fornite dal progetto S.A.M.**

- a. Disseminazione dei modelli di comunicazione sperimentati, nelle Conferenze Incontri di Rete del progetto S.A.M.;
- b. Attivazione e implementazione di sinergie con i servizi territoriali sociali e sanitari : attraverso incontri di rete ed avviamento di collaborazioni professionali;
- c. Utilizzazione delle esperienze di collaborazione specifica che si sono sviluppati con i settori del privato sociale (cooperative di lavoro, Caritas, Comunità Sant'Egidio, comunità) e con operatori istituzionali (Sala operativa comunale Roma Capitale, Municipi, ecc.), con il volontariato (C.E.S.V., S.P.E.S.), con Ministeri e I.S.S. quali esempi di lavoro di rete nell'ambito del progetto S.A.M..
- d. Condivisione di Linee Guida di intervento con i Servizi Territoriali raggiunti dal CRARL attraverso il Progetto SAM.

### **2) Attivare momenti di formazione / informazione rivolta a tutti i soggetti a qualunque titolo coinvolti dal fenomeno alcol**

- a. Esposizione dei progetti sociali che sono stati sviluppati negli anni quali esempi di sinergia istituzionale;
- b. Implementazione del sito web del CRARL attraverso la redazione di schede/documenti informativi, a carattere prevalentemente divulgativo, da parte di ciascun operatore coinvolto nel progetto implementazione da parte di ciascun operatore secondo il proprio profilo professionale.
- c. Redazione di lavori scientifici, anche a carattere divulgativo, da pubblicare su riviste nazionali e/o internazionali da parte di ciascun operatore coinvolto nel progetto implementazione secondo il proprio profilo professionale al fine di un incremento delle conoscenze;
- d. Partecipazione a congressi nazionali ed internazionali da parte di ciascun operatore coinvolto nel progetto implementazione secondo il proprio profilo professionale allo scopo di partecipare e divulgare il lavoro svolto presso il CRARL.
- e. Attività di formazione rivolta ai professionisti e dipendenti dei Servizi di Alcologia e ai medici di base, al fine di prevenire i PPAC ed avviare i pazienti e familiari al Servizio più adeguato rispetto alle esigenze presentate.

### **3) Rafforzare la sinergia con i gruppi di auto-mutuo aiuto**

- a. Favorire una maggiore accessibilità alle proposte delle varie associazioni

- attraverso la loro pubblicizzazione sul sito web del CRARL;
- b. Favorire l'accesso delle associazioni auto-mutuo aiuto nei servizi per migliorare la conoscenza delle stesse ed agevolare l'inserimento delle persone nei percorsi da queste offerti;
- c. Diffondere attraverso i servizi, anche individuati grazie al progetto S.A.M. di materiale informativo prodotto dalle associazioni in questione.

## CRONOPROGRAMMA

2014	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic
Confermare ed ampliare le azioni già intraprese nei primi anni del Progetto Implementazione	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rafforzare la rete sociale;	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Corroborare l'intervento psicoterapico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Implementare l'assistenza alle persone in attesa del trapianto e/o trapiantati				x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rapporti con il dipartimento emergenza e accettazione (DEA)									x	x	x	x
Rapporti con la rete ospedaliera regionale e i servizi territoriali									x	x	x	x
<b>AREA SINERGIA CON LE STRUTTURE DELLA AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I° E RETE OSPEDALIERA REGIONALE</b>									x	x	x	x

2015	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett
Confermare ed ampliare le azioni già intraprese nei primi anni del Progetto Implementazione	x	x	x	x	x	x			
Rafforzare la rete sociale;	x	x	x	x	x	x			
Corroborare l'intervento psicoterapico	x	x	x	x	x	x			
Implementare l'assistenza alle persone in attesa del trapianto e/o trapiantati				x	x	x			
Rapporti con il dipartimento emergenza e accettazione (DEA)	x	x	x	x	x	x			
Rapporti con la rete ospedaliera regionale e i servizi territoriali	x	x	x	x	x	x			
Area Sinergia con le strutture della Azienda Policlinico Umberto I° e rete Ospedaliera Regionale	x	x	x	x	x	x			
Relazione delle attività svolte e presentazione dei risultati					x	x	x	-	x



**BUDGET ECONOMICO:**

Di seguito si riportano i dettagli del budget

In via di attuazione potranno verificarsi degli scostamenti tra una voce e l'altra che verranno comunicati alla Regione Lazio. Per scostamenti superiori al 10%, si richiederà apposita autorizzazione. Si propone preventivo suddiviso a cascata, tra le varie azioni. In via di attuazione potranno verificarsi degli scostamenti tra una voce e l'altra che verranno comunicati alla Regione Lazio. Per scostamenti superiori al 10%, si richiederà apposita autorizzazione.

**Totale spese 2014**

<b>Personale</b>	<b>n. addetti</b>	<b>Costo/ora</b>	<b>(quantità)</b>	<b>Costo/addetto</b>	<b>Totale</b>
1. Operatori					
professionisti	9,00				
1.1 Psicologi	3,00	23,00	19,00	22724,00	68448,00
1.1 Psicologi	1,00	23,00	24,50	29302,00	29328,00
1.2 Medico	1,00	26,50	34,50	47541,00	47541,00
1.2 Medico	1,00	26,50	34,50	35463,00	35463,00
1.2 Medico psichiatra	1,00	26,50	25,00	34450,00	34450,00
1.2 Medico DEA	1,00	26,50	34,50	47541,00	47541,00
1.3 Biologo	1,00	23,00	24,00	28704,00	28704,00
Personale amministrativo	1				13000,00
<b>TOTALE SPESE PERSONALE</b>					<b>304475,00</b>
<b>ALTRE SPESE</b>					
1. Spese per eventi formativi, produzione, acquisto materiale informativo/, divulgativo(depliant, manifesti,DVD, ecc..).					29000,00
1. manutenzione e gestione sito Web					
2. Spese per attrezzature informatiche/telefoniche					
3. Spese materiale di laboratorio					26525,00
4. Manutenzione attrezzatura informatica					
5. Missioni					
<b>TOTALE SPESE NON PERSONALE</b>					<b>55525,00</b>
<b>TOTALE SPESE</b>					<b>360000,00</b>

<b>SPESE PRIMI 6 MESI 2015</b>					
Personale	n. addetti	Costo/ora	(quantità)/ anno	Costo/addetto/ anno	
<b>1. Operatori</b>					
professionisti	9				
1.1 Psicologi	3	23	19	22724	34224,00
1.1 Psicologi	1	23	24,5	29302	14664,00
1.2 Medico	1	26,5	34,5	47541	23770,50
1.2 Medico	1	26,5	34,5	35463	17731,50
1.2 Medico psic	1	26,5	25	34450	17225,00
1.2 Medico DEA	1	26,5	34,5	47541	23770,50
1.3 Biologo	1	23	24	28704	14352,00
Personale ammi	1				6500,00
<b>TOTALE SPESE PERSONALE</b>					<b>152237,50</b>
<b>ALTRE SPESE</b>					
1. Spese per eventi formativi, produzione, acquisto materiale informativo/, divulgativo(depliant, manifesti,DVD, ecc..).					14500,00
1. manutenzione e gestione sito Web					
2. Spese per attrezzature informatiche/telefoniche					
3. Spese materiale di laboratorio					13262,50
4. Manutenzione attrezzatura informatica					
5. Missioni					
<b>TOTALE SPESE NON PERSONALE</b>					<b>27762,50</b>
<b>TOTALE SPESE</b>					<b>180000,00</b>

Roma

Prof. Mauro CECCANTI  
 Centro di Riferimento Alcolologico della  
 Regione Lazio



## Allegato 1

### ATTIVITA' MEDICA

#### Disintossicazione, inquadramento alcolico e valutazione del danno d'organo

Nel quadro complessivo del modello psico-patologico integrato, non possiamo non citare le attività mediche d'inquadramento diagnostico terapeutico che costituiscono la base essenziale del trattamento e della riabilitazione di persone con dipendenza da alcol. La valutazione medica avviene attraverso raccolta dei dati anamnestici, con particolare attenzione alle abitudini alcoliche e compilazione del Lifetime Drinking History (LDH), che consente di avere un quadro complessivo delle quantità di alcolici consumata, degli anni in cui ci si è esposti ad un consumo a rischio per la salute e dell'evoluzione delle modalità di consumo (solo pomeriggio, anche mattina, prima e durante l'orario di lavoro). Durante la visita medica, vengono misurati i parametri vitali, l'ECG e il prelievo ematico per esami ematochimici. Viene inoltre eseguita quotidianamente la determinazione della concentrazione ematica alcolica attraverso il BAC (Blood Alcohol Concentration, metodo Breath Test). Durante la degenza si eseguono colloqui di counseling medico quotidiani al fine di rafforzare la motivazione all'astinenza e di verificare la stessa.

Gli esami strumentali che vengono effettuati rispondono alle esigenze mediche specifiche dei singoli pazienti, con Ecografia dell'addome superiore e Radiografia del Torace richiesti di routine.

Nei soggetti afferenti durante i primi giorni di disintossicazione vengono controllati, attraverso, l'utilizzo del Clinical Institute Withdrawal Assessment Alcohol Scale Revisited (CIWA-Ar), la presenza di sintomi riferibili a sindrome da astinenza alcolica e la loro gravità, con trattamento in caso di necessità.

Terminata la fase acuta, viene intrapresa una terapia anti-craving per prevenire le ricadute con il supporto del consulente psichiatra l'eventuale terapia volta a correggere i disturbi psichiatrici presenti quali causa o effetto del consumo di alcol.

Nel periodo successivo al ricovero i pazienti vengono indirizzati ad un percorso terapeutico ed assistenziale con visite di controllo periodiche, gli utenti vengono contattati telefonicamente per un recall degli appuntamenti (in genere il controllo è mensile per i primi sei mesi, successivamente ogni tre mesi, ad eccezione di pazienti che presentino particolari fragilità sociali o fisiche, in cui le visite vengono programmate con maggiore frequenza).

Sempre durante il Day Hospital, viene valutato l'impatto delle componenti sociali (lavoro, relazioni familiari, ecc...) sulla dipendenza attraverso l'Addiction Severity Index (ASI)

#### Valutazione psichiatrica

I criteri per il Disturbo da Uso di Alcol (AUD vedi in calce ) evidenziano come il funzionamento sociale della persona prima che essere parte integrante del percorso terapeutico-riabilitativo sia parte essenziale del momento diagnostico. Tenendo presente tutti questi elementi è possibile inquadrare l'intervento di supporto alla persona, che comprende anche la consulenza psichiatrica che il CRARL offre ai propri utenti. L'attività di consulenza

viene attivata nel contesto del centro ambulatoriale, del reparto di degenza ordinaria e del Day-Hospital integrando l'equipe multidisciplinare (alcolologo, psicologo) che ha in carico l'utente e lo accompagna durante le diverse fasi del suo percorso.

Nella fase di accoglienza dell'utente viene svolta essenzialmente una attività di primo orientamento diagnostico e di coinvolgimento in rete dei Centri di Salute Mentale (CSM) competenti per territorio.

In questa fase, vengono messi in atto i momenti, precedentemente descritti, di emergenza psichiatrica, continuità assistenziale, gestione psicopatologica e integrazione sociale.

La persona può avere necessità dell'intervento da parte del reparto di degenza ordinaria, cui in tal caso viene avviato, e dove vengono trattate situazioni psicopatologiche sub-acute, quali, ad esempio, la stabilizzazione di crisi di agitazione psicomotoria secondarie al grave stato da intossicazione acuta da alcol. Sia in questa fase che nelle successive i familiari vengono supportati e accolti in quanto essi stessi reduci da esperienze, a volte pluridecennali, presentano fragilità psicologica e spesso di isolamento sociale. Il primo passo dell'intervento sui familiari riguarda l'informazione con notizie puntuali e realistiche sulla situazione del loro congiunto da un punto di vista dello stato e delle prospettive, nonché delle possibilità e delle difficoltà che si continueranno ad incontrare a causa delle cronicità della patologia e delle sue implicazioni psicosociali.

La persona che si trova ad aver superato la prima fase di crisi psichiatrica viene accompagnata in un percorso riabilitativo di mantenimento dell'astinenza e di progressiva riacquisizione delle proprie competenze, in un contesto di Day Hospital. In questo momento, solitamente, viene effettuata una seconda valutazione psichiatrica per meglio individuare la presenza di franchi nuclei psicopatologici in comorbidità e viene quindi approntato il trattamento che viene poi monitorato nel contesto del follow-up nel tempo.

La eventuale individuazione e trattamento di problematiche psichiatriche in comorbidità significa non solamente approntare una terapia farmacologica che si integri armonicamente con altri presidi farmacologici appropriati al momento del percorso che il paziente sta intraprendendo, ma anche e soprattutto ricercare e focalizzare l'attenzione, anche con l'aiuto di strumenti psicodiagnostici, sulle principali risorse cognitive e relazionali che possono essere attivati per meglio affrontare il processo trasformativo che il percorso terapeutico sottende.

Quando le relazioni significative non sono irrimediabilmente distrutte, laddove è possibile e costituisce una scelta implicita o esplicita, occorre ristabilire delle relazioni terapeutiche al recupero e consolidamento dei legami precedenti. Ciò sottende all'analisi del gruppo sociale familiare e dei bisogni di cui esso è espressione. Si tratta della rimodulazione degli assunti della "terapia familiare" all'interno delle dinamiche che la dipendenza produce.

Di seguito la Tabella 1 riassume i criteri diagnostici del DSM-5 per l'AUD.

Tabella 1

***Criteri diagnostici per il Disturbo da Uso di Alcol (Alcohol Use Disorder- AUD)***

Il disturbo da uso di alcol viene definito come un pattern problematico di uso di alcol che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

1-l'alcol è spesso assunto in quantitativi maggiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni.

2-desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di alcol.

3-una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi alcol, usare alcol, o recuperare dai suoi effetti.

4-craving, o forte desiderio o spinta all'uso di alcol.

5-uso ricorrente di alcol, che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa.

6-uso continuato di alcol nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti dell'alcol.

7-importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'alcol.

8-uso ricorrente di alcol in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso

9-uso continuato di alcol nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dall'alcol.

10-tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori:

a- un bisogno di quantità marcatamente aumentate di alcol per ottenere intossicazione o l'effetto desiderato

b- una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di alcol

11-astinenza, manifestata da ciascuno dei seguenti fattori:

a- la caratteristica sindrome d'astinenza da alcol

b- l'alcol (o una sostanza strettamente correlata, come una benzodiazepina) viene assunto per attenuare o evitare sintomi d'astinenza.

### **Valutazione genetica**

Continua, a tal proposito e con queste finalità, il nostro sforzo rivolto a comprendere quali meccanismi predispongano o siano concausa della Sindrome Alcolica, per cercare di individuare come vengano attivati e alimentati da particolari condizioni a livello di genoma, dallo stress e da stimoli ambientali in grado di modificare la plasticità cerebrale.

Presso il CRARL siamo in grado di rendere operative una serie di analisi che ci consentono di valutare dei polimorfismi genetici che condizionano la risposta al trattamento farmacologico della dipendenza da alcol. Inizieremo, pertanto, a verificare gli effetti dei trattamenti scelti anche in base ai particolari polimorfismi genetici esaminati per valutarne l'ampiezza della rilevanza.

In Italia la ricerca in tal senso è poco sviluppata e necessita di risorse che consentano di predisporre nuovi modelli d'intervento per il trattamento e la riabilitazione di persone colpite da questa Sindrome. Queste risorse, consentendo una migliore valutazione delle basi biologiche dell'alcolismo, potranno aiutare a formulare nuove linee terapeutiche che, sulla base di evidenze scientifiche, potranno riflettersi anche sul trattamento psicologico e sul comportamento, e, di conseguenza, sul processo riabilitativo dei dipendenti da alcol. A tale scopo si continuerà a collaborare con quegli Enti pubblici di ricerca (ISS, EBRI-CNR, Università di Camerino) che, con il loro lavoro, hanno già consentito di produrre una serie di risultati di notevole interesse.

La possibilità dello sviluppo di questo aspetto dell'attività di ricerca è supportato prioritariamente da altre tipologie di fondi, ma concorre al rafforzamento delle attività messe in essere dal *Progetto Implementazione*.

## Allegato 2

### ATTIVITÀ PSICOLOGICA

**Il Metodo Sistemico-Relazionale** si è rivelato molto efficace, anche avvalorato dall'esistenza di molteplici ricerche, ormai sempre più numerose, riguardanti la validità di tale modello nei più svariati campi della salute mentale, nondimeno nella psicoterapia delle tossicodipendenze. Si tratta di un metodo integrato, che, proprio per questo, dà la possibilità di spaziare rispetto anche ad altri metodi, quali l'approccio cognitivo-comportamentale, transazionale, psicodinamico, ecc., nel rispetto del loro valore e della loro efficacia e garantendo la possibilità di dialogare tra loro dei vari approcci, ma anche delle diverse discipline (medica, psichiatrica, e così via) e delle diverse e molteplici strutture, aspetto che in un Servizio Pubblico è necessario ed importante.

Il metodo sistemico – relazionale ha origine da un vasto movimento di teorie e idee diffuse negli Stati Uniti a partire dagli anni '50 e si è diffusa in Europa e in Italia negli anni '80. I principali centri di sviluppo di tale metodo furono la Scuola di Palo Alto e il Mental Research Institute (tra gli esponenti più importanti Gregory Bateson e Paul Watzlawick). La matrice pragmatica di questo tipo di intervento è di chiara origine americana, per cui si struttura in genere in un numero di sedute ridotte e in tempi relativamente rapidi, cosa che consente di seguire con efficacia un numero elevato di pazienti in un contesto ove il numero di persone è quotidianamente considerevole come quello del CRARL e riporta problematiche psichiche e sociali di vario genere emergenti al momento della disintossicazione dall'alcol.

Il modello parte dal presupposto che il sintomo presentato dall'utente “designato” sia, in realtà, il segnale di un malfunzionamento del contesto ambientale (familiare, lavorativo, sociale) in cui questo si trova a vivere a partire dall'uso, per esempio, di un tipo di comunicazione disfunzionale che si ripete in tale contesto. Pertanto, la modifica della situazione disfunzionale e il riconoscimento del sintomo come “sintomo familiare e/o sociale”, consente la facilitazione del cambiamento (nella fattispecie l'interruzione del comportamento del bere) e il successivo mantenimento di esso, naturalmente in concomitanza con le cure mediche e psichiatriche di cui la persona volta per volta, ma anche permettendo la progressione dei trattamenti suddetti nel senso di una diminuzione nella frequenza e nella quantità dei farmaci somministrati, fino (ove possibile) alla completa interruzione di essi.

Ai fini della valutazione per l'entrata in lista di trapianto del fegato da parte di pazienti alcolisti, che abbiano sviluppato una cirrosi, il modello sistemico – relazionale consente:

- 1) Il contemporaneo uso del colloquio motivazionale per i pazienti che non abbiano ancora smesso di bere o ne abbiano difficoltà.
- 2)1) Il mantenimento pre- e post – trapianto del cambiamento attuato (quello del non bere) anche affiancandosi ad altri metodi di trattamento ad es. il metodo cognitivo-comportamentale, ma anche a qualsiasi metodo sia il più adeguato ai bisogni della persona.
- 3)1) l'introduzione del sostegno alla famiglia della persona con problemi alcol correlati, in attesa di trapianto del fegato, che spesso non sa come affrontare tale drammatica situazione a cominciare dal regime alimentare, fino al riconoscimento dei primi sintomi di encefalopatia



epatica, anche dal punto di vista psicologico e relazionale

Il metodo B.R.E.N.D.A. (Approccio multidisciplinare bio-psico-sociale della dipendenza integrato con la farmacoterapia e supporto psico-sociale individuale) si inserisce adeguatamente nel contesto del CRARL dal momento che, in qualità di metodo psico-sociale, consente un adeguato inquadramento comportamentale fin dal primo stadio e si prefigge, tra gli altri interventi, di apporre alcune essenziali modifiche all'ambiente in cui la persona stesso potrebbe ritrovare elementi di rischio di ricaduta nel comportamento del bere (famiglia, lavoro, gruppo dei pari, ecc.), basandosi su una rete di eventuali invii presso figure professionali o strutture adeguate a soddisfare i bisogni del paziente alcolista o con problematiche di dipendenza.

Tutti i pazienti vengono accolti e avviati a 4-6 colloqui motivazionali volti ad accompagnarli nella “ruota del cambiamento”. Sono inoltre previsti tre incontri settimanali di psicoterapia motivazionale di gruppo e degli incontri con le famiglie per creare un’ambiente familiare di sostegno al percorso riabilitativo. In alcuni casi (quando le relazioni familiari sono

particolarmente compromesse) sono previste delle sedute di psicoterapia familiare.

**Il Modello Cognitivo-Comportamentale** è una altra strategia che si è sperimentata in questi ultimi 3 anni. Diversi studi, nazionali ed internazionali, hanno dimostrato l’efficacia della terapia cognitivo comportamentale nella presa in carico di pazienti con dipendenza patologica, sia nel raggiungimento iniziale dell’astinenza che nel cambiamento a lungo termine. È un trattamento a breve termine implementabile con relativo sforzo e costo, ben strutturato, orientato all’obiettivo, focalizzato sui problemi attuali; applicabile ad una varietà di setting (pazienti ricoverati e non ricoverati), come trattamento individuale o di gruppo; compatibile con altri tipi di trattamento (ad esempio quello farmacologico); fornisce all’utente strategie utili per gestire problemi direttamente e indirettamente collegate all’uso di alcol.

#### Trattamento Cognitivo-comportamentale

In una ottica cognitivo-comportamentale lo sviluppo e il mantenimento dell’uso di alcol è determinato da un processo di apprendimento. Lo stesso processo di apprendimento può essere utilizzato per apprendere comportamenti che sostituiscano l’uso del bere (per maggiori dettagli vedi appendice 3). Il CRARL ha ricevuto un finanziamento dal “Fondo Nazionale d’intervento per la lotta alla droga, ed ha sperimentato un progetto denominato “PAuSE”, il cui nome è l’acronimo di Programma di Auto-gestione del Sé, che si è posto come scopo quello di valutare l’efficacia di un programma di procedure di auto-osservazione e di gestione cognitivo-comportamentale al fine di prevenire o/e ridurre le ricadute in soggetti con una diagnosi di abuso o dipendenza di alcol. L’uso delle procedure da parte degli utenti era sostenuto anche attraverso brevi contatti telefonici periodici con operatori psicologi formati alla metodologia del progetto. Questa sperimentazione ha portato buoni risultati ed ha incoraggiato il suo proseguimento con una programmazione dell’uso del metodo cognitivo

comportamentale per i pazienti sia in “situ” con valutazioni psicodiagnostiche e colloqui che a distanza con recall telefonici.

La Dipendenza da alcol si presenta frequentemente associata ad altri disturbi psichiatrici. La doppia diagnosi sta quindi diventando sempre di più una realtà da gestire e trattare da parte dei Servizi per le Dipendenze. Il termine “DOPPIA DIAGNOSI” (o meglio “COMORBILITA' PSICHIATRICA”) indica la compresenza di due o più sindromi, distinguibili nosograficamente a prescindere dalla patogenesi, presenti nello stesso individuo nel periodo di tempo preso in esame. L'uso acuto e cronico di sostanze psicoattive può avere effetti profondi sul funzionamento cognitivo, l'umore, i processi ideativi ed il funzionamento della personalità. Le sindromi indotte da sostanze dovrebbero essere classificate come disturbi mentali organici, ma spesso nella pratica clinica i pazienti con disturbi da uso di sostanze vanno incontro anche a tassi elevati ( dal 40 al 68% ) di disturbi psichiatrici, non organici, con difficoltà di distinzione fra disturbi psichiatrici primari e secondari all'abuso di sostanze. La diagnosi di un disturbo psichiatrico nel contesto di dipendenza da alcol si complica per gli effetti interattivi tra le conseguenze del bere (heavy drinking) e la sintomatologia psichiatrica. Presso il CRARL stiamo mettendo in opera una strategia di intervento combinata psicofarmacologica e di gruppo (con orientamento cognitivo-comportamentale) volta alla riabilitazione delle persone con Doppia Diagnosi in assenza di approcci standardizzati di trattamento. Il trattamento prevede trenta colloqui psicologici, uno a settimana per i primi sei mesi di trattamento, uno al mese nei sei mesi successivi di trattamento. I colloqui vengono portati avanti sia nella modalità individuale che di gruppo.

## **Allegato 3**

### **FASI DI ASSISTENZA ALCOLOGICA IN SEDE TRAPIANTOLOGICA**

*Fase I: Follow up durante la fase di valutazione e di ingresso in lista (monitoraggio prima dell'inserimento in lista d'attesa per il trapianto epatico(Pre-Olt));*

Per monitoraggio si intende: 1) la verifica di un reale abuso alcolico; 2) motivare la persona a non assumere alcol; 3) osservare l'andamento degli indici prognostici per cui, in caso di ricadute importanti in comportamenti maladattivi (compreso l'uso eventuale di sostanze stupefacenti), il paziente dovrà iniziare nuovamente il tempo di attesa di sei mesi prima di poter accedere nuovamente alla lista d'attesa.

*Fase II: monitoraggio durante l'attesa in lista (prevenzione delle ricadute)*

La seconda fase di intervento mira a monitorizzare l'astinenza dalla bevande alcoliche attraverso un'attenzione particolare alle situazioni a rischio in cui l'utente potrebbe trovarsi esposto e in cui potrebbe riprendere le assunzioni. Inoltre è importante valutare in questa fase una serie di sintomi prodromici necessari per la prevenzione delle ricadute.

Lo scopo, dunque, è di formare gli utenti a gestire le situazioni di rischio per prevenire un'eventuale ricaduta e comunque, nel caso in cui avvenga, intervenire e trattarla con le modalità più consone al problema presentato.

In questa fase il colloquio psicologico può essere integrato con l'incontro, aperto a tutti i familiari di coloro che devono effettuare il trapianto di fegato, con coloro che lo hanno già fatto, in modo tale che tutti abbiano una visione più realistica e diretta circa quanto accade nel momento immediatamente precedente al trapianto e nel periodo successivo al trapianto stesso (risveglio dall'operazione, eventuali sensazioni di dolore, eventuali complicanze, giorni di degenza, appuntamenti per il controllo successivi).

*Fase III: Monitoraggio in fase immediatamente post-operatoria: follow up post-trapianto (Post-Olt)*

In questa fase è necessario dare un supporto dal punto di vista psicologico e relazionale sia alla persona che alla sua famiglia, accogliendo le ansie ed angosce, ma anche, e soprattutto, speranze e progetti futuri.

*Fase IV: monitoraggio a lungo termine (follow-up) in seguito all'intervento di trapianto*

Trascorso il primo anno dopo il trapianto, gli appuntamenti di controllo saranno effettuati ogni tre mesi. Questa fase prevede ancora una volta la prevenzione delle ricadute in comportamenti maladattivi, dal momento che, il trapianto del fegato spesso induce nella persona la percezione di avere ormai un "organo nuovo", forte e sano, che può tollerare tutto, per cui è facile abbassare la guardia circa il controllo sul bere.

Il compito dell'equipe multidisciplinare, in questa delicata fase, è quello di riportare

l'attenzione sui danni di un'eventuale ri-assunzione di alcol o altre sostanze tossiche nella fase di post-trapianto.