

PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON DISTURBO DA USO DI ALCOOL NEL D.H- ALCOLOGIA AURONZO DI CADORE, ULSS 1 DOLOMITI

Tyropani M., Manzan A., Cecutti L., De Sandre A.
Dipartimento delle Dipendenze ULSS 1 Dolomiti

Nell'ultimo rapporto ISTISAN 17/1 in Italia il consumo medio pro-capite di alcool a partire dal 2010 è tornato a salire ed è nel 2014 pari a 7,6 litri. Questi dati rendono evidente la necessità di una maggiore attenzione sia nella prevenzione primaria ma anche secondaria della problematica alcol- correlata.

Il DH-Alcologia di Auronzo è in attività dal 1983. Il programma residenziale fa riferimento all'Approccio Ecologico Sociale (metodo Hudolin) e si basa sull'attività di gruppo e il coinvolgimento della famiglia. Elemento essenziale dell'approccio è costituito dalla frequenza al Club Alcolologico Territoriale nei luoghi di residenza, a tempo indeterminato. La durata indicativa del programma residenziale è di 30 giorni. L'invio per i ricoveri avviene a cura dei Ser.D, reparti ospedalieri, medici curanti, familiari o autonomo. L'organizzazione del programma residenziale prevede:

- a. una parziale autogestione, con espletamento di attività pratiche, momenti educativi- informativi di gruppo ed in autogestione con compiti e cariche a rotazione
- b. Ogni giorno, dal lunedì al sabato, ha luogo la Comunità Multifamiliare in cui le persone e le famiglie accettano di condividere e discutere in merito a rapporti familiari, situazione fisica, economica/lavorativa, legale in quanto aspetti problematici in relazione all'uso di alcool.

Utenti ricoverati presso il D.H – Alcologia dal 25/10/1983 al 31/12/2016 divisi secondo provenienza

Provenienza	n.	Perc.
Ex ULSS1	1.431	24,6%
Ex ULSS2	448	7,7%
ALTRE PROVINCE DEL VENETO	1.875	32,5%
ALTRE REGIONI	2.058	35,4%
TOTALE	5.812	100%

Nel 2016 sono state ricoverate 181 persone 133 uomini e 48 donne. L'età media è di 50 anni con una deviazione standard di 11 anni. 173 sono italiani e 8 di altre nazionalità. 95 persone provengono dal Veneto mentre 86 persone sono residenti ad altre Regioni. La scolarità media è di 10 anni con una deviazione standard di 3. 80 su 181 pazienti lavorano (o dipendenti o liberi pro-

fessionisti) 66 sono disoccupati mentre 35 sono pensionati. Per quanto riguarda la fonte di invio, 63 persone sono state segnalate dai Ser.D, 14 da altri reparti ospedalieri, 19 da altri servizi ULSS, 9 da medici di base mentre il restante, 76 pazienti, dai familiari o in maniera autonoma. L'età media di inizio di uso di alcool è di 20,8 anni con una deviazione standard di 8,7. Le donne hanno un'età media di inizio di uso di alcool di 24 anni con una deviazione di 9 mentre gli uomini presentano un'età media di 19,5 anni con una deviazione standard di 8.

46 persone (25,4%) presentano oltre al disturbo da uso di alcool, un disturbo da uso di sostanze illegali in atto o pregresso e 12 persone presentano un disturbo da gioco d'azzardo.

Nella prima settimana di ricovero a tutti i pazienti si somministra la scala SCL-90. Delle 181 persone ricoverate 132 hanno compilato la scala. 37 sono femmine e 95 maschi. 14 donne e 25 uomini presentavano un GSI patologico > 1 (cut off = 1). Il sintomo più comune in evidenza sono i problemi di sonno che sono presenti nel 62% delle donne 53% degli uomini. Siccome il test viene somministrato durante la prima settimana del ricovero, si ritiene che il sintomo possa far parte della sintomatologia astinenziale da alcool. Seguono percentuali alte nella sottoscala depressione(42%), e ossessività-compulsività (38%). Le donne presentano valori più alti all'SCL90 totale e nelle sottoscale somatizzazione, ossessività-compulsività, depressione, ansia e paranoia rispetto gli uomini.

Considerazioni

Questi dati concordano con quelli esistenti in letteratura. Si rilevano invece valori più alti nella sottoscala della paranoia.

Pochi di questi pazienti accedono al nostro servizio con una diagnosi di depressione o disturbo di ansia. La maggioranza dei pazienti tuttavia assume terapia con benzodiazepine o in maniera autonoma o prescritte dal medico curante. È inoltre difficile anamnesticamente verificare se il disturbo da uso di alcool precede i disturbi di ansia o depressione o ne è una conseguenza. Molti dei pazienti riferiscono di utilizzare l'alcool come automedicazione per l'ansia e la depressione. Uno dei sintomi del disturbo da uso di alcool è il craving che spiegherebbe gli alti risultati sulla sottoscala ossessività-compulsività. Il dato che 46 persone presentano oltre il disturbo da uso di alcool, un disturbo da uso di sostanze illegali e 12 persone presentano anche disturbo da gioco d'azzardo indica una maggiore complessità nel trattamento ma anche una maggiore tendenza negli ultimi anni alle polidipendenze. Tra i limiti di questo studio vi è la mancata effettuazione del test SCL90 alla fine del ricovero per poter individuare l'eventuale modifica della sintomatologia conseguente al programma.

BIBLIOGRAFIA

Vladimir Hudolin: Manuale di alcologia

Rapporto ISTISAN 17/1

Travaglini R., Giardinelli L., Fenomeno alcolismo e differenze di genere. *Giornale ital. Psicopat.* 2005.

Luca M., Ruta S., Signorelli M., Petralia A., Aguglia E., Variabili psicologiche e consumo di alcol in un campione di studenti di medicina: differenze di genere. *Riv. Psichiatr.* 2015

Kushner MG1, Abrams K, Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev.* 2000 Mar; 20(2):149-71.

Modell JG., Glaser FB, Cyr L., Obsessive and Compulsive Characteristics of Craving for Alcohol in Alcohol Abuse and Dependence. *Alcohol Clin Exper* 1992