

Editoriale
Per una riforma dei Ser.D. bisogna fare leva sugli operatori
Pietro Fausto D'Egidio 1

SAGGI, STUDI E RICERCHE

Orientare l'organizzazione dei Servizi verso un modello efficace e sicuro di trattamento del dolore con farmaci oppiacei: l'esperienza della Casa di Reclusione di Padova
Debora Lageder, Gaetano Morgillo, Livia Zuliani, Giordano B. Padovan, Jessica Lorenzon, Felice A. Nava 10

Carcere e clinica delle dipendenze. Quali le sfide da affrontare per mantenere terapeutico un sistema di cura?
Emanuele Bignamini, Sara Zaza, Loredana Ierardi, Enrico Teta 16

"Lo Specchio Velato". La ricerca del Ser.D. di Orbassano sul fenomeno della complessità socio-sanitaria adolescenziale
Sabrina Anzillotti, Giuseppe Faro, Carola Morè 51

Position paper
Per un programma di eliminazione della Epatite C nella popolazione a rischio dei consumatori di sostanze e dei detenuti
Felice A. Nava, Alfredo Alberti, Massimo Andreoni, Sergio Babudieri, Giorgio Barbarini, Pietro Fausto D'Egidio, Claudio Leonardi, Alfio Lucchini 56

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Il fumo di "cannabis legale" come strumento per la riduzione del danno alla salute da tabacco
Fulvio Fantozzi 20

Il trattamento cognitivo-comportamentale di un caso di disturbo Borderline della Personalità e Dipendenza
Martina Ceccarini 62

Sindrome di Steinert e dipendenza da internet: valutazione e trattamento di un caso clinico
Roberto Calabria, Antonella Sabatino, Chiara Lirangi 66

LE RUBRICHE

Ad maiora
Procedura per la tenuta del fascicolo personale dei pazienti
Raffaele Lovate 5

Contaminazioni
Storie edificanti dall'altro mondo
Maurizio Fea 8

RECENSIONI 3, 7, 55

NOTIZIE IN BREVE 9, 72

FeDerSerD/FORMAZIONE

Calendario 2018 - Eventi formativi FeDerSerD 68

DOCUMENTO

Carta dei Servizi "Doppia Diagnosi" (FeDerSerD-SIP-SINPIA) 69

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL OF ADDICTION

Per una riforma dei Ser.D. bisogna fare leva sugli operatori

Dobbiamo cercare di fare uno sforzo per comprendere la realtà dei nostri servizi all'interno del SSN nel suo complesso.

La sanità è un grande bacino di impiego di lavoro qualificato a tutti i livelli. Il nuovo governo avrà il compito di elaborare un piano decennale dei fabbisogni di personale e di formazione, che incroci in maniera puntuale la domanda e l'offerta formativa.

La prima tappa di questo percorso sta nel superare le condizioni di precarietà del personale sanitario.

Alcuni temi sono particolarmente rilevanti: il coinvolgimento di noi operatori, la formazione, la assunzione dei nuovi operatori e la stabilizzazione dei precari.

1. Coinvolgimento dei professionisti

Noi operatori della sanità siamo i protagonisti di un paradigma della medicina moderna che è quello della complessità.

La clinica ci pone di fronte a pazienti in situazioni complesse che sono sanitarie e sociali, che coinvolgono molte primarie agenzie, e per le quali la società richiede risposte altrettanto complesse, attraverso una medicina che è fatta da una attività che ormai è solo e solamente interprofessionale e interdisciplinare.

Uno dei guai della medicina moderna è proprio che ci sono dei limiti alla nostra azione e ai nostri risultati; e che il falso senso di onnipotenza della idea "medicina" veicolata dai mass media crea illusioni e delusioni che poi si scontano anche sul piano sociale, sul piano antropologico e in effetti dovremmo riscoprire e capire che, intanto, fare il medico (e le altre professioni sanitarie e sociosanitarie) significa cercare di aiutare le persone.

- **Studio sulla valutazione di esito dei corsi info-educativi svolti nella Regione Emilia-Romagna per i conducenti con infrazione dell'art. 186 e 186 bis del Codice della Strada "Guida in stato di ebbrezza"**
Claudio Annovi, Sara Querci, Giovanni Greco, Marilena Durante
- **Una riflessione sull'efficacia delle politiche preventive per il controllo dei consumi di bevande alcoliche**
Allaman Allamani, Franca Beccaria, Corrado Celata, Francesco Cipriani, Shlomo Stan Einstein, Pasquale Pepe, Franco Prina, Sara Rolando, Fabio Voller
- **Consumo di alcol e tabacco negli studenti infermieri: uno studio osservazionale**
Francesco Galli, Fabiana Piergigli, Carla Pierini, Stefano Fornaroli, Martina Cocchiglia, Dania Comparcini

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno VII, n. 25

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

Periodico trimestrale della federazione italiana degli operatori
dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze

FrancoAngeli

ANNO XIV, 2018 - N. 49

Fe Der Ser D

Editor in Chief

Alfio Lucchini, ASST Melegnano e Martesana - Milano

Scientific Board

Roberta Balestra, ASUI Trieste; Claudio Barbaraneli, Università La Sapienza, Roma; Bruno Bertelli, Università di Trento; Stefano Canali, SISSA Trieste; Vincenzo Caretti, Università LUMSA, Roma; Ivan Cavicchi, Università La Sapienza e Tor Vergata, Roma; Massimo Clerici, Università Milano Bicocca; Massimo Diana, ASL Cagliari; Pietro Fausto D'Egidio, ASL Pescara; Riccardo C. Gatti, ASST Santi Carlo e Paolo Milano; Gilberto Gerra, UNODC (ONU) Vienna; Mark D. Griffiths, Trent University di Nottingham Regno Unito; Jakob Jonsson, Spelinstitutet AB/Sustainable Interaction e Stockholm University Svezia; Enrico Molinari, Università Cattolica del Sacro Cuore Milano; Sabrina Molinaro, CNR Pisa; Felice Nava, ASL Padova; Marco Riglietta, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo; Giorgio Serio, ASP Palermo; Enrico Tempesta, Osservatorio Alcol e Giovani Roma

Editorial Board

Sandra Basti (Pavia); Guido Faillace (Trapani); Maurizio Fea (Pavia); Raffaele Lovaste (Trento); Fabio Lucchini (Bergamo); Ezio Manzato (Verona); Vincenzo Marino (Varese); Cristina Stanic (Trieste); Margherita Taddeo (Taranto); Franco Zuini (Milano); Concettina Varango (Lodi)

Editorial Office

Via Mazzini 54, 20060 Gessate (Mi),
tel. 3356612717
missiondirezione@tiscali.it

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale
Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Gece Industrie Grafiche
Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 3.0 Italia (CC-BY-NC-ND 3.0 IT)

L'utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/it/legalcode>

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. - Milano
Poste Italiane s.p.a. - Sped. in Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1 comma 1 - DCB Milano Autorizzazione Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 31/01/2018

Edizione fuori commercio

Tiratura: 3.500 copie
ISSN 2037-4798

Seguici su:



www.facebook.com/FeDerSerD/



@FeDerSerD



Gli articoli della rivista sono disponibili in modalità "Open Access" al link <http://www.francoangeli.it/riviste/sommario.asp?IDRivista=197&lingua=it>



Non possiamo pensare di ottenere sempre il risultato della "guarigione", però in molti settori ci siamo illusi del fatto che invece non fosse così (pensate all'oncologia, a tanti miracolanti interventi chirurgici) e questo crea una situazione di sfalsamento per cui il richiamo di chi fa un lavoro come il nostro deve essere quello dell'umiltà; il compito del medico è quello di facilitare la resilienza¹ e le strategie di coping² del paziente e questo è già un compito fondamentale, senza porsi limiti irraggiungibili.

Quali azioni:

- Gli operatori della sanità debbono poter portare il loro contributo, nell'interesse dei pazienti, in tutti i percorsi di organizzazione delle ASL attraverso la definizione di migliori procedure formalizzate.
- Premiare la qualità professionale e riconoscere il merito sia in termini economici che di carriera. Bisogna raggiungere questo obiettivo con procedure formalizzate che lascino meno spazi possibili a "forzature". È necessario che il vantaggio economico conseguito sia di entità significativa e per un tempo limitato.

2. Formazione

Nella sanità è necessario introdurre elementi che valorizzino la responsabilità individuale nell'impegno per una formazione continua.

Quali azioni:

La formazione in campo sanitario deve promuovere:

- L'aggiornamento costante sulle evidenze scientifiche "di base"; un aggiornamento su quelle conoscenze che debbono essere patrimonio comune di tutta una categoria professionale.
- L'aggiornamento costante sulle evidenze scientifiche "specialistiche"; un aggiornamento su quelle conoscenze che debbono essere patrimonio specifico in rapporto al ruolo professionale che si ricopre.
- L'aggiornamento costante sulle, e la partecipazione alla definizione delle, procedure di gestione della Azienda ASL e dello specifico settore di lavoro, la conoscenza delle normative di riferimento e le loro ricadute operative.
- Capacità nella costruzione e nel mantenimento di un clima relazionale positivo e costruttivo nel gruppo di lavoro, con il paziente e con le agenzie sociali di riferimento sul territorio.

3. Nuove assunzioni

Oggi la medicina ha bisogno di una coerenza tra la implementazione delle evidenze scientifiche e la numerosità e la qualità degli operatori sanitari.

È necessario fare un piano di assunzioni coerente con le necessità di una medicina moderna: una medicina capace non solo di applicare le straordinarie innovazioni tecnologiche ma anche di riscoprire il valore per la salute dei temi propri della prevenzione e della medicina sociale. Assistiamo ad un peggioramento epidemiologico, quest'ultimo imputabile al crescente invecchiamento della popolazione e al conseguente incremento delle patologie croniche.

Nel SSN italiano (rapporto OASI 2017, MIUR), il personale infermieristico è meno della metà rispetto alla Germania: 6 infermieri ogni 1000 abitanti contro 13.

Contemporaneamente, il 52% dei medici ha più di 55 anni; si contano il doppio dei candidati alle specialità mediche rispetto ai contratti finanziati (13.802 versus 6.725).

Se fosse vera l'ipotesi della persistente debolezza finanziaria, a fronte dell'aumento della cronicità e della LTC (residenzialità assistenziale a lungo termine), non potremmo che aumentare l'incidenza delle professioni sanitarie e degli operatori sociosanitari, sapendo che il costo medio aziendale di un medico equivale almeno a quello di due infermieri.

Questo impone però di modificare le competenze e i ruoli professionali.

Tra i medici occorre riflettere sulla quota di generalisti rispetto ai professionisti sempre più specializzati.

Nel mondo delle professioni sanitarie occorre distinguere tra crescita verticale nel coordinamento di pari, specializzazione nel contenuto tecnico professionale e sviluppo di ruoli contendibili con altri profili professionali: case manager, gestore di piastra, operations manager (rapporto OASI 2017, cap. 11 e ARAN, 2017, Retribuzioni medie nella pubblica amministrazione).

Nello specifico della prevenzione e cura delle dipendenze osserviamo che in Italia ci sono 580 Ser.D. che, con circa 7200 operatori, curano ogni anno circa 300.000 pazienti.

La legge sui LEA (DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n. 15) riscrive e amplia il mandato istituzionale dei SerD e delle comunità.

Ma non sono state stanziare, né dal governo, né dalle regioni, le risorse minime necessarie per implementare le attività nel settore delle dipendenze così come previsto dagli artt. 28 e 35.

Se non assumiamo il personale nella misura necessaria:

- molti pazienti continueranno a restare senza cura;
- a molti pazienti non saremo in grado di offrire le tipologie di intervento necessarie;
- lo Stato continuerà a spendere molto danaro che altrimenti risparmierebbe, sui capitoli della Sicurezza Pubblica, della Amministrazione della Giustizia e della cura delle patologie correlate.

Quali azioni:

Impegnarsi a definire entro 3 mesi dalla assunzione di responsabilità di governo il numero di operatori da assumere per garantire i nuovi LEA.

La riorganizzazione complessiva dei servizi per la cura e la prevenzione delle dipendenze nelle sanità regionali non può e non deve essere guidata solo da una attenzione agli equilibri contabili della sanità.

Assumere nei Ser.D. il personale nella misura necessaria, che oggi viene stimata dalle società scientifiche del settore in nuove 6.000 unità.

4. Stabilizzazioni

Da oltre 10 anni si assiste ad una progressiva riduzione delle unità di personale nelle ASL a cui si cerca di sopperire con lavoro precario, interinale, financo con borse di studio.

Con risultati invero molto modesti sia in termini di fabbisogno che di qualità che viene compromessa dalla estrema precarietà. Questo accade in una epoca storica in cui, ancor più, la medicina ha bisogno di una coerenza tra la implementazione delle evidenze scientifiche e la numerosità e la qualità degli operatori sanitari.

Quali azioni:

È necessario sanare subito tutti i precari nelle ASL.

Pietro Fausto D'Egidio
Presidente FeDerSerD

Note

1. In psicologia, la **resilienza** è una parola che indica la capacità di far fronte in maniera positiva a eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà, di ricostruirsi restando sensibili alle opportunità positive che la vita offre, senza alienare la propria identità.

Sono persone resilienti quelle che, immerse in circostanze avverse, riescono, nonostante tutto e talvolta contro ogni previsione, a fronteggiare efficacemente le contrarietà, a dare nuovo slancio alla propria esistenza e perfino a raggiungere mete importanti.

2. In psicoterapia cognitiva e psichiatria il termine **coping** (termine inglese traducibile con "strategia di adattamento") indica l'insieme dei meccanismi psicologici adattativi messi in atto da un individuo per fronteggiare le situazioni potenzialmente stressanti o pericolose per il normale funzionamento psichico e il normale stato di benessere psicofisico. Attraverso l'*insight* l'individuo prende consapevolezza delle proprie vulnerabilità e limiti nelle situazioni varie del vivere quotidiano e di conseguenza cerca di sviluppare e mettere in atto il coping nella maniera più efficace possibile. Tali livelli di consapevolezza e gestione sono in genere normalmente sviluppati nel tempo oppure sotto la guida di uno psicoterapeuta nelle sedute psicoterapeutiche.

RECENSIONE



Alfio Lucchini, Pietro Fausto D'Egidio
(a cura di)

PAINKILLERS IN ITALIA Esperienze cliniche nei Servizi delle Dipendenze

pp. 152, € 30,00
Editore: Cerco Edizioni

vengono la iperprescrizione; e poi esiste un sistema di intervento sulle dipendenze diffuso su tutto il territorio italiano – i Ser.D. – che potrebbe garantire una risposta adeguata.

FeDerSerD, nel 2016 ha proposto un premio nazionale (il XII) per la presentazione di lavori scientifici scegliendo tre temi: la epidemiologia a livello dei territori della dipendenza da oppioidi prescritti; le esperienze di trattamento della dipendenza da oppioidi prescritti nella terapia del dolore; la organizzazione dei servizi con modelli orientati al trattamento di questi pazienti.

I lavori scientifici vengono qui presentati e propongono approfondimenti di ottimo livello, dei Ser.D. con l'apporto anche di servizi ospedalieri ed universitari. Per i servizi delle dipendenze una nuova sfida per salvaguardare la salute in particolare dei nostri giovani, per FeDerSerD il dovere di approfondire lo sviluppo di questo fenomeno e di essere accanto ai Servizi e ai professionisti tutti interessati per gli aspetti conoscitivi, formativi, organizzativi che affrontare un settore così complesso richiede.

Alfio Lucchini, medico, psichiatra, specialista in psicologia, psicoterapeuta, direttore del dipartimento salute mentale e delle dipendenze ASST Melegnano e della Martesana (Milano). Responsabile del settore "Terapia del dolore severo e dipendenze" di FeDerSerD.

Pietro Fausto D'Egidio, medico, specialista in medicina interna, ematologia generale, allergologia e immunologia clinica. Già direttore del Ser.D. di Pescara è presidente nazionale di FeDerSerD.

È importante che inizi anche nel nostro Paese una riflessione sul fenomeno dei Pain Killers che non sia solo aneddotica o un semplice richiamo alla giusta attenzione per il sistema sanitario basandosi sulla realtà preoccupante degli Stati Uniti.

L'apprendere che negli USA la mortalità acuta indotta da pain killers ha superato di 5 volte quella da eroina favorisce una prima riflessione.

La situazione italiana è assai differente: la prescrizione di oppioidi da parte dei medici di medicina generale è ancora lontana dal raggiungimento di quegli standard che possono garantire la gestione efficace del dolore, oltre al fatto che esistono sistemi in atto che pre-



MOLTENI
FARMACEUTICI



**AFFRONTA IL PRESENTE,
FAI DECOLLARE IL FUTURO**

Ad maiora

Raffaele Lovaste

Procedura per la tenuta del fascicolo personale dei pazienti

Premessa

Questa è la mia ultima rubrica sull'organizzazione e vorrei innanzi tutto ringraziare i miei lettori che, sfidando la noia, hanno resistito.

Ormai sono felicemente pensionato da due anni, i Ser.D. sono cambiati e cambieranno ancora molto rapidamente.

Io mi sento "fuori" dal sistema pubblico delle dipendenze e mi sembra sia giusto passare il testimone a chi ancora esercita all'interno dei Ser.D. e che potrà sicuramente, meglio di me, continuare questo lavoro.

Per concludere un caro saluto al presidente di FeDerSerD dott. Pietro Fausto D'Egidio e al direttore scientifico della rivista Mission dott. Alfio Lucchini per questa opportunità.

Aspetti normativi nella gestione della cartella clinica

Nell'art. 7 del D.P.R. 27/03/69 n. 132 si legge che il primario "... è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche e della loro conservazione sino alla consegna all'archivio centrale".

Il Ministero della Sanità, circolare n. 61 del 19/12/96 ha stabilito che le cartelle cliniche vadano conservate senza alcun limite di tempo, poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto.

La conservazione va effettuata, dapprima in un archivio corrente, poi, trascorso un quarantennio, in una sezione separata dell'archivio.

Il rilascio agli aventi diritto di copia della cartella clinica avviene a cura del direttore sanitario come previsto nel D.P.R. n. 128/69 e D.P.C.M. 27/06/86.

La cartella clinica ha valore documentale di **atto pubblico** protetto dalle norme di legge contro ogni falsità materiale o ideologica.

In quanto atto pubblico la cartella clinica assolve la funzione di **autentica e fedele cronistoria di un iter** documentando le caratteristiche soggettive ed obiettive del paziente, le attività svolte e le conseguenze dei trattamenti effettuati.

Nella cartella i trattamenti e le eventuali annotazioni su gli effetti prodotti **devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi** e l'elemento cronologico nella stesura della medesima assume rilevanza determinante ai fini della veridicità della realtà storica in essa documentata, in quanto l'annotazione postuma di dati rilevanti rappresenta un fatto punibile.

Ogni dato clinico, quotidianamente registrato, rappresenta autonomo valore documentale e acquista valore in senso giuridico non appena viene trascritto, con la conseguenza che qualsiasi alterazione (esclusa la correzione di semplici errori materiali)

apportata durante la progressione del documento rappresenta il reato di **falso materiale in atto pubblico** (art 476 c.p.).

Le modifiche o le aggiunte (purché giuridicamente rilevanti) anche se apportate nell'intento di ristabilire la verità, comportano sempre una impropria alterazione della genuinità del documento, in quanto l'atto viene a rappresentare ed attestare fatti di diverso tenore rispetto agli originali.

I dati trascritti nella cartella clinica possono essere rettificati solo componendo nuove annotazioni, che lascino inalterate le precedenti e che diano notizia delle modifiche che si ritiene apportare.

Le sostituzioni e le modifiche sono possibili qualora ne possono risultare l'autore e la data, dovendosi escludere la leicità di ogni altro tipo di correzioni (cancellature coprenti, decoloranti ecc.). In definitiva una prestazione ad un paziente deve essere registrata nella cartella clinica massimo entro le 12 ore successive se non è possibile farlo immediatamente per cause che non dipendono dalla volontà del professionista.

La registrazione deve comprendere: l'individuazione del professionista, la sigla identificativa della prestazione specialistica scelta fra quelle che il servizio è autorizzato ad erogare, la descrizione degli argomenti trattati e il tempo consumato per la prestazione.

Per ogni prestazione inoltre deve essere previsto un tempo ottimale che ne rappresenta l'indicatore di qualità.

Ad esempio se si condivide che per una visita medica di controllo sono necessari almeno 30 minuti, la registrazione di un tempo inferiore o superiore deve avere una specifica giustificazione nella descrizione.

Requisiti fondamentali della compilazione della cartella clinica sono: **chiarezza e veridicità**.

Il primo requisito appare opportuno per evitare incertezze di interpretazione del documento ma, in genere, non costituisce illecito penale: la Cassazione (29/05/61) ha affermato che l'incompletezza o ambiguità non equivalgono a falsità in quanto non attengono alla veridicità del documento.

Il secondo requisito, invece, risponde ad un precetto di legge; l'operatore infatti che attesti il falso incorre, a seconda della qualità dell'alterazione, in uno dei seguenti reati: art. 476 c.p. "Falsità materiale" e/o art. 479 c.p. "Falsità ideologica".

Si intende per **Falsità materiale** le attività di falsificazioni che possono essere effettuate sull'atto già terminato (cancellature, aggiunte, sostituzioni ecc.).

Si intende per **Falsità ideologica** le attività di falsificazione che possono essere realizzate nel momento in cui l'atto viene formato.

L'espressione "formare... un atto falso" deve essere intesa come contraffazione e per "alterazioni" debbono intendersi le modificazioni di qualsiasi specie (aggiunte, cancellature ecc.) che vengono apportate al documento dopo la sua definitiva formazione.

Ogni operatore che, per quanto di competenza, contribuisce alla compilazione di una cartella clinica è responsabile in prima persona degli eventuali reati commessi.

L'errore clinico del professionista nella compilazione della cartella clinica, purché entro i limiti della perizia e prudenza dovuta al caso, è considerato dalla magistratura meno grave della mancata compilazione della stessa.

La cartella clinica in un Ser.D.

La cartella clinica del paziente di un Ser.D. è costituita da una cartella cartacea o informatizzata su cui vengono annotati i vari dati relativi alla persona, nonché la storia del suo rapporto con il servizio.

Da un punto di vista operativo è costituita da:

- dati anagrafici del paziente;
- quadro storico antecedente al periodo di trattamento;
- relazione di primo contatto;
- anamnesi medica;
- anamnesi tossicologica;
- esame obiettivo;
- valutazione psichiatrica;
- valutazione psicologica;
- valutazione sociale;
- valutazione dell'educatore;
- rapporti con il medico di famiglia o con il responsabile di una struttura ospitante;
- comportamenti a rischio;
- patologie associate;
- esami prescritti e/o effettuati con il loro esito;
- interventi specialistici effettuati con il loro esito;
- progetti terapeutici attuati con il loro esito;
- diario clinico delle singole prestazioni erogate dai diversi operatori;
- eventuali inserimenti in strutture residenziali con il loro esito.

Di seguito si espandono alcuni punti essenziali della cartella clinica: l'accettazione, la relazione di primo contatto e le valutazioni.

L'accettazione

Qualsiasi persona che afferisce al Ser.D. viene ricevuta da una figura professionale deputata all'accettazione, in linea di massima un infermiere, che accoglie la domanda.

Se è presente un'emergenza sanitaria l'infermiere contatterà immediatamente il medico in servizio che provvederà a predisporre le misure necessarie per contrastare o risolvere l'emergenza.

In assenza di situazioni clinicamente emergenti o percepite tali dal paziente e, valutata la pertinenza della domanda rispetto alle attività istituzionali del Ser.D., l'infermiere avvierà l'accoglienza che prevede: l'apertura della cartella clinica, la raccolta delle informazioni previste nella scheda di anagrafica e la raccolta della autorizzazione al trattamento dati.

Nel caso in cui il cliente dovesse richiedere l'anonimato l'infermiere accetta la domanda chiedendo al cliente di identificarsi con una sigla formata dalla prima e terza lettera del nome, dalla prima e terza lettera del cognome, dal sesso e dalla data di nascita e porterà la richiesta al medico di guardia che deciderà in merito.

Il medico di guardia, di norma, informa la persona che essendo il Ser.D. una struttura pubblica, i dati identificativi sono indispensabili per le prestazioni che richiedono la somministrazione di farmaci o per il rilascio di certificazioni, tutte le altre prestazioni possono essere erogate in anonimato.

Nel caso in cui un familiare o conoscente dovesse chiedere informazioni su di una persona in carico, si applicheranno le disposizioni relative all'autorizzazioni trattamento dati concordate con il cliente.

La relazione di primo contatto

Il colloquio di primo contatto è finalizzato alla decodifica della domanda e ha i seguenti output:

- ascolto della domanda portata;
- risposta immediata a eventuali emergenze reali o percepite;
- informazioni di indirizzo a un'altra agenzia qualora la domanda portata non sia coerente con l'attività istituzionale del Ser.D.;
- avvio della successiva fase di valutazione multi assiale;
- supporto alle persone non direttamente coinvolte nella domanda di trattamento.

La relazione di primo contatto si conclude con la registrazione in cartella del colloquio.

La valutazione multi assiale

La valutazione multi assiale permette la conoscenza approfondita della persona e del problema ed è costituita da: anamnesi medica e tossicologica, esame obiettivo, valutazioni sociali, psicologiche e psichiatriche.

L'anamnesi medica e tossicologica permette di conoscere le eventuali problematiche sanitarie del paziente e la storia della sua dipendenza. Particolare attenzione dovrà essere posta alla presenza di patologie psichiatriche pregresse.

Le valutazioni sociali, psicologiche e psichiatriche completeranno la conoscenza del paziente e del problema e permetteranno di formulare un sospetto diagnostico, un indice di gravità del problema e una prognosi.

La valutazione diagnostica, basata su schematici alberi decisionali, deve essere integrata con l'esperienza clinica in funzione dell'opportunità di non sottovalutare eventuali aree problematiche ma neppure di accentuarle perseguendo un rigido schematismo.

Bisogna aver presente infine alcune possibili criticità presenti nell'iter per la formulazione della diagnosi: menzogna intenzionale e negazione non intenzionale, scarsa comprensione delle domande. In una logica processuale il momento diagnostico e quello terapeutico non sono scindibili, ma debbono essere considerati come sequenze di azioni coordinate intorno ad un progetto.

La restituzione della diagnosi è un momento importante perché il cliente arriva a dare un nome al suo disagio e soprattutto la diagnosi è il primo passo per programmare un percorso verso la cura.

Il processo diagnostico deve avere un certo valore predittivo rispetto alle possibilità di cura e deve strutturarsi come momento di connessione tra passato e futuro.

È necessario trovare una definizione consensuale del problema portato che soddisfi sia il professionista sia il cliente per poter lavorare su una storia diagnostica in parte già costruita dal cliente in parte da costruire insieme, a partire da una condivisione degli obiettivi del trattamento.

Bibliografia

- Aa.Vv. (1996). *Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale*. Leonard Edizioni, Settembre.
- Agliati M. (1996). *Tecnologie dell'informazione e sistemi amministrativi*. EGEA.
- Baker L., Rubycz R. (1996). *Performance improvement in public service delivery*. Pitman Publishing.
- Berardi G., Biazzo S. (1996). Analisi rappresentazione dei processi aziendali. *Sviluppo e organizzazione*, 156.
- Beretta S., Dossi A., Meloni G., Miroglio F. (1999). *Il benchmarking dei processi amministrativi*. EGEA.
- Biffi A. (1997). Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management. *Economia & Management*.
- Biffi A., Pecchiari N. (1998). *Process management e reengineering*. EGEA.
- Bonazzi G. (2000). *Storia del pensiero organizzativo*. FrancoAngeli.
- Borgogni L. (1999). *Valutazione e motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni*. FrancoAngeli.
- Borgonovi E. (1973). *L'economia aziendale negli istituti pubblici territoriali*. Giuffrè.
- Bortignon E., Frati P., Tadchini R. (1998). *Medici e Manager*. Edizione Medico Scientifico.
- Brenna A. (1999). *Manuale di Economia Sanitaria*. CIS Editore.
- Caccia C., Longo F. (1995). L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico. *Mecosan*.
- Cartoccio A., Fabbro M. (1992). Complessità organizzativa e sviluppo manageriale. *Sviluppo e Organizzazione*, 131.
- Ciatto S. (1996). *Screening in medicina*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Cochrane A.L. (1999). *Efficienza ed efficacia*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Corradini A. (1997). I modelli organizzativi per le aziende ULS: tradizione ed innovazione. *Mecosan*, 20: 17-33.
- Davenport T.H. (1994). *Innovazione dei processi*. FrancoAngeli.
- Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G., Torrance G. (2000). *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Focarile F. (1998). *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*. Centro Scientifico Editore.
- Froman B. (1998). *Il manuale della qualità*. FrancoAngeli.
- Grilli R., Penna A., Liberati A. (1995). *Migliorare la pratica clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Hammer M., Champy J. (1993). *Ripensare l'azienda*. Sperling&Kupfer.
- Hronec S.M. (1995). *Segni vitali: come utilizzare gli indicatori di qualità, tempo e costo per tracciare il futuro della vostra azienda*. FrancoAngeli.
- Mintzberg H. (1985). *Le strutture organizzative*. il Mulino.
- Nonis M., Braga M., Guzzanti E. (1998). *Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro*. Il Pensiero Scientifico Editore.

RECENSIONE



Mario G.L. De Rosa

ALCOLOGIA CLINICA L'esperienza di un Servizio delle dipendenze

Collana: Clinica delle dipendenze
e dei comportamenti di abuso/Quaderni
Codice: 231.1.61
pp. 124 euro 17,00
Editore: FrancoAngeli

L'alcolologia è una disciplina specialistica relativamente giovane che ha visto negli ultimi anni lo sforzo degli operatori del settore per definirne più esaurientemente le peculiarità cliniche. In questa prospettiva la ricerca delle cause, del quadro sintomatologico, del trattamento e della prognosi delle problematiche alcol-correlate è un terreno di studio e di confronto costante tra le figure professionali che si interessano e lavorano per curare le tante persone che ogni giorno necessitano di aiuto per uscire dall'alcolismo.

Il volume descrive in maniera pratica come si lavora in un Servizio che si occupa di clinica alcolologica. In particolare, si espone la

modalità con cui viene effettuata la valutazione e la terapia in una prospettiva procedurale: il processo clinico da quando il paziente afferisce al Servizio fino alla definizione del trattamento e del suo follow-up.

L'alcolismo è concepito come un modo d'essere problematico della persona nel suo "essere-nel-mondo" che determina oltre al consumo disfunzionale dell'alcol anche un disagio esistenziale e un declino del ruolo sociale. È un "fenomeno" che si correla e trova un senso "patologico" in "esistenze" che vivono l'alienazione da Sé e cercano nell'alcol un rimedio alla loro condizione. Un capitolo del libro viene dedicato all'analisi del senso dell'abuso alcolico nei giovani: è ormai evidente come il "fenomeno alcol" si manifesti con specifiche peculiarità nel mondo giovanile acquisendo un significato che trae origine da modelli esistenziali profondamente cambiati a livello sociale e di conseguenza, per molti aspetti, presenta manifestazioni cliniche diverse dall'alcolismo dell'adulto.

Mario G.L. De Rosa, medico, psichiatra e psicoterapeuta. È membro ricercatore del Centro di psicoterapia dinamica di Ancona, direttore del Servizio dipendenze patologiche dell'Asur-Area Vasta n. 3 di Civitanova Marche e referente tecnico per l'Alcolologia della Regione Marche nella Sottocommissione Alcol della Conferenza Stato-Regioni.

Contaminazioni

Maurizio Fea

Storie edificanti dall'altro mondo

Antonio da Padova non è il santo patrono degli enologi – quella distinzione va a San Vincenzo o San Martino di Tours o, se vi capita di essere in Bulgaria, a San Trifon il Potatore – ma forse dovrebbe esserlo, almeno nel Sud California.

Perché quando Santo Cambianica venne a Los Angeles dalla Lombardia e fondò la Cantina di San Antonio, fu la sua devozione a quel santo e alla sua chiesa che avrebbe salvato il business. Come la maggior parte dei suoi compatrioti, Cambianica era cattolico molto devoto e così chiamò la sua cantina Sant'Antonio, il santo patrono non dei produttori di vino ma delle cose perdute, dei viaggiatori, dei poveri.

Se Cambianica era un viaggiatore, non rimase tale.

Né finì povero e perduto, come fecero molti dei suoi colleghi viticoltori, quando nel 1920 il proibizionismo scosse l'industria del vino come una pesante brocca che batte su un tavolo da pranzo.

Cambianica emigrò nel centro di Los Angeles nel 1914, facendo la sua casa e iniziando la sua cantina su mezzo ettaro di terra in quella che allora era Little Italy, una fiorente rete di migliaia di immigrati dell'Europa occidentale.

Era quindi una delle più grandi concentrazioni di italo-americani ad ovest del Mississippi.

Gli italiani si stabilirono a Lincoln Heights e in quella che ora è Chinatown, venendo qui in ragione di una fiorente industria agricola e della Southern Pacific Railroad.

Era una buona posizione per un'azienda vinicola, perché c'erano vigneti nelle valli vicine, una ferrovia per trasportare il prodotto – la Red Car Line correva appena fuori le porte della cantina – e un sacco di immigrati abituati a bere il vino.

Il proibizionismo cambiò la fiorente industria vinicola californiana in un settore improvvisamente in crisi, tenuto insieme con filo spinato, barili di legno di quercia e feritoie.

Il Volstead Act, che applicava il diciottesimo emendamento, esentava l'alcol usato per scopi medicinali o cosmetici, le acque da toilette e, per scopi religiosi, il vino sacramentale.

Quando la San Antonio Winery fu fondata nel 1917, tre anni prima del Proibizionismo, era una delle circa 90 aziende vinicole di Los Angeles; quando il Proibizionismo fu abrogato, nel 1933, era una della mezza dozzina rimaste.

Santo Cambianica ha letteralmente salvato la sua cantina nello stesso modo in cui la Chiesa cattolica ha salvato metaforicamente i suoi parrocchiani: trasformando il comune vino da tavola in qualcosa di sacro, nel vino usato per la Messa.

Il fatto che la cantina fosse stata denominata come un santo cattolico e che Cambianica avesse forti legami con la chiesa ha reso la transizione logica da entrambe le parti, e quindi l'azienda vinse un accordo per continuare a produrre vino sacramentale durante il proibizionismo. (Molte aziende vinicole producevano già vino da vendere alle chiese e alle sinagoghe, e durante il Proibizionismo quella pratica andò in overdrive).

“La maggior parte degli altri marchi non erano spirituali; avevano nomi come Sunny Side o Sunny Slope”, sottolinea Steve Riboli, il pronipote di Cambianica e ora vice presidente della San Antonio Winery.

San Antonio “era un'azienda basata sulla fede”, afferma Riboli. “Letteralmente”.

Cambianica cambiò rapidamente la sua attività per adattarsi alla situazione, di per sé una sorta di processo di trasformazione che divenne emblematico per l'azienda.

Prima del proibizionismo, San Antonio era una piccola azienda vinicola, che produceva circa 5.000 casse di vino rosso, il tipo di vino venduto “a misura di famiglia”, o in forma di brocca, agli immigrati locali e alle cinque chiese della zona.

Quando il Proibizionismo finì, stava producendo 20.000 casse. Oggi, San Antonio Winery è il più grande fornitore di vino sacramentale nel paese.

Se il centro di Los Angeles era un luogo logico per costruire una cantina quasi un secolo fa, non è certo dove ti aspetteresti di trovarne uno adesso.

La cantina occupa tre blocchi di quello che nel 2012 è un paesaggio orizzontale in gran parte industriale.

Le impronte della Piccola Italia sono deboli, il colore spettrale del cemento: il piccolo mercato Lanza Bros, che continua a funzionare lungo la strada della cantina, e la cantina stessa, con le sue bandiere e l'ingresso attentamente mantenuto.

Oltre a quello? Non rimane molto dei bungalow e dei negozi, dei pasticci e dei pescivendoli che costituivano la fiorente comunità.

Ma oltrepassate la soglia della cantina nel vasto complesso: 100.000 piedi quadrati di showroom e ristorante, sale di degustazione e impianti di imbottigliamento, fermentazione, invecchiamento, cantine e magazzini, e troverete la storia ovunque guardiate.

È nelle foto in bianco e nero di Cambianica; di suo nipote Stefano Riboli, padre di Steve, che arrivò dall'Italia nel 1936 a 15 anni per aiutare a gestire l'azienda; della moglie di Stefano, Maddalena, una teenager guida di una famiglia italiana immigrata a Guasti, in Ontario, in California.

Puoi vedere la storia nelle file di bottiglie di vino e negli enormi barili di sequoia da quattro pollici di spessore, così grandi da poter contenere fino a 25.000 litri di vino, che popolano le stanze come i resti di una foresta di vecchia crescita.

San Antonio produce e imbottiglia la maggior parte delle oltre 500.000 casse di vino che produce annualmente in L.A.

Agli inizi degli anni '60, San Antonio era diventata l'ultima azienda vinicola rimasta in Los Angeles, e nel 1966 fu designata come uno dei punti di riferimento culturali della città.

Tutta la storia riempie le bottiglie del vino sacramentale che costituisce ancora il 15% della produzione annuale di San Antonio.

I gusti sono cambiati nel corso degli anni, come la Chiesa è cambiata (l'uso del vino d'altare nei servizi cattolici è cresciuto dopo il Concilio Vaticano II, negli anni '60) e così il suo clero e parrocciani si sono abituati ai vini oltre le varietà utilizzate per le cerimonie religiose.

Oggi San Antonio produce sei vini sacramentali, di cui quattro – un rosso, un rosato, un leggero Moscato e un'Angelica – sono i più popolari.

I vini aromatici una volta erano molto dolci e per la maggior parte fortificati – il diritto canonico stabilisce che il vino per l'Eucaristia deve essere “dal frutto della vite”.

Riboli dice che la stragrande maggioranza del vino da messa ora è mediamente secca, e che i suoi vini non hanno aggiunta di acqua o zucchero.

Dall'inizio degli anni '90, sacerdoti e dirigenti parrocchiali hanno chiesto all'industria vini più secchi e colori più chiari.

Prima di allora, il vino sacramentale era scuro, apprezzato per il suo colore profondo che suggeriva il sangue di Cristo rappresentato.

Ma i vini più leggeri non solo hanno attirato i palati sia del clero che dei parrocciani, hanno anche avuto un valore pragmatico – poiché i vini più leggeri sono più facili da pulire quando si rovesciano inevitabilmente, e quindi hanno meno probabilità di macchiare i panni dell'altare.

Immaginate le vostre bollette per il lavaggio a secco dopo una serata, ad esempio, di pot-au-feu e Cabernet Sauvignon.

La cattedrale di Nostra Signora degli Angeli nel centro di Los Angeles ha utilizzato esclusivamente i vini sacramentali di San Antonio fin dall'apertura e ha persino quattro diverse etichette San Antonio nel suo negozio di articoli da regalo.

Mons. Kevin Kostelnik, il parroco della cattedrale, dice che i parrocciani comprano il vino non solo per bere, ma come souvenir.

Kostelnik dice che prima dell'apertura della cattedrale nel 2002, ha formato un comitato di degustazione di vini per scegliere i vini sacramentali.

Il comitato si è recato nella vicina San Antonio per una degustazione e alla fine ha deciso sul rosé della Comunione, che è l'unico vino che la cattedrale usa per l'Eucaristia.

Ed è molto gettonato: 25 casse al mese, oltre 300 bottiglie, ad un costo approssimativo di \$ 1.500. “San Antonio è un tesoro”, dice Kostelnik. “Non ci sono molte aree urbane che dispongono di una cantina. Sono un modello di sacrificio per stare in città”.

Per quanto riguarda il vino stesso, il monsignore afferma che la qualità del vino è importante sia per ragioni teologiche che estetiche.

“Non usiamo vino economico. È il sangue di Cristo: vogliamo usare il miglior vino che possiamo trovare”.

Realizzato secondo il diritto canonico, San Antonio produce il suo gruppo di vini sacramentali da uve coltivate nella California settentrionale della Valle di San Joaquin da vitigni più vecchi con sapori intensi: il rosso è una miscela che comprende uve Barbera e Cabernet; il rosé è fatto con Grenache.

L'Angelica è fortificata con l'acquavite d'uva, come era consuetudine con le precedenti generazioni di vini d'altare, per ottenere il 18 per cento di alcol.

Traduzione dal Smithsonian Magazine Institution del 6 dicembre 2017.

Per saperne di più: www.smithsonianmag.com/travel/saved-from-prohibition-by-holy-wine-88250788/ / # fCD5XlUcQB4deAfl.99

NOTIZIE IN BREVE

Publicato “FeDerSerD Informa n. 30 – gennaio 2018”

La newsletter, in distribuzione e pubblicata sul sito www.feder-serd.it, è dedicata al:

“PROTOCOLLO OPERATIVO TRA FeDerSerD (Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze) e CONAMS (Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza) PER LA APPLICAZIONE DELL’AFFIDAMENTO IN PROVA IN CASI PARTICOLARI AI SENSI DELL’ART. 94 DEL DPR 309/90”, recentemente presentato a Roma, presso il Senato della Repubblica.

Indice:

1. Premessa
2. Situazione attuale: analisi del contesto
3. Criticità
4. Finalità
5. Protocolli e linee guida di possibile riferimento
6. Azioni di miglioramento
 - 6.1. certificazione stato tossico/alcoldipendenza
 - 6.2. attualità della tossico/alcoldipendenza

- 6.3. analisi della strumentalità della richiesta
- 6.4. formulazione programma terapeutico (ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale) e certificazione idoneità
- 6.5. monitoraggio programma terapeutico
7. Monitoraggio e revisioni del protocollo operativo
8. Bibliografia minima
9. Allegati:
 - A. fac simile “Certificazione stato di tossico/alcol dipendenza”
 - B. fac simile “Valutazione multidisciplinare”
 - C. fac simile “Certificazione idoneità programma terapeutico”
 - D. fac simile “Programma terapeutico Ambulatoriale”
 - D1. fac simile “Programma terapeutico residenziale/semiresidenziale”
 - E. fac simile “Monitoraggio programma terapeutico”
 - F. fac simile “Nota di trasmissione della documentazione”

Nel prossimo numero di MISSION verrà dato ampio spazio al fondamentale documento per la operatività dei Servizi.

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Orientare l'organizzazione dei Servizi verso un modello efficace e sicuro di trattamento del dolore con farmaci oppiacei: l'esperienza della Casa di Reclusione di Padova

Debora Lageder*, Gaetano Morgillo*, Livia Zuliani*, Giordano B. Padovan*, Jessica Lorenzon*, Felice A. Nava*

SUMMARY

■ *In prison pain assumes a disproportionate magnitude and it is not generally adequately treated. The reasons are often due to the fear to prescribe to detainees opioid analgesic agents for the risk of misuse and diversion. The purpose of this observational study, carried out on 598 detainees in the sentence prison of Padua, was to identify the obstacles and barriers to the use opioid analgesic drugs for pain management and to find recommendations for their implementation and rational use.*

The study showed an inappropriate prescription of analgesic drugs and misuse and diversion phenomena, especially in detained drug users.

Recommendations, procedures and guidelines for the pain treatment should be adopted in all prisons. ■

Keywords: *Prison, Pain, Opioids, Misuse, Diversion, Addiction.*

Parole chiave: *Carcere, Dolore, Oppioidi, Misuso, Diversione, Dipendenza.*

Introduzione

Il dolore è un sintomo comune causato da diverse condizioni patologiche. Differenti possono essere i meccanismi generatori del dolore, che può essere influenzato da diversi fattori che possono essere di natura ambientale, familiare, sociale e culturale e possono condizionare anche l'esperienza soggettiva della sensazione dolorosa.

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) 1 persona su 5 soffre di dolore cronico con ricadute devastanti sulla sfera fisica, emotiva e sociale dell'individuo.

Una recente indagine condotta in Europa su oltre 45 mila soggetti ha evidenziato che il mancato trattamento del dolore cronico determina enormi costi sociali; basti pensare che il 61% del campione esaminato lamentava una riduzione della capacità lavorativa e il 19% era stato costretto a lasciare il lavoro a causa della persistenza del dolore (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). La metà dei soggetti facenti parte di questo studio soffriva di dolore da un periodo superiore ai 7 anni e nel 46% dei casi da oltre 10 anni (Breivik *et al.*, 2006).

* *Unità Operativa Sanità Penitenziaria, ULSS 6 Euganea, Padova.*

Nonostante gli sforzi effettuati negli ultimi decenni per implementare i trattamenti, il dolore, specie quello cronico non neoplastico, continua a essere un'epidemia nascosta (Griffin *et al.*, 2016).

Gestire con successo un caso di dolore cronico utilizzando i farmaci oppiacei significa realizzare un'analgesia adeguata riducendo effetti collaterali e indesiderati (Davis & Carr, 2016).

Punti critici nella gestione del dolore negli Istituti Penitenziari

Gli studi dimostrano che all'interno degli Istituti Penitenziari la tipologia di dolore più diffuso è il dolore cronico di natura non neoplastica (*Chronic Non-Cancer Pain - CNCP*) (Chou *et al.*, 2009; Croft & Mayhew, 2015). Esso è caratterizzato da una durata del dolore maggiore di tre mesi dovuto a varie cause fra cui patologie muscoloscheletriche, fibromialgia, osteoartrite e artrite reumatoide. Nella definizione di CNCP si escludono condizioni come la cefalea, l'emicrania, l'angina pectoris, il dolore neoplastico e quello dovuto a patologie specifiche come la sclerosi multipla (Reid *et al.*, 2011). Ad ogni modo il CNCP è in continuo incremento nella popolazione detenuta;

del resto la letteratura indica che il CNCP è spesso associato ad una co-morbilità sia di tipo psichiatrica che fisica (Fazel, Hope, O'Donnell, & Jacoby, 2001; Singleton, Bumpstead, O'Brien, Lee, & Meltzer, 1998) ed allo sviluppo in alcuni casi di *craving* nei confronti della terapia (Martel *et al.*, 2016; Wasan *et al.*, 2009).

Non esistono dati epidemiologici certi sulla prevalenza del dolore negli Istituti Penitenziari. Un recente studio inglese ha messo in evidenza che il 20% dei detenuti riceve un trattamento per il dolore per una durata maggiore di 3 mesi e di questi il 44% riceve una terapia oppiacea anche di lunga durata (Croft & Mayhew, 2015). I limiti maggiori per la diffusione della terapia oppiacea all'interno delle carceri sono i fenomeni di misuso e diversione (Levy, 2012; Wasan *et al.*, 2009), specie fra la popolazione psichiatrica e consumatrice di sostanze (Singleton *et al.*, 1998; Turk, Swanson, & Gatchel, n.d.).

Fra gli obiettivi primari per il trattamento del dolore in carcere vi è il miglioramento della fase di valutazione e di *assessment*, dell'appropriatezza prescrittiva e della sicurezza terapeutica. In questo contesto appare anche particolarmente rilevante sviluppare una forte "alleanza terapeutica" con il paziente, in modo da gestire le componenti emotive e percettive del dolore che sono spesso elevate nei contesti detentivi (NHS, 2015a).

Una difficoltà aggiuntiva in ambito penitenziario è la necessità di evitare l'utilizzo di farmaci che possono più frequentemente sviluppare fenomeni di misuso e diversione (Department of Health, 2007). Per questa ragione i contesti carcerari necessitano dello sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici o di linee guida per il trattamento del dolore, specie per le popolazioni speciali come i consumatori di sostanze, i pazienti psichiatrici, gli immigrati e le donne.

L'esperienza inglese suggerisce che il 75% delle carceri ha linee guida per il dolore ma solo 1 su 5 di queste linee guida vengono applicate nella pratica clinica per una difficoltà legata al contesto (fra cui ad es. il trasferimento frequente ed improvviso dei detenuti da un istituto penitenziario ad un altro) (Public Health England, 2013). Un altro limite importante presente nei contesti penitenziari è la difficoltà di sviluppare programmi di trattamento integrati con interventi di tipo comportamentale, educativo e psicologico.

Riassumendo, possiamo affermare che il mancato o inadeguato trattamento del dolore nella popolazione detenuta rappresenta un problema di sanità pubblica di consistente dimensione e che può determinare conseguenze negative sia sulla sfera sociale che su quella sanitaria.

L'esperienza sull'uso dei farmaci oppiacei per il trattamento del dolore nella Casa di Reclusione di Padova

Presso la Casa di Reclusione di Padova si sono valutati i dati epidemiologici e le modalità prescrittive dei farmaci analgesici oppiacei nella popolazione detenuta al fine di individuare elementi di criticità e di miglioramento per la pratica clinica, volto ad implementare l'accesso al trattamento e l'appropriatezza e la sicurezza prescrittiva.

Lo studio è stato condotto sui pazienti che sono stati trattati per il dolore con farmaci oppiacei attraverso l'analisi delle

cartelle, della documentazione clinica e della scheda unica di terapia.

Lo studio è stato condotto sull'intera popolazione detenuta (n = 598) presente presso la Casa di Reclusione al 30/06/16.

I farmaci oppiacei disponibili per la farmacia della Casa di Reclusione per il trattamento del dolore sono rappresentati in Tabella 1:

Tab. 1 - Farmaci oppiacei disponibili per la terapia del dolore

Oppioidi deboli	Paracetamolo + Codeina Tramadolo
Oppioidi forti	Metadone Buprenorfina Buprenorfina + Naloxone Ossicodone Ossicodone + Paracetamolo Ossicodone + Naloxone Fentanyl Morfina Tapentadolo

Le caratteristiche della popolazione in studio sono rappresentate in Tabella 2.

L'analisi comparativa tra il gruppo di detenuti consumatori di sostanze e non, evidenzia:

- che il farmaco maggiormente prescritto nei due gruppi è stato il tramadolo;
- che la diagnosi prevalente per il dolore è, in entrambi i gruppi, la lombalgia;
- che in tutti i casi di prescrizione non compare in cartella la misurazione dell'intensità di dolore;
- che la prescrizione continuativa si è verificata in percentuali alte in entrambi i gruppi;
- che in entrambi i gruppi si evidenzia una quasi assente rivalutazione clinica dell'efficacia dei trattamenti;
- che il gruppo dei consumatori di sostanze ha maggiormente richiesto un incremento del dosaggio degli analgesici oppioidi e una associazione con FANS e adiuvanti;
- che un controllo a campione al fine di valutare l'aderenza alla terapia analgesica oppioide eseguito sul 33% di consumatori di sostanze in trattamento ha dimostrato che il 100% degli stessi non assumevano la terapia prescritta.

Più in generale l'analisi dei dati dimostra come i pazienti con anamnesi positiva per abuso di sostanze stupefacenti rappresentino un gruppo a rischio per abuso, misuso e diversione del farmaco analgesico prescritto. Questo pone la necessità di sviluppare delle metodiche operative condivise ed omogenee che coinvolgono più figure professionali per la presa in carico di consumatori di sostanze affetti da sindromi dolorose, al fine di garantire l'appropriatezza prescrittiva e la sicurezza clinica dei pazienti stessi.

Lo studio ha permesso inoltre di tracciare gli elementi di criticità della gestione della terapia oppiacea all'interno del contesto carcerario, specie nella popolazione dipendente da sostanze, suggerendo dei possibili aggiustamenti nel sistema organizzativo in modo da favorire l'appropriatezza e la sicurezza prescrittiva dei farmaci oppiacei per il trattamento del dolore.

Tab. 2 - Caratteristiche della popolazione in studio

	Consumatori di Sostanze n = 196	Non Consumatori di Sostanze n = 402	Significatività Statistica (χ^2)
Terapia Oppiacea per il Dolore	9%	2%	p < 0.01
Farmaco analgesico:			
– Codeina + Paracetamolo	23%	=	
– Tramadolo	62%	80%	
– Ossicodone	=	20%	
– Ossicodone + Paracetamolo	5%	=	
– Tapentadolo	5%	=	
+ FANS	61%	37%	p < 0.01
+ Adjuvanti	39%	12%	
Diagnosi:			
– Lombalgia	63%	70%	
– Altre cause muscoloscheletriche	21%	30%	
– Altre cause non specificate	16%	=	
Misurazione del dolore	Nessuna rilevazione	Nessuna rilevazione	
Durata della terapia:			
– Continuativa	33%	50%	
– Scadenza entro 30 gg	67%	50%	
Rivalutazione efficacia della terapia	11%	12%	
Effetti collaterali (riferiti)	11%	0%	p < 0.01
Richiesta incremento del dosaggio	61%	25%	p < 0.01
Controllo aderenza alla terapia mediante screening urine	33%	0%	
Esito screening tossicologici			
– Negativi	100%	=	

I presupposti e i principi che possono garantire l'efficacia delle cure per il trattamento del dolore in ambito penitenziario

Uno dei maggiori limiti e ostacoli nell'implementazione della terapia oppiacea per il dolore in ambito penitenziario è il fenomeno del misuso e della diversione (NHS, 2015b). Essi possono essere superati attraverso un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e attraverso lo sviluppo di raccomandazioni per l'utilizzo dei farmaci oppiacei per il trattamento del dolore che abbiano lo scopo di:

- fornire indicazioni più precise sulle caratteristiche dei trattamenti farmacologici oppiacei per la terapia del dolore (fra cui ad es. l'introduzione e l'utilizzo di *abuse deterrent formulation*);
- facilitare la comunicazione e la relazione fra prescrittore e paziente circa i rischi e benefici della terapia con questi farmaci;

- ottimizzare l'efficacia e la sicurezza del trattamento farmacologico attraverso frequenti monitoraggi;
- ridurre i rischi associati alla terapia a lungo termine con gli oppiacei.

Per la stesura di un percorso di presa in carico si devono, infatti, considerare:

- i punti critici decisionali nella gestione di pazienti con dolore cronico candidati alla terapia con oppiacei (identificazione dei fattori di rischio e di vulnerabilità riferiti allo sviluppo di abuso, misuso e diversione);
- il bisogno di costruire una completa e approfondita valutazione del dolore e della diagnosi;
- la necessità di sviluppare procedure flessibili, con un approccio sequenziale dei farmaci, atte a massimizzare l'efficacia (ridurre il dolore, migliorare lo stato funzionale e la qualità della vita) e ridurre le complicanze e gli effetti avversi (come il misuso e la diversione).

Una proposta di algoritmo in dieci punti per la gestione della terapia con oppioidi per il trattamento del dolore cronico non oncologico in ambito penitenziario

PUNTO 1 VALUTAZIONE INIZIALE GLOBALE	La valutazione del dolore è un processo multidimensionale e l'approccio al paziente con dolore in carcere deve essere finalizzato alla "presa in carico" globale della persona (attraverso un approccio multiprofessionale e la realizzazione di un programma terapeutico individualizzato)
PUNTO 2 VALUTAZIONE DELL'ADDICTION RISK E DIAGNOSI ALCOLOGICA	La diagnosi algologica nel paziente in carcere deve comprendere come primo passaggio la valutazione dell'addiction risk e successivamente la valutazione psicologica e della causa che origina il dolore. La valutazione algologica è un processo dinamico che presuppone lo sviluppo da parte del terapeuta di competenze di "comunicazione" e di "relazione"
Valutazione dell'addiction risk	Identificare, nell'intera popolazione detenuta, i soggetti con rischio di dipendenza, diversione, misuso ed overdose
Valutazione psicologica del dolore	Valutare le seguenti componenti psicologiche del dolore: <ul style="list-style-type: none"> • significato e afflizione del dolore • risposte del paziente per far fronte allo stress e al dolore • effetti del dolore sulle attività di vita quotidiana • effetti psicosociali e spirituali del dolore • effetti psicologici e comportamentali indotte dal dolore (ansia, depressione, ecc.) • variabili culturali e fattori etnici che possono influenzare la percezione del dolore • aspettative/credenze del paziente circa i metodi di gestione del dolore • preferenze ed attitudini del paziente nel ricevere informazioni sul dolore
Rivalutazione nel tempo la diagnosi algologica	Il dolore è una complessa risposta soggettiva e non può prescindere, neanche in ambito penitenziario, dal processo di autovalutazione. Esso può essere reso più genuino dallo sviluppo da parte del terapeuta di competenze di "comunicazione" e "relazione". In ogni caso la misurazione del dolore deve sempre avvenire attraverso l'utilizzo di scale validate, atte anche a valutare gli episodi di riacutizzazione
Valutazione dell'intensità, della tipologia e dell'adattamento al dolore	Il processo di misurazione del dolore deve prevedere come presupposto: <ul style="list-style-type: none"> • fiducia del paziente nel curante • attendibilità e credibilità del prescrittore • attitudine del curante di entrare in "comunicazione" e "relazione" con il paziente • accurata indagine anamnestica e approfondito esame obiettivo • uso di scale validate di misurazione del dolore • richiesta di esami strumentali • impostazione di un piano terapeutico antalgico • precoce e periodica rivalutazione
Valutazione della "diagnosi fisica" del dolore	Definizione del tipo di dolore <ul style="list-style-type: none"> • nocicettivo (somatico o viscerale) • neuropatico
PUNTO 3 VALUTAZIONE DEL PROGRAMMA DI TRATTAMENTO	Per stabilire un programma terapeutico per il trattamento del dolore questo deve essere reso descrivibile, misurabile e trattabile
Valutazione del programma di trattamento di tipo farmacologico	La terapia farmacologica del dolore prevede un approccio progressivo con la "scala degli analgesici" come suggerito dall'OMS. Essa deve rispettare i principi di: <ul style="list-style-type: none"> • informazione e di consenso da parte del paziente • efficacia nel sopprimere e prevenire il dolore • scelta della via di somministrazione più efficace e semplice • scelta di una via alternativa • prevenzione e trattamento dei possibili effetti collaterali
Valutazione del programma di trattamento di tipo fisico e/o comportamentale	Il trattamento del dolore non si deve limitare alla sola terapia farmacologica ma considerare, se di utilità, l'aggiunta di eventuali terapie fisiche e comportamentali (anche se nei contesti carcerari essi non possono essere sempre disponibili)
PUNTO 4 VALUTAZIONE DEL RAPPORTO RISCHIO/BENEFICIO Il trattamento è utile?	Una volta stabilita l'ipotesi trattamentale, all'interno di un progetto terapeutico globale, deve essere stabilito il rapporto rischio/benefico che in ambito penitenziario è declinato soprattutto in termini di rischio dello sviluppo di fenomeni di dipendenza, misuso e diversione

PUNTO 5 IDENTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI TERAPEUTICI	Un programma terapeutico deve essere sempre accompagnato dall'individuazione (condivisa con il paziente) di obiettivi pertinenti, realistici e raggiungibili a breve termine (anche in presenza di condizioni di dolore cronico). È utile sempre evitare l'individuazione di obiettivi a lungo termine, poiché le aspettative del paziente mutano con il tempo e in base alle esperienze e alla risposta ai trattamenti
PUNTO 6 CONDIVISIONE DELLA TERAPIA CON IL PAZIENTE (IL CONTRATTO TERAPEUTICO)	Il progetto terapeutico deve essere concordato con il paziente e deve prevedere il raggiungimento di obiettivi chiari e definiti (il cui raggiungimento può essere misurato). In ogni caso è sempre utile formalizzare con il paziente un contratto terapeutico in grado di responsabilizzarlo e renderlo consapevole dei possibili effetti collaterali ed avversi
PUNTO 7 FASE INIZIALE DEL TRATTAMENTO E AGGIUSTAMENTO DEL DOSAGGIO INIZIALE	La fase iniziale del trattamento prevede di cominciare con la somministrazione di basse dosi e valutare l'associazione con FANS ed adiuvanti (anticonvulsivanti, antidepressivi, corticosteroidi, neurolettici e miorilassanti). Il farmaco analgesico va sospeso in caso di assenza di analgesia, di comparsa di effetti collaterali importanti e di mancanza di miglioramento funzionale. Gli oppiacei ad immediato rilascio possono essere utilizzati solo per la titolazione della dose, mentre la "dose di soccorso" va somministrata solo nei casi di breakthrough pain
Obiettivi della fase iniziale del trattamento	Fino a 8-12 settimane dall'inizio del trattamento: <ul style="list-style-type: none"> • identificare i fattori che scatenano o peggiorano il dolore • identificare i fattori che alleviano il dolore • valutare le attività che distraggono il paziente dal dolore • trattare adeguatamente l'insonnia, l'ansia e la depressione • prevenire e gli effetti collaterali • utilizzare i farmaci adiuvanti
PUNTO 8 FASE DI STABILIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO	La prescrizione di farmaci oppiacei non dovrebbe superare i 28 giorni nei soggetti con addiction risk e in tutti i detenuti (consumatori di sostanze o meno) è necessario attuare delle strategie di monitoraggio almeno su base mensile. Quando la terapia inizia ad essere inefficace, nonostante gli opportuni adeguamenti, o si evidenziano l'insorgenza di effetti collaterali prima non presenti, si consiglia di effettuare la rotazione del farmaco
La durata della prescrizione	Le prescrizioni devono avere una durata massima di un mese e devono prevedere una valutazione di efficacia (sull'analgesia) e di sicurezza (sui comportamenti aberranti come il misuse e la diversione e gli effetti collaterali)
La gestione degli effetti collaterali	Gli effetti collaterali più comuni dei farmaci oppioidi sono stipsi, nausea (vomito) e sedazione e, con frequenza inferiore, confusione mentale, disforia, vertigini, allucinazioni, incubi, prurito, sudorazione, ecc. Essi devono essere sempre farmacologicamente trattati
PUNTO 9 VALUTAZIONE DELL'ADERENZA ALLE PRESCRIZIONI	L'aderenza alle prescrizioni deve essere particolarmente attenta nella popolazione detenuta e deve consistere nel medical management e nel monitoraggio tossicologico almeno su base mensile
PUNTO 10 CONCLUSIONI FINALI	Soddisfacenti – continuare: <ul style="list-style-type: none"> • dosi stabili • effetto su analgesia • no abusi ed effetti collaterali Fallimento – sospendere se: <ul style="list-style-type: none"> • richiesto importante aumento di dosaggio • no effetto su analgesia • abusi • misuse • diversione • effetti collaterali • assenza di compliance

Conclusioni

Lo studio condotto presso la Casa di Reclusione di Padova ha messo in evidenza come il trattamento del dolore con farmaci oppiacei deve avvenire con la necessità di un approccio razionale basato sulle evidenze scientifiche e la realizzazione di procedure e raccomandazioni. Quest'ultime devono prevedere una precisa valutazione e monitoraggio della terapia (Adams *et al.*, 2004; Solanki, Koyyalagunta, Shah, Silverman, & Manchikanti, 2011) e l'utilizzo ove possibile di farmaci con *abuse deterrent formulation* (Alexander, Mannion, Weingarten, Fanelli, & Stiles, 2014) e soprattutto l'integrazione dei trattamenti con interventi psicosociali ed educativi (Eccleston *et al.*, 2014).

Bibliografia

- Adams L.L., Gatchel R.J., Robinson R.C., Polatin P., Gajraj N., Deschner M., Noe C. (2004). Development of a self-report screening instrument for assessing potential opioid medication misuse in chronic pain patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(5): 440-59. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2003.10.009.
- Alexander L., Mannion R.O., Weingarten B., Fanelli R.J., Stiles G.L. (2014). Development and impact of prescription opioid abuse deterrent formulation technologies. *Drug and Alcohol Dependence*, 138: 1-6. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.02.006.
- Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain (London, England)*, 10(4): 287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
- Chou R., Fanciullo G.J., Fine P.G., Adler J.A., Ballantyne J.C., Davies P., ... Miasowski C. (2009). Clinical Guidelines for the Use of Chronic Opioid Therapy in Chronic Noncancer Pain. *Journal of Pain*, 10(2). doi: 10.1016/j.jpain.2008.10.008.
- Croft M., Mayhew R. (2015). Prevalence of chronic non-cancer pain in a UK prison environment. *British Journal of Pain*, 9(2): 96-108. doi: 10.1177/2049463714540895.
- Davis C.S., Carr D. (2016). Physician continuing education to reduce opioid misuse, abuse, and overdose: Many opportunities, few requirements. *Drug and Alcohol Dependence*, 163: 100-7. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.04.002.
- Department of Health (2007). *Clinical Management of Drug Dependence in the Adult Prison Setting Including Psychosocial Treatment as a Core Part*.
- Eccleston C., Fisher E., Craig L., Duggan G.B., Rosser B.A., Keogh E. (2014). Psychological therapies (Internet-delivered) for the management of chronic pain in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD010152. doi: 10.1002/14651858.CD010152.pub2.
- Fazel S., Hope T., O'Donnell I., Jacoby R. (2001). Hidden psychiatric morbidity in elderly prisoners. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 179(6): 535-9. doi: 10.1192/bjp.179.6.535.
- Griffin M.L., McDermott K.A., McHugh R.K., Fitzmaurice G.M., Jamison R.N., Weiss R.D. (2016). Longitudinal association between pain severity and subsequent opioid use in prescription opioid dependent patients with chronic pain. *Drug and Alcohol Dependence*, 163: 216-221. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.04.023.
- Levy M. (2012). Safer prescribing for prisoners. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 344, e447. -- Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22282531.
- Martel M.O., Finan P.H., McHugh R.K., Issa M., Edwards R.R., Jamison R.N., Wasan A.D. (2016). Day-to-day pain symptoms are only weakly associated with opioid craving among patients with chronic pain prescribed opioid therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 162: 130-6. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.02.047.
- NHS (2015a). *Pain Management Formulary for Prisons: Implementation Guide*.
- NHS (2015b). *Pain Management Formulary for Prisons: The Formulary for acute, persistent and neuropathic pain*.
- Public Health England (2013). *Managing persistent pain in secure settings*.
- Reid K.J., Harker J., Bala M.M., Truyers C., Kellen E., Bekkering G.E., Kleijnen J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27(2): 449-62. doi: 10.1185/03007995.2010.545813.
- Singleton N., Bumpstead R., O'Brien M., Lee A., Meltzer H. (1998). Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *London: Office for National Statistics*, 1-164. -- Retrieved from file:///C:/Users/hp/Downloads/psychmorb_tcm77-144477.pdf.
- Solanki D.R., Koyyalagunta D., Shah R.V., Silverman S.M., Manchikanti L. (2011). Monitoring opioid adherence in chronic pain patients: assessment of risk of substance misuse. *Pain Physician*, 14(2): E119-31. -- Retrieved from www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21412377.
- Turk D.C., Swanson K.S., Gatchel R.J. (n.d.). Predicting opioid misuse by chronic pain patients: a systematic review and literature synthesis. *The Clinical Journal of Pain*, 24(6): 497-508. DOI: 10.1097/AJP.0b013e31816b1070.
- Wasan A.D., Butler S.F., Budman S.H., Fernandez K., Weiss R.D., Greenfield S.F., Jamison R.N. (2009). Does report of craving opioid medication predict aberrant drug behavior among chronic pain patients? *The Clinical Journal of Pain*, 25(3): 193-8. doi: 10.1097/AJP.0b013e318193a6c4.

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Carcere e clinica delle dipendenze. Quali le sfide da affrontare per mantenere terapeutico un sistema di cura?

Emanuele Bignamini*, Sara Zazza^o, Loredana Ierardi[§], Enrico Teta**

SUMMARY

■ *The “Arcobaleno” facility for mitigated prison custody “Lorusso e Cutugno” Penitentiary in Turin accommodates about 80 patients affected by substance use disorders, capable of joining the provided Community therapeutic program. If, for the penitentiary administration, a prisoner is a detainee, i.e. a person guilty of offences to expiate and who must be supervised and rehabilitated, he/she is a person who needs an articulated medical and psychosocioeducational treatment, according to the Health Service. This different point of view leads to carry out distinct styles of treatment and therapy. It is influenced by substantial and uncontrollable risks and intertwines positive aspects with different problems that have always been present in all approaches. The severe, and sometimes almost untreatable, patients, such as these detainees, cause a strong feeling of loss, helplessness and envy to all of those people who take care of them (health personnel and prison warders), who are forced to constantly process these emotions. How can clinic treatment deal with penitentiary system conditions? Is it possible? After due analysis of relational and context dynamics established within a detention facility, the Authors try to give a first answer to the question concerned. ■*

Keywords: Attachment, Aggressiveness, Time, Pedagogy of responsibility, Cost-effectiveness.

Parole chiave: Attaccamento, Aggressività, Tempo, Pedagogia della responsabilità, Costi e benefici.

Il carcere e il mondo esterno

Il carcere è concepito come luogo chiuso, finalizzato a sottrarre alla vista (senso che mette in contatto con l'ambiente e che ha avuto il sopravvento sugli altri sensi dopo l'acquisizione della stazione eretta) persone che, più di altre, suscitano paura e insicurezza nell'immaginario collettivo, rappresentando l'incarnazione del "male" (Foucault, 1976).

Acquista, dunque, la funzione di separatore: non è un caso, infatti, che venga costruito lontano dal cuore della vita sociale, decentrato da tutto.

La conseguenza di un luogo così concepito, dove diventa facile per chi ci vive estraniarsi dal resto del mondo, è l'impenetrabilità e l'impossibilità di comunicazione con l'esterno, perseguita come un presupposto essenziale. La porta che chiude le sue spesse mura non è una porta girevole, in grado di dialogare e creare ponti con la società, bensì un ingresso che si serra, spa-

lancandosi a un mondo popolato da regole e da logiche certamente diverse e a volte opposte e contrarie a quanto si trova fuori le mura. Di per sé, un luogo chiuso che non si relaziona con l'esterno si perpetua senza mai cambiare, diventando sempre più autoreferenziale e in grado di fagocitare tutto ciò con cui entra in contatto. In un tale ambiente, sopravvive chi riesce a mettere in atto meccanismi di assimilazione.

L'ingresso in carcere e le modalità di attaccamento

L'ingresso in carcere è un passaggio carico di stress, destinato inevitabilmente a riattivare i meccanismi di difesa, i modelli di attaccamento acquisiti e le conseguenti strategie di ricerca di conforto. La cesura segnata dall'ingresso in carcere comporta, infatti, la separazione reale e simbolica dalle figure di riferimento significative.

Il comportamento di attaccamento ha la duplice funzione di assicurare la vicinanza a una figura di attaccamento e di proteggere il piccolo dal pericolo (Bowlby, 1996). È la caratteristica principale che dovrebbero offrire i genitori, ossia quella di essere pronti e disponibili a rispondere se chiamati in causa, incorag-

* Direttore Struttura Complessa Dipendenze I, ASL ex TO2, Torino.

^o Psicoterapeuta, Servizio Dipendenze, ASL ex TO2, Torino.

[§] Educatrice Professionale, Servizio Dipendenze, ASL ex TO2, Torino.

** Referente Servizio Dipendenze - Area Penale, ASL "Città di Torino".

giare e dare assistenza, limitandosi però a intervenire attivamente solo quando è necessario, senza “iperproteggere”.

Il contesto detentivo, proprio per il suo esplicito mandato di “custodire chi è colpevole e deve scontare una pena” e le sue rigide strutturazioni e gerarchie, non può essere certo assimilato a una madre-ambiente responsiva (Winnicott, 2005) e disponibile ai bisogni di conforto e angoscia dei detenuti. L’angoscia non è mitigata dalla vicinanza, che può variare dal semplice “essere visti”, alla vicinanza fisica senza contatto ma accompagnata da parole di conforto, fino al vero e proprio essere con-tenuti fisicamente. Gli agenti non possono stabilire legami privilegiati con i detenuti, né si possono permettere relazioni di tipo affettivo. Il rapporto numerico detenuti/agenti cristallizza la finalità primaria custodialistica e repressiva del carcere, negando quella “ridondanza” che permetterebbe l’esplorazione di alternative relazionali. I detenuti, quindi, nel contesto carcerario, sperimentano prevalentemente una sensazione di pericolo e non possono sentirsi protetti da un simile contesto.

La popolazione di detenuti di cui ci occupiamo come Dipartimento Dipendenze sono soggetti portatori sia di problemi con la giustizia sia di patologie da dipendenza.

I detenuti-pazienti di questo tipo propongono di solito, in ordine alle esperienze precoci e ai life events (Ferrero, 1995) un tipo di costruzione del legame che può essere prevalentemente riferito a due modelli di attaccamento: evitante ed ansioso-ambivalente (Liotti e Farina, 2011).

Comune alle due modalità è la relazione di attaccamento insicura, che denota che non si è costruita una sintonia sufficientemente buona tra il bambino e la figura di accudimento: quest’ultima viene dal primo percepita come non disponibile, poco responsiva rispetto alle sue richieste e incapace di mettersi in rapporto con i suoi bisogni. I soggetti insicuri hanno modelli operativi interni poco accurati, centrati sull’idea di dover “essere all’altezza di”, in un continuo tentativo di adattamento all’agente delle cure materne. Possono adottare due diverse strategie – l’evitamento o l’adesione – dando vita così a un attaccamento evitante oppure a uno ansioso-ambivalente.

Nell’attaccamento evitante il bambino tenta di minimizzare i propri bisogni di attaccamento per prevenire il rifiuto: rimane in contatto con il caregiver, ma cerca e concede una vicinanza emotiva minima.

La strategia ambivalente comporta, invece, l’aggrapparsi al caregiver con una sottomissione spesso eccessiva, o l’adozione di un’inversione di ruolo, per cui è il bambino a curarsi dell’agente delle cure materne e non viceversa, come dovrebbe ovviamente essere.

I percorsi terapeutici-riabilitativi

Nella prima fase immediatamente successiva all’ingresso in carcere del detenuto-tossicodipendente, anche in ordine a quanto sopra accennato, l’obiettivo del gruppo curante è fornire riferimenti che permettano alla persona di mantenere una connessione di cura fra l’esterno (trattamento già avviato o da avviare al Servizio Dipendenze territoriale) e l’interno (carcere). Gli operatori del Ser.D. Area Penale afferente al Dipartimento Dipendenze avviano la prima interazione e avviano anche, laddove è necessario, il sostegno farmacologico.

Sulla base della valutazione clinica raccolta e della formalizzazione della diagnosi di dipendenza, potranno poi essere proposte al detenuto-paziente la continuazione del percorso terapeutico all’interno di una Struttura a Custodia Attenuata (SCA) deno-

minata “Arcobaleno”. Questa SCA, rispetto alla detenzione presso i blocchi ordinari, consente al detenuto, previa la sottoscrizione di un contratto terapeutico impegnativo, una maggiore flessibilità sia di orari sia di spostamenti nella sezione al fine di partecipare al progetto terapeutico, che è articolato in due percorsi: uno rivolto a chi deve essere sostenuto alla richiesta di una misura alternativa alla detenzione, l’altro per chi passa tutto il resto della pena all’interno del carcere. Questo tipo di proposta vede impegnati diversi professionisti della ASL (psicologo, educatore, medico, infermiere, assistente sociale) su un arco temporale di otto ore per cinque giorni la settimana. Il tempo, lo spazio e le finalità generali, nonché alcune attività specifiche sono condivisi con il personale di Polizia Penitenziaria (Ispettore e Agenti) e con il personale civile dell’Amministrazione Penitenziaria (educatori e conduttori di laboratori).

All’interno della SCA si confrontano, quindi, il sistema penitenziario e quello sanitario, portatori di due culture differenti e l’esito in ordine al benessere e alla qualità emotiva del sistema è, dunque, il risultato del confronto di queste due culture.

Se la persona reclusa è, per l’Amministrazione Penitenziaria, un detenuto, ovvero un soggetto reo di colpe da scontare e che va controllato e rieducato, per il Servizio Sanitario è una persona che richiede un trattamento articolato, sanitario e psicosocio-educativo. Questa differenza di sguardo porta a mettere in atto stili “trattamentali” o “terapeutici” diversi e reciprocamente influenzantesi; ovviamente, si auspica che “l’integrazione” avvenga solo per gli aspetti positivi delle parti diverse, e che il sistema nel suo complesso proceda verso il “bene”. Tuttavia esistono rischi consistenti e poco controllabili (certamente non controllabili in tempo reale e senza costi) che invece si integrino le diverse problematiche, sempre presenti in ognuno degli approcci.

Il primo sguardo persegue la riabilitazione attraverso una rieducazione del comportamento deviante: la tossicodipendenza e il reato sono visti come un comportamento errato che verrà abbandonato dopo aver appreso una nuova scala valoriale come guida per la “nuova” vita e nuove “abilità”. Le regole, in questa cornice, sono scelte sulla base di un “ideale di vita” prefigurato come “buono e giusto”. Non sono, quindi, negoziabili e la persona deve adeguarvisi per dimostrare sia il proprio cambiamento, sia la propria motivazione a rimanere all’interno del percorso rieducativo. Ovviamente, la “verifica” non può che basarsi su elementi osservabili dall’esterno e non ha accesso al “cambiamento interiore”, alla metanoia della persona. Il messaggio trasmesso è che bisogna aderire a ciò che il contesto impone, congelando la persona (il paziente, ma anche l’operatore) a rispettare delle regole che alimentano una morale preconvenzionale (Piaget, 1972).

La moralità coincide, cioè, con l’ubbidienza a chi ha autorità. Eventuali eccezioni sono avvertite come pericolose, minacciose per la credibilità e la stabilità del sistema trattamentale, potenzialmente ingiuste in quanto introducono differenze tra i detenuti che contraddicono il dichiarato “siamo tutti uguali”. Se contemplate, le eccezioni assumono un carattere di “concessione”, dove il ruolo di superiorità tende al paternalismo, oppure di rivendicazione dal basso che riesce a strappare un privilegio. La gestione dei rapporti di forza in tutte le sue declinazioni, compresa la seduzione e la ossessivizzazione di norme e regolamenti può diventare centrale; nella tensione della conquista del controllo, dall’alto o dal basso, i programmi formali, che esprimono un’intenzione astratta, possono non corrispondere alle strategie e alle tattiche sul campo, alle vittorie e alle sconfitte nei singoli eventi. In uno slogan, ci si concentra sulle battaglie, ma si perde di vista la guerra.

Il secondo sguardo fonda, invece, la riabilitazione all'interno di una relazione dialogica, che non definisce a priori e per tutti quanto è necessario. Le regole e le prassi sono la base d'appoggio, le prassi minime che permettono una convivenza civile e la cornice entro la quale si decide quale comportamento da seguire è negoziabile e quale no. La focale è aiutare la persona a condividere il valore della regola, il suo senso, ovvero migliorare la convivenza all'interno del contesto.

Si tratta, allora, di una continua e ininterrotta negoziazione, nella tensione di aiutare la persona ad essere realmente adulta e capace di rispettare le regole che garantiscono l'ordine sociale e al contempo di renderla responsabile e capace di offrire all'interno del contesto in cui vive il proprio "personale – unico" contributo. È ovvio come questa tensione possa apparire, a un esame di realtà che consideri le effettive risorse individuali e del microambiente della persona (attraverso un accurato sistema diagnostico multidisciplinare), così come le effettive opportunità del sistema socioeconomico e i valori praticati dalla nostra collettività (non quelli dei discorsi ufficiali, ma quelli che emergono dalle azioni concrete dei leader e del popolo) (Bauman, 2013; Galimberti, 2007), del tutto velleitaria e finzionale. L'impegno profuso per cercare di produrre processi di cambiamento profondo dello stile di vita dei pazienti-detenuti appare sterile, ingenuo, buonista, in sostanza debole. Il salvaguardare spazi e tempi di riflessione può consentire al paziente con un funzionamento antisociale di occupare il territorio, di affermarsi e manovrare a suo piacimento. Riprendendo lo slogan di prima, tenendo fissa la concentrazione sulla guerra, si perdono tutte le battaglie.

L'aggressività

La gestione della trasgressione alle regole che sfociano in comportamenti aggressivi rientra fra le situazioni più difficili da gestire e trattare. Se, per esempio, il paziente trasgredisce una regola e mette in scena un'aggressione verbale verso un altro detenuto, i quadri interpretativi utilizzati dal sistema di cura e da quello penitenziario saranno diversi.

Per la logica della custodia il comportamento è facilmente riconoscibile e ha un significato univoco ("ti sei comportato in modo aggressivo, ciò conferma l'idea che sei una persona pericolosa") la cui conseguenza è l'espulsione o la minaccia di quest'ultima nel caso di ripetizione del comportamento. Lo scopo sembra essere quello di creare un ambiente controllato, in cui l'aggressività o qualsiasi altro sentimento negativo sarà negato o a malapena sopportato. La logica che potrebbe, invece, essere seguita dall'ottica clinica è quella in cui si interpreta l'aggressione (dal latino *aggredior*, *ad-grad* "movimento verso") come un movimento, seppur primitivo e poco funzionale, che mette in contatto con l'altro e permette di "sentire" un confine fra il Sé e il non-Sé. L'intervento dell'operatore è finalizzato a dare, nell'interazione con i pazienti, un significato del comportamento messo in atto con lo scopo di sviluppare la capacità di mentalizzazione (Allen, Fonagy e Bateman, 2010) e quindi "riflessive", di controllo e di scelta. Se però l'ambiente è percepito come carente di capacità di contenimento, il paziente sperimenterà un crescente distress e attiverà due possibili strategie secondarie:

- disattivante, se crede che ricercare la vicinanza sia inutile: mettono in atto questa strategia i pazienti con un modello di attaccamento distanziante;
- iperattivante, se crede che attuare comportamenti che continuamente sollecitano la vicinanza dia loro maggiori possibilità di ottenerla. Questa strategia è utilizzata da pazienti con un modello di attaccamento invischiato.

Il paziente "disattivante" avrà difficoltà a esprimere le proprie emozioni e non ricercherà la relazione terapeutica: l'intervento non sufficientemente contenitivo avrà determinato un fallimento critico della strategia. I pazienti invischiati utilizzeranno, invece, strategie di ricerca delle relazioni iperattivanti, cercando una distanza con il sistema di cura più vicina rispetto a quella ottimale, manifestando le proprie emozioni in modo da non passare inosservato ed esasperando le situazioni. Anche in questo caso, la mancanza di un intervento sufficientemente contenitivo avrà come conseguenza un'intensificazione degli agiti, invece che uno sviluppo delle capacità di mentalizzazione.

I sentimenti negativi e le angosce di morte

Pazienti gravi, a volte al limite della trattabilità, come quelli presenti nel contesto carcerario, investono massicciamente tutti coloro che si prendono cura di loro (operatori sanitari e agenti di custodia) di sentimenti di perdita, impotenza e invidia, costringendo gli operatori a un lavoro di elaborazione continua di queste emozioni.

Se il sistema curante non riesce a metabolizzare (Bion, 2016) questi sentimenti si crea una "indigestione" che produce uno stato d'emergenza nel gruppo di lavoro, che riverbera sui pazienti e nel quale si assiste al prevalere del registro corporeo su quello mentale. La ragione viene sostituita dall'istintività e dall'emotività, che hanno reazioni più veloci. L'organismo dell'individuo (dell'operatore!) che si trova in una situazione minacciosa reagisce attivando i sistemi vitali utili per fronteggiare lo stato di pericolo (tachicardia, sudorazione, iperpernea, vasocostrizione, blocco della digestione, ipertensione, iperreattività); per salvarsi bisogna reagire in fretta, senza riflettere.

Lo stato di emergenza sollecita il gruppo di lavoro, sia esso custodiale che clinico, a un'attivazione emotiva con ipervigilanza, uno stato d'allerta in cui i minimi particolari assumono un valore assoluto e il muoversi per rispondere a una specifica situazione accaduta, anche di modesto rilievo, diventa "questione di vita e di morte". La rappresentazione è che se non si risponde "subito, in modo chiaro e forte", la conseguenza sarà la morte metaforica di qualcuno: l'espulsione del paziente, la sopraffazione di una parte sull'altra, la squalifica di un operatore, lo screditamento di un responsabile.

Non ci si consente l'unica possibilità per ricollegarsi al registro mentale, cioè quella di fermarsi. Il fatto di star fermi può portare a far prevalere l'impotenza e l'angoscia di morte. L'azione immediata a una situazione di criticità diventa il modo di governare e di riprendere il controllo su tale angoscia, un modo per dire "sono ancora vivo ed integro".

Purtroppo, però, il potere che si assume nella decisione all'atto è – in quanto meccanismo difensivo dall'angoscia – meramente illusorio e contribuisce a mantenere e perpetuare sia il flusso ininterrotto di eventi e azioni sia lo stato di emergenza. La decisione così presa non risponde a una strategia di pensiero, ma si fonda sulla necessità emotiva di re-azione; la decisione (dal latino: *de-caedere* = togliere via) non è, infatti, mai qualcosa di spontaneo e istintivo, bensì presuppone un'attenta riflessione in un certo lasso di tempo, unita alla considerazione delle conseguenze della scelta effettuata, così che le parti si riconoscano nelle reciproche differenze e appartenenze.

Un contesto che funziona sullo stato d'allerta emotiva produce, invece, legami di tipo invischiato in cui i confini sfumano. L'effetto è una diffusione dell'identità: gli agenti si trovano a far gli operatori clinici e viceversa, i pazienti a sostenere quali siano "le

regole di giustizia” che dovrebbero essere applicate, i “sani” appaiono deboli e incapaci, i “malati” forti e con le idee chiare.

Prime conclusioni e scenari possibili

A meno di non cadere in meccanismi di onnipotenza alimentati da una risposta controtransferale difensiva a quelli di impotenza indotti dai detenuti-pazienti, a noi sembra che, in un contesto così difficile, chiunque – compreso un Dipartimento Dipendenze – abbia difficoltà a mantenere in modo stabile la posizione di “terzo”, inteso come portatore di un pensiero in grado di ricomporre le modalità disfunzionali di sistema che si attivano a causa delle specifiche patologie del detenuto-dipendente, del mandato contraddittorio degli agenti e, infine, delle meta-comunicazioni del contesto detentivo (“sei qui perché devi scontare una colpa e quindi la sofferenza che provi non è da alleggerire ma è la giusta componente dell’espiazione”).

Una supervisione clinica, a questo punto, diventa strumento necessario e può essere comunque sufficiente a “bonificare” queste dinamiche? O non rischia di diventare essenzialmente un contenitore in cui evacuare le proprie angosce?

Il contesto ampio nel quale vengono trattati i dipendenti da sostanze resta, infatti, comunque il carcere: gli operatori entrano al mattino nell’Istituto Penitenziario e vengono sottoposti ai normali controlli degli agenti (riconoscimento dell’identità, perquisizione...); la persona arrestata entra prima di tutto come detenuto e – per quanti sforzi gli operatori possano fare per creare un spazio di cura il più possibile accogliente e favorente la relazione terapeutica – il contesto detentivo più ampio le segnala costantemente che è lì per scontare una pena.

Allora, riprendendo le conclusioni già proposte in un articolo su *Animazione Sociale* (Bignamini, 2010) per un utilizzo più funzionale delle professionalità e delle competenze di un operatore in carcere, si nota che spesso il terapeuta finisce per “curare il carcere”. In altre parole, rassicurare, far decantare, orientare, contenere le istanze distruttive del paziente e del contesto (e le proprie) e dare senso alla relazione perché diventi terapeutica sono tutti procedimenti indispensabili e preliminari che impiegano massicciamente le risorse disponibili per la cura in una misura che è amplificata dall’ambiente carcerario e non dalla patologia.

Le risorse attuali potrebbero essere impiegate, invece, o per aumentare le richieste dei detenuti-pazienti di misure alternative alla pena o per strutturare percorsi che possano favorire il passaggio del paziente dal Tribunale direttamente in comunità senza passare dal contesto detentivo.

Si potrebbe fin d’ora andare in questa direzione:

- perché ci sono gli strumenti tecnici per poter coadiuvare la Magistratura (coadiuvare, non sostituirsi o accogliere deleghe impossibili) nel discernimento fra tossicodipendente che commette reati e delinquente che fa uso di sostanze. La questione non è insuperabile, ma richiede lo sviluppo di una cultura della complessità che orienti a un lavoro di équipe multidisciplinare e multi-istituzionale;
- perché è possibile riorganizzare le risorse attuali dei servizi per le dipendenze operanti in carcere in modo che possano

tempestivamente esprimere una valutazione clinica (sempre passibile di revisione per conferma in una fase successiva) prima ancora della traduzione dell’arrestato nella Casa Circondariale;

- perché ci sono le risorse economiche, dato che i costi della comunità sono certamente inferiori ai costi del carcere e che il trasferimento dei tossicodipendenti in comunità territoriali può essere fatto in tempi minori di quelli necessari per costruire nuove strutture carcerarie. Il problema si pone, come emerso anche dal lavoro del Tavolo 4 “Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze” degli Stati Generali dell’Esecuzione Penale (Ministero della Giustizia, 2016), non sul piano delle risorse in termini assoluti, ma in relazione alla separazione dei bilanci, alla compartimentazione tra Sanità, Sociale e Giustizia, che impedisce un uso razionale ed efficiente delle risorse stesse;
- perché lo sviluppo delle comunità produrrebbe effetti positivi: a) sul piano terapeutico (compatibilità degli interventi con quelli previsti dai servizi per le dipendenze, quindi reale coerenza e continuità nella cura prima-durante-dopo la limitazione della libertà); b) sul piano culturale e normativo (sottolineerebbe che la tossicodipendenza è una patologia e non un crimine); c) sul piano sociale (valorizzerebbe una progettualità sociale di cui le comunità terapeutiche sono portatrici).

In questo senso e in linea con quanto appena proposto – adeguatamente esplorato sul piano teorico, della fattibilità e quindi declinato – ci si augura che le difficoltà che oggettivamente si riscontrano nel tentare un approccio terapeutico nel contesto carcerario attuale, invece di essere semplicemente negate, o magari scisse attraverso la squalifica di chi tenta di gestire elevate complessità, possano essere riconosciute e comprese, e portino un frutto creativo e fecondo, ispiratore di nuovi pensieri.

Bibliografia

- Allen J.G., Fonagy P., Bateman A.W. (2010). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bauman Z. (2013). *Le sorgenti del male*. Trento: Erickson.
- Bignamini E. (2010). Distinguere il tossicodipendente dal delinquente. Ipotesi per incrementare spazi di cura. *Animazione Sociale*, 60-70.
- Bion W.R. (2016). *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando Editore.
- Bowlby J. (1996). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell’attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ferrero A. (1995). Note sul rapporto tra identità, stile di vita e vicende familiari interiorizzate. In: Mascetti A., Zighetti A. (a cura di), *La costellazione familiare*. Torino: Stampa Brunello.
- Foucault M. (1976). *Sorvegliare e punire*. Torino: Einaudi.
- Galimberti U. (2007). *L’ospite inquietante. Il nichilismo e i giovani*. Milano: Feltrinelli.
- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ministero della Giustizia (2016). *Tavolo 4 “Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze” degli Stati Generali dell’Esecuzione Penale*, www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_19_1_4.page, 5 febbraio 2016.
- Piaget J. (1972). *Il giudizio morale nel fanciullo*. Firenze: Giunti Editore.
- Winnicott D.W. (2005). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando Editore.

Il fumo di “cannabis legale” come strumento per la riduzione del danno alla salute da tabacco

Fulvio Fantozzi*

SUMMARY

■ *The Author deals with a new therapeutic tool aimed to cut down tobacco health problems i.e. cannabis which has got a very slow THC content and therefore no narcotic effect. Of course, since that cannabis does not contain nicotine at all, people smoking such stuff everyday will never become nicotine addicts eventually. He puts his evaluation inside the conceptual frame of latest FDA policy about tobacco health problems in the US i.e. the eradication of compulsion for cigarettes as the number one goal and the diffusion of low nicotine content (or better no nicotine content) cigarettes as the mean to achieve it. He argues that first of all we should be sure there is no risk to get THC-positive urine samples from people who will smoke or heat such cannabis products and tells of his personal self experimentation about that issue.* ■

Keywords: *Smokable cannabis and tobacco, E-cig, Tobacco harm reduction, Self-experimentation.*

Parole chiave: *Cannabis e tabacco combustibili, Sigaretta elettronica, Riduzione del danno da tabacco, Auto-sperimentazione.*

ATTENZIONE: si consiglia di non provare a replicare a casa vostra quanto descritto qui di seguito nel paragrafo “AUTOESPERIMENTO”.

A mio parere è estremamente interessante osservare come gli USA si sono mossi nel corrente anno 2017 in termini di pronunciamenti su tabacco e salute pubblica.

Il nuovo (dis)corso statunitense è complesso ed affonda le proprie radici ovviamente in un lavoro attento di revisione e di progettazione di interventi di sanità pubblica già decollato alcuni anni fa sotto l’egida della FDA.

Qui riporto in rapida sintesi i contenuti di due documenti recenti e a mio avviso molto rilevanti sul tema:

1. l’ultimo pronunciamento antifumo della FDA (1), imperniato sulla difesa dei giovani americani esposti a morte prematura a causa del tabacco.

Il “cuore” del documento è costituito a mio giudizio dalla seguente affermazione: *“il punto nodale della strategia per affrontare la crisi di dipendenza da tabacco nelle nuove generazioni che sta minacciando le famiglie americane è modificare i livelli di nicotina nel fumo derivante da combustione di sigarette”*.

2. un documento pubblicato il 21 settembre scorso sulla prestigiosa Rivista medica *New England Journal of Medicine* (NEJM) (2) dal dr Scott Gottlieb, lo stesso Responsabile della FDA che aveva firmato il citato pronunciamento il 28 luglio scorso (1). I punti salienti dell’articolo sono altri, sebbene l’attenzione al

rischio di danno alla salute da tabacco delle nuove generazioni sia ancora ben presente. Ne riportiamo alcuni:

- la riduzione del consumo di sigarette combustibili (il riferimento implicito non è tanto alla sigaretta elettronica, abbreviata in “e-cig”, la quale non provoca “combustione”, ma alle sigarette che erogano fumo a seguito di riscaldamento di sticks di tabacco, come la ben nota IQOS);
- la riduzione della dipendenza dalle sigarette di tabacco mediante l’abbattimento del loro contenuto in nicotina non solo a tutela dei giovani che potrebbero così usarle senza diventare dipendenti, ma per il bene dei fumatori di qualsiasi età e segnatamente per facilitarne la disassuefazione (il concetto è ripetuto tale e quale, come un mantra, due colonne di testo più avanti);
- l’attenzione a non favorire semplicemente il passaggio da una forma di nicotina (le sigarette convenzionali) ad una qualsiasi altra forma di dispensazione di nicotina in soggetti dipendenti;
- la cautela nel non favorire involontariamente con azioni di regolazione del mercato l’emergere di rimbalzo di un mercato clandestino di sigarette ad alto contenuto di nicotina.

Ma lo slogan che si ricava dalla lettura attenta dell’articolo è che si dovrebbero fare due cose se si vuole davvero promuovere la riduzione del danno da tabacco: focalizzare gli interventi sulla nicotina e supportare l’innovazione in merito a nuove forme di consumo voluttuario di prodotti fumabili o “svapabili”.

Si citano poi articoli scientifici che sostengono la tesi per cui il paventato fenomeno del “fumo compensatorio” di sigarette a basso contenuto di nicotina è una sorta di bufala, si ricorda il ruolo che la NRT vale a dire la terapia sostitutiva con preparati a base di nicotina potrà avere nell’ottica della riduzione del danno e si riconosce il ruolo altrettanto importante delle e-cig in materia, ma d’altro canto la necessità di regolamentarne la vendita. Da ultimo si esplicita il significato della strategia suddetta in questi termini: *“i benefici per la salute pubblica derivati dall’implementazione di una politica di riduzione della nicotina nelle sigarette combustibili potrebbero essere enormi”*.

* *Medico delle Dipendenze e Tabaccologo libero professionista. Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni e Perfezionato in Dipendenze Patologiche, Tossicologia Clinica, Bioetica e Psicopatologia Forense, già Dirigente Medico di Farmacologia e Tossicologia Clinica e Direttore dei Centri Antifumo di Carpi e Mirandola della Az. USL di Modena.*

E qui in Italia che si fa? E che si pensa?

A mio avviso sul tema che informa l'articolo del NEJM, ossia la riduzione del danno da tabacco in fumatori inveterati poco motivati a smettere, la sensibilità di chi opera in trincea in Italia è scarsa.

A poco servirono contributi comparsi timidamente nella stampa di settore già 17 anni fa ad opera anche del sottoscritto (3).

Le droghe legali, tabacco e alcol, hanno sempre evocato atteggiamenti radicali del tipo "tutto o nulla" (o smetti del tutto o continui a fare quel che fai) e solo da 2-3 anni in Alcologia sono finalmente comparse e si sono consolidate nella pratica clinica posizioni laiche che ammettono trattamenti orientati alla mera riduzione del bere eccessivo e patologico e non alla sua immediata cessazione, almeno come primo "step" clinico.

Ciò grazie all'impiego oculato di farmaci ad hoc come naltrexone e, in subordine, nalmefene (4).

Per il tabagista le strade sono invece sempre le solite: smettere per i motivati a farlo, lavorare sulla motivazione a smettere per i non ancora motivati a farlo.

Sul versante del tabagismo che affligge pazienti in carico ai Servizi Psichiatrici per malattie mentali croniche gravi si è registrato qui e là (e lo dico dal mio piccolo osservatorio privato di medico delle dipendenze che cura anche tabagisti e tra di loro anche tabagisti con forte comorbidità psichiatrica) un certo interesse all'impiego della NRT allo scopo dichiarato di ridurre il numero di sigarette fumate e quindi il danno da tabacco, senza pretendere di fare smettere "lo psicotico cronico da 60 sigarette al giorno". Purtroppo non vi sono state prese di posizione istituzionali esplicitamente a favore della diffusione di un approccio del genere nelle strutture sanitarie pubbliche, nemmeno in quelle più avanzate come quelle di Reggio Emilia, nelle quali chi scrive ebbe l'opportunità di lavorare come Medico Tabaccologo Responsabile del primo Centro Antifumo nato in seno al Ser.T. nel lontano 1999.

Forse è per via di tale improvvida latitanza del mondo sanitario italiano, ma anche dei "pensatori pubblici" nei confronti della riduzione del danno alla salute del tabagista incallito vale a dire quello/a non ancora pronto/a smettere, che le pagine cartacee e web dei media italiani presentano sempre più spesso dall'inizio del 2017 interventi sensazionali, talora accorati e talora invece misuratamente, ma acutamente critici (5), sui benefici della cannabis legale e su quanto e come essa possa divenire un valido ausilio per chi vuole se non proprio smettere, almeno fumare meno tabacco.

In concreto si tratterebbe di sostituire parte delle sigarette convenzionali di tabacco fumate tutti i giorni (o addirittura di rimpiazzarle tutte tout court!) da forti ed impenitenti fumatori, di sostituirle dicevamo, "udite udite"... con sigarette contenenti non tabacco, ma cannabis "legale" laddove il suo contenuto di THC è ben al di sotto al limite di legge attuale dello 0,2%.

In questa sede non commento le posizioni pro-legalizzazione che a mio avviso si nascondono dietro alla facciata falsamente filantropica e sanitaria di alcune tra le esternazioni sull'argomento, perché questo mio scritto, che pure ha sembianze di pamphlet, non vuole essere affatto politico.

Preciso inoltre che non sono mai stato fumatore e che in merito alle ipotesi di legalizzazione/liberalizzazione delle cosiddette droghe leggere ho sempre espresso pubblicamente la mia posizione motivatamente e non ideologicamente contraria.

"Non ideologico" significa che se un domani qualcuno dimostrasse che per la salute pubblica i "pro" della legalizzazione del THC fumato a scopo ricreativo superano i "contro", io tranquillamente cambierei idea e mi schiererei a favore della legalizzazione suddetta. [Distorsioni cognitive di chi nel THC "c'è dentro fino al collo" ed interessi di bottega di chi cavalca l'onda dell'antiproibizionismo più o meno dichiaratamente solo per partito preso costituiscono notoriamente invincibili fattori di costrizione per chi ha posizioni ideo-

logiche in materia, nel senso che costringono costoro a mantenerle salde tali posizioni, insensibili alle dimostrazioni del contrario].

Tanto premesso oggi ragionare di uso terapeutico di preparazioni non solo farmaceutiche a base di cannabis, vale a dire cannabis fumabile a concentrazione di THC inferiore allo 0,2%, dunque legale, è molto opportuno e molto fondato scientificamente.

La putativa beneficialità del fumo di cannabis legale ovvero le virtù del CBD

La stampa laica italiana e la pubblicità di chi produce cannabis legale puntano sul cannabidiolo, (CBD) quale componente psicoattiva benefica della cannabis, idonea ad esercitare un effetto curativo sinergico rispetto al THC non solo per le patologie per le quali preparazioni farmaceutiche a base di THC sono già state autorizzate nel nostro Paese, ma anche "da solo", laddove capace anche da solo di "modulare vari circuiti neuronali coinvolti della dipendenza da sostanze" (6). Fino a 2 anni fa (il lavoro appena citato uscì nel 2015 ed esaminò la letteratura scientifica dell'epoca) si poteva affermare che "un numero limitato di studi preclinici (preclinico = su animali, NdR) suggerisce che il CBD può avere proprietà terapeutiche sulle dipendenze da oppiacei, cocaina e psicostimolanti ed alcuni dati preliminari suggeriscono che esso può essere efficace nella dipendenza da cannabis e da tabacco nell'Uomo".

Si tratta in effetti di un componente affascinante del fumo di cannabis le cui proprietà essenzialmente antipsicotiche e rilassanti abbinate all'innocuità sul piano addittologico (il CBD è incapace di generare dipendenza) debbono però ancora essere puntualizzate, qualificate e comunque correttamente dimensionate quanto a loro magnitudo e dunque rilevanza farmacologico-clinica.

Un unico studio nell'Uomo, condotto con metodologia pregiata (doppio cieco), ma su di un campione a mio parere poco numeroso e con un periodo di osservazione troppo breve, evidenziò effetti positivi del CBD rispetto al placebo in termini di apprezzabile riduzione del contemporaneo consumo di sigarette di tabacco (7).

La putativa "non maleficialità" del fumo di cannabis legale ovvero: le cautele da osservare prima di raccomandarne l'uso

Tornando al presupposto scientifico ed etico di questo articolo, ovvero che nell'ottica della riduzione del danno da tabacco sia cosa buona e giusta ragionare di preparazioni assunte mediante combustione o meglio ancora mero riscaldamento con appositi dispositivi di altre matrici vegetali, tutto porta a pensare alla cannabis legale come ad uno strumento posto egregiamente sulla traiettoria strategica tracciata dai recentissimi documenti USA sopra esaminati (1,2), soprattutto dal secondo: la cannabis legale viene fumata sì, e comporterà pertanto un rischio fisico, forse al pari del tabacco, derivato dalla tossicità di sostanze irritanti, monossido di carbonio e catrame, ma almeno non contiene né concentrazioni rilevanti di THC né per nulla nicotina, dunque non è rispettivamente né stupefacente né dipendentigena!

Un difetto che però si coglie nella trattazione divulgativa dell'argomento è che si dà per scontato che l'uso di trinciati di cannabis legale fumati o riscaldati sia innocuo, prima ancora che sul piano della salute del consumatore abituale, sul piano del rischio di avere grane con la patente e/o col lavoro.

La domanda alla quale a mio parere apoditticamente si fornisce risposta affermativa è: "siamo sicuri che consumare cannabis a basso concentrazione di THC non vada a 'sporcare' le urine facendole divenire positive alle analisi che comunemente sono fatte in materia di droghe e guida e droghe e lavoro?".

Pare infatti che non vi siano studi sul campo che lo dimostrino. Ebbene espongo qui il mio piccolo contributo sperimentale consistito nel testare su me stesso, ossia un volontario sano di 59 anni, caucasico, in buona salute, peso 83 kg ed altezza 1,81 cm, non assuntore abituale di farmaci e da sempre non fumatore di tabacco o altre droghe oltre che bevitore occasionale e controllato di bevande alcoliche, una preparazione fumabile di cannabis con contenuto di THC << 0,2% esclusivamente in relazione al parametro della sicurezza per patente e lavoro.

In concreto ho fumato n. 4 sigarette di quel tipo, arrotolate artigianalmente dal produttore con la classica carta da sigaretta.

Probabilmente a spingermi a questa inusuale pratica dello sperimentare su se stessi sono stati l'esempio di geniali psiconauti, come Albert Hofmann, il creatore dell' LSD e le suggestioni potenti di quel grande pioniere contemporaneo che è il Prof. Beniamino Palmieri dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (8).

Prima di raccontare l'esperimento debbo tornare a questioni più prosaiche ed immanenti e precisare che se in teoria si dovrebbero incriminare e condannare conducenti che si sospetta abbiano usato droghe prima di guidare solo se l'esame del loro sangue è risultato positivo ad una concentrazione ancorché minima di quella droga o sostanza psicoattiva, nella pratica purtroppo molti cittadini sono stati e tuttora sono correntemente incriminati e condannati ai sensi dell'art. 187 del Codice della Strada (oppure costretti ad abbandonare la loro mansione lavorativa se l'esame è stato fatto dal Medico Competente d'Azienda ai sensi del D.Lvo 81 del 2008) sulla base di un test tossicologico positivo effettuato sulla sola matrice biologica urinaria!

Dunque ancora oggi avere un test urinario positivo per THC assume enorme rilevanza ed enorme pericolosità per un conducente e/o lavoratore.

Auto-esperimento

Soggetto testato: il sottoscritto.

Trattasi di un volontario sano di età di 59 anni, caucasico, in buona salute, peso 83 kg, altezza 1,81 cm, non assuntore di farmaci e da sempre non fumatore di tabacco o altre droghe oltre che bevitore occasionale congruo e controllato di bevande alcoliche.

In data 19/9/2017 assunzione per via respiratoria e nell'arco di 6 ore del fumo di n. 4 sigarette contenenti cannabis sativa varietà Futura 75 SOC France, THC = 0,033%.

Inspirazioni profonde del suddetto fumo di durata 3", con intervalli di 15" e trattenimento del fumo nelle vie respiratorie per esattamente 5".

Durata della consumazione di ogni sigaretta: dai 6' ai 7'.

Misurazione del CO espirato prima della sessione fumatoria: 2 parti per milione (ppm).

Ore 10.00: prima sigaretta, nessun effetto soggettivo né fisico né psichico rilevante.

Ore 11.30: seconda sigaretta, idem.

Ore 14.00: terza sigaretta, idem.

Ore 16.00 quarta sigaretta. Avverto sensazione di tenue bruciore delle fauci. Alle ore 16.07 decido di terminare la sessione auto-sperimentale sia per il timore che la quinta sigaretta induca un vero e proprio disturbo da intolleranza fisica sia perché opino che l'introito di fumo sia sufficiente per l'obiettivo del test che, ricordo, è la prima verifica empirica dell'innocuità della pratica del fumare cannabis legale sul piano dell'esito dei test THC comunemente utilizzati in ambito sanitario e legale (THC e guida e lavoro); a latere misuro il CO espirato, il quale risulta 1 ppm; alle ore 23.45 effettuo una terza ed ultima misurazione del CO espirato, che risulta nuovamente uguale a 1 ppm.

Il giorno successivo, esattamente 13 ore e mezzo dopo il consumo dell'ultima sigaretta di cannabis legale, termino l'autosperimentazione eseguendo la determinazione del THC urinario con un test singolo ad immersione e lettura ottica immediata, cut off = 50 ng/ml.

L'esito è negativo, come... "non atteso", nel senso che attendevo un esito positivo dell'esame data la non irrilevanza della quantità di cannabis fumata in un arco temporale piuttosto ristretto (4 ore).

Conclusione

Il risultato della autosperimentazione sopra descritta incoraggia a mio avviso l'esecuzione di vere e proprie sperimentazioni, da eseguirsi su matrici biologiche adeguate (urine e soprattutto sangue) e su di un numero significativo di volontari sani, finalizzate a convalidare la tesi più volte espressa a mio giudizio in modo poco convincente sulla stampa non medica da persone motivate ed entusiaste sì, ma "non informate dei fatti" nel senso di privi di competenze mediche e biologiche, secondo la quale fumare cannabis legale ossia a contenuto di THC < 0,2% non espone al rischio di guidare/lavorare in stato di alterazione psichica.

Possiamo per ora affermare solo che la modesta autosperimentazione in parola non contrasta né però conferma l'affermazione apodittica di cui sopra, poiché per dimostrare che le cose stanno davvero così si dovrebbe allestire una sperimentazione "come si deve" da parte di un organo neutrale ed istituzionale (ISS e/o Università), con metodologia incontestabile, campioni numerosi e tutti gli altri crismi del caso.

L'importante è non trascurare, bollandole presuntuosamente come eclettiche o addirittura devianti, questioni come quella sopra discussa.

Al di là di prevedibili per non dire scontate problematiche di ordine legale, autorizzativo, burocratico che ne ostacolerebbero molto probabilmente la sperimentazione nel nostro Paese l'uso terapeutico della cannabis di fatto priva del THC riveste e rivestirà infatti un interesse a mio parere più che apprezzabile anche nel campo della Tabaccologia Medica e segnatamente nella particolare sottopopolazione dei fumatori disponibili e pronti a fumare meno sigarette di tabacco, ma non (ancora) a smettere del tutto e purtroppo non "orientabili" a pratiche sostitutive più convenzionali e "facili" come "svapare" e-cig, riscaldare sticks di tabacco nei dispositivi IQOS o assumere farmaci a base di nicotina (NRT).

Dichiarazione su eventuali conflitti di interessi: l'Autore non ha collaborazioni professionali né con l'Industria del Farmaco né con quella del Tabacco né con produttori di piante medicinali o di dispositivi per l'assunzione voluttuaria di fumi o vapori di sorta, né ha contenziosi in atto con tali Organizzazioni.

Bibliografia

1. FDA announces comprehensive regulatory plan to shift trajectory of tobacco-related disease, death. *For Immediate Release*, July 28, 2017 www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm568923.htm, ultimo accesso 5/11/2017.
2. Gottlieb S., M.D., Zeller M., J.D. A. (2017). Nicotine-Focused Framework for Public Health. *N.Engl.Med. J.*, 377;12, September 21.
3. Fantozzi F. (2000). Tabagismo e riduzione del danno: un approccio originale. *Personalità/Dipendenze*, 6 (fasc. I).
4. Fantozzi F. (2014). Capitolo "Il ruolo del sistema oppioide: curare antagonizzando", in *Alcol: capire e orientare i consumi, diagnosticare e curare abuso e dipendenza*, pp. 305-316. Verona: Ed. CLAD ONLUS.
5. Gatti R. La cannabis "light". www.droga.net/la-cannabis-light/, ultimo accesso 5/11/2017.
6. Prud'homme et al. (2015). Cannabidiol as an Intervention for Addictive Behaviors: A Systematic Review of the Evidence. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 9: 33-38. doi: 10.4137/SART.S25081.
7. Morgan C.J., Das R.K., Joye A., Curran H.V., Kamboj S.K. (2013). Cannabidiol reduces cigarette consumption in tobacco smokers: preliminary findings. *Addict Behav.*, 38(9): 2433-6.
8. Palmieri B., Sblendorio V., Palmieri L. Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche, Università di Modena e Reggio Emilia. L'autosperimentazione in medicina: una filosofia emergente dal network medico-cura-te-stesso. www.networksecondoparere.it/data/repository/20120175108d5303f/autosperimentazioneinmedicina.pdf, ultimo accesso 5/11/2017.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno VII, n. 25

MISSION n. 49

Board editoriale e Comitato scientifico: Giovanni Addolorato, Roberta Agabio, Fabio Caputo, Giorgio Cerizza, Mauro Cibir, Giovanni Galimberti, Ina Hinnenthal, Ezio Manzato, Antonio Mosti, Felice Nava, Biagio Sanfilippo, Valeria Zavan

Redazione: Mauro Cibir, Ezio Manzato, Felice Nava, Sara Rosa, Valeria Zavan

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:
missiondirezione@tiscali.it

Redazione Mission: Via Mazzini, 54 - 20060 Gessate (Mi)

Studio sulla valutazione di esito dei corsi info-educativi svolti nella Regione Emilia-Romagna per i conducenti con infrazione dell’art. 186 e 186 bis del Codice della Strada “Guida in stato di ebbrezza”

Claudio Annovi, Sara Querci*, Giovanni Greco**, Marilena Durante****

Introduzione

Nella Unione Europea, nel 2014 le vittime di incidenti stradali sono state 25.896 (26.025 nel 2013). Nel confronto fra il 2014 e il 2010 i decessi si riducono del 18,0% a livello europeo e del 17,8% in Italia. Ogni milione di abitanti, nell’UE nel 2014 vi sono stati 51 morti per incidenti stradali e 55,6 nel nostro Paese. Nella graduatoria europea l’Italia si colloca al 15° posto, dietro Regno Unito, Spagna, Germania e Francia. Sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, i feriti gravi a seguito di incidente stradale sono stati circa 15 mila, contro i 13 mila del 2013 (+16%) (Istat e ACI, 2015).

Secondo i dati Istat e ACI (2015) nel 2014, in Italia si sono verificati 177.031 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato la morte di 3.381 persone (entro il 30° giorno) e il ferimento di altre 251.147. Rispetto al 2013, il numero di incidenti scende del 2,5%, quello dei feriti del 2,7% mentre per il numero dei morti la flessione è molto contenuta, -0,6% (Istat e ACI, 2015).

Il consumo di alcol alla guida è una delle tre principali cause di morte (“Drink Driving: Towards Zero Tolerance”, ETSC, 2012).

* Servizio Dipendenze Patologiche, Ausl Modena.

** Servizio Dipendenze Patologiche, Ausl Romagna.

*** Regione Emilia Romagna.

Secondo le stime della Commissione europea il 25% di tutti i decessi stradali nell’UE sono alcol-correlati. In tale caso, ETSC stima che 6.500 morti, nel 2010, avrebbero potuto essere evitate se tutti i guidatori avessero rispettato la norma di legge relativa al tema alcol e guida (“Drink Driving: Towards Zero Tolerance”, ETSC, 2012).

L’Istituto Superiore di Sanità stima gli incidenti stradali alcol-correlati pari al 30-35% del totale di tutti gli incidenti (Cufrad, 2013).

Secondo i dati EMCDDA (2007) l’alcol è una delle sostanze prevalentemente consumate dai guidatori sulle strade europee. In un’altra review è emerso che la prevalenza dei guidatori positivi alle droghe è dall’1% al 15% mentre quella dei guidatori positivi per una combinazione sia di alcol che di droghe va dallo 0,3% all’1,3% (EMCDDA, 2008). L’alcol, anche in piccole quantità, influenza il funzionamento cerebrale, comportando un’alterazione psicofisica. L’alcol può condurre al non rispetto delle norme di sicurezza stradale, ad iniziare dall’innescare una ricerca attiva delle situazioni pericolose (ad esempio la competizione o la velocità eccessiva).

In generale, tutte le funzioni necessarie per la guida sicura di un veicolo a motore possono essere influenzate dai livelli di alcol ben al di sotto dei limiti di legge vigenti presenti nei paesi dell’UE (“Drink Driving: Towards Zero Tolerance”, ETSC, 2012).

Road deaths attributed to drink driving and the difference between the average annual percentage change in the number of road deaths attributed to alcohol and the corresponding reduction for other road deaths over the 2001-2014 period (Ranking eu progress on road safety 9 th Road Safety Performance Index Report, June 2015)

Country	ISO Code
Belgium	BE
Bulgaria	BG
Czech Republic	CZ
Denmark	DK
Germany	DE
Estonia	EE
Ireland	IE
Greece	EL
Spain	ES
France	FR
Croatia	HR
Italy	IT
Cyprus	CY
Latvia	LV
Lithuania	LT
Luxembourg	LU
Hungary	HU
Malta	MT
The Netherlands	NL
Austria	AT
Poland	PL
Portugal	PT
Romania	RO
Slovenia	SI
Slovakia	SK
Finland	FI
Sweden	SE
The United Kingdom	UK
Great Britain	GB
Serbia	RS
Israel	IL
Norway	NO
Switzerland	CH

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
AT	68	91	82	67	56	55	54	52	46	32	51	39	31	32
BE	109	88	73	35	38	54	60	54	55	49	46	46	35	n/a
HR	193	165	193	204	216	223	219	224	187	152	151	147	96	91
CY	10	10	8	24	23	15	16	19	19	26	25	19	9	13
CZ	112	157	127	68	71	48	41	85	127	108	100	50	56	68
DK	115	132	105	106	85	73	112	93	75	64	53	24	41	n/a
EE	56	68	45	44	49	61	81	42	33	16	22	17	23	16
FI	82	91	67	84	89	88	91	96	68	64	74	43	57	38*
FR	2,644	2,347	1,920	1,736	1,532	1,384	1,358	1,206	1,282	1,230	1,220	1,130	952	n/a
DE	909	932	817	704	603	599	565	523	440	342	400	338	314	n/a
EL	202	149	131	157	177	132	149	116	132	88	101	n/a	n/a	n/a
HU	167	191	154	188	164	175	161	111	81	61	57	52	49	47
IE	n/a	n/a	124	110	102	67	48	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
IL	10	11	10	23	20	28	33	31	19	14	7	8	9	4
IT	88	120	144	163	119	156	189	204	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
LV	111	160	119	113	96	84	91	58	36	22	26	25	10	29
LT	118	91	80	97	106	78	88	63	45	32	n/a	n/a	n/a	n/a
	4	8	7	7	3	9	5	4	5	11	11	9	8	6
NL	29	46	32	29	36	22	28	25	27	18	n/a	n/a	n/a	n/a
NO	n/a	n/a	n/a	n/a	48	35	44	65	42	40	n/a	n/a	n/a	n/a
PL	425	529	463	423	458	390	461	470	357	271	325	305	292	n/a
	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	242	228	193	168	140	n/a
RS	72	62	52	67	56	42	50	59	74	43	58	73	62	n/a
RO	33	13	24	24	192	211	221	267	222	194	164	224	166	181
SK	50	56	54	41	37	49	30	24	19	3	37	32	23	38
SI	128	110	96	116	95	125	n/a	76	59	49	35	43	38	25
	484	466	516	398	395	364	336	273	277	265	230	216	161	161
	57	63	66	50	47	46	48	37	41	17	18	24	19	16
	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	107	85	86	51	67	66	49	54
CH	107	93	106	103	79	58	55	58	56	63	53	57	48	29
	530	550	580	580	550	560	410	400	380	240	240	230	260	n/a
BG									n/a					
MT									n/a					
UK									n/a					
	6,283	6,219	5,509	5,005	4,796	4,604	4,458	4,110	3,804	3,205	3,274	3,004	2,632	n/a

Difference between the average annual % change in the number of road deaths attributed to alcohol and the corresponding reduction for other road deaths (2001-2014)	
LV	-8,0%
SE	-6,5%
SI	-5,8%
HU	-5,0%
DK	-3,4% 2001-2013
DE	-3,2% 2001-2013
EE	-2,9%
CH	-2,3%
GR	-1,9% 2001-2013
FR*	-1,7% 2001-2013
AT	-0,9%
IL	-0,7%
ES	-0,5%
BE	-0,3% 2001-2013
PL	0,0% 2001-2013
HR	0,9%
FI	0,9%
SK	1,1%
CZ	2,8%
RS	4,1% 2001-2013
CY	11,5%
RO	23,1%
	-1,2%

Source: National statistics provided by the PIN panellists for each country using each country's own method of identifying alcohol related deaths. See table 6 Country definition of road deaths attributed to alcohol.

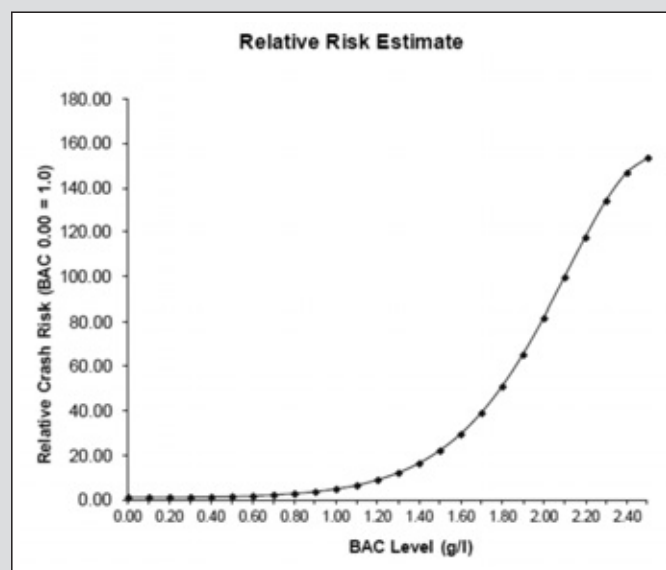
(1) BG, MT and UK are excluded from the EU average due to insufficient data. EL, IE, IT, LT, NL, NO and PT are excluded full time series data are n/a; (2) LU excluded as annual numbers of alcohol related deaths are, or around 10; (3) Killed car drivers who were tested positive in post-mortem blood alcohol test; (4) Alternative data series from alcohol-related road deaths (≥ 0.2) of motor vehicle drivers, pedestrians or cyclists; (5) Data for UK are n/a; (6) In PT data from post-mortem alcohol tests of drivers, passengers and pedestrians are available only from 2010.

L'alterazione psicofisica dovuta all'alcol è un fattore determinante nell'incrementare sia il rischio di incidenti stradali sia la gravità delle lesioni a seguito degli stessi ("Drink Driving: Towards Zero Tolerance", ETSC, 2012).

I conducenti che hanno consumato alcol hanno dunque un rischio molto più elevato di essere coinvolti in incidenti stradali rispetto ai conducenti senza alcol nel sangue; questo rischio aumenta rapidamente con l'incremento dei livelli di concentrazione di alcol nel sangue (GRSP, 2007; Drinking and Driving, a road safety manual for decision makers and practitioners). È stato stimato che un tasso alcolemico di 0,8 g/l aumenta il rischio di incidente di 2,7 volte rispetto ad un tasso alcolemico pari a zero e che un tasso alcolemico di 1,5 g/l incrementa il rischio di 22 volte rispetto a quello di un conducente sobrio ("Drink Driving: Towards Zero Tolerance", ETSC, 2012).

Non solo la probabilità di incidente stradale cresce rapidamente con l'aumentare della BAC, ma i livelli di alcolemia si correlano alla gravità dell'incidente: con un tasso alcolemico di 1,5 g/l la probabilità d'incidenti mortali è di circa 200 volte superiore a quello dei conducenti sobri ("Drink Driving: Towards Zero Tolerance", ETSC, 2012).

Fig. 1 - Crash Risk of Alcohol Impaired Driving



Source: R.P. Compton *et al.* Proceedings of ICADTS T-2002.

Diversi studi hanno dimostrato che vi è una stretta relazione tra consumo di sostanze psicoattive ed elevato rischio di incidenti stradali (Gjerde *et al.*, 2011; Woratanarat *et al.*, 2009); l'elevato rischio può essere spiegato attraverso l'effetto delle sostanze psicoattive sulle abilità/performance di guida (Kelly *et al.*, 2004). In uno studio condotto in Norvegia (Bogstrand *et al.*, 2012) è emerso che la prevalenza delle sostanze psicoattive è più alta nei guidatori coinvolti in un incidente rispetto agli altri conducenti; nel 21,9% dei conducenti coinvolti in incidente stradale sono state rilevate diverse sostanze: nell'11,5% alcol e nel 9,4% stimolanti. Il rischio di incidente aumentava maggiormente tra i guidatori che erano risultati positivi per l'alcol in combinazione con altre sostanze psicotrope.

Un'ulteriore ricerca (Freydier C1 *et al.*, 2014) ha analizzato i deficit nella guida in un compito di attenzione divisa, rispetto ai livelli di alcolemia presenti (0.0 g/l, 0,2 g/l, e 0,5 g/l) e rispetto all'esperienza del conducente. I risultati hanno evidenziato che ad un tasso alcolemico di 0,5 g/l corrisponde un peggioramento nella prestazione di guida e nel compito aggiuntivo, in particolare per i conducenti inesperti. Inoltre, nel compito di attenzione divisa è emerso per tutti i guidatori un deficit nella prestazione di guida e la riduzione della precisione nell'elaborazione delle informazioni, in particolare rispetto alla visione periferica.

Gli orientamenti politici della commissione europea in materia di sicurezza stradale 2011-2020

Nel luglio 2010, la Commissione Europea ha pubblicato il testo "Towards a European road safety area: policy orientations on road safety 2011-2020" (EC Policy orientations (2010) http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/road_safety_citizen/road_safety_citizen_100924_en.pdf).

La CE ha rinnovato l'obiettivo di dimezzare il numero di vittime della strada nel territorio dell'Unione tra il 2010 e il 2020. La strategia centrale si basa sul rispetto da parte dei conducenti delle norme del codice della strada, tra cui le leggi relative ad alcol e guida, sottolineando la necessità di integrare sanzioni significative e misure preventive.

Il "ETSC's Drink Driving Policy Network" si propone di contribuire alla riduzione delle morti e delle lesioni per incidenti stradali alcol-correlati attraverso l'individuazione e la promozione di buone pratiche. Si concentra in particolare sulla raccolta e diffusione delle informazioni rispetto alle attività svolte dagli Stati membri dell'UE per la riduzione delle morti per guida alcol-correlata e sulla presentazione delle buone pratiche da parte dei Paesi che hanno mostrato un forte impegno nell'affrontare uno dei principali killer sulle strade ("Drink Driving: Towards Zero Tolerance", ETSC, 2012).

In Italia

Il fenomeno degli incidenti stradali collegati alla diffusione di comportamenti di guida in stato di ebbrezza alcolica è diventato di primaria importanza in diversi progetti regionali che si occupano di prevenzione, di sinistrosità stradale, di qualificazione dei servizi di Polizia locale, di guida sicura.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute del 2007 indicava tra gli obiettivi principali da perseguire per ridurre le problematiche alcol-correlate, nell'area strategica "bere e guida", l'attivazione di interventi informativi volti a promuovere la diffusione di corrette conoscenze sulle conseguenze altamente negative prodotte dal consumo di alcol sulla performance di guida. Il programma "Guadagnare salute", proposto dall'allora Ministero della Salute nel 2007 per favorire l'adozione personale e collettiva di stili di vita e comportamenti a minore impatto per la salute e la sicurezza stradale, invitava le istituzioni e gli enti preposti al fine di prevenire e ridurre gli incidenti alcol-correlati a:

- introdurre l'obbligo di un'adeguata trattazione del rischio alcol correlato nei corsi condotti dalle Scuole Guida;
- fornire tramite i Medici di Medicina Generale agli assistiti una maggiore informazione relativamente ai rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica;
- introdurre l'obbligatorietà dei corsi di formazione/educazione ad hoc, a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti che hanno violato l'art. 186 del C.d.S., in quanto trovati alla guida con tasso alcolemico superiore ai limiti consentiti dalla normativa vigente.

Misure adottate dalla Regione Emilia-Romagna

Nel 2009-2010 la Regione Emilia Romagna nella realizzazione del "Piano Nazionale Geco" (giovani evoluti e consapevoli) ha inserito il sottoprogetto "Prevenzione degli incidenti alcolcorrelati", finanziando uno specifico progetto conclusosi nel 2010, con capofila l'AUSL di Modena, che prevedeva le seguenti attività:

- attuazione di un corso di formazione regionale per i docenti dei corsi info-educativi;
- progettazione e realizzazione nelle diverse Aziende Sanitarie Locali della regione, di corsi info-educativi per i giovani con infrazione dell'art. 186 del Codice della strada e di altre iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione giovanile;
- elaborazione e stampa di materiale informativo utile a condurre una campagna di sensibilizzazione regionale rivolta ai giovani della fascia d'età compresa tra i 18 e i 35 anni per favorire la prevenzione e la riduzione degli incidenti correlati all'uso di alcool.

Diversi studi (Elder *et al.*, 2004) svolti in alcuni paesi (Stati Uniti, Australia, Nuova Zelanda), hanno evidenziato l'efficacia delle campagne di comunicazione e di informazione finalizzate a ridurre gli episodi di guida in stato di ebbrezza e a prevenire gli incidenti stradali conseguenti al consumo di alcool. Uno studio (Eensoo D., 2011) ha dimostrato che un intervento psicologico focalizzato sui pericoli del comportamento impulsivo alla guida, effettuato all'interno dei corsi di scuola guida, si è rivelato una efficace attività di prevenzione primaria per la guida in stato di ebbrezza; tuttavia, per i conducenti con punteggi maggiormente elevati nei tratti di impulsività e con problemi alcol-correlati, il breve intervento psicologico non è stato sufficiente a ridurre i comportamenti di guida in stato di ebbrezza.

I corsi info-educativi condotti sperimentalmente da alcune Aziende Sanitarie (Modena, Bologna, Reggio Emilia, Rimini) nel periodo 2004/2009 su un campione di circa 2000 cittadini con violazione dell'art. 186 del C.d.S. avevano confermato la validità di favorire l'acquisizione di maggiori conoscenze sui rischi che il consumo di alcool determina per la salute e la sicurezza stradale del singolo conducente e di terzi, nonché di contribuire a determinare la riduzione degli episodi accertati di guida in stato di ebbrezza.

Sulla base delle indicazioni emerse dalle ricerche richiamate e su proposta del gruppo regionale di progetto "Alcol e Guida", la Regione Emilia Romagna prevede nel 2010, con decorrenza dal 1 gennaio 2011, attraverso apposita circolare, la partecipazione obbligatoria per tutti i soggetti con vio-

lazione dell'art. 186 a un corso info-educativo (organizzato dalle Aziende Sanitarie della Regione), quale parte del percorso di rivalutazione dell'idoneità alla guida svolto dalle Commissioni Mediche locali. I costi relativi alla gestione dei corsi, con tariffa stabilita dalla Regione, sono a carico dei corsisti.

Ogni Azienda Sanitaria Locale, in adempimento alla normativa emanata dalla Regione Emilia Romagna dal 2011 in poi, ha cura di organizzare annualmente, in applicazione della normativa indicata, un numero adeguato di corsi nel territorio di riferimento per permettere a tutti i richiedenti di partecipare a una edizione degli stessi prima che abbia luogo la valutazione dell'idoneità alla guida a cura della CML.

Lo scopo di questi corsi è di favorire nella popolazione target l'acquisizione di maggiori conoscenze sui rischi per la salute legati al consumo di alcolici e sull'adozione di stili di vita meno rischiosi per la sicurezza stradale.

Ogni singola edizione dei corsi, della durata di 4 ore, è diretta ad un numero massimo di 25 partecipanti e prevede al termine del corso la somministrazione di un test di apprendimento, composto da 7 item a risposta multipla, il cui risultato è registrato nell'attestato di partecipazione rilasciato al corsista. In ogni corso, condotto da due docenti in possesso di una specifica formazione e abilitazione certificata dall'Azienda USL, si affrontano i seguenti temi attraverso interventi didattici frontali e/o interattivi:

- gli incidenti stradali e le loro cause;
- i contesti e le condizioni di maggior rischio;
- i danni umani, sociali ed economici degli incidenti stradali;
- la complessità della performance di guida;
- i fattori di rischio per la guida;
- l'alcol: cinetica, effetti sulla guida e sulla salute, come calcolare l'alcolemia;
- alcol, farmaci, sostanze stupefacenti: i rischi per la guida;
- l'alcol e l'attività lavorativa: i rischi e la normativa;
- gli art. 186 e 187 del Codice della strada;
- il percorso di valutazione dell'idoneità alla guida previsto dalla CML;
- le raccomandazioni e i consigli pratici per prevenire le problematiche alcol-correlate e per non incorrere nella guida in stato d'ebbrezza.

Scopo della ricerca

Lo scopo principale di questo studio è di valutare l'efficacia dell'apprendimento dei contenuti dei corsi info-educativi condotti dalle Ausl della Regione Emilia Romagna, in un campione di n. 1051 rappresentativo dei 20.855 soggetti partecipanti ai corsi tenuti nel periodo da 1.1.2011 ad 31.12.2016 (violatori dell'art. 186 e 186 bis del Codice della Strada), confrontando le medie dei punteggi ottenuti nel pre-test e nel post-test.

L'ipotesi sperimentale riguarda la presenza di una differenza statisticamente significativa nei punteggi delle medie del pre-test e del post-test, dimostrando in tal modo un aumento delle conoscenze relative al tema alcol e alcol e guida. Il possesso delle conoscenze, alla base di un intervento di promozione alla salute e alla sicurezza, è ritenuto essere un requisito fondamentale per sviluppare e consolidare un livello di consape-

volezza adeguato ad attivare comportamenti atti a prevenire situazioni o condizioni di rischio alla guida.

Lo studio si basa sull'idea di fondo che l'acquisizione di conoscenze sia una condizione necessaria per attivare comportamenti sicuri rispetto alla guida ma che non sia necessariamente sufficiente per il cambiamento di un comportamento ritenuto rischioso o disfunzionale per la guida.

Nel tempo sono stati proposti numerosi modelli teorici sulle credenze della salute (es. Health Belief Model, anni '70; Teoria della motivazione a proteggersi di Kaplan, Sallins & Patterson, 1994; Teoria dell'Azione Ragionata di Fishbein e di Ajzen, 1975; Teoria del comportamento pianificato, di Madden & Ajzen, 1980; Modello di Prochaska e Di Clemente o Transteorico; Modello PRECEDE/PROCEED di L.W.Green, ecc.) che riflettono sul processo che porta ad assumere comportamenti di salute sani e a minor rischio.

Un altro scopo dello studio è di valutare se vi siano differenze statisticamente significative nei punteggi sia del pre- sia del post-test, rispetto alle variabili di genere, classi di età, nazionalità, condizione di neopatentato, professione, titolo di studio, livelli di alcolemia, tipo di patente, incidente stradale al momento della violazione, mezzo di guida al momento della violazione, precedente violazione dell'art. 186.

Infine sono state analizzate le medie rispetto al test di gradimento che riportava le seguenti dimensioni ciascuna con punteggi in scala likert:

1. Ritieni che il corso info-educativo al quale ha partecipato sul tema dell'alcol e degli altri fattori di rischio per la guida le sia stato utile?
2. In particolare pensa che questo intervento potrà motivarla ad evitare il consumo di alcolici prima di mettersi alla guida?
3. Come giudica il materiale didattico fornito?
4. Gli argomenti oggetto del corso sono stati trattati in modo chiaro/efficace?
5. Come è stato il suo gradimento complessivo?
6. Suggestioni, commenti e proposte che intende formulare.

Materiali

I materiali utilizzati e somministrati ai corsisti sono i seguenti:

- scheda dati in cui sono state rilevate le informazioni generali dei soggetti, l'età, il sesso, il livello di alcolemia al momento dell'infrazione, l'eventuale condizione di neopatentato e il tipo di patente;
- questionario di apprendimento pre- e post-test composto da 7 domande di difficoltà media-alta, relativo a informazioni sull'alcol, sul consumo a rischio e sul tema alcol e guida. La compilazione del questionario (a risposta multipla) è stata individuale; ogni corsista ha avuto l'opportunità di selezionare per ciascuna domanda la risposta che presupponeva corretta tra quelle riportate;

- la versione pre-test è stata somministrata all'inizio del corso;
- la versione post-test invece è stata somministrata a seguito degli interventi interattivi e di sensibilizzazione previsti nell'edizione del corso svolta.

In conclusione ogni partecipante ha ritirato l'attestato di partecipazione su cui risulta il numero di risposte corrette riscontrate nella somministrazione del post-test.

Metodo

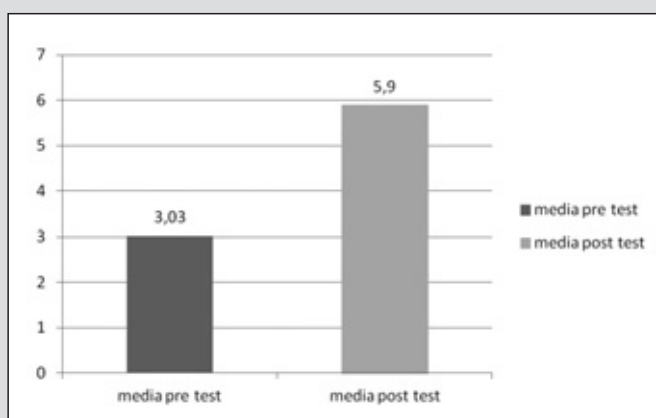
I partecipanti sono stati sottoposti ad un'unica condizione sperimentale, il corso info-educativo, e ad una valutazione a misure ripetute, prima e dopo la condizione sperimentale, del loro livello di conoscenze sul tema alcol e sugli effetti che la sostanza psico-attiva determina sulla performance di guida.

Risultati

Sono state condotte iniziali analisi descrittive delle caratteristiche generali dei partecipanti al momento dell'infrazione: genere, classe di età, nazionalità, titolo di studio, professione, classe di patente e se neopatentato, livello di alcolemia rilevata al momento del controllo, precedenti violazioni accertate, controllo effettuato in concomitanza di incidente stradale oltre ad un'analisi delle medie.

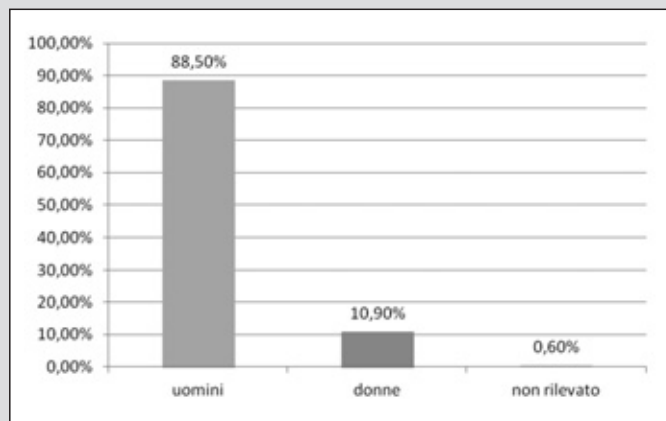
È stata effettuata una prima analisi delle medie dei punteggi dei questionari, confrontando i dati ottenuti al pre- e al post-test, tramite il Test dei segni per ranghi di Wilcoxon, da cui è emersa una differenza altamente significativa ($p < 0,01$).

Il punteggio nel pre-test era di 3,03 e nel post-test 5,9 dimostrando un incremento delle conoscenze a fine corso.



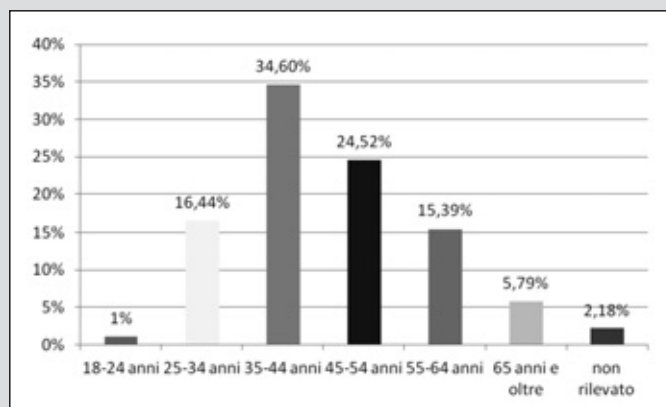
Per valutare la presenza di differenze statisticamente significative sulle medie del pre- e post-test ad ognuna delle variabili considerate è stato applicato il Test di Mann-Whitney o il test il Test di Kruskal-Wallis facendo emergere diverse significatività di seguito elencate.

Genere



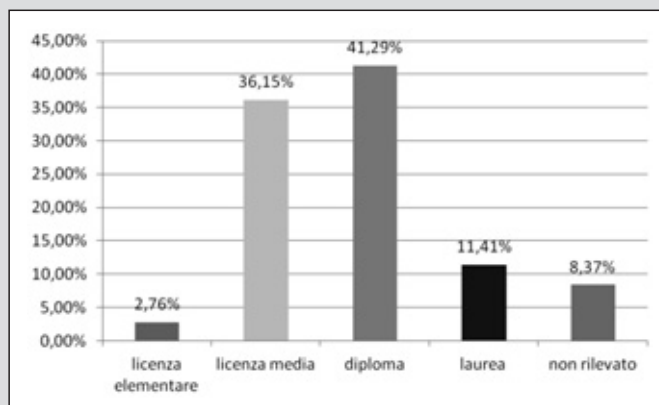
Per valutare la presenza di differenze statisticamente significative sulle medie del pre- e post-test rispetto alla variabile del genere è stato applicato il Test di Mann-Whitney da cui non è emersa una significatività nel pre-test. Nel post-test si è rilevata invece una differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$): il genere maschile riporta una media di punteggio più bassa (Mean Rank: 515,87) rispetto al genere femminile (Mean Rank: 580,63).

Classi età



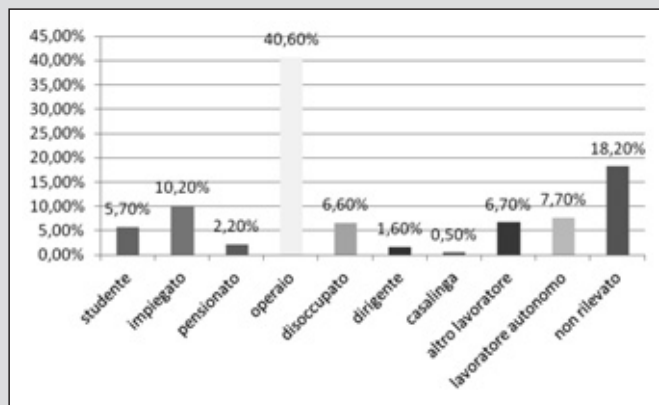
L'età media è 35,93 anni. L'età minima è 18 anni e l'età massima è 81 anni. Dopo aver calcolato le medie di ciascuna classe di età, è stato applicato il Test di Kruskal-Wallis da cui è emersa una differenza statisticamente e altamente significativa ($p < 0,01$) nelle medie sia del pre-test che del post-test. Sia nel pre-test che nel post-test le medie di punteggio decrescono progressivamente all'aumentare dell'età.

Titolo studio



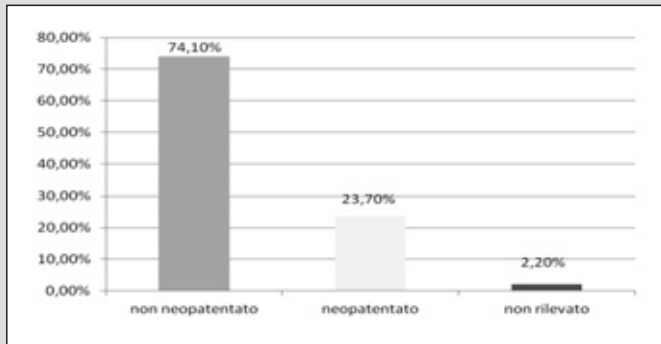
Sono state calcolate le medie del pre-test e del post-test rispetto alla variabile del titolo di studio (licenza elementare, licenza media, diploma, laurea); è stato poi applicato il test Kruskal-Wallis per valutare se le differenze tra medie fossero statisticamente significative. È emersa una differenza statisticamente e altamente significativa sia nel pre-test che nel post-test ($p < 0,01$): i punteggi gradualmente si incrementano maggiore è il titolo di studio.

Professione



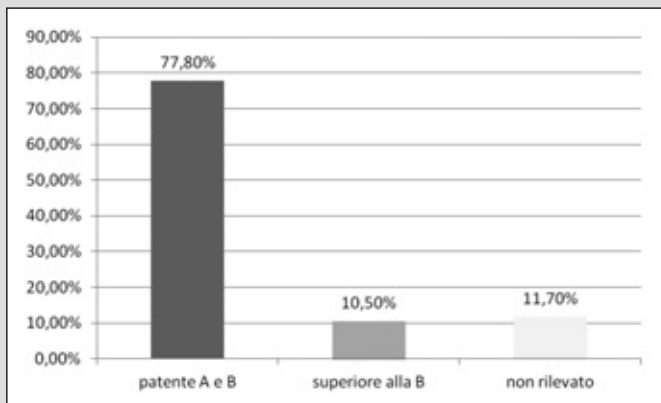
Sono state calcolate le medie del pre-test e del post-test rispetto alla variabile della professione (studente, impiegato, pensionato, operaio, disoccupato, dirigente, casalinga, altro lavoratore, lavoratore autonomo); è stato poi applicato il test Kruskal-Wallis per valutare se le differenze tra medie fossero statisticamente significative. È emersa una differenza statisticamente e altamente significativa sia nel pre-test che nel post-test ($p < 0,01$). Nel pre-test i punteggi maggiori riguardano gli studenti (Mean Rank: 615,84) e gli impiegati (Mean Rank: 600,16) e i punteggi peggiori invece i pensionati (Mean Rank: 321,52) e casalinghi (Mean Rank: 340,60). Nel post-test i punteggi maggiori riguardano gli studenti (Mean Rank: 649,92) e gli impiegati (Mean Rank: 606,31) e i punteggi peggiori invece i pensionati (Mean Rank: 376,98) e casalinghi (Mean Rank: 462,10).

Neopatente



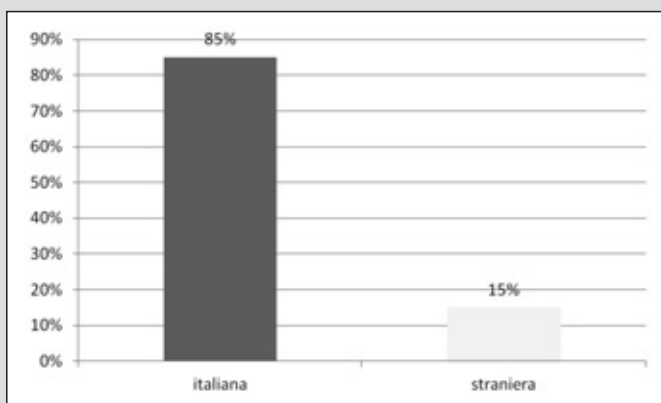
Sono state calcolate le medie del pre-test e del post-test rispetto alla variabile dell'essere o meno neopatentato; è stato poi applicato il test di Mann Whitney per valutare se le differenze tra medie fossero statisticamente significative. Non è emersa una differenza staticamente significativa.

Tipo di patente



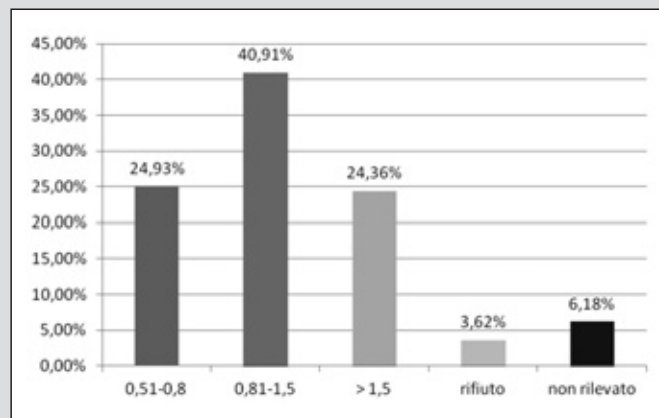
Sono state calcolate le medie del pre-test e del post-test rispetto al tipo di patente A e B o superiore a B; è stato poi applicato il test di Mann Whitney per valutare se le differenze tra medie fossero statisticamente significative. Non è emersa una differenza statisticamente significativa.

Nazionalità italiana e straniera



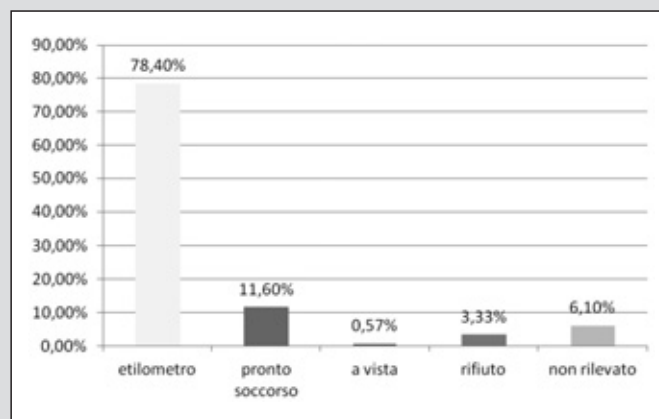
Sono state calcolate le medie del pre-test e del post-test rispetto alla variabile della nazionalità italiana e straniera del campione; è stato poi applicato il test Mann-Whitney per valutare se le differenze tra medie fossero statisticamente significative. È emersa una differenza statisticamente e altamente significativa sia nel pre-test che nel post-test ($p < 0,01$). Sia nel pre-test che nel post-test le medie di punteggio sono maggiori nel campione italiano rispetto al campione di nazionalità straniera.

Livello alcoemia



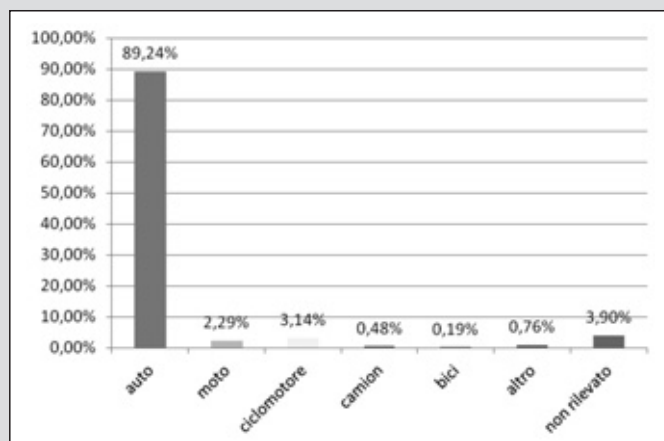
Sono state calcolate le medie del pre-test e del post-test rispetto alla variabile del livello di alcoemia; è stato applicato il test di di Kruskal Wallis per valutare se le differenze tra medie fossero statisticamente significative. Non è emersa una differenza statisticamente significativa.

Tipo di controllo



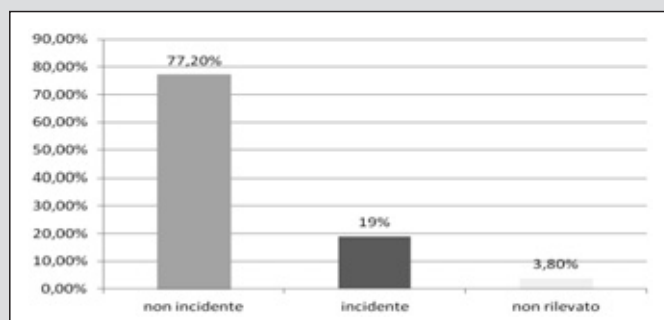
Sono state calcolate le medie del pre-test e del post-test rispetto alla variabile del tipo di controllo (etilometro, pronto soccorso, a vista, rifiuto); è stato poi applicato il test Kruskal-Wallis per valutare se le differenze tra medie fossero statisticamente significative. Non sono emerse differenze statisticamente significative.

Era alla guida



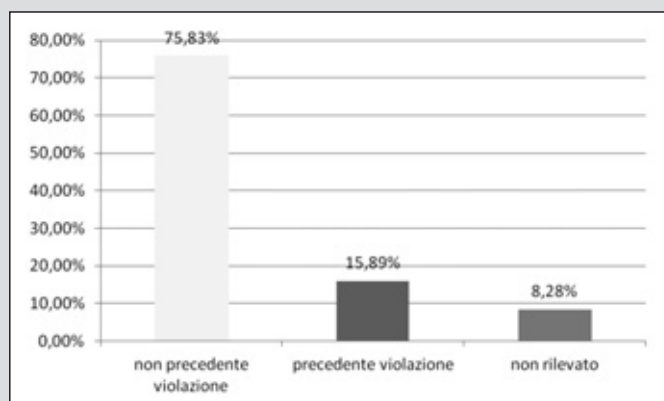
Sono state calcolate le medie del pre-test e del post-test rispetto alla variabile del livello di alcoemia: è stato applicato il test di Kruskal Wallis per valutare se le differenze tra medie fossero statisticamente significative. Non è emersa una differenza statisticamente significativa.

Incidente stradale



Sono state calcolate le medie del pre-test e del post-test rispetto alla variabile dell'incidente stradale; è stato poi applicato il test di Kruskal-Wallis per valutare se le differenze tra medie fossero statisticamente significative. Non è emersa una differenza statisticamente significativa.

Precedenti violazioni



Sono state calcolate le medie del pre-test e del post-test rispetto alla variabile delle precedenti violazioni dell'art. 186; è stato poi applicato il test di Kruskal-Wallis per valutare se le differenze tra medie fossero statisticamente significative: non è emersa una differenza statisticamente significativa nel pre-test, è emersa invece una differenza statisticamente significativa al post-test ($p < 0,05$), dove chi aveva avuto una precedente violazione dell'art. 186 e quindi commesso una recidiva aveva un punteggio al post-test più basso (Mean Rank: 439,18) rispetto a chi non aveva compiuto una recidiva (Mean Rank: 491,58).

Test di gradimento

È stata condotta l'analisi delle medie di punteggio della scala likert (da 1 a 5 di punteggio) per ciascuna dimensione del test di gradimento. Il totale dei questionari di gradimento compilati dai partecipanti di corsi effettuati in tutte le AUSL (Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Romagna) della Regione Emilia Romagna, su cui è stata effettuata l'analisi è pari a 788 con esito ampiamente positivo che evidenzia il buon livello di gradimento dei corsi info-educativi proposti manifestato dai partecipanti.

Le domande poste erano le seguenti:

Domanda 1:

Ritiene che il corso info-educativo al quale ha partecipato sul tema dell'alcol e degli altri fattori di rischio per la guida le sia stato utile?

Domanda 2:

In particolare pensa che questo intervento potrà motivarla ad evitare il consumo di alcolici prima di mettersi alla guida?

Domanda 3:

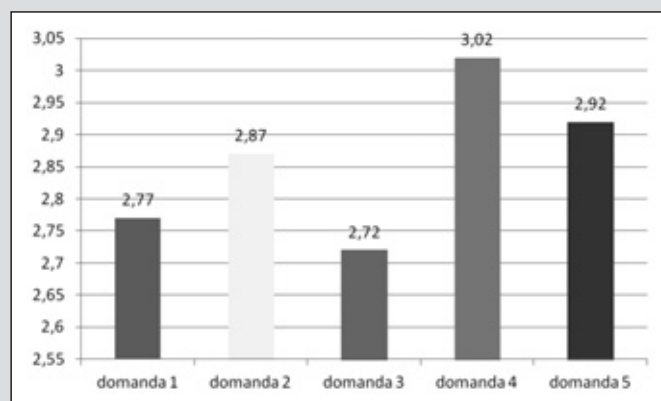
Come giudica il materiale didattico fornito?

Domanda 4:

Gli argomenti oggetto del corso sono stati trattati in modo chiaro/efficace?

Domanda 5:

Come è stato il suo gradimento complessivo?



Discussione

Lo scopo del nostro studio è stato di valutare l'efficacia dei corsi info-educativi, diretti ai cittadini che hanno violato

l'art. 186 del Codice della Strada, nell'aumentare le conoscenze e le informazioni sul tema dei rischi del consumo di alcol per la salute e per la guida. I nostri risultati hanno dimostrato che il corso info-educativo è efficace nell'aumentare le conoscenze sul tema alcol dei cittadini fermati per guida in stato di ebbrezza secondo l'art. 186 del Codice della Strada.

Studio di follow-up

Lo scopo principale di questo studio era di valutare l'efficacia dell'apprendimento al follow-up dei contenuti dei corsi info-educativi condotti dalle AUSL della Regione Emilia Romagna, in un campione di 488 soggetti composto da utenti (ex partecipanti al corso infoeducativo di base) reclutati durante le visite in Commissione Medica Locale.

L'ipotesi sperimentale riguardava la presenza di una differenza statisticamente significativa nei punteggi delle medie del pre-test somministrato a inizio e del test di follow-up somministrato a distanza di almeno 1 anno dalla partecipazione al corso, dimostrando in tal modo l'incremento e il mantenimento delle conoscenze relative al tema alcol e alcol e guida. Il possesso delle conoscenze, alla base di un intervento di promozione alla salute e alla sicurezza, è ritenuto essere un requisito fondamentale per sviluppare e consolidare un livello di consapevolezza adeguato ad attivare comportamenti atti a prevenire situazioni o condizioni di rischio alla guida.

Materiali

Il materiale somministrato agli ex-corsisti è un questionario di apprendimento di follow-up in versione unica composto da 7 domande di difficoltà media-alta, relativo a informazioni sull'alcol, sul consumo a rischio e sul tema alcol e guida; lo stesso questionario era stato somministrato nella prima fase della ricerca regionale. La compilazione del questionario (a risposta multipla) è stata individuale; ogni corsista aveva l'opportunità di selezionare per ciascuna domanda la risposta ritenuta corretta tra quelle riportate.

Metodo

I partecipanti erano stati sottoposti in una fase precedente ad un'unica condizione sperimentale, il corso info-educativo e ad una valutazione a misure ripetute, prima (pre-test) e dopo (post-test) la condizione sperimentale, del loro livello di conoscenze sul tema alcol e sugli effetti che la sostanza psico-attiva determina sulla performance di guida. È stata stabilita la media di risposte corrette per ottenere la sufficienza al questionario nel n. di 4 risposte corrette.

In tale fase di ricerca, successiva alla precedente, è stata effettuata una valutazione di follow-up risomministrando il test di apprendimento agli utenti, che avevano partecipato al corso

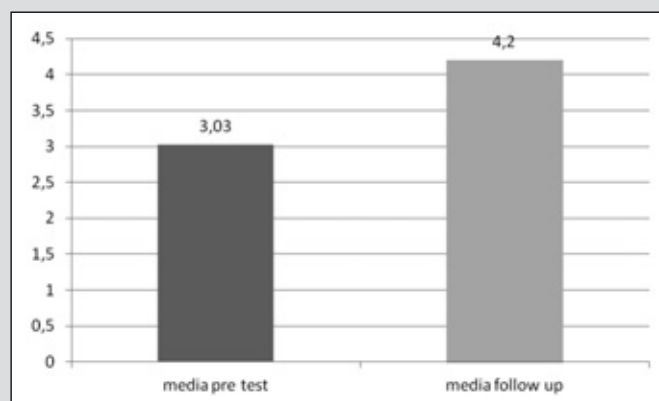
info-educativo di base in fasi precedenti; tali utenti sono stati reclutati per questo scopo in sede di Commissione Medica Locale spiegando il rationale della ricerca, garantendo la volontarietà della compilazione del questionario e della non comunicazione del risultato finale del questionario di follow-up alla Commissione.

Lo scopo principale di questo studio era di valutare l'efficacia dell'apprendimento al follow-up dei contenuti dei corsi info-educativi condotti dalle AUSL della Regione Emilia Romagna, in un campione di soggetti composto da utenti (ex partecipanti al corso infoeducativo di base) reclutati durante le visite in Commissione Medica Locale.

L'ipotesi sperimentale riguardava la presenza di una differenza statisticamente significativa nei punteggi delle medie del pre-test somministrato a inizio corso e del test di follow-up somministrato a distanza di almeno 1 anno dalla partecipazione al corso, dimostrando in tal modo l'incremento e il mantenimento delle conoscenze relative al tema alcol e alcol e guida. Il possesso delle conoscenze, alla base di un intervento di promozione alla salute e alla sicurezza, è ritenuto essere un requisito fondamentale per sviluppare e consolidare un livello di consapevolezza adeguato ad attivare comportamenti atti a prevenire situazioni o condizioni di rischio alla guida.

Risultati

È stata effettuata l'analisi delle medie dei punteggi dei questionari di follow-up, confrontando i dati ottenuti al pre- e al follow-up test, tramite il Test di Mann Whitney, da cui è emersa una differenza altamente significativa ($p < 0,001$): le medie del punteggio al pre-test (Mean: 3,03 – Mean Rank: 669,91) sono inferiori alle medie del punteggio al follow-up (Mean: 4,20 – Mean Rank: 985,56).



È stata effettuata inoltre l'analisi delle medie dei punteggi dei questionari di follow-up, confrontando i dati ottenuti al post-test e al follow-up test, tramite il Test di Mann Whitney, da cui è emersa una differenza altamente significativa ($p < 0,001$): le medie del punteggio al follow-up (Mean: 4,20 – Mean Rank: 458,34) sono inferiori alle medie del punteggio al post-test (Mean: 5,90 – Mean Rank: 914,71).

Discussione

Lo scopo del nostro studio è stato di valutare l'efficacia dei corsi info-educativi, diretti ai cittadini che hanno violato l'art. 186 del Codice della Strada, nell'aumentare le conoscenze e le informazioni sul tema dei rischi del consumo di alcol per la salute e per la guida nel follow-up, che è stato condotto a distanza di 6-36 mesi dalla partecipazione al corso infoeducativo.

I nostri risultati hanno dimostrato che il corso info-educativo è efficace nell'aumentare le conoscenze sul tema alcol dei cittadini fermati per guida in stato di ebbrezza secondo l'art. 186 del Codice della Strada e che queste conoscenze rimangono significativamente più elevate rispetto ai punteggi ottenuti nel pre-test: infatti nel pre-test abbiamo una media di punteggio di 3,03 (non sufficiente) mentre nel follow-up si ha una media del 4,20, punteggio ritenuto sufficiente come esito del test. Tali conoscenze al follow-up decrescono rispetto al post-test, la cui media era 5,90, dato atteso anche a causa della curva dell'oblio (Hermann Ebbinghaus) ma la differenza rimane comunque altamente significativa poiché non decresce sotto la sufficienza (data dalla media di 4 risposte corrette).

Conclusioni

I risultati dei due studi hanno dimostrato che il corso info-educativo è efficace nell'aumentare le conoscenze sul tema alcol dei cittadini fermati per guida in stato di ebbrezza secondo l'art. 186 del Codice della Strada rispetto alla condizione di partenza, prima del corso info-educativo, confermando lo scopo dei corsi info-educativi di incrementare le conoscenze sugli effetti dell'alcol sulla performance di guida.

Interessante come dato qualitativo è il parere dei Presidenti delle Commissioni Mediche Locali (che coordinano il percorso di rivalutazione dell'idoneità alla guida), i quali nei corsi di aggiornamento e nelle sedute del gruppo regionale alcol e guida, come risulta dai verbali, riportano a seguito dell'obbligatorietà dei corsi info-educativi, nella coorte dei conducenti sottoposti a rivalutazione dell'idoneità per infrazione dell'art. 186 del c.d.s., un incremento del livello di consapevolezza e di adozione di comportamenti improntati alla riduzione dei rischi di incorrere in episodi di guida in stato di ebbrezza.

I risultati pongono in luce tuttavia anche la necessità di calibrare degli interventi maggiormente mirati e specifici per alcune categorie di guidatori, alcuni dei quali infatti riportano punteggi statisticamente inferiori al pre-test e per alcuni anche al post-test; questa non sufficiente acquisizione di tali conoscenze riguarda, come categorie maggiormente a rischio di un comportamento di guida in stato di ebbrezza, chi appartiene alla classe di età maggiore, chi è di nazionalità straniera, chi ha titoli di studio meno elevati, chi svolge lavoro casalingo o è pensionato, chi ha precedenti violazioni dell'art. 186.

Diventa quindi importante progettare interventi maggiormente incisivi sul tema dell'acquisizione di conoscenze e che prevedano una forte attenzione alla valenza motivazionale dei messaggi. L'acquisizione di conoscenze è una condizione necessaria per attivare comportamenti sicuri rispetto alla

guida, ma non è necessariamente sufficiente per il cambiamento di un comportamento ritenuto rischioso o disfunzionale per la guida. Tutto ciò in particolare per alcune categorie di violatori dell'art. 186 a rischio di ripetere il reato e per coloro che lo hanno già reiterato.

Prevenire la recidiva nei conducenti con una precedente violazione del codice della strada è infatti un importante obiettivo di salute pubblica. Le persone con violazione dell'art. 186 e 186 bis spesso continuano anche successivamente a guidare in stato di ebbrezza. I recidivi sono responsabili di un gran numero di violazioni e qualche studio ha riportato che quasi uno su tre violatori sarà ri-condannato (Impinen A. *et al.*, 2009). Dall'analisi della letteratura sugli interventi per i recidivi non sono emersi dati significativi per quanto riguarda un approccio che sia solo di tipo informativo educativo.

In considerazione quindi delle indicazioni fornite da studi e ricerche pubblicate in letteratura sul tema, oltre che della differenza statisticamente significativa nel post-test per tale categoria, e a partire dai dati regionali dell'Emilia Romagna che indicano percentuali significative di soggetti che incorrono in più episodi di infrazione accertata di guida in stato di ebbrezza (il 13,2%: 626 sul totale di 4742 conducenti sottoposti a revisione nel 2015), al fine di concorrere a ridurre tale fenomeno, è stata organizzata una sperimentazione di corsi di secondo livello, attuata negli anni 2014-2016 da diverse Aziende Sanitarie (Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Romagna), che consisteva in un percorso strutturato intermedio organizzato in più incontri, in piccolo gruppo con interventi info-educativi e motivazionali, proponente elementi di terapia cognitivo comportamentale oltre che di prevenzione della recidiva.

Un altro punto chiave emerso dalla ricerca riguarda le carenze di conoscenze che sono emerse nei pre-test da parte dei corsisti e questo fa emergere l'esigenza di riorganizzare i percorsi formativi delle Scuole Guida e della Motorizzazione Civile per l'acquisizione della patente mettendo in rilevanza il tema alcol e guida, in particolari gli effetti della sostanza psicoattiva sulla performance di guida. Si sottolinea sul tema l'importanza di aumentare il numero delle possibili domande sul tema, rientranti nel test d'esame di teoria per il conseguimento della patente. Ciò risulterebbe importante anche per contribuire a un cambiamento culturale maggiormente profondo che porti al non consumare alcol alla guida come un comportamento automatico di guida sicura alla pari del comportamento di utilizzo delle cinture di sicurezza.

Il principale limite di questo studio è la valutazione del solo livello di aumento delle conoscenze e d'informazioni e non del livello di consapevolezza dell'importanza di non consumare alcolici prima di mettersi alla guida e del cambiamento effettivo del comportamento dei conducenti.

Negli anni futuri sarà molto interessante valutare, attraverso future linee di ricerca, se si è verificata un'ulteriore riduzione del numero di violazioni dell'art. 186 del Codice della Strada per guida in stato di ebbrezza oltre a una riduzione del numero di recidivi della violazione rispetto agli anni precedenti in cui non erano realizzati i corsi info-educativi e se tale dato possa essere effettivamente spiegato dall'obbligatorietà dei corsi info-educativi, confrontando eventualmente tali variabili rispetto ad altre Regioni dell'Italia dove tali corsi non sono effettuati.

Bibliografia

- Bogstrand S.T., Gjerde H., Normann P.T., Rossow I., Ekeberg Ø. (2012). Alcohol, psychoactive substances and non-fatal road traffic accidents – a case-control study. *BMC Public Health*, Sep, 3(12): 734.
- Eensoo D., Paaver M., Harro J. (2011). Drunk driving among novice drivers, possible prevention with additional psychological module in driving school curriculum. *Ann Adv Automot Med.*, 55: 283-91.
- Elder R.W., Shults R.A., Sleet D.A., Nichols J.L., Thompson R.S., Rajab W., Task Force on Community Preventive Services (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *Am J Prev Med.*, Jul, 27(1): 57-65.
- EMCDDA (2007). Annual report: the state of the drugs problem in Europe, Lisbona.
- EMCDDA (2008). Annual report: the state of the drugs problem in Europe, Lisbona.
- ETSC European Transport Safety Council (2012). Drink Driving: Towards Zero Tolerance, Aprile.
- ETSC European Transport Safety Council (2015). Ranking EU progress on road safety - 9th Road Safety Performance Index Report, Giugno.
- Freydier C., Berthelon C., Bastien-Toniazzo M., Giney G. (2014). Divided attention in young drivers under the influence of alcohol. *J Safety Res.*, Jun, 49: 13-8.
- Gjerde H., Normann P.T., Christophersen A.S., Mørland J. (2011). Prevalence of driving with blood drug concentrations above proposed new legal limits in Norway: estimations based on drug concentrations in oral fluid. *Forensic Sci Int.*, Jul, 15, 210(1-3): 221-7.
- Gjerde H., Normann P.T., Christophersen A.S., Samuelsen S.O., Mørland J. (2011). Alcohol, psychoactive drugs and fatal road traffic accidents in Norway: a case-control study. *Accid Anal Prev.*, May, 43(3): 1197-203.
- GRSP Global Road Safety Partnership (2007). Drinking and Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners.
- Impinen A., Rahkonen O., Karjalainen K., Lintonen T., Lillsunde P., Ostamo A. (2009). Substance use as a predictor of driving under the influence (DUI) rearrests. a 15-year retrospective study. *Traffic Inj Prev.*, Jun, 10(3): 220-6.
- Istat, ACI (2015). ACI-Istat: battuta d'arresto nel calo delle vittime stradali. L'aumento del 5,4% dei morti in città compromette il dato nazionale (-0,6%). Roma, Novembre.
- Kelly E., Darke S., Ross J. (2004). A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions. *Drug Alcohol Rev.*, Sep, 23(3): 319-44.
- Ministero della Salute (2007). Piano Nazionale Alcol e Salute, Roma.
- Regione Emilia Romagna. Piano Nazionale Geco-giovani evoluti e consapevoli, 2009-2010.
- Regione Emilia Romagna. Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna per la valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica DGR 1423/ 2004. Circolare integrativa n. 1/2010.
- Woratanarat P., Ingsathit A., Suriyawongpaisal P., Rattanasiri S., Chatchaipun P., Wattayakorn K., Anukarahanonta T. (2009). Alcohol, illicit and non-illicit psychoactive drug use and road traffic injury in Thailand: a case-control study. *Accid. Anal. Prev. May*, 41(3): 651-7.
- <http://www.cufrad.it/news-alcologia/alcol-alcoldismo/alcol-e-incidenti-stradali-dati-ministeriali/24144>.
- http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/road_safety_citizen/road_safety_citizen_100924_en.pdf.

Una riflessione sull'efficacia delle politiche preventive per il controllo dei consumi di bevande alcoliche

Allaman Allamani*, Franca Beccaria**, Corrado Celata^o, Francesco Cipriani^{oo}, Shlomo Stan Einstein^s, Pasquale Pepe*, Franco Prina^{^^}, Sara Rolando**, Fabio Voller*

1. Diversità e aspetti comuni dei modi di bere e dei danni alcol-correlati

Gli studi che qui passiamo in rassegna si riferiscono soprattutto, anche se non solo, ai paesi europei. Infatti l'Europa è un buon terreno di indagine in quanto caratterizzata storicamente da una elevata produzione e commercializzazione di bevande alcoliche (un quarto del contenuto alcolico nel mercato globale delle bevande alcoliche è di provenienza europea) e di consumo delle medesime (il quale in Europa è più del doppio della media mondiale).

Oltre a ciò, i popoli dei vari paesi europei attribuiscono diversi valori, funzioni e significati al bere, il che differenzia le loro attenzioni e preoccupazioni circa le bevande alcoliche, nonché le loro politiche alcolologiche (Lolli, 1959; Sulkunen, 1989; Heath, 1995; Beccaria *et al.*, 2012; Anderson e Baumberg, 2006; Møller e Anderson, 2012).

Infatti, mentre nelle culture del bere delle regioni settentrionali – paesi scandinavi e Regno Unito – vi sono aspettative positive sulla perdita del controllo e sull'ubriachezza, all'opposto nei paesi delle regioni meridionali e centrali – quali Spagna, Francia, Italia e Portogallo, e Svizzera, Austria e Germania meridionale – bere si combina col socializzare avviene in occasioni conviviali e sociali, usualmente ai pasti, e l'ubriachezza è vista in modo negativo (Järvinen e Room, 2007). Inoltre il consumo pro capite ha presentato trend specifici per ciascun paese.

Per esempio, per diversi anni dopo la fine della seconda Guerra Mondiale, Francia e Italia sono stati i maggiori consumatori, specie di vino: nel periodo dal 1961 al 1980 il consumo francese pro capite oscillava tra i 19 e i 26 litri di alcol puro per abitante dai 15 anni in su maggiore di 14 anni, quello italiano tra i 16 e i 19 litri.

Se prendiamo invece come punto di osservazione il 2008, i più grandi consumatori erano gli austriaci (12,4 litri) e gli ungheresi (10,7 litri) (World Health Organization, 2011a).

Secondo lo studio AMPHORA, tra gli anni '60 e il 2000 il consumo alcolico nelle regioni europee meridionali è sceso da 19,39 a 10,39 litri di alcol puro per abitante maggiore di 14 anni, mentre nelle regioni dell'Europa centrale è aumentato

da 10,27 a 11,54 litri e nelle regioni dell'Europa settentrionale da 5,32 a 8,63 litri (Allamani, Pepe e Voller, 2015).

Inoltre, ad esempio, nel 1990 nella Federazione Russa si è registrato un consumo di 7,73 litri di alcol puro pro capite per abitante maggiore di 14 anni, che è salito a 10,12 litri nel 2014, mentre in Italia è rispettivamente disceso da 10,95 a 7,65 litri (European Health For All Database, 2016).

Dal punto di vista dei danni alcol-correlati si sono potuti osservare notevoli cambiamenti temporali (World Health Organization, 2015).

In Europa, la mortalità per patologie epatiche e quella per incidenti stradali – indicatori del danno alcol-correlato rispettivamente acuto e cronico – sono diminuiti tra gli anni '70 e gli anni 2000.

In 12 Paesi europei i valori della mortalità epatica sono diminuiti da 16,2 (negli anni 1970-1979) a 13,4 (negli anni 2000-2009) su 100.000 abitanti (Allamani, Pepe e Voller, 2015).

Ma questa diminuzione risultava dalla combinazione tra un ampio calo della mortalità (65%) nelle regioni meridionali e un suo importante aumento nelle regioni settentrionali (39%) e centrali (19%) d'Europa.

D'altro lato, gli incidenti mortali sono scesi da 16,32 (1980-1989) a 8,7 (2000-2009) su 100.000 abitanti (Allamani, Pepe e Voller, 2015).

Similmente, il tasso di decessi alcol-attribuibili (che include anche cancro e patologia cardiovascolare) sul totale dei decessi per il periodo 1990-2014 in tutti i Paesi europei, è globalmente aumentato del 4% e risulta soprattutto dalla combinazione delle riduzioni dei decessi nelle regioni mediterranea (-27%), centroccidentale (-25) e centroorientale (-15%) e dei loro aumenti nell'area orientale (+22%) e sudorientale (+65%) della Regione Europea dell'OMS (Schütze *et al.*, 2011; Shield, Parkin *et al.*, 2016; Shield, Rylett e Rehm, 2016).

2. Le misure di politica alcolologica e il loro impatto sul consumo alcolico e sui danni alcol-correlati

Nei paesi del nord Europa, così come in nord America, esistono già da molti decenni preoccupazioni per i danni alcol-correlati e, ai fini di ridurli, si sono introdotte politiche preventive per il controllo del consumo alcolico.

Sull'efficacia di tali politiche il dibattito è ora aperto.

Senza dubbio molti studi degli ultimi 30 anni ne hanno dimostrato l'efficacia.

* Agenzia Regionale di Sanità, Firenze.

** Eclectica, Torino.

^o ATS - Agenzia Tutela Salute della Città Metropolitana di Milano.

^{oo} Epidemiologia, Azienda USL Toscana Centro.

^s New York University.

^{^^} Università di Torino.

Sono state oggetto di studio le normative su limitazioni al bere di chi guida, tasse (accise e IVA), determinazione dei prezzi e del prezzo minimo per unità di bevanda alcolica, età minima per l'acquisto, limiti alla disponibilità-accessibilità dei luoghi di vendita, controllo della pubblicità e del marketing, nonché programmi di informazione ed educazione sanitaria, azioni di comunità, interventi brevi su bevitori a rischio che non hanno avuto trattamento specialistico (Anderson *et al.*, 2009; Babor *et al.*, 2010; Anderson *et al.*, 2012).

Sulla base di queste evidenze, organismi internazionali ed esperti hanno promosso linee guida specifiche.

In particolare sono stati definiti come "best buys", cioè "affari migliori" per le nazioni che dovrebbero dotarsi di politiche alcoliche, l'aumento delle tasse, restrizioni alla vendita al dettaglio e bandi alla pubblicità delle bevande alcoliche (World Health Organization, 1993, 2011 b, 2014 a; Commissione Europea, 2010; World Health Organization & World Economic Forum, 2011; Rehm & Scafato, 2011; Anderson *et al.*, 2012, Rehm *et al.*, 2015).

A sostegno dell'efficacia delle norme contro la guida in stato di ebbrezza, una revisione sistematica di 76 studi internazionali pubblicati tra gli anni '70 e '90 dimostra la riduzione degli incidenti stradali e dei decessi che coinvolgono i veicoli a motore in associazione con norme limitanti il tasso alcolemico alla guida e l'introduzione di punti di controllo della sobrietà e di alcol-test a campione (Shults *et al.*, 2001).

Utilizzando dati europei sugli incidenti stradali del periodo 1991-2003, un altro studio ha dimostrato che la riduzione dei limiti di tasso alcolemico si è rivelata efficace nella diminuzione dei decessi quando accompagnata da controlli a campione su strada (Albalade, 2006).

In una ricerca che ha analizzato una serie di dati australiani fino al 2006, l'introduzione degli alcol-test a campione (unitamente alla legislazione sull'uso delle cinture di sicurezza) è risultata associarsi a diminuzioni significative nella mortalità da incidenti stradali, specie per i giovani maschi (Jiang *et al.*, 2015).

Inoltre, uno studio condotto sui paesi dell'Europa meridionale ha mostrato che le restrizioni alla guida in stato di ebbrezza si sono rivelate uno dei fattori correlati alla riduzione degli incidenti mortali (Allamani, Pepe *et al.*, 2014).

Vi sono solide evidenze dell'efficacia delle misure che, tramite tasse e controllo dei prezzi, regolano il mercato delle bevande alcoliche.

Numerose ricerche documentano che quando tasse e prezzi delle bevande crescono o diminuiscono, il bere ad alto rischio e i danni alcol-correlati mostrano un andamento opposto (Chaloupka *et al.*, 2002; Waagenar *et al.*, 2009; Elder *et al.*, 2010; Patra *et al.*, 2012; Zatonski *et al.*, 2015).

Inoltre si è recentemente stimato che ove si applicasse, anziché la tassazione attuale basata sul valore del prodotto, una tassazione basata sul contenuto di alcol, cioè un prezzo unitario minimo, ci sarebbe un maggior impatto sul consumo dannoso, con effetti minimi sui consumatori moderati (Meier *et al.*, 2016).

L'introduzione di un'età minima di legge per l'assunzione di alcol si è dimostrata efficace, con una relazione inversa tra consumi alcolici e incidenti stradali (Shults *et al.*, 2001; Wagenaar e Toomey, 2002; McCartt *et al.*, 2010).

In letteratura alcune fonti riportano l'efficacia protettiva delle politiche restrittive sul consumo di bevande alcoliche (aumento di tasse e prezzi e abbassamento dell'età minima per l'acquisto di bevande alcoliche) nei confronti dei tassi di suicidio (Pridemore *et al.*, 2009, 2013; Xuan *et al.*, 2016).

Limitazioni alla disponibilità di, e accessibilità a, luoghi e orari di vendita sono state dimostrate associarsi a minori consumi alcolici e a minori danni alcol-correlati (Gruenewald, 2011; Wicki e Gmel, 2011; Kypri *et al.*, 2011; Cook *et al.*, 2014; Kolosnitsyna *et al.*, 2014), mentre l'estensione degli orari e l'aumento di densità dei punti vendita aumentano i danni associati al bere (Stockwell & Chikritzhs 2009; Hahn *et al.*, 2010; Lippy *et al.*, 2014; Xuan *et al.*, 2015).

In modo opposto, tuttavia, Green, Heywood e Navarro (2014) hanno rilevato un'associazione tra l'estensione degli orari di chiusura dei bar in Inghilterra e in Galles e una diminuzione degli incidenti stradali, specie tra gli automobilisti giovani.

Esistono alcune ricerche sulle conseguenze che la pubblicità ha sui consumatori, specie giovani (de Bruijn *et al.*, 2016).

Ma non vi sono ancora evidenze circa l'efficacia delle misure che la limitano, anche se vi è un ampio consenso sull'effetto positivo che esse possono aver avuto con la loro introduzione in Norvegia nel 1975-77 e in Francia nel 1991 (legge Evin) (Wilkinson e Room, 2009; De Bruijn *et al.*, 2010; Anderson *et al.*, 2012; Monteiro *et al.*, 2017).

Parecchi studi sono stati compiuti per documentare l'efficacia e la relazione costo/efficacia degli interventi brevi sui bevitori ad alto rischio (Anderson *et al.*, 2012; Angus *et al.*, 2014; Babor *et al.*, 2017) che tuttavia, altre ricerche hanno negato, stabilendo la non efficacia degli stessi (Foxcroft *et al.*, 2014). Una posizione intermedia è rappresentata dall'analisi di Grant e collaboratori (2016) che conclude per effetti modesti, ma comunque positivi e potenzialmente significativi, degli interventi in questione.

Infine, i programmi educativi nelle scuole e a livello di comunità, per quanto difficili da valutare dal punto di vista dell'efficacia immediata, appaiono però necessari almeno per sostenere e attuare localmente una politica di prevenzione basata su più componenti (Treno *et al.*, 2007; Foxcroft e Tsertsvadze, 2011; Anderson *et al.*, 2012).

3. Discordanze tra gli effetti attesi dalle politiche alcoliche introdotte e i cambiamenti effettivi nei consumi e nei danni

Nonostante le numerose evidenze scientifiche, parte della recente letteratura sta segnalando una sostanziale variabilità nell'efficacia delle misure di politica alcolologica e, in certi casi, addirittura una loro inefficacia o efficacia negativa, con effetti opposti riguardo le aspettative.

Anzitutto lo studio AAA-Prevent finanziato dall'UE, con 34 partecipanti rappresentanti 17 Paesi europei, è giunto alla conclusione che, poiché i modi di consumo di bevande alcoliche variano secondo i paesi, mentre non cambiano significativamente da un paese all'altro le politiche alcolologiche di controllo, queste ultime non sono in grado di spiegare le diversità nel consumo alcolico che si riscontrano all'interno di ciascun paese (Berten *et al.*, 2013).

Uno studio che ha utilizzato dati dell'OCSE, provenienti in prevalenza da paesi europei, durante il periodo dal 1975 al 2000, ha dimostrato:

(a) la non efficacia della proibizione della pubblicità sulla riduzione dei consumi e

(b) l'assenza di una significativa risposta di mercato alle vendite promosse dalla pubblicità (Nelson, 2010).

Un altro studio ha dimostrato che con la diminuzione delle tasse e l'apertura delle barriere doganali, avvenuta tra il 2003 e il 2005 in Danimarca, Svezia e Finlandia, inaspettatamente sono diminuiti sia i consumi alcolici (in Danimarca e In Svezia), sia i problemi alcol-correlati riferiti soggettivamente (ma non le diagnosi riportate nei registri sanitari, che sono cresciuti), (Bloomfield *et al.*, 2010; Room *et al.*, 2013).

Nell'ambito del progetto AMPHORA, co-finanziato dall'UE, sono state analizzate le correlazioni tra fattori contestuali e di politica alcolica, consumo alcolico e danni alcol-correlati tra il 1960 e il 2008 in 12 Paesi europei rappresentanti le regioni settentrionali (Norvegia Svezia, Finlandia), occidentali (Regno Unito, Paesi Bassi), orientali (Polonia, Ungheria), centrali (Austria, Svizzera), e meridionali (Francia, Spagna, Italia), tramite il metodo delle Serie temporali e quello delle Reti neurali artificiali.

Si è così dimostrato che, se si considerano complessivamente i 12 paesi, le restrizioni al tasso alcolemico consentito durante la guida, alla disponibilità di vendita delle bevande alcoliche e all'età minima per il consumo risultano significativamente associate alla riduzione nei consumi, ma i risultati variano sostanzialmente da paese a paese.

Si sono persino paradossalmente osservate correlazioni positive tra aumento di consumi e introduzione dei limiti di età minimi in Austria, di restrizioni del tasso alcolemico consentito alla guida in Francia, Olanda e Spagna, e di restrizioni alla disponibilità di vendita in Regno Unito e in Svizzera (Allamani, Pepe e Voller, 2015).

Una meta-analisi sugli stessi dati ha confermato che l'associazione tra misure politiche e consumo totale di bevande alcoliche varia tra un paese e l'altro (Baccini & Carreras, 2014).

Una revisione sistematica di cinquantacinque rilevanti pubblicazioni econometriche del periodo 1987-2013 non ha trovato coerenza di risultati sull'effetto dell'introduzione di tasse e limiti di importazione sui consumi alcolici nei confronti dei danni associati in Danimarca, Svezia, Finlandia, Svizzera e Hong Kong (Nelson & McNall, 2015).

Gli stessi autori hanno riesaminato gli esperimenti naturali (cioè quei disegni di ricerca che valutano i cambiamenti avvenuti in una intera popolazione dopo che si sono realizzati gli interventi preventivi imposti alla stessa) pubblicati tra il 2003 e il 2015, che analizzavano i danni alcol-correlati conseguenti ai cambiamenti nelle politiche di tassazione, prezzo e disponibilità delle bevande alcoliche in nove paesi (Australia, Danimarca, Finlandia, Hong Kong, Islanda, Russia, Svezia, Svizzera e Stati Uniti) (Nelson e McNall, 2016).

Dai risultati si evince che la fiducia posta in queste misure è troppo alta, poiché esse hanno in realtà effetti selettivi secondo le diverse sottopopolazioni.

Per esempio, le modifiche delle tasse e dei prezzi hanno avuto effetti positivi solo sulla mortalità epatica degli anziani e solo in Finlandia e in Russia; per la maggior parte dei casi le poli-

tiche alcoliche non hanno rivelato effetti di rilievo sulle aggressioni e sulla guida in stato di ebbrezza; e gli impatti sull'ubriachezza sono risultati variabili, nei paesi nordici, secondo la sotto-popolazione esaminata.

Un altro studio ha analizzato la relazione tra indici di severità delle politiche alcoliche messe in atto nel 2005 in 30 paesi OCSE, da un lato, e consumi alcolici totali e anni di vita persi aggiustati per disabilità (DALY), dall'altro.

Si è concluso che non si sono riscontrate correlazioni significative (Poikolainen, 2016).

4. Come interpretare la incerta efficacia delle politiche alcoliche: limiti nella praticabilità degli studi basati sull'evidenza nel campo preventivo

Come spiegare l'imprevedibilità dell'efficacia delle politiche alcoliche, di cui per molti sarebbe dimostrata l'evidenza scientifica?

Si tratta di limiti delle ricerche condotte, oppure non si considera a sufficienza la questione della difficile implementazione delle misure adottate nei diversi contesti?

Oppure, ancora, si ha a che fare con la grande variabilità dei fattori di paesi e culture e dunque con la complessità che necessariamente caratterizza l'azione preventiva rivolta ai cittadini?

Proviamo a fornire quattro ipotesi di risposta alle domande che ci siamo poste.

a) L'estendere l'evidenza scientifica di un progetto da un paese a un altro ha limiti intrinseci.

La letteratura sull'efficacia delle politiche in materia di alcol si riferisce spesso a studi empirici e a iniziative di prevenzione rivolte ad aree specifiche di un paese o a particolari campioni di popolazione (come gli studenti delle scuole primarie e secondarie), mentre sono poche le pubblicazioni su contesti allargati a un'intera nazione e alla sua popolazione (fra questi, Albalade, 2006; Pridemore *et al.*, 2009, 2013; Zatonski *et al.*, 2015).

Così l'assunto che studi condotti in contesti limitati possano valere per un'intera popolazione nazionale, può essere ingannevole.

Un altro problema si verifica quando l'evidenza dell'efficacia si basa su studi epidemiologici condotti in una cultura specifica (ad esempio in paesi tradizionalmente sensibili alle conseguenze del bere, cioè i paesi scandinavi e quelli anglofoni) ed è generalizzata, ovvero trasferita in paesi con ben diversa cultura del bere (ad esempio quelli dell'Europa mediterranea) (Room *et al.*, 2005; Craplet, 2006; Anderson & Baumberg, 2006; Peele, 2010; Berten *et al.*, 2013).

Tutto ciò mentre gli organi internazionali da un lato affermano che le misure di politica alcolica devono essere adattate alle condizioni diverse di culture e paesi diversi (World Health Organization, 1993, 2015; UCL, 2013) e, dall'altro, raccomandano linee guida sul controllo del bere a rischio e del bere dannoso alla generalità dei paesi, incluse Asia, Africa e America meridionale (vedi Sornpaisarn *et al.*, 2012; Casswell,

2012; CNAPA, 2014; Ferreira-Borges *et al.*, 2015; OECD, 2015; Pan American Organization, 2017).

L'impatto di tali misure preventive può rivelarsi deludente per il fatto stesso che sono applicate in culture diverse da quelle in cui sono state generate.

Il problema cruciale resta dunque quello della trasferibilità delle evidenze da un contesto all'altro.

b) I cambiamenti nel consumo di bevande alcoliche e nei danni correlati riflettono più i cambiamenti sociali che le politiche preventive.

Le ricerche hanno confermato che i cambiamenti nel consumo di bevande alcoliche e nei danni associati sono soprattutto un riflesso dei cambiamenti della società nelle sue componenti demografiche, economiche, politiche, culturali e ideologiche, piuttosto che l'effetto dell'introduzione delle politiche preventive (Room, 1997; McLeod *et al.*, 2016).

Secondo il progetto AMPHORA, le modifiche occorse tra gli anni 1960 e 2000 nel consumo alcolico globale dei 12 paesi europei studiati sono sempre avvenute in correlazione significativa con gli aumenti di urbanizzazione, reddito ed età delle madri al momento del parto, che sono considerati indicatori di miglioramento socioeconomico di una popolazione (Allamani, Pepe e Voller, 2015). Tuttavia questi fattori si associano in modo inverso secondo i paesi e, specificamente, hanno condotto a:

- un aumento del consumo alcolico totale e a un decremento nel consumo di superalcolici nel nord Europa;
- un aumento del consumo alcolico totale, di birra, e di vino nelle regioni centroeuropee;
- una riduzione del consumo alcolico totale, di vino e di superalcolici, con aumento del consumo di birra, nelle regioni sudeuropee.

È di particolare rilevanza che le modifiche nei consumi di bevande alcoliche si siano prodotte in alcuni casi senza la presenza e/o l'introduzione di misure politiche preventive nazionali, com'è avvenuto con la riduzione dei consumi iniziata in Francia negli anni '50 e in Spagna e in Italia negli anni '70, o con l'aumento dei medesimi in Finlandia e Norvegia negli anni '60.

In tutti questi casi, i cambiamenti nel consumo erano solo correlati ai fattori socio-economici e demografici (Allamani, Pepe e Voller, 2015; Allamani, Olimpi *et al.*, 2014; si veda anche, per l'Italia, Cipriani & Prina, 2007).

È stato anche dimostrato che un'età avanzata delle madri al momento del parto e l'invecchiamento della popolazione – indicatori contestuali di un aumento del benessere – erano associati in modo significativo a una riduzione dei decessi per incidenti stradali in tutti i paesi e, solo nelle regioni dell'Europa meridionale, dei decessi dovuti a patologia epatica cronica (Allamani, Pepe e Voller, 2015).

I fattori contestuali si sono rivelati in grado di spiegare i cambiamenti nel consumo e nel prodursi di danni in grado maggiore delle misure preventive.

Infatti, mediante alcune misure di correlazione quadratica parziale, i fattori socio-economici e demografici spiegano il 71% dei cambiamenti dei consumi, mentre le politiche preventive ne spiegano il 38%; i primi possono spiegare il 43% dei decessi dovuti a patologie epatiche e il 52% di quelli dovu-

ti agli incidenti stradali, mentre le seconde spiegano rispettivamente il 30% e il 31% dei decessi (Allamani, Pepe e Voller, 2015).

Altri studi si sono concentrati sull'impatto che i grandi rivolgimenti socio-politici di una popolazione hanno sui modi di bere: ne sono esempi storici i processi di dislocazione e di conseguente alcolismo che hanno colpito i membri della comunità di Orkney in Scozia reclutati per lavorare in Canada nel XVIII secolo; o lo sviluppo di forme di dipendenza alcolica tra i popoli aborigeni nordamericani che erano stati trasferiti in contesti culturali a loro estranei con l'arrivo degli europei nel Nuovo Mondo – forme di dipendenza che, peraltro, in qualche caso sono regredite con la riacquisizione dei valori culturali originali (Alexander, 2008).

La percezione della normalità o dannosità delle bevande alcoliche per la salute è anch'esso un valore che si modifica nel tempo e che è in grado di influenzare il consumo, come hanno mostrato gli studi di Nordlund e Østhus (2013) e di Tusini (2006).

Si è anche osservato che un aumento della preoccupazione sulle conseguenze del bere in Danimarca tra il 2003 e il 2013 (Bloomfield *et al.*, 2016) e in Australia del 1995 al 2010 (Callinan *et al.*, 2014) si è accompagnato a una riduzione o stagnazione dei consumi alcolici.

c) L'attuazione delle politiche alcolologiche è determinata dalla variabile complessità delle azioni locali

Ai fini della valutazione dell'impatto dei vari interventi è poi molto importante capire se le misure pianificate siano state implementate in maniera adeguata lungo tutti i punti della catena relativa agli attori coinvolti nel programma e se siano state accolte e messe in atto dai soggetti interessati della comunità.

Infatti nel campo delle politiche socio-sanitarie, numerosi sono i fattori implicati: l'approvazione di normative o atti amministrativi a livello dei governi locali, la loro attuazione da parte degli uffici e degli operatori responsabili, l'atteggiamento della cultura locale in ordine all'ottemperanza alle leggi, la disponibilità e prontezza della popolazione a partecipare e a recepire le proposte di carattere preventivo (Oetting *et al.*, 2001; Prina, 2010; Karlsson *et al.*, 2012; Nordlund & Østhus, 2013; Allamani, Pepe *et al.*, 2014,).

In genere, gli aspetti culturali sono rilevabili più a livello "meso" e "micro", ossia sul piano di distretto o comunità locale, che non a livello di nazione o di un'intera cultura (Beccaria & Rolando, 2016).

In più, le azioni preventive implicano risvolti politici ed etici (Larsson, 1990).

Così si sono spesso notate relazioni contraddittorie tra esperti e cittadini, nonché tra studiosi della prevenzione e attivisti locali e politici originate da differenti concezioni sulla salute pubblica e sulle azioni locali da intraprendere, concezioni legate a diverse ideologie, mentalità, esperienze, interessi (Lindblath & Hanson, 1993; Roumeliotis, 2016).

Sarebbe tuttavia necessario che nell'ambito dei progetti di prevenzione orientati alle comunità si costituisse un "sodalizio positivo" o un "rispettoso matrimonio" tra conoscenza scientifica e esperienza comunitaria, con gli esperti che si limitano alla identificazione degli interventi che possano avere effetto e

i membri della comunità che si interessano ad adattare e attuare gli interventi pianificati (Holder & Reynolds, 1999).

d) L'indebolimento del modello del consumo totale su cui sono basate le politiche alcolologiche rende queste meno affidabili

Le moderne misure di politica alcolologica sono fondate sulla teoria, o modello, del consumo totale, elaborato negli anni '70 da Kettil Bruun sulla base delle ricerche dell'epidemiologo francese Sully Ledermann, e subito divenuto il pilastro della strategia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Ledermann, 1956; Bruun *et al.*, 1975; World Health Organization, 1993; Anderson & Baumberg, 2006).

In base a questo modello, la distribuzione del consumo alcolico è log-normale e vi è un legame funzionale tra il consumo alcolico medio di una popolazione e la prevalenza di forti bevitori, nonché la mortalità alcol-correlata (Ledermann, 1956; Leifman, 1996).

Il modello implica che i consumatori "normali" contribuiscono alla prevalenza dei forti bevitori e ai problemi relativi: se i primi riducono i loro consumi, la prevalenza dei secondi diminuirà.

E se i primi aumentano i loro consumi, i secondi aumenteranno (Skog, 1985).

Di conseguenza, la riduzione del livello di consumo di una popolazione, dopo che una politica preventiva vi è stata realizzata, è ritenuta un indicatore di successo della politica stessa.

Ciò non di meno, passando in rassegna le pubblicazioni più rilevanti realizzate tra il 2005 e il 2015, Norman Giesbrescht e colleghi hanno evidenziato come l'introduzione di diverse misure politiche abbia potuto produrre effetti sostanziali non sul consumo di tutta una popolazione, ma solo su quello di alcuni suoi sottogruppi – giovani, donne, forti bevitori (Giesbrescht *et al.*, 2016).

Altri autori hanno sottolineato che le curve di consumo a rischio dipendono anzitutto dalle disuguaglianze sociali (Jones e coll., 2015; UNICEF, 2016).

Simulando l'effetto dell'introduzione del prezzo minimo per unità alcolica sulla popolazione inglese, il gruppo di Sheffield ha chiarito che la risultante riduzione del consumo e del danno avverrebbe solo per i sottogruppi dei forti bevitori, appartenenti alle fasce socioeconomiche più svantaggiate (Holmes *et al.*, 2014; Meier *et al.*, 2016).

Ci sarebbe poi da notare che il modello sviluppato da Kettil Bruun considera solo il consumo alcolico totale, senza tener conto dei differenti modi di consumo delle bevande, inclusa la rapidità della loro ingestione, che è un segno distintivo dei forti bevitori e degli abusatori occasionali (Poikolainen, 2017).

Altri studiosi hanno osservato che l'impatto delle politiche alcolologiche sui danni correlati al bere è spesso maggiore rispetto all'impatto che esse hanno sul consumo alcolico (Room, 2004; Jiang e Room, 2016).

Il punto è sostenuto anche dal progetto AMPHORA, che ha rilevato come nei paesi europei studiati le misure alcolologiche hanno avuto un effetto diretto sulla mortalità alcol correlata più grande rispetto all'effetto mediato dal consumo di bevande alcoliche sulla mortalità stessa (AMPHORA, 2013).

Kim Bloomfield e colleghi hanno poi notato in Danimarca, tra il 2003 e il 2013, trend divergenti tra consumo alcolico, in

riduzione, e danno alcol-correlato, in crescita, in corrispondenza di un insieme di politiche che ha aumentato la disponibilità di bevande alcoliche e ristretto la loro accessibilità ai minori, con tassazione e prezzi stabili o ridotti (Bloomfield *et al.*, 2016).

Ne consegue che le misure preventive, più che dare attenzione al consumo di bevande alcoliche di un'intera popolazione, mostrerebbero più frutti concentrandosi su sottogruppi di popolazione e sulla riduzione dei loro consumi e danni associati (Poikolainen, 2017).

Addirittura Kevin Shield e colleghi suggeriscono alle istituzioni di salute pubblica di abbandonare le raccomandazioni proprie delle linee guida per il bere a rischio, e di prestare piuttosto attenzione ai più concreti rischi di mortalità (Shield *et al.*, 2016).

5. Altre ipotesi per spiegare la variabile efficacia delle politiche alcolologiche: limiti della ricerca in alcologia

Il riscontro di variabilità nell'efficacia delle misure preventive può essere attribuito, come detto più sopra, alla difficile generalizzabilità degli studi alcolologici.

Un aspetto correlato a tale difficoltà riguarda la scarsa replicabilità delle ricerche.

In linea di massima, solo una minima parte della ricerca scientifica pubblicata in campo biomedico e psicologico (secondo alcune stime il 25%) è riproducibile, e tale osservazione si può estendere anche al campo dell'alcologia.

Le ragioni sono state identificate nella ridotta ampiezza dei campioni, nella bassa dimensione dell'effetto, nell'analisi a posteriori (senza ipotesi precedenti l'indagine), nel confitto d'interessi e nell'isolamento tra i gruppi di ricerca (Ioannidis, 2005; Room, 2016; Munafò, 2017).

L'incertezza dei risultati delle misure preventive potrebbe essere riferibile, a sua volta, a una corrispondente incertezza, o ambiguità, dei principi e delle procedure su cui si basa anche la ricerca epidemiologica sull'alcol.

Quest'ambiguità si riflette nei concetti e nei processi di rischio e causalità, nella definizione della raccolta dei dati, nella valutazione delle azioni politiche.

La definizione dei concetti e dei processi per stabilire il rischio e il margine di esposizione alle sostanze oggetto dell'indagine, e i relativi criteri di misurazione, non è stabile ma tende a cambiare nel tempo, il che può esser dovuto all'importanza che il consenso e le convenzioni tra gli scienziati, più che l'elaborazione di un'informazione oggettiva, hanno a proposito; ad esempio è sorprendente che la determinazione dei rischi relativi al bere sia stata fatta sulla base di "ciò che il pubblico sembra aver voglia di accettare" (Starr, 1969; Rehm *et al.*, 2014; Antunes e Gonzalez, 2015; ALICE RAP, 2015).

Gli studiosi non hanno una posizione concorde nel definire la relazione tra la bevanda alcolica bevuta e i problemi ad essa attribuiti, ma la qualificazione di tale relazione, nonché i criteri per determinarla, variano secondo gli autori: da causale, a multi-causale, a multifattoriale, a probabile (Hill, 1965; Feller, 1968; Rothman *et al.*, 2008; Connor, 2016; Shield, Parkin *et al.*, 2016).

Secondo la qualificazione scelta, nell'oscillazione tra gli estremi dell'interpretazione di causalità e di quella di probabilità, differiranno di conseguenza i significati e la forza che acquistano i nessi tra il bere e i problemi ad esso associati.

Poiché tale incertezza, specie quando le informazioni devono essere trasmesse a livello di sanità pubblica, può divenire preoccupante e controproducente, qualche autore ha concluso che la forza dell'evidenza per cui un'azione preventiva va attuata è da porre nell'ambito delle scelte etiche, piuttosto che scientifiche (Narduzzi *et al.*, 2017).

In questa prospettiva, le decisioni relative al tipo d'intervento da pianificare dovrebbero rispondere a domande pratiche preliminari, del tipo: «chi avrebbe beneficiato e chi sarebbe stato danneggiato, nel caso che l'evidenza si rivelasse incerta o i risultati risultassero erronei?».

Inoltre la determinazione dei consumi reali riferiti dagli intervistati nelle inchieste epidemiologiche appare minato dalla progressiva contrazione nel tasso di risposta ai questionari, che in Europa è spesso sotto il 50%, nonché dalla incertezza dovuta alla variabilità del volume contenuto nei bicchieri, oggetto delle domande degli intervistatori (Moskalewicz, 2012; Kerr *et al.*, 2009; Zupan *et al.*, 2017).

Oltre a ciò, la stragrande maggioranza delle ricerche alcoliche si concentra sul rischio di bere e sui danni attribuibili all'alcol, con gli interventi di salute pubblica diretti alla restrizione o alla soppressione dei comportamenti orientati al consumo.

Viene così trascurata l'esperienza di piacere e di benessere individuale e sociale degli intervistati che, se raccolta, potrebbe fornire utili indicazioni per la migliore comprensione della salute globale e della sua percezione (Peele e Grant, 1999; ALICE RAP, 2016).

Infine, sappiamo ancora troppo poco sugli impatti che hanno avuto le politiche alcoliche nazionali, e la mancanza di valutazioni e di resoconti non contribuisce allo sviluppo di nuovi programmi preventivi (Moskalewicz, 2012; Anderson, 2012). La riluttanza dei ricercatori e dei decisori politici nel produrre valutazione può dipendere dagli interessi e dalle ideologie in gioco, che rendono difficile accettare possibili insuccessi (Einstein, 2012).

Un altro motivo è che i cambiamenti a livello di comunità sono spesso difficili da misurare, richiedendo più tempo e fondi di quanto si possano permettere politici e ricercatori (Holder e Moore, 2000; Moskalewicz, 2012).

6. Concludendo

L'articolo ha mostrato i limiti delle posizioni che sostengono l'opportunità di politiche alcoliche indifferenziate e solamente orientate al controllo dei consumi di bevande alcoliche. Si è messo in evidenza che le politiche non possono essere applicate ugualmente in tutti i paesi, in quanto risultano non ugualmente efficaci, e a volte inefficaci, secondo i paesi e i sottogruppi di popolazione, a causa dei differenti contesti sociali, demografici, culturali e economici.

Inoltre, alcuni limiti della ricerca epidemiologica, e lo scarso ricorso ai processi di valutazione, rendono i risultati degli interventi preventivi incerti, riducendo la generalizzabilità

degli esiti e suggerendo un approccio precauzionale nella creazione e diffusione dei messaggi di salute pubblica.

Tenuto conto di queste limitazioni, e ai fini di superarle, quando è previsto un programma di prevenzione delle bevande alcoliche basato sulle evidenze in un paese o regione, gli esperti, i responsabili politici e le parti interessate dovrebbero almeno considerare l'importanza decisiva di:

- nella fase di pianificazione dell'introduzione di una misura politica, raccogliere informazioni specifiche sui fattori sociali, economici e demografici specifici del proprio paese/comunità;
- prevedere interventi selettivi su sottogruppi di popolazione, come giovani, donne, anziani, forti bevitori (Mäkelä *et al.*, 2002; Ahlström, 2008; CNAPA, 2014);
- tener conto dei danni associati al bere – come cirrosi epatiche, incidenti stradali, cancro – oltre che del consumo alcolico e delle modalità del bere;
- pianificare un programma di valutazione, in modo da poter replicare interventi di successo e rivedere quelli che sono falliti.

Si deve aggiungere che, in particolare in Europa, le sfide rappresentate dalle crescenti disuguaglianze nella disponibilità e nell'accesso alle risorse di base e dall'aumentare delle popolazioni di migranti, avranno impatto anche sugli stili di vita e sui modi di bere della popolazione nel suo complesso (World Health Organization, 2014 b).

Occorre dunque agire con urgenza nel campo della ricerca preventiva e, allo stesso tempo, considerare nuove tipologie di politiche di intervento efficaci.

Tra queste, è da considerare l'uso dei metodi predittivi, che si propongono di prevedere l'efficacia delle politiche preventive volte a ridurre i danni alcol-correlati e migliorare la qualità della vita nel breve e medio termine (Buscema, 1995; Oderkirk *et al.*, 2012).

Bibliografia

- Albalade D. (2006). *Lowering blood alcohol content levels to save lives: the European experience*. Barcelona, Research Institute of Applied Economics (No. CREAP20006-07). www.ub.edu/irea/working_papers/2006/200603.pdf.
- Ahlström S. (2008). Alcohol use and problems among older women and men: A review. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25(2): 154-161.
- Alexander B.K. (2008). *The globalisation of addiction: A study in poverty of the spirit*. Oxford: Oxford University Press.
- ALICE RAP (2015). Position paper sul margine di esposizione (per il Parlamento Europeo) www.alicerap.eu/resources/documents/cat_view/1-alice-rap-project-documents/19-policy-paper-series.html.
- ALICE RAP (2016). *Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe - Reframing Addictions Project Well Being Library* www.alicerap.eu/resources/documents/cat_view/18-well-being-library.html (accessed July 2016).
- Allamani A., Pepe P., Voller F. (2015). L'Europa tra culture del bere e politiche di controllo alcolico. *Newsletter "Clinica dell'Alcolismo"*, V(20): I-VIII – Mission, 44: 31-38.
- Allamani A., Olimpi N., Pepe P., Cipriani F. (2014). Trends in Consumption of Alcoholic Beverages and Policy Interventions in Europe: An Uncertainty "Associated" Perspective. *Substance Use and Misuse*, 49(12): 1531-1545.

- Allamani A., Pepe P., Baccini M., Massini G., Voller F. (2014). Europe. An analysis of changes in the consumption of alcoholic beverages: the interaction between consumption, related harms, contextual factors and alcoholic beverage control policies. *Substance Use and Misuse*, 49(12): 1692-1715.
- AMPHORA Workpackage3 (2013). *Report of an analysis of European alcohol-related cultural, social and policy interactions and their impact on alcohol consumption and alcohol-related harm* http://amphoraproject.net/w2box/data/Deliverables/AMPHORA_WP3_D3.2.pdf.
- Anderson P., Chisholm D., Fuhr D. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373: 2234-46.
- Anderson P., Møller L., Galea G. (2012). *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Anderson P., Baumberg B. (2006). Stakeholders' views of alcohol policy. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 23: 393-414.
- Anderson P., Baumberg B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies (http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf).
- Angus C., Latimer N., Preston L., Li J., Purshouse R. (2014). What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. *Frontiers in Psychiatry*, 5: 114.
- Antunes R., Gonzalez V. (2015). A Production Model for Construction: A Theoretical Framework. *Buildings*, 5(1): 209-228. doi: 10.3390/buildings5010209.
- Babor T.F., Caetano R., Casswell S., Edwards G., Giesbrecht N., Graham K., Grube J.W., Hill L., Holder H., Homel R., Livingston M., Österberg E., Rehm J., Room R., and Rossow I. (2010). *Alcohol: no ordinary commodity, Research and public policy*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Babor T.F., Del Boca F., Bray J.W. (2017). Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment: implications of SAMHSA's SBIRT initiative for substance abuse policy and practice. *Addiction*, 112, S2: 110-117.
- Baccini M., Carreras G. (2014). Analyzing and comparing the association between Control Policy Measures and Alcohol Consumption in Europe. *Substance Use & Misuse*, 49: 1684-1691.
- Beccaria F., Rolando S. (2016). The more you know, the better you drink: The new drinking culture in Italian wine production areas. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-9 (early on line). doi: 10.3109/09687637.2016.1149149.
- Beccaria F., Rolando S., Ascani P. (2012). Alcohol consumption and Quality of Life among young adults. A comparison among three European countries. *Substance Use and Misuse*, 47(11): 1214-23.
- Berten H., Vetterburg, N., Stekete M., Stekete M., Jonkman H. van den Toorn J. *et al.* (2013). Policies, programmes and interventions: results of focus groups with practitioners, policymakers and researchers. In: Stekete M., Jonkman H., Berten H., Vetterburg N. (eds.). *Alcohol use Among Adolescents in Europe Environmental Research and Preventive Actions*. Utrecht - anche in www.aaaprevent.eu/, pp. 314-317.
- Buscema P.M. (1995). Squashing Theory: a Prediction Approach for Drug Behavior. *Drug and Society*, 8(3-4): 103-109.
- Buscema P.M., Massini G., Maurelli G. (2014). Artificial Neural Networks: An overview. *Substance Use and Misuse*, 49: 155-1568.
- Bloomfield K., Wicki M., Gustafsson N-K., Mäkelä P., Room R. (2010). Changes in Alcohol-Related Problems after Alcohol Policy Changes in Denmark, Finland, and Sweden. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(1): 32-40.
- Bloomfield K., Karlsson T., Grittner U. (2016). How do drinking cultures change? – or do they? A provisional model based on evidence of transitions in Denmark. *Drugs: education, prevention and policy*, 23(4): 283-92.
- Bruun K., Edwards G., Lumio M., Mäkelä K., Pan L., Popham R.E., Room R., Schmidt W., Skog, O.J., Sulkunen P., Österberg E. (1975). *Alcohol control policies in public health perspective*. The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Volume 25, Forssa.
- Callinan S., Room R., Livingston M. (2014). Changes in Australian attitudes to alcohol policy: 1995-2010. *Drug and Alcohol Review*, 33: 227-234.
- Casswell S. (2012). Current status of alcohol marketing policy – an urgent challenge for global governance. *Addiction*, 107: 478-485. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03701.x.
- Cipriani F., Prina F. (2007). The Research Outcome: Summary and Conclusions on the Reduction in Wine Consumption in Italy. In: Beccaria F., Allamani A. (a cura di). Changes in the Consumption of Alcoholic Beverages in Italy: Studies of the Decrease in Consumption between the 1970s and the 2000s. *Contemporary Drug Problems*, 34(2): 361-378.
- Connor J. (2016). Alcohol consumption as a cause of cancer. *Addiction*. doi: 10.1111/add.13477.
- CNAPA Committee on National Alcohol Policy and Action Action Plan (2014). *Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking)* (2014-2016), 16 Settembre, http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf.
- Craplet M. (2006). Open letter to my friends and colleagues. *Addiction*, 101: 450-452.
- de Bruijn A., Johansen I., van den Broeck A. (2010). *Effective alcohol marketing regulations: a proposed framework to evaluate existing alcohol marketing regulations*. Utrecht: Dutch Institute for Alcohol Policy.
- de Bruijn A., Tanghe J., de Leeuw R., Engels R., Anderson P., Beccaria F., Bujalski M., Celata C., Gosselt J., Schreckenber D., Słodownik L., Wothge J., van Dalen W. (2016). European longitudinal study on the relationship between adolescents' alcohol marketing exposure and alcohol use. *Addiction*. doi: 10.1111/add.13455.
- Einstein S. (2012). Introduction. *Substance Use and Misuse*, 47: 1360-1364.
- Elder R.W., Lawrence B., Ferguson A., Naimi T.S., Brewer R.D., Chattopadhyay S.K., Toomey T.L., Fielding J.E., the Task Force on Community Preventive Services (2010). The Effectiveness of Tax Policy Interventions for Reducing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(2): 217-229.
- European Health for All Database (HFA-DB), World Health Organization (2016). <http://data.euro.who.int/hfad/>.
- Commissione Europea (2010). Direzione Generale Salute e Consumatori - *Development of alcohol policy and action in EU Member States 2006-2009*. Allegato 1 al primo Progress Report sull'implementazione della strategia dell'UE in materia di alcol. Commissione europea al link: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_progress.pdf.
- Feller W. (1968). *An Introduction to Probability Theory and Its Applications*, (Vol. 1), 3rd Ed. Taiwan: Wiley and Sons.
- Ferreira-Borges C., Esser M.B., Dias S. *et al.* (2015). Alcohol Control Policies in 46 African Countries: Opportunities for Improvement. *Alcohol Alcohol*, 50: 470-6.
- Foxcroft D.R., Tsertsvadze A. (2011). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9): CD009307.
- Foxcroft D.R., Coombes L., Wood S., Allen D., Almeida Santimano N.M.L. (2014). Motivational interviewing for alcohol misuse in

- young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8): CD007025.
- Grant S., Pedersen E.R., Osilla K.C., Kulesza M., D'Amico E.J. (2016). Reviewing and interpreting the effects of brief alcohol interventions: comment on a Cochrane review about motivational interviewing for young adults. *Addiction*, 111(9): 1521-1527.
- Giesbrecht N., Wettlaufer A., Cukier S., Geddie G., Gonçalves A.-H., Reisdorfer E. (2016). Do alcohol pricing and availability have differential effects on subpopulations? A commentary. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 5(3): 89-99.
- Green C.P., Heywood J.S., Navarro M. (2014). Did liberalising bar hours decrease traffic accidents? *Journal of Health Economics*, 35: 189-198. doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.03.007.
- Gruenewald P.J. (2011). Regulating availability: how access to alcohol affects drinking and problems in youth and adults. *Alcohol Research & Health*, 34(2): 248-256.
- Hahn R.A., Kuzara J.L., Elder R., Brewer R., Chattopadhyay S., Fielding J., Naimi T.S., Toomey T., Middleton J.C., Lawrence B. & Task Force on Community Preventive Services (2010). Effectiveness of policies restricting hours of alcohol sales in preventing excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(6): 590-604.
- Heath D. (ed.) (1995). *International handbook on alcohol and culture*. Westport, CN: Greenwood Press.
- Hill A.B. (1965). The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58: 295-300.
- Ioannidis J.P.A. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Med*, 2(8): e124.
- Holder D.H., Reynolds R. (1999). Alcohol policy and community action: Experiences from a national prevention trial to reduce alcohol problems. *Community action to prevent alcohol problems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, pp. 78-89. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/119181/E63694.pdf.
- Holder H.D., Moore R.S. (2000). Institutionalization of Community Action Projects to Reduce Alcohol-Use Related Problems: Systematic Facilitators. *Substance Use and Misuse*, 35(1, 2): 75-86.
- Holmes J., Meng Y., Meier P.S., Brennan A., Angus C., Campbell-Burton A., Guo Y., Hill-McManus D., Purshouse R.C. (2014). Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *The Lancet*, 383(9929): 1655-64.
- Jiang H., Room R. (2016). The many facets of alcohol policy. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 5(3): 85-87.
- Järvinen M., Room R. (eds.) (2007). *Youth drinking cultures. European experiences*. Aldershot: Ashgate.
- Jones L., Bates G., McCoy E. et al. (2015). Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 5: 400. doi: 10.1186/s12889-015-1720-7.
- Kerr W.C., Patterson D., Koenen M.A., Greenfield T.K. (2009). Large drinks are no mistake: Glass size, but not shape, affects alcoholic beverage drink pours. *Drug and Alcohol Review*, 28(4): 360-365. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00056.x.
- Karlsson T., Lindemann M., Österberg E. (2012). Does alcohol policy make any difference? Scales and consumption. In: Anderson P., Braddick F., Reynolds J., Gual A. (eds.). *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*, 2nd ed. The AMPHORA project, pp. 15-23. From: www.amphoraproject.net.
- Kolosnitsyna M., Sitdikov M., Khorkina N. (2014) Availability restrictions and alcohol consumption: A case of restricted hours of alcohol sales in Russian regions. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 3(3): 193-201.
- Kypri K., Craig Jones C., McElduff P., Barker D. (2011). Effects of restricting pub closing times on night-time assaults in an Australian city. *Addiction*, 106(2): 303-310.
- Larsson S. (1990). Democracy and Community Action Programs. In: *Research, Action and the Community: Experiences in the Prevention of Alcohol and other Drug Problems*. OSAP Prevention Monograph-4. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, Maryland: 41-44.
- Ledermann S. (1956). *Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social*. Presses Universitaires de France.
- Leifman H. (1996). Perspectives on the aggregated consumption of alcohol. Summary article in Leifman H. *Perspectives on alcohol prevention*, Acta Universitatis Stockholmiensis, Stockholm studies in sociology, N.S. 3. Almqvist & Wicksell International, Stockholm, pp. 3-9.
- Lindbladh E., Hanson B.S. (1993). A critical analysis of different leadership approaches to community health work in Kirserberg, Sweden. *Health Promotion International*, 8(4): 291-297.
- Lippy C., DeGue S. (2014). Exploring alcohol policy approaches to prevent sexual violence perpetration. *Trauma, Violence & Abuse*, 17(1): 26-42.
- Lolli G., Seriani E., Golder G.M., Luzzatto-Fegiz P. (1959). *Alcohol in Italian culture: food and wine in relation to sobriety among Italians and Italian Americans*. Glencoe, ILL: Free Press.
- Mäkelä P., Rossow I., Tryggvesson K. (2002). Who drinks more or less when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. In: Room R. (ed.). *The effects of Nordic alcohol policies. What happens to drinking and harm when alcohol controls change?* Helsinki, Finland: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- McCartt A.T., Hellinga L.A., Kirley B.B. (2010). The effects of minimum legal drinking age 21 laws on alcohol-related driving in the United States. *Journal of Safety Research*, 41(2): 173-181.
- McLeod J., Gell L., Holmes J., Allamani A., Baumberg B., Bjerger B. et al. (2016). Determinants of transition from harmful to low-risk substance use and gambling. In: Gell L., Bühringer G., McLeod J., Forberger S., Holmes J., Lingford-Hughes A., Meier P. (eds.). *What determines harm from addictive substances and behaviours?* Oxford: Oxford University Press, pp. 114-155.
- Meier P.S., Holmes J., Angus C., Ally A.K., Meng Y., Brennan A. (2016). Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: A mathematical modelling study. *PLOS Medicine*, 13(2): e1001963.
- Moskalewicz J. (2012). Common evidence base and monitoring. In: Anderson P., Møller P., Galea G. (2012). *Alcohol in the European Union*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, pp. 111-117.
- Møller L., Anderson P. (2012). Summary. In: Anderson P., Møller L., Galea G. *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen, pp 1-4.
- Monteiro M.G., Babor T.E., Jernigan D., Brookes C. (2017). Alcohol marketing regulation: from research to public policy. *Addiction*, 112(Suppl. 1): 3-6.
- Munafò M. (2017). Promoting reproducibility in addiction research. *Addiction*, 112: 1519-1520.
- Nelson J. P. (2010). Alcohol advertising bans, consumption, and control policies in seventeen OECD countries, 1975-2000. *Applied Economics*, 42: 803-823.
- Nelson J.P., McNall A. (2015). What Happens to Drinking and Harms When Alcohol Policy Changes? A Systematic Review of

- Five Natural Experiments for Alcohol Taxes, Prices, and Availability. *Social Science Research Network*, <http://ssrn.com/abstract=2612580> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2612580>.
- Nelson J.P., McNall A. (2016). Alcohol prices, taxes, and alcohol-related harms: A critical review of natural experiments in alcohol policy for nine countries. *Health Policy*, 120(3): 264-272. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.01.018.
- Nordlund S., Østhus S. (2013). What is alcohol abuse? Attitudes to drinking in seven European Countries. *Addiction Research and Theory*, 21(5): 402-409.
- Oderkirk J., Sassi F., Cecchini M., Astolfi R. (2012). Toward a New Comprehensive International Health and Health Care Policy Decision Support Tool. OECD Health Division, http://ec.europa.eu/health/projects/docs/2010_health_healthcare_policy_fr_en.pdf.
- OECD (2015). *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, oEcd publishing. doi: 10.1787/9789264181069-en.
- Oetting E.R., Jumper-Thurman P., Plested B., Edwards R.W. (2001). Community Readiness and Health Services. *Substance Use and Misuse*, 36(6-7): 825-843.
- Pan American Health Organization (2017). Technical Note: Background on Alcohol Marketing Regulation and Monitoring for the Protection of Public Health. Washington, D.C: PAHO, <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33972/PAHONMH17003-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Patra J., Giesbrecht N., Rehm J., Bekmuradov D., Popova S. (2012). Are alcohol prices and taxes an evidence-based approach to reducing alcohol-related harm and promoting public health and safety? A Literature Review. *Contemporary Drug Problems*, 39: 7-48.
- Peele S. (2010). Alcohol as evil – Temperance and policy. *Addiction Research and Theory*. 18(4): 374-382.
- Peele S., Grant M. (eds.) (1999). *Alcohol and Pleasure. A health perspective*. ICAP, Taylor and Francis, United Kingdom.
- Pridemore W.A., Snowden A.J. (2009). Reduction in suicide mortality following a New National Alcohol Policy in Slovenia: An interrupted time-series analysis. *American Journal of Public Health*, 99(5): 915-920.
- Pridemore W.A., Chamlin M.V., Andreev E. (2013). Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: An interrupted time series analysis. *American Journal of Public Health*, 103(11): 2021-2026.
- Prina F. (2010). Le norme sulle bevande alcoliche e la loro applicazione: un bilancio nella prospettiva socio-giuridica. In: I giovani e l'alcool: consumi, abusi, politiche. Una rassegna critica multidisciplinare (in coll. con E. Tempesta), numero monografico di *Salute e Società*, IX(Supplemento al n. 3): 96-116.
- Rehm J., Scafato E. (2011). Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction*, 106: 4-10.
- Rehm J., Lachenmeier D.W., Room R. (2014). Why does society accept higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Medicine*, 12: 189. www.biomedcentral.com/1741-7015/12/189.
- Rehm J., Gmel G., Probst C., Shield K.D. (2015). *RAHRA: Lifetime-risk of alcohol-attributable mortality based on different levels of alcohol consumption in seven European countries. Implications for low-risk drinking guidelines*. Toronto, On, Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- Room R. (1997). Alcohol, the individual and society: what history teaches us. *Addiction*, 92: S7-S11.
- Room R., Babor T., Rehm J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365: 519-30.
- Room R. (2016). Sources of funding as an influence on alcohol studies. *The International Journal Of Alcohol And Drug Research*, 5(1): 15-16. doi: 10.7895/ijadr.v5i1.231.
- Roumeliotis F. (2016). Empowered Communities: Science, Ideology and the limits of Political Action. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 33: 343-359.
- Schütze M., Boeing H., Pischon T., Rehm J., Kehoe T., Gmel G. et al. (2011). Alcohol-attributable burden of incidence of cancer in eight European countries, based on results from prospective cohort study. *British Medical Journal*, 342: d1584. www.bmj.com/content/342/bmj.d1584.
- Shield K.D., Parkin D.M., Whiteman D.C., Rehm J., Viallon V., Marant Micakkef C., Vineis P., Rushton L., Bray F., Soerjomataram I. (2016). Population Attributable and Preventable Fractions: Cancer Risk Factor Surveillance, and Cancer Policy Projection. *Current Epidemiology Reports*, 3(3): 201-2113. doi: 10.1007/s40471-016-0085.
- Shield K.D., Rylett M., Rehm J. (2016). *Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990-2014*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Shults R.A., Elder R.W., Sleet D.A., Nichols L.J., Alao M.O., Carande-Kuli V.G., Zaza S., Sosa D.M., Thompson R.S., Task Force on Community Preventive Services (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 21: 66-88.
- Skog O.J. (1985). The Collectivity of Drinking Cultures: A Theory of the Distribution of Alcohol Consumption. *British Journal of Addiction*, 80: 83-99.
- Sornpaisarn B., Shield K.D., Rehm J. (2012). Alcohol taxation policy in Thailand: implications for other low- to middle-income countries. *Addiction*, 107: 1372-84.
- Starr C. (1969). Social benefit versus technological risk. *Science*, 165: 1232-8.
- Stockwell T.R., Chikritzhs T.N. (2009). Do relaxed trading hours for bars and clubs mean more relaxed drinking? A review of international research on the impacts of changes to permitted hours of drinking. *Crime Prevention and Community Safety*, 11(3): 153-171.
- Sulkunen P. (1989). Drinking in France 1965-1979. An analysis of household consumption data. *British Journal of Addiction*, 84: 61-72.
- Touvier M., Druesne-Pecollo N., Kesse-Guyot N., Andreeva V.A., Galan P., Hercberg S., Latino-Martel P. (2014). Demographic, socioeconomic, disease history, dietary and lifestyle cancer risk factors associated with alcohol consumption. *International Journal of Cancer*, 134: 445-459.
- Treno A.J., Gruenewald P.J., Lee J.P., Rmeer L.G. (2007). The Sacramento Neighborhood Alcohol Prevention Project: outcomes from a community prevention trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(2): 197-207.
- Tusini S. (2006). Le altre ipotesi interpretative sul calo del consumo di bevande alcoliche. In: Allamani A., Cipriani F., Prina F. (a cura di) (2006). *I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia: uno studio esplorativo sul decremento dei consumi negli anni 1970-2000*. I Quaderni dell'Osservatorio Permanente Giovani e Alcool n. 17. Roma: Casa Editrice Litos, pp. 117-170.
- UCL-Institute of Health Equity (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. World Health Organization (update reprint 2014), p. 158.
- UNICEF Office of Research (2016). Fairness for Children: A League Table of Inequality in Child Well-Being in Rich Countries,

- Innocenti Report Card 13, Florence. www.unicef-irc.org/publications/pdf/RC13_eng.pdf.
- Wagenaar A.C., Salois M.J., Komro K.A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104: 179-190. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x.
- Wicki M., Gmel G. (2011). Hospital admission rates for alcoholic intoxication after policy changes in the canton of Geneva, Switzerland. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2-3): 209-215.
- Wilkinson C., Room R. (2009). Informational and warning labels on alcohol containers, sales, places and advertisements: experience internationally and evidence on effects. *Drug and Alcohol Review*, 28(4): 341-461.
- World Health Organization (1993). *European Alcohol Action Plan*. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2011a). Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [database online]. Ginevra: WHO. www.who.int/gho/alcohol/en/.
- World Health Organization (2011b). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf.
- World Health Organization (2014b). *Alcohol and inequities*. WHO Regional Office for Europe
- World Health Organization (2014a) *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization. Copenhagen, Danimarca. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf.
- World Health Organization (2015). Beyond bias: exploring the cultural contexts of health and well-being measurement. Primo incontro del gruppo di esperti. WHO, Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark, Jan. 2015. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/284903/Cultural-contexts-health.pdf.
- Xuan Z., Blanchette J., Nelson T.F., Heeren T., Oussayef N., Naimi T.S. (2015). The alcohol policy environment and policy subgroups as predictors of binge drinking measures among US adults. *American Journal of Public Health*, 105(4): 816-822.
- Zatoński W.A., Sulkowska U., Zatoński M.Z., Herbeç A.A., Muszyńska M.M. (2015). Alcohol taxation and premature mortality in Europe. *Lancet*, 385(9974): 1181. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60634-1.
- Zupan Z., Pechey R., Couturier D.L., Hollands G.J., Marteau T.M. (2017). Micro-drinking behaviours and consumption of wine in different wine glass sizes: a laboratory study. *BMC Psychology*, 5: 17. doi: 10.1186/s40359-017-0183-2.

Consumo di alcol e tabacco negli studenti infermieri: uno studio osservazionale

Francesco Galli^o, Fabiana Piergigli^s, Carla Pierini^{*}, Stefano Fornaroli[^],
Martina Cocchiglia^{**}, Dania Comparcini^{ss}

Introduzione

L'Unione Europea è nel mondo la regione con la più elevata proporzione di consumatori di bevande alcoliche e con i più alti livelli di consumo (Anderson *et al.*, 2005).

L'alcol è, in ordine di rilevanza, il terzo fattore di rischio per malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione, più rilevante dell'ipercolesterolemia e del sovrappeso, tre volte più importante del diabete e cinque volte più dell'asma (WHO, 2002).

Oltre ad essere una sostanza in grado di indurre dipendenza ed essere la causa di circa 60 differenti condizioni di malattia e infortunio, l'alcol è responsabile di danni sociali, mentali ed emotivi, compresi la criminalità e le violenze in ambito familiare, che ogni anno costano all'Unione Europea circa 124 miliardi di euro di oneri tangibili (Baumberg & Anderson, 2005).

L'alcol, spesso, viene assunto proprio per i suoi effetti tossici, e molti bevitori, in particolar modo i giovani, assumono l'alcol deliberatamente e consapevolmente per esserne intossicati, ovvero per ubriacarsi; tuttavia, questa modalità di bere rappresenta spesso la causa di molti danni sociali. Inoltre, il rischio degli effetti sociali negativi dell'alcol più comunemente conosciuti, come l'essere coinvolti in una rissa, danneggiare la vita familiare, il matrimonio, il lavoro, gli studi, le amicizie o la vita sociale, aumenta in proporzione alla quantità di alcol assunta, senza alcun effetto soglia evidente.

L'aumento del rischio ai livelli più bassi di consumo è in gran parte dovuto a bevitori di piccole quantità che occasionalmente assumono quantità maggiori d'alcol (Rem & Gmel, 1999).

Negli ultimi anni in Italia si è assistito ad un cambiamento nei consumi di alcol per lo più dovuti alla cultura del tempo libero. Il cambiamento nel modello di consumo ha visto una diminuzione del consumo quotidiano, tipico del tradizionale modello

mediterraneo, un aumento di chi beve fuori dai pasti e occasionalmente, con un adeguamento al modello di consumo nord europeo.

Questo comportamento è più pronunciato tra gli adulti fino a 44 anni e tra i giovani di età compresa tra i 18 e i 24 anni, nei quali è forte la crescita del consumo di alcol fuori pasto.

Tutti i sistemi di reportistica nazionale concordano sul fatto che i giovani di 18-24 anni sono una delle categorie in cui è più diffuso il consumo a maggior rischio, che comprende il consumo fuori pasto, il consumo abituale elevato e il *binge drinking*, una modalità di consumo di quattro/cinque o più Unità Alcoliche (UA), che provoca un'alcolemia superiore a 0,8g/l, in circa 2 ore.

Allo stesso modo della dipendenza da alcol, il tabagismo è considerato una dipendenza patologica in quanto l'uso di tabacco determina una modificazione definitiva del cervello che rende molto difficile l'astinenza e, nel caso di cessazioni, si associa ad un'elevata probabilità di recidive (Leshner, 1997). I risultati di un recente studio svolto in Italia (Gallus *et al.*, 2011) hanno evidenziato che nel 2010 la prevalenza complessiva del fumo era pari al 21,7%, rispettivamente il 23,9% tra gli uomini e il 19,7% tra le donne, con un consumo medio giornaliero di tredici sigarette; tuttavia il 38% dei fumatori consumava più di un pacchetto al giorno; i soggetti con dipendenza da nicotina di grado moderato-grave, rilevato attraverso l'utilizzo del test di Fagerström (Heatherton *et al.*, 1991), erano circa il 20% dei fumatori che, anche quando motivati a smettere di fumare, non riuscivano a farlo senza un supporto esterno.

Il fumo di tabacco in Italia resta la principale causa di mortalità prevenibile; le stime dell'ISTAT del 2012 attribuiscono al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno, circa il 12,5% della mortalità totale e oltre una su quattro di queste morti riguarda soggetti di età compresa tra i 35 e i 65 anni.

Secondo i dati raccolti nel 2012 dal sistema di sorveglianza PASSI il 27,9% degli italiani adulti nella fascia 18-69 anni è classificabile come fumatore, mentre il 54% è classificato come non fumatore e il 18,2% come ex fumatore.

La fascia di età 25-35 anni è quella a maggiore prevalenza (33%), seguita da quella 18-24 (32%) e 35-49 anni (29%).

Il fumo è dannoso ad ogni età, tuttavia è stato dimostrato che il rischio di contrarre una patologia a esso correlata (cardiovascolare, oncologica, pneumologica) è strettamente dipendente dall'età di inizio: un individuo che inizia a fumare a 15 anni ha una probabilità tre volte superiore di ammalarsi di tumore rispetto a uno che inizia a fumare a 20 anni (Simionato *et al.*, 2001; McCarron *et al.*, 2001).

La fascia di popolazione che maggiormente detiene abitudini rischiose per la salute è rappresentata dai giovani adolescenti, sia perché percepiscono in misura minore la possibilità del rischio sia perché spesso, adottando comportamenti sbagliati,

^o Infermiere. Dipartimento Dipendenze Patologiche Asur Marche, Area Vasta 2, Ancona.

^s Sociologo. A.T.I. con Dipartimento Dipendenze Patologiche Asur Marche, Area Vasta 2, Ancona.

^{*} Dirigente Medico. Dipartimento Dipendenze Patologiche Asur Marche, Area Vasta 2, Ancona.

[^] Dirigente Sociologo. Dipartimento Dipendenze Patologiche Asur Marche, Area Vasta 2, Ancona.

^{**} Studente Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università Politecnica delle Marche, Ancona.

^{ss} Infermiera, Dottore di Ricerca Università G. d'Annunzio, Chieti. Dipartimento Gastroenterologico e dei Trapianti, Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti "Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi", Ancona.

si sentono omologati al gruppo e quindi maggiormente accettati.

Lo studente universitario rappresenta una fascia d'età compresa generalmente tra i 18 e i 24 anni, definita giovane adulto, in quanto, non essendo più un adolescente ma neanche un adulto ancora completamente formato, presenta alcune caratteristiche tipiche dell'adolescente e altre invece dell'adulto.

I risultati di alcuni studi presenti in letteratura (Reeve *et al.*, 2013; Deasy *et al.*, 2016) hanno evidenziato che tra gli studenti universitari, gli studenti infermieri vivono esperienze ad elevato rischio di stress psico-emotivo poiché sperimentano un ambiente di apprendimento complesso caratterizzato da una componente accademica che una componente clinica (Wolf *et al.*, 2015).

Il perpetuarsi di esperienze stressanti, infatti, potrebbe aumentare il rischio di sviluppare dipendenze patologiche all'interno di una popolazione di studenti che rappresentano gli infermieri del futuro, categoria professionale particolarmente sensibilizzata verso l'adozione e il mantenimento di stili di vita sani.

Pertanto, è possibile ipotizzare che anche la presenza di dipendenze da fumo e soprattutto da alcol potrebbero influenzare negativamente l'esperienza di apprendimento e il successo accademico degli studenti infermieri, inficiando lo sviluppo delle competenze che gli stessi sono chiamati ad acquisire in ambito universitario per poter essere inseriti nel futuro mondo professionale.

Inoltre, anche la capacità degli studenti di garantire sicurezza e qualità assistenziale durante il tirocinio clinico e nei futuri luoghi di lavoro potrebbe essere compromessa, considerando le numerose comorbidità associate a tali dipendenze.

A livello internazionale sono stati condotti numerosi studi per valutare la dipendenza da alcol e tabacco tra gli studenti infermieri (López-Maldonado, 2011) e la sola dipendenza da alcol (Watson *et al.*, 2006; Burke & McCarthy, 2011; Sotos *et al.*, 2015) o da tabacco (Chalmers *et al.*, 2002; Patkar *et al.*, 2003; Suzuki *et al.*, 2005; Molina *et al.*, 2010) dai quali è emerso che il comportamento degli studenti rispetto alle abitudini alcoliche e tabagiche non è omogeneo nelle varie parti del mondo.

In Italia, ad oggi, pochi studi hanno esplorato tali tematiche nel contesto universitario infermieristico (Quattrin *et al.*, 2010; Biraghi & Tortorano, 2010) e i dati raccolti dagli autori si riferiscono a popolazioni di studenti afferenti a sole Regioni del Nord Italia (Lombardia e Friuli Venezia Giulia).

Obiettivo dello studio

L'obiettivo dello studio è quello di determinare il consumo rischioso e dannoso di alcol e di quantificare il livello di dipendenza da tabacco in una popolazione di studenti infermieri italiani afferenti ad un Corso di Laurea del Centro Italia.

Materiali e metodi

Disegno dello studio

Studio osservazionale, trasversale, monocentrico.

Descrizione del questionario

Il questionario utilizzato per la raccolta dati si compone di tre sezioni: la prima raccoglie le informazioni socio-demografiche dei partecipanti (età, genere, anno di corso di studio, specificando se in corso o fuori corso, esperienze lavorative pregresse o in corso, stato civile, specificando se con figli a carico, uso di tabacco e uso di alcol, specificando se attuale o pregresso, a che età il primo contatto e se anche i familiari e/o amici ne fanno uso); la seconda sezione, finalizzata alla raccolta dati relativi al consumo di alcol da parte dei partecipanti, prevede la compilazione del test "Alcohol Use Disorders Identification Test" (AUDIT) (Babor *et al.*, 2001), elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'identificazione del consumo problematico di alcol; nello specifico, il test è costituito da 10 domande che esplorano le modalità del consumo di alcol; ogni item viene calcolato considerando un punteggio che varia da 0 a 4, ad eccezione degli ultimi due item per i quali si considera un punteggio che varia da 0 a 2, secondo uno schema di interpretazione prestabilito: punteggi compresi tra 0-8 indicano l'assenza di un consumo rischioso di alcol, punteggi tra 9-14 indicano un consumo a rischio oppure che il soggetto ha o ha avuto problemi alcol-correlati (infortuni o forti bevute occasionali) ma, probabilmente, non si tratta di una persona fisicamente alcol-dipendente, invece, un punteggio pari o maggiore di 15 evidenzia problemi alcol-correlati e/o si tratta di un soggetto alcol-dipendente.

La terza sezione del questionario comprende la versione italiana del test "Fagerström Test for Nicotine Dependence" (FTND) (Heatherton *et al.*, 1991) finalizzato alla raccolta dati relativi al grado di nicotina-dipendenza del soggetto.

Nello specifico, il test FTND è costituito da 6 domande che esplorano le modalità del consumo di tabacco e fanno riferimento alla quantità di sigarette fumate durante la giornata, quando vengono fumate e alla impossibilità di non fumare dove vietato; ogni item viene calcolato considerando un punteggio che varia da 0 a 1, ad eccezione degli item 1 e 4 per i quali si considera un punteggio che varia da 0 a 4, secondo uno schema di interpretazione prestabilito: punteggi compresi tra 0-2 indicano un grado di dipendenza molto basso, punteggi tra 3-4 un grado di dipendenza basso, tra 5-6 un grado di dipendenza medio, tra 7-8 un grado di dipendenza elevato, mentre punteggi tra 9-10 indicano un grado di dipendenza molto elevato.

Popolazione, setting e procedure di studio

Lo studio è stato condotto tra Ottobre e Dicembre 2015, in un campione di convenienza di studenti afferenti al Corso di Laurea in Infermieristica di Ancona (n = 364) Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche attraverso l'utilizzo di un questionario auto-somministrato accompagnato da una lettera di presentazione nella quale sono state specificate le indicazioni per la compilazione, le finalità dello studio e la modalità di analisi dei dati che avrebbe garantito l'anonimato dei partecipanti.

Tutti coloro che accettavano volontariamente di partecipare allo studio sono stati invitati a compilare la prima sezione del questionario, relativa ai dati socio-demografici, nella quale si dichiara anche l'eventuale consumo di alcol e/o di tabacco.

Coloro che affermavano di consumare alcol venivano invitati a compilare il test AUDIT (Babor *et al.*, 2001) e coloro che dichiaravano di consumare tabacco venivano invitati a compilare anche la scala FTND (Heatherston *et al.*, 1991).

Criteria di inclusione ed esclusione

Sono stati reclutati tutti gli studenti regolarmente iscritti al primo, secondo e terzo anno del Corso di Laurea in Infermeristica e sono stati inclusi tutti coloro che accettavano volontariamente di partecipare allo studio.

Sono stati esclusi tutti gli studenti fuori corso e gli studenti assenti il giorno concordato per la somministrazione dei questionari.

Analisi dei dati

L'elaborazione statistica è stata effettuata mediante programma statistico EPINFO 3.5.1 per Windows.

Le variabili continue sono state sintetizzate mediante media e deviazione standard (DS) e le variabili categoriche mediante frequenza e percentuale.

Le variabili dipendenti (punteggi test AUDIT e FTND) e le variabili indipendenti (età, sesso e anno di corso) sono state messe in relazione per misurare la forza dell'associazione tramite coefficiente di regressione lineare di test di Fisher, Rischio Relativo e Odds Ratio.

Sono stati considerati come significativi i valori di $p < 0.005$.

Risultati

Caratteristiche socio-demografiche del campione

Hanno partecipato allo studio 320 studenti su 364 contattati (tasso di risposta: 87.9%).

In base all'anno di Corso frequentato dai partecipanti, si distinguono: 96 (30%) studenti del I anno, 109 (34.1%) del II anno e 115 (35.9%) del III anno.

La maggioranza del campione è costituita dal genere femminile ($n = 241$, 75.3%) e l'età media è pari a 21.6 anni (DS = 3.8). Circa la metà del campione ($n = 161$, 50.3%) non ha esperienza lavorativa, né in corso né pregressa, 30 (9.4%) studenti, invece, hanno dichiarato di svolgere un'attività lavorativa durante il corso di studio.

Per quanto riguarda lo stato civile, la quasi totalità del campione ($n = 300$, 93.8%) è nubile o celibe, 20 (6.2%) studenti sono sposati o conviventi e 12 (3.8%) sono genitori.

Tra i dati socio-demografici è stata esplorata l'eventuale presenza di abitudini alcoliche e tabagiche, sia dei soggetti esaminati sia dei loro familiari e l'età del primo contatto con la sostanza.

L'82.8% ($n = 265$) degli studenti ha affermato di far uso di alcol e il 35.9% ($n = 115$) di far uso di tabacco.

Tra questi 154 (57.2%) consumano soltanto bevande alcoliche, 4 (1.5%) soltanto tabacco e 111 (34.6%) entrambe le sostanze, il 15.9% ($n = 51$) dichiara di non bere e di non fumare.

Le altre caratteristiche demografiche dei partecipanti sono riportate in Tabella 1.

Tab. 1 - Caratteristiche del campione ($n = 320$)

Variabili	N. (%)
Genere	
Maschi	79 (24.7)
Femmine	241 (75.3)
Classi di età	
18-25	287 (89.7)
26-30	18 (5.6)
31-41	15 (4.7)
Età media (DS)	21.6 (3.8)
Anno iscrizione	
I	96 (30.0)
II	109 (34.1)
III	115 (35.9)
Esperienza lavorativa	
SÌ, in corso	30 (9.4)
SÌ, pregressa	129 (40.3)
NO	161 (50.3)
Stato civile	
Celibe/Nubile	300 (93.8)
Coniugato/Convivente	20 (6.2)
Figli	
SÌ	12 (3.8)
NO	308 (96.2)
Uso di alcol	
SÌ, tutt'ora	265 (82.8)
SI, in passato	20 (6.2)
NO	35 (11.0)
Età prima volta	
< 11 anni	8 (2.8)
12-14 anni	65 (22.8)
15-18 anni	206 (72.3)
> 19 anni	6 (2.1)
Uso di alcol nei familiari	
SÌ	229 (71.6)
NO	91 (28.4)
Uso di tabacco	
SÌ, tutt'ora	115 (35.9)
SÌ, in passato	53 (16.6)
NO	152 (47.5)
Età prima volta	
< 11 anni	3 (1.8)
12-14 anni	55 (32.8)
15-18 anni	96 (57.1)
> 19 anni	14 (8.3)
Uso di tabacco nei familiari	
SÌ	125 (39.1)
NO	195 (60.9)

Consumo di alcol (test AUDIT)

Su un campione di studenti che hanno dichiarato di usare alcolici ($n = 265$, di cui 71 maschi e 194 femmine), il 31.3%

beve almeno una bevanda alcolica al mese, quasi la metà (43.8%) ogni settimana, il 17.7% fino a 3 volte a settimana e il 6.8% fino a 4 o più volte a settimana.

In una giornata tipica quando bevono, la maggioranza del campione (72.8%) ha dichiarato di prendere 1 o 2 bevande che contengono alcol, invece 19 studenti (7.2%) fino a 10 o più bevande alcoliche; tuttavia il 72.5% non beve mai 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione.

Il 18.9% del campione dichiara di avere questa tipologia di consumo meno di una volta al mese, il 2.3% con una frequenza mensile, il 4.5% settimanale e l'1.9% ogni giorno o quasi.

Suddividendo i soggetti in base al punteggio ottenuto al test AUDIT sono stati evidenziati 3 gruppi: il primo con AUDIT compreso tra 0-8 (n = 238, di cui 57 maschi e 181 femmine) rappresenta la maggioranza del campione (89.8%) che non presenta un consumo rischioso di alcol, il secondo gruppo con AUDIT compreso tra 9-14 (n = 21, di cui 8 maschi e 13 femmine) rappresenta il 7.9% del campione che è a rischio di problemi correlati al consumo di bevande alcoliche e, infine, il terzo gruppo con AUDIT ≥ 15 (n = 6, tutti di sesso maschile) rappresenta il 2.3% del campione che risulta avere problemi alcol-correlati o di dipendenza dalla sostanza.

Dividendo i soggetti per la variabile "genere" è emerso che il 93.3% delle donne non ha un consumo rischioso di alcol, il 6.7% ha un consumo rischioso e nessun soggetto di genere femminile ha problemi alcol-correlati.

Per quanto riguarda il genere maschile, invece, l'80.3% non presenta un consumo rischioso di alcolici, l'11.3% presenta un consumo a rischio e l'8.5% risulta avere problemi di dipendenza da alcol.

La differenza dei punteggi assegnati al test AUDIT tra i due sessi è statisticamente significativa (p < 0.005).

Consumo di tabacco (test di Fagerström)

Su un campione di studenti che hanno dichiarato di usare tabacco (n = 115, di cui 33 maschi e 82 femmine), la maggioranza (72.2%) fuma meno di 10 sigarette al giorno, il 22.6% meno di 20 sigarette al giorno e soltanto 6 studenti (5.2%) consumano fino a 30 sigarette in una giornata.

Tra coloro che fumano il 58.3% accende la prima sigaretta entro 5 minuti dopo il risveglio, il 32.1% entro la prima ora e il 9.6% dopo un'ora. 63 studenti fumatori (54.8%) hanno dichiarato di fumare anche se sono malati.

Suddividendo i soggetti in base al punteggio ottenuto al test di Fagerström, più della metà (61.7%) presenta un grado di dipendenza dalla nicotina molto basso, il 18.3% dei soggetti ha un grado di dipendenza basso, il 13.9% del campione risulta avere una moderata dipendenza dalla nicotina, invece, il 5.2% presenta un grado di dipendenza alto e lo 0.9% molto alto.

Per meglio identificare i soggetti con problemi di dipendenza dalla nicotina dai soggetti sani, il campione di fumatori è stato suddiviso in due gruppi in base al punteggio totale ottenuto al test (FTND): il primo gruppo con FTND compreso tra 0-4 (n = 92, di cui 23 maschi e 69 femmine) che presenta una bassa dipendenza e il secondo gruppo con FTND ≥ 5 (n = 23, di cui 10 maschi e 13 femmine) con elevata dipendenza tale da richiedere una terapia sostitutiva.

Stratificando i partecipanti per il genere, si evidenzia che tra le femmine viene riscontrata una elevata dipendenza dalla

nicotina in 3 soggetti su 82 (3.6%), rispetto al 84.1% che risulta avere una bassa dipendenza.

Per quanto riguarda il genere maschile, invece, una dipendenza alta, tale da richiedere una terapia sostitutiva, si osserva in 4 soggetti su 33 (12.1%), tuttavia non si evidenzia una differenza statisticamente significativa tra i punteggi assegnati al test FTND in relazione al genere (p = 0.08).

Analisi di correlazione

Per valutare l'influenza delle variabili socio-demografiche e dei punteggi assegnati ai test AUDIT e FTND sul rischio di sviluppare una dipendenza da alcol o da tabacco, è stato utilizzato un modello di regressione lineare, inserendo come variabili dipendenti i punteggi AUDIT e FTND e come variabili indipendenti l'età, il genere e l'anno di corso.

Nella Tabella 2 sono rappresentati i dati di correlazione tra i punteggi attribuiti ai test AUDIT e FTND e le variabili indipendenti prese in considerazione.

Tab. 2 - Modello di regressione tra i punteggi attribuiti ai test AUDIT e FTND e le variabili sociodemografiche

Variabili	Punteggi Test AUDIT*				
	Coefficiente	Errore Standard	F	p-value	r ²
Età	-0.386	0.591	0.427	0.514	0.00
Genere	-0.273	0.067	16.366	0.000	0.06
Anno di Corso	-0.131	0.129	1.031	0.310	0.00

Variabili	Punteggi Test FTND*				
	Coefficiente	Errore Standard	F	p-value	r ²
Età	-3.261	1.003	10.573	0.001	0.09
Genere	0.185	0.105	3.100	0.081	0.03
Anno di Corso	-0.098	0.198	0.244	0.622	0.00

* Variabile dipendente.

Se si prendono in esame coloro che fumano in relazione a quanti usano alcolici, si osserva che l'associazione causa effetto è pari a 7.15, mentre l'OR è di 9.18 (F = 25.439, r² = 0.07, p = 0.000001). Nella Tabella 3 sono riportate le correlazioni tra il consumo di alcol e di tabacco negli studenti e il relativo consumo nei loro familiari.

Tab. 3 - Analisi di correlazione del consumo di alcol e tabacco tra gli studenti e i loro familiari

Variabili	Consumo alcol/tabacco negli studenti*				
	RR	OR	95% CI	p-value	r ²
Consumo di alcol nei familiari	3.50	4.85	2.64-8.93	0.000	0.09
Consumo di tabacco nei familiari	1.15	1.49	0.93-2.37	0.091	0.01

* Variabile dipendente.

Discussione

Lo studio ha voluto indagare la prevalenza del consumo rischioso e dannoso di alcol e di tabacco in una popolazione di studenti universitari italiani, ad oggi riconosciuta da diversi autori come popolazione a rischio sia per la dipendenza da alcol (Miquel *et al.*, 2016; O'Neill *et al.*, 2015; Campos *et al.*, 2011; Reavley *et al.*, 2011; English *et al.*, 2011; Beenstock *et al.*, 2010) sia per la dipendenza da tabacco (Chopra *et al.*, 2015; Alvur *et al.*, 2014; Nasirian *et al.*, 2013) o per entrambe le dipendenze (Gignon *et al.*, 2015; Rueger *et al.*, 2012).

Dai risultati dello studio è emerso che, seppur in minima parte rispetto al campione totale considerato, gli studenti infermieri manifestano problemi patologici per quanto riguarda il consumo di alcol e di tabacco, infatti il 2.3% del campione risulta avere problemi alcol-correlati o di dipendenza da alcol e il 7.1% del campione presenta un grado di dipendenza dalla nicotina alto o molto alto.

I risultati sono sovrapponibili a quelli riportati in letteratura che evidenziano percentuali simili tra gli studenti infermieri, in particolare uno studio (López-Maldonado *et al.*, 2011) condotto a Bogotá su 237 studenti di età compresa tra 16 e 37 anni, ha evidenziato che il 2% del campione aveva problemi alcol-correlati o di dipendenza da alcol e che il 20% aveva una forte dipendenza dalla nicotina, rilevati rispettivamente con il test AUDIT e FTND. Un altro studio (Campos *et al.*, 2011), condotto su una popolazione di quasi duemila studenti delle scuole superiori brasiliane, ha identificato che il 3.3% del campione può avere problemi di alcol-dipendenza.

Uno studio più recente su una popolazione di studenti universitari del Regno Unito ha rilevato che l'8% del campione viene classificato come probabile alcolodipendente, sulla base del test AUDIT (O'Neill *et al.*, 2015).

Gli strumenti utilizzati per la raccolta dati (Test AUDIT e FTND) hanno permesso, non solo di stratificare il campione in soggetti patologici e non patologici ma anche di far emergere diverse categorie che riguardano la dipendenza, sia per il consumo di alcolici, sia per la dipendenza da tabacco.

Infatti è interessante notare la presenza di un considerevole numero di studenti a rischio per entrambe le dipendenze e che rispetto ai risultati dei test somministrati rientrano nei punteggi definiti "borderline".

Nello specifico, per quanto riguarda il consumo di alcol, il 7.9% dei soggetti presenta un consumo a rischio, invece, relativamente al consumo di tabacco, il 13.9% presenta un grado di dipendenza moderato.

Pertanto i due gruppi presi in considerazione possono potenzialmente degenerare in una dipendenza patologica o molto elevata tale da richiedere terapie sostitutive, dato il consumo di queste sostanze al di sopra della norma e considerata la giovane età come una fase di cambiamento e di evoluzione.

Per quanto riguarda l'associazione dei punteggi dei test AUDIT e FTND in relazione al genere, i nostri risultati, in maniera simile a quanto riportato da altri studi effettuati su campioni di studenti universitari suggeriscono che il sesso maschile è associato ad un più alto rischio di dipendenza da alcol (Ruisoto *et al.*, 2016; Akmatov *et al.*, 2011; Ozgür Ilhan *et al.*, 2008) e da tabacco (Mahfouz *et al.*, 2014).

Tale risultato, tuttavia, deve essere interpretato considerando la maggior prevalenza dei soggetti di genere femminile all'in-

terno del campione di studio e la maggiore frequenza nel campione maschile di consumo a rischio di alcol e problemi alcol-correlati.

Per quanto riguarda invece la differenza dei punteggi assegnati al test FTND in relazione al genere, è emerso che i maschi, rispetto alle femmine, presentano una probabilità doppia di avere un'elevata dipendenza da tabacco (RR = 1.91, OR = 2.30).

Questo risultato potrebbe essere spiegato considerando che nell'indole maschile è presente una propensione maggiore ad assumere comportamenti a rischio e che nella fascia adolescenziale il genere femminile è riconosciuto come più maturo tendenzialmente portato ad assumere atteggiamenti responsabili (Potenza, 2006).

L'analisi di regressione lineare ha evidenziato che l'anno di corso non influenza significativamente il consumo patologico di entrambe le sostanze, invece l'età sembra avere una influenza significativa sui punteggi assegnati al test FTND, riguardanti la dipendenza da nicotina; nello specifico, all'aumentare dell'età si associa una maggiore dipendenza da nicotina.

Prendendo in esame coloro che fumano in relazione a quanti usano alcolici, si è osservato che l'associazione causa effetto era pari a 7.15 (OR = 9.18, $p < 0.005$).

Un aspetto interessante emerso dallo studio riguarda l'associazione tra consumo di alcol o di tabacco rilevato dai test AUDIT e FTND ed il consumo delle medesime sostanze dichiarato dagli studenti infermieri nei confronti dei loro familiari.

Questo aspetto è stato esplorato in letteratura ed un recente studio ha evidenziato che l'abuso di alcol nei soggetti del nucleo familiare può essere considerato un predittore indipendente di un aumentato rischio di abuso precoce di alcol e tabacco nei giovani (McCutcheon *et al.*, 2017).

Nel presente studio, per quanto riguarda l'uso di alcol, i soggetti consumatori di alcolici avevano 3.5 volte la possibilità di avere un familiare consumatore, mentre il rischio di diventare consumatore era quasi 5 volte più probabile nel caso di un familiare consumatore di alcolici rispetto a coloro che avevano familiari astemi.

Per quanto riguarda l'uso di tabacco, invece, l'associazione tra familiari fumatori e uso di tabacco era pari a 1.15, con un OR di 1.49.

Limiti

Il principale limite dello studio riguarda il disegno monocentrico che non consente di generalizzare i risultati all'intera popolazione di studenti infermieri italiani; tuttavia, seppur limitati ad una sola sede universitaria, i risultati dello studio hanno permesso di esplorare il fenomeno del consumo di alcolici e della dipendenza da tabacco all'interno di una campione di studenti infermieri del Corso di Laurea in Infermieristica, argomento ancora poco esplorato dalla letteratura.

Un ulteriore limite dello studio riguarda l'utilizzo di strumenti auto-somministrati che potrebbe aver inficiato la veridicità delle risposte assegnate dai partecipanti, determinando di conseguenza una sottostima o sovrastima dei fenomeni oggetto di studio.

Conclusioni

Il consumo di bevande alcoliche e di tabacco è stato identificato come attività comune tra gli studenti infermieri, nonostante sia stata identificata una bassa percentuale di soggetti patologici per entrambe le sostanze.

Nonostante i limiti precedentemente descritti, il presente studio ha permesso di indagare una tematica ampiamente esplorata negli adolescenti e negli studenti, ma limitata nella popolazione di studenti infermieri, soprattutto nel contesto italiano.

In particolare, i risultati dello studio suggeriscono un'interessante relazione tra la presenza di consumi rischiosi e dannosi di alcol e tabacco negli studenti infermieri e il consumo delle medesime sostanze nei loro familiari (genitori, fratelli, sorelle, figli, conviventi), determinando la necessità di esplorare ulteriormente il fenomeno attraverso studi multicentrici effettuati su campioni ampi di studenti.

Recentemente i professionisti della salute hanno iniziato a riconoscere la gravità dell'abuso di sostanze alcoliche e tabacco, promuovendo campagne di prevenzione e di sensibilizzazione sulla conoscenza e consapevolezza dei rischi e dei danni connessi a tali dipendenze.

È importante, quindi, effettuare ulteriori ricerche per contribuire alla comprensione del fenomeno al fine di identificare strategie adeguate che potrebbero, soprattutto nei giovani, favorire una riduzione del consumo rischioso di alcol e di tabacco evitando l'instaurarsi di una dipendenza.

L'analisi dei fenomeni associati a queste tipologie di dipendenze tra i giovani studenti si pone, oggi, come una nuova sfida che interessa complessivamente il sistema sanitario nazionale e nello specifico i responsabili della formazione dei professionisti infermieri, riconosciuti come una delle popolazioni a rischio di sviluppare una dipendenza da alcol e/o da tabacco.

Gli studenti, considerati il futuro dell'infermieristica, dovranno occuparsi in prima persona della salute degli individui e della collettività; pertanto è importante riconoscere le problematiche legate alle dipendenze da queste tipologie di sostanze all'interno di questo gruppo di persone ed effettuare azioni preventive ed interventi precoci.

Inoltre, si rende necessario sviluppare una cultura della conoscenza e della consapevolezza in merito ai rischi e agli effetti di tali dipendenze e, contestualmente, costruire una rete di prevenzione basata sulla promozione di percorsi professionali ed umani, volti a sostenere i soggetti affetti da dipendenza da alcol e/o tabacco, attraverso programmi specifici multidisciplinari che considerino tali patologie come totalmente prevenibili e curabili.

Bibliografia

Alvur T.M., Cinar N., Oncel S., Akduran F., Dede C. (2014). Trends in Smoking among University Students between 2005-2012 in Sakarya, Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(11): 4575-4581.

Anderson P., Baumberg B., McNeill A. (2005). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.

Akmatov M.K., Mikolajczyk R.T., Meier S., Krämer A. (2011). Alcohol consumption among university students in North Rhine-

Westphalia, Germany—results from a multicenter cross-sectional study. *Journal of America College Health*, 59(7): 620-626.

Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization.

Baumberg B., Anderson P. (2005). *The social cost of alcohol to Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.

Beenstock J., Adams J., Beenstock M.W. (2010). The association between time perspective and alcohol consumption in university students: cross-sectional study. *European Journal of Public Health*, 21(4): 438-443.

Biraghi E., Tortorano A.M. (2010). Tobacco smoking habits among nursing students and the influence of family and peer smoking behavior. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1): 33-39.

Burke E., McCarthy B. (2011). The lifestyle behaviours and exercise beliefs of undergraduate student nurses. A descriptive study. *Health Education*, 111(3): 230-246.

Campos A.J.D.B., De Castro A.J., Garcia P.P.N.S., Bosco Faria J. (2011). Consumo de álcool entre estudantes do ensino médio do município de Passos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12): 4745-4754.

Chalmers K., Seguire M., Brown J. (2002). Tobacco use and baccalaureate nursing students: a study of their attitudes, beliefs and personal behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1): 17-24.

Chopra A., Lakhanpal M., Gupta N., Suri V., Kaur G., Bhudhiraja S. (2015). The influence of occupational stress factors on nicotine dependence among students of health and nonhealth care professional colleges. *Nigerian Medical Journal*, 56(5): 349-352.

Deasy C., Coughlan B., Pironom J., Jourdan D., Mannix-McNamara P. (2016). Predictors of health of pre-registration nursing and midwifery students: Findings from a cross-sectional survey. *Nurse Education Today*, 36: 427-433.

English C., Rey J.A., Schlesselman L.S. (2011). Prevalence of hazardous alcohol use among pharmacy students at nine U.S. schools of pharmacy. *Pharmacy Practice*, 9(3): 162-168.

Gallus S., Muttarak R., Martinez-Sanchez J.M., Zuccaro P., Colombo P., La Vecchia C. (2011). Smoking prevalence and smoking attributable mortality in Italy, 2010. *Preventive Medicine*, 52(6): 434-438.

Gignon M., Havet E., Ammirati C., Traullé S., Manaouil C., Balcaen T., Loas G., Dubois G., Ganry O. (2015). Alcohol, cigarette, and illegal substance consumption among medical students: a cross-sectional survey. *Workplace Health & Safety*, 63(2): 54-63.

Heatherston T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9): 1119-1127.

Leshner A.I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335): 45-47.

López-Maldonado M.C., Luis M.A.V., Gherardi-Donato E.C.d.S. (2011). Consumo de drogas lícitas en estudiantes de enfermería de una universidad privada en Bogotá, Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(spe): 707-713.

Mahfouz M.S., Alsanosy R.M., Gaffar A.M., Makeen A. (2014). Tobacco use among university students of Jazan Region: gender differences and associated factors. *BioMed Research International*, 279231. doi: 10.1155/2014/279231.

McCarron P., Smith G., Okasha M., McEwen J. (2001). Smoking in adolescence and young adulthood and mortality in later life: prospective observational study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(5): 334-335.

McCutcheon V.V., Agrawal A., Kuo S.I., Su J., Dick D.M., Meyers J.L. et al. (2017). Associations of parental alcohol use disorders and parental separation with offspring initiation of alcohol, cigarette and cannabis use and sexual debut in high-risk families. *Addiction*, doi: 10.1111/add.14003. [Epub ahead of print].

- Miquel L., Rodamilans M., Giménez R., Cambras T., Canudas A.M., Gual A. (2016). Alcohol consumption in college students from the pharmacy faculty. *Adicciones*, 27(3): 190-197.
- Molina A.J., Fernandez D., Delgado M., Martín V. (2010). Sensitivity and specificity of a self-administered questionnaire of tobacco use; including the Fagerstrom test. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2): 181-189.
- Nasirian M., Ziaaddini H., Asadollahi S. (2013). Smoking Intensity and its Relation to General Health of the Students of Kerman University of Medical Sciences, Iran. *Addict Health*, 5(3-4): 102-107.
- O'Neill G., Martin N., Birch J., Oldam A., Newbury-Birch D. (2015). The Drinkers Degree: Risk Taking Behaviours amongst Undergraduate Student Drinkers. *Journal of Addiction*, 965438. doi: 10.1155/2015/965438.
- Ozgül İlhan I., Yildirim F., Demirbafl H., Do an Y.B. (2008). Alcohol use prevalence and sociodemographic correlates of alcohol use in a university student sample in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7): 575-583.
- PASSI, Rapporto nazionale Passi 2011: consumo di alcol, disponibile in www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/ConsumoAlcol.asp.
- Patkar A.A., Hill K., Batra V., Vergare M.J., Leone F.T. (2003). A comparison of smoking habits among medical and nursing students. *Chest*, 124(4): 1415-1420.
- Potenza M.N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101(1): 142-151.
- Quattrin R., Zanini A., Zamolo E., Busaferro S. (2010). Are Italian nursing students healthy and having protective lifestyle behaviours? A pilot study. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*, 22(1): 83-88.
- Reavley N.J., Jorm A.F., McCann T.V., Lubman D.I. (2011). Alcohol consumption in tertiary education students. *BMC Public Health*, 11: 545.
- Reeve K.L., Shumaker C.J., Yearwood E.L., Crowell N.A., Riley J.B. (2013). Perceived stress and social support in undergraduate nursing students' educational experiences. *Nurse Education Today*, 33(4): 419-424.
- Rehm J., Gmel G. (1999). Patterns of alcohol consumption and social consequences. Results from an 8 year follow-up study in Switzerland. *Addiction*, 94(6): 899-912.
- Rueger S.Y., Trela C.J., Palmeri M., King A.C. (2012). Self-Administered Web-Based Timeline Followback Procedure for Drinking and Smoking Behaviors in Young Adults. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(5): 829-833.
- Ruisoto P., Cacho R., López-Goñi J.J., Vaca S., Jiménez M. (2016). Prevalence and profile of alcohol consumption among university students in Ecuador. *Gaceta Sanitaria*, 30(5): 370-374.
- Simonato L., Agudo A., Ahrens W., Benhamou E., Benhamou S., Boffetta P., Brennan P., Darby S.C., Forastiere F., Fortes C., Gaborieau V., Gerken M., Gonzales C.A., Jockel K.H., Kreuzer M., Merletti F., Nyberg F., Pershagen G., Pohlmann H., Rosch F., Whitley E., Wichmann H.E., Zambon P. (2001). Lung cancer and cigarette smoking in Europe: an update of risk estimates and an assessment of inter-country heterogeneity. *International Journal of Cancer*, 91(6): 876-887.
- Sotos J.R., Loper G.A., Parraga M.I., Campos R.M., Simarro H.M.J., Lopez-Torres H.J. (2015). Prevalence of hazardous drinking among nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 71(3): 581-590.
- Suzuki K., Ohida T., Yokoyama E., Kaneita Y., Takemura S. (2005). Smoking among Japanese nursing students: nationwide survey. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3): 268-275.
- Watson H., Whyte R., Schartau E. & Jamieson E. (2006). Survey of student nurses and midwives: smoking and alcohol use. *British Journal of Nursing*, 15(22): 1212-1216.
- Wiencke J.K., Kelsey K.T. (2002). Teen smoking, field cancerization, and a "critical period" hypothesis for lung cancer susceptibility. *Environmental Health Perspectives*, 110(6): 555-558.
- Wolf L., Stidham A.W., Ross R. (2015). Predictors of stress and coping strategies of US accelerated vs. generic baccalaureate nursing students: an embedded mixed methods study. *Nurse Education Today*, 35(1): 201-205.
- World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto alla realizzazione della newsletter.



🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

“Lo Specchio Velato”. La ricerca del Ser.D. di Orbassano sul fenomeno della complessità socio-sanitaria adolescenziale

Sabrina Anzillotti*, Giuseppe Faro§, Carola Morè°

SUMMARY

■ *In recent years, in our service, in line with the Italian trends, there is a progressive increase in the access of already “complex” adolescents (psychoactive substances abuse, deviant, aggressive and breakthrough behavior in familiar and educational contexts). There are also components of deeper suffering, which involve the sphere of psychic, affective and relational discomfort. “Complex” teenagers are reluctant to rely on the services, relatives and operators; there are problems with “positive mirroring” and the ability to trigger resonance mechanisms with the “other”, making difficult the retention in treatment, especially where taking charge is fragmented and multiple. Clinical practice suggests the importance of global and multidimensional taking charge and the need to create a continuity of care systems for “complex” teenagers passing from childhood to adulthood, who often perceive a lack of assistance from care services.*

The research (September 2015-December 2016) observed and analyzed how the “socio-sanitary complexity” influenced the clinical and operational management of cases within a given service and how it has been organized in order to provide relevant and effective responses to the new emerging needs. ■

Keywords: *Research, Teens, Complexity, Global Care, Continuity of Care.*

Parole chiave: *Ricerca, Adolescenti, Complessità, Presa in carico globale, Continuità delle cure.*

Premessa

Negli ultimi anni si registra un aumento delle situazioni con problematiche sanitarie croniche di medio-bassa gravità associate a criticità sociali per le quali non esistono percorsi di valutazione integrata e risposte domiciliari o residenziali adeguate. Prevalgono caratteristiche di co-morbilità e alta complessità socio-sanitaria che non corrispondono alle classificazioni di competenza dei singoli servizi specifici. La continuità delle cure, per queste situazioni, rappresenta un punto debole del sistema sanitario. È quindi cruciale, in queste situazioni di complessità e disagio, accompagnare i diversi professionisti a pensare un'organizzazione che permetta il superamento della frammentazione nata dallo sviluppo di competenze ultraspecialistiche e che faciliti interventi integrati tra le diverse componenti intra ed extraospedaliere. Lo scenario sopra

descritto diviene ancora più complesso e complicato quando i protagonisti del circuito socio-assistenziale sono adolescenti multiproblematici, il cui aumento di accessi nei Servizi per le dipendenze conduce ad affrontare in modo sistemico e multifattoriale lo studio e l'analisi del fenomeno. In considerazione dell'importanza e della trasversalità di tale tipologia d'utenza e del massiccio investimento e coinvolgimento professionale che la gestione di questi casi comporta all'interno di un Servizio per le dipendenze, si è realizzato un percorso di ricerca con l'obiettivo di analizzare come l'essere portatori di complessità socio-sanitaria influisca sugli adolescenti, i quali, a causa della gravità delle problematiche che presentano, sono “presi in carico” da più servizi (specialistici e del territorio) contemporaneamente¹.

Il campione

Lo studio della casistica ha riguardato nello specifico 25 casi di adolescenti definibili come complessi (21 maschi e 4 femmine). Dal 2008 al 2016 sono stati presi in carico dal Servizio per le Dipendenze di Orbassano un totale di 56 adolescenti (fascia d'età 14-21 anni); i 31 restanti casi sono stati seguiti dal Ser.D. per problematiche legate al consumo di sostanze psicoattive legali ed illegali².

* Assistente Sociale, Sociologa Ser.D. Beinasco, Dipartimento “Patologia delle dipendenze”, ASL TO 3 Piemonte.

§ Direttore SS Dipartimento Patologia delle dipendenze, ASL TO 3 Regione Piemonte.

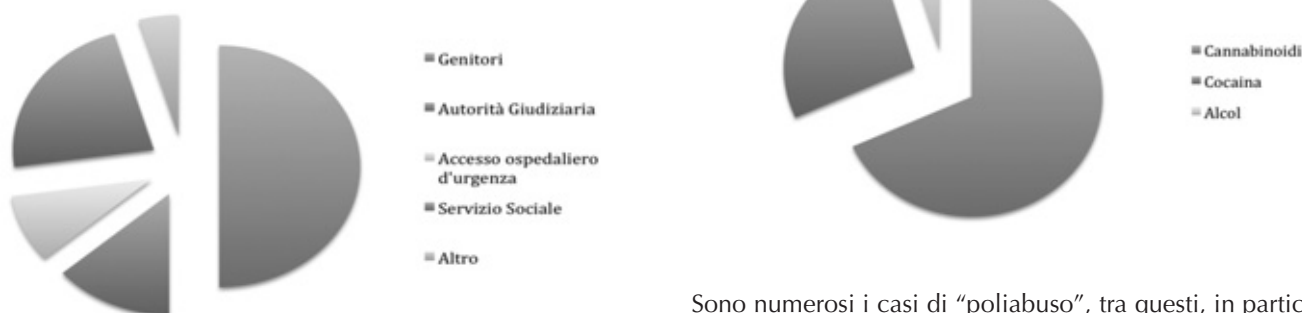
° Assistente Sociale Specialista, con sede presso Consorzio Intercomunale Servizi Sociali di Pianezza, Cooperativa Progest.

Gli elementi salienti della ricerca

L'analisi è stata condotta nella fase iniziale attraverso lo studio delle cartelle cliniche di tutti i casi in carico e mediante la compilazione di una griglia di rilevazione appositamente elaborata e predisposta con gli obiettivi di: rilevare l'eventuale presenza di "complessità"; far emergere gli elementi maggiormente significativi ed eventuali nodi critici, al fine di migliorare la qualità e l'efficacia della presa in carico e del percorso trattamentale della popolazione target che, in ragione delle sue particolari caratteristiche, necessita di programmi differenti e pensati *ad hoc*.

Il focus sul canale d'invio, in particolare, permette di comprendere chi siano effettivamente gli inviati dei minori al Ser.D., i quali, come mostrato dalla Tabella 1, risultano essere prevalentemente i genitori (soprattutto le madri e solo in alcuni casi i padri); raramente sono entrambi gli adulti del nucleo genitoriale a richiedere il primo contatto con il servizio.

Tab. 1 - Principali canali di invio per gli adolescenti al Servizio per le Dipendenze di Orbassano dal 2008 ad oggi



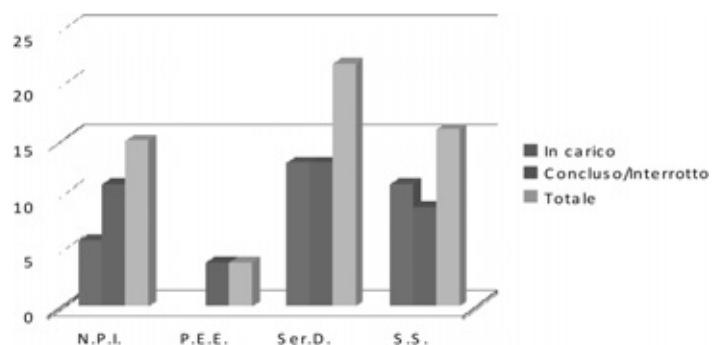
Dalla ricerca emerge che il livello di istruzione prevalente è quello della licenza media inferiore, dato da considerarsi parziale poiché la maggioranza di essi, proprio in ragione della loro minore età, risulta essere ancora all'interno di un percorso formativo. Si segnala che un solo soggetto su 25 frequenta un liceo, mentre in tutti gli altri casi i ragazzi sono impegnati in percorsi formativi a carattere professionalizzante, che al terzo anno prevedono il conseguimento della qualifica. Un altro elemento rilevante è la presenza di una bocciatura nell'ambito della carriera scolastica per la maggior parte dei soggetti presi in esame; soltanto in un caso la bocciatura può essere ricondotta a eventuali difficoltà certificate e/o strutturali.

In riferimento ai servizi coinvolti nel trattamento, la Tabella 2 mostra il numero degli adolescenti presi in carico dai diversi servizi del territorio specificati in legenda; in particolare, la linea blu indica i soggetti attualmente ancora in carico a tali servizi, la linea rossa i soggetti che hanno concluso o interrotto l'intervento ed, infine, la linea verde mostra il totale dei soggetti che sono (o sono stati) presi in carico.

Nella Tabella 3, riferita alle principali sostanze consumate, emerge che la maggior parte degli adolescenti presi in carico al Ser.D. di Orbassano fa un uso significativo di cannabinoidi.

L'hashish, difatti, è la principale sostanza di abuso per 16 soggetti, seguono la cocaina con 7 individui, l'alcol (1 caso) e le metanfetamine (1 caso). I cannabinoidi incontrano un maggior consenso tra i ragazzi più giovani, mentre per quelli più grandi, anche già maggiorenni, è la cocaina la principale sostanza d'abuso.

Tab. 2 - Il numero di adolescenti presi in carico dai servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI), Psicologia dell'età evolutiva (PEE), Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) e Servizio Sociale Territoriale (S.S.)



Tab. 3 - Principali sostanze usate dagli adolescenti presi in carico dal Servizio per le Dipendenze



Sono numerosi i casi di "poliabus", tra questi, in particolare, si registra la prevalenza di individui che fanno un uso significativo di cannabinoidi ed alcol e soggetti che, invece, usano cocaina, cannabinoidi e alcol. Diversamente, un numero minore assume cocaina, cannabinoidi e eroina, o cocaina, cannabinoidi ed ecstasy³.

Dall'analisi emerge infine un ulteriore dato significativo: quasi la metà dei casi trattati nel corso della ricerca sta affrontando la separazione dei propri genitori, seppur con differenti modalità della gestione di tale condizione. Vi sono ad esempio genitori separati in casa, genitori che vivono in regioni differenti, o ancora genitori che vivono in case separate ma a breve distanza l'uno dall'altro. L'affido congiunto a entrambi i genitori accomuna tutti gli adolescenti con genitori separati. Si sottolinea inoltre la presenza di una quota significativa di adolescenti "complessi" che hanno nell'anamnesi familiare una storia di adozione.

Nodi critici

Un aspetto di forte criticità rilevato nell'ambito della ricerca è costituito dall'abbandono precoce del programma terapeutico in cui gli adolescenti erano inseriti. Il dato è riferibile soprattutto al transito alla maggiore età e all'eventuale termine del programma per la Prefettura (laddove presente) che li obbligava a frequentare il nostro servizio. Rispetto alla ritenzione in trattamento, è risultato di fondamentale importanza il coinvolgimento attivo e diretto dei genitori nel percorso di cura terapeutico dei propri figli.

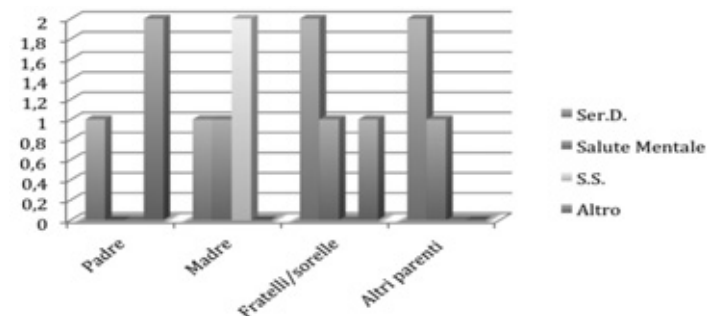
Inoltre, i dati relativi alla presenza di disagio psichico in fase adolescenziale indicano che più del 20% dei minorenni manife-

sta un problema comportamentale e/o legato alla gestione e al riconoscimento delle emozioni. Al contempo, tuttavia, solo il 25% dei ragazzi con tali problematiche sta attualmente usufruendo di un intervento terapeutico specialistico, a dimostrazione del fatto che vi è un notevole scostamento tra domanda e offerta, tra bisogni del paziente e coerenti risposte dei servizi. A tale questione si ricollega pertanto il tema della “doppia diagnosi”, ovvero la coesistenza di un disturbo psichico e l’uso di una sostanza psicotropa⁴. Tale fenomeno, benché interessi diversi soggetti analizzati nel corso della ricerca, non sempre è esitato in una reale presa in carico congiunta e integrata da parte dei servizi specialistici coinvolti.

Come già accennato in precedenza, un altro aspetto problematico emerso dalla ricerca riguarda le obiettive difficoltà che si registrano nel passaggio dai servizi per i minori a quelli per gli adulti. Infatti, sono diverse le situazioni in cui fino alla minore età il paziente è in carico a tutti i servizi competenti (NPI, Ser.D., Servizio Sociale e comunità), con il coinvolgimento anche di altri organi tutelanti quale il Tribunale per i Minorenni ma, al raggiungimento della maggiore età, si realizza una condizione di “abbandono” “dell’ex minore” da parte di alcuni servizi. Per tale ragione assume dimensione di crucialità la costruzione di un circuito di continuità delle cure che garantisca innanzitutto la costante presa in carico dell’adolescente “complesso” da parte dei servizi coinvolti e anche lo sviluppo di un percorso trattamento il più possibile individualizzato e tarato sulle reali esigenze e caratteristiche peculiari del paziente.

Dalla ricerca è emerso inoltre che il contesto ambientale e relazionale cui l’adolescente complesso appartiene è caratterizzato da multiproblematicità e frammentarietà, con un sistema valoriale ed educativo sovente carente e deficitario. Allo stesso tempo, all’interno del gruppo dei pari cui fanno maggiormente riferimento, vi sono altri consumatori di sostanze psicoattive che, in numerosi casi, hanno iniziato il ragazzo alla sperimentazione delle sostanze d’abuso. In particolare, la Tabella 4 evidenzia come la maggior parte delle problematiche riscontrate (e talora esplose con molta forza all’interno delle famiglie e dei servizi) siano collegate ad un uso patologico delle sostanze psicoattive illegali. Ne deriva che, all’interno del contesto ambientale di riferimento degli adolescenti, la presenza di un punto rete significativo che fa uso di sostanze sia da considerarsi un importante fattore di rischio.

Tab. 4 - Problematiche del nucleo familiare in cui sono inseriti gli adolescenti presi in carico al Ser.D. di Orbassano



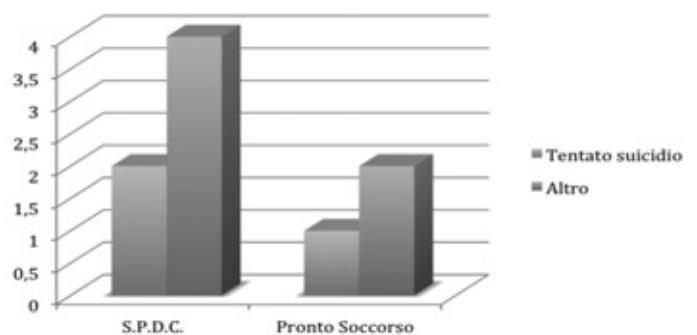
Un altro elemento di particolare interesse riguarda il numero degli adolescenti multiproblematici (3 su 25 complessivi) inseriti in comunità terapeutiche residenziali. Nonostante la complessità dei pazienti, dei loro contesti di riferimento e della frammentazione degli interventi da parte dei servizi, l’inserimento residenziale si rivela essere l’estrema ratio del loro percorso tratta-

le. Vi sono inoltre dei nodi critici legati peculiarmente alle strutture dedicate all’accoglienza e al trattamento di tale tipologia d’utenza così riassumibili: scarsa numerosità del ventaglio dell’offerta residenziale e carente adeguatezza delle strutture al fronteggiamento del problema del consumo di sostanze psicoattive (le comunità rivolte ai minori sono poche, spesso dislocate in territori isolati e lontani dalla contesto di provenienza dei pazienti; all’interno delle strutture si registra un controllo inadeguato e/o deficitario rispetto al monitoraggio del sintomo); inadeguatezza delle comunità terapeutiche per dipendenti patologici maggiorenni ad accogliere adolescenti complessi e non (tali strutture per tipologia di ospiti accolti e impostazione dei programmi di cura e riabilitazione possono costituire un fattore di ulteriore rischio per i minori, i quali potrebbero subire un processo di “fascinazione” ed emulazione dello stile di consumo e delle condotte penalmente devianti già strutturate di alcuni altri ospiti adulti).

Rispetto alla possibilità di commettere illeciti amministrativi e/o penali si è rilevato che in 7 casi su 25 i minori sono stati segnalati dalle Forze dell’Ordine alla Prefettura per possesso sostanze stupefacenti illegali, in altri 3 casi vi è stato un provvedimento di messa alla prova disposto dal Tribunale per i Minorenni per furto, mentre per un’unica situazione è pervenuta la richiesta di informazioni dal Giudice delle Indagini Preliminari al Ser.D. territorialmente competente. In altri 4 casi i minori, oltre alla segnalazione alla Prefettura, hanno anche compiuto dei reati quali furti e violazione della proprietà privata, per cui sono stati sottoposti al provvedimento di messa alla prova. Dal punto di vista clinico e trattamentale è emerso che spesso gli adolescenti che si trovano coinvolti in un iter legale aderiscono con scarsa convinzione ai programmi concordati. Infatti, pur riconoscendo il compimento degli atti illeciti, vivono le conseguenze delle proprie azioni in modo indiretto, esterno, con scarsa capacità di rielaborazione e consapevolezza.

Per concludere, un altro aspetto che costituisce allarme e criticità nella gestione di queste situazioni è costituito dal tentato suicidio. Dalla nostra ricerca è emerso che 3 ragazzi su 25 hanno messo in atto un tentativo anticonservativo e per 2 di loro vi è stata la reiterazione, fortunatamente fallita, del gesto estremo.

Tab. 5 - Accessi in situazione d’urgenza presso le strutture ospedaliere con riferimento ai comportamenti anticonservativi degli adolescenti



Si sottolinea che il ricovero per tentativi anticonservativi di questi ragazzi presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del Presidio Ospedaliero di riferimento territoriale non sia la scelta terapeutica migliore ed adeguata alle caratteristiche degli adolescenti. Solo in un caso (il minore in questione aveva 14 anni) è avvenuto il ricovero presso il Pronto Soccorso dell’Ospedale Regina Margherita. Gli altri accessi al Pronto Soccorso sono

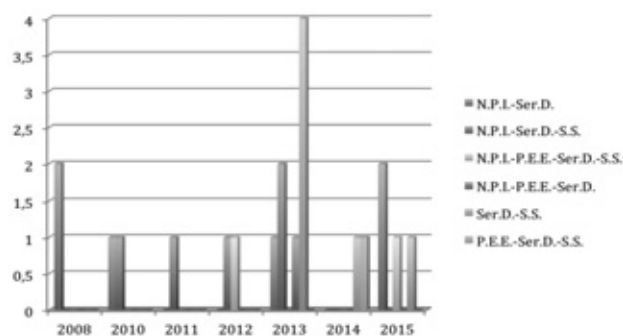
riconducibili ad altre motivazioni quali l'intossicazione da sostanze stupefacenti e quelli in S.P.D.C. per agiti aggressivi o deliranti⁵.

Conclusioni

A fronte di quanto emerso dalla ricerca è parso utile soffermarsi anche sulla questione di come la "complessità" impatta sui servizi che operano con l'utenza adolescenziale⁶. A tal proposito, la Tabella 6 mostra l'effettiva compresenza di diversi Servizi coinvolti nei casi di adolescenti complessi sopra descritti.

Attraverso il grafico si può osservare l'aumento effettivo degli utenti considerati multiproblematici, per i quali è necessaria la presa in carico di più servizi simultaneamente. Tuttavia, la presenza di più servizi, spesso appartenenti a enti diversi, è fonte di ulteriori difficoltà, ad esempio l'arroccamento professionale, l'utilizzo di linguaggi diversi, la centratura quasi esclusiva sul budget e non sulle persone, il passaggio difficoltoso dai servizi per minori a quelli per adulti, la compartimentalizzazione degli interventi, l'eccessiva specializzazione e frammentazione degli interventi, la mancanza di conoscenza delle logiche di mission e di organizzazione degli altri servizi.

Tab. 6 - Compresenza dei diversi servizi (Neuropsichiatria Infantile, Psicologia dell'Età Evolutiva, Servizio per le Dipendenze e Servizio Sociale) su un medesimo caso di adolescente "complesso" in base all'anno di presa in carico al Ser.D. di Orbassano



Nello specifico, la griglia elaborata permette di mettere in luce gli elementi che, all'interno dei diversi servizi coinvolti nella presa in carico di un adolescente, possono essere considerati "complessi" e che sembrano ostacolare anziché favorire la piena collaborazione ed integrazione tra i Servizi con l'obiettivo di fornire risposte efficaci e pertinenti alle istanze e problematiche portate dalla persona.

LE COMPONENTI DELLA COMPLESSITÀ SOCIO-SANITARIA IN RIFERIMENTO ALLA CASISTICA ADOLESCENZIALE	
1. Caratteristiche dei bisogni e della domanda	Multiproblematicità
2. Nodi relativi al sistema di welfare	Assetto istituzionale dei servizi
	Mancata collaborazione
	Vuoto istituzionale
	Assetto organizzativo
	Discrezionalità
	Utilizzo strumentale dei servizi
	Utilizzo minimo UMVD
	Divisione delle competenze dei servizi
	Dispersione dell'utenza
	Frammentazione dell'intervento
	Rallentamenti
	Aspetti relativi agli strumenti operativi
Mancata comunicazione	
Dispersione	
Interventi non adeguati	
Aspetti relativi alle professioni	
Arroccamento	
Utenza difficile da "agganciare"	

Da ciò si evince come una mancata integrazione abbia come conseguenza una scarsa comunicazione, per cui, allo stesso tempo, gli interventi implementati per tale tipologia di utenza risulteranno settorializzati e scarsamente rispondenti alle esigenze effettive degli adolescenti multiproblematici. Tutto ciò ha anche ricadute sull'effettivo coinvolgimento degli stessi ragazzi, i quali, infatti, non percependosi come protagonisti attivi del proprio processo di cambiamento, tenderanno ad abbandonare precocemente il programma di intervento.

Pertanto, è possibile affermare che, nell'ambito della complessità e degli interventi complessi, si delinea come strategia vincente e remunerativa la focalizzazione sull'importanza del dialogo integrativo inteso come una collaborazione tra pari che, pur non perdendo le specifiche competenze, arricchisce gli esiti del processo decisionale. In particolare, tra gli strumenti considerati più utili nella realizzazione di un'effettiva collaborazione interservizi, con conseguente allontanamento dalla frammentazione

della "complessità", si registra la funzione della Commissione UMVD⁷, che permette di validare, ratificare e monitorare nel tempo l'andamento e gli esiti della progettazione condivisa e partecipata degli interventi ritenuti più idonei ed efficaci al fronteggiamento globale di ogni singola situazione.

Note

1. Nello specifico, la ricerca ha preso in esame un campione di soggetti adolescenti "complessi" in carico al Ser.D. di Orbassano, ove per rispondere a tale problematica, all'interno del Servizio per le Dipendenze dal 2014 è stata istituita una "mini-équipe" per gli adolescenti con problematiche di dipendenza patologica, costituita da un educatore professionale, uno psicologo, un medico e una assistente sociale. In questo caso, oltre al ragazzo interessato, è anche prevista la presa in carico del nucleo genitoriale, tuttavia, le figure professionali a cui fanno riferimento i vari membri della famiglia sono diverse, al fine di garantire un percorso terapeutico efficace e individualizzato per ogni componente del nucleo.
2. La selezione del campione (25 individui) ha previsto sul totale dei casi in carico (56 individui) l'individuazione dei soggetti tra i 14 e i 21 anni seguiti contemporaneamente da due o più servizi del territorio.
3. Trend in linea con gli studi del Consiglio Nazionale delle Ricerche ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs). Dall'ultima analisi, condotta nel 2015, emergono diversi dati, tra cui l'aumento dell'uso di cannabis, la quale resta la sostanza più diffusa e che vede un aumento dei consumatori abituali. Ciò che invece appare preoccupante è il fatto che da questi dati emerge sulla scena della sostanze stupefacenti un nuovo tipo di consumo, ovvero quello che vede coinvolti circa 700mila studenti italiani tra i 15 e 19 anni, soprattutto di genere femminile, nel consumo di sostanze definite "sconosciute" e l'assunzione di psicofarmaci senza alcuna prescrizione da parte di un medico. Nel 2015 per il terzo anno consecutivo la survey ESPAD-CNR segnala un aumento del consumo di eroina fra gli adolescenti, quasi 23 mila studenti l'hanno utilizzata nell'ultimo mese (1 per cento) e per circa 15 mila ragazzi (0,7 per cento) il consumo è stato frequente. Si sta inoltre abbassando l'età del primo approccio: se nel 2009 avveniva mediamente a 15 anni, nel 2015 l'età si è spostata a 14 anni. Un altro consumo preso in considerazione è quello che riguarda gli psicofarmaci. Anche tale sostan-

za vede un discreto aumento dei suoi consumatori: sono circa 400mila gli studenti che ne hanno fatto un uso illecito, ovvero senza prescrizione, almeno una volta nella loro vita, raggiungendo il 10%. In particolare, le sostanze predilette sono farmaci per facilitare il sonno, di cui le maggiori consumatrici sono le ragazze. In maniera ridotta vengono assunti farmaci per l'attenzione/iperattività, per regolare l'umore e per le diete, anche in questi casi sono le ragazze ad essere maggiormente sedotte.

4. Aa.Vv., P. Rigliano, P. Miragoli (2000). *Tossicomania e sofferenza mentale: la questione della doppia diagnosi*. CNCA informazioni, 1/2: 20-21.

5. I dati del rapporto del CNR (Consiglio Nazionale delle Ricerche) confermano che l'uso di psicofarmaci tra i ragazzi è più frequente quando si è in presenza di un cattivo rapporto con genitori e insegnanti, oppure quando gli studenti hanno un rendimento scolastico insufficiente. Ma i ragazzi come si procurano le dosi di psicofarmaci? Probabilmente li trovano in casa, nell'armadietto dei medicinali di famiglia. Enrico Malizia, Professore di Farmacologia all'Università "La Sapienza" di Roma, ha confermato la potenziale gravità della situazione: "Un dato sconvolgente, significa che il 10% dei nostri giovani ha problemi irrisolti e prova un senso di inadeguatezza nei confronti delle difficoltà della vita. Dobbiamo indagare nel profondo: questi giovani si sentono già anziani, ed hanno bisogno di supporti artificiali dall'esterno che li sorreggano".

6. Sarebbe importante in futuro progredire con la raccolta dati, così da poter, in attesa di miglioramenti organizzativi, avere elementi utili per costruire una rete protettiva sempre più efficace per i ragazzi e le loro famiglie.

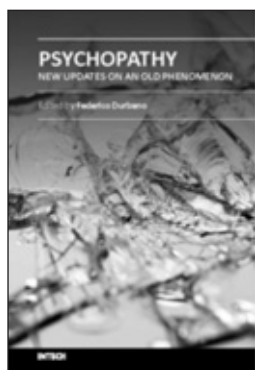
7. L'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità è una commissione che ha come finalità la predisposizione dei progetti individuali relativi a persone disabili, che necessitano di interventi socio-sanitari, cioè di prestazioni a valenza "mista" sanitaria e socio-assistenziale, che sono gestiti in maniera integrata dalle ASL e dagli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali e che possono essere di carattere domiciliare, residenziale o di accoglienza diurna. Riferimento normativo D.G.R. 26/2010.

Bibliografia

Aa.Vv., Rigliano P., Miragoli P. (2000). *Tossicomania e sofferenza mentale: la questione della doppia diagnosi*. CNCA informazioni, 1/2: 20-21.

Aa.Vv. *THE 2015 ESPAD REPORT: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (www.espad.org).

RECENSIONE



Federico Durbano (edited by)

PSYCHOPATHY New Updates on an Old Phenomenon

ISBN 978-953-51-3694-1,
Print ISBN 978-953-51-3693-4, 214 pages
Publisher: InTech, Chapters published
December 20, 2017 under CC BY 3.0 license.
DOI: 10.5772/65519
www.intechopen.com/books/psychopathy-
new-updates-on-an-old-phenomenon

Il volume raccoglie i contributi di alcuni gruppi di ricerca clinica centrati sullo studio della dimensione personologica della psicopatia. La psicopatia è una dimensione personologica che spesso viene ignorata o sottovalutata dai clinici, sia perché poco conosciuta, sia perché evocatrice di fantasmi oscuri, sia perché ritenuta di difficile trattabilità clinica e quindi subordinata ad altre dimensioni. L'esperienza clinica invece ha mostrato come i tratti psicopatici siano estremamente critici anche nell'influenzare il decorso delle "normali" malattie psichiatriche, determinando conflittualità coi servizi, scarsa aderenza ai trattamenti, maggiori problematiche psicosociali e maggiore rischio di atti anti-giuridici. L'asse personologico della psicopatia, inoltre, è assolutamente indipendente da altri assi descrittivi del funzionamento della personalità, e merita una specifica conoscenza. I 9 capitoli da cui il libro è costituito indagano alcuni degli aspetti attuali più critici relativamente a nosografia, riconoscimento precoce e trattamento, modelli bio-psico-

sociali, conseguenze sociali e familiari del contatto con una personalità psicopatica. Il primo capitolo, tra l'altro scritto dal gruppo dell'Università di Sassari che da sempre si occupa di criminologia clinica, tratta della storia del concetto nosografico della psicopatia, mettendo in luce i limiti degli attuali sistemi classificatori e di alcuni degli strumenti diagnostici più diffusi. Segue un capitolo sullo sviluppo della psicopatia nell'età infantile e adolescenziale, che si integra nel successivo capitolo sull'importanza della diagnosi precoce e degli interventi altrettanto precoci. Il successivo capitolo tratta dei fattori che contribuiscono a stabilizzare i tratti psicopatici adolescenziali in un vero e proprio disturbo nell'età adulta. I modelli etiopatogenetici prendono il via da un approccio comportamentale-cognitivista che si integra, in un altro capitolo, con una lettura etologica del modello della psicopatia. Entrambi i capitoli fanno riferimento alle più recenti teorie cognitive dello sviluppo delle emozioni. Segue poi un capitolo che tratta delle ricadute sulle dinamiche familiari dovute alla presenza di un soggetto psicopatico, partendo dal presupposto che frequentemente i soggetti psicopatici non sono in grado di creare legami duraturi. Gli autori suggeriscono interventi trattamentali allargati anche agli elementi significativi delle relazioni familiari dello psicopatico. Anche le ricadute psicosociali vengono descritte, nel penultimo capitolo, in particolare in specifici sottogruppi di soggetti, per i quali sono ipotizzati specifici interventi trattamentali. L'ultimo capitolo analizza le relazioni sociali dei cosiddetti "psicopatici di successo", tratto personologico che sempre più frequentemente viene identificato in leaders di successo e che è in grado di influenzare il clima di lavoro dei gruppi coordinati da queste figure.

Federico Durbano è medico psichiatra, Direttore della Struttura Complessa di Psichiatria n. 34 (Martesana), afferente al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASST Melegnano e della Martesana (Milano). Autore di più di 150 pubblicazioni su riviste e libri a carattere nazionale e internazionale, psichiatra forense, insegna Psichiatria alla Scuola Universitaria di Scienze Infermieristiche dell'Università di Milano ed è docente di psicopatologia al Master di Criminologia della Scuola del Sole24Ore.

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Position paper

Per un programma di eliminazione della Epatite C nella popolazione a rischio dei consumatori di sostanze e dei detenuti

Felice A. Nava*, Alfredo Alberti^o, Massimo Andreoni[§], Sergio Babudieri[^], Giorgio Barbarini**, Pietro Fausto D'Egidio[®], Claudio Leonardi[•], Alfio Lucchini[#]

SUMMARY

■ *The data recently published in scientific literature identify in substance abuse the most important risk factor for the transmission of HCV. Another population at risk is represented by detainees, mainly because most of them have a history of substance use.*

Treatment of the population at risk (substance users and detainees) must become a priority for health systems both to ensure fairness of access to care and to achieve the public health goal of eliminating HCV.

The programs to take charge should be multi-disciplinary, flexible, tailored, evidence-based, disseminated homogeneously throughout the national territory, and supported by procedures and guidelines including harm reduction actions, as suggested by the WHO. ■

Keywords: *Hepatitis C virus, HCV, Infection, Drugs, Detainees.*

Parole chiave: *Epatite C, HCV, Infezione, Sostanze, Detenuti.*

Introduzione

I dati contenuti nella letteratura scientifica di recente pubblicazione individuano nel consumo di sostanze (in particolare se endovenoso) il fattore di rischio più importante per la trasmissione di HCV evidenziando altresì come i dipendenti da sostanze rappresentino il serbatoio più importante della malattia. Un'altra popolazione a rischio è rappresentata dai detenuti, soprattutto

perché la maggior parte di essi (il 34.1% in Italia) ha una storia di consumo di sostanze (dati della Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze, 2017).

Dal punto di vista epidemiologico le Nazioni Unite hanno stimato che al Mondo vi sono circa 12 milioni di consumatori di sostanze che si iniettano droghe per via endovenosa (i cosiddetti PWID - People Who Inject Drugs) (UN World Report, 2016). Di questi circa 6 milioni sono HCV+, mentre l'80% dei PWID HIV+ è coinfecto da HCV (UN World Report, 2016).

Dati europei evidenziano come il 67% dei PWID, cioè un numero corrispondente a circa 3 milioni di soggetti, siano anti-HCV+ (Nelson *et al.*, 2011). I dati indicano, inoltre, che in Europa il 49% dei PWID infetti non è diagnosticato (Wiessing *et al.*, 2014).

L'uso iniettivo di sostanze rappresenta pertanto il fattore di rischio più importante per la trasmissione dell'infezione. Viene inoltre rilevato in reports emessi dall'autorità di tutela della salute mondiale come l'uso per via parenterale di sostanze sia responsabile del 23% delle nuove infezioni (WHO Global Hepatitis Report, 2017) e come ogni PWID con infezione da HCV sia in grado di infettare almeno 20 altri consumatori, entro i primi 3 anni dall'inizio del contagio (Magiorkinis *et al.*, 2013). Questi dati pertanto documentano come i PWID rappresentino attualmente il maggiore serbatoio della malattia e la principale fonte di infezione.

* Direttore U.O. Sanità Penitenziaria, Azienda ULSS 6 Euganea, Padova, Direttore Comitato Scientifico FeDerSerD.

^o Professore Ordinario di Gastroenterologia, Università di Padova.

[§] Professore Ordinario di Malattie Infettive, Università degli Studi di "Tor Vergata" Roma.

[^] Direttore Clinica Malattie Infettive e Tropicali, Università di Sassari, Presidente Onorario SIMSPE.

** Clinica Malattie Infettive e Tropicali Fondazione IRCCS San Matteo, Pavia, Ufficio di Presidenza CLEO.

[®] Internista, Presidente Nazionale FeDerSerD.

[•] Direttore U.O.C. Patologie da Dipendenze ASL Roma 2, Presidente S.I.Pa.D.

[#] Direttore Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana (Città Metropolitana di Milano), Past President FeDerSerD.

Nel 2016 i Ser.D. hanno avuto in carico 143.271 utenti (dati Relazione al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze, 2017), mentre si stima che circa il doppio siano i consumatori problematici che non sono in carico ai Servizi, ma che necessiterebbero di un trattamento. In altri termini, in Italia vi sarebbero almeno 450.000 consumatori ad alto rischio, cioè soggetti che a seguito del loro consumo problematico di sostanze potrebbero avere delle serie conseguenze negative (anche in termini infettivologici) sulla propria salute. I dati della relazione al Parlamento del 2017 indicano che dei circa 150.000 soggetti in carico ai Ser.D. almeno il 27% siano PWID (dato probabilmente sottostimato) e più del 70% policonsumatori.

L'esatta prevalenza dell'HCV nei consumatori di sostanze in Italia non è nota. Un recente studio di natura epidemiologica condotto su 21 Ser.D. italiani che ha coinvolto 543 consumatori di sostanze ha dimostrato che il 63.9% degli utenti sono anti-HCV+ (Stroffolini *et al.*, 2012). Secondo questo dato si può ipotizzare che in Italia fra i 150.000 utenti già in trattamento nei Ser.D. almeno 90.000 siano HCV+. Un dato che potrebbe arrivare anche a 270.000 soggetti se si considera che circa 300.000 sono gli utenti ancora non trattati dai Ser.D. e che potrebbero necessitare di una presa in carico.

Allo stesso modo non esistono dati certi sulla prevalenza dell'epatite C nei detenuti, ma di certo fra essi il comportamento a maggior rischio per il contagio dell'infezione è il consumo di sostanze (in particolare per via endovenosa), seguito dalle pratiche dei tatuaggi e dal sesso non protetto (Zampino *et al.*, 2015). I dati ufficiali del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria indicano che nel corso del 2016 sono state ristrette nei 190 Istituti Penitenziari Italiani 101.995 persone, con presenze giornaliere oscillanti tra i 53 ed i 55.000. Una revisione della letteratura sulla prevalenza dell'HCV all'interno delle carceri ha quantificato la prevalenza della infezione in una percentuale compresa fra il 22.4% e il 38% dell'intera popolazione detenuta (Zampino *et al.*, 2015). Questi dati indicano che in Italia sia verosimile che nelle carceri transitino annualmente fino a 30-35.000 soggetti anti-HCV+.

I Ser.D. devono implementare l'attività di screening e di diagnosi dell'infezione da HCV. I dati della Relazione al Parlamento del 2017 indicano che i Ser.D. hanno testato per HCV nel 2016 solo il 20.5% dei loro utenti; di questi il 9% è risultato positivo.

Il test per l'epatite C è disponibile in tutte le carceri in Italia, ma poche sono le realtà che riescono a testare una percentuale significativa di detenuti. Come nel caso dei Ser.D. i motivi più importanti che limitano lo screening sistematico della popolazione detenuta sono di natura logistica ed organizzativa.

I farmaci ad azione diretta (DAA) per il trattamento dell'infezione da HCV rappresentano una enorme opportunità per implementare la presa in carico dei consumatori di sostanze e per migliorare gli outcome del trattamento (EMCDDA, Hepatitis C among drug users in Europe, 2016). Più in generale l'opportunità di avere a disposizione degli strumenti terapeutici in grado di eliminare nel paziente l'infezione da HCV può permettere di sviluppare modelli integrati di trattamento in grado di implementare lo screening, prevenire le reinfezioni attraverso l'incremento delle azioni di riduzione del danno e migliorare la qualità della vita dei pazienti (Giraudon *et al.*, 2016). I DAA, inoltre, possono rappresentare nelle popolazioni a rischio, come i consumatori di sostanze ed i detenuti, uno strumento terapeutico che può offrire una potenziale valenza anche come misura di prevenzione della malattia (Martin *et al.*, 2015; Metzger *et al.*, 2015).

Le popolazioni a rischio come i consumatori di sostanze ed i detenuti con infezione da HCV possono essere trattati con suc-

cesso con i DAA. I dati della letteratura oggi indicano che nei PWID il tasso di risposta virologica sostenuta (SVR) con i DAA è del tutto sovrapponibile alla popolazione infetta generale (Bielen *et al.*, 2017), cioè superiore al 98%.

Oggi in Italia l'accesso alle cure è garantito a tutti i soggetti con HCV, indipendentemente dal grado di severità della malattia (AIFA, Criteri per il trattamento dell'epatite C, 2017).

Nonostante ciò, allo stato attuale risulta ancora difficile raggiungere molti dei soggetti infetti con comportamenti a rischio, proprio quei soggetti che in termini di sanità pubblica dovrebbero rappresentare il target primario per il trattamento della malattia e per permettere il raggiungimento dell'importante obiettivo di eliminazione dell'infezione a partire dal 2030, così come suggerito dall'OMS.

Numerose esperienze cliniche hanno dimostrato che i consumatori di sostanze, insieme ai soggetti con problemi di natura psichiatrica, hanno un elevato rischio di sviluppare una infezione da HCV (Schaefer *et al.*, 2016). Allo stesso tempo esistono anche evidenze che dimostrano come i soggetti con HCV hanno una maggiore probabilità di sviluppare problemi di natura psichiatrica (soprattutto depressione) e di consumo di sostanze (Yarlott *et al.*, 2017; Schaefer *et al.*, 2016). Più in generale le evidenze dimostrano che (Schaefer *et al.*, 2016):

- la co-morbidità psichiatrica ed il consumo di sostanze hanno una prevalenza maggiore nei soggetti con infezione da HCV, piuttosto che nella popolazione generale;
- la morbidità psichiatrica ed il consumo di sostanze sono associate ad un maggiore rischio di contrarre l'infezione da HCV;
- alcuni sintomi di natura psichiatrica (es. depressione, deficit neuropsicologici) e l'uso di sostanze (es. alcol) sono più frequentemente associati con l'infezione da HCV;
- l'infezione cronica da HCV può condurre a grave "distress" psicologico (stigma, ansia, riduzione della qualità della vita);
- l'infezione cronica da HCV ha effetti significativi a livello centrale sulla neurotrasmissione, attraverso i mediatori dell'infiammazione;
- l'HCV può penetrare all'interno del cervello e replicarsi.

L'obiettivo primario per la presa in carico dei soggetti, appartenenti alla popolazione a rischio, con infezione da HCV è lo sviluppo di un modello di trattamento olistico ed integrato in grado, fra l'altro, anche di favorire l'accesso al trattamento (Wolfe *et al.*, 2015).

Le evidenze indicano che lo sviluppo di una relazione "intensa" fra terapeuta e paziente può incrementare in maniera sensibile l'aderenza al trattamento (Rich *et al.*, 2016). La letteratura e l'esperienza clinica hanno infatti dimostrato che i modelli integrati capaci di sviluppare una forte sinergia fra specialisti, tramite la produzione e l'implementazione di procedure e linee guida comuni, possono facilitare l'accesso alle cure per le popolazioni a rischio (Dillon *et al.*, 2016). Del resto numerose sono le evidenze che dimostrano come il trattamento per l'epatite C nelle popolazioni a rischio può facilitare sia l'efficacia della presa in carico che migliorare gli stili di vita, riducendo i comportamenti a rischio come il consumo di sostanze ed anche la commissione di reati (Batchelder *et al.*, 2015).

Uno degli aspetti più critici del trattamento dell'epatite C nelle popolazioni a rischio può essere il tema della reinfezione. Studi compiuti durante l'era interferonica hanno valutato che il rischio di reinfezione nei PWID è basso e corrisponde ad un tasso di 2.4 per 100 soggetti-anno (Aspinall *et al.*, 2013). In questo senso gli studi hanno anche dimostrato che i tassi più bassi sono proprio nelle nazioni del nord-Europa, dove sono più diffuse e meglio applicate le azioni di riduzione del danno (Aspinall *et al.*, 2013).

In questo senso, le azioni di riduzione del danno hanno dimostrato di minimizzare la probabilità di reinfezione nella popolazione a rischio (Hawk *et al.*, 2017).

La situazione attuale in Italia pone in evidenza come importanti criticità ed ostacoli attualmente impediscono l'accesso alle cure per il trattamento dell'epatite C per le popolazioni a rischio. Le maggiori sono quelle che riguardano: la bassa percentuale di screening nella popolazione a rischio; la mancanza, in via sistematica, di una organizzazione integrata interdisciplinare per la presa in carico del paziente con HCV costituita da medici specialisti dei Ser.D., medici penitenziari e medici epatologi ed infettivologici (linkage to care); la preoccupazione del rischio di reinfezione (Konerman *et al.*, 2016).

La letteratura e l'esperienza clinica indicano che le azioni principali per rimuovere gli ostacoli che impediscono il trattamento dell'infezione da HCV nei PWID sono quelli di (WHO, Barriers and facilitators to hepatitis C treatment for people who inject drugs, 2012):

- sviluppare interventi integrati di tipo sanitario e sociale;
- creare interventi multidisciplinari, che contengano elementi di prevenzione, di protezione del paziente e della comunità e di lotta allo stigma;
- facilitare l'accesso al trattamento, con lo sviluppo di interventi di prossimità;
- implementare la costruzione di reti assistenziali sul territorio (in collegamento con le strutture ospedaliere), tali da facilitare la presa in carico e l'accesso per la persona a tutti i bisogni di cura, compresa la terapia sostitutiva;
- costruire programmi di interventi individuali centrati sulla persona.

In questo senso la presa in carico integrata del soggetto a rischio con infezione da HCV può rappresentare una importante sfida per i moderni sistemi di organizzazione sanitaria ed un forte paradigma di integrazione fra ospedale e territorio, tale da permettere una equità di accesso alle cure fra tutti i soggetti infetti da HCV, ma soprattutto per permettere il raggiungimento dell'importante obiettivo di sanità pubblica di eliminazione della malattia entro il 2030.

Gli elementi della strutturazione della presa in carico

Le esperienze cliniche e le evidenze dalla letteratura indicano che le azioni principali da compiere per la presa in carico della popolazione a rischio con HCV sono:

- lo screening;
- il referral;
- il trattamento;
- la prevenzione della reinfezione (tramite le azioni di riduzione del danno). In questo senso appare prioritario, in base alle diverse indicazioni fornite dalla letteratura e dall'esperienza clinica, proporre degli algoritmi per la presa in carico della popolazione a rischio con HCV in modo da facilitare la costruzione sul territorio di reti e modelli organizzativi efficaci ed efficienti.

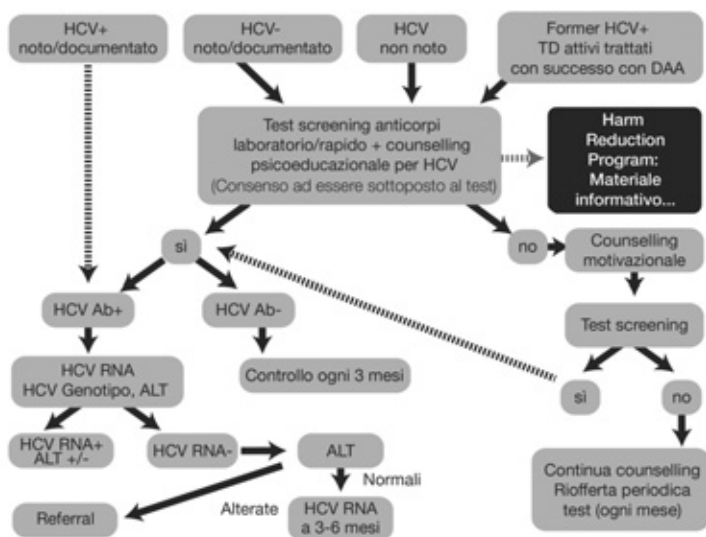
Algoritmi per la presa in carico della popolazione a rischio con HCV

La fase dello screening (Fig. 1) deve essere caratterizzata dai seguenti elementi essenziali che facilitano l'esecuzione del test

da parte del paziente e che consistono nella capacità dei Ser.D. e delle Carceri:

- di eseguire prelievi per diagnosi convenzionale della malattia, eventualmente anche con l'utilizzo di test rapidi;
- di informazione sulla malattia, sui trattamenti e sulle modalità di contagio (tramite brochure, siti web, campagne pubbliche di informazione anche sui social networks);
- di fornire all'utente counseling psicoeducazionale e motivazionale in grado di ottimizzare al massimo l'aderenza dei pazienti al test;
- di offrire sistemi organizzativi in grado di garantire all'utenza l'accesso e l'esecuzione del test sia in entrata che periodicamente durante la presa in carico, in modo da poter intercettare negli ambiti di cura anche eventuali nuove infezioni o re-infezioni.

Fig. 1 - Fase dello screening (Ser.D. e carceri)

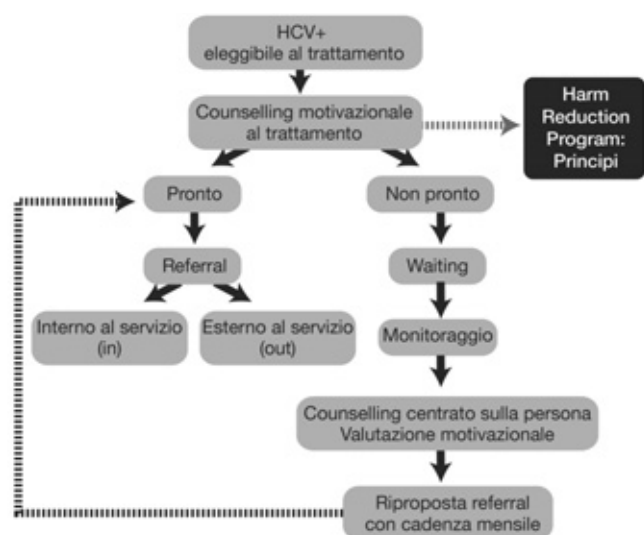


- lo screening per HCV deve essere **proposto a tutti i consumatori di sostanze**;
- la proposta dello screening deve essere **accompagnata da un counseling psicoeducazionale e motivazionale**;
- la proposta dello screening deve essere **associata alla distribuzione di materiale informativo sulla malattia, sui trattamenti e sulle modalità di contagio**;
- lo screening **se negativo deve essere riproposto periodicamente (almeno ogni 3 mesi)**;
- lo screening **se rifiutato deve essere riproposto periodicamente abbinato ad un counseling motivazionale (almeno ogni mese)**;
- **lo screening deve essere proposto ai consumatori attivi trattati con successo con DAA per la diagnosi precoce della reinfezione (almeno ogni 3 mesi)**.

La fase del referral (Fig. 2) è caratterizzata dai seguenti elementi essenziali che hanno l'obiettivo di motivare il paziente al trattamento e di facilitare il suo contatto con lo specialista epatologo-infettivologo che sono:

- la motivazione del paziente al trattamento, attraverso tecniche di colloquio motivazionale;
- il trasferimento al paziente dei principi di base di riduzione del danno (in modo da limitare le conseguenze della malattia sia per sé che per la comunità, anche in termini di prevenzione della reinfezione);
- lo sviluppo di modelli organizzativi che prevedano il referral, preferibilmente nello stesso luogo di presa in carico dell'utente (Ser.D. o Carcere);

Fig. 2 - Fase di referral (Ser.D. e carceri)



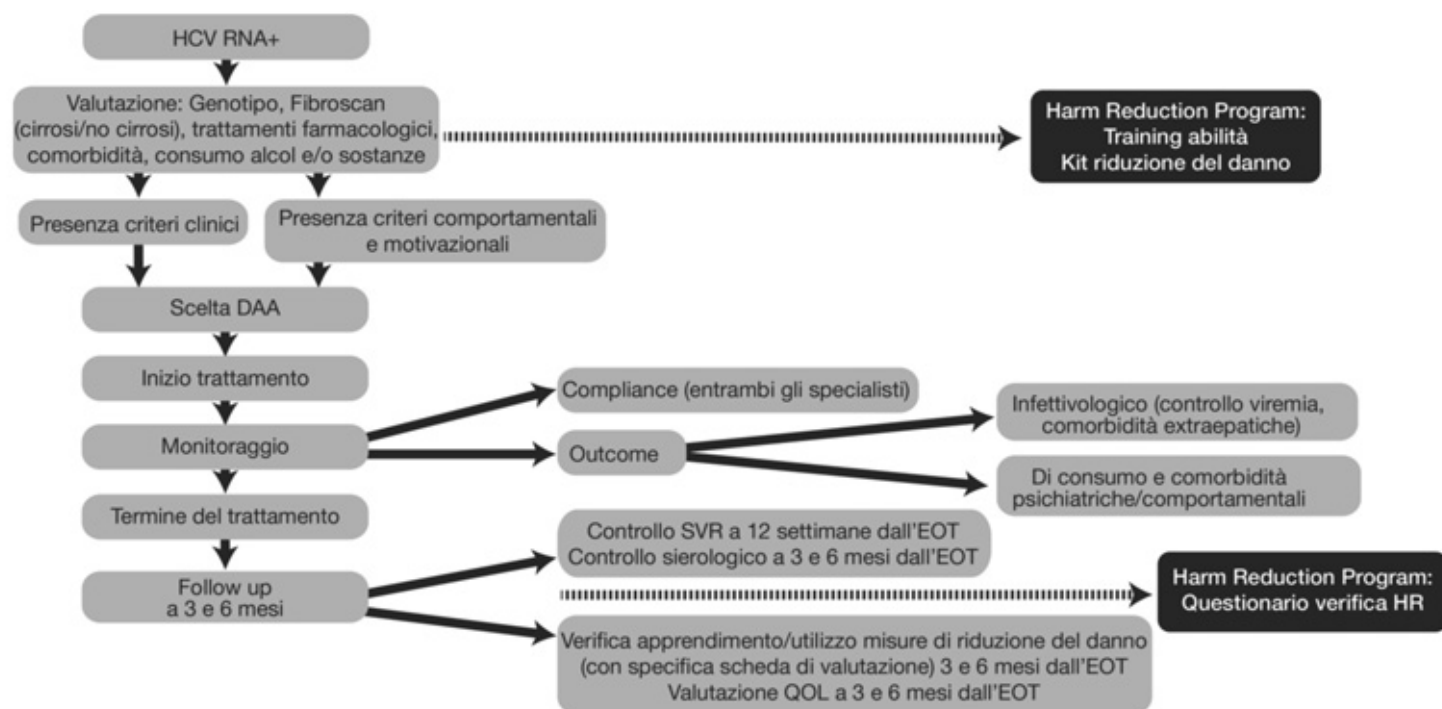
- il trasferimento del paziente allo specialista esclusivamente quando “pronto” al trattamento dal punto di vista motivazionale (mentre il paziente ancora “non pronto” dovrà essere tenuto agganciato al Servizio mediante tecniche di colloquio motivazionale finalizzate alla informazione e allo sviluppo della relazione);
- la proposta periodica per il paziente dell’invio allo specialista per coloro che hanno rifiutato il trattamento;
- **tutti i pazienti eleggibili al trattamento devono essere inviati allo specialista** (infettivologo/epatologo);
- **il referral** deve essere accompagnato da un **counseling motivazionale**;
- **tutti i pazienti che vengono inviati allo specialista** (infettivologo/epatologo) per il trattamento devono ricevere un **pro-**

gramma strutturato di riduzione del danno (conoscenza dei principi e delle misure così come indicate dall’OMS).

La fase del trattamento (Fig. 3) è caratterizzata dai seguenti elementi essenziali che hanno l’obiettivo di trattare in maniera appropriata il paziente attraverso:

- una completa valutazione clinica compiuta dai medici epatologi-infettivologi finalizzata all’inizio del trattamento (preferibilmente nel luogo di presa in carico dell’utente);
- un attento monitoraggio (congiunto fra specialisti) della compliance al trattamento basata sulla relazione terapeutica e sul supporto motivazionale;
- un controllo della risposta virologica 12 settimane dalla fine del trattamento e monitoraggio periodico a 3-6 mesi dalla fine del trattamento per valutare l’eventuale reinfezione da parte degli specialisti (singola e/o congiunta) per gli obiettivi di risposta tossicologica e di valutazione della qualità della vita;
- una offerta di programmi di riduzione del danno, finalizzati alla riduzione dei comportamenti a rischio, attraverso lo sviluppo di training di abilità nella gestione delle azioni di riduzione del danno e la fornitura di kit di harm reduction;
- un momento di verifica delle capacità del paziente di utilizzo delle misure di riduzione del danno;
- **tutti i pazienti HCV RNA +** possono essere eleggibili al trattamento;
- **tutti i pazienti che presentano i criteri clinici** per l’inizio del trattamento **devono essere trattati con i DAA**;
- **tutti i pazienti devono ricevere un programma strutturato di riduzione del danno** (con training di abilità);
- **il monitoraggio del trattamento** deve prevedere la **valutazione dell’aderenza alla terapia e la valutazione del raggiungimento degli outcome infettivologici, tossicologici e comportamentali**;

Fig. 3 - Fase del trattamento (Epatologi-Infettivologi + Ser.D. e carceri)



- il **termine del trattamento** deve essere seguito da un **follow up di tipo infettivologico** e da una **valutazione sulle capacità di utilizzo delle misure di riduzione del danno**;
- **tutti i pazienti che vengono trattati con i DAA devono ricevere un kit di riduzione del danno.**

Riduzione del danno

La prevenzione dell'infezione è un aspetto di primaria importanza nella presa in carico della popolazione a rischio con HCV ed è un elemento che deve essere sempre associato al trattamento farmacologico.

La prevenzione dell'infezione deve avvenire attraverso le azioni di riduzione del danno, così come sono state individuate dall'OMS.

In particolare, le azioni di riduzione del danno prevedono l'utilizzo di:

- materiale informativo e di supporto (anche su web) (da utilizzare in via prioritaria nelle fasi di screening);
- training specifici sui principi di base di riduzione del danno (da utilizzare in via prioritaria nelle fasi di referral);
- training di abilità sulle azioni di riduzione del danno (da utilizzare in via prioritaria nelle fasi di trattamento);
- kit di riduzione del danno da fornire alla popolazione a rischio (da utilizzare in via prioritaria nelle fasi di trattamento);
- processi di verifica di acquisizione/utilizzo delle misure di riduzione del danno (da utilizzare in via prioritaria nelle fasi di follow-up).

Le azioni di riduzione del danno si dovranno articolare seguendo tutte le fasi della "filiera" di presa in carico (Fig. 4) con lo scopo di rafforzare il raggiungimento degli obiettivi previsti dalle singole fasi, facilitare l'accesso e l'aderenza al trattamento ma, soprattutto, riducendo i comportamenti a rischio e minimizzando il tasso di reinfezione.

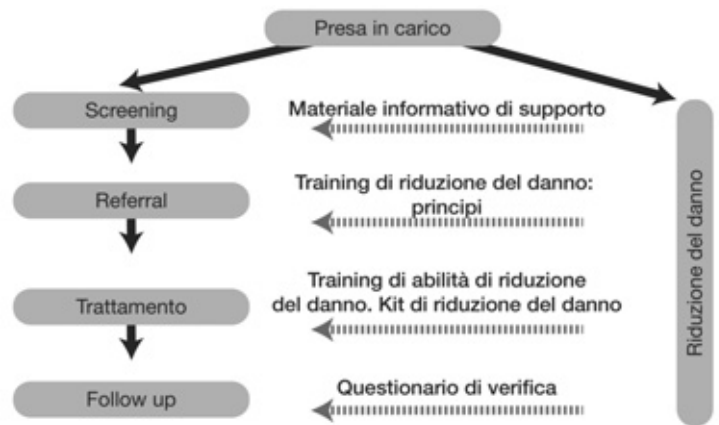
- Le **misure di riduzione del danno**, come suggerite dall'OMS, **devono essere applicate a tutti i consumatori di sostanze** (indipendentemente se attivi e/o in trattamento con DAA);
- le **misure di riduzione del danno** devono accompagnare, con azioni e modalità specifiche, **tutte le fasi della presa in carico del consumatore di sostanze con infezione da HCV** (screening – referral – trattamento – follow up);
- **kit di riduzione del danno devono essere forniti a tutti i consumatori di sostanze che sono (o sono stati) in trattamento con i DAA.**

I principi fondamentali per la presa in carico del consumatore di sostanze e del detenuto con HCV

Il trattamento della popolazione a rischio (consumatori di sostanze e detenuti) deve diventare una priorità per i sistemi sanitari sia per garantire l'equità di accesso alle cure che per raggiungere l'obiettivo di sanità pubblica di eliminazione dell'HCV. I programmi di presa in carico devono essere integrati, multidisciplinari flessibili, individuali e di prossimità.

I programmi di presa in carico devono essere basati sulle evidenze scientifiche e devono essere diffusi omogeneamente su tutto il territorio nazionale.

Fig. 4 - Riduzione del danno



La presa in carico deve essere supportata da procedure e linee guida che devono comprendere anche le azioni di riduzione del danno, così come suggerite dall'OMS.

Bibliografia

- AIFA (2017). *Criteria di trattamento per l'epatite C*. -- www.agenziafarmaco.gov.it/content/aggiornamento-epatite-c.
- Aspinall E.J., Corson S., Dogle J.S., Grebely J., Hutchinson S.J., Dore G.J., Goldberg D.J., Hellard M.E. (2013). Treatment of hepatitis C virus infection among people who are actively injecting drugs: a systematic review and meta-analysis. *Clin. Infect. Dis.*, 57(Suppl 2): S80-9.
- Batchelder A.W., Peyser D., Nahvi S., Arnsten J.H., Litwin A.H. (2015). Hepatitis C treatment turned me around: "Psychological and behavioral transformation related to hepatitis C treatment". *Drug Alcohol Depend.*, 153: 66-71.
- Bielen R., Moreno C., Van Vlierberghe H., Bourgeois S., Mulkay J.P., Vanwolleghem T., Verlinden W., Brixko C., Decaestecker J., De Galocsy C., Janssens F., Cool M., Van Steenkiste C., D'heygere F., Cools W., Nevens F., Robaey G. (2017). Belgian experience with direct acting antivirals in people who inject drugs. *Drug Alcohol Depend.*, 177: 214-220.
- Dillon J.F., Lazarus J.V., Razavi H.A. (2016). Urgent action to fight hepatitis C in people who inject drugs in Europe. *Hepatology Medicine and Policy*, 1: 2.
- European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) European C among drug users in Europe, epidemiology, treatment and prevention (2016). www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2953/TDXD16002ENN_final_web.pdf.
- Hawk M., Coulter R.W.S., Egan J.E., Fisk S., Reuel Friedman M., Tula M., Kinsky S. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduct. J.*, 14(1): 70.
- Konerman M.A., Lok A.S.F. (2016). Hepatitis C treatment and barriers to eradication. *Clin. Transl. Gastroenterology*, 7: e193.
- Magiorikinis G., Sypsa V., Magiorikinis E., Paraskevis D., Katsoulidou A., Belshaw R., Fraser C., Pybus O.G., Hatzakis A. (2013). Integrating phylodynamics and epidemiology to estimate transmission diversity in viral epidemics. *PLoS Comput Biol.*, 9(1): e1002876.
- Martin N.K., Vickerman P., Dore G., Hickman M. (2015). The HCV epidemics in key populations (including PWID, prisoners, and MSM): the use of DAAs as treatment for prevention. *Curr Opin HIV AIDS*, 10: 374-380.
- Metzig C., Surey J., Francis M., Conneely J., Abubakar I., White P.J. (2017). Impact of hepatitis C treatment as prevention for people who inject drug is sensitive to contact network structure. *Sci Rep.* 2017, May 12, 7(1): 1833.

- Nelson P.K., Mathers B.M., Cowie B., Hagan H., Des Jarlais D., Horyniak D., Degenhardt L. (2011). Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*, 378(9791): 571-83.
- Relazione Annuale al Parlamento sullo Stato delle Tossicodipendenze, anno 2017, www.politicheantidroga.gov.it/media/2153/relazione-al-parlamento_2017.pdf.
- Rich Z.C., Chu C., Mao J., Zhou K., Cai W., Ma Q., Volberding P., Tucker J.D. (2016). Facilitators of HCV treatment adherence among people who inject drugs: a systematic qualitative review and implications for scale up of direct acting antivirals. *BMC Public Health*, 16: 994.
- Schaefer M., Capuron L., Friebe A., Diez-Quevedo C., obaeys G., Neri S., Foster G.R., Kautz A., Forton D., Pariente C.M. (2012). Hepatitis C infection, antiviral treatment and mental health: a European expert consensus statement. *J. Hepathol.*, 57: 1379-1390.
- Stroffolini T., D'Egidio P.F., Aceti A., Filippini P., Puoti M., Leonardi C., Almasio P.L., DAVIS Drug Addicted, HCV Prevalence in Italy an Epidemiological, Observational, Cross-Sectional, Multicenter Study Participating Centers (2012). Hepatitis C virus infection among drug addicts in Italy. *J. Med. Virol.*, 84: 1608-1612.
- UN World Report (2016). www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf.
- Yarlott L., Heald E., Forton D. (2017). Hepatitis C virus infection, and neurological and psychiatric disorder – a review. *J. Adv. Res.*, 8: 138-148.
- World Health Organization, Barriers and facilitators to hepatitis C treatment for people who inject drugs, a qualitative study (2012). www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/179750/Barriers-and-facilitators-to-hepatitis-C-treatment-for-PWID-A-qualitative-study-June-2012-rev-5.pdf?ua=1.
- WHO Global Hepatitis Report (2017). <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1>.
- Wiessing L., Ferri M., Grady B., Kantzanou M., Sperle I., Cullen K.J., EMCDDA DRID group, Hatzakis A., Prins M., Vickerman P., Lazarus J.V., Hope V.D., Mathei C. (2014). *PLoS One*, 28, 9(7): e103345.
- Wolfe D., Luhmann N., Harris M., Momenghalibaf A., Albers E., Byrne E., Swan T. (2015). Human rights to access to hepatitis C treatment for people who inject drugs. *Inter. J. Drug Policy*, 26: 1072-1080.
- Zampino R., Coppola N., Sagnelli C., Di Caprio G., Sagnelli E. (2015). Hepatitis C virus infection and prisoners: epidemiology, outcome and treatment. *World J Hepatol.*, 7(21): 2323-30.

Pubblicazione realizzata con il contributo non condizionante di Gilead Sciences

Il trattamento cognitivo-comportamentale di un caso di disturbo Borderline della Personalità e Dipendenza

Martina Ceccarini*

SUMMARY

■ *Individuals who suffer from Borderline Personality Disorder (BPD) experience intense mood shifts, emotional lability, uncontrolled impulses, and self-harming behaviors to soothe the pain caused by feelings of emptiness in response to a real or imaginary abandonment. These coping strategies initially reduce emotional activation, though they can lead to serious consequences later. Cognitive-behavioural Therapy (CBT) for BPD aims at creating a therapeutic alliance to establish, together with the patient, clear therapeutic objectives. Among these, dysfunctional beliefs cognitive restructuring, identifying early maladaptive Schemas and improving readiness to change in substance use. Skills training promotes the acquisition of interpersonal effectiveness, emotion regulation, distress tolerance, and mindfulness. Schema Therapy also helps patients with BPD developing adaptive coping strategies since it enables to work on the unsatisfied emotional needs during childhood, especially those concerning neglect or abuse. The main objective of the Schema Therapy is to provide patients with the functional fulfilment of their primary emotional needs through healthy interpersonal relationships. ■*

Keywords: *Cognitive-Behavioural Therapy (CBT), Readiness to Change, Borderline Personality Disorder, Addiction, Therapeutic Alliance, Skill training, Maladaptive Schemas.*

Parole chiave: *Terapia cognitivo comportamentale, Prontezza al cambiamento, Disturbo borderline di personalità, Dipendenza, Alleanza terapeutica, Formazione alle abilità, Schemi maladattivi.*

Primo contatto e modalità d'invio (febbraio 2016-agosto 2017)

Il primo incontro con il paziente, denominato convenzionalmente Giulio, avviene presso un Ente che si occupa di patologie da dipendenza.

Ha 42 anni, è un piccolo imprenditore edile, vive da solo in una casa popolare in affitto.

È fidanzato da circa 1 anno e mezzo con una donna conosciuta in un gruppo di auto-aiuto per persone con problemi di droga, i Narcotici Anonimi, in quanto entrambi hanno avuto un passato di dipendenza dall'eroina.

Egli viene inviato dallo Psicoterapeuta Coordinatore dell'Ente che ha in carico la sua compagna, ed al quale Giulio si è rivolto per essere preso in carico da un terapeuta.

Un primo contatto avviene per telefono, in cui l'uomo spiega che deve farsi curare per una "grave perversione sessuale" di cui preferisce parlare di persona; sembra essere molto motivato ed impaziente di incontrarci.

Colloqui settimanali di un'ora.

* *Psicologa, psicoterapeuta, UOC Servizio Territoriale Dipendenze, DSMD - Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana - Città Metropolitana Milanese.*

Storia personale

Secondogenito di una famiglia composta da: padre alcol dipendente, sorella di 6 anni più grande, madre che li abbandona quando Giulio ha 2 anni.

Dai 2 ai 4 anni resta in orfanotrofio con la sorella poiché il padre non se la sentiva di accudire i figli.

A 4 anni, lui e la sorella vanno a vivere dai nonni paterni, fino all'adolescenza.

Vedono il padre spesso, ma l'uomo non vive con loro.

Giulio è stato cresciuto dai nonni con i quali però non descrive un rapporto di vicinanza affettiva. Frequenta la scuola dell'obbligo con regolarità e rendimento discreto.

Era un ragazzino introverso, con pochi amici e nessun interesse particolare.

Si descriveva vuoto, diverso, solo.

A 14 anni viene molestato dal cugino 22enne.

Episodio che non racconterà mai a nessuno e che viene raccontato con enorme distacco.

Nello stesso anno muore la nonna e si trasferisce a casa di suo padre.

Inizia a fare l'apprendista presso un elettricista.

In quel periodo conosce un gruppo di ragazzi e passa molto tempo fuori casa con loro.

Il padre è poco presente e lo lascia libero di gestire il suo tempo senza regole o confini.

Con gli amici inizia ad usare prima cannabinoidi e poi eroina dalla quale è dipendente già a 16 anni. Comincia a delinquere

re per acquistare la droga (furti prima in casa poi fuori e ricettazione).

I familiari non si accorgono di nulla.

Inizia a prostituirsi nei pressi della stazione ferroviaria con uomini ma non ha mai avuto rapporti completi con loro.

Anche questo vissuto viene raccontato con scarso coinvolgimento emotivo ed un tono di voce monocorde.

A 18 anni perde il lavoro di elettricista.

Viene chiamato ad assolvere gli obblighi di leva a Savona.

Lontano dalla città e dal gruppo di amici fa un uso sporadico dell'eroina ma non smette di usarla.

Dopo il militare resta in Liguria per ricominciare una nuova vita.

Ha una fidanzata con la quale ha perso la verginità ma continua ad avere dubbi sulla sua identità sessuale che dopo l'esperienza con il cugino si è strutturata con il timore di essere omosessuale o bisessuale.

Non trova lavoro e comincia a spacciare.

Fino ai 25 anni vive di espedienti, entra ed esce di galera per furto con scasso e ricettazione.

Dopo aver scontato l'ultima detenzione va in Brasile per fare il corriere della droga.

Lì conosce un ragazzo e per la prima volta si innamora.

La relazione termina poiché deve tornare in Italia per consegnare gli ovuli di eroina.

Giulio si stabilisce a Genova con l'intento di condurre una vita regolare.

Allaccia una relazione con una ragazza che dopo 8 mesi resta incinta.

Fa perdere le sue tracce e si rifugia a tempo pieno nell'eroina.

Non riconoscerà mai il figlio.

Ritorna a spacciare e a delinquere, finisce di nuovo in carcere, con diverse condanne cumulative.

Ci resta fino ai 33 anni.

Nessun familiare o amico lo va a trovare, all'infuori della madre che gli fa visita una sola volta.

In carcere riesce a disintossicarsi dall'eroina.

Fuori di prigione, trova lavoro come custode.

Si innamora di una ragazza con la quale va a convivere.

In quel periodo è astinente dall'eroina ma fa uso eccessivo di alcolici e usa benzodiazepine tutti i giorni. La compagna resta incinta.

Per gestire questa forte emozione ricade nell'eroina.

La compagna lo lascia quando il bimbo ha 6 mesi.

Disperato, stanco e senza prospettive, a 34 anni Giulio rischia di morire di overdose.

Dopo il ricovero ospedaliero tenta il suicidio ingerendo un'ingente quantità di farmaci.

Viene di nuovo ricoverato ed entra subito in una comunità per tossicodipendenti a Milano.

Ci resta 3 anni.

Terminato il percorso comunitario non ha un posto dove andare e va a vivere col padre.

Riprende i contatti con l'ex-compagna che gli permette di vedere con regolarità il figlio.

Giulio non ha più ripreso l'uso di eroina, ma assume quotidianamente benzodiazepine e alcol.

Inizia a frequentare Narcotici Anonimi, segue assiduamente il programma dei 12 Passi e delle 12 Tradizioni, smette l'uso delle sostanze.

È astinente da 4 anni.

Nel frattempo, suo padre muore all'età di 62 anni, a causa di problematiche alcolcorrelate.

Conosce la compagna attuale all'interno di NA.

Tutto sembra andare bene, finché la donna gli trova nella macchina un biglietto da visita di una prostituta; egli le confida di

avere una 'perversione sessuale' della quale non riesce a liberarsi e che da alcuni mesi lo perseguita avendo la meglio su di lui. Frequenta le prostitute con regolarità ed il fatto di tradire così la sua compagna lo disturba e lo spaventa molto.

Per questo motivo, si è rivolto all'associazione presso la quale è in carico la fidanzata per chiedere un sostegno psicologico immediato.

Assessment: indagini psicometriche

Dalla batteria di test CBA 2.0 emerge un'elevata ansia di tratto che lo rende apprensivo e propenso a rispondere con eccessiva attivazione alle circostanze ambientali.

È emotivamente labile, tende ad essere impulsivo e superficiale. Teme il rifiuto sociale e le critiche.

Giulio presenta ossessioni, pensieri intrusivi, comportamenti compulsivi e ruminazioni incontrollabili e persistenti.

L'esito del test SCL-90 mostra uno stile di pensiero caratterizzato da risentimento e rabbia.

È suscettibile e facilmente irritabile, incline a percepire il mondo esterno con sospetto.

Si sente spesso inadeguato e inferiore agli altri.

Il questionario SAT-P evidenzia che la funzionalità psicologica e sociale sono compromesse e riflettono un grado di insoddisfazione marcato.

Dal test di Gambrill si rilevano notevoli difficoltà nel gestire la critica, fare richieste, riconoscere i propri limiti, dire di no e fare conoscenze.

Nel complesso Giulio appare piuttosto anassertivo.

Mediante l'intervista SCID-II emerge un conclamato Disturbo Borderline di Personalità, in particolare: instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore; marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presenti in vari contesti.

Le sue relazioni interpersonali sono instabili e caratterizzate dall'alternarsi di sentimenti estremi di idealizzazione e svalutazione.

È presente un'importante alterazione dell'identità: l'immagine e la percezione di sé sono marcatamente instabili.

Egli manifesta impulsività nella sfera del: sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, condotte lesive di sé ed instabilità affettiva dovuta ad una marcata reattività dell'umore.

Giulio è inoltre afflitto da sentimenti cronici di vuoto e cerca di evitare l'abbandono o il rifiuto.

Dal test TAS 20 si evidenzia una moderata alessitimia, difficoltà ad identificare e descrivere i propri sentimenti e quelli altrui.

Sottoposto alla 'Readiness to Change Ruler', su una scala da 0 a 10 egli riferisce di essere disponibile al cambiamento 8,5.

Giulio denota una forte volontà nel perseguire una modificazione del suo agire verso modalità comportamentali più adattive.

È in grado di contemplare il cambiamento e i suoi vantaggi.

Dal Diario del pensiero 'ABC', che egli compila con eventi-target significativi, è possibile, mediante l'analisi funzionale, rilevare un certo schema comportamentale.

Ogni volta che Giulio litiga con la compagna, è pervaso dal pensiero ossessivo di dover andare con una prostituta e consumare un rapporto sessuale fugace a pagamento.

Tale meccanismo di fuga rappresenta un vero e proprio rinforzo negativo atto a ridurre l'ansia e il timore di essere mal giudicato o abbandonato.

Concettualizzazione del caso

Il conflitto con la compagna genera il timore di essere mal giudicato o rifiutato.

Ciò causa un forte senso di instabilità, angoscia abbandonica, rabbia e ansia.

Frequentare le prostitute è una strategia di coping disadattiva che poi causa senso di colpa, vergogna, sofferenza, bassa autostima. Prima le emozioni (sia negative che positive), venivano gestite con l'uso dell'eroina prima e di altre sostanze poi.

Al momento della presa in carico, un evento attivante viene fronteggiato con abilità di coping disfunzionali che ricalcano uno stile di vita tossicomane.

Dopo un conflitto con la fidanzata egli cerca subito un sostituto relazionale, che trova nelle prostitute.

Il bisogno di allontanarsi dalla relazione e punire se stesso e la sua compagna, si manifesta con una sensazione simile al craving della sostanza ossia con un desiderio intenso ed irrefrenabile di andare con una prostituta dopo un conflitto che non ha avuto riconciliazione.

Tale comportamento evidenzia la ricerca dell'evitamento del danno e quella di un'esperienza nuova e forte simile all'eroina (Cloninger *et al.*, 2000).

Questa modalità di rispondere agli eventi stressanti è tipica di chi ha una personalità appartenente al cluster B e agisce con impulsività e scarso autocontrollo.

Con l'utilizzo della freccia discendente sono stati rintracciati nel paziente degli schemi maladattivi precoci strutturati durante l'infanzia e che si ripropongono nella relazione significativa attuale.

Questi sono schemi disadattivi appartenenti al Dominio I di disaffezione ed il rifiuto che riguardano il timore di essere abbandonato, non accudito, non amato, e schemi appartenenti al Dominio III riguardanti i limiti non funzionali, che implicano scarso autocontrollo e scarsa tolleranza alle frustrazioni e discontrollo degli impulsi (Young *et al.*, 2007).

Nell'eziopatogenesi del disturbo di personalità di Giulio sono rilevanti i fattori di predisposizione familiare caratterizzati da un contesto caotico (abbandono materno, mancanza di una reale figura di riferimento) e psicopatologico (padre alcolista e madre rifiutante).

Giulio, come chi ha avuto interazioni precoci che hanno portato ad uno stile di attaccamento insicuro (paura di abbandono e di non essere amati), ha sviluppato delle credenze disfunzionali su di sé che si riattivano nella relazione con la compagna e causano bassa autostima e la necessità di cercare una prostituta per ottenere una garanzia affettiva negata (Kassel *et al.*, 2007).

Tra i punti di forza di Giulio, le sue spiccate capacità cognitive, un ottimo livello di autoanalisi, ed un'elevata propensione al cambiamento, come rilevato dalla sua autodescrizione nella 'readiness to change ruler'.

Relazione terapeutica

La relazione terapeutica del caso, è da considerarsi un fattore fondamentale per il lavoro terapeutico con il paziente, che gli ha permesso di sperimentare in un luogo sicuro delle modalità di funzionamento nuove e adattive in un clima empatico e di accettazione e all'occorrenza normalizzante.

È possibile analizzare tre fasi primarie dell'alleanza terapeutica stabilita con Giulio: all'inizio egli appare molto motivato al trattamento, in una seconda fase, Giulio sembra essere scettico, supponente, poco fiducioso (saltava i colloqui senza avvisare, arrivava in ritardo alle sedute) ed infine durante la fase finale del riaggancio, è stata effettuata una seduta per favorire assunzione di responsabilità e ristrutturazione della credenza irrazionale circa la lettura del pensiero del terapeuta.

Giulio ha in seguito riferito di aver apprezzato la disponibilità a dare un sostegno stabile e rassicurante, contrastando però le drammatizzazioni negative rispetto a sé e l'altro, e favorendo l'integrazione delle oscillazioni affettive e cognitive fra idealizzazione e demonizzazione (tipica del Borderline).

Trattamento

1. Motivazione al cambiamento

Buona parte del trattamento terapeutico si è avvalso dell'utilizzo delle tecniche riguardanti il colloquio motivazionale di Miller e Rollnick (2004), basato sull'aumento della frattura interiore ed il sostegno dell'autoefficacia del paziente.

Quando Giulio ha affrontato la dissonanza cognitiva tra il proprio stato interno (sistema di valori relativi alla relazione amorosa ed idea di fedeltà coniugale) e quello esterno (la necessità di placare l'angoscia dopo il conflitto) ha percepito l'incongruenza fra il sé ideale e quello oggettivo ed ha quindi stilato una lista di tutti i costi ed i benefici che il frequentare le prostitute comportava (bilancia decisionale).

Gli aspetti negativi del comportamento maladattivo sono diventati sempre più evidenti, e parallelamente sono divenuti più attraenti i lati positivi dell'altra posizione, favorendo la fine della frequentazione delle prostitute.

2. Gestione dell'ansia, prevenzione delle ricadute nel comportamento disadattivo

Al fine di poter gestire l'intenso stato d'ansia scaturito dopo un conflitto con la compagna, è stata insegnata al paziente la respirazione addominale di Andrews.

Per contrastare l'ossessione di dover trovare una prostituta gli è stata insegnata la tecnica dello 'stop del pensiero' (avrebbe pensato a suo figlio con un cartello in mano con su scritto "STOP") e la 'dilazione della risposta' perché ogni momento trascorso lontano dalle prostitute costituiva di per sé una grossa fonte di rinforzo che contribuiva ad incrementare il suo senso di autoefficacia e di autostima (Galeazzi e Meazzini, 2004).

Inoltre, per ridurre la probabilità di emissione del comportamento inadeguato è stato necessario soffermarsi sul costo della risposta che tale azione avrebbe comportato (giorno dopo).

Con l'obiettivo di rendere pienamente partecipe ed attivo il paziente, favorendone la percezione di sé come concreto agente del cambiamento, è stato essenziale alla risoluzione del suo disturbo la condivisione del modello transteorico del cambiamento che ha permesso di prevenire l'eventuale ricaduta (Prochaska e DiClemente, 1986).

Inoltre, è stata effettuata in sede di colloqui la ristrutturazione cognitiva dei pensieri negativi e delle credenze disfunzionali e la psicoeducazione sugli schemi disfunzionali per favorire la conoscenza dei meccanismi alla base del proprio funzionamento (conflitto riattiva schemi precoci maladattivi).

Diario del pensiero con analisi funzionale e ristrutturazione dei pensieri negativi e delle credenze disfunzionali che seguivano i litigi con la compagna.

ACT: accettazione degli eventi passati.

Preghiera della serenità (Signore, dammi la serenità di accettare le cose che non posso cambiare, il coraggio di cambiare quelle che posso e la saggezza di comprendere la differenza), del programma di N/A a mò di flash card con lo scopo di uscire dalla logica dell'onnipotenza e dell'autocommiserazione (sono tutto Vs. non sono nulla).

3. Skill training proposto all'interno della terapia dialettico-comportamentale di Marsha Linehan (2001)

Il training delle abilità assertive ha aiutato il paziente a potenziare delle capacità di efficacia interpersonale.

Inoltre, il trattamento psicoterapeutico si è concentrato sull'aumento delle abilità di regolazione emozionale, mediante l'utilizzo di role-playing.

Ciò ha permesso a Giulio di imparare ad identificare e comprendere le proprie emozioni, specie quelle più intense come il dolore e la rabbia facendo attenzione a come queste possano influenzare il proprio comportamento e la capacità di gestione delle stesse.

Lavorando sulle emozioni il paziente si è percepito meno vulnerabile nel padroneggiarle ed ha gradualmente incrementato il suo livello di autostima ed autoefficacia.

La possibilità di verificare che le emozioni da lui provate non erano sempre disadattive ed inappropriate al contesto gli ha permesso di esprimerle in un ambiente protetto e non giudicante.

Un punto importante della psicoterapia è stato favorire una maggior tolleranza della sofferenza e all'angoscia, in quanto è stata promossa la possibilità di sperimentare e vivere i propri pensieri, emozioni e comportamenti senza pretendere che siano diversi e senza necessariamente reprimerli, modificarli o disapprovarli.

In quest'ottica sono state sviluppate abilità nucleari di mindfulness attraverso la pratica dello 'scan corporeo' al fine di acquisire abilità funzionali stabili quali ad esempio togliere le aspettative, imparare a non giudicare l'esperienza, apprendere che i pensieri sono solo pensieri, senza volere che le cose siano diverse da come sono.

Giulio ha sempre portato avanti gli 'homework' a casa una volta al giorno, registrando su un diario eventi significativi negativi, ciò che gli accadeva a livello cognitivo ed emotivo e ciò che il paziente percepiva.

Esito della terapia: Follow-up a 3, 6 e 12 mesi

Giulio riferisce di sentirsi soddisfatto di se stesso e della sua vita. Non ha più un'immagine totalmente negativa di sé e non percepisce il mondo esterno così minaccioso e le relazioni con gli altri potenzialmente lesive ed ostili.

Non ha mai più frequentato una prostituta.

Riferisce di non avere più pensieri ossessivi pervasivi.

Continua gli esercizi dello scan corporeo 2 o 3 volte la settimana.

Ha assunto l'incarico di tesoriere in N/A.

Ha iniziato una convivenza con la sua compagna, la quale aspetta un bambino.

Si prende cura di sé (esami diagnostici della carica virale dell'HCV, sport, alimentazione sana e regolare).

Bibliografia

- American Psychiatric Association APA (2001). *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.
- Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A. (2004). *Disturbo di panico e agorafobia. Manuale per chi soffre del disturbo*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Bagby R.M., Parker J.D., Taylor G.J. (1994). The 20 item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38: 23-32.
- Bierer L.M., Yehuda R., Schmeidler J., Mitropoulou V., New A.S., Silverman J.M., Siever L.J. (2003). Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr*, 8: 737-754.

- Bonenti D., Meneghelli A. (2005). *Assertività e training assertivo*. Milano: FrancoAngeli.
- Bulli F., Melli G. (2010). *Mindfulness & acceptance in psicoterapia: la terza generazione della Terapia Cognitivo-Comportamentale*. Firenze: Eclipsi.
- Burns D.D. (1980). *Feeling Good: The New Mood Therapy*. London: Paperback.
- Cloninger C.R., Svrakic D.M., Przybeck T.R. (2000). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 975-990.
- Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. (1973). SCL-90: An outpatient rating scale, preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9: 13-28.
- Fedrigli M. (2007). Brevi riflessioni circa i possibili meccanismi cognitivi della mindfulness. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 13(2).
- Fonagy P., Target M., Gergely G. (1999). Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. *Psychiatr Clin North America*, 23: 103-122.
- Galeazzi A., Meazzini P. (2004). *Mente e comportamento. Trattato italiano di psicoterapia cognitivo-comportamentale*. Firenze: Giunti.
- Gambrill E.D., Richey C.A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6: 500-561.
- Giannantonio M., Boldorini A.L. (2007). *Autostima assertività e atteggiamento positivo. I fondamenti e la pratica della crescita personale*. Salerno: Ecomind.
- Gilbert P. (2009). Mente evoluta e compassione nella relazione terapeutica. In: Gilbert P., Leahy R. (a cura di). *La relazione terapeutica in terapia cognitivo comportamentale* (pp. 123-164). Firenze: Eclipsi.
- Gunderson J. G., Frank A.F., Ronningstam E.F., Wachter S., Lynch V.J., Wolf P.J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 177: 38-42.
- Kassel J.D., Wardle M., Roberts J.E. (2007). Adult attachment security and college student substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32: 1164-1176.
- Koenigsberg H.W., Harvey P.D., Mitropoulou V., Schmeidler J., New A.S., Goodman M., Silverman J.M., Serby M., Schopick F., Siever L.J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *Am. Journal of Psychiatry*, 159: 784-788.
- Lieb K., Zanarini M.C., Schmahl C., Linehan M.M., Bohus M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364: 453-461.
- Linehan M.M. (2001). *Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Majani G., Callegari S. (1998). *Sat-p. Satisfaction Profile. Soddisfazione soggettiva e qualità della vita*. Trento: Erickson.
- Miller W.R., Rollnick S. (2004). *Il colloquio motivazionale: preparare la persona al cambiamento*. Trento: Erickson.
- Narcotici Anonimi (1997). *Narcotici Anonimi*. California, USA: NA World Services Inc.
- Piccone Stella S. (2002). *Droghe e tossicodipendenza*. Bologna: il Mulino.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller W.R., Heather N. (Eds.). *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum Press.
- Sanavio E., Bertolotti G., Michielin P., Vidotto G., Zotti A. (1986). *CBA-2.0 Scale primarie*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Seligman M. (1996). *Imparare l'ottimismo*. Firenze: Giunti.
- Sperry L. (2004). *I disturbi di personalità*. Milano: McGraw-Hill.
- Spitzer R.L., Williams J.B., Gibbon M., First M.B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): history, rationale and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8): 624-9.
- Young J., Klosko J. (1994). *Reinventare la tua vita*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Young G.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. (2007). Schema Therapy, la terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità. Firenze: Eclipsi.
- Zimmerman G.L., Olsen C.G., Bosworth M.F. (2000). A 'stages of change' approach to helping patients change behavior. *Am Fam Physician*, Mar 1, 61(5): 1409-16.

Sindrome di Steinert e dipendenza da internet: valutazione e trattamento di un caso clinico

Roberto Calabria*, Antonella Sabatino**, Chiara Lirangi***

SUMMARY

■ *The clinical case of our interest is a 33-year-old subject, which we will call M.R., suffering from Steinert's syndrome, progressive, genetic and multi-systemic disorder that leads to myotonia, weakness and muscular atrophy. M.R. is a case of particular interest as it also presents a social phobia that leads to a strong isolation, accompanied by a dependence on the Internet and video games, therefore we hypothesize a Hikikomori's syndrome, leaving open the question on the possible correlation with the Steinert' Syndrome, being the first, complication of the second.* ■

Keywords: *Steinert's Syndrome, Isolation setting, Hikikomori's Syndrome, Social phobia, Therapeutic relationship.*

Parole chiave: *Sindrome di Steinert, Isolamento, setting, Sindrome di Hikikomori, Fobia sociale, Relazione terapeutica.*

La Sindrome di Steinert, altrimenti nota come Distrofia Miotonica di tipo 1, è un disordine progressivo, genetico e multisistemico, a trasmissione autosomica dominante, causata dall'espansione di una tripletta di nucleotidi instabili (CTG) (Turner & Hilton-jones, 2014).

Le caratteristiche cliniche della Sindrome di Steinert sono miotonia, debolezza e atrofia che colpiscono in particolar modo il viso e gli sterno mastoidi, inoltre la debolezza colpisce i muscoli distali piuttosto che quelli prossimali e viene accompagnata da opacità del cristallino, calvizie frontale, cardiomiopatia, cambiamenti endocrini e ossei e, nei pazienti di sesso maschile, atrofia gonadica (K. Sermon, W. Liessens, H. Joris, S. Seneca, S. Desmytere, P. Devroey & Liebaers, 1997).

Tale patologia è spesso associata a morte prematura con una vita media che si attesta attorno ai 54 anni, ed è causa di complicanze cardiorespiratorie.

Oltre ai risvolti clinici caratteristici causati dalla Sindrome di Steinert, ossia quelli prettamente muscolo-scheletrici, riscontriamo importanti disturbi a livello cardiaco quali tachiaritmie, disfunzione progressiva del ventricolo destro e ischemie cardiache. Da un punto di vista neurologico e psichiatrico, la Distrofia Miotonica di tipo 1 provoca sovente una progressiva degenerazione cognitiva e intellettuale, inoltre sono presenti importanti disfunzioni endocrine che coinvolgono la tiroide, il pancreas, l'ipotalamo, le gonadi e, di più recente scoperta, le paratiroidi (Turner & Hilton-jones, 2014).

È di fondamentale importanza nel trattamento di tale patologia il monitoraggio dei sintomi caratteristici e di quelli collaterali.

* Direttore f.f. U.O.C. Ser.D. ASP Cosenza.

** Educatore professionale U.O.C. Ser.D. ASP Cosenza.

*** Psicologa clinica tirocinante.

Il caso clinico di nostro interesse è un soggetto di sesso maschile di 33 anni, che chiameremo M.R.

Il soggetto si presenta presso il Ser.D. di Cosenza accompagnato dai familiari, il papà e una zia, i quali lamentano un isolamento del congiunto che si protrae per più ore al giorno con dipendenza da computer, nello specifico da videogiochi.

L'utente appare ad un esame obiettivo sottopeso, con un'evidente distrofia muscolare e compromissione del linguaggio.

Riferisce di aver effettuato circa dieci anni fa un intervento mascellare con discreto miglioramento della fonetica.

I sintomi riscontrati sembrano essere perfettamente compatibili con una diagnosi di Sindrome di Steinert, confermata successivamente dai familiari.

La ragione primaria per cui M.R. viene condotto presso il servizio è la forte dipendenza tecnologica che lo rende schivo e isolato nel suo mondo, costituito esclusivamente da computer e videogiochi.

A tal proposito, la recente letteratura si è fatta carico di questo nuovo particolare tipo di dipendenza anche definita dipendenza senza sostanza.

Gli effetti psicologici, ma soprattutto i risvolti psicosociali, vengono oggi ampiamente indagati: ciò che si modifica non è esclusivamente lo stile di vita ma è la realtà cognitiva che subisce i cambiamenti più radicali, assieme all'affettività (La Barbera & Mulè, 2010).

Questo nuovo tipo di dipendenza è caratterizzata da comportamenti leciti e socialmente accettabili, assumono però caratteristiche patologiche laddove sovrviene la compromissione anche delle più semplici attività quotidiane, causata da una totale perdita di controllo sulla frequenza di ripetizione della condotta in esame (Mangiaracina et al., 2011).

Ne consegue in particolare un estremo ritiro sociale che è uno dei risvolti su cui maggiormente viene posta l'attenzione, a tal

proposito lo psichiatra Saito definisce nel 1998 una nuova sindrome, caratterizzata da una forma particolare di ritiro sociale ampiamente diffusa in Giappone a cui da il nome di "Hikikomori", letteralmente "stare in disparte, ritiro" (Ranieri, n.d.).

La sindrome di Hikikomori colpisce prevalentemente adolescenti e giovani adulti, affetti da una forte fobia sociale e scolare con conseguente abbandono degli studi, ritmo circadiano invertito, apatia e autosegregazione negli spazi familiari al fine di evitare contatto visivo diretto che viene veicolato verso fonti eterogenee, quali supporti audiovisivi (Ranieri, n.d.).

Il fenomeno in esame, osservato inizialmente nelle popolazioni asiatiche, ha trovato terreno fertile anche in occidente, diffondendosi a macchia d'olio fra i giovani adulti, i quali sembrano preferire sempre di più un mondo virtuale a quello reale.

A tal proposito ci è sembrato sin da subito opportuno valutare in M.R. quanto presente e forte fosse questo ritiro dal mondo sociale, sostituito da una tecnologia da cui, secondo quanto riferito dai familiari, difficilmente riesce a distaccarsi.

Decidiamo di fissare un primo appuntamento con M.R. che arriva puntuale rispetto all'orario concordato, ad un primo esame obiettivo appare ben curato nell'aspetto e nell'igiene e ben predisposto ad essere aiutato.

Da ciò che ci riferisce si evince un quotidiano povero di attività consone ad uno stile di vita convenzionalmente congruo.

Sotto nostra sollecitazione risponde alle domande che gli vengono poste ma non riesce ad assumere un'autonomia relazionale. Supponiamo quindi che il ritiro sociale e l'evitamento di qualsiasi forma di contatto esterno a quello familiare sia una conseguenza della Sindrome di Steinert. Successivamente al primo colloquio ci proponiamo di formulare un progetto rieducativo volto al recupero delle abilità residue dopo aver stabilito una buona relazione empatica.

M.R. ha iniziato così un percorso psico-educativo e di counseling medico i cui obiettivi sono volti al recupero, in tutte le dimensioni personali sia all'interno del contesto familiare che di quello sociale.

A tale proposito il percorso terapeutico al servizio ha individuato delle tecniche d'intervento indirizzate alla definizione di un concreto miglioramento del quotidiano.

I principi operativi alla base della realizzazione del programma si proponevano di considerare:

- A) un periodo di raccolta dati;
- B) un periodo di osservazione per la valutazione delle attività attinenti alle capacità riferite dal ragazzo e definizione dei tempi necessari al progetto riabilitativo;
- C) analisi di vincoli e risorse.

Terapia

La chinina ha una modesta azione curaro-simile a livello della placca motoria terminale, e quindi allevia la miotonia.

Nonostante si ottenga di solito un certo sollievo sintomatico della miotonia, il farmaco non ha effetto sulla progressione dell'atrofia muscolare o su altri aspetti degenerativi della distrofia miotonica. La dose usuale è di 0.3-0.6 gr per bocca, ripetuta al bisogno ogni 6 ore circa.

Talvolta anche la procainamide (0.5-1 gr per 4 volte al giorno) e la fenitoina vengono usate per alleviare la miotonia, anche nei pazienti con pace-maker.

La chinina e la procainamide rallentano la conduzione attraverso il nodo atrio-ventricolare, mentre la fenitoina non ha questo effetto.

Dopo circa due mesi di colloqui l'utente ha mostrato regolarità nel presentarsi agli incontri prefissati, ed ha riferito di assumere la terapia farmacologica psichiatrica assegnatagli.

Si è ipotizzata per lui una terapia occupazionale che partendo dalle abilità personali, quali la conoscenza del mondo informatico. Svolge un periodo di volontariato presso un centro diurno per disabilità cognitive, dove si occupa di iniziare i ragazzi all'uso del computer, ciò ha come fine ultimo quello di far sentire ad M.R. la vicinanza con l'altro in un rapporto di scambio cognitivo ed emotivo reciproco.

Nel corso delle attività ha mostrato un buon grado di attinenza ad un modello comportamentale consono alle direttive del programma in corso.

Sebbene l'eloquio non risultasse fluido si è delineata la volontà del soggetto a recuperare un parziale adattamento sociale.

Conclusioni

Nel corso del nostro ultimo colloquio constatiamo un miglioramento delle condizioni generali. M.R. comunica di sentirsi accettato nel gruppo all'interno del centro diurno, e di percepire la sua utilità sociale.

Sebbene con un lento decorso, il progetto si conclude con una valutazione positiva della relazione d'aiuto.

Tale progetto è però da ritenersi un primo passo verso una più completa riabilitazione sociale futura.

Ci proponiamo di lasciare aperto il quesito inerente la concomitanza della Sindrome di Steinert con l'isolamento sociale.

Meritevole di ulteriori approfondimenti è l'eventuale correlazione fra la distrofia miotonica di tipo1 e la sindrome di Hikikomori, potendo essere, la seconda, complicanza della prima.

Bibliografia

- Sermon K., Liessens W., Joris H., Seneca S., Desmyttere S., Devroey P., A.V.S.A., Liebaers I. (1997). Clinical application of preimplantation diagnosis for myotonic dystrophy. *PRENATAL DIAGNOSIS*, 932: 925-932.
- La Barbera D., Mulè A. (2010). Dipendenze tecnologiche e da Internet in adolescenza. *Quaderni Italiani Di Psichiatria*. <https://doi.org/10.1016/j.quip.2010.04.003>.
- Mangiaracina G., Barili F., Nuti M., Coraci A., Abazi L., Mangiaracina L. (2011). *Nuove dipendenze: dalla relazione oggettuale al collezionismo patogeno*. New dependencies: from the objectual relationship to the collecting disease.
- Ranieri F. (n.d.). *Quando il ritiro sociale degli adolescenti diventa estremo: il fenomeno degli "Hikikomori" in Italia*.
- Turner C., Hilton-Jones D. (2014). *Myotonic dystrophy?: diagnosis, management and new therapies*, 599-606. <https://doi.org/10.1097/WCO.000000000000128>.



Calendario 2018 - Eventi formativi FeDerSerD

CONGRESSO NAZIONALE
IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OUTCOME NELLA CLINICA DELLE DIPENDENZE: METODI E STRATEGIE PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE
Sede e Data: ROMA – OTTOBRE 2018
Il Congresso si pone l'obiettivo di definire, in chiave moderna ed innovativa, gli outcome clinici dei Ser.D., partendo da quello che rappresenta il forte mandato istituzionale dei Servizi e che è chiaramente definito dalle norme sia nazionali che regionali.
CONGRESSI MACRO-REGIONALI
I TRATTAMENTI FARMACOLOGICI NEL PROCESSO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO DEL CONSUMATORE DI SOSTANZE: PROSPETTIVE ED INNOVAZIONE NEI NUOVI SCENARI E STILI DI CONSUMO
Sede e Data: FIRENZE – Centro Congressi Hotel LONDRA – 23 MARZO 2018
Il Convegno si pone l'obiettivo di presentare come i trattamenti farmacologici delle dipendenze si sono evoluti negli ultimi anni ma soprattutto di declinare i nuovi significati che i trattamenti possono avere nei processi di presa in carico del consumatore di sostanze, con e senza co-morbilità, e gli impatti che i diversi trattamenti farmacologici possono avere sui diversi stili e modalità di consumo.
LA COMORBILITÀ NELLA CLINICA DELLA DIPENDENZA: RUOLO E CENTRALITÀ DEI SER.D. NELLA PRESA IN CARICO DEL CONSUMATORE PROBLEMatico
Sede e Data: MILANO – Centro Congressi Hotel MICHELANGELO – 18 MAGGIO 2018
Il Convegno affronterà il tema delle co-morbilità nella clinica delle dipendenze: intendendo sia quelle psichiatriche (incluso tutte le fasi del ciclo della vita) che quelle internistiche-infettivologiche.
LA PRESA IN CARICO PRECOCE DEL CONSUMATORE DI SOSTANZE: MODELLI, STRATEGIE PER UNA NUOVA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE
Sede e Data: NAPOLI – GIUGNO 2018
Il Convegno affronterà il tema della presa in carico precoce del consumatore di sostanze cercando di delineare modelli e strategie operative da applicare nell'organizzazione dei Servizi. In particolare, il convegno, partendo da una analisi dei bisogni e dell'evoluzione dei consumi, proverà ad ipotizzare delle nuove modalità operative in grado di intercettare i nuovi consumatori, come quelle basate sugli outreach programs e/o le azioni di prevenzione ed intercettazione sul territorio di tipo "decentrato".
L'ALCOLISTA NEL SERVIZI PER LE DIPENDENZE: COME SCEGLIERE I PERCORSI ED I TRATTAMENTI IN BASE ALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE
Sede e Data: NUORO (SARDEGNA) – SETTEMBRE 2018
Il convegno affronterà il tema estremamente importante, ma nello stesso tempo a volte negletto, del ruolo dei Ser.D. nella presa in carico del paziente alcolista. In particolare, il convegno approfondirà la scelta dei percorsi e dei trattamenti per il paziente alcolista, affrontando il tema del ruolo dei trattamenti farmacologici nel processo terapeutico-riabilitativo alla luce delle più moderne evidenze scientifiche.
LA TERAPIA OPIACEA PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE: IL RUOLO DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE PER IL MIGLIORAMENTO DELL'EFFICACIA E DELLA SICUREZZA DEI TRATTAMENTI
Sede e Data: PALERMO (SICILIA) – NOVEMBRE 2018
Il Convegno affronterà il tema dell'incremento, anche nel nostro Paese, delle forme di abuso e misuso dei farmaci per il trattamento del dolore e come i Servizi per le Dipendenze possono da una parte ridurre nella popolazione generale trattata con i farmaci oppiacei per il dolore eventuali forme di uso problematico e dall'altra come possono sviluppare strategie efficaci per la presa in carico di soggetti con forme di dipendenza da questa classe di farmaci.

CARTA dei SERVIZI



CARTA DEI SERVIZI DEI PAZIENTI NELLE CONDIZIONI CLINICHE DI COMORBILITÀ TRA DISTURBI MENTALI E DISTURBI DA USO DI SOSTANZE E ADDICTION (“DOPPIA DIAGNOSI”)

Nell'ambito delle iniziative volte alla definizione di buone pratiche clinico – assistenziali e messa a punto di linee guida finalizzate alla formazione degli operatori ed alla fruizione di indicazioni cliniche il più possibile standardizzate e uniformi, le Società Scientifiche di settore rivestono un ruolo di primaria importanza avendo la possibilità di declinare i contenuti della ricerca scientifica sulla base delle esperienze condivise sviluppate nel tempo a partire dalle attività terapeutico-assistenziali con i pazienti.

Per i Servizi, inoltre, una necessità primaria da soddisfare implica la possibilità di avere costantemente indicazioni coerenti con le realtà operative esistenti e praticabili nel real world e non di ricevere soltanto indicazioni che, pur corrette sul piano teorico, prescindono dalle situazioni logistiche, operative e di risorse a disposizione dei Servizi chiamati ad applicarle.

In questo senso le Società Scientifiche sottoscrittrici di questo documento evidenziano primariamente due elementi di fondo ritenuti imprescindibili:

- i pazienti, minorenni ed adulti, ed i loro familiari hanno diritto ad avere Servizi e percorsi specialistici organizzati e sviluppati in modo da garantire risposte specifiche e personalizzate, appropriate ai loro bisogni;
- le Aziende Sanitarie devono garantire assetti organizzativi e risorse, soprattutto di personale, per erogare le prestazioni previste dai LEA e implementare percorsi di cura specialistici, per tipologia assistenziale ed intensità di cura, secondo criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa, nonché conoscere e monitorare il numero e le caratteristiche dei pazienti del proprio territorio di riferimento.

Nell'ambito di una cornice operativa definita a partire dai due punti precedenti:

I Servizi delle Dipendenze, i Servizi di Salute Mentale degli adulti e i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza impegnano la loro attività sulla

specificità e appropriatezza degli interventi, sulla centralità della persona nonché sulla lotta allo stigma.

Il diritto di cura e la sua esigibilità sono strettamente correlati al riconoscimento sociale di queste patologie ed alla non discriminazione delle persone malate; tutto ciò può avvenire solo all'interno di un patto sociale che assicuri la tutela della salute dei singoli, l'inclusione sociale delle persone più fragili ed il coinvolgimento e supporto alle famiglie coinvolte in queste problematiche. Lo stigma sociale che accompagna le patologie psichiatriche e da dipendenza/addiction incrementa la vergogna, la solitudine, la sofferenza delle persone malate e dei loro familiari, ritarda la richiesta di aiuto e di cura, aumentando enormemente il rischio di aggravamento e di cronicizzazione, nonché i costi per il singolo e per la collettività.

SUPERAMENTO DEL CONCETTO DI DOPPIA DIAGNOSI

Si ritiene necessario superare, alla luce dello sviluppo delle conoscenze sul tema e della definizione di più appropriati criteri diagnostici, le definizioni del quadro clinico che rischiano di indurre una visione “frammentaria e segmentata per competenze” della stessa persona che ne è affetta. A tal proposito, l'evoluzione delle conoscenze disciplinari, l'esperienza clinica maturata dai professionisti e le storie dei pazienti impongono una necessaria evoluzione culturale nei diversi Servizi, a partire dalla condivisione di un diverso linguaggio.

DIAGNOSI E VALUTAZIONE DIAGNOSTICA MULTIDIMENSIONALE

I pazienti hanno diritto ad una valutazione diagnostica accurata, multiprofessionale e approfondita rispetto alle diverse aree funzionali. La persona è una ed indivisibile: l'approccio diagnostico deve pertanto essere integrato ed orientato a definire una valutazione specialistica interdisciplinare.

CARTA dei SERVIZI

PRESA IN CARICO INTEGRATA**DA PARTE DEI SERVIZI**

I pazienti hanno diritto, in coerenza con la valutazione diagnostica effettuata, ad una presa in carico terapeutico-riabilitativa integrata da parte dei Servizi per le Dipendenze, dei Servizi Psichiatrici e dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Tale percorso di cura dovrà svilupparsi nel tempo in linea con la complessità e l'intensità del bisogno. All'interno di questa strategia risulta essenziale il seguente approccio:

- Case Manager unico, individuato nel Servizio il cui intervento è prevalente;
- Diagnosi integrata multimodale come prima fase della presa in carico;
- Gestione dei casi con periodici confronti in équipe integrata.

MEDICINA D'INIZIATIVA**DIAGNOSI PRECOCE****VISITE DOMICILIARI CONGIUNTE**

Uno dei problemi più gravi è il tardivo accesso ai Servizi rispetto all'esordio di malattia. I pazienti soffrono di patologie che, talvolta e anche in funzione dello stigma sociale, li spingono a evitare il contatto con i Servizi, compromettendo sempre di più il loro stato di salute psicofisica e innescando processi sempre più profondi di perdita, deriva sociale e di marginalità.

I Servizi, proprio per contrastare il "sommerso", si impegnano pertanto a promuovere un approccio proat-

tivo, a favorire al massimo il riconoscimento precoce dei disturbi emergenti, anche sviluppando attività territoriali specifiche e congiunte, quali la domiciliarietà, nella logica dell'integrazione tra Servizi per le Dipendenze, i Servizi Psichiatrici e i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

RECOVERY

Si ritiene indispensabile un impegno ad allontanarsi da ogni approccio "paternalistico" tutoriale basato esclusivamente sui concetti di deficit, disfunzione, crisi, rischio, controllo sociale, sintomo, per orientarsi sempre più verso un modello a forte base diagnostica ma finalizzato all'incremento del funzionamento psicosociale, delle competenze e delle capacità relazionali del paziente e alla trasmissione di competenze al suo contesto di vita, promuovendo il benessere e contrastando ogni forma di discriminazione e di emarginazione sociale, nonché favorendo la sua massima autonomizzazione e il suo reinserimento sociale della persona.

FORMAZIONE CONGIUNTA

La formazione professionale congiunta tra Servizi Psichiatrici, Servizi per le Dipendenze e Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza è considerata elemento imprescindibile per sostenere e potenziare le strategie di integrazione operativa e clinica precedentemente esposte.

Roma, 24 ottobre 2017

Pietro Fausto D'Egidio

Presidente Nazionale FeDerSerD - Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze

Bernardo Carpiello

Presidente Nazionale SIP - Società italiana di Psichiatria

Maria Antonella Costantino

Presidente Nazionale SINPIA - Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza



ALCOVER®

sodio oxibato

175 mg/ml soluzione orale • flacone 140 ml corredato di misurino dosatore • 12 flaconi 10 ml

CLASSE H: Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - NRRL



Rinnovato il sito www.federserd.it

Nuovo e ricco di notizie e servizi, sul sito potrete trovare:

- Archivio completo di MISSION
- Archivio completo di FeDeSerD Informa
- Archivio completo della Newsletter on line Gambling
- Area Eventi

- Area news in evidenza
- News dalla Federazione
- News dal mondo delle dipendenze

E per i soci in aggiunta servizi, relazioni, atti congressuali, approfondimenti scientifici e documenti tecnici, chat.



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttivo Nazionale

- Pietro Fausto D'Egidio (presidente)
 Roberta Balestra (vicepresidente)
 Guido Faillace (segretario esecutivo)
 Alessandro Coacci e Alfio Lucchini (past president)
 Giancarlo Ardisson, Luigi Bartoletti,
 Rosalba Cicalò, Edoardo Cozzolino,
 Francesco De Matteis, Massimo Diana,
 Donato Donnoli, Giuseppe Faro, Mara Gilioni,
 Maria Luisa Grech, Debora Lagerer,
 Fernanda Magnelli, Antonella Manfredi,
 Nicola Marrollo, Felice Nava, Marco Riglietta,
 Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Paola Trotta,
 Concettina Varango, Franco Zuin,
 Margherita Taddeo

Comitato Scientifico Nazionale

- Felice Nava (direttore)
 Massimo Diana e Marco Riglietta (vicedirettori)

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **FeDeSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDeSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2018 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
 o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____
 NATO A _____ IL _____
 INDIRIZZO (personale) _____
 CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____
 TEL. _____ FAX _____ CELL. _____
 E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____
 TITOLO DI STUDIO _____
 DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____
 SPECIALIZZAZIONE _____
 POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____
 INDIRIZZO (lavorativo) _____
 TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____
 PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI
 IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2018
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2018
- a **FeDeSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**

_____ li ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDeSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)
 (allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____
 Visto per approvazione: Il Presidente _____