

Editoriale
Il ricordo di Rita Levi Montalcini 1

DOCUMENTO

“Studio di alcuni fattori psicopatologici e motivazionali connessi a comportamenti dopanti in campioni di popolazioni cliniche afferenti ai Ser.T. e non cliniche praticanti attività sportive non agonistiche”.
Alcuni risultati preliminari
Angelo De Giorgi, Maria De Finis, Matteo Giordano, Claudia Cammeo, Valeria Zavan, Maurizio Scaglia, Elena Milone, Luigi Bartoletti, Antonio Mosti, Federica Gobbi, Massimo Esposito, Gabriele Monaco, Gabriele Tosi, Antonello Bellomo, Annamaria Petito, Salvatore Iuso 8

AREA DIAGNOSTICA

Personalità e tossicodipendenza: dieci anni di assessment con il test MMPI-2 in un Ser.T. italiano
Firenzo Ranieri, Elisa Casini, Francesca Morabito, Valentina Cocci, Paolo E. Dimauro 17

AREA SANITÀ PUBBLICA

Le adulterazioni delle matrici che contengono droghe
Santo Gratteri, Susanna Melina, Loris Rivalta 55

Da una buona idea a una difficile realizzazione: “Progetto respirare bene per vivere sani”, un’esperienza in medicina generale
Valentina Meneghini, Ezio Manzato, Cristina Biasin, Giuseppe Romano, Vincenzo Scola, Pierluigi Godino 67

AREA CLINICA

Case Report
Alessandro Sumberaz, Gianni Testino 57

Analisi dei risultati del servizio Gioicarsponsabile: due anni di attività
Maurizio Fea, Alfio Lucchini 62

INTERVISTE

FeDerSerD alla Conferenza Mondiale delle Comunità Terapeutiche
Intervista con Mauro Cibir 78

LE RUBRICHE

Ad maiora
Raffaele Lovaste 3

Contaminazioni
Maurizio Fea 6

RECENSIONI 56, 59, 77

FeDerSerD/FORMAZIONE 66, 80

Premio Nazionale FeDerSerD 79

Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE



Il ricordo di Rita Levi Montalcini Presidente onorario di FeDerSerD

Il 30 dicembre la professoressa Rita Levi Montalcini ci ha lasciato. Come lo stesso giorno ho avuto modo di scrivere, unitamente al past president Alessandro Coacci, FeDerSerD si impegna a valorizzare il suo esempio nelle iniziative rivolte agli operatori del sistema delle dipendenze italiano. È inutile soffermarmi sulle incredibili doti di questa grande donna, premio Nobel per la Medicina e senatrice a vita della Repubblica. Preferisco ricordare le sensazioni della sua presenza quando nel 2002 la prof. Rita Levi Montalcini partecipò al nostro primo congresso nazionale a Villa Erba a Cernobbio. Aprendo i lavori dichiarò condivisione alle linee scientifiche proposte e accettò di essere Presidente onoraria di FeDerSerD: lì capimmo di essere sulla giusta via per il successo dei nostri sforzi nell’affermare la cultura e la pratica scientifica nel settore delle dipendenze in Italia. Gli elementi su cui concentrò la sua lezione furono l’importanza dello studio e della ricerca scientifica, l’attenzione al benessere delle nuove generazioni, il calare le nostre azioni nella realtà istituzionale e civile della Nazione. Grande l’attenzione che pose agli interventi di comunità, e nell’eterno dibattito sui filoni principali delle politiche sulle tossicodipendenze, ad impronta

- **La presenza di scene di alcol nei film e la frequenza di binge drinking fra gli adolescenti: uno studio trasversale europeo**
F. Faggiano, F. Mathis, D. Concina, D. Buscemi, T. Soldani, R. Hanewinkel
- **Il ruolo della motivazione al cambiamento in un gruppo di soggetti ricoverati presso un reparto di riabilitazione alcolologica**
M. Brero, P. Vizzuso, M.E. Boero, F. Pantone, A. Jaretti Sodano
- **Il trattamento dei disturbi d’ansia nell’alcolismo**
E. Manzato, F. Nava, C. Biasin, G. Cifelli, G. Manzato, S. Rosa, G. D’Agostini

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”, Anno III, n. 12

Mission

PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

FrancoAngeli

ANNO X, 2012 - N. 36

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

Giancarlo Ardissonne, Francesco Auriemma, Roberta Balestra, Giuseppe Barletta, Emanuele Bignamini, Claudia Carnino, Paolo Castorina, Francesco Castracane, Alessandro Coacci, Gianni Cordova, Edoardo Cozzolino, Antonio d'Amore, Pietro Fausto D'Egidio, Francesco De Matteis, Adele Di Stefano, Donato Donnoli, Maurizio Dorsi, Guido Faillace, Maurizio Fea, Michele Ferdico, Mara Gilioni, Bernardo Grande, Claudio Leonardi, Raffaele Lovaste, Alfio Lucchini, Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Vincenzo Marino, Marcello Mazzo, Antonio Mosti, Felice Nava, Maria Chiara Pieri, Roberto Pirastu, Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Vincenzo Simeone, Lorenzo Somaini, Cristina Stanic, Giovanni Villani, Franco Zuin

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone, Giovanni Strepparola, Cinzia Assi

Sede operativa e Redazione Mission

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

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Imagine & Arti Grafiche Colombo s.r.l.,
Gessate (Mi)

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. Milano
Poste Italiane Spa - 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 15 marzo 2013

Edizione fuori commercio

Tiratura: 6.500 copie

ISSN 2037-4798



punitiva o psico relazionale, la professoressa argomentò la preferenza per il secondo modello come aiuto alle persone.

Rita Levi Montalcini sottolineò poi l'importanza degli studi sul cervello: "Bisogna far conoscere a chi usa le droghe come queste agiscono sul suo cervello: infatti le conoscenze sulla plasticità neuronale insegnano molto su come si possa curare la tossicodipendenza".

E, a sorpresa, la professoressa si soffermò a commentare un decreto ministeriale di riordino dei servizi del giugno 2002, affermandone un possibile sviluppo: "Ritengo che arrivare alla realizzazione di una Unità Dipartimentale in cui Servizi Pubblici e Comunità lavorino insieme per il recupero del tossicodipendente sia molto positivo".

Riflettano i politici, le istituzioni, i manager della sanità che leggono!!!



(da Mission n. 4/2002)

In questi undici anni FeDerSerD ha incrociato la sua presidente onoraria sulle cose che per lei contavano nell'attualità: l'aiuto ai giovani ricercatori e l'impegno della sua Fondazione per il riscatto culturale delle donne africane, assicurando la vicinanza degli operatori tutti a queste battaglie di civiltà.

Ho letto recentemente queste parole di Rita Levi Montalcini "La mia vita è stata una sequenza di enormi crisi. Tutte si sono risolte a mio favore. Ogni crisi mi ha portato più in alto".

Una testimonianza della sua tenacia, un viatico per tutti noi e una speranza per questa nostra Nazione.

(AL)

Ad maiora

Raffaele Lovaste

Innanzitutto vorrei ringraziare tutti i colleghi che, informalmente, mi hanno comunicato il loro apprezzamento per questa rubrica.

Mi auguro che l'interesse per l'argomento cresca sempre di più e che un piccolo stimolo possa innescare il circolo virtuoso del miglioramento continuo dell'organizzazione dei nostri servizi.

In questo numero vorrei proporre un modello di job profile per la figura professionale di infermiere in un Ser.D. separando la figura del coordinatore da quella del professional.

A mio parere gli infermieri avrebbero bisogno di acquisire una maggiore visibilità all'interno dei servizi e in FeDerSerD per l'importante lavoro quotidianamente svolto in tutti i processi di cura.

Avrebbero bisogno di "uscire" dagli ambulatori dedicati alla somministrazione dei farmaci. Avrebbero bisogno di opportunità per applicare le competenze acquisite nei loro corsi universitari. Gli infermieri sono una risorsa che se opportunamente valorizzata migliora significativamente l'organizzazione di un servizio. Iniziamo con la scheda per un infermiere coordinatore. Per poter svolgere con eccellenza questo ruolo il professionista coinvolto deve avere particolari conoscenze e competenze.

JOB PROFILE Infermiere coordinatore		
REALIZZATO DA	APPROVATO DA:	UNITÀ ORGANIZZATIVA: Ser.D. di

TITOLO DELLA POSIZIONE: INFERMIERE

REQUISITI PROFESSIONALI RICHIESTI	
TITOLO DI STUDIO	Laurea in infermieristica o titolo equipollente
FORMAZIONE SPECIFICA	Master in funzioni di coordinamento o Laurea Specialistica Scienze Infermieristiche ed ostetriche
ABILITAZIONI/ISCRIZIONI	All'esercizio della professione infermieristica
ANNI DI ESPERIENZA NEL RUOLO	Non richiesti ma graditi
ANNI D'ESPERIENZA NEL SETTORE	Non richiesti ma graditi

DIMENSIONE DELLA POSIZIONE

POSIZIONE DEL RESPONSABILE AL QUALE RIPORTA	Direttore Ser.D.
NUMERO COLLABORATORI DIRETTI E LORO INQUADRAMENTO	Indicare numero e tipologia

SCOPO DELLA POSIZIONE

<p>Programmare, coordinare e controllare gli interventi d'area infermieristica attivati dai collaboratori diretti.</p> <p>Integrare l'attività complessiva dell'area infermieristica con le altre aree del Servizio promuovendo un clima collaborativo.</p> <p>Lavorare con il vertice strategico al governo clinico dell'organizzazione.</p> <p>Raccogliere e diffondere informazioni utili al governo clinico dell'organizzazione fra i collaboratori diretti.</p> <p>Gestire in autonomia le prestazioni e gli interventi d'area infermieristica relativamente ai pazienti direttamente seguiti.</p>

Questa prima parte della scheda serve a declinare i requisiti di legge necessari per svolgere questa mansione e a posizionare il professionista nell'ambito della gerarchia interna del Ser.D.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ	
MACRO AREE DI ATTIVITÀ	ATTIVITÀ / RESPONSABILITÀ
Governo clinico	Nell'attuazione di tutte le attività previste è responsabile: del rispetto della legislazione corrente, delle disposizioni aziendali e di servizio e di tutte le decisioni prese in autonomia.
Turnistica	Predisposizione della turnistica, per la presenza in servizio, le assenze programmate e l'aggiornamento professionale dei collaboratori diretti.
Valutazione periodica	Attuazione della valutazione periodica dei collaboratori diretti. Predisposizione di piani di sviluppo professionale individuale dei singoli collaboratori diretti e dell'area. Monitoraggio dell'attività e supporto clinico ai colleghi attraverso una costante azione di coinvolgimento motivazione, sostegno e guida.
Controllo di gestione	Monitoraggio dell'attività dell'area in termini di prestazioni, interventi specialistici erogati e pazienti seguiti. Monitoraggio dell'equa distribuzione del carico di lavoro fra i collaboratori diretti rispettando le rispettive aree funzionali e d'interesse. Monitoraggio dei costi di produzione degli interventi specialisti erogati dall'area.
Integrazione professionale con le altre aree	Predisposizione e monitoraggio dei processi utili all'integrazione dell'area infermieristica con le altre aree professionali del Ser.D. in particolare con l'area medica.

Questa parte dell'attività/responsabilità è di natura manageriale e rappresenta uno degli elementi che caratterizzano l'importante ruolo di coordinamento che, il professionista, viene chiamato a svolgere.

Attività clinica	Nell'attuazione di tutte le attività previste è responsabile: del rispetto della legislazione corrente, di tutti gli atti assistenziali e medico legali attuati e della corretta e completa compilazione e tenuta del fascicolo personale del paziente.
Attività professionali specifiche	Sono le stesse previste per qualsiasi infermiere per cui si fa riferimento alla scheda specifica.

Per il commento si fa riferimento alla scheda del professional.

RESPONSABILITÀ ACCESSORIE

È responsabile, per la parte di competenza, degli obiettivi, di budget o di ricerca in cui è coinvolto.

RELAZIONI INTERFUNZIONALI, INTERNE ED ESTERNE	
RUOLO & COLLEGAMENTI	OBIETTIVO – RISULTATO – SCOPO DEI COLLEGAMENTI
Collegamento con il vertice strategico del Servizio	L'obiettivo è la strutturazione di un efficace lavoro di squadra. Il risultato è l'integrazione degli interventi di area infermieristica con l'area psicologica, medica, sociale ed amministrativa. Lo scopo è il governo clinico del Ser.D.
Collegamento con le altre U.O. dell'USL e con le altre agenzie territoriali con cui sono attivi interventi di collaborazione	L'obiettivo è la strutturazione di interventi di rete intra aziendali e territoriali. Il risultato è la collaborazione con le altre U.O. dell'USL e con le altre agenzie territoriali. Lo scopo è l'integrazione delle attività.

Questa parte della scheda delinea ulteriori aspetti manageriali del ruolo di coordinatore non legati direttamente alla erogazione di interventi specialistici.

PROFILO CONOSCENZE (sapere)	
Management	Leadership, organizzazione, controllo di gestione, analisi dei costi, efficienza produttiva ed allocativa, valutazione dell'efficacia.
Conoscenze professionali specifiche	Sono le stesse previste per qualsiasi infermiere per cui si fa riferimento alla scheda specifica.

Questa parte della scheda elenca le conoscenze indispensabili che un coordinatore infermieristico deve avere per lavorare in un

Ser.D. Nella scheda relativa al singolo servizio è opportuno fornire in aggiunta i riferimenti bibliografici da cui attingere queste nozioni.

PROFILO SKILL ESSENZIALI (saper fare)	
Su richiesta possono essere fornite le indicazioni bibliografiche di supporto	
Governo clinico ed organizzativo	Strutturazione di tutte le attività e procedure necessarie al governo clinico ed organizzativo dell'area.
Analisi benchmarking e implementazione di procedure	Analizzare e confrontare metodologicamente le attività infermieristiche per costruire protocolli e procedure basate sull'evidenza e implementarle.
Potenziare il significato del lavoro infermieristico	Promuovere il contributo dell'assistenza infermieristica verso i pazienti/utenti e verso i risultati organizzativi. Designare i ruoli che hanno decisionalità discrezionale, visibilità e che sono rilevanti nei processi chiave organizzativi. Creare l'accesso alla rete di alleanze interne ed esterne all'organizzazione.

PROFILO SKILL GRADITE (saper fare)	
Su richiesta possono essere fornite le indicazioni bibliografiche di supporto	
Informatizzazione	Conoscenza approfondita e buon utilizzo degli strumenti informatici per l'elaborazione dei dati statistici e di controllo di gestione.
Gestione dei conflitti	Conoscenza e applicazione delle tecniche per la gestione dei conflitti.
Tecniche di comunicazione negli interventi di prevenzione primaria	Conoscenza e applicazione delle tecniche più accreditate sulla strutturazione e sulla comunicazione dei messaggi di prevenzione primaria rivolta ad una popolazione target adulta ed adolescente.

Questa parte della scheda descrive le skill indispensabili di un coordinatore infermieristico per poter lavorare in un Ser.D. Le "gradite" rappresentano il valore aggiunto alla professionalità che fa la differenza in tante occasioni di lavoro.

PROFILO COMPETENZE (saper essere)	
CONS Consapevolezza organizzativa	<i>La capacità di comprendere ed apprendere le relazioni di potere all'interno dell'organizzazione propria o di altri. La capacità di identificare i reali decisori o coloro i quali possono influenzare le decisioni. Prevedere in che modo nuovi eventi e situazioni avranno effetto sugli individui e su i gruppi dell'organizzazione. Comprende il clima e la cultura: riconosce i vincoli organizzativi anche non esplicitati; ciò che è o non è possibile fare in certe posizioni o in certe situazioni. Riconosce cultura, valori linguaggio ecc. dell'organizzazione e fa leva su ciò che produce le migliori risposte.</i>
PA Pensiero analitico	<i>Comprendere una situazione scomponendola in parti più piccole o individuare le implicazioni di una situazione procedendo passo dopo passo. Riconosce relazioni multiple: scompone il problema in più parti. Fa più collegamenti causali: diverse cause potenziali di un evento, svariate conseguenze di azioni o concatenazioni multiple di eventi (A porta a B porta a C ecc.) Analizza le relazioni fra le numerose parti di un problema o di una situazione. Anticipa gli ostacoli e pensa in anticipo ai passi successivi.</i>
AUC Autocontrollo	<i>La capacità di controllare le proprie emozioni ed evitare azioni negative a fronte di provocazioni o di ostilità da parte di altri, oppure in condizioni di stress. Gestisce con efficacia lo stress: continua a lavorare e a rispondere alle domande nonostante lo stress relazionale. Utilizza speciali tecniche per gestire le emozioni e lo stress da impotenza/onnipotenza.</i>
INTEL Intelligenza relazionale	<i>Implica il voler comprendere le persone e la capacità di ascoltare e capire gli interlocutori. Comprendere le domande e le preoccupazioni anche non apertamente e completamente espresse. Comprende i significati: comprende i significati correnti e quelli poco espressi; comprende pensieri, preoccupazioni e sentimenti esistenti o non detti; comprende gli elementi che le consentirebbero di far sì che gli altri agiscano nel modo voluto.</i>
TL Team Leadership	<i>Implica l'intenzione di assumere il ruolo di guida di un team o di un gruppo, cioè il desiderio di guidare gli altri. Promuove l'efficacia di un gruppo: come leader, usa strategie complesse per tenere alto il morale e la produttività del gruppo; oppure agisce per sviluppare spirito di gruppo sempre con l'intento di promuovere l'efficacia del team.</i>

Questa parte della scheda delinea il profilo delle competenze che, evidenziate dai comportamenti assunti dal professionista nelle diverse situazioni, evidenzia l'immagine che il professionista ha di se stesso all'interno dell'organizzazione e la distanza dal profilo ideale. Passiamo ora alla scheda di job profile per un professional con incarico di infermiere in un Ser.D.

	JOB PROFILE Infermiere	
REALIZZATO DA	APPROVATO DA:	UNITÀ ORGANIZZATIVA: Ser.D. di

TITOLO DELLA POSIZIONE: INFERMIERE

REQUISITI PROFESSIONALI RICHIESTI	
TITOLO DI STUDIO	Laurea in infermieristica o titolo equipollente
FORMAZIONE SPECIFICA	Non richiesta
ABILITAZIONI/ISCRIZIONI	All'esercizio della professione infermieristica
ANNI DI ESPERIENZA NEL RUOLO	Non richiesti
ANNI D ESPERIENZA NEL SETTORE	Non richiesti

DIMENSIONE DELLA POSIZIONE	
POSIZIONE DEL RESPONSABILE AL QUALE RIPORTA	Coordinatore infermieristico

SCOPO DELLA POSIZIONE	
Gestisce in maniera autonoma le prestazioni e gli interventi di area assistenziale, relativamente ai pazienti assegnati all'equipe di appartenenza. La sua attività clinica è focalizzata prevalentemente alla costruzione di un rapporto di nursing, che consiste nel cogliere le esigenze dell'utente, identificarne i bisogni assistenziali infermieristici ponendo gli obiettivi relativi.	

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ	
MACRO AREE DI ATTIVITÀ	ATTIVITÀ / RESPONSABILITÀ
Attività clinica	Nell'attuazione di tutte le attività previste è responsabile: del rispetto della legislazione corrente, di tutti gli atti assistenziali e medico legali attuati e della corretta e completa compilazione e tenuta del fascicolo personale del paziente.
Accoglienza e valutazione delle persone che rivolgono al Ser.D.	L'accoglienza si applica a tutte le persone che accedono al servizio per sé o per altri, portando una generica o specifica richiesta d'aiuto. Nello specifico del Ser.D. si realizza nella raccolta e prima lettura della domanda, nell'acquisizione di dati preliminari utili per un iniziale e provvisorio inquadramento del problema e nella strutturazione di tutti gli interventi infermieristici ritenuti necessari e non procrastinabili.
Assessment infermieristico	Raccolta di una corretta e completa anamnesi infermieristica e relativa compilazione e tenuta del fascicolo personale dei pazienti.
Somministrazione dei trattamenti farmacologici	Gestione del sistema manuale e/o automatizzato di erogazione dei trattamenti farmacologici. Effettua la corretta esecuzione delle prescrizioni mediche garantendo uno standard professionale adeguato.
Gestione registro farmaci stupefacenti	Compila correttamente e gestisce i registri di carico e scarico dei farmaci stupefacenti. Eseguе correttamente le procedure per l'approvvigionamento e per la restituzione dei farmaci stupefacenti.
Test diagnostici	Esegue correttamente i test rapidi e di laboratorio sulle diverse matrici (urina, saliva, capello) per la rilevazione delle sostanze d'abuso
Conservazione e ordine dei farmaci	Attua le procedure in essere per la corretta conservazione dei farmaci. Attua le procedure per il monitoraggio della scadenza dei vari farmaci. Provvede al reintegro del materiale sanitario utilizzato o scaduto secondo criteri di economicità e priorità clinica.
Emergenza	Attua al bisogno le principali tecniche di BLS. È responsabile della distribuzione e controllo dell'applicazione della procedura per la corretta gestione del carrello emergenza da parte del personale infermieristico.
Counseling	Attua le procedure tecniche previste dalla letteratura di settore in essere per una corretta attività di counseling ed individuazione dei bisogni dell'utenza in trattamento.

Questa parte della scheda serve a declinare le macro aree di attività a cui il professionista verrà assegnato. Descrive inoltre il ruolo che occupa all'interno della suddivisione del lavoro nel Ser.D.

RESPONSABILITÀ ACCESSORIE
È responsabile, per la parte di competenza, degli obiettivi, di budget o di ricerca in cui è coinvolto. È responsabile della compilazione della reportistica richiesta dal coordinatore.

RELAZIONI INTERFUNZIONALI, INTERNE ED ESTERNE	
RUOLO & COLLEGAMENTI	OBIETTIVO – RISULTATO – SCOPO DEI COLLEGAMENTI
Collegamento con l'area medica, psicologica e sociale del Ser.D.	L'obiettivo è la strutturazione di un'efficiente lavoro d'equipe. Il risultato è l'integrazione degli interventi delle figure professionali. Lo scopo è la condivisione degli obiettivi dei trattamenti per singolo paziente delle varie figure professionali.
Collegamento con le altre U.O. dell'APSS e con le altre agenzie territoriali con cui sono attivi interventi di collaborazione	L'obiettivo è la strutturazione di interventi di rete intra aziendali e territoriali. Il risultato è la collaborazione con le altre U.O. dell'APSS e con le altre agenzie territoriali. Lo scopo è l'integrazione delle attività.

Per i commenti si fa riferimento alla scheda elaborata per il coordinatore.

PROFILO CONOSCENZE (sapere)	
Le forme di trattamento farmacologico, validate dalla letteratura di settore dei pazienti con dipendenze	Conoscenza generale: dei farmaci validati dalla letteratura di settore specifici delle dipendenze, delle possibili interferenze con le sostanze d'abuso, degli effetti collaterali più comuni. Conoscenza dei quadri clinici correlati alle dipendenze patologiche.
Conoscenza delle gerarchie aziendali	Conoscenza dell'organigramma aziendale.
Disposizioni legislative nazionali e locali	Conoscenza delle disposizioni legislative sulle dipendenze a valenza nazionale e locale.
Conoscenza del funzionamento del Ser.D.	Conoscenza dell'organigramma del Ser.D. e dei documenti sul funzionamento del servizio.
Conoscenza dei programmi gestionali	Conoscenza dell'applicativo per la gestione informatizzata del servizio se presente.
Conoscenza informatica	Conoscenza di base del pacchetto office.
Conoscenza specifica degli effetti farmacologici delle sostanze d'abuso più comuni	Conoscenza degli effetti farmacologici e degli effetti neurobiologici delle droghe sostanze d'abuso più comuni.

Per i commenti si fa riferimento alla scheda elaborata per il coordinatore.

PROFILO SKILL ESSENZIALI (sapere fare)	
Su richiesta possono essere fornite le indicazioni bibliografiche di supporto	
Trattamenti farmacologici per le dipendenze e le patologie correlate	Attuazione dei piani terapeutici, prescritti dai medici. Garantire la corretta esecuzione delle prescrizioni terapeutiche. Garantire la responsabilità e tracciabilità del processo di somministrazione e della relativa corretta e completa registrazione nel fascicolo personale.
Pianificazione dell'assistenza	Capacità di osservazione e accertamento dei bisogni dei pazienti. Capacità di pianificare, gestire e valutare gli interventi assistenziali previsti. Capacità di assumere decisioni nell'ambito delle proprie specifiche responsabilità.

PROFILO SKILL GRADITE (sapere fare)	
Su richiesta possono essere fornite le indicazioni bibliografiche di supporto	
Gestione dei conflitti	Tecniche per la gestione dei conflitti in ambito infermiere/paziente.
Tecniche di comunicazione negli interventi di prevenzione primaria e di counseling	Conoscenza delle tecniche più accreditate sulla comunicazione dei messaggi di prevenzione primaria rivolta ad una popolazione target adulta ed adolescente e sulla gestione del counseling.

Per i commenti si fa riferimento alla scheda elaborata per il coordinatore.

Bibliografia per approfondimenti

Argentero P., *L'intervista di selezione*, FrancoAngeli.
 Levati W., Saraò M.V., *Il modello delle competenze*, FrancoAngeli.
 Malaguti D., *Fare squadra*, Il mulino.
 Marini M.G., Castelli N. (a cura di), *Le organizzazioni aperte in sanità*, Istud-II Sole 24 Ore.

PROFILO COMPETENZE (saper essere)	
TC team work e Cooperazione	<i>Implica l'intenzione di lavorare in modo cooperativo con altri, di far parte di un team, di lavorare insieme, piuttosto che lavorare individualmente e in modo competitivo. Cooperare, partecipa di buon grado, supporta le decisioni dei team, è un buon giocatore di squadra. Come membro del team tiene gli altri informati e aggiornati sul processo, sulle attività individuali, sugli eventi che hanno un'influenza sul team, condivide tutte le informazioni pertinenti o utili.</i>
PA Pensiero analitico	<i>Comprendere una situazione scomponendola in parti più piccole o individuare le implicazioni di una situazione procedendo passo dopo passo. Riconosce le relazioni di base: scompone i problemi in blocchi. Fa elenchi in ordine d'importanza, usa la logica causale (se... allora).</i>
INTEL Intelligenza Relazionale	<i>Implica il voler comprendere le persone. È la capacità di ascoltare e capire accuratamente gli interlocutori e comprenderne i pensieri, motivazioni, sentimenti e preoccupazioni anche non apertamente o completamente espressi. Misura la crescente complessità e profondità di comprensione degli altri e può includere la sensibilità interculturale. Comprende sia le emozioni sia il contenuto esplicito.</i>
AUC Autocontrollo	<i>La capacità di controllare le proprie emozioni ed evitare azioni negative a fronte di provocazioni o di ostilità da parte di altri, oppure in condizioni di stress. Gestisce con efficacia lo stress: continua a lavorare e a rispondere alle domande nonostante lo stress relazionale. Utilizza speciali tecniche per gestire le emozioni e lo stress da impotenza/onnipotenza.</i>
ACC Accuratezza	<i>Riflette una spinta interiore alla riduzione dell'incertezza dell'ambiente circostante. Si esplica in forma quali: il monitoraggio ed il controllo del lavoro fatto e delle informazioni raccolte, l'insistere nel chiarimento dei ruoli e degli obiettivi dell'intervento specialistico attuato. Controlla il proprio lavoro e l'accuratezza delle informazioni.</i>

Questa parte della scheda, come per la precedente, delinea il profilo delle competenze che, evidenziate dai comportamenti assunti dal professionista nelle diverse situazioni, evidenzia l'immagine che il professionista ha di se stesso all'interno dell'organizzazione e la distanza dal profilo ideale.

Questa ultima parte della scheda è utile per indirizzare gli aspetti della crescita personale su cui si deve agire per tendere all'ecellenza.

Mariani M., *Decidere e Negoziare*, Istud-II Sole 24 Ore.
 Casati G., *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill
 Boldizzoni D. (a cura di), *Management delle risorse umane*, Istud-II Sole 24 Ore.
 Wright J., Hill P., *La governance clinica*, McGraw-Hill.

Contaminazioni

Maurizio Fea

La scienza tra abiure e condanne

Qualche tempo fa Marco Castoldi, in arte Morgan, fu costretto ad abiurare le proprie ferme convinzioni in materia di efficacia terapeutica della cocaina sui suoi disturbi depressivi.

Morgan smentì se stesso, per poter continuare le sue attività televisive sulle reti Rai, grazie alla premura del capo Dipartimento Nazionale Antidroga allora sostenuto dall'ineffabile ministro Giovanardi.

Scrissi allora che era la prima abiura condotta in nome della scienza, così infatti si presentavano le argomentazioni di revoca caldegiate e richiesta dalla coppia per bene.

Scrivevo allora che "Il valore della scienza e la sua forza morale non risiedono nelle singole affermazioni di cui è capace in virtù del suo rigore, ma nel metodo e nei principi di lavoro che ne fanno una esperienza esemplare ed unica, ma solo per chi la pratica, per tutti gli altri contano i risultati e le possibili applicazioni".

In linea con questa affermazione sembra essere la condanna a pesanti pene detentive, dei membri della Commissione Grandi Rischi, che si è pronunciata poco prima della grande scossa di terremoto che ha messo in ginocchio l'Aquila e l'Abruzzo.

Immediatamente è scattata la difesa d'ufficio di una parte consistente del mondo scientifico, sebbene altrettanto illustri uomini di scienza abbiano rilevato che le motivazioni della condanna non erano affatto dovute all'errore di previsione commesso dai membri della commissione, bensì all'essersi piegati agli interessi e alla pressione della politica, che è ben altra cosa da quanto gli indignati della corporazione andavano affermando.

La prestigiosa rivista *Nature* è intervenuta tempestivamente con un editoriale nel quale si sottolineano soprattutto le ripetute e indesiderate invasioni di campo da parte della magistratura italiana in ambiti dove dovrebbe essere assunto solo il criterio delle evidenze come argomento per decidere.

L'editoriale sottolinea la debolezza e la scarsa diffusione della cultura scientifica in Italia come uno dei fattori che predispongono a questo tipo prevaricazioni e in parte questo è vero, ma è un problema che riguarda soprattutto le classi dirigenti del paese.

Se messa a confronto con la media della popolazione statunitense, gli italiani non sono peggiori in fatto di cultura scientifica, forse sono peggiori in fatto di rigore etico.

Nessun attacco alla scienza dunque, ma una condanna, senza dubbio eccessiva, per la dimestichezza e forse compiacenza nei riguardi del potere.

È proprio qui il nodo della questione, come nel caso della abiura richiesta a Morgan, la scienza si piega agli interessi di parte.

Gli uomini di scienza sono uomini imperfetti, talora anche imprecisi, che fanno i conti quotidianamente con le più diverse forme del potere.

Comprensibile quindi che talora qualcuno non sappia fronteggiare le pressioni del potere con lo stesso rigore che usa nella ricerca e nel lavoro.

Quello che suona stonato sono a mio giudizio, le difese oltranziste e anche un po' fasulle, di chi sostiene una specie di invulnerabilità della scienza e pensa che il suo statuto, pur speciale

quanto si vuole, la metta al riparo da errori non di metodo né di contenuto, che sono accettabili perché quasi sempre riconoscibili prima o poi in virtù del suo statuto, ma dall'uso strumentale che i suoi interpreti o i suoi chierici possono talora fare.

La scienza vive il paradosso di una società che troppo spesso preferisce approcciare problemi complessi più con la fantasia dell'imbonitore che con il rigore del ricercatore, ma esige risposte di certezza anche quando le certezze non sono possibili.

Questa è la tentazione luciferina cui sono sottoposti spesso studiosi e ricercatori: dare certezze anche quando non sono plausibili e dimostrabili, in cambio di potere, denaro, onori.

Proprio perché sono i risultati e le possibili applicazioni, le uniche cose che contano per la gente comune, è pericoloso abusare di questo privilegio, falsificando come talora avviene i risultati delle ricerche o barare sulle possibili applicazioni delle stesse ricerche.

Per questo non ci si può indignare nei confronti di una sentenza che non mette in discussione lo statuto della scienza ma la debolezza degli uomini che la rappresentano, verso il potere.

Questo è infatti il nodo della faccenda: il rapporto tra scienza e potere.

Potere che assume molte facce, quella del denaro che sostiene la ricerca, quella della fama che promuove l'immagine, quella della politica che decide e regola, quella dei rapporti interni al mondo della scienza che a volte ne segna i destini e gli sviluppi.

Non considerare tutti questi vincoli per quello che sono, ovvero potenti condizionamenti non allo statuto della scienza bensì al complesso rapporto che intercorre tra questo statuto e gli uomini che se ne fanno interpreti e tutori allo stesso tempo, con il loro lavoro, espone gli studiosi, i ricercatori, i clinici, se parliamo del nostro ambito, a insidiose derive quando non a comportamenti deprecabili.

Certamente è ingiusto che siano condannati uomini di scienza e per ora non i costruttori, gli speculatori, gli amministratori che con le loro colpevoli inerzie o peggio indecenti speculazioni, sono stati la concausa di tante tragedie.

È forse anche fuori luogo che la magistratura intervenga a giudicare e condannare comportamenti non del tutto conformi alla disciplina di cui si è chierici e talora anche oracoli, tuttavia se si vogliono evitare invasioni di campo, è necessario che i custodi della disciplina scientifica non diano occasioni troppo clamorose per tali invadenze, evitando di avere e censurando quando è il caso, tutti quei comportamenti che rischiano di fare passare l'idea della infallibilità della scienza e il diritto ad essere giudicati solo dai pari.

Questo vale solo se e fino a quando ci si mantiene entro i confini del metodo, ma cessa di essere l'unico criterio di giudizio quando si sviluppano i risultati e si praticano le applicazioni, quelle cose che in realtà assicurano fama, denaro, potere alla scienza, e per le quali non è possibile rispondere con il rigore del metodo ma solo con l'onestà personale, la sobrietà dei costumi e l'assunzione di responsabilità da parte delle organizzazioni che operano nell'ambito della scienza e della ricerca nel selezionare e promuovere gli uomini migliori.

“Studio di alcuni fattori psicopatologici e motivazionali connessi a comportamenti dopanti in campioni di popolazioni cliniche afferenti ai Ser.T. e non cliniche praticanti attività sportive non agonistiche”

Alcuni risultati preliminari

Angelo De Giorgi*, Maria De Finis*, Matteo Giordano*, Claudia Cammeo*, Valeria Zavan**, Maurizio Scaglia**, Elena Milone**, Luigi Bartoletti**, Antonio Mosti***, Federica Gobbi***, Massimo Esposito***, Gabriele Monaco****, Gabriele Tosi*****, Antonello Bellomo*****, Annamaria Petito*****, Salvatore Iuso*****

SUMMARY

■ *Performance-enhancing drugs, food supplements and medical practices have been spreading among both competitive and leisure sportspeople outside pathological conditions.*

Both individually and in a social context, an ambivalent feeling has been noted about sport practices related both to health lifestyle and ethical values and to individual performances made easier by drugs.

Moreover, psychopathological traits underlying doping behaviour have also been suggested.

This work summarises some results of a national study on attitudes towards doping behaviour in 450 subjects in three target populations (sports people, university students and addicts) living in three different medium size Italian cities to investigate possible relations between attitude and personological/motivational traits towards doping.

A package consisting of an interview, the BIG FIVE and a new motivational questionnaire named DARN-CAT DOP was administered to the targets.

We report some preliminary results suggesting some hypothesis on these relations.

Furthermore we describe some new tools that may be used to investigate the attitudes towards specific doping behaviour. ■

Keywords: *doping, psychopathology, motivational interviewing, attitude, big-5, DARN, sports, drug.*

Parole chiave: *doping, psicopatologia, colloquio motivazionale, attitudini, big-5, DARN, sport, droga.*

1. Introduzione

Il ricorso all'uso di farmaci, integratori e pratiche mediche, non giustificate da condizioni patologiche e finalizzato al miglioramento delle prestazioni psicofisiche, si sta largamente diffondendo tra coloro che praticano sport sia a livello agonistico che amatoriale configurando un fenomeno sociale stratificato (Rosano, 2004; Vigarello, 2000, Mastrobattista L., 2008).

* ASL Foggia.

** ASL Alessandria.

*** ASL Piacenza.

**** Università Bicocca, Milano.

***** Allenatore e Insegnante di Educazione fisica, Alessandria.

***** Università di Foggia - Facoltà di Medicina - Scuola di Specializzazione in Psichiatria.

Alla diffusione di un fenomeno così complesso e variegato hanno contribuito alcuni fattori “sociali” e motivazionali caratterizzanti l'attuale contesto socio culturale: aspettative economiche, prestigio personale e professionale, culto del corpo improntato a canoni di bellezza sempre più sofisticati e difficili da raggiungere, aumento dell'autostima, sono fattori spesso identificati quali forze propulsive per un fenomeno dagli importanti contorni economici che tendono ad oscurare quelli che dovrebbero costituire i valori impliciti sottesi alla pratica sportiva quale il vero significato di una prestazione, la salvaguardia della salute e dell'incolumità psicofisica.

A tali dinamiche sociali corrisponderebbe una percezione ambivalente dello sport: se da un lato lo si considera idealmente associato a stili di vita sana, legato a valori etici di corretta competitività, dall'altro l'uso di sostanze nelle attività sportive potrebbe essere inteso come “[...] additivazione dell'individuo in chiave

prestazionale, che (potrebbe) rappresentare l'anticamera di altri percorsi di abuso, oltre che rappresentare un modo poco percepito socialmente, di *educazione al consumo di sostanze* in chiave prestazionale [...]" (Ghizzo *et al.*, 2003).

Queste considerazioni hanno portato alcuni Autori a considerare l'uso di sostanze dopanti quale possibile prodromo ad altri percorsi di abuso.

Bonavita (2009) ipotizza alcuni parallelismi **tra uso di sostanze dopanti e abuso di droghe**: il doping rappresenterebbe un fenomeno comportamentale caratterizzato da un continuo e progressivo coinvolgimento ("escalation al doping"), che, come le droghe, può portare alla "dipendenza psicologica" e per certe sostanze, anche a quella fisica.

Serpelloni (2006) ritiene che "molte sostanze dopanti (oltre alle classiche droghe) sono in grado di dare effetti neuropsichici diretti percepiti come gratificanti dal soggetto e quindi come tali, in grado di produrre un comportamento di assunzione reiterato fino ad arrivare a stati di dipendenza". D'altronde diversi studi hanno sottolineato l'esistenza di associazioni tra alcune sostanze dopanti (in particolar modo steroidi) e l'uso di sostanze stupefacenti (Lukas S.E., 1996; Durant RH *et al.*, 1994-1995; Adlaf E.M. & Smart R.G., 1992; Yesalis C.E. *et al.*, 1993; Scott D.M. *et al.*, 1996).

Il costante incremento dell'uso di sostanze e metodi dopanti sta, pertanto, sollevando questioni relative alla salute pubblica legate alla conoscenza dei rischi, agli effetti sul corpo, all'espropriazione del sé e delle performances personali e alla questione della contrapposizione tra naturale ed artificiale (Laure, 2004).

1.a Breve storia del doping e delle strategie di contrasto

L'uso di sostanze nella pratica sportiva e non, ha una storia molto antica (Laure, 2004) ed il concetto di doping fa riferimento a fenomeni e comportamenti relativi alla storia, alla cultura e alla società stessa (Canali, 2001).

L'Antropologia Culturale considera il controllo e la manipolazione del proprio corpo, dei propri comportamenti e degli stati psico-fisici come alcuni dei tratti distintivi dell'essere umano.

La tendenza al controllo e alla manipolazione del corpo e della mente, costituisce l'elemento centrale di numerose e fondamentali realtà antropologiche tra cui l'esperienza e la pratica medica, l'uso di farmaci e *sostanze psicoattive*, gran parte delle espressioni rituali e delle tecniche di comunicazione col sacro, le forme di addestramento alla caccia ed alla guerra, l'uso del corpo – quindi della sua forma manipolata – come strumento di identificazione e comunicazione sociale (Corradini Broussard D., 1995).

In quasi tutte le civiltà, attività simili alle nostre gare e giochi sportivi erano parte integrante di manifestazioni sacre o religiose.

Così, pur in forme diverse, il doping si è connaturato ed ha accompagnato l'evoluzione dell'uomo sin dall'alba della cultura. Non è un caso che la storia del doping inizi con la storia delle attività legate all'uso della forza fisica.

Nell'antichità erano conosciute ed usate sostanze naturali che producevano effetti particolari sull'organismo e venivano considerate come sostanze magiche, segni della divinità e ritenute essenziali per l'espletamento di particolari riti (Laure P., 1995). Ad esempio, in alcune comunità primitive dell'Oceania (nelle Isole Marchesi), venivano mangiate le carni dei nemici uccisi, per assumerne il *Mana*, potere soprannaturale ed impersonale

che poteva passare da un guerriero all'altro e che ne avrebbe accresciuto il potere e la **forza fisica** (Canetti E., 1995, p. 302). Da antichi testi medici occidentali emerge che la pratica di aumentare le prestazioni atletiche con mezzi non fisiologici sarebbe iniziata proprio con la nascita delle Olimpiadi (776 a.C.-393 a.C.).

Celebri autori come Ippocrate, Galeno, Plinio il Vecchio ed il Giovane parlano dell'utilizzo di decotti di equiseto¹, di funghi, di mandragora², di noce di vomica³ e di testicoli di toro per aumentare la forza tra gli atleti greci e romani (Laure, 1995 e Langeron, 2010)⁴.

Nella antica civiltà Azteca gli Indio masticavano foglie di coca per sostenere le fatiche fisiche ed i guerrieri facevano uso di funghi allucinogeni, peyote, guarana, ayahuaska⁵ prima di andare in battaglia (Laure, 1995; Bourrg, 1999; Bozzonet, 1996; Bauman, 2006).

Gli Indigeni del Gabon usavano il khat⁶, il caffè, le radici d'Iboga⁷ e la noce di kola⁸ che permettevano di compiere immani sforzi fisici senza percepire alcuna fatica.

Tuttavia risale all'epoca dell'olimpismo moderno (Atene 1896)⁹ l'utilizzo di sostanze per uno specifico effetto farmacologico stimolante (caffèina e stricnina) o analgesico (alcool, cocaina) (Casavola, 2010).

In epoca più moderna, secondo Laure (2004), dagli inizi del XIX secolo al 1960, gli sviluppi della scienza e della biotecnologia hanno favorito "[...] la nascita dell'industria chimica dello sport [...]", che avrebbe portato a introdurre sul mercato, sostanze sempre più diversificate.

Ed è a questa epoca che, secondo l'Autore, si potrebbe attribuire la nascita del doping sportivo moderno.

L'eroina e la morfina fanno la loro prima apparizione alla fine dell'800 e proprio a quest'ultima viene attribuito il primo decesso accertato per doping nella storia dello sport professionistico.

Fu infatti, il ciclista gallese ventinovenne Arthur Linton¹⁰ a morire per crisi cardiaca dopo la gara Bordeaux-Parigi del 1886 (Guerreschi, Garnier, 2008).

La prima segnalazione di caso mortale per doping in Italia risale al 1949: il ciclista Alfredo Falsini morì nell'ospedale di Rapallo, al termine della Milano-Rapallo, per intossicazione da amfetamina (Marena G., 1986).

Nell'arco degli anni successivi i decessi dovuti a doping divennero sempre più frequenti fino a segnare le gare di più elevato significato agonistico: nei Giochi Olimpici di Roma del 1960 morirono il ciclista danese Knutiensen, per overdose di amfetamine, e l'ostacolista Dick Howard, per overdose di eroina.

La sequela di decessi funzionò da poderosa spinta per un movimento di pensiero "anti-doping" che portò ad una vera e propria lotta al fenomeno sia da un punto di vista socio culturale che politico e legislativo.

Nel 1961 fu aperto a Firenze il primo laboratorio europeo di analisi anti-doping attivato dalla Federazione Medico-Sportiva (FMSI) e nel 1971 fu promulgata una legge che puniva sia chi faceva uso di sostanze proibite, sia chi le distribuiva agli atleti.

Contemporaneamente il Concilio Europeo, creò il primo documento di condanna dell'uso di sostanze dopanti nello sport.

Già dalle Olimpiadi di Tokyo del 1964 si iniziò ad effettuare sistematici controlli anti-doping sugli atleti, anche se si dovette arrivare alla tragica ed eclatante scomparsa del ciclista britannico Tommy Simpson¹¹ durante il Tour de France del 1967, per muovere prassi più articolate e convincenti nella lotta al doping. Proprio in quell'anno il Comitato Olimpico Internazionale (CIO) stilò la prima lista delle classi di sostanze dopanti vietate, che comprendeva unicamente stimolanti e narcotici.

In Italia l'attenzione del Legislatore al fenomeno doping risale al 1971 con la promulgazione della legge n. 1099 con la quale venivano istituite pene per gli atleti rei di "modificare artificialmente le loro energie naturali" facendo uso di "sostanze che possono risultare nocive", demandando contemporaneamente al Ministero della Sanità il compito di individuare tali sostanze.

Questa legge ha però avuto uno scarso successo sia per la inadeguatezza delle sanzioni applicate ai trasgressori (sanzioni di natura solo pecuniaria da un minimo di 50.000 delle vecchie lire ad un massimo di un milione di lire), sia perché con la promulgazione della successiva legge 24 novembre 1981 n. 689, intitolata "Depenalizzazione e modifiche al sistema penale", queste furono derubricate da sanzioni a semplici illeciti amministrativi.

La prima definizione di Doping è da attribuirsi al Consiglio d'Europa che nel 1972, lo descrisse così: "Il doping consiste nella somministrazione o assunzione, da parte di individui in buona salute, di sostanze di ogni genere che sono estranee alla costituzione dell'organismo, di sostanze fisiologiche non naturali o che sono utilizzate in maniera abnorme, al fine di migliorare artificialmente e scorrettamente la prestazione in un evento sportivo. Inoltre devono essere considerati doping anche un certo numero di interventi psicologici attuati per migliorare la prestazione". Successivamente, nel 1986 la Commissione Medica del CIO diede una nuova definizione al fenomeno: "Il doping consiste nell'impiegare sostanze comprese nel gruppo dei farmaci che non si devono usare, ma anche attuare altri interventi illeciti come l'emotrasfusione".

Vennero qui inseriti quindi anche trattamenti medici che non prevedono l'utilizzo di farmaci.

Nell'arco di pochi anni si assistette alla proliferazione del fenomeno, all'emergere delle sue prime sconcertanti conseguenze, ai primi tentativi di contrasto, ma soprattutto si iniziò lo studio del fenomeno nel tentativo di meglio coordinare le politiche di azione e repressione in materia di contrasto.

Fu così che nel 1999 il Presidente del CIO decise di convocare a Losanna la prima Conferenza Mondiale contro il doping durante la quale prese vita l'attuale organo del CIO che regola l'attività di contrasto: l'Agenzia Mondiale Anti-Doping (WADA, World Anti Doping Agency).

Il WADA è un'organizzazione internazionale indipendente creata per promuovere, coordinare e supervisionare la lotta contro il doping nello sport: ogni anno redige la lista completa delle sostanze dopanti e delle metodiche proibite alle quali ogni Comitato Olimpico Nazionale è tenuto a sottostare.

Le conseguenze di questo diverso atteggiamento delle autorità sportive e politiche contro il fenomeno doping si fece ben presto sentire anche in Italia: l'approvazione della legge n. 376 del 14 dicembre del 2000¹² – *Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping* – in cui si sanciva il concetto che il doping è un problema riguardante non solo l'etica sportiva, ma anche la salute pubblica.

Prescrivendo in maniera chiara ed inequivocabile l'assoluto divieto di tecniche, metodologie o sostanze di qualsiasi natura che possano mettere in pericolo l'integrità psicofisica dell'atleta nella pratica di qualunque attività sportiva, essa consentì di portare l'attenzione dal ristretto ambito del mondo sportivo a quello politico e dell'interesse pubblico.

Con l'entrata in vigore della legge 376/2000 si è assistito ad un notevole inasprimento in materia di contrasto al doping.

Composta da dieci articoli, tale norma ha come obiettivo primario quello di promuovere l'attività sportiva come "... promozione della salute individuale e collettiva", in conformità al "rispet-

to dei principi etici e dei valori educativi richiamati dalla Convenzione contro il doping fatta a Strasburgo il 16 novembre 1995 n. 522" (art. 1, comma 1).

Un altro elemento di novità sostanziale introdotto dalla 376/2000 è stata la punibilità di coloro i quali commerciano, somministrano, prescrivono sostanze vietate, oltre che degli atleti che ne fanno uso.

Ciò non solo al fine di tutelare la salute quale valore collettivo primario e costituzionalmente garantito, ma anche la genuinità della competizione che deve caratterizzare l'ambito sportivo.

A fronte di una serie di modifiche concettuali ed operative, il limite più evidente della legge 376/2000 è la scarsa incisività sul doping praticato in contesti che esulano dalle competizioni sportive agonistiche (dilettanti, palestre, circoli sportivi) nonostante la sua diffusione.

La crescente sensibilità di fronte al problema dell'uso improprio di sostanze e metodiche dopanti anche in contesti non agonistici ha portato in ambito internazionale ad ulteriori sviluppi.

Nel 2005, l'UNESCO, ha redatto l'International Convention Against Doping in Sport: un documento che conferisce un'investitura ufficiale al WADA e al Codice Mondiale Antidoping e recepisce al suo interno l'elenco delle definizioni e delle violazioni.

Con esso divengono vincolanti per tutti gli Stati partecipanti, la lista delle sostanze e dei metodi proibiti e gli standard approvati dal WADA stesso (l'elenco aggiornato dei Paesi che hanno partecipato è consultabile su www.wada-ama.org) (Leone L.).

Nel 2007 è stata istituita a Madrid la Conferenza Mondiale sul Doping nello sport, che ha consentito di approvare l'ultima versione del Codice elaborato dal W.A.D.A, che raccoglie tutti gli elementi necessari a garantire la qualità dei programmi anti doping nazionali ed internazionali: il Codice, gli standard internazionali e i modelli di "best practice" e le linee guida (Vargiu A., 2007).

Dal nuovo Codice emerge anche la più recente definizione di Doping, descritto come "il verificarsi di una o più violazioni di articoli specifici previsti dal Codice" che consistono:

- nella constatazione della presenza di una sostanza vietata o dei suoi metaboliti marker in un campione biologico dell'atleta;
- nell'uso o tentativo di uso di una sostanza vietata o di un metodo proibito;
- nell'omissione, senza giustificato motivo, di sottoporsi al prelievo dei campioni biologici;
- nella violazione delle condizioni previste per gli atleti che devono sottoporsi ai test fuori delle competizioni, incluse la mancata comunicazione di informazioni utili per la reperibilità e la mancata esecuzione di test richiesti in conformità con le norme vigenti;
- nella manomissione o tentativo di manomissione di una parte qualsiasi dei controlli Antidoping;
- nel possesso di sostanze vietate e metodi proibiti;
- nel commercio illegale di sostanze vietate o metodi proibiti;
- nella somministrazione o tentativo di somministrazione di una sostanza vietata; nell'applicazione di un metodo proibito a un atleta; nel fornire assistenza, incoraggiamento e aiuto, nell'istigare, dissimulare o nell'assicurare complicità in qualsiasi forma in riferimento a una violazione o tentata violazione del regolamento antidoping.

Il WADA provvede, come si è già ricordato, a pubblicare, ogniqualvolta sia necessario e almeno a scadenza annuale, la **Lista delle sostanze e delle pratiche vietate** che costituisce uno standard internazionale.

Definisce inoltre lo standard internazionale anche per la **concessione delle esenzioni a fini terapeutici** (Vargiu, 2007).

1.b Dati disponibili e ragioni del doping

Le dinamiche chiamate in causa nell'induzione nell'atleta della pratica del doping sarebbero molteplici: il professionismo, il calo dei risultati e della popolarità, l'ambizione economica e il desiderio di successo, l'estetica e l'autostima ad essa collegata. Esse potrebbero costituire valori prioritari per soddisfare i quali vi è la disponibilità dell'individuo al compromesso, anche illecito, per raggiungerli o mantenerli facilmente. Secondo uno studio condotto dall'International Society of Sport Psychology (1993), il doping sarebbe un comportamento deviante multicausale di cui bisogna considerare ed analizzare motivazioni e determinanti che indurrebbero gli atleti al ricorso all'uso di sostanze e metodi dopanti. Esisterebbero diversi tipi di spinte correlate all'uso di sostanze dopanti:

- **Cause Psicofisiologiche:** questo tipo di motivazioni sarebbero legate alla volontà dell'atleta di controllare dolore, energia, peso e non ultimo il processo riabilitativo dopo un infortunio. Alle base di ciò starebbe una forte vulnerabilità personalologica (Ferrara S.D., 2008).
- **Cause Psicologiche ed emotive:** motivazioni connesse agli aspetti psicologici che riguardano l'area dell'identità e dell'autostima. Gli atleti che ricorrono al doping possono essere spinti dalla paura del fallimento, dall'insicurezza, dalla competitività, dalla ricerca della perfezione psicofisica. Il ricorso al doping sarebbe quindi l'estremo rifiuto di conoscere se stessi ed accettare i propri limiti, una sorta di dichiarazione dell'incapacità a sostenere il rischio del fallimento nella gara sportiva e quindi una modalità di comportamento che favorisce l'identificazione di quest'ultima con la vittoria sportiva come affermazione di sé.
- **Cause Sociali:** sono rappresentate da tutte quelle forze ambientali che agiscono sulla psiche dello sportivo: le pressioni del gruppo d'appartenenza e delle relazioni sociali agirebbero da stimolo all'utilizzo di sostanze dopanti. Alcuni aspetti di tipo socio-ambientale potrebbero essere ad esempio, gli impegni presi per la stagione, i contratti che impongono risultati, la richiesta di continue prestazioni ad alto livello, le aspettative del pubblico e dei tifosi, la necessità di essere sempre vincenti.

"I dati disponibili nella letteratura nazionale italiana non consentono di quantificare il fenomeno poiché, trattandosi di pratica illecita, essa ovviamente è negata e sottaciuta [...]" (Leone, Fumagalli, 2006).

I dati che derivano dai test-antidoping effettuati dai laboratori accreditati dal CIO forniscono dati insufficienti per elaborazioni statistiche accurate, a causa dell'esiguo numero di atleti controllati (130.000 l'anno secondo il Rapporto WADA, 10.000 secondo secondo il CONI) (*Reporting System Doping Antidoping*, 2010).

Da una indagine datata ma significativa (Scarpino, 1990), eseguita in Italia su 1015 Atleti e 206 tra allenatori, massaggiatori e medici sportivi, è emerso che il 30% degli atleti ed il 21% dei medici era tendenzialmente favorevole al doping. Il 15% degli atleti ammetteva di far uso di anabolizzanti, il 7% di "blood doping" (farmaci o pratiche atte ad aumentare il numero di globuli rossi nel sangue allo scopo di aumentare la disponibilità di ossigeno circolante) e il 2% di betabloccanti (*Reporting System Doping Antidoping*, 2010).

Il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, dal 2003 ha iniziato ad attuare un'attività di monitoraggio sul fenomeno più attenta attraverso il lavoro della Commissione di Vigilanza Antidoping (CVD), che sta svolgendo attività di controllo su atleti appartenenti a diverse Federazioni.

L'attività svolta della CVD tra il 2003 ed il 2010, ha rilevato un aumento notevole del numero:

- **delle Federazioni** sottoposte a controllo, passando da **41** nel 2004 a **282** nel 2010 (tra i quali 10 Enti di promozione sportiva), con un incremento del **14,53%**;
- **dei controlli condotti sugli atleti**, che passano dai **740** casi del 2003, ai **1115** del 2010, con un incremento netto del **66,36%**.

L'attività di monitoraggio tra il 2003 ed il 2010 è stata indirizzata a tutte le discipline, ma gli sport risultati a maggior prevalenza d'uso di sostanze e metodi illeciti sono: il ciclismo, l'atletica leggera, gli sport invernali, il nuoto e la pesistica/culturismo.

I dati hanno evidenziato un generale incremento nella positività ai controlli:

- nel ciclismo del **7,7%**;
- negli sport invernali del **50%**;
- nella pesistica e cultura fisica dell'**80%**;
- nel nuoto e nell'atletica leggera la percentuale è rimasta invece invariata.

Relativamente alle sostanze rilevate nelle urine, si è osservato che gli uomini facevano registrare un forte uso dei derivati della cannabis e degli anabolizzanti, ed un limitato uso di stimolanti, diuretici e beta-bloccanti.

Le percentuali si attestavano attorno al 34,2% per i derivati della cannabis, al 13,2% per gli anabolizzanti mentre gli stimolanti si attestavano attorno al 31,6%, i diuretici e agenti mascheranti al 13%, i beta-bloccanti al 2,6%.

Inoltre nel 5,3% degli uomini, si rilevava la presenza di corticosteroidi.

Nelle donne si registrava soprattutto l'uso di diuretici, pari al 30% dei casi, e di derivati della cannabis, nel 50% dei casi.

Da quanto emerso dai *Reporting System Doping Antidoping*¹³ 2003-2010, va ancora sottolineato che i dati epidemiologici riportati dagli studi nazionali, "[...] rappresentano verosimilmente la punta di un iceberg in quanto rilevati in contesti ufficiali che non rilevano la gran massa dei dati presumibilmente ottenibili in ambiti non ufficiali [...]".

Se fosse possibile analizzare dati provenienti da tutta quella parte di realtà sportive che coinvolgono ampie fasce della popolazione generale oltre che il professionismo, si potrebbero forse valutare anche aspetti presumibilmente importanti doping-correlati quali ad esempio l'entità del commercio abusivo di farmaci e di sostanze dopanti e/o dell'ambiente dei fornitori, fenomeni: la vasta gamma di prodotti sequestrati in questi anni difatti spazia dai classici steroidi anabolizzanti, facilmente reperibili anche su internet e a volte incorporati negli integratori alimentari, ai fattori della crescita (GH) e all'eritropoietina (EPO). (Ferrara S.D., 2008).

2. L'indagine: "Studio di alcuni fattori psicopatologici e motivazionali connessi a comportamenti dopanti in campioni di popolazioni cliniche afferenti ai Ser.T. e non cliniche praticanti attività sportive non agonistiche"

In considerazione della scarsità di dati e studi, specialmente nella realtà italiana, in tema di doping e delle interrelazioni a

questo sottese con fattori individuali ed ambientali, si è deciso proporre uno studio che investigasse alcuni dei fattori segnalati in letteratura e chiamati in causa nel determinismo di tale fenomeno con particolare riferimento ad aspetti psicopatologici ed aspetti motivazionali da indagarsi, in considerazione di quanto sopra detto, su target afferenti alla popolazione generale praticante e non praticante sport amatoriale.

Si è tentato altresì di raccogliere in questi stessi target elementi connessi a conoscenze, credenze ed atteggiamenti rispetto al "fenomeno doping".

Non molto è il materiale disponibile in letteratura, in particolare italiana, relativo a comportamenti ed atteggiamenti rispetto al doping (Aa.Vv. Asl Mi, 2003; Lippi, 2004; Serpelloni, 2006).

Alcuni Autori teorizzano una maggiore predisposizione allo sviluppo di comportamenti dopanti in soggetti con particolari tratti psicopatologici, come tratti narcisistici, altri considerano il comportamento dopante alla stregua di una addiction (Fuller, 1987). Dall'altro lato, rispetto alla misurazione di comportamenti e attitudini nei confronti del doping il materiale reperibile è per lo più fondato su questionari formulati per indagini conoscitive, indipendenti dall'obiettivo di verifica della corrispondenza con la realtà.

Ciò a causa della particolare difficoltà ad affrontare, specialmente in ambito sportivo, un tale argomento che risulta pronò ad un alto tasso di non risposta o di dichiarazione inattendibile.

Petróczi è uno degli Autori che più ha cercato di affrontare queste difficoltà, prima mettendo a punto uno dei pochi strumenti attualmente validati su attitudini e convincimenti in tema di doping, il PEAS (Performance Enhancement Attitude Scale), poi identificando uno dei principali fattori che sembrano influenzare le risposte alle indagini sullo sportivo in tema di doping ovvero la *desiderabilità sociale* percepita dal soggetto (Gucciardi, 2010; Petroczi, 2007, 2009, 2010).

Per quanto riguarda invece la valutazione della motivazione, intesa secondo i modelli che si riferiscono ai costrutti per come descritti da Miller e Rollnick da una parte e da Prochaska e DiClemente dall'altra (Miller, 1991; Prochaska, 1982), poco o nulla è stato sino ad ora specificamente indagato.

Per quanto riguarda la disponibilità al cambiamento (Readiness to Change - RTC), la sua valutazione è sempre stata testata principalmente, ma non solo, rispetto ai classici comportamenti di abuso anche in Italia (Spiller, 2006, 2007) anche se nel corso del tempo molti studi hanno avuto come oggetto di interesse la motivazione al cambiamento in molteplici comportamenti, normali e patologici.

In ogni caso i pochi strumenti a disposizione sulla valutazione della motivazione si fondano sulla allocazione in uno stadio secondo il Modello Transteorico del Cambiamento (TTM) di Prochaska e DiClemente, che descrive il cambiamento come un processo progressivo che procede per stadi in maniera spiraliforme. Tale modello, a tutt'oggi ancora valido, negli ultimi anni è stato comunque da più parti criticato per la difficoltà di dimostrarne in maniera univoca le chiare correlazioni con gli outcome e quindi il suo valore predittivo.

Da un punto di vista delle tecniche di counseling necessarie per elicitarne la motivazione al cambiamento, finalizzate cioè a far progredire attraverso gli stadi se ci si riferisce al TTM, importanti teorizzazioni sono state sviluppate negli ultimi da WR Miller, il padre della Motivational Interviewing (Colloquio Motivazionale in Italia).

I più recenti indirizzi in tema hanno riguardato lo sviluppo di strumenti atti a valutare in maniera più oggettiva le componenti del colloquio col cliente attraverso analisi quali-quantitative

strutturate delle sessioni ed ultimamente nella direzione dell'analisi psicolinguistica.

Tali analisi, a partire dai lavori di Amrhein e di Hettema hanno portato ad una riformulazione teorica del Colloquio Motivazionale da parte di WR Miller.

Nella sua definizione attuale il modello sostiene che all'interno di una interazione, ovvero di un colloquio, si possano trovare frasi espresse dal cliente che indicano affermazioni di differente valore rispetto al cambiamento.

Tali affermazioni, la cui espressione linguistica rappresenta la *diversa forza* dell'affermazione stessa, sono sinteticamente rappresentate dall'acronimo DARN e dall'acronimo CAT.

Il primo rappresenta l'espressione di desideri (Desire), abilità (Ability), ragioni (Reason) e bisogni (Need).

Tali espressioni, spesso in parte tra loro sovrappontesi e perciò non sempre distinguibili come elementi chiaramente separati, rappresentano *espressioni preparatorie* al cambiamento, predittive dell'impegno a cambiare.

Il secondo acronimo, CAT, definisce affermazioni, per lo più presenti in conclusione della sessione, ritrovate essere effettivamente *correlate al cambiamento* del comportamento.

Queste ultime espressioni sono affermazioni di impegno (Commitment), di attivazione (Activation) e di azione (Taking step).

Strumenti specifici, utilizzabili in maniera diversa dall'analisi sistematica in singolo colloquio individuale, non sono ancora stati proposti (per l'ampia bibliografia si rimanda al sito: www.motivationalinterviewing.org).

Per ultimo, un singolo studio effettuato ad Hong Kong propone una lettura motivazionale sui comportamenti rispetto al doping secondo il modello del TTM, applicato sia a sportivi che ai loro dirigenti, ritrovando una sostanziale minore disponibilità al cambiamento nei comportamenti da parte della componente dirigenziale rispetto a quella degli iscritti praticanti (Fung, 2008).

2.a Materiali e metodi: sviluppo di un percorso orientato alla valutazione di alcuni fattori in tema di doping

La scelta dei gruppi target

È stato formato un gruppo di lavoro composto da tre sottounità dislocate in tre diverse aree regionali con caratteristiche socio-ambientali piuttosto differenti (Piacenza, Alessandria e Foggia).

Al lavoro di organizzazione del disegno dello studio hanno partecipato operatori di riferimento per le tre realtà territoriali con la consulenza di un metodologo, di figure esperte nel campo dello sport e di uno statistico.

Alla realizzazione del progetto hanno inoltre collaborato in ogni una di queste sottounità diverse figure professionali afferenti al Ser.T. (medici, psicologi ed altri operatori dei Servizi per le Dipendenze), alle strutture universitarie di riferimento (docenti universitari e studenti) e dell'ambiente sportivo (allenatori o figure chiave in tale ambito delle rispettive aree di riferimento).

L'ipotesi principale dello studio era verificare l'eventuale presenza nei target di specifici tratti personologici in vario grado espressi, elementi motivazionali ed eventuali loro correlazioni.

I target oggetto dell'indagine sono stati rispettivamente utenti afferenti ai Ser.T. delle tre città, sportivi non professionisti e studenti universitari del contesto territoriale di riferimento considerato ipoteticamente come gruppo di controllo.

Un ramo complementare dello studio ha sottoposto ad intervista i "livelli dirigenti" di tutti e tre i target (dirigenti Ser.T., docenti

universitari e sportivi con funzioni dirigenziali) allo scopo di verificare se vi fossero differenze in atteggiamenti e credenze ai vari livelli organizzativi, data una segnalazione in letteratura di una maggiore resistenza nell'affrontare il tema del doping da parte delle dirigenze rispetto ai praticanti sport (Fung, 2008).

Tale scelta avrebbe potuto permettere di identificare elementi ipoteticamente significativi sia in sportivi, sia in soggetti afferenti a Servizi clinici per le dipendenze, sia in soggetti formalmente non affetti da abuso e/o dipendenza, e quindi nominalmente riferentesi alla popolazione generale, a loro volta praticanti e non praticanti attività sportiva non agonistica.

La scelta degli strumenti

Per sondare i tratti personologici è stato scelto il questionario BIG FIVE-2 (BFQ-2) (Caprara, 2002; Vecchione, 2007).

Per sondare gli aspetti motivazionali, considerate le nuove evoluzioni teoriche in tema, si è deciso di costruire un nuovo strumento che procedesse a identificare le dimensioni indicate dal DARN-CAT e denominato DARN-CAT DOP (per le specifiche si rimanda ad altra pubblicazione in corso di stesura).

All'interno del processo di validazione, non essendovi la possibilità di somministrare in contemporanea quale strumento di controllo altri questionari di significato equivalente perché non esistenti, si è deciso di utilizzare come riferimento il PEAS, validato internazionalmente e gentilmente concesso dall'Autore per il suo utilizzo, tradotto in lingua italiana con doppia traduzione (per le specifiche si rinvia ad altra pubblicazione in corso di stesura).

Il PEAS quale strumento indiretto di confronto è stato quindi abbinato alla dimensione LIE del BFQ-2 quale indice di controllo di maggiore o minore risposta correlata alla desiderabilità sociale.

Il BFQ-2 ed il Darn-Cat Dop venivano somministrati alla fine di un'intervista strutturata introduttiva atta a raccogliere dati socio-demografici, presenza di informazioni e convincimenti dei partecipanti prendendo spunto da simili questionari pubblicati in Italia per uno studio sugli atteggiamenti rispetto al doping (AAVV Asl Mi, 2003; Serpelloni, 2006).

È stato costruito in questo modo un pacchetto sottoposto ai partecipanti costituito da: una parte introduttiva costituita da un questionario che raccoglie dati socio-demografici, informazioni personali e convincimenti rispetto al doping, il PEAS; a seguire la somministrazione del DARN-CAT DOP e quindi per ultimo il BFQ-2.

Tale pacchetto è stato somministrato ai tre gruppi target (universitari, sportivi e utenti frequentanti il Ser.T.) nelle tre città coinvolte, ogni uno costituito da 150 soggetti maschi tra i 18 ed i 35 anni (per approfondimento criteri di inclusione vedi "limiti dello studio"), e quindi elaborato statisticamente. Al gruppo dei "dirigenti", di totali 90 soggetti, è stata somministrata solo l'intervista ed il Darn-Cat Dop.

La costruzione del DARN-CAT DOP

Per la costruzione del DARN-CAT DOP si è seguita la seguente metodologia.

Poiché la motivazione, intesa come RTC per come definita dai costrutti sopra esposti, è comportamento specifica e da riferirsi al comportamento individuale, si è scelto di centrare l'attenzione su due aree di comportamento specifiche: *informarsi sul doping e contrastare il doping*.

Tali aree sono state scelte in considerazione della necessità che esse potessero implicare comportamenti agiti in vario grado da tutti i campioni presi in considerazione, evitando quindi l'even-

nienza di una concentrazione di risposte estreme da parte di uno o più dei target scelti a causa di comportamenti ritenuti individualmente estranei (es. praticare il doping) e che avrebbe potuto rendere di fatto rivelarsi non utile allo studio.

Allo stesso tempo questi comportamenti rispondevano anche all'esigenza, almeno in linea teorica, di suscitare il grado minore di resistenza e risposta inattendibile da parte dei campioni target come si suppone potesse avvenire con questionari più diretti a sondare comportamenti dopanti personali.

Si è scelto quindi di rappresentare le varie dimensioni del DARN-CAT con risposta ad affermazioni specifiche, graduate su scala likert-like a 7 punti in cui la scala rappresenta da 0 a 7 livelli crescenti di forza dell'affermazione da "non assolutamente" ad "assolutamente", per ogni uno di questi due comportamenti ben identificabili.

In questo modo il questionario era costituito dalla combinazione di 7 item (4 DARN e 3 CAT) per ogni uno dei 2 comportamenti esaminati, *informarsi sul doping e contrastare il doping*, con un totale di 14 item rappresentanti 4 aree complessive e distinte (DARN-*informarsi* + CAT-*informarsi* e DARN-*contrastare* + CAT-*contrastare* / *il doping*).

Una parte finale riassuntiva del comportamento in generale rispetto al doping è stata aggiunta alla fine del questionario con l'intenzione di poter raccogliere una sintesi finale su scala centesimale della disponibilità al cambiamento del soggetto rispetto a tutte le dimensioni considerate ed aggiungendo le dimensioni Disponibilità al Cambiamento (dimensione riassuntiva della stadi azione secondo TTM) e della dimensione Importanza (dimensione ritenuta fondamentale nel cambiamento secondo Miller).

Di seguito alla sua costruzione il questionario è stato somministrato ad un campione innocente di 10 soggetti in ogni una delle 3 sedi coinvolte e modificato in relazione alle osservazioni giunte in questa verifica (valutazione linguistica).

L'ipotesi generale, secondo il modello teorico di riferimento, è stata che gli item DARN e quelli CAT avessero tra loro una correlazione più forte internamente che gli uni rispetto agli altri e che potessero quindi essere complessivamente rappresentati da due singoli fattori sufficientemente distinti: affermazioni di tipo preparatorio e di impegno-azione al cambiamento.

2.b Risultati

1) Il punto di partenza, data la natura sperimentale dello studio, è stato esaminare i punteggi (esiti delle scale Likert a 7 modalità) rilevati dagli Item caratterizzanti il questionario motivazionale *DARN-CAT DOP*.

Dapprima si è studiata la presenza di un legame tra i 14 Item in esso contenuti, poi l'esistenza di relazioni tra le varie scale-punteggio riportate nella sua parte finale e, infine, tra queste e gli Item precedenti.

Quindi, in relazione a quanto sopra esposto, si è fatto riferimento ai 540 soggetti campionati complessivamente comprendenti 450 soggetti reclutati dai 3 target e a 90 soggetti "dirigenti".

I campioni sono stati suddivisi per area geografica di appartenenza (AL=Alessandria, FG=Foggia, PC=Piacenza) e per categoria di riferimento (A1=Utenti Ser.T., B1=Universitari, C1=Sportivi non agonistici, A2=Operatori Ser.T., B2=Docenti Universitari, C2=Istruttori Sportivi).

Le analisi dei dati sembrano giustificare la scelta degli studenti universitari come valido campione di controllo.

La prima ipotesi è stata quella di accettare che i 14 Item del questionario DARN-CAT fossero effettivamente raggruppabili ulte-

riormente in due sottogruppi semantici: area DARN e area CAT. Tali aree rappresentano rispettivamente "affermazioni preparatorie" al cambiamento (DARN) "affermazioni correlate al cambiamento" vero e proprio (CAT).

Tale ipotesi è stata confermata dall'analisi statistica.

Per quanto attiene alla riproducibilità, cioè all'ipotesi di poter riosservare le stesse correlazioni tra gli item su un diverso campione di soggetti con pari caratteristiche (vedi limiti dello studio), l'analisi statistica indica come le correlazioni tra gli item così strutturati nel questionario motivazionale avrebbero un livello di probabilità di riproposizione su un diverso campione del 95%. Da queste analisi se ne è concluso che il questionario **può ritenersi riproducibile**.

Si è poi concentrata l'attenzione su quanto emerso dalle risposte alle affermazioni rappresentate dalle 4 aree semantiche del DARN-CAT, sintetizzate con 4 fattori, uno per ogni area.

In primo luogo, riferendosi all'area dell'"informarmi sul doping", si è rilevato che i campioni esaminati hanno teso a fornire risposte in linea mentre, in seguito a stratificazione dei dati per provincia, per categoria e per entrambe, si sono evidenziate alcune importanti differenze.

Mentre i 150 soggetti di Piacenza sembrerebbero avere una scarsa propensione ad informarsi sul doping con una pressoché indifferenza ad agire comportamenti in tal senso, a Foggia la tendenza risulta esattamente contraria.

Posizione intermedia paiono avere i soggetti alessandrini.

Emerge inoltre una sostanziale differenza di atteggiamento manifestata dalle tre categorie esaminate: gli utenti Ser.T. di tutte e tre le province dichiarano di manifestare scarsa attitudine e/o attivazione ad informarsi sul doping; gli sportivi sono invece molto interessati; gli universitari esprimono una quasi sostanziale indifferenza. Simile andamento si rileva per l'area riferita al contrastare il doping.

Concludendo complessivamente si rileva che nei foggiani è maggiore la propensione a contrastare che ad informarsi sul doping, mentre piacentini ed utenti Ser.T. tutti sono meno interessati a contrastare il doping piuttosto che informarsi.

Alessandria mostra un atteggiamento intermedio tra i due, piuttosto vicino alla "popolazione generale".

2) Si è, inoltre, cercato di verificare se vi fossero differenze tra le varie categorie (dipendenti, sportivi, e universitari) anche in base ad eventuali caratteristiche personologiche per come dichiarate nel BFQ-2.

Innanzitutto, le dimensioni e le sottodimensioni del questionario sono risultate tutte correlate negativamente con la categoria degli utenti afferenti al Ser.T.

I soggetti appartenenti a questo gruppo hanno cioè mostrato minori valori in tutte le dimensioni sondate rispetto agli altri due target.

In modo particolare, i soggetti appartenenti al campione dei dipendenti tendono a dichiarare bassi punteggi nelle dimensioni Energia, Amicalità e Coscienziosità rispetto alle rimanenti con una maggiore correlazione, sempre negativa, tra quest'ultima e la dimensione LIE, che indica la globale tendenza a rispondere in maniera socialmente desiderabile, da parte della categoria dei soggetti affetti da dipendenza.

In tutt'altra direzione sembrerebbero volgersi le correlazioni nel caso degli sportivi, essendo risultate tutte positive, anche se in taluni casi di poco superiori allo zero.

Infine, essere uno studente universitario ha significato rispondere alle domande del BFQ-2 senza risultare particolarmente estremista, ovvero esprimendo sempre un giudizio medio nella scala dei punteggi T standardizzati.

Gli universitari, infine, risultano non essere particolarmente positivi, ma nemmeno troppo negativi nelle loro risposte.

Emergono comunque delle differenze tra province.

Nel rapporto tra tratti personologici e motivazionali è risultato che all'aumentare dell'energia, dell'amicalità e della coscienziosità aumenta la propensione dichiarata ad informarsi sul doping.

3) Per quanto riguarda il PEAS l'unica categoria che riporta correlazioni positive è quella dei soggetti affetti da dipendenza che tendono a fornire risposte elevate alle seguenti affermazioni: "Il doping è necessario per essere competitivi", "I media interpretano in maniera esagerata la questione del doping", "I media dovrebbero occuparsi meno di doping", "Affidarsi al doping non significa barare perché tutti lo fanno".

In particolare tra questi chi più tende all'intenzione di impegno nel contrastare il doping tanto meno lo ritiene utile per essere competitivi, chi esprime comunque almeno affermazioni preparatorie al cambiamento rispetto al contrastare il doping ritiene che i media dovrebbero occuparsi con maggiore insistenza dell'argomento e in modo più approfondito.

3. Limiti dello studio

Vari limiti possono essere identificati.

Il primo riguarda il target campionato.

La campionatura limitata ai soli soggetti maschi, tra i 18 e i 35 anni con scolarità superiore al diploma medio inferiore è stata determinata relativamente al sesso dal target Ser.T. poiché gli afferenti a questo genere di Servizio è in stragrande maggioranza di sesso maschile e non vi era la possibilità di reperire un numero sufficiente di soggetti femmine tali da rendere il campione rappresentativo, per quanto riguarda la scolarità, dalla necessità di reclutare soggetti maggiorenni senza nel contempo aumentare i bias attribuibili al reclutamento del campione studenti.

Ciò costituisce un limite rispetto alla popolazione degli sportivi che vede nella realtà una grande rappresentazione di soggetti di sesso femminile praticanti attività sportive.

Il campione inoltre non è randomizzato, ma comunque piuttosto ampio rispetto alla popolazione totale per ogni categoria e per ogni luogo di riferimento.

Tale restrizione dei criteri di reclutamento rende i risultati ottenuti eventualmente generalizzabili a questa sola fascia di popolazione con queste caratteristiche.

Di conseguenza anche la validità dei risultati e quindi l'applicabilità del DARN-CAT DOP può essere estesa solo a similari campioni di soggetti.

Anche il confronto del DARN CAT DOP somministrato ai dirigenti risulta utile per suggestioni circa una differenza nella motivazione al cambiamento tra target in funzione del ruolo assunto all'interno dell'organizzazione, ma non certamente estendibile data la esiguità del campione dei dirigenti corrispondente per altro ad una differenza numerica esistente nella realtà.

Ulteriore limite del DARN-CAT DOP è rispetto alla sua predittività.

In effetti il progetto, ridimensionato in corso d'opera, non prevede una replicazione sullo stesso target nel corso del tempo per verificare cambiamenti nei comportamenti, né prevede misurazioni atte a verificare l'attendibilità delle dichiarazioni con osservazioni comportamentali oggettive. Quest'ultimo è in ogni caso il limite di buona parte degli studi su popolazioni estese in

materia di doping soprattutto per le ragioni esposte in introduzione.

4. Conclusioni

Seppure con i limiti descritti il questionario motivazionale DARN CAT DOP ha mostrato di essere coerente col modello teorico, essendo state rintracciate correlazioni tali da poter distinguere distintamente le risposte sia ai due comportamenti, "informarsi sul doping" e "contrastare il doping", che nel loro interno tra affermazioni preparatorie che correlate al cambiamento come fattori distinti.

In questo senso il questionario motivazionale può essere considerato una prima matrice valida per poter replicare su target diversi (differenti fasce di età, sesso femminile ecc.) similari risultati allo scopo di estenderli ad una popolazione maggiormente rappresentativa.

In generale si è riscontrata una scarsa propensione sia ad informarsi che ad attuare comportamenti di contrasto tra gli utenti Ser.T. in generale, mentre per quanto riguarda gli altri due target la differenza risulta essere caratteristica del luogo più che del target con un gradiente tra Piacenza (basso), Alessandria (più simile al gruppo controllo) e Foggia che appare come l'unica provincia propensa sia ad informarsi ed ancor più a contrastare il doping.

Caratteristiche del target "dipendente", differentemente dagli altri target, sembrano essere bassi livelli in tutte le dimensioni del BFQ-2 con specifico riferimento ad energia, amicalità e coscienza associata quest'ultima ad una inversa tendenza rispetto a quest'ultima ad attribuirsi qualità positive associate allo status sociale ed intellettuale o moralmente desiderabili (bassa tendenza alla risposta data per desiderabilità sociale).

Ulteriori studi sono comunque necessari per rendere generalizzabili i risultati che per i citati limiti di studio, sono comunque riferibili solo alle popolazioni prese in esame e descritte nell'articolo.

Acknowledgments

Lo studio è stato cofinanziato dal MINISTERO LAVORO, SALUTE E POLITICHE SOCIALI-DIREZIONE GENERALE RICERCA SCIENTIFICA E TECNOLOGICA - UFF.VIII-Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive nell'ambito del bando "Ricerca farmaci, sostanze e pratiche mediche utilizzabili a fini doping nelle attività sportive 2008".

Si ringraziano inoltre tutti gli operatori coinvolti nel reclutamento dei soggetti partecipanti allo studio

Note

1. L'equiseto serviva per contrarre la milza.
2. Pianta con proprietà anestetiche ed alla quale si accreditavano anche virtù afrodisiache.
3. Bacca ricca di stricnina che a bassissimi dosaggi produce spiccati effetti eccitatori.
4. Laure (1995) riporta che era in uso cucinare i testicoli di toro al fine di un maggior apporto di testosterone all'atleta. Inoltre, tra gli sportivi greco-romani era molto in voga assumere l'*hydromele*, una bevanda alcolica fermentata a base di foglie di salvia, miele e acqua.

5. Estratto da una liana di derivazione andina, contiene triptamina endogena allucinogena.
6. Arbusto le cui foglie contengono un alcaloide ad azione stimolante che può dare dipendenza.
7. Arbusto con proprietà allucinogene.
8. Frutto che dà un senso di euforia.
9. L'Olimpismo moderno nasce dall'opera del francese de Coubertin che considerava la pratica sportiva come "movimento corporeo sostenuto dall'assiduo esercizio di energia sovrabbondante" fino alla definizione finale di "qualcosa che coinvolge l'esercizio muscolare basato sul desiderio di progresso e talvolta implicante il rischio.
10. Pare che il ciclista usasse un farmaco chiamato **trimetil** (composto da stricnina, cocaina ed etere).
11. Tommy Simpson collassò in diretta televisiva durante l'ascesa del Mont Ventoux. La sua morte fu causata da un mix di amfetamine ed alcool e fu una delle prime morti pubbliche causate dall'assunzione di sostanze proibite.
12. La legge 376 del 2000 entrò in vigore nel gennaio del 2001.
13. Report annuali ad opera dell'Istituto Superiore di Sanità, che trovano espletamento nel *Piano Territoriale*.

Bibliografia

- Aa.Vv., Ricerca Fenomenologica Doping, *Rapporto di ricerca*, novembre 2003, progetto finanziato con il Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga nell'ambito del I Piano Territoriale ASL Città di Milano.
- Adlaf E.M., Smart R.G. (1992), "Characteristics of steroid users in an adolescent school population", *Journal of Alcohol and Drug Education*, 38: 43-49.
- Agenzia Mondiale Anti-Doping (WADA), www.wada-ama.org
info@wada-ama.org.
- Bauman Z. (2006), *Amore liquido. Sulla fragilità dei legami affettivi*, Laterza, Roma-Bari.
- Bonavita V. (2009), "Slide: *Il Doping*", Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Messina.
- Bourg J.F. (1999), *Le dopage sportif*, Encyclopedia Universalis.
- Bozzonet J.-J. (1996), *Sport et Société*, Le Monde.
- Canali S. (2001), "Doping e culture dopanti", *Prometeo: Rivista di Scienza e Storia*.
- Canetti E. (1995), *Massa e potere*, Adelphi Edizioni.
- Caprara, Barbaranelli, Borgogni e Vecchione (2002), Giunti O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Casavola F.P. (2010), *Etica, Sport e Doping*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica.
- Corradini Broussard D., Alfieri L., Escobar R., Battaglia L., Corradini Menichetti F., Bugliani F., Sciacca F. (1995), *Miti e Archetipi. Linguaggi e simboli della storia e della politica*, Edizioni ETS, Istituto di Filosofia del diritto e di studi storico-politici, Università degli Studi di Pavia.
- Dipartimento del Farmaco, *Reporting System Doping Antidoping*, 2003-04, Istituto Superiore di Sanità.
- Dipartimento del Farmaco, *Reporting System Doping Antidoping*, 2010, Istituto Superiore di Sanità
- Durant R.H., Ashworth C.S., Newman C., Rickert V.I. (1994), "Stability of the relationships between anabolic steroid use and multiple substance use among adolescents", *Journal of Adolescent Health*, 15: 111-116.
- Durant R.H., Escobedo L.G. & Health G.W. (1995), "Anabolic-steroid use, strength training, and multiple drug use among adolescents in the United States", *Pediatrics*, 96: 23-28.
- Ehrenberg A. (1991), *Le Culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy (réédition Hachette Littératures, coll. Pluriel).
- Ferrara S.D. (2004), *Doping Antidoping*, Piccin, Padova.
- Fuller J.R., La Fountain M.J. (1987), "Performance-enhancing drugs in sport: a different form of drug abuse", *Adolescence*, 88.
- Fung L., Yuen Y. (2008), *Compliance by Hong Kong's National Sport Organizations With the World Anti-Doping Program*, 11, 3.

- Ghizzo M., Celata C., (2003), *Progetto Ricerca fenomenologica Doping*, Fondo Nazionale per la lotta alla Droga, Piano Territoriale Asl Città di Mialano.
- Guerreschi L., Garnier C. (2008), "Les représentations sociales du dopage sportif. Etude qualitative auprès d'athlètes de haut niveau français et canadiens", *Drogue, santé et société*, vol. 7, n. 1.
- Gucciardi D.F., Jalleh J., Donovan R.J. (2010), "Does social desirability influence the relationship between doping attitudes and doping susceptibility in athletes?", *Psychology of Sport and Exercise*, 11, 479-486.
- Langeron J.L. (2010), *Le dopage, d'hier à demain*, trad. sito francese www.ffct.org.
- Laure P. (1995), *Le dopage*, PUF, Paris.
- Laure P. (2004), *Les Alchimistes de la performance. Histoire du dopage et des conduites dopantes*, Vuibert, Paris.
- Leone R., Fumagalli G., (2006), "Aspetti farmacologici del Doping", in Serpelloni G., Rossi A. (a cura di), *Doping*, Osservatorio Regionale Dipendenze, Regione Veneto.
- Lippi G., Mattiuzzi C., Guidi C. (2004), "Prevenzione del doping nello sport: aspetti epidemiologici implicazioni etiche", *Epidemiol Prev*, 28(3): 178-83.
- Lukas S.E. (1996), "CNS effects and abuse liability of anabolic-androgenic steroids", *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 36: 333-357.
- Marena G. (1986), *Il controllo antidoping negli atleti: valutazione critica dell'esperienza italiana e proposte per un suo miglioramento*, Tesi di Specializzazione in Tossicologia Medica, Università degli Studi di Firenze.
- Mastrobattista L. et al. (2008), "Il mio doping", *Metab*, 14: 1-23, Dipartimento del Farmaco, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- Miller W.R., Rollnick S. (1991), *Motivational Interviewing*, The Guilford Press, New York, 1991.
- Petróczi A., Aidman E. (2009), "Measuring explicit attitude toward doping: Review of the psychometric properties of the Performance Enhancement Attitude Scale", *Psychology of Sport and Exercise*, 10: 390-396.
- Petróczi A. (2007), "Attitudes and doping: a structural equation analysis of the relationship between athletes' attitudes, sport orientation and doping behavior", *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2:34: 1-15.
- Petróczi A., Aidman E.V., Hussain I., Deshmukh N., Nepusz T. et al. (2010), "Virtue or Pretense? Looking behind Self-Declared Innocence in Doping", *PLoS ONE*, 5(5): e10457. doi:10.1371/journal.pone.0010457.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1982), "Transtheoretical Therapy: Toward a more Integrative Model of Change", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19: 276-88.
- Rosano A. (2004), *Il Doping nello Sport Amatoriale*, IIMS.
- Scarpino V. (1990), "Evaluation of prevalence of dopin among Italian Athletes", *The Lancet*, vol. 336, Issues 8722.
- Scott D.M., Wagner J.C., Barlow T.W. (1996), "Anabolic steroid use among adolescents in Nebraska schools", *American Journal of Health-System Pharmacy*, 4053: 2068- 2072.
- Serpelloni G., Rossi A. (a cura di) (2006), *Doping - Aspetti medici, nutrizionali, psicopedagogici, legali ed etici e indicazioni perla prevenzione - Manuale teorico-pratico per operatori di prevenzione e dei Dipartimenti delle Dipendenze*; La Grafica, Vago di Lavagno (Vr) www.dronet.org.
- Spiller V., Zavan V., Guelfi G.P. (2007), "Motivation and change: a three dimensional continuum", in Tober G., Raistrick D., *Motivational Dialogue*, Routledge, London: 34-51.
- Spiller V., Zavan V., Guelfi G.P. (2006), "Assessing motivation for change in subjects with alcohol problems: the MAC2-A questionnaire", *Alcohol and Alcoholism*, Nov-Dec, 41(6): 616-23.
- Vecchione M. (2007), *Il Big Five Questionnaire: Proprietà psicometriche e revisione dello strumento*. Tesi di dottorato, Università degli Studi di Padova.
- Studies of the International Society of Sport Psychology*, 1993.
- Vargiu A. (2007), *Doping e Antidoping*, Federazione Medico Sportiva Italiana.
- Vigarello G. (2000), *Passion Sport*, Textuel, Paris.
- Yesalis C.E., Kennedy N.J., Kopstein A.N., Bahrke M.S. (1993), "Anabolic-androgenic steroid use in the United States", *Journal of the American Medical Association*, 270: 1217-1221.

Personalità e tossicodipendenza: dieci anni di assessment con il test MMPI-2 in un Ser.T. italiano

Fiorenzo Ranieri*, Elisa Casin**, Francesca Morabito***, Valentina Cocci****, Paolo E. Dimauro*****

SUMMARY

■ **Objectives:** *This paper presents a research conducted in Ser.T. of Arezzo with a sample of 359 users arrived to the Service with a clinical request. In order to investigate the existence of a specific addictive profile, it were studied the anamnesis of the subjects, their habits of consumption and their average profiles of personality obtained by the analysis of MMPI-2.*

Methods: *The analyses concern the entire sample and distinct subgroups in relation to the type of substance used or behavioral addiction that led the persons to require a clinical help. The psychologists of Ser.T. assessed the patients with the MMPI-2 during the last 14 years to detect psychopathological behaviors with clinical and statistical criteria. The questionnaires were divided in two groups (males and females) and for each subject were derived T points of the Fundamental and Content Scale. Then for each scale was calculated the average value. The tests were processed using the "Panda" software. The average of the scores of each subgroup produced the total profile.*

Results: *The results show that it is not possible to identify a typical profile of the addict personality. Subjects show multiple profiles and about one-third of the sample doesn't show psychopathological features detectable with the test.*

Conclusions: *The difficulty to define a typical psychodiagnostic profile of addicted confirms the opportunity of accurate clinical assessment for an effective clinical treatment. The MMPI-2 profiles included in the sample show the psychological state in which are the addicted when they ask for clinical support. In this sense, the profiles represent a kind of cut-off, an image of the psychopathological state in which is located an individual who is not able to manage his or her dependence. ■*

Keywords: *MMPI-2, addiction, personality, assessment.*

Parole chiave: *MMPI-2, dipendenza patologica, personalità, valutazione diagnostica.*

Introduzione

Fin dal 1998 il test Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2) è stato utilizzato presso il Ser.T. dell'Azienda USL8 di Arezzo per l'assessment psicopatologico degli utenti in ingresso.

A partire dal 2004 il Ser.T. ha stabilito un protocollo psicodiagnostico che prevede la somministrazione dei test MMPI e Addiction Severity Index (ASI) oltre che lo svolgimento di colloqui clinici finalizzati a raccogliere l'anamnesi dell'utente e l'eventuale disponibilità ad intraprendere un percorso terapeutico-riabilitativo.

* Psicologo Dirigente Az USL 8 Arezzo, Resp. Centro Documentazione Ser.T. Arezzo.

** Psicologo, Ricercatrice presso il Centro Documentazione Ser.T. Arezzo.

*** Psicologo Dirigente Az USL 8 Arezzo.

**** Psicologo Dirigente Az USL 8 Arezzo.

***** Direttore Dipartimento Dipendenze Az USL 8 Arezzo.

Lo studio qui presentato si propone di individuare le caratteristiche socio-anamnestiche di un campione di utenti, le loro abitudini di consumo e i profili medi di personalità ottenuti grazie all'analisi del test MMPI, distinguendo il campione in sottogruppi relativamente alla tipologia di sostanza assunta o la dipendenza comportamentale che ha spinto il soggetto a recarsi al Ser.T. Abbiamo dunque indagato se il campione generale e, in seguito, i singoli sottogruppi, presentano caratteristici profili di personalità secondo i risultati ottenuti al test MMPI.

La valutazione psicologica consente la formulazione di un'ipotesi diagnostica finalizzata a decidere quali siano le modalità di disintossicazione, d'intervento farmacologico, psicoterapico e psicosociale più idonee.

L'assessment permette di predisporre un trattamento personalizzato, centrato sugli specifici bisogni e sulle risorse del singolo utente.

Utilizzando il quadro psicodiagnostico che cerca di chiarire almeno a grandi linee il nesso tra la compulsione del soggetto verso la sostanza psicoattiva e le preesistenti o associate tematiche psicopatologiche.

Eventuali disturbi psichiatrici, di personalità e neurologici vengono analizzati con procedure specifiche e non solo in modo secondario all'uso di sostanze psicoattive.

L'assessment comprende quindi un'ampia valutazione iniziale che consenta di:

- decidere circa la possibilità e/o l'opportunità della presa in carico;
- ricostruire meccanismi e processi che sottendono i disturbi manifesti;
- individuare e concordare con il paziente sia obiettivi immediati che di medio-lungo termine;
- identificare modalità di trattamento appropriate per far fronte alle difficoltà della persona in maniera efficace e duratura;

La necessità di valutare il paziente tossicodipendente con un "assessment multidimensionale" nasce dal bisogno di comprendere le cause determinanti l'esordio, l'andamento e l'esito dei disturbi eventualmente correlati all'uso di sostanze psicoattive. Diversi studi dimostrano che la comorbidità di disturbi mentali e da uso di sostanze costituisce una tipologia nosografica a sé, in cui il malessere soggettivo, connesso a una o più diagnosi psichiatriche, si intreccia con i comportamenti tossicomani.

Ciò comporta una complessità sintomatica la cui comprensione è fondamentale ai fini del trattamento.

Come affermano Rigliano e Miragoli (1): *"È l'interrelazione tra le dinamiche della patologia psichiatrica e la funzionalità tossicomantica che va saputa cogliere, nell'intreccio tra autonomia e condizionamento che si innesca tra di esse, proprio per il ruolo 'positivo' che la sostanza viene ad assumere per quella persona"*. In Italia, diversi studi si sono occupati di rilevare sia la prevalenza dei disturbi da uso di sostanze nella popolazione afferente ai servizi psichiatrici, sia la prevalenza dei disturbi psichiatrici tra i tossicodipendenti afferenti ai Ser.T. (2, 3, 4).

La letteratura scientifica presenta molti studi in cui il test MMPI è stato utilizzato per indagare le caratteristiche di personalità correlate all'utilizzo di sostanze stupefacenti (5).

Materiali e metodi

Gli psicologi del Ser.T. di Arezzo hanno somministrato stabilmente agli utenti acceduti al Servizio, negli ultimi 14 anni, il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2* (MMPI-2), il noto test obiettivo di personalità, in grado di rilevare comportamenti considerati psicopatologici secondo criteri sia clinici che statistici (6).

Le aree di personalità esplorate da questo test rappresentano dimensioni psicologiche riscontrabili che in punteggi elevati acquistano un significato psicopatologico.

Questo test ha ampie e recenti standardizzazioni su campioni di popolazione italiana (7, 8), una lunga tradizione di studi e ricerche che confermano l'utilità e l'efficacia del test con popolazione sia normale sia patologica (9, 10), una possibilità di confronto dei profili ottenuti con quelli di altri Paesi e culture diverse, e la possibilità di effettuare lo scoring mediante procedure informatizzate (11, 12).

I criteri di somministrazione seguiti sono quelli indicati dal Manuale del test (6).

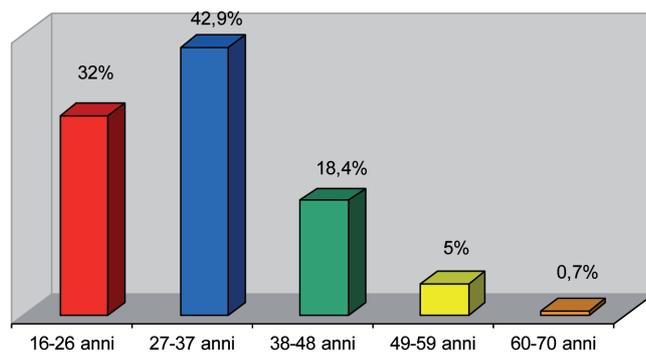
In questa ricerca i questionari raccolti sono stati distinti in due sottogruppi (maschi e femmine) e per ogni soggetto sono stati ricavati i punti T per le Scale Fondamentali e di Contenuto; per ogni singola scala è stato quindi calcolato il valore medio.

I valori medi del Test sono stati confrontati con altre variabili ricavate dalla cartella clinica di ogni singolo soggetto.

Il campione di ricerca a cui è stato somministrato il MMPI è costituito da 359 soggetti, il 76,6% (N=275) maschi e il 23,4% (N=84) femmine, utenti che tra il 2000 e il 2010 sono acceduti al Servizio e che hanno compilato in forma valida il questionario MMPI.

Il campione ha un'età media di 31,8 anni (range=16-70 anni; ds=10,482) ed è stato suddiviso in cinque classi d'età: il 32% (N=115) ha tra i 16 e i 26 anni, il 42,9% (N=154) tra i 27 e 37 anni, il 18,4% (N=66) tra i 38 e 48 anni, il 5% (N=18) tra i 49 e 59 anni e lo 0,7% (N=6) tra 60 e 70 anni.

Graf. 1 - Distribuzione per classi d'età



Il 67,1% (N=241) degli utenti sono celibi/nubili, il 17,8% (N=64) coniugati, l'8,6% (N=31) separati o divorziati, il 4,7% (N=17) conviventi e lo 0,7% (N=6) vedovi.

Per quanto riguarda il grado di istruzione del campione, il 63% (N=226) ha la licenza media inferiore, il 27,9% (N=100) la licenza media superiore, il 3,1% (N=11) la licenza elementare, solo il 2,8% (N=10) ha il diploma universitario mentre il 2,5% (N=9) ha frequentato un corso professionale. Lo 0,6% (N=2) non risponde.

La quasi totalità degli utenti sono di nazionalità italiana (95,5%; N=343): il 57,4% (N=206) è nato ad Arezzo, il 9,8% (N=37) in provincia di Arezzo e il restante 32,8% (N=116) in Italia o all'estero. Ben l'88,1% (N=235) risiede ad Arezzo o provincia.

Per quanto riguarda la situazione lavorativa il 10% (N=36) del campione studia, mentre tra i lavoratori il 42,9% (N=154) è occupato stabilmente come dipendente, il 9,2% (N=33) è un lavoratore autonomo, il 8,9% (N=27) lavora solo saltuariamente o è in cerca della prima occupazione.

Il 24% del campione (N=86) è disoccupato, mentre il restante 5% (N=18) o è casalinga/pensionato o non è in condizione note.

Risultati

Abbiamo indagato la tipologia di sostanza assunta o la dipendenza comportamentale che ha spinto il soggetto a recarsi al Servizio e, eventualmente, se tale sostanza o dipendenza comportamentale è associata ad una dipendenza secondaria.

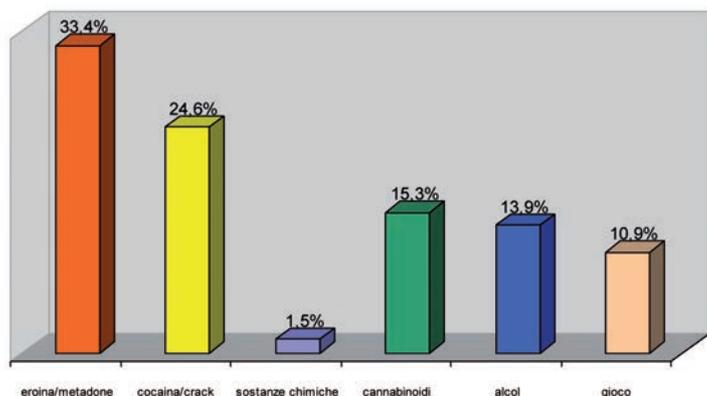
Negli ultimi anni, infatti, si è assistito al diffondersi delle poliasunzione di sostanze psicoattive legali e/o illegali in un sempre più largo numero di soggetti.

Per quanto riguarda la sostanza primaria utilizzata dagli utenti, ovvero la sostanza elettiva.

Il 33,1% (N=119) riferisce di usare eroina, lo 0,3% (N=1) metadone, il 24,6% (N=88) cocaina e crack, il 15,3% (N=55) cannabinoidi, 1,5% (N=5) sostanze stimolanti da sintesi chi-

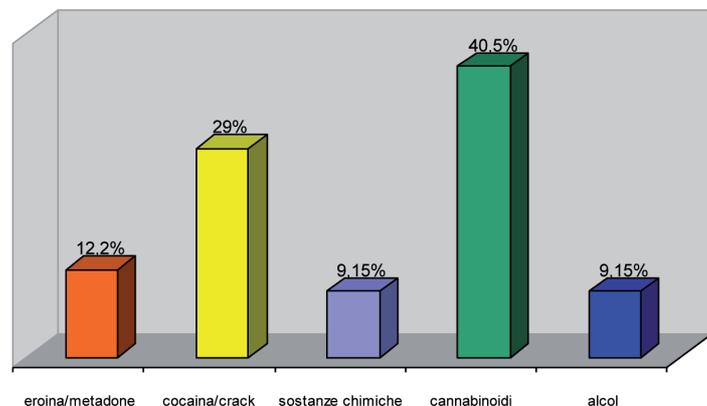
mica (amfetamine, mdma, altri stimolanti o ipnotici, sedativi), il 13,9% (N=50) alcol mentre il restante 10,9% (N=39) presenta una dipendenza comportamentale quale il gioco d'azzardo. Infine solo 2 soggetti riferiscono di usare altre sostanze.

Graf. 2 - Sostanza primaria



Tra questi soggetti il 36,5% (N=131) dichiara di utilizzare una sostanza secondaria che si affianca a quella primaria o alla dipendenza comportamentale: di questi ben il 40,5% (N=53) usa cannabinoidi, il 12,2% (N=16) eroina o altri oppioidi, il 29% (N=38) cocaina o crack, il 9,15% (N=12) alcol e il 9,15% (N=12) sostanze stimolanti.

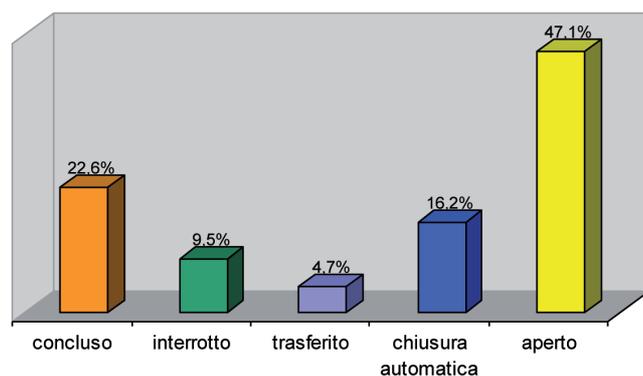
Graf. 3 - Sostanza secondaria



Abbiamo indagato anche il motivo che ha condotto gli utenti ad attivare un programma di recupero presso il Ser.T: il 51,5% (N=185) accede al servizio per una richiesta volontaria, il 17% (N=61) per l'invio della prefettura a causa dell'articolo 75/309, il 9,2% (N=33) come alternativa al carcere, il 10,3% (N=37) perché indotto da familiari o altri, il 6,7% (N=24) è stato indirizzato da altri servizi USL, il 4,5% (N=16) da strutture del privato sociale o da altri enti pubblici, infine lo 0,8% (N=3) per urgenza tossicologica.

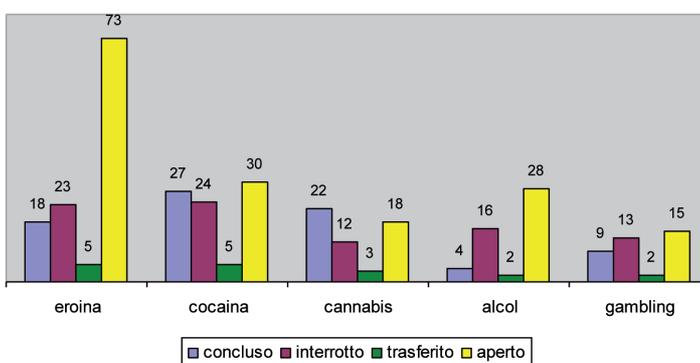
È stato considerato l'esito del programma proposto agli utenti, riscontrando che il 22,6% (N=81) ha concluso il programma, il 25,7% (N=98) lo ha interrotto o non si è più presentato per ricevere prestazioni sanitarie e il 4,7% (N=17) si è trasferito. Infine, ben il 47,1% (N=169) degli utenti ha un programma ancora aperto.

Graf. 4 - Esito del programma



In una seconda fase è stata indagata l'eventuale correlazione tra l'esito del programma e la sostanza primaria utilizzata, riscontrando una differenza statisticamente significativa tra i gruppi ($\chi^2=80,34$; gdl=44; $p \leq 0,01$).

Graf. 5 - Esito programma



Come si evidenzia dal grafico precedente, il gruppo di utenti che presentano la percentuale più alta di interruzione del programma sono nell'ordine: i giocatori di azzardo (33,3%; N=13), i consumatori di alcol (32%; N=16), i cocainomani (27,9%; N=24), i consumatori di cannabis (21,8%; N=12) ed infine gli eroinomani (19,3%; N=23).

Questo ultimo gruppo presenta quindi la migliore ritenzione in programma.

II MMPI

I questionari MMPI sono stati elaborati con il sistema informatizzato "Panda" (11), distinguendo il sottogruppo dei maschi (76,6%; N=275), da quello delle femmine (23,4%; N=84).

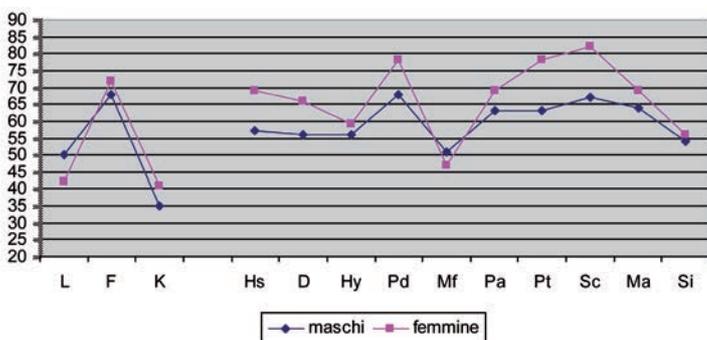
Lo scoring e codifica del test MMPI prevede infatti norme diverse a seconda del genere di appartenenza.

Per ciascun sottogruppo è stato elaborato un profilo complessivo costituito dalla media dei punteggi di quel sottogruppo.

Complessivamente i soggetti hanno risposto in maniera sincera alle domande del test, dando poca importanza all'immagine di sé che ne sarebbe derivata.

Di seguito vengono riportati i grafici e i rapporti narrativi elaborati dal software per ciascun sottogruppo generale dei maschi e delle femmine.

Graf. 6 - Profili MMPI campione totale (Scale Fondamentali)



Rapporto narrativo 1: campione generale maschi

Per quanto riguarda i maschi del campione, emerge la presenza di problemi di controllo degli impulsi con comportamenti caratterizzati da rabbia, irritabilità e risentimento e dalla tendenza a vedere il mondo in modo minaccioso, a diffidare degli altri, a colpevolizzarli dei loro fallimenti evitando relazioni sociali strette a causa delle loro difficoltà di empatia.

Il profilo elaborato tramite il "Panda" conferma inoltre la possibile presenza di comportamenti di tipo antisociale (quali tossicodipendenza, abuso di alcol e la tendenza verso condotte sessuali devianti). Il problema principale di questi soggetti è la scarsa valutazione personale, per cui si pongono loro stessi nelle condizioni di essere rifiutati o di fallire pur avendo un enorme bisogno di affetto e attenzione. Infatti si rileva la tendenza a liberare nei contesti gruppi tratti aggressivi che possono ostacolare un adeguato inserimento sociale.

Allo stesso tempo questi soggetti possono avere un'eccessiva fiducia nelle proprie capacità mostrando ipervalutazione di sé con possibili oscillazioni opposte e dubbi sulle proprie reali possibilità.

L'ideazione è orientata prevalentemente sul versante depressivo con vissuti di tristezza, scoraggiamento, vissuti di incertezza rispetto al futuro, diminuzione dell'abituale livello di energia e del senso di soddisfazione relativo alle comuni attività della vita quotidiana.

L'equilibrio timico è nei limiti della norma anche se in talune condizioni il soggetto può mostrare iperattività, eccessivo coinvolgimento e una certa tendenza all'irritabilità nelle situazioni in cui percepisce limiti alle attività che ha deciso di intraprendere.

Può esserci una certa rigidità psichica che si manifesta con atteggiamenti improntati a diffidenza nei confronti delle persone con cui entra in contatto, compensati talvolta da atteggiamenti formalmente compiacenti.

Questi soggetti tendono a chiudersi in se stessi e a sviluppare fantasie autistiche: il rapporto con l'ambiente può essere caratterizzato da tendenze alla strumentalizzazione nevrotica, mediante lo sviluppo di sintomatologia di tipo ipocondriaco-isterico.

In sintesi, il profilo medio elaborato del campione ha caratteristiche tali da rientrare nella diagnosi di disturbo di personalità antisociale, con la probabile presenza di tratti schizoidi e paranodi fino a considerare anche l'eventuale presenza di un disturbo psicotico.

Rapporto narrativo 2: campione generale femmine

Per quanto riguarda il gruppo delle femmine si evidenzia la presenza di problemi di controllo degli impulsi con alternanza tra periodi di insensibilità verso le conseguenze delle proprie azioni e comportamenti caratterizzati da rabbia e risentimento, e altri periodi di eccessiva preoccupazione circa gli effetti del proprio comportamento.

Si possono manifestare episodi di acting-out seguiti da temporanei sensi di colpa e di autocondanna e possono anche essere riferiti disturbi somatici vaghi, tensione e fatica.

Le capacità di adattamento al contesto socio-ambientale sono dunque condizionate da pervasivi sentimenti di dipendenza e insicurezza personale che si possono estendere anche alla vita sessuale. Anche in

questo sottogruppo il problema principale è la scarsa valutazione di sé, con la conseguente tendenza a porsi nella condizione di essere rifiutato o di fallire, evitando le relazioni sociali strette, attraverso l'assunzione di condotte scarsamente empatiche e la tendenza a diffidare degli altri e a colpevolizzarli dei propri fallimenti.

Si evidenzia la presenza di sintomatologia ansiosa con sentimenti di tensione, tendenza alla preoccupazione e scarsa capacità di concentrazione.

L'ideazione è polarizzata sul versante depressivo: i soggetti si sentono notevolmente tristi, scoraggiati e avvertono la netta diminuzione dell'abituale livello di energia e la dolorosa incapacità di provare piacere in relazione ai comuni stimoli della vita quotidiana.

Sono presenti sentimenti di inadeguatezza, malinconia, vuoto e disperazione con vissuti di incertezza rispetto al futuro ed indifferenza verso la propria vita.

È da segnalare la presenza di gravi sentimenti di colpa.

Il soggetto può presentare convinzioni di sfiducia e diffidenza nel prossimo e assumere di conseguenza atteggiamenti polemici e/o anti-conformistici causati da sentimenti di bassa stima di sé.

Emergono infine problemi familiari e vissuti di disagio circa la propria famiglia.

Nelle situazioni di gruppo questi soggetti tendono a interagire in maniera aggressiva e scarsamente controllata: i rapporti sociali non vengono a priori rifiutati ma tendono ad essere molto difficili.

I soggetti mostrano spesso un'acritica fiducia nelle proprie reali possibilità e non sembrano organizzare in maniera critica i propri comportamenti; possono tuttavia alternare momenti in cui esprimono sentimenti di autosvalutazione.

Possono tendere a polarizzare eccessivamente l'attenzione sulle proprie funzioni somatiche e su eventuali disturbi fisici senza riscontro di un'obiettività organica.

Tendono alla fantasticheria autistica, con la possibile perdita di confini tra realtà interna e esterna: il nucleo autistico può accompagnarsi allo sviluppo di sintomatologia somatica di tipo isterico-ipocondriaco.

Si possono mostrare rigidi, poco adattabili, diffidenti e attaccati alle proprie opinioni.

L'equilibrio emotivo appare compromesso e vi sono difficoltà di controllo sulla sfera delle pulsioni.

Il comportamento può risultare incontrollato, considerata l'insufficienza dei meccanismi di difesa.

Le persone così caratterizzate possono essere diagnosticate come affette da un disturbo di personalità di tipo borderline o anche un disturbo psicotico.

In una seconda fase dell'elaborazione dei dati, il campione generale di utenti è stato distinto in 6 sottogruppi in base alla sostanza utilizzata in modo primario o alla dipendenza comportamentale:

1. utenti che utilizzano eroina e /o metadone;
2. utenti che utilizzano cocaina e /o crack;
3. utenti che utilizzano cannabinoidi;
4. utenti che utilizzano alcool;
5. utenti che utilizzano sostanze stimolanti da sintesi chimica;
6. utenti che presentano una dipendenza comportamentale da gioco d'azzardo.

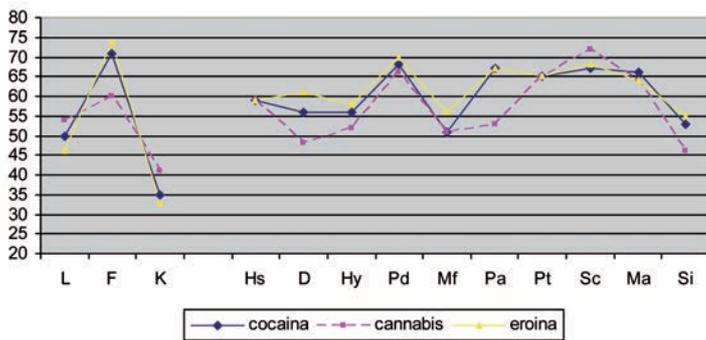
Per ogni sottogruppo è stata effettuata un'analisi descrittiva e successivamente è stato elaborato il profilo MMPI, distinto per genere, grazie al software PANDA.

Il sottogruppo dei soggetti che utilizzano sostanze stimolanti da sintesi chimica è risultato composto solo da 5 soggetti.

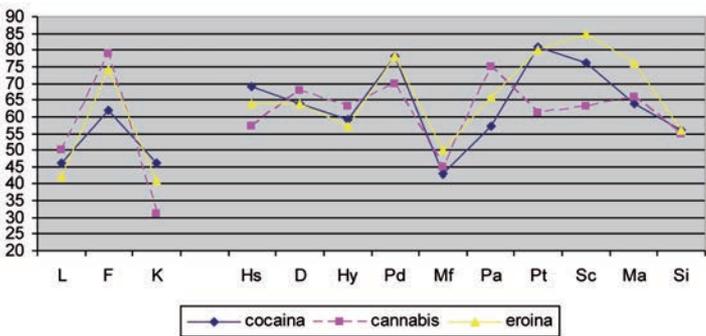
Per tale motivo su questi ultimi utenti non è stata effettuata alcuna elaborazione.

Il gruppo di utenti che utilizzano eroina e metadone è composto per il 70% (N=84) da maschi e per il 30% (N=36) da femmine con un'età media di 30,9 anni (ds=7,58).

Graf. 7 - Profili MMPI (maschi)



Graf. 8 - Profili MMPI (femmine)



Rapporto narrativo 3: campione consumatori eroina maschi

Per quanto riguarda il **sottogruppo dei maschi**, sembra che i soggetti abbiano risposto correttamente e sinceramente alle domande del test, ad un livello più profondo non sembrano essere stati in grado di controllare una troppo aperta manifestazione dei propri problemi emotivi.

L'equilibrio timico è nei limiti della norma anche se, in talune condizioni, i soggetti possono mostrare iperattività, eccessivo coinvolgimento e, soprattutto, tendenza all'irritabilità nelle situazioni in cui percepiscono limiti alle attività che hanno deciso di intraprendere.

Sono presenti: rifiuto del concetto di autorità, bisogno compulsivo di soddisfare le proprie pulsioni istintuali e possibile manifestazione di comportamenti impulsivi.

È probabile che i tratti descritti vengano vissuti dai soggetti con ansia, perplessità ed altre manifestazioni psicoasteniche.

Pur non essendo del tutto impossibile un adeguato inserimento ed integrazione alle situazioni d'interazione sociale, si evidenzia opposizione alle norme ed alle convenzioni sociali.

Tale dinamica è probabilmente associata a problemi di rapporto con le persone del gruppo di appartenenza.

Possono avere un'eccessiva fiducia nelle proprie capacità mostrando ipervalutazione di sé, ma sono possibili oscillazioni in senso opposto con dubbi sulle proprie reali possibilità.

Possono mostrarsi rigidi, poco adattabili, diffidenti, attaccati alle loro opinioni.

Possono mascherare tali tratti mediante atteggiamenti improntati a formale compiacenza e apparente passività.

Tendono a chiudersi in se stesso ed a sviluppare fantasticherie autistiche: il rapporto con l'ambiente può essere caratterizzato da tendenze alla strumentalizzazione nevrotica, mediante lo sviluppo di sintomatologia di tipo ipocondriaco-isterico.

L'equilibrio emotivo appare compromesso e il controllo sulla sfera pulsionale è spesso inadeguato per la disorganizzazione dei sistemi di difesa.

Il comportamento può essere, di conseguenza, spesso incontrollato.

Rapporto narrativo 4: campione consumatori eroina femmine

Per quanto riguarda il **sottogruppo delle femmine**, i soggetti hanno risposto in maniera sincera alle domande del test, anzi, sembra abbiano attribuito poca importanza all'immagine di sé che ne sarebbe derivata, infatti, la capacità di fornire una facciata di conformismo sociale pare essere decisamente ridotta.

I risultati clinici del test possono essere considerati validi.

Presentano esaltazione e labilità del tono dell'umore ma con possibili oscillazioni depressive. Possono essere presenti iperattività motoria, alterazioni della mobilità dei nessi associativi e difficoltà di controllo pulsionale.

Oscillano tra posizioni d'incertezza psicastenica rispetto alle decisioni con possibilità di sintomi anancastici e di manifestazioni comportamentali aggressive poco controllate.

Nelle situazioni di gruppo tendono ad interagire in maniera aggressiva e scarsamente controllata: i rapporti sociali tendono, pertanto, ad essere difficili anche se non vengono a priori rifiutati. Considerano se stesse in modo eccessivo e sproporzionato, ma oscillano tra momenti di acritica ipervalutazione di sé e momenti caratterizzati da grave dubbio sulle proprie capacità.

Possono mostrarsi rigide, poco adattabili, diffidenti, attaccate alle sue opinioni.

Possono mascherare tali tratti mediante atteggiamenti improntati a formale compiacenza e apparente passività.

Tendono alla fantasticheria autistica con la possibile perdita dei confini tra realtà interna ed esterna: il nucleo autistico può accompagnarsi allo sviluppo di sintomatologia somatica di tipo isterico-ipocondriaco.

È presente un'accentuata tendenza allo sviluppo di fantasie bizzarre e di pensieri insoliti, con scarse capacità di controllare le reazioni emotive nel corso delle interazioni sociali.

Le capacità di critica possono essere ridotte.

L'equilibrio emotivo appare compromesso e vi sono difficoltà di controllo sulla sfera delle pulsioni. Il comportamento può risultare incontrollato, considerata l'insufficienza dei meccanismi di difesa.

Per quanto riguarda il **secondo gruppo di utenti che utilizzano cocaina e /o crack**, emerge che l'88,6% (N=78) sono maschi e l'11,4% (N=10) sono femmine con un'età media di 30,8 anni (ds=9,38).

Rapporto narrativo 5: campione consumatori cocaina/crack maschi

Per quanto riguarda il **sottogruppo dei maschi**, non sembra che vi siano stati tentativi di influenzare i risultati del test né atteggiamenti particolarmente critici riguardo i propri problemi.

I risultati clinici sembrano essere validi.

Il tono dell'umore è caratterizzato da note depressive che possono essere associate a tratti di irrequietezza ansiosa.

Oscillano tra posizioni d'incertezza psicastenica rispetto alle decisioni con possibilità di sintomi anancastici e di manifestazioni comportamentali aggressive poco controllate.

Nelle situazioni di gruppo tendono ad interagire in maniera aggressiva e scarsamente controllata: i rapporti sociali tendono, pertanto, ad essere difficili anche se essi non vengono a priori rifiutati. Presentano una condizione di base caratterizzata da sfiducia nelle proprie possibilità e bassa stima di sé, ma possono alternare comportamenti impulsivi basati su valutazioni scarsamente critiche delle proprie possibilità.

Possono tendere a polarizzare eccessivamente l'attenzione sulle proprie funzioni somatiche e su eventuali disturbi fisici senza una obiettività organica realmente positiva.

Tendono a chiudersi in se stessi ed a sviluppare fantasticherie autistiche: il rapporto con l'ambiente può essere caratterizzato da tendenze alla strumentalizzazione nevrotica, mediante lo sviluppo di sintomatologia di tipo ipocondriaco-isterico.

Si rileva un'accentuata tendenza alla chiusura relazionale, alla difficoltà di comunicazione ed allo sviluppo di fantasie derealistiche.

I meccanismi di controllo e di difesa appaiono strutturati in una maniera sufficientemente equilibrata anche se, nelle condizioni di particolare stress possono manifestarsi alcune tendenze alla labilità emotiva con possibili difficoltà di controllo sulla sfera delle pulsioni.

Rapporto narrativo 6: campione consumatori cocaina/crack femmine

Per quanto riguarda il **sottogruppo delle femmine**, non sembra che vi siano stati tentativi di influenzare i risultati del test né atteggiamenti particolarmente critici riguardo i propri problemi.

I risultati clinici sembrano essere validi.

Il tono dell'umore è caratterizzato da note depressive che possono essere associate a tratti di irrequietezza ansiosa.

Oscillano tra posizioni d'incertezza psicastenica rispetto alle decisioni con possibilità di sintomi anancastici e di manifestazioni comportamentali aggressive poco controllate.

Nelle situazioni di gruppo tendono ad interagire in maniera aggressiva e scarsamente controllata: i rapporti sociali tendono, pertanto, ad essere difficili anche se essi non vengono a priori rifiutati. Presentano una condizione di base caratterizzata da sfiducia nelle proprie possibilità e bassa stima di sé, ma possono alternare comportamenti impulsivi basati su valutazioni scarsamente critiche delle proprie possibilità.

Possono tendere a polarizzare eccessivamente l'attenzione sulle proprie funzioni somatiche e su eventuali disturbi fisici senza una obiettività organica realmente positiva.

Tendono a chiudersi in se stessi ed a sviluppare fantasticherie autistiche: il rapporto con l'ambiente può essere caratterizzato da tendenze alla strumentalizzazione nevrotica, mediante lo sviluppo di sintomatologia di tipo ipocondriaco-isterico.

Si rileva un'accentuata tendenza alla chiusura relazionale, alla difficoltà di comunicazione ed allo sviluppo di fantasie derealistiche.

I meccanismi di controllo e di difesa appaiono strutturati in una maniera sufficientemente equilibrata anche se, nelle condizioni di particolare stress possono manifestarsi alcune tendenze alla labilità emotiva con possibili difficoltà di controllo sulla sfera delle pulsioni.

Per quanto riguarda il **terzo gruppo di utenti che utilizzano cannabinoidi**, emerge che il 92,7% (N=51) sono maschi e il 7,3% (N=4) sono femmine con un'età media di 23,3 anni ($ds=6,42$).

Rapporto narrativo 7: campione consumatori cannabinoidi maschi

Per quanto riguarda il **sottogruppo dei maschi**, va rilevato che i soggetti hanno risposto alle domande del test in modo adeguato e corretto senza tentare di influenzare consapevolmente i risultati, rendendosi così disponibili ad un confronto.

I risultati clinici del test vanno ritenuti validi.

L'equilibrio timico pare compreso nei limiti della norma; è tuttavia molto probabile una tendenza all'iperattività con possibili variazioni disforiche del tono dell'umore: i soggetti possono mostrare una eccessiva tendenza all'ottimismo, al coinvolgimento e all'irritabilità nelle situazioni in cui percepiscono limiti alle attività che hanno deciso di intraprendere.

Si rilevano comportamenti impulsivi, spesso caratterizzati da valenze oppostive nei riguardi dell'ambiente.

Tali tratti possono essere vissuti con ansia e manifestazioni psicoasteniche.

Sono presenti tendenze oppostive nei riguardi delle norme che regolano la convivenza sociale e, nelle situazioni di gruppo, il comportamento può essere caratterizzato da interazioni a sfondo aggressivo e mal controllate.

I rapporti sociali non sembrano, tuttavia, essere rifiutati.

La valutazione di sé e delle proprie capacità operative sembra essere tendenzialmente positiva; possono emergere, tuttavia, dubbi o scrupoli in situazioni frustranti.

Nella relazione interpersonale i soggetti si presentano disponibili ad interagire senza mettere in atto meccanismi improntati a particolare rigidità, anche se, solo nelle situazioni di particolare stress, possono evidenziare una lieve tendenza verso atteggiamenti caratterizzati da formalismo.

I soggetti presentano un tipo d'ideazione congrua ed aderente ai parametri di realtà anche se, nelle situazioni di particolare stress, possono assumere la tendenza a chiudersi in se stessi trovando le proprie gratificazioni in un "circuitto interno" finalizzato ad evitare un confronto problematico con la situazione contingente.

Possono inoltre verificarsi somatizzazioni dell'ansia.

I meccanismi di controllo e di difesa appaiono strutturati in una maniera sufficientemente equilibrata anche se, nelle condizioni di particolare stress possono manifestarsi alcune tendenze alla labilità emotiva con possibili difficoltà di controllo sulla sfera delle pulsioni.

Rapporto narrativo 8: campione consumatori cannabinoidi femmine

Per quanto riguarda il **sottogruppo delle femmine**, va rilevato che i soggetti hanno risposto alle domande del test in modo adeguato e corretto senza tentare di influenzare consapevolmente i risultati, rendendosi così disponibili ad un confronto.

I risultati clinici del test vanno ritenuti validi.

L'inclinazione dell'asse timico depone per una affettività orientata in senso depressivo, con possibilità di variazioni brusche ed immotivate del tono dell'umore associate ad ansia, tensione e facile irritabilità. Sono presenti: rifiuto del concetto di autorità, bisogno compulsivo di soddisfare le proprie pulsioni istintuali e possibile manifestazione di comportamenti impulsivi.

È probabile che i tratti descritti vengano vissuti dal soggetto con ansia, perplessità ed altre manifestazioni psicoasteniche.

Pur non essendo del tutto impossibile un adeguato inserimento ed integrazione alle situazioni d'interazione sociale, si evidenzia opposizione alle norme ed alle convenzioni sociali.

Tale dinamica è probabilmente associata a problemi di rapporto con le persone del gruppo di appartenenza.

Possono avere un'eccessiva fiducia nelle proprie capacità mostrando ipervalutazione di sé, ma sono possibili oscillazioni in senso opposto con dubbi sulle proprie reali possibilità.

Presentano evidenti e marcate tendenze interpretative e proiettive: nei rapporti interpersonali è rigido, diffidente, sospettoso.

Possono manifestare disturbi formali del pensiero.

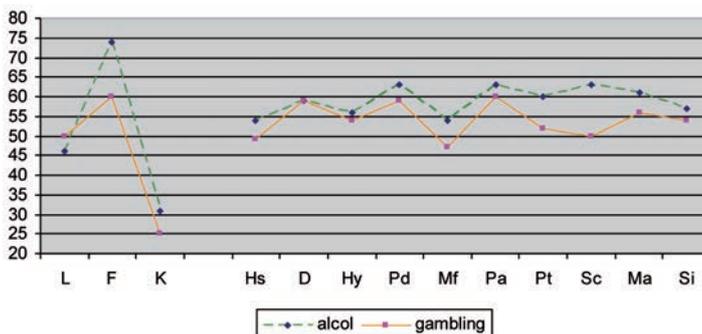
Tendono a chiudersi in se stesso ed a sviluppare fantasticherie autistiche: il rapporto con l'ambiente può essere caratterizzato da tendenze alla strumentalizzazione nevrotica, mediante lo sviluppo di sintomatologia di tipo ipocondriaco-isterico.

Rilevanti difficoltà di controllo emotivo e d'integrazione della sfera pulsionale tendono a condurre il soggetto alla chiusura in se stesso ed allo sviluppo di idee inconsuete.

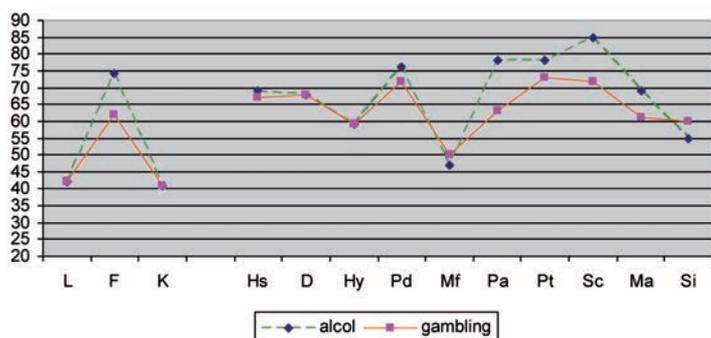
I disturbi emotivi e comportamentali appaiono rilevanti: le capacità di controllo e di difesa sono decisamente ridotte.

È possibile una destrutturazione della personalità.

Graf. 9 - Profili MMPI (maschi)



Graf. 10 - Profili MMPI (femmine)



Il quarto gruppo di utenti, coloro che utilizzano alcool, emerge che il 58% (N=29) sono maschi e il 42% (N=21) sono femmine con un'età media di 38,2 anni ($ds=10,93$).

Rapporto narrativo 9: campione consumatori alcool maschi

Per quanto riguarda il sottogruppo dei maschi, sembra che i soggetti abbiano risposto correttamente e sinceramente alle domande del test, ad un livello più profondo non sembrano essere stati in grado di controllare una troppo aperta manifestazione dei propri problemi emotivi.

L'equilibrio timico è nei limiti della norma anche se, in talune condizioni, i soggetti possono mostrare iperattività, eccessivo coinvolgimento e, soprattutto, tendenza all'irritabilità nelle situazioni in cui percepiscono limiti alle attività che hanno deciso di intraprendere.

Nei comportamenti ordinari possono prevalere le tendenze all'azione piuttosto che alla riflessione, anche se, talvolta, ciò può essere accompagnato da note di insicurezza.

Possono presentarsi, inoltre, tratti di insofferenza nei confronti delle norme e delle convenzioni sociali.

Le relazioni interpersonali, nell'ambito del gruppo, possono presentare alcune difficoltà per una possibile liberazione di valenze aggressive e per qualche tendenza di base all'introversione.

La valutazione di sé e delle proprie capacità operative sembra essere tendenzialmente positiva; possono emergere, tuttavia, dubbi o scrupoli in situazioni frustranti.

Può esservi una certa psicorigidità: i soggetti possono manifestare atteggiamenti improntati a diffidenza nei confronti delle persone con cui entrano in contatto.

Tale tratto è, tuttavia, compensato da atteggiamenti formalmente compiacenti.

I soggetti presentano un tipo d'ideazione congrua ed aderente ai parametri di realtà anche se, nelle situazioni di particolare stress, possono assumere la tendenza a chiudersi in se stesso trovando le proprie gratificazioni in un "circuito interno" finalizzato ad evitare un confronto problematico con la situazione contingente.

Possono inoltre verificarsi somatizzazioni dell'ansia.

Le difficoltà di controllo emotivo e di integrazione della sfera pulsionale possono portare l'intervistato a chiudersi in se stesso e a sviluppare idee inconsuete.

L'equilibrio emotivo appare compromesso e il controllo sulla sfera pulsionale è spesso inadeguato per la disorganizzazione dei sistemi di difesa. Il comportamento può essere, di conseguenza, spesso incontrollato.

Rapporto narrativo 10: campione consumatori alcool femmine

I soggetti del sottogruppo delle femmine hanno risposto in maniera sincera alle domande del test, anzi, sembra abbiano attribuito poca importanza all'immagine di sé che ne sarebbe derivata, infatti, la capacità di fornire una facciata di conformismo sociale pare essere decisamente ridotta.

I risultati clinici del test possono essere considerati validi. Tendono a presentare variazioni disforiche del tono dell'umore e labilità emotiva.

È presente un certo grado di ansia e tensione ed è possibile che alterni fasi di irrequietezza motoria a fasi di apparente rallentamento a sfondo depressivo.

Oscillano tra posizioni d'incertezza psicastenica rispetto alle decisioni con possibilità di sintomi anancastici e di manifestazioni comportamentali aggressive poco controllate.

Nelle situazioni di gruppo tendono ad interagire in maniera aggressiva e scarsamente controllata: i rapporti sociali tendono, pertanto, ad essere difficili anche se essi non vengono a priori rifiutati. Presentano una condizione di base caratterizzata da sfiducia nelle proprie possibilità e bassa stima di sé, ma possono alternare comportamenti impulsivi basati su valutazioni scarsamente critiche delle proprie possibilità.

Possono tendere a polarizzare eccessivamente l'attenzione sulle proprie funzioni somatiche e su eventuali disturbi fisici senza una obiettività organica realmente positiva.

Sono presenti marcate tendenze proiettivo-interpretative: è verosimile che la sospettosità e le proiezioni siano "mascherate" da atteggiamenti compiacenti.

Possono presentarsi sintomi di conversione somatica ed atteggiamenti a sfondo isterico.

Tende alla fantasticheria autistica con la possibile perdita dei confini tra realtà interna ed esterna: il nucleo autistico può accompagnarsi allo sviluppo di sintomatologia somatica di tipo isterico-ipocondriaco.

È presente un'accentuata tendenza allo sviluppo di fantasie bizzarre e di pensieri insoliti, con scarse capacità di controllare le reazioni emotive nel corso delle interazioni sociali.

Le capacità di critica possono essere ridotte.

L'equilibrio emotivo appare compromesso e vi sono difficoltà di controllo sulla sfera delle pulsioni.

Il comportamento può risultare incontrollato, considerata l'insufficienza dei meccanismi di difesa.

Per quanto riguarda il quinto gruppo di utenti, coloro che giocano d'azzardo, emerge che il 74% (N=29) sono maschi e il 26% (N=10) sono femmine con un'età media di 40,8 anni ($ds=13,4$).

Rapporto narrativo 11: campione giocatori d'azzardo maschi

Per quanto riguarda il sottogruppo dei maschi, sembra che i soggetti abbiano risposto correttamente e sinceramente alle domande del test, ad un livello più profondo non sembrano essere stati in grado di controllare una troppo aperta manifestazione dei propri problemi emotivi.

L'equilibrio timico è nei limiti della norma anche se, in talune condizioni, i soggetti possono mostrare iperattività, eccessivo coinvolgimento e, soprattutto, tendenza all'irritabilità nelle situazioni in cui percepiscono limiti alle attività che hanno deciso di intraprendere.

Nei comportamenti ordinari possono prevalere le tendenze all'azione piuttosto che alla riflessione, anche se, talvolta, ciò può essere accompagnato da note di insicurezza.

Possono presentarsi, inoltre, tratti di insofferenza nei confronti delle norme e delle convenzioni sociali.

Le relazioni interpersonali, nell'ambito del gruppo, possono presentare alcune difficoltà per una possibile liberazione di valenze aggressive e per qualche tendenza di base all'introversione.

La valutazione di sé e delle proprie capacità operative sembra essere tendenzialmente positiva; possono emergere, tuttavia, dubbi o scrupoli in situazioni frustranti.

Può esservi una certa psicorigidità: i soggetti possono manifestare atteggiamenti improntati a diffidenza nei confronti delle persone con cui entrano in contatto.

Tale tratto è, tuttavia, compensato da atteggiamenti formalmente compiacenti.

I soggetti presentano un tipo d'ideazione congrua ed aderente ai parametri di realtà anche se, nelle situazioni di particolare stress, possono assumere la tendenza a chiudersi in se stesso trovando le proprie gratificazioni in un "circuito interno" finalizzato ad evitare un confronto problematico con la situazione contingente.

Possono inoltre verificarsi somatizzazioni dell'ansia.

Le difficoltà di controllo emotivo e di integrazione della sfera pulsionale possono portare gli intervistati a chiudersi in se stessi e a sviluppare idee inconsuete.

L'equilibrio emotivo appare compromesso e il controllo sulla sfera pulsionale è spesso inadeguato per la disorganizzazione dei sistemi di difesa.

Il comportamento può essere, di conseguenza, spesso incontrollato.

Rapporto narrativo 12: campione giocatori d'azzardo femmine

Per quanto riguarda il **sottogruppo delle femmine**, i soggetti hanno risposto in maniera sincera alle domande del test, anzi, sembra abbiano attribuito poca importanza all'immagine di sé che ne sarebbe derivata, infatti, la capacità di fornire una facciata di conformismo sociale pare essere decisamente ridotta.

I risultati clinici del test possono essere considerati validi.

Tendono a presentare variazioni disforiche del tono dell'umore e labilità emotiva.

È presente un certo grado di ansia e tensione ed è possibile che alternino fasi di irrequietezza motoria a fasi di apparente rallentamento a sfondo depressivo.

Oscillano tra posizioni d'incertezza psicastenica rispetto alle decisioni con possibilità di sintomi anancastici e di manifestazioni comportamentali aggressive poco controllate.

Nelle situazioni di gruppo tendono ad interagire in maniera aggressiva e scarsamente controllata: i rapporti sociali tendono, pertanto, ad essere difficili anche se essi non vengono a priori rifiutati. Presentano una condizione di base caratterizzata da sfiducia nelle proprie possibilità e bassa stima di sé, ma possono alternare comportamenti impulsivi basati su valutazioni scarsamente critiche delle proprie possibilità.

Possono tendere a polarizzare eccessivamente l'attenzione sulle proprie funzioni somatiche e su eventuali disturbi fisici senza una obiettività organica realmente positiva.

Sono presenti marcate tendenze proiettivo-interpretative: è verosimile che la sospettosità e le proiezioni siano "mascherate" da atteggiamenti compiacenti.

Possono presentarsi sintomi di conversione somatica ed atteggiamenti a sfondo isterico.

Tendono alla fantasticheria autistica con la possibile perdita dei confini tra realtà interna ed esterna: il nucleo autistico può accompagnarsi allo sviluppo di sintomatologia somatica di tipo isterico-ipocondriaco.

È presente un'accentuata tendenza allo sviluppo di fantasie bizzarre e di pensieri insoliti, con scarse capacità di controllare le reazioni emotive nel corso delle interazioni sociali.

Le capacità di critica possono essere ridotte.

L'equilibrio emotivo appare compromesso e vi sono difficoltà di controllo sulla sfera delle pulsioni.

Il comportamento può risultare incontrollato, considerata l'insufficienza dei meccanismi di difesa.

In una fase successiva dell'analisi dei dati abbiamo individuato i **codici MMPI prevalenti** dei singoli soggetti del campione utilizzando per l'analisi i criteri proposti da Butcher e Williams (6). È interessante evidenziare che i codici individuati sono molto diversificati tra loro, rivelando caratteristiche di personalità diverse tra gli utenti non riconducibili ad un'unica personalità tossicofila (13).

Riportiamo di seguito i codici più frequenti: il 5% (N=18) degli utenti ricevono il codice 2-4; il 7,5% (N=27) il codice 4-6

(N=27); il 3,6% (N=13) il codice 4-9; il 5% (N=18) il codice 4; il 6,1% (N=22) il codice 6-8; il 5,6% (N=20) il codice 6-9 e il 3,6% (N=13) il codice 6.

Infine ben il 28,7% (N=103) non hanno un loro codice in quanto in nessuna scala del MMPI ricevono un punteggio superiore a 65 punti T.

Se ne deduce che circa un terzo del campione non mostra caratteristiche psicopatologiche rilevabili con il test (6).

È da notare come il codice 4-9¹ ritenuto caratteristico per i soggetti tossicodipendenti (14) in realtà non è particolarmente diffuso tra i soggetti del campione.

Altri codici come il 4-6² e 6-8³ sono più frequenti, ulteriore segnale questo della varietà è dei quadri psicopatologici riscontrabili tra i tossicodipendenti.

Discussione e conclusioni

Negli ultimi decenni la letteratura scientifica nell'ambito delle dipendenze patologiche in più occasioni ha indagato le caratteristiche di personalità dei soggetti tossicodipendenti, utilizzando il questionario MMPI sono state sviluppate prevalentemente tre aree di ricerca (15):

1. la descrizione delle caratteristiche di personalità dei tossicodipendenti (16). Come i profili di soggetti in trattamento per uso di cocaina (17), o la condotta di "personalità alcolica" (18);
2. gli studi con lo scopo di valutare e validare scale specifiche derivate dal MMPI per l'individuazione di soggetti con dipendenza patologica;
3. le ricerche in cui i risultati forniti al MMPI realizzano un confronto tra pazienti con abuso di sostanze diverse.

In particolare, gli studi realizzati nell'ambito della prima area di ricerca hanno rilevato che non è possibile individuare un profilo tipico della personalità tossicodipendente (14), tuttavia la valutazione delle caratteristiche psicologiche e psicopatologiche dei soggetti tossicodipendenti risulta fondamentale ai fini di una scelta efficace di trattamento.

Anche in questa ricerca i risultati emersi indicano che gli utenti del Ser.T. di Arezzo non presentano un profilo caratteristico di personalità, essi mostrano piuttosto molteplici profili e un'interessante quota di soggetti, il 28,7% (N=103), non ha uno specifico codice MMPI.

Circa un terzo del campione non mostra quindi caratteristiche psicopatologiche rilevabili con il test (6).

Proprio l'impossibilità di definire un profilo psicodiagnostico conferma l'utilità di un'accurata valutazione clinica iniziale.

Nel corso degli anni infatti sono aumentate la diversificazione delle opportunità e dei percorsi terapeutico-riabilitativi ma si sono soprattutto diversificate le richieste di aiuto; non è possibile proporre percorsi simili per pazienti che usano, ad esempio, oppiacei o, cocaina o, alcool.

Per di più, si stanno affacciando all'orizzonte, ed ai Servizi, problemi nuovi, quali la dipendenza da internet, o anche da shopping compulsivo, dipendenza sessuale, o da ricerca del rischio estremo ecc. Per questo un attento lavoro iniziale di assessment risulta fondamentale ai fini della predisposizione di un corretto approccio terapeutico.

In ultimo una nota relativa all'origine dei dati utile per contestualizzare le informazioni raccolte.

I soggetti che sono stati inclusi nel campione rappresentano non tanto l'universo dei consumatori o dei dipendenti da sostanze psicoattive, quanto le personalità che si trovano in una condi-

zione di difficoltà tale da dover richiedere il supporto di un servizio specialistico.

In tal senso i profili del test possono essere considerati una sorta di cut-off, una immagine dello stato psicologico in cui si trova un individuo quando si rende conto, o è messo in condizione di rendersi conto, di non essere più in grado di gestire da solo la propria dipendenza.

In tal senso i profili nell'articolo descrivono una condizione di malessere e problematicità che non può essere più amministrata con le risorse e che provoca l'intervento di istanze sociali (la famiglia, le forze dell'ordine) o personali.

Esse possono essere considerate come l'immagine di uno stato di crisi potenzialmente in grado di promuovere cambiamento.

Note

1. Il **codice 4-9** è caratterizzato dalla presenza di una vasta gamma di atti antisociali (per esempio alcolismo, rissa, furto e acting di tipo sessuale), morale allentata e valori etici incerti. I soggetti con questo codice hanno difficoltà a dilazionare la gratificazione degli impulsi, mostrano scarsa capacità di giudizio e possono agire senza considerare le conseguenze delle proprie azioni. Manifestano scarsa tolleranza alla frustrazione, umore instabile, irritabilità e sarcasmo. Le persone con questa configurazione sono probabilmente narcisistiche e incapaci di profondi legami emotivi. La diagnosi tipica è di disturbo di personalità antisociale.

2. Il **codice 4-6** è caratterizzato da personalità immature, narcisistiche e autoindulgenti. Tipicamente fanno eccessive e irrealistiche richieste nelle relazioni interpersonali. Le persone con questa configurazione ricercando attenzione e simpatia. Generalmente sono sospettose e si risentono per le richieste a loro fatte. Problemi relazionali sono caratteristici dei loro conflitti psicologici, specialmente quelli che coinvolgono persone del sesso opposto. Sono diffidenti verso le motivazioni gli altri e tendono ad evitare profondi coinvolgimenti emotivi. Sono spesso percepite come irritabili, astiose, polemiche, generalmente antipatiche e risentite verso l'autorità. Alcuni soggetti con questa configurazione sono percepiti come passivo-dipendenti. Sono spesso caratterizzati da rabbia e ostilità repressa. Le diagnosi tipiche di queste persone sono di personalità paranoide o passivo-aggressiva. Possono avere anche una diagnosi di schizofrenia paranoide.

3. Il **codice 6-8** è caratterizzato da sensazioni di inferiorità e insicurezza, scarsa fiducia in se stessi e bassa autostima. I soggetti con questo codice possono sentirsi colpevoli dei loro fallimenti, spesso si ritirano dall'attività e provano apatia emotiva. Tendono ad evitare profondi legami emotivi e sono percepiti come carenti di abilità socio-relazionali. Sono di umore instabile, irritabili, non amichevoli e presentano un atteggiamento negativo. Possono essere presenti comportamenti chiaramente psicotici. Manifestano un contenuto di pensiero bizzarro, difficoltà di concentrazione, mancanza di attenzione e problemi di memoria. Le persone con questo codice sono generalmente diagnosticate come schizofreniche.

Bibliografia

- (1) Rigliano P., Miragoli P. (2000), "Tossicomania e sofferenza mentale: la questione della doppia diagnosi. Dalla separazione alla ricomposizione", *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali*, CXXIV: 83-95: 87.
- (2) Chianura P., Balzotti A., Chianura L. (2005), *Comorbidità psichiatrica e abuso di sostanze: inquadramento clinico di pazienti in doppia diagnosi*, FrancoAngeli, Milano.
- (3) Fioritti A., Solomon J. (2001), *Doppia diagnosi epidemiologia, clinica e trattamento*, FrancoAngeli, Milano.
- (4) Fusco T., Palermo R., Palmiero N. (2007), *Tossicodipendenza e disturbi di personalità*, FrancoAngeli, Milano.
- (5) De Fidio D., Magnani A., Mambelli M., Scirucchio V., Pancheri P. (2005), "MMPI-2, comorbidità e correlazioni in utenti dei servizi territoriali psichiatrici e Ser.T.", *Giornale italiano di Psicopatologia*, vol. 11: 184-194.
- (6) Butcher J.N., Williams C. (1996), *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI2 e del MMPI-A*, O.S., Firenze.
- (7) De Fidio D., Pancheri P. (2001), "La taratura italiana del MMPI-2", *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 154 poster.
- (8) Hathaway S.R., McKinley J.C. (1995), *MMPI-2. Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2*. Adattamento Italiano di Paolo Pancheri e Saulo Sirigatti, O.S., Firenze.
- (9) Greene R., Weed N., Butcher J., Arredondo R., Davis H. (1992), "A cross-validation of MMPI-2 substance abuse scales", *Journal of Pers. Assessment*, 58(2): 405-10.
- (10) Weed N., Butcher J., McKenna T., Ben-Porath Y. (1992), "New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: the APS and AAS", *Journal of Pers. Assessment*, 58(2): 389-404.
- (11) Pancheri P., De Fidio D. (1999), "Dal Minnesota Multiphasic Personality Inventory al Panda: il MMPI-2 automatico", *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 5: 143-54.
- (12) De Fidio D., Pancheri P. (2000), *Il PANDA: la versione automatica del MMPI-2. Il Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. V Congresso Nazionale SOPSI, Roma, 23-27 febbraio.
- (13) Pacini M., Maremmani I. (2001), "Il problema della personalità tossicofila nella patogenesi del Disturbo da Uso di Sostanze Psicoattive", *Revisione della Letteratura e recenti acquisizioni Journal of Psychopathology*, vol. 7, giugno, 2.
- (14) Ranieri F., Gocci G. (1996), *Guida all'interpretazione dei principali test psicologici*, Guerini, Milano.
- (15) Lucchini A. (2001), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, FrancoAngeli, Milano.
- (16) Kozlov A.A., Buzina T.S. (1999), "The psychological characteristics of patients with drug addictions", *Zh Nevrol Psikhiatr Im S Korsakova*, 99(10): 14-9.
- (17) Walfish S., Massey R., Krone A. (1990), "MMPI Profiles of cocaine-addicted individuals in residential treatment: implications for practical treatment planning", *Journal Substance Abuse treatment*, 7(3): 151-4.
- (18) Butcher J.N. (1988), "Personality factors in drug addiction", *NIDA Res Monogram*, 89: 87-92.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno III, n. 12

MISSION n. 36

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

Direttore scientifico: Alfio Lucchini

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

Redazione: Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava, Valeria Zavan

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

La presenza di scene di alcol nei film e la frequenza di binge drinking fra gli adolescenti: uno studio trasversale europeo

*F. Faggiano**, *F. Mathis***, *D. Concina**, *D. Buscemi**, *T. Soldani**, *R. Hanewinkel****

1. Introduzione

Nelle società in cui il consumo di alcol è consentito, i problemi sociali e sanitari ad esso correlati sono diffusi¹. Gli incidenti, soprattutto dovuti all’utilizzo di veicoli a motore, rappresentano la principale causa di morte nei giovani; si stima che più del 50% degli incidenti stradali avvengano sotto influenza dell’alcol². Vi sono prove che suggeriscono che i problemi alcol correlati e la dipendenza, associati ad un elevato utilizzo durante l’adolescenza, continuano poi durante l’età adulta³. Prevenire l’uso di alcol tra i minorenni rappresenta quindi un obiettivo importante in Sanità Pubblica. Precedenti lavori hanno enfatizzato il ruolo dell’influenza dei genitori e dei pari come fattore di rischio per l’uso di alcol⁴⁻⁷, mentre, recentemente, l’attenzione si è focalizzata sul ruolo dei mass media. La pubblicità televisiva e nei cinema è stata correlata all’utilizzo di alcol in adolescenza⁸⁻¹¹. Immagini positive dell’uso di alcol sono comuni nei film e molte di queste sono visibili sia ai bambini sia agli adolescenti, anche tramite mezzi di intrattenimento comunemente presenti in ambito domestico (DVD, televisione

e internet)¹². L’esposizione a tali scene è stata associata da alcuni autori ai patterns giovanili di consumo di alcol¹³⁻¹⁵, anche se sono ancora pochi gli studi che forniscono prove per dimostrare la correlazione tra esposizione ai film con scene di consumo di alcol e i comportamenti di binge drinking in età adolescenziale¹⁶⁻²⁰. A supportare questa ipotesi, recenti studi sperimentali randomizzati hanno dimostrato che i personaggi nei film sono in grado di influenzare direttamente il consumo di alcol, presumibilmente attraverso processi di imitazione²¹⁻²³. L’esposizione all’uso di alcol nei film può poi aumentare l’accettabilità sociale del suo utilizzo portando a nuove iniziazioni e alla progressione dell’uso di alcol in adolescenza^{8,10,24}. Questo articolo riporta i risultati di una survey trasversale europea che ha coinvolto adolescenti di 6 nazioni (Italia, Germania, Olanda, Polonia, Islanda e Regno Unito). Queste differiscono notevolmente nelle norme legislative o strategie di controllo relative all’alcol e mostrano differenze nella prevalenza dell’uso di alcol fra i giovani. In relazione ai dati raccolti nel 2007, la prevalenza di binge drinking negli ultimi 30 giorni tra i 15-16enni variava dal 22% in Islanda al 54% in Inghilterra²⁵. Obiettivo di questo articolo è investigare l’associazione tra l’esposizione alle scene di uso di alcol presenti nei film e la frequenza di binge drinking in adolescenza, indipendentemente dal contesto culturale e dalle strategie di controllo nazionali.

* Dipartimento di Medicina Traslationale, Università del Piemonte Orientale, Novara.

** Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - OED Piemonte, ASL TO 3, Grugliasco (TO).

*** Institute for Therapy and Health Research, Kiel, Germany.

2. Materiali e Metodi

2.1. Campione in studio e procedura di arruolamento

Complessivamente i sette centri di ricerca partecipanti (Kiel, Germania; Reykjavik, Islanda; Torino e Novara, Italia; Poznan, Polonia; Nijmegen, Olanda; Glasgow, Scozia) hanno selezionato 865 classi in 114 scuole statali, per complessivi 19.268 studenti. Di essi 1.059 studenti (5,5%) non sono stati inclusi perché i genitori non hanno fornito il consenso informato, 1.559 studenti (8,1%) erano assenti il giorno della survey e 99 (0,5%) hanno rifiutato esplicitamente di partecipare. Sono quindi stati intervistati 16.551 studenti (85,9%), di cui il 51% maschi, di età media pari a $13,4 \pm 1,18$ anni (range di età: 10-19 anni). Il numero di partecipanti per singola scuola nel campione finale varia tra 14 e 603, mentre a livello di singola classe da 1 a 45. In Italia gli studenti sono stati selezionati tra gli iscritti al secondo anno della scuola secondaria di primo livello e al primo anno della scuola secondaria di secondo livello.

2.2. Survey

In ogni nazione, i dati sono stati raccolti attraverso questionari anonimi autosomministrati, gestiti da uno staff di ricercatori appositamente preparati. L'implementazione dello studio è stata approvata dai comitati etici di competenza e da agenzie di protezione dei dati in ogni singolo Stato.

2.3. Misure

2.3.1. Esposizione ai film comprendenti scene con alcol

L'esposizione a scene di alcol è stata valutata utilizzando un metodo sviluppato dai ricercatori della "Dartmouth Medical School". Basandosi su database pubblici nazionali, ogni centro di ricerca partecipante ha elaborato una lista dei 50 film più visti al cinema per ogni anno nel periodo 2005-2008, e dei primi 25 del 2004 e del 2009, per un totale 250 film per nazione. Ad ogni singolo studente è stato proposto un elenco diverso costituito da una selezione casuale di 50 film (20%) dei 250 totali. Per minimizzare le disparità inter-questionari, la selezione dei film è stata stratificata secondo l'anno di distribuzione e la classe di rating nazionale. Agli studenti è stato chiesto di indicare quante volte (da 0 a più di 2) avevano visto ogni singolo film presente nell'elenco.

Parallelamente, il contenuto di tutti i film inclusi è stato codificato relativamente alla presenza di scene di uso di alcol. Il campione complessivo includeva 1500 film, ma a causa dell'elevata sovrapposizione tra le Nazioni,

dopo deduplicazione, i titoli unici risultavano 655. Il 56% di essi ($n = 368$) faceva parte della top 100 al box-office negli Stati Uniti ed il loro contenuto era già stato codificato presso il Dartmouth Media Research Laboratory¹². Il restante 44% ($n = 287$) è stato valutato dai centri europei partecipanti. Il processo di codifica è stato svolto da revisori appositamente preparati i quali, visionando i film, hanno contato il numero di "eventi" (scene) di utilizzo di alcol. L'utilizzo di alcol è stato definito come una scena in cui un personaggio, principale o secondario, maneggiasse o facesse utilizzo di alcol, o in cui l'utilizzo fosse rappresentato nel background (per esempio da comparse) o fosse nominato. Preliminarmente la concordanza inter-revisore è stata valutata in uno studio pilota sia confrontando i risultati ottenuti dai codificatori ed i formatori europei, sia in cieco tra i codificatori Europei e quelli americani di Dartmouth, in un campione di 40 film. La concordanza inter-codificatore e formatori europei variava tra $r = 0,93$ (Islanda) ed $r = 0,99$ (Italia), mentre tra codificatori europei e quelli di Dartmouth è risultato un $r = 0,87$.

Per tutti i partecipanti, l'esposizione individuale è stata calcolata sommando il numero di scene di alcol presenti in ogni film che il singolo studente ha visto. Ma, visto che ogni studente rispondeva solo in base ad una lista casuale di 50 titoli, la misura di esposizione totale è costituita dalla proporzione tra l'esposizione individuale e il numero totale di scene di alcol presenti nel campione di film inclusi nel proprio questionario individuale, moltiplicata per il numero di scene di alcol presenti nel campione di 250 film della sua nazione di appartenenza.

2.3.2. Binge Drinking

Per stimare la frequenza di binge drinking, agli studenti è stato chiesto di rispondere alla seguente domanda: "Quante volte, nell'arco della tua vita, hai bevuto 5 o più drink di alcol in un'unica occasione?". Le risposte sono state categorizzate come: non binge drinker se hanno indicato "mai"; binge drinker se hanno risposto "una volta" o "da 2 a 5 volte" o "più di 5 volte".

2.3.3. Covariate

In tabella 1 sono riportate le variabili incluse nell'analisi, selezionate fra quelle che avrebbero potuto confondere la relazione tra l'esposizione al consumo di alcol nei film e il binge drinking. Tra queste, selezionate sulla base dei precedenti studi, vi sono delle variabili socio-demografiche (tra cui anche il ceto sociale), delle caratteristiche comportamentali e di personalità, la performance scolastica, il tempo speso a guardare la televisione e il consumo di alcol da parte di pari, genitori e fratelli^{16,19,27}.

Tab. 1 - Analisi di sensibilità: Coefficienti di regressioni standardizzati per Lifetime Binge Drinking – risultati delle Regrezioni lineare Multilivello ad effetti misti (modificato da R. Hanewinkel et al., 2012)

Variabile	β	95% IC	P value
Esposizione alle scene di alcol	0,09	0,06 - 0,13	< 0,001
Esposizione alle scene di fumo	0,03	-0,00 - 0,07	n.s.
Età	0,03	0,02 - 0,04	< 0,001
Genere (0 = Maschio, 1 = Femmine)	0,01	-0,02 - 0,01	n.s.
Ceto sociale	-0,00	-0,01 - 0,01	n.s.
Performance scolastica	-0,05	-0,05 - -0,04	< 0,001
Tempo trascorso davanti alla TV	-0,00	-0,00 - 0,01	n.s.
Sensation seeking / rebelliousness	0,10	0,10 - 0,11	< 0,001
Uso di alcol da parte dei pari	0,13	0,12 - 0,14	< 0,001
Uso di alcol da parte della figura materna	0,01	-0,00 - 0,02	n.s.
Uso di alcol da parte della figura paterna	0,01	-0,00 - 0,02	n.s.
Uso di alcol da parte dei fratelli	0,05	0,04 - 0,06	< 0,001
Campione corretto per le variabili elencate: n = 15997 studenti, n = 865 classi, n = 114 scuole, n = 6 Nazioni.			

2.4. Analisi statistica

La relazione grezza tra l'esposizione alle scene di alcol e il binge drinking è stata raffigurata con un grafico a dispersione pesato. Il coefficiente di correlazione di Spearman è stato quindi utilizzato per l'analisi bivariata di tutte le variabili dello studio.

Per poter confrontare le curve dose risposta tra le nazioni partecipanti, l'esposizione alle scene di alcol è stata standardizzata utilizzando una scala da 0 a 1. A questo scopo le deviazioni estreme più basse sono state riconvertite al 5° percentile e quelle più alte al 95° percentile, sottraendo poi la differenza tra 5° percentile e 0, facendo così iniziare la distribuzione da 0. Dividendolo per il numero massimo di scene, la variabile 0-1 è stata quindi "riscalata" fra il 5° e il 95° percentile.

I dati a livello nazionale, di scuola partecipante e di classe sono dati aggregati; per ottenere la stima corretta dell'associazione tra scene di alcol nei film e prevalenza "lifetime" di binge drinking è stato utilizzato un modello di regressione lineare a multilivelli per effetti misti con intercette casuali per nazione, scuola e classe. Nel modello grezzo l'esposizione alle scene di alcol rappresentava l'unico effetto fisso, nel modello corretto sono state introdotte tutte le covariate. Questa analisi è stata ristretta solo agli studenti i cui dati relativi a tutte le variabili fossero completi.

È stata quindi condotta una analisi di sensibilità per esaminare l'associazione tra esposizione e binge drinking, aggiungendo al modello di regressione una variabile che valutasse l'esposizione alle scene di fumo. Il metodo per misurare le scene di fumo è descritto in una pubblicazione precedente²⁸.

3. Risultati

3.1. Analisi descrittiva

La tabella 2 presenta la descrizione del campione in studio. Complessivamente, il 27% degli studenti è stato classificato come binge drinker almeno una volta nella vita, in Italia il 28%. La prevalenza di binge drinking aggiustata per età è 7%, 20%, 23%, 30%, 32% e 40% per Islanda, Italia, Polonia, Olanda, Germania e Scozia rispettivamente.

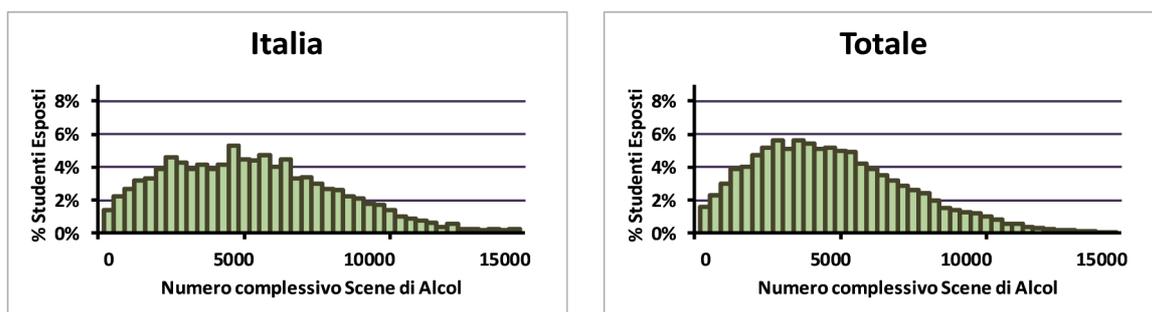
Tab. 2 - Analisi descrittiva (modificato da R. Hanewinkel et al., 2012)

	Totale (N = 16551)	Italia (n = 2668)
Adolescenti		
Lifetime Binge Drinking		
Mai	73	75
1 volta	13	13
2 - 5 volte	9	8
> 5 volte	5	4
Sociodemografia		
Genere		
Femmine	49	44
Maschi	51	56
Età media (ds)	13,4 (1,18)	13,6 (1,37)
Caratteristiche individuali		
Tempo trascorso alla TV		
≤ 0,5 hr	23	20
1 - 2 hr	51	48
3 - 4 hr	19	23
> 4 hr	7	9
Sensation Seeking e Rebelliousness media (ds), range 0 - 4	1,31 (0,74)	1,43 (0,75)
Ambiente sociale		
Uso di alcol da parte dei pari		
Nessuno	32	21
Pochi	25	25
Qualcuno	21	29
La maggioranza	17	19
Tutti	4	6
Uso di alcol da parte della figura materna		
Mai	23	39
Raramente	59	50
Spesso ma non tutti i giorni	17	8
Ogni giorno	2	3
Uso di alcol da parte della figura paterna		
Mai	13	18
Raramente	52	47
Spesso ma non tutti i giorni	29	24
Ogni giorno	6	11
Uso di alcol da parte dei fratelli		
No	65	75
Sì	35	25
Dati presentati come % o medie e deviazioni standard (ds)		

3.2. Esposizione al consumo di alcol nei film

Complessivamente, l'86% del totale dei 655 film esaminati dallo studio includeva almeno una scena di alcol (figura 1). Il livello di esposizione più basso è stato registrato tra gli adolescenti olandesi e tedeschi ed il più alto tra quelli italiani e islandesi. In base allo specifico campione nazionale di film, si è stimato che gli adolescenti maggiormente esposti abbiano subito la visione di più di 10.000 scene di alcol.

Fig. 1 - Percentuali di studenti esposti per numero di scene di uso di alcol tra gli adolescenti delle 6 Nazioni (N = 16551). Stima basata sulle scene di alcol nei 250 film più visti al cinema in ogni Nazione nel periodo 2004 – 2009. L'asse delle ascisse rappresenta il numero di eventi (modificato da R. Hanewinkel et al., 2012)



Nazione	Media	Deviazione Standard	Mediana
Germania	3268	± 2416	2748
Islanda	5220	± 2187	5172
Italia	5281	± 3011	4993
Olanda	3242	± 2006	2951
Polonia	5158	± 2787	4738
Scozia	4621	± 2265	4414
Totale	4613	± 2655	4305

Associazione tra esposizione al consumo di alcol nei film e binge drinking negli adolescenti

In figura 2 sono riportate le curve dose-risposta relative all'associazione grezza tra l'esposizione ai film con scene di alcol e la prevalenza life-time di binge drinking negli adolescenti. La relazione è lineare in tutto il range di esposizione, ed è simile per tutte le nazioni in studio. La relazione grezza mostra un beta della retta dose-risposta per l'Italia di 0,34 (0,28-0,39) e un beta totale di 0,30 (0,27-0,32), ed è statisticamente significativa in tutti i centri coinvolti.

I dati corretti per tutti i principali fattori di confondimento (vedi tabella della fig. 2), inclusi il numero di film visti nell'anno, i comportamenti dei pari e dei genitori, la performance scolastica, le ore passate a guardare la TV, le scale di sensation seeking e rebelliousness, mostrano un beta della retta dose-risposta per l'Italia di 0,14 (0,10-0,19) e un beta totale di 0,12 (0,10-0,14). In tutti i centri in studio la relazione è statisticamente significativa, tranne che in Islanda. La frequenza di binge drinking è più bassa tra i giovani islandesi e più alta in Olanda, Scozia e Germania.

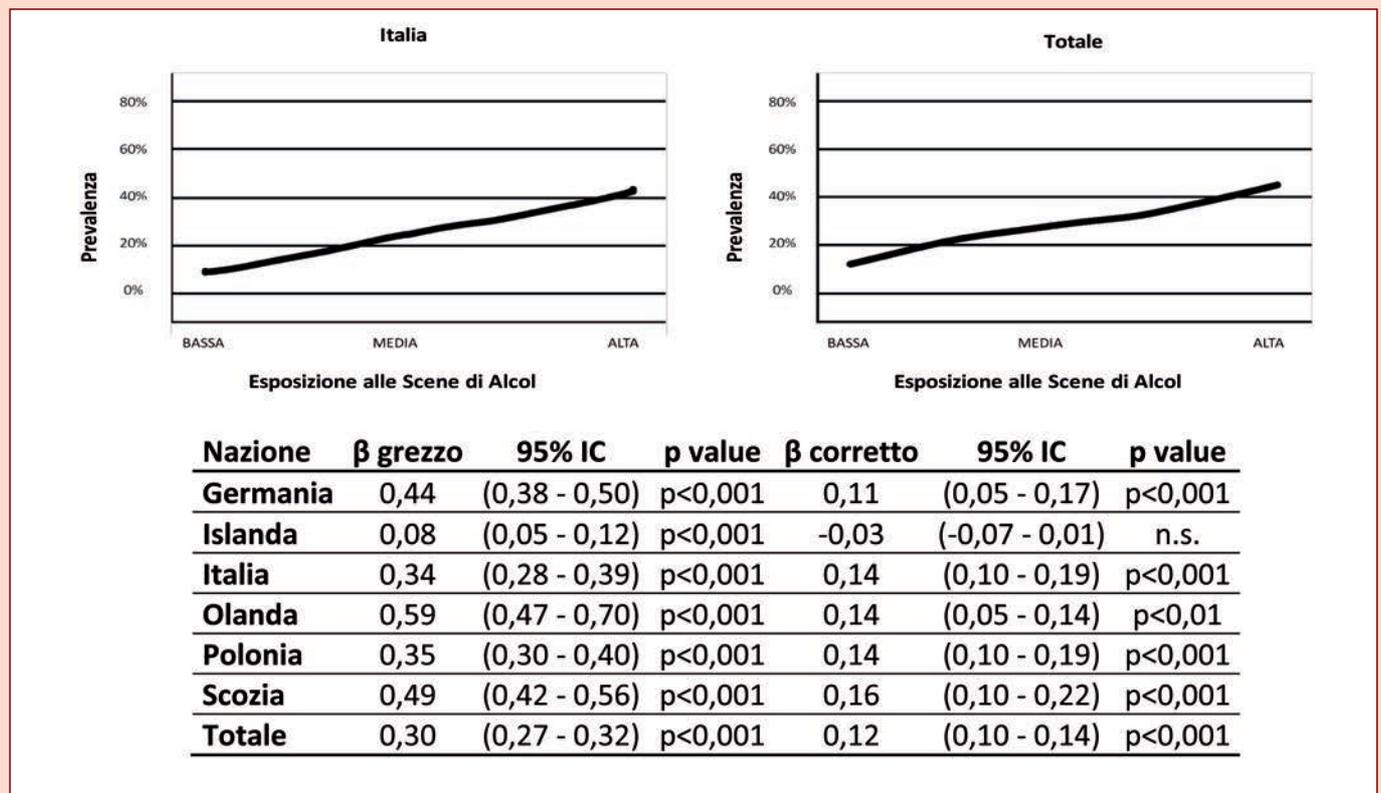
4. Discussione

Questo studio si proponeva l'obiettivo di misurare l'associazione tra l'esposizione alle scene di alcol nei film e

il pattern di uso di alcol nei giovani. Attualmente questo è lo studio trasversale più ampio che abbia affrontato questo argomento. I risultati sembrano dimostrare che gli adolescenti europei, attraverso la visione dei film di maggior successo, vengono esposti a numerosissime immagini di uso di alcol. Questa esposizione è nettamente associata a comportamenti di binge drinking ed è consistente nel contesto delle differenti nazioni e culture. Inoltre sembra indifferente alle norme legislative relative all'uso di alcol che sono invece molto variabili nel campione in studio. Ciò può essere un supporto all'ipotesi che l'esposizione alle scene di alcol sia un fattore di rischio indipendente.

Questo studio ha certo alcuni limiti. Il primo è intrinseco al disegno dello studio: uno studio trasversale (cross-sectional) non può, per definizione, stabilire una relazione causale in mancanza di certezza sulla sequenza temporale degli eventi in studio. Non possiamo quindi dire se l'esposizione alle scene di alcol induca il binge di alcol oppure se chi è binge drinker abbia una maggior propensione a vedere film in cui ci sia una maggiore esposizione all'alcol. Il gruppo di ricerca ha optato per questa tipologia di disegno, per le sue caratteristiche cross-culturali e perché permette di tenere in considerazione i confondenti non misurati (o non stimati) a livello internazionale. Questo ha permesso di raccogliere con dettaglio le informazioni relative ai fattori che

Fig. 2 - Associazione grezza tra esposizione alle scene di alcol e binge drinking negli adolescenti. I coefficienti, sono corretti per età, genere, ceto sociale, performance scolastica, tempo trascorso alla TV, sensation seeking e rebelliousness, uso di alcol dei pari, genitori e fratelli (modificato da R. Hanewinkel et al., 2012)



potrebbero determinare un effetto di confondimento, cioè fattori che possono spiegare contemporaneamente sia la visione di film con maggiore quantità di scene di alcol, sia il comportamento di binge drinking. Grazie a ciò i risultati presentati sono aggiustati per fattori quali il sensation seeking, la rebelliousness, il consumo di alcol di persone vicine. Possiamo quindi affermare che questi risultati possono contribuire a definire la relazione causale.

Un altro limite intrinseco dello studio è rappresentato dall'aver valutato l'esposizione basandosi sul ricordo degli intervistati che può essere quindi soggetto a recall bias, anche se non ci sono motivazioni che portino a sospettare una distorsione sistematica dei risultati.

Infine il 14% degli studenti non ha fornito dati perché o assenti il giorno della somministrazione del questionario o esclusi perché privi del consenso dei genitori. I risultati del confronto tra partecipanti e non partecipanti allo studio (dati non mostrati) non fanno però presumere che possa esistere un effetto di distorsione dei risultati derivanti da ciò.

I risultati presentati sono coerenti con gli approcci teorici del social influence^{29,30}, ma anche con le osservazioni ormai consolidate sul ruolo delle scene di fumo nei film nel determinare l'iniziazione al consumo di tabacco fra gli adolescenti²⁸. Si tratta quindi, noi crediamo, di risultati che devono portare ad almeno due riflessioni:

la prima è il dubbio sulla necessità della scena di alcol rispetto alla narrazione del film stesso. Tra i film campioni di presenze in Italia nel periodo 2004-2009, sei film hanno più di 300 scene di alcol (!!); fra questi cinque sono italiani (Matrimonio alle Bahamas, Natale a New York, Come tu mi vuoi, Ho voglia di te e Christmas in Love), e l'altro è americano (Sogni e delitti). I film italiani mirano a raggiungere un pubblico ampio, che in effetti hanno raggiunto. Ci poniamo una domanda: ma sono proprio necessarie tutte quelle scene di alcol? Oppure è l'effetto di una influenza dell'industria a qualche livello della produzione? È molto probabile che vi sia un conflitto di interesse anche in questo settore della vita italiana, ma il problema è che questo determina un effetto importante sul rischio di binge drinking, aumentandolo di più del 300% nei soggetti esposti rispetto ai non esposti. La seconda riflessione è relativa alla opportunità di proporre qualche tipo di intervento. È fattibile/accettabile una regolamentazione delle scene di alcol nei film? Si tratta di un intervento troppo pesante sulla libertà di espressione? L'OMS ha proposto di regolamentare le scene di fumo dei film³¹, per cui riteniamo che l'opzione, almeno dal punto di vista della difesa della salute, sia "proponibile". Noi riteniamo che se ne debba discutere, sia coinvolgendo i produttori e invitandoli a definire un codice di autoregolamentazione, sia valutando la fattibilità di iniziative più incisive,

quali ad esempio l'inclusione di criteri relativi alle scene di alcol fra quelli presi in considerazione per il finanziamento pubblico del cinema³².

Bibliografia

1. Rehm J. *et al.* (2009), "Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders", *Lancet*, 373: 2223-2233.
2. Patton G.C. *et al.* (2009), "Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data", *Lancet*, 374: 881-92.
3. McCambridge J., McAlaney J. & Rowe R. (2011), "Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies", *PLoS medicine*, 8: e1000413.
4. Bahr S.J., Hoffmann J.P. & Yang X. (2005), "Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use", *The journal of primary prevention*, 26: 529-51.
5. Callas P.W., Flynn B.S. & Worden J.K. (2004), "Potentially modifiable psychosocial factors associated with alcohol use during early adolescence", *Addictive behaviors*, 29: 1503-15.
6. Donovan J.E. (2004), "Adolescent alcohol initiation: a review of psychosocial risk factors", *The Journal of adolescent health?: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 35: 529.e7-18.
7. van der Vorst H., Engels R.C.M.E., Meeus W. & Deković M. (2006), "The impact of alcohol-specific rules, parental norms about early drinking and parental alcohol use on adolescents' drinking behavior", *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 47: 1299-306.
8. Austin E.W., Chen M.-J. & Grube J.W. (2006), "How does alcohol advertising influence underage drinking? The role of desirability, identification and skepticism", *The Journal of adolescent health?: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 38: 376-84.
9. Gordon R., MacKintosh A.M. & Moodie C. (2010), "The impact of alcohol marketing on youth drinking behaviour: a two-stage cohort study", *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 45: 470-80.
10. Morgenstern M., Isensee B., Sargent J.D. & Hanewinkel R. (2011), "Attitudes as mediators of the longitudinal association between alcohol advertising and youth drinking", *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165: 610-6.
11. Morgenstern M., Isensee B., Sargent J.D. & Hanewinkel R. (2011), "Exposure to alcohol advertising and teen drinking", *Preventive medicine*, 52: 146-51.
12. Dal Cin S., Worth K.A., Dalton M.A. & Sargent J.D. (2008), "Youth exposure to alcohol use and brand appearances in popular contemporary movies", *Addiction (Abingdon, England)*, 103: 1925-32.
13. Anderson P., de Bruijn A., Angus K., Gordon R. & Hastings G. (2009), "Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies", *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 44: 229-43.
14. Nunez-Smith, M. *et al.* (2010), "Media exposure and tobacco, illicit drugs, and alcohol use among children and adolescents: a systematic review", *Substance abuse?: official publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse*, 31: 174-92.
15. Smith L.A. & Foxcroft D.R. (2009), "The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies", *BMC public health*, 9: 51.
16. Hanewinkel R., Tanski S.E. & Sargent J.D. (2007), "Exposure to alcohol use in motion pictures and teen drinking in Germany", *International journal of epidemiology*, 36: 1068-77.
17. Hanewinkel R., Morgenstern M., Tanski S.E. & Sargent J.D. (2008), "Longitudinal study of parental movie restriction on teen smoking and drinking in Germany", *Addiction (Abingdon, England)*, 103: 1722-30.
18. Hanewinkel R. & Sargent J.D. (2009), "Longitudinal study of exposure to entertainment media and alcohol use among german adolescents", *Pediatrics*, 123: 989-95.
19. Wills T.A., Sargent J.D., Gibbons F.X., Gerrard M. & Stoolmiller M. (2009), "Movie exposure to alcohol cues and adolescent alcohol problems: a longitudinal analysis in a national sample", *Psychology of addictive behaviors?: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 23: 23-35.
20. Hunt K. *et al.* (2011), "Is there an association between seeing incidents of alcohol or drug use in films and young Scottish adults' own alcohol or drug use? A cross sectional study", *BMC public health*, 11: 259.
21. Engels R.C.M.E., Hermans R., van Baaren R.B., Hollenstein T. & Bot S.M. (2009), "Alcohol portrayal on television affects actual drinking behaviour", *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 44: 244-9.
22. Koordeman R., Kuntsche E., Anschutz D.J., van Baaren R.B. & Engels R.C.M.E. (2011), "Do we act upon what we see? Direct effects of alcohol cues in movies on young adults' alcohol drinking", *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 46: 393-8.
23. Koordeman R., Anschutz D.J., van Baaren R.B. & Engels R.C.M.E. (2011), "Effects of alcohol portrayals in movies on actual alcohol consumption: an observational experimental study", *Addiction (Abingdon, England)*, 106: 547-54.
24. Thomsen S.R. & Rekve D. (2006), "The relationship between viewing US-produced television programs and intentions to drink alcohol among a group of Norwegian adolescents", *Scandinavian journal of psychology*, 47: 33-41.
25. Hibell B. *et al.* *The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Drugs 408 (Stockholm, 2007).at www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf.
26. Sargent J.D., Worth K.A., Beach M., Gerrard M. & Heatherston T.F. (2008), "Population-Based Assessment of Exposure to Risk Behaviors in Motion Pictures", *Communication methods and measures*, 2: 134-151.

27. Sargent J.D., Wills T.A., Stoolmiller M., Gibson J. & Gibbons F.X. (2006), "Alcohol use in motion pictures and its relation with early-onset teen drinking", *Journal of studies on alcohol*, 67: 54-65.
28. Morgenstern M. *et al.* (2011), "Smoking in movies and adolescent smoking: cross-cultural study in six European countries", *Thorax*, 66: 875-83.
29. Evans R.I. *et al.* (1978), "Deterring the Onset of Smoking in Children: Knowledge of Immediate Physiological Effects and Coping with Peer Pressure, Media Pressure, and Parent Modeling", *Journal of Applied Social Psychology*, 8: 126-135.
30. McAlister A., Perry C., Killen J., Slinkard L.A. & Mac-coby N. (1980), "Pilot study of smoking, alcohol and drug abuse prevention", *American journal of public health*, 70: 719-21.
31. World Health Organization Guidelines for implementation of Article 13 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Tobacco advertising, promotion and sponsorship) (2011).at www.who.int/fctc/guidelines/article_13.pdf.
32. Millett C. *et al.* (2012), "European governments should stop subsidizing films with tobacco imagery", *European journal of public health*, 22: 167-8.

Il ruolo della motivazione al cambiamento in un gruppo di soggetti ricoverati presso un reparto di riabilitazione alcolologica

M. Brero*, P. Vizzuso**, M.E. Boero**, F. Pantone***, A. Jaretti Sodano****

Introduzione

L'alcolismo è una malattia cronica e recidivante (1). Attualmente, si tende ad orientare il trattamento delle dipendenze verso una logica di approccio globale che tenga conto di tutti i disturbi provocati dall'alcool e si va sempre più affermando la necessità di interventi differenziati-combinati o, quanto meno, integrati (3, 4, 5, 7).

Il ruolo della motivazione intrinseca (autonoma) nel trattamento delle dipendenze è stato largamente studiato e numerose ricerche sono state condotte per spiegare i processi motivazionali che portano al cambiamento del comportamento (11, 17).

Gli aspetti legati alla motivazione al cambiamento in persone che presentano problemi alcool correlati e/o di altre sostanze sta suscitando sempre maggiore interesse negli ultimi anni.

La valutazione della motivazione riveste un'importanza diffusamente riconosciuta in quanto vi sono evidenze che indicano come il livello di motivazione al cambiamento influenzi la scelta dell'intervento, l'aderenza alle terapie (continuità terapeutica) e, in parte, anche l'esito del trattamento (12, 13, 16).

La maggior parte degli studi e degli strumenti di valutazione della motivazione al cambiamento utilizzati nel lavoro clinico e di ricerca fa riferimento, più o meno direttamente, al concetto di Disponibilità al Cambiamento secondo quanto illustrato da Prochaska e Di Clemente (15) nel loro modello sugli stadi del cambiamento. La teoria degli stadi del cambiamento si basa sull'esistenza di un processo multidimensionale di cambiamento del comportamento, intenzionale, che si estende dal raggiungimento di un pattern stabile di abuso al significativo e consolidato cambio del comportamento di dipendenza (14, 18).

* Psicologa, AFaR (Associazione Fatebenefratelli per la Ricerca Biomedica e Sanitaria).

** Psicologa, Psicoterapeuta, Presidio Ospedaliero Riabilitativo Beata Vergine Consolata Fatebenefratelli, Centro A.Fa.R. (Associazione Fatebenefratelli per la Ricerca Biomedica e Sanitaria), San Maurizio C.se.

*** Assistente Sociale, Università degli Studi di Torino.

**** Medico Psichiatra, Direttore e Responsabile U.O. Alcolfarmaco Dipendenze e U.O. Forense, Presidio Ospedaliero Beata Vergine Consolata Fatebenefratelli, San Maurizio C.se.

Obiettivi

Obiettivo centrale del presente studio è quello di comprendere la relazione longitudinale tra la motivazione, valutata attraverso l'utilizzo del TSRQ (Treatment Self-Regulation Questionnaire), l'autoefficacia e la severità del grado di abuso di sostanze in soggetti affetti da alcolismo cronico, afferiti presso il nostro reparto nel periodo compreso tra marzo 2011 e giugno 2011, monitorati e valutati nel tempo a distanza di 6 mesi dalle dimissioni.

Materiali e metodi

La U.O. di alcool-farmaco-dipendenze ha un'organizzazione ospedaliera di tipo semi-residenziale e gestisce percorsi terapeutico-riabilitativi di durata indicativa di degenza di circa 4 settimane.

Nel periodo compreso tra marzo 2011 e giugno 2011 sono afferiti presso il nostro reparto di alcol-farmaco dipendenze 146 pazienti.

I dati completi riguardano 107 pazienti.

Disegno dello studio

Il progetto della ricerca, di tipo osservazionale, ha previsto il reclutamento di pazienti che presentano un abuso e/o dipendenza cronica dall'alcool ricoverati per esigenze di riabilitazione presso la nostra Unità di Alcool-Farmacodipendenze.

Campione (criteri di inclusione ed esclusione)

Sono stati coinvolti nello studio 107 pazienti affetti da abuso o dipendenza da alcool afferenti al nostro reparto nel periodo compreso tra marzo 2011 e giugno 2011.

I dati sono stati raccolti mediante intervista, auto compilazione dei questionari ed estrazione di dati dalla cartella clinica.

Non sono stati arruolati i soggetti con deterioramento cognitivo e comorbidità psichiche o somatiche fortemente invalidanti e tali da non consentire un intervento riabilitativo.

La partecipazione alla ricerca era vincolata al "consenso informato" del paziente.

Outcome

Gli outcomes considerati sono stati la verifica della riduzione dell'assunzione di alcool e/o l'astinenza dall'assunzione di bevande alcoliche a 6 mesi dalle dimissioni.

Metodi

La valutazione clinica si è avvalsa di un assessment cognitivo-comportamentale del consumo di alcool all'ingresso e dopo 6 mesi (T2) dal ricovero, del livello di motivazione autonoma, controllata e immotivata (all'ingresso e alle dimissioni) e dell'autoefficacia (all'ingresso e alle dimissioni).

I pazienti arruolati e consenzienti al follow-up sono stati poi intervistati a 6 mesi dalla dimissione (T2), in ordine di data, al fine di verificarne l'astinenza o il nuovo consumo di alcool.

Sono stati considerati drop-out i soggetti che, contattati telefonicamente per sei volte non consecutive, in giornate ed orari diversi, non hanno risposto.

Strumenti utilizzati

I dati sono stati raccolti attraverso i seguenti strumenti:

- Scheda socio-anagrafica clinica.
- Rilevazione psico-diagnostica: diagnosi secondo i criteri del DSM-IV per eventuale presenza di doppia diagnosi psichiatrica (19).
- Giudizio sintetico delle psicologhe sull'attività riabilitativa del paziente nel suo complesso. Scala Likert 0-10: range di: 0-1 nulla, 2-3 insufficiente, 4-5 scarsa, 6-7 sufficiente, 8-9 discreta, 10 buona.
- Rilevazione della severità del grado di alcoldipendenza: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (8). Il test è composto da 10 item che esplorano, facendo riferimento all'ultimo anno, la quantità e la frequenza del bere, i sintomi precoci e avanzati di dipendenza ed i problemi alcol-correlati.
- Motivazione al cambiamento: attraverso l'utilizzo del TSRQ (Treatment Self-Regulation Questionnaire) (20). Composto da 15 item, esplora: le motivazioni del soggetto riguardo alla ragione per la quale vorrebbe smettere di bere o continuare a non bere. È stato validato per l'individuazione di:
 - Motivazione (Range 0-6): assenza di motivazione
 - Motivazione controllata (Range 0-12): due forme di motivazione estrinseca sono considerate controllate: la "regolazione esterna" ossia comportamenti messi in atto per ottenere un vantaggio o per evitare conseguenze negative. La "Regolazione Introeiettata" fa riferimento a comportamenti che sono internamente controllati dalla persona stessa ma tuttavia non sono auto-determinati.

- Motivazione autonoma (Range: 0-12): solitamente accade che autonome forme di motivazione estrinseca vengano identificate o integrate. L'identificazione si verifica quando un comportamento è valutato positivamente e quindi approvato dall'individuo.

L'integrazione si verifica quando un comportamento è percepito come se facesse parte di sé, come se fosse connesso ad altri valori e comportamenti.

Livello di Auto-efficacia: valutata attraverso l'uso del test GSE (General Self-Efficacy) (21).

Risultati e discussione

Analisi descrittiva al baseline (T0)

Nella seguente tabella sono riportate le caratteristiche socio anagrafiche dei 107 pazienti del nostro campione.

	N	%
PATOLOGIE FISICHE	56	52,4
Patologie a carico del Sistema Nervoso Centrale	4	4,6
Patologie a carico del Sistema Nervoso Periferico	4	4,6
Patologie del Fegato	41	47,1
Patologie dell'apparato Gastro-intestinale	3	3,5
Patologie dell'apparato Cardio-vascolare	25	28,7
Patologie endocrinologiche e del metabolismo	10	11,5
	N	%
Sesso Maschi	80	74,8
Età Media: 46,8 (DS 10,4)		
	Giovani 20-40 anni	31 29
	Adulti 41- 60 anni	66 61,7
	Anziani 61-80 anni	10 9,3
	Celibe/Nubile	35 32,7
	Coniugato/convivente	41 38,3
Stato Civile	Separato/divorziato	28 26,2
	Vedovo	3 2,8
	Licenza Elementare	15 14
	Licenza Media	51 47,7
Scolarità	Qualifica professionale	8 7,5
	Diploma Superiore	27 25,2
	Laurea	6 5,6
	Occupato	40 37,3
Condizione	Disoccupato	45 42,1
Lavorativa	Pensione Anzianità	11 10,3
	Pensione Invalidità	11 10,3

Risulta inoltre interessante notare come la quasi totalità dei soggetti (85%) abbia un supporto familiare sufficiente o buono e solo il 15% un sostegno scarso o nullo.

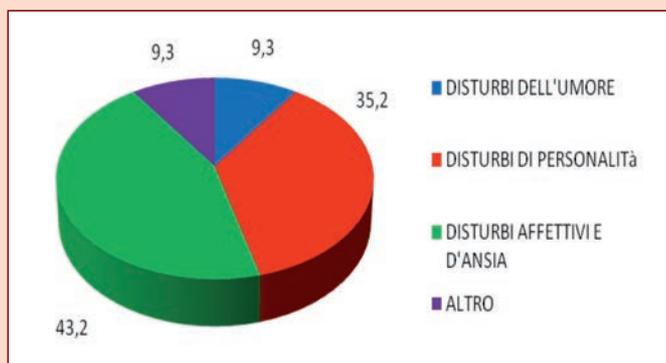
La durata media del ricovero è di 28,63 giorni (DS=5,3). La severità del grado di alcol dipendenza, valutata attraverso l'uso dell'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), è risultata pari a 28,97 (DS=5,7).

Per quanto riguarda la situazione clinica dei soggetti, poco più della metà del campione non aveva mai effettuato un ricovero di disintossicazione, e il 53,3% (N=57) dei soggetti non aveva mai affrontato un ricovero riabilitativo.

Inoltre, il 24,3% dei soggetti (N=26) ha un poliabuso, così distribuito: 6,5% farmaci e l' 37,4% ha abusato in passato di sostanze stupefacenti (eroina, cocaina, cannabis...). La grande maggioranza dei soggetti ha una lunga storia di dipendenza che nel 66,4% dei casi (N=71) perdura da più di 10 anni.

In riferimento alla condizione psichiatrica, il 49,5% dei soggetti (N=53) presenta comorbidità psichiatrica (fig. 1).

Fig. 1 - Distribuzione dei disturbi psichiatrici



Considerando gli interventi, il 62,6% dei soggetti (N=67) ha dovuto sottoporsi, durante i primi giorni di ricovero, alla terapia astinenziale; il 56,1% (N=60) alla terapia di contenimento dei sintomi psichici ed il 40,2% (N=43) alle dimissioni, compatibilmente con il quadro clinico, ha accettato di proseguire la terapia avversivante con Disulfiram.

Le attività proposte ai pazienti durante il ricovero (informativo-educativo, psicologico individuale, psicologico di gruppo, analisi motivazionale, educazione alimentare) registrano un tasso di partecipazione sempre uguale o superiore al 90%.

Quasi tutti i soggetti (89%) che hanno intrapreso questo percorso riabilitativo lo hanno portato a termine.

Le dimissioni contro il parere dei sanitari sono state 7, 3 per decadimento del contratto terapeutico, 2 trasferimenti e 1 decesso, nell'arco di tempo considerato.

Legato al motivo della dimissione, è il giudizio sul percorso fatto, sul suo esito e sulla motivazione del soggetto, espresso dagli operatori.

Il punteggio medio ottenuto, 8.0 (DS=2.0), rileva un'elevata efficacia dell'intervento.

Analisi descrittiva al follow up a 6 mesi (T2)

Durante lo studio di follow up, da settembre 2011 a dicembre 2011, sono state effettuate 125 telefonate che hanno permesso di raccogliere in totale 107 interviste.

Infatti, dei soggetti contattati, a 6 mesi dalle dimissioni, 16 non hanno risposto a nessuno dei sei tentativi effettuati in giornate ed orari diversi e 2 erano deceduti.

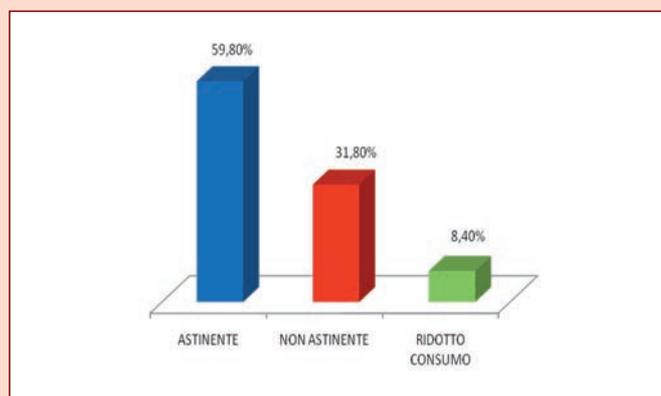
Le analisi descrittive che vengono riportate di seguito sono state quindi effettuate su 107 soggetti.

Di seguito vengono riportate le variabili indagate al follow up.

L'assunzione di alcool

Il 59,8% dei soggetti intervistati (N=64) ha dichiarato di non aver assunto alcool nei mesi trascorsi tra il ricovero ed il contatto telefonico, l'8,4% (N=9) ha avuto una sola ricaduta o ha ridotto notevolmente il consumo, mentre il rimanente 31,8% (N=34) comprende coloro i quali hanno ripreso a consumare alcolici come prima del ricovero o che addirittura ne hanno aumentato il consumo (fig. 2).

Fig. 2 - Assunzione di alcool, follow up a 6 mesi



La condizione lavorativa

Non si registrano differenze statisticamente significative tra l'astinenza e la condizione occupazionale (F=1.38; p=.26).

Stato civile e supporto sociale

Anche per quanto riguarda lo stato civile a 6 mesi dalle dimissioni non emergono differenze statisticamente significative tra quest'ultimo e l'astinenza (F=.33; p=.80).

La condizione di salute fisica, psicologica ed emotiva

L'indagine riguardante il benessere personale si è basata sulla percezione che i soggetti avevano della propria condizione fisica e psicologica.

Al soggetto è stato richiesto di rispondere ad alcune domande sul proprio stato di salute, sulla qualità del sonno e dell'alimentazione (tab. 3).

La dimensione psicologica è stata indagata valutando la presenza o meno di cattivo umore, ansia o depressione e anche dalla loro frequenza di sperimentazione (tab. 3).

Tab. 3 - Percezione della propria condizione fisica e psicologica a 6 mesi

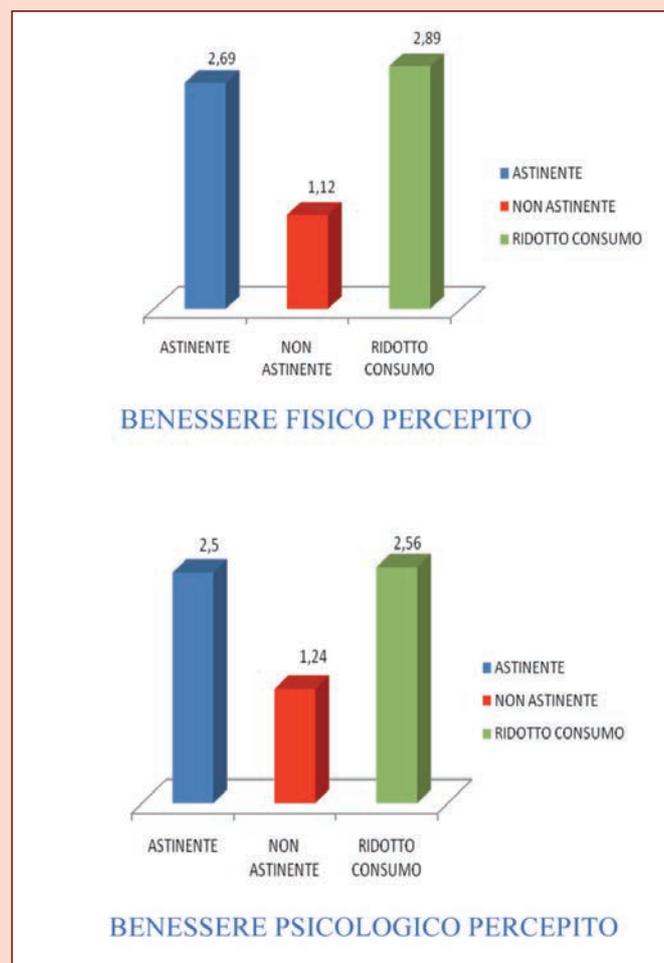
BENESSERE FISICO		BENESSERE PSICOLOGICO	
1. "Come valuta il suo stato di salute?"		1. "Come valuta il suo umore?"	
2. "È soddisfatto/a della qualità del suo sonno?"		2. "Negli ultimi giorni le è capitato di provare ansia, depressione o cattivo umore? (specificare)"	
3. "È soddisfatto/a del suo appetito?"		3. "Se sì, quanto frequentemente le è capitato di provare ansia, depressione o cattivo umore?"	
ASTINENTE	2.7 ^a (D.S. .56)	2.5 ^a (D.S. .64)	
NON ASTINENTE	1.1 ^b (D.S. .33)	1.2 ^b (D.S. .43)	
RIDOTTO CONSUMO	2.9 ^{ac} (D.S. .33)	2.6 ^{ac} (D.S. .53)	
	F=127,6 p=.00	F=6,3 p=.000	
Nota: a lettere uguali corrispondono medie che non si differenziano tra di loro in modo statisticamente significativo			

I soggetti che hanno mantenuto l'astinenza nei mesi successivi al ricovero riferiscono una condizione fisica ed emotiva statisticamente migliore rispetto a chi continua a farne uso (ANOVA p=.000) (fig. 3).

Continuità terapeutica

Un ultimo aspetto indagato nell'intervista telefonica era la continuità terapeutica, ossia se nei mesi successivi alle dimissioni i soggetti avevano continuato a seguire i gruppi di auto-mutuo aiuto, se erano ancora in carico al Ser.T. e se continuavano ad assumere la terapia farmacologica.

Fig. 3 - Differenze nella percezione del benessere fisico/psicologico e astinenza a 6 mesi dalle dimissioni



A 6 mesi dalle dimissioni 81 soggetti (75,7%) dichiarano di continuare ad assumere regolarmente i farmaci consigliati e a partecipare attivamente al programma del Ser.T. e/o dei gruppi di auto-mutuo-aiuto.

Analisi delle correlazioni

Nella tabella 4 sono riportati i valori significativi emersi dall'analisi delle correlazioni di Pearson.

I soggetti che dichiarano di essere astinenti sono anche quelli che sono più soddisfatti della loro salute e del loro umore a 6 mesi dalle dimissioni, inoltre, chi ha completato il percorso riabilitativo a 6 mesi dalle dimissioni continua generalmente a seguire i servizi territoriali ed ad assumere la terapia farmacologica prescritta.

Per quanto riguarda invece il nostro obiettivo, non abbiamo riscontrato una relazione diretta tra la motivazione al cambiamento (smettere di bere) e l'astinenza dopo 6 mesi dalle dimissioni.

Dalla fig. 4 si può notare come la motivazione intrinseca (autonoma) non cambi, ma rimanga costante tra l'ingresso e le dimissioni nei soggetti che dopo 6 mesi dichia-

Tab. 4 - Valori significativi dell'analisi delle correlazioni di Pearson

Var.	MA	MC	IM	GSE	SC	L	S	FDP	DA	DD	SF	GO	EP	CT	A6	SA	U
MA	-																
MC	.26**	-															
IM		.36**	-														
GSE	.24**			-													
SC	.23**				-												
L						-											
S		.25**					-										
FDP	.22*							-									
DA	-.20*		.21*						-								
DD										-							
SF	-.20*										-						
GO	.19*							-.19*				-					
EP													-				
CT		.28**										.29**	.19*	-			
A6															-		
SA																-.66**	-
U																	-.59**

** p<.01 * p<.05

Legenda:

MA = Motivazione Autonoma; MC = Motivazione Controllata; IM = Immotivazione; GSE = Autoefficacia; SC = Stato Civile; L = Lavoro; S = Sesso; FDP = Familiarità disturbi psichiatrici; DA = Durata Abuso; DD = Doppia diagnosi; SF = Supporto Familiare; GO = Giudizio Operatore; EP = Esito Percorso terapeutico; CT = Continuità Terapeutica; A6 = astinenza a 6 mesi; SA = Salute; U = Umore.

rano di essere astinenti, mentre per i non astinenti e per chi ha ridotto il consumo la motivazione intrinseca aumenta (fig. 4).

La motivazione estrinseca (controllata) aumenta durante il ricovero per coloro che risultano poi essere astinenti e per i non astinenti, decresce per coloro i quali diminuiscono il consumo (fig. 5).

L'assenza di motivazione continua a rimanere tale per gli astinenti e per chi ha ridotto il consumo (fig. 6).

Analisi di regressione

In seguito alla rilevazione delle correlazioni appena descritte, è stata effettuata un'analisi di regressione gerarchica, considerando congiuntamente le variabili di motivazione come fattori indipendenti con lo scopo di valutare l'influenza di queste sull'astinenza (variabile dipendente).

In particolare le variabili maggiormente predittive risultano essere l'età, la presenza di diagnosi psichiatrica, il supporto familiare, il giudizio degli operatori e la motivazione autonoma in ingresso (tab. 5).

L'astinenza incide sulla salute (p=.00; F=20.5) e sull'umore (p=.00; F=17,3).

L'autoefficacia incide sulla motivazione intrinseca a T1 (p=.01; F=6.7).

I risultati evidenziano che il modello è significativo (F= 2.2; p<.05) e spiega il 16% della varianza.

Quasi tutti i predittori inseriti nel modello risultano statisticamente significativi: il giudizio positivo da parte delle psicologhe ha un impatto positivo sull'astinenza

Tab. 5 - Predittori dell'astinenza a 6 mesi dalle dimissioni (analisi di regressione lineare multipla)

ASTINENZA		
	COEFFICIENTI	P
	β	
AUTOEFFICACIA (GSE)	.02	.83
DOPPIA DIAGNOSI	-.23	.02
SUPPORTO FAMILIARE	-.23	.02
GIUDIZIO OPERATORI	.24	.03
MOTIVAZIONE AUTONOMA INGRESSO	-.23	.04
MOTIVAZIONE ESTRINSECA INGRESSO	-.06	.61
MOTIVAZIONE IMMOTIVATA INGRESSO	.09	.45
MOTIVAZIONE AUTONOMA DIMISSIONI	.05	.63
MOTIVAZIONE ESTRINSECA DIMISSIONI	-.08	.47
MOTIVAZIONE IMMOTIVATA DIMISSIONI	.11	.33
R ² corretto= .16		
F= 2.2 p=-05		

($\beta=.24$), mentre le altre variabili hanno un impatto negativo, in particolare la doppia diagnosi ($\beta=-.23$), supporto familiare ($\beta=-.23$) e motivazione autonoma in ingresso ($\beta=-.23$).

Fig. 4 - Differenze nel livello motivazione autonoma in ingresso e dimissioni e astinenza a 6 mesi

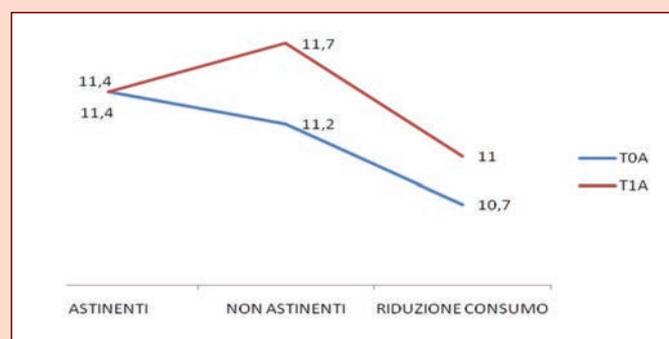


Fig. 5 - Differenze nel livello motivazione controllata in ingresso e dimissioni e astinenza a 6 mesi

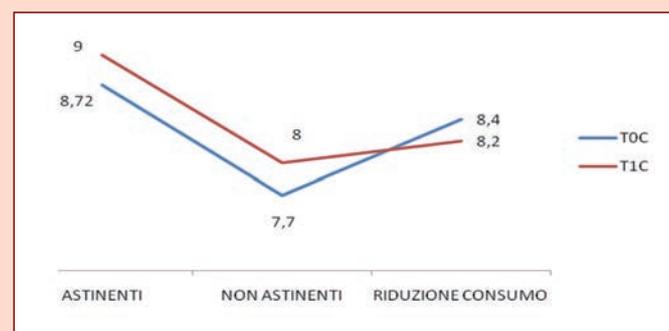
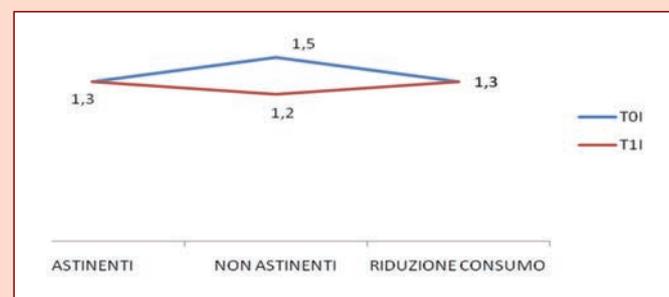


Fig. 6 - Differenze nel livello motivazione immotivata in ingresso e dimissioni e astinenza a 6 mesi



Conclusioni

La cura dei problemi alcol correlati è complessa e difficile, poiché il paziente etilista soffre di una serie di problemi o disturbi che coinvolgono la persona a molti livelli: somatico, psicopatologico, relazionale, lavorativo, sociale e familiare.

Appare pertanto difficile trovare degli indicatori esaurienti che riescano a misurare e descrivere più approfonditamente la complessità di tali situazioni (1, 6).

In questo studio è stata verificata l'efficacia dell'intervento riabilitativo attraverso l'indicatore che riguarda l'astinenza o la ricaduta nel tempo.

Dall'analisi dei dati emersi nelle interviste di follow-up è emerso che il 59,8% del campione dichiara una situazione di astinenza totale dall'assunzione di alcool a 6 mesi dalle dimissioni.

Tale dato è leggermente superiore rispetto ai risultati di precedenti ricerche su questo tipo di pazienti (9, 10).

A differenza di ciò che emerge dalla letteratura, noi abbiamo riscontrato che il supporto familiare e la condizione lavorativa di per sé non bastano per contrastare la ricaduta del soggetto.

Il supporto che il paziente etilista riceve dalla sua famiglia risulta significativo solo se associato ad altri fattori quali l'assenza di diagnosi psichiatrica, una buona motivazione autonoma in ingresso e un buon percorso di ricovero.

Nel presente studio è stato evidenziato che la motivazione a cambiare il proprio stile di vita, non sembra aver sostenuto un comportamento conseguente.

Invece, la motivazione, associata al supporto familiare, all'assenza di diagnosi psichiatrica e ad un buon percorso di ricovero svolto, ha sostenuto un successivo cambiamento del comportamento di abuso e del proprio stile di vita, ciò è in linea con gli studi presenti in letteratura che sottolineano come la motivazione difficilmente si trasforma in modo immediato e automatico in un cambiamento vero e proprio (15). L'indagine esplorativa ha evidenziato come la motivazione al cambiamento nei pazienti sia molto alta già al baseline.

Questo ci fa domandare se i pazienti inizino il loro percorso terapeutico-riabilitativo già realmente motivati e intenzionati a cambiare o se in realtà attuino forme di desiderabilità sociale.

Il percorso terapeutico-riabilitativo è comunque da considerarsi efficace, come efficaci sono le attività e i colloqui psicologici motivazionali (dato che la motivazione durante il ricovero è in crescita o rimane costante), tuttavia questo è un ricovero breve mentre, al contrario, il cambiamento di un comportamento è, come abbiamo visto, un fenomeno lento.

Tale studio merita ulteriori approfondimenti al fine di superare alcuni limiti presenti, primo fra tutti l'eterogeneità del campione.

Riteniamo inoltre, che l'estensione ad un più allargato numero di casi sia utile per verificare la validità dei risultati ottenuti da questo studio.

Bibliografia

1. Goldfarb C., Hartman B. (1975), "A total community approach to the treatment of alcoholism, in the Practical

- Journal for Psychiatrists”, *Neurologists and Neurosurgeons*, vol. 36 number 8.
2. Witkiewitz K., Bowen S. (2010), “Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness based relapse prevention”, *J Consult Clin Psychol.*, Jun, 78(3): 362-74.
 3. Manzato E. (2000), “Il trattamento Riabilitativo Integrato della comorbidità psichiatrica nell’alcoldipendenza”, in Manzato E., Barbera G., *Atti Riunione Monotematica 2000 SIA Triveneta: La comorbidità psichiatrica nell’alcoldipendenza*, Litozetatre, Zevio (Vr).
 4. Picci R.L., Furlan P.M. (1997), “Le due facce della stessa medaglia. Il trattamento combinato dell’alcoldipendente”, in Furlan P.M. (a cura di), *Psicoterapia e psicofarmacaci*, Centro Scientifico Editore, Torino.
 5. Manna V., Ferrone C.M., Del Giudice T., Impedivo C. (2001), “Depressione e dipendenza patologica da alcol: il trattamento integrato multimodale”, in “*Dal fare al dire*”, 2: 8-16.
 6. Bromet E., Moos R., Wuthmann C., Bliss F. (1977), “Treatment experiences of alcoholic patients: an analysis of five residential alcoholism programs”, *Int J Addict*, Oct, 12(7): 953-8.
 7. Robert A., Moore M.D. (1977), “Ten Years of inpatient Programs for Alcoholic Patients”, *Am J Psychiatry*, 134: 5, May.
 8. Babor T.F., de la Fuente J.R., Saunders J., Grant M. (1989), *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: es for Use in Primary Health Care*, WHO/MNH/DAT 89.4, World Health Organization, Geneva.
 9. Booth P.G., Jones A., Taylor N. (1998), “Treatment setting and treatment outcome in alcohol dependency: residential and day-care options compared”, *Health soc care community*, 6: 251-259.
 10. Schmidt P., Kufner H., Lohnert B. (2009), “Efficiency of outpatient alcohol treatment – predictors of outcome”, *Forthschr neurol psychiatr*, 77: 450-456.
 11. Magill M., Mastroleo N.R., Apodaca T.R., Barnett N.P., Colby S.M., Monti P.M. (2010), “Motivational interviewing with significant other participation: assessing the therapeutic alliance and patient satisfaction and engagement”, *J Subst Abuse Treat*, Dec, 39(4): 391-8.
 12. Miller W.R. (1989), “Increasing Motivation for change”, in Hester R.K., Miller W.R. (eds), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*, Allyn and Bacon, Needham Heights, MA, 67-80.
 13. Demmel R., Beck B., Richter D., Reker T. (2004), “Readiness to Change in a Clinical Sample of Problem Drinkers: relation to Alcohol Use, Self-Efficacy, and Treatment Outcome”, *Eur Addict Res*, 10: 133-138.
 14. DiClemente C., Ph.D., Schlundt D., Gemmell L., B.S. (2004), “Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment”, *The American Journal on Addictions*, 13:103-119.
 15. Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1984), *The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy*, Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
 16. Velasquez M.M., Carbonari J.P., DiClemente C.C. (1999), “Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: The relation of the Transtheoretical Model variables to psychiatric distress in dually diagnosed patients”, *Addict Behav*, 24: 481-496.
 17. DiClemente C.C. (2007), “Mechanisms, determinants and processes of change in the modification of drinking behavior”, *Alcohol Clin Exp Res*, 31(S3): 13S-20S.
 18. Migneault J.P., Adams T.B., Read J.P. (2005), “Application of the Transtheoretical Model to substance abuse: historical development and future directions”, *Drug Alcohol Rev*, 24(5): 437-448.
 19. American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. 4th ed. Washington, DC: *American Psychiatric Publishing, Inc.*, p. 943.
 20. Levesque C.S., Williams G.C., Elliot D., Pickering M.A., Bodenhamer B., Finley P.J. (2007), “Validating the theoretical structure of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors”, *Health Education Research*, 22, 5: 691-702.
 21. Scherbaum C.A., Cohen-Charash Y., Kern M.J. (2006), “Measuring General Self-Efficacy: a comparison of three measures using item response theory”, in *Educational and Psychological Measurement*, 66: 1047.

Il trattamento dei disturbi d'ansia nell'alcolismo

di E. Manzato*, F. Nava**, C. Biasin*, G. Cifelli*, G. Manzato^o, S. Rosa*, G. D'Agostini***

I tipi di disturbi d'ansia

I disturbi d'ansia descritti nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR dell'American Psychiatric Association (APA, 2000) sono: disturbo di panico (DAP) e agorafobia, disturbo d'ansia generalizzato (GAD), fobia sociale (SP) e fobia specifica, disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e acuto (ASD), disturbo d'ansia dovuto a condizione medica, disturbo d'ansia indotto da sostanze, disturbo ansioso-depressivo misto.

Esistono anche altri stati ansiosi: disturbo dell'adattamento con ansia, ansia secondaria ad altro disturbo psichiatrico, ansia situazionale, ansia di morte, ansia di separazione (SAD) e ansia da estranei, ansia da perdita dell'autostima, ansia da perdita dell'autocontrollo, ansia da dipendenza o da intimità, ansia correlata a colpa o punizione e ansia segnale (Kaplan & Sadock, 2001a; Sadock & Sadock, 2003a).

Nella decima revisione dell'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) i disturbi d'ansia (nevrotici) sono raggruppati con i disturbi correlati allo stress e con quelli somatoformi perché storicamente associati al concetto di nevrosi e in parte a un processo eziologico di origine psicologica (OMS, 1992).

Nei disturbi d'ansia sono distinte tre categorie diagnostiche: i disturbi d'ansia fobici, altri disturbi d'ansia e il disturbo ossessivo-compulsivo, altri disturbi ossessivo-compulsivi e il disturbo ossessivo-compulsivo non altrimenti specificato.

La categoria diagnostica dei disturbi correlati allo stress comprende la reazione acuta da stress, il disturbo post-traumatico da stress e i disturbi dell'adattamento (Kaplan & Sadock, 2001a; Kaplan & Sadock, 2001a).

I disturbi d'ansia comorbili ai disturbi da uso di sostanze e/o alcol

Molti sono i disturbi d'ansia frequentemente osservati nei soggetti con doppia diagnosi per disturbi da uso di sostanze e/o alcol (APA, 2006).

* Ser.DI- Servizio Alcolologia Azienda ULSS 21 Legnago (Verona).

** Sanità Penitenziaria Azienda ULSS 16 Padova.

*** SPDC Dipartimento di Salute Mentale Azienda ULSS 21 Legnago (Verona).

^o Collaboratore di ricerca Verona.

Nel National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condition (NESARC), sponsorizzato dal National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), è stato evidenziato che nella popolazione generale la prevalenza a 12 mesi di disturbi d'ansia indipendenti era di 11,08%, quella dei disturbi da uso di sostanze era del 9,35% e quella dei disturbi da uso di alcol era dell'8,46%; la prevalenza dei disturbi d'ansia e dell'umore indotti è risultata piccola, meno dell'1,0%.

Nei soggetti con qualsiasi disturbo da uso di alcol il 17,05% presentava almeno un disturbo d'ansia (con 1,25% per panico con agorafobia, con 2,80% per panico senza agorafobia, con 4,25% per fobia sociale, con 10,40% per fobia specifica e con 3,60% per ansia generalizzata) e nei soggetti con dipendenza da alcol il 23,45% presentava almeno un disturbo d'ansia (con 1,84% per panico con agorafobia, con 4,70% per panico senza agorafobia, con 6,25% per fobia sociale, con 13,84% per fobia specifica e con 5,69% per ansia generalizzata).

Nei soggetti con qualsiasi disturbo d'ansia nei 12 mesi precedenti il 13,02% presentava almeno un disturbo da uso di alcol e l'8,06% dipendenza da alcol; nei soggetti con panico con agorafobia il 18,81% presentava almeno un disturbo da uso di alcol e il 12,42% dipendenza da alcol; nei soggetti con panico senza agorafobia il 15,29% presentava un disturbo da uso di alcol e l'11,56% dipendenza da alcol; nei soggetti con fobia sociale il 13,05% presentava un disturbo da uso di alcol e l'8,64% dipendenza da alcol; nei soggetti con fobia specifica il 12,34% presentava un disturbo da uso di alcol e il 7,39% dipendenza da alcol e nei soggetti con ansia generalizzata il 14,82% presentava un disturbo da uso di alcol e il 10,52% dipendenza da alcol.

I dati clinici, che indicano come le associazioni tra la maggior parte dei disturbi da uso di alcol e dei disturbi d'ansia, oltre che dell'umore, indipendenti, siano indiscutibilmente positive e significative, suggeriscono che ai soggetti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol non dovrebbe essere rifiutato il trattamento per i disturbi d'ansia comorbili (Grant e coll., 2004).

Il NESARC ha evidenziato una prevalenza lifetime e a 12 mesi di abuso di alcol rispettivamente del 17,8% e 4,7% e di dipendenza da alcol del 12,5% e del 3,8%, con maggiore prevalenza tra i maschi, i soggetti più giovani e non sposati; inoltre ha segnalato una significativa disabilità nella dipendenza da alcol.

Per quanto riguarda l'associazione con altri disturbi psichiatrici, l'abuso di alcol a 12 mesi è risultato fortemen-

te e significativamente associato con i disturbi da uso di sostanze, ma non con altri disturbi di Asse I del DSM-IV-TR (APA, 2000), ugualmente è risultato per l'abuso di alcol lifetime. La dipendenza da alcol a 12 mesi è risultata fortemente associata con i disturbi da uso di sostanze, con i disturbi bipolari I e II, ma debolmente e significativamente con solo due disturbi di Asse II (disturbi di personalità-PD), in particolare i disturbi di personalità istrionico (HPD) e antisociale (ASPD); la dipendenza da alcol lifetime è risultata correlata, anche se meno fortemente, con i disturbi da uso di sostanze, maggiormente con i disturbi dell'umore e d'ansia (disturbo di panico senza agorafobia, fobia sociale e fobia specifica) e con i disturbi di personalità paranoide (PPD), istrionico (HPD) e antisociale (Hasin e coll., 2007).

Lo Psychiatric and Additive Dual Diagnosis in Italy Study (PADDI-DSM e PADDI-TC), svolto nei servizi per la salute mentale, nelle comunità terapeutiche tradizionali e specialistiche per doppia diagnosi del sistema delle dipendenze, ha evidenziato una prevalenza di doppia diagnosi tra disturbi da uso di sostanze e/o alcol e disturbi mentali in tali strutture rispettivamente del 3,9%, 77,9% e 94,2%. In particolare, nei servizi di salute mentale la prevalenza dei disturbi nevrotici è risultata del 9,62%, mentre nelle comunità terapeutiche tradizionali la percentuale di disturbi d'ansia è stata dell'8,4% e nelle comunità terapeutiche per doppia diagnosi è risultata del 13,8%; nel complesso la comorbilità psichiatrica per disturbi di Asse I e II del DSM-IV-TR (APA, 2000) è stata pari a 77,9% nelle comunità terapeutiche tradizionali e del 94,2% nelle comunità terapeutiche per doppia diagnosi (Carrà e coll., 2010).

In comunità terapeutiche per doppia diagnosi, mediante la somministrazione dell'Addiction Severity Index (ASI) (McLellan e coll., 1980a, b, 1983, 1990), della Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders (SCID-I) (First e coll., 1997a) e della SCID-II (First e coll., 1997b), è stato osservato che i disturbi di Asse I del DSM-IV-TR (APA, 2000) maggiormente compresenti nell'alcolismo erano i disturbi d'ansia, presenti nel 38%, oltre ai disturbi dell'umore (49%) e ai disturbi psicotici (13%) (Mammana, 2010).

La relazione tra l'ansia, i disturbi d'ansia e l'abuso/dipendenza da alcol è complessa ed esistono forti evidenze cliniche delle influenze causali reciproche tra i due disturbi; la fobia sociale e l'agorafobia solitamente precedono i problemi di alcol, che rappresentano tentativi di automedicazione dei sintomi ansiosi; diversamente il disturbo d'ansia generalizzato e il disturbo di panico tendono a comparire dopo i problemi del bere patologico e i sintomi ansiosi di tali disturbi possono essere indistinguibili dai sintomi della sindrome di astinenza alco-

lica (Kranzler, 1996; Kushner e coll., 1999; Brady e coll., 2007).

D'altra parte in uno studio longitudinale di 4 anni svolto su una popolazione indigena di Taiwan si è evidenziato che il più alto rischio di alcolismo riguardava i soggetti di età compresa tra i 25-34 anni, che presentavano disturbi d'ansia e per i maschi che mancavano dell'azione del gene ADH2*1 (enzima aldeide deidrogenasi) (Cheng e coll., 2004).

Infine è stato evidenziato che l'esposizione a un trauma e sintomi di disturbo post-traumatico da stress (in numero di 5 o più dei 17 sintomi psicopatologici post-traumatici caratteristici) in bambini di 10-13 anni (per il 51,7% maschi) sono associati con un inizio precoce di uso di alcol; pertanto è importante identificare precocemente e trattare addirittura i sintomi sottosoglia del disturbo post-traumatico da stress in bambini pre-adolescenti con lo scopo terapeutico di prevenire l'impatto negativo del disturbo da uso di alcol sulla durata della loro vita (Wu e coll., 2010).

Il trattamento dei disturbi d'ansia: psicofarmacoterapia e interventi psicosociali

Aspetti generali del trattamento

Nella fase iniziale del piano di trattamento dei disturbi d'ansia è necessario effettuare una diagnosi dello specifico disturbo d'ansia e anche una diagnosi differenziale rispetto ad altri disturbi psichiatrici sovrapponibili (Hollander e coll., 2003).

Nel caso di diagnosi di disturbo di panico e di disturbo d'ansia generalizzato può essere necessario escludere le condizioni organiche che hanno sintomi psicopatologici sovrapponibili, così come è necessario svolgere una diagnosi differenziale verso altri disturbi psichiatrici (fig. 1) (Kaplan & Sadock, 2001a; Hollander e coll., 2003; Sadock & Sadock, 2003a).

Fig. 1 - Diagnosi differenziale psichiatrica e medica del disturbo di panico

Psichiatrica	
Disturbo d'ansia generalizzato	Disturbo dell'adattamento con ansia
Disturbi depressivi	Disturbo di depersonalizzazione
Schizofrenia e disturbo psicotico	Disturbi somatoformi
NAS	Disturbi caratteriali
Disturbo Bipolare I	Simulazione
Medica	
Ipertiroidismo	Feocromocitoma
Ipotiroidismo	Ipglicemia
Iperparatiroidismo	Vertigine vera
Prolasso della valvola mitralica	Astinenza da sostanze psicoattive
Aritmie cardiache	Astinenza da alcol
Insufficienza coronarica	

(modificata da Hollander e coll., 2003)

Un protocollo di valutazione clinico-laboratoristico può aiutare il medico a valutare nel paziente la presenza di attacchi di panico di origine medica (tiroidea, paratiroidea, surrenalica o legati a sostanze) (Kaplan & Sadock, 2001a).

Sintomi di dolore toracico, soprattutto in soggetti con fattori di rischio cardiaco (ipertensione o obesità), possono giustificare ulteriori accertamenti cardiologici come elettrocardiogramma (ECG) con Holter, test ergometrici, radiografia del torace e dosaggio di enzimi cardiaci.

La presenza di sintomi neurologici atipici può giustificare la richiesta di un elettroencefalogramma (EEG) o di una risonanza magnetica (RM) per valutare la possibilità di un'eventuale epilessia, sclerosi multipla o processi occupanti spazio cerebrale (Kaplan & Sadock, 2001a).

Per approfondire la diagnosi dei disturbi d'ansia possono essere utilizzati anche degli strumenti psicodiagnostici (Sadock & Sadock, 2003a).

La terapia psicofarmacologica

Il trattamento dei disturbi d'ansia è basato sulla terapia farmacologica e sulla psicoterapia.

La terapia farmacologica riguarda diverse classi di psicofarmaci: benzodiazepine (BDZ) diazepam, alprazolam, clonazepam e lorazepam, non-benzodiazepina (Non-BDZ) buspirone, antidepressivi triciclici (TCA) imipramina e clomipramina, inibitore delle monoamino ossidasi (MAO) tranilcipromina, inibitore reversibile della monoamino ossidasi (RIMA) moclobemide, α -bloccante propranololo, inibitori del reuptake della serotonina (SSRI-fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina e sertralina), inibitore del reuptake della serotonina e della noradrenalina (SNRI) venlafaxina e inibitore del reuptake della serotonina e più debolmente della noradrenalina e della dopamina (SARI) nefazodone (Kaplan & Sadock, 2001a, b; Sadock & Sadock, 2003a, b).

La psicoterapia

La psicoterapia è attuata con: terapia comportamentale, terapia cognitiva (CT), terapia cognitivo-comportamentale (CBT), psicoterapia di sostegno, psicoterapia a orientamento psicoanalitico introspettiva e terapia di gruppo (Kaplan & Sadock, 2001a, b; Sadock & Sadock, 2003a, b).

Riguardo ai diversi tipi di intervento psicoterapeutico la psicoterapia di sostegno è basata sugli assunti psicodinamici e sull'alleanza terapeutica per favorire l'adattamento psichico.

La psicoterapia introspettiva ha lo scopo terapeutico di accrescere nel paziente la conoscenza dei conflitti psicologici che, se non risolti, possono manifestarsi come

comportamento sintomatico (ansia, fobie, ossessioni e compulsioni e stress post-traumatico).

La terapia comportamentale si rivolge al cambiamento comportamentale senza sviluppare un'introspezione psicologica delle cause sottostanti; vengono utilizzate diverse tecniche: rinforzo positivo o negativo, punizione, desensibilizzazione sistematica, flooding, implosione, esposizione graduale e automonitoraggio.

Risulta indicata per comportamenti patologici circoscritti (fobie, compulsioni e ossessioni) associata a terapie farmacologiche.

La terapia cognitivo-comportamentale ha come obiettivo terapeutico di modificare i sintomi, in particolare patterns cognitivi (credenze) erronei e modelli comportamentali disadattivi.

La terapia cognitiva è basata sull'assunto che il comportamento patologico è secondario a distorsioni dell'autopercezione del soggetto circa la percezione delle altre persone.

La terapia di gruppo è basata su diverse tipologie di gruppi (supportivi e di miglioramento delle capacità sociali, relativi alla riduzione di sintomi psicopatologici specifici e introspettivi) (Kaplan & Sadock, 2001a; Sadock & Sadock, 2003a).

Review e meta analisi di studi controllati farmacologici e psicosociali

In una meta analisi di centootto studi controllati psicosociali e farmacologici relativa alla valutazione della loro efficacia nella fobia sociale, undici tipi di trattamento sono risultati comparati in modo diverso: lista di attesa, placebo in pillole, BDZ, SSRI, MAO, placebo attentivo, terapia di esposizione (EXP), ristrutturazione cognitiva (CR), esposizione più ristrutturazione cognitiva, training per le abilità sociali (CST) e rilassamento applicato.

Le farmacoterapie sono risultate più efficaci e le BDZ e gli SSRI sono risultati ugualmente efficaci nel breve termine e più efficaci delle condizioni di controllo; in ogni caso l'associazione di tali antidepressivi con ristrutturazione cognitiva e terapia di esposizione migliora l'efficacia.

Per mancanza di dati clinici di follow-up non è stato possibile valutare i miglioramenti per le farmacoterapie; diversamente per le psicoterapie i miglioramenti, anche se moderati, si sono mantenuti nel periodo di follow-up (Fedoroff & Taylor, 2001).

Una meta analisi sul disturbo ossessivo-compulsivo relativa a quindici studi clinici controllati comprendenti diverse condizioni di psicoterapia (diciotto di terapia di esposizione e prevenzione della risposta-ERP, cinque di terapia cognitivo-comportamentale e cinque di terapia cognitiva; venticinque somministrati individualmente e cinque in gruppo) e a trentadue di terapie farmacologiche (diciotto con imipramina, otto con fluvoxamina,

quattro con sertralina, quattro con fluoxetina, una con paroxetina, una con citalopram, tre con IMAO, due con ansiolitici e due con altri farmaci) ha mostrato un completamento del trattamento nell'85% dei soggetti e un effetto terapeutico importante per le psicoterapie e similare tra le diverse forme di psicoterapia (anche se leggermente più forte per la terapia di esposizione e prevenzione della risposta e la terapia cognitivo-comportamentale); il completamento del trattamento delle terapie farmacologiche è risultato simile e analogo è risultato l'effetto terapeutico tra i vari farmaci (anche se più forte per imipramina).

In complesso le psicoterapie, le farmacoterapie e anche la loro combinazione portano una riduzione clinica sostanziale della sintomatologia ossessivo-compulsiva (Eddy e coll., 2004).

Una meta analisi di studi randomizzati controllati, in particolare sedici studi sul disturbo di panico, sei studi sull'ansia sociale e due studi sull'ansia generalizzata, ha comparato terapie farmacologiche, trattamenti psicosociali e trattamenti combinati. Terapie farmacologiche, terapia cognitivo-comportamentale e la loro combinazione hanno evidenziato sostanziale miglioramento tra il pre e il post trattamento.

La combinazione di terapie farmacologiche e trattamenti psicosociali è risultata superiore alle monoterapie nel disturbo di panico.

Nell'ansia sociale esistono solo dei dati clinici preliminari circa la combinazione dei trattamenti.

Per l'ansia generalizzata mancano dati clinici sulla combinazione, per cui non è possibile trarre delle conclusioni cliniche (Bandelow e coll., 2007).

I farmaci per l'addiction

Le raccomandazioni delle linee guida

La Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders, Second Edition, dell'American Psychiatric Association (2006) raccomanda con diversi gradi di forza (notevole I, moderato II o secondo circostanze individuali III) gli aspetti terapeutici fondamentali del trattamento dei pazienti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol (APA, 2006).

Gli scopi fondamentali di tale trattamento sono il successo nell'astinenza o nella riduzione dell'uso e degli effetti delle sostanze, la riduzione della frequenza e della severità delle ricadute e il miglioramento nel funzionamento psicologico e sociale.

I principi generali di tale trattamento si riferiscono a:

1. assessment, come valutazione psichiatrica globale per guidare il trattamento (I);
2. management psichiatrico che è fondamentale per il trattamento di tali pazienti (I);

3. trattamento specifico basato su terapie farmacologiche (I) e interventi psicosociali (I): terapia cognitivo-comportamentale, terapia motivazionale (MET), terapia comportamentale, programma dei 12 Passi (TSF) e terapia interpersonale (IPT).

Molto importante è l'integrazione del trattamento per i pazienti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol e comorbilità psichiatrica;

4. formulazione e implementazione del piano di trattamento (I) basato su un programma di intervento a lungo termine a causa della cronicità di tali disturbi;

5. setting di trattamento, i pazienti dovrebbero essere trattati nel setting di trattamento meno restrittivo, sicuro ed efficace (I); i tipi di trattamento sono: ospedalizzazione (I), trattamento residenziale (II), ospedalizzazione parziale (II) e trattamento ambulatoriale (I);

6. caratteristiche cliniche che influenzano il trattamento, tra cui la comorbilità psichiatrica e le malattie mediche correlate (I) (APA, 2006).

Tra i farmaci indicati specificatamente a seconda delle necessità cliniche e delle fasi del decorso del disturbo da uso di sostanze e/o alcol è suggerito l'antagonista dei recettori degli oppiacei naltrexone (NAL) per la promozione dell'astinenza e per la prevenzione delle ricadute nel disturbo da uso di oppioidi e nell'alcolismo; nell'alcolismo sono indicati l'antagonista dei recettori NMDA del glutammato acamprosato (ACP) e l'avversativo disulfiram (DSF).

Inoltre sono consigliati diversi psicofarmaci (stabilizzatori dell'umore, antipsicotici e antidepressivi) per i disturbi bipolari, per quelli dello spettro schizofrenico e per i disturbi depressivi e d'ansia.

La terapia farmacologica infine è indicata in associazione con interventi psicosociali (terapia motivazionale, terapia cognitivo-comportamentale, terapia interpersonale e programma dei 12 Passi) (APA, 2006).

I farmaci per l'addiction

Il naltrexone e il disulfiram, da soli o in associazione, sono stati utilizzati in un trattamento in doppio cieco di 12 settimane in alcolisti ambulatoriali con comorbilità per disturbo post-traumatico da stress con valutazione di outcome relativa a uso di alcol, *craving* alcolico, livello di gamma-glutamilttranspeptidasi (GGT), eventi avversi e sintomi post-traumatici da stress; i soggetti trattati con i due farmaci da soli o con la loro associazione hanno presentato migliori outcome alcolici rispetto al placebo e in complesso i sintomi psicopatologici del disturbo post-traumatico da stress sono risultati migliorati.

In conclusione, naltrexone e disulfiram sono apparsi efficaci e sicuri nel trattamento di soggetti con disturbo post-traumatico da stress e dipendenza da alcol (Petrakis e coll., 2006).

Riguardo ai diversi profili di *craving* (*reward*-desiderio di ricompensa, *relief*-desiderio di ridurre la tensione e *obsessive*-da pensieri ossessivi per l'alcol e perdita di controllo) caratterizzanti l'eterogeneità dei pazienti (Verheul e coll., 1999; Addolorato e coll., 2003, 2005a, b) il naltrexone è stato suggerito come molto utile nei pazienti con *craving reward*, negli *heavy drinker* e *binge drinker* o nei pazienti giovani con alcol socializzante (Lesch & Walter, 1996; Caputo, 2011).

L'antagonista dei recettori serotoninergici 5-HT₃ ondansetron (1, 4 e 16 micro g/Kg due volte al giorno) è stato utilizzato in confronto con placebo e con l'aggiunta di terapia cognitivo-comportamentale durante 12 settimane in alcolisti, mostrando cambiamenti nell'ansia con riduzione del comportamento di assunzione di alcol (minori *drink* per giorno di bere), al di là dell'età di inizio del bere (alcolisti precoci o tardivi) e della dose di farmaco (Sloan e coll., 2003).

Relativamente all'eterogeneità dei pazienti, l'ondansetron potrebbe essere utilizzato nei pazienti in cui l'alcol è utilizzato per ansia/conflitto (Lesch & Walter, 1996; Caputo, 2011).

L'acamprosato, utilizzato in un trattamento di pazienti che bevevano per superare la sindrome di astinenza o l'ansia, è risultato presentare un maggior beneficio terapeutico rispetto al placebo, come più giorni di sobrietà (Lesch & Walter, 1996).

L'acamprosato associato a trattamenti psicosociali è risultato raddoppiare le percentuali di astinenza negli alcolisti, anche se molti pazienti non sono stati aiutati (Lingford-Hughes e coll., 2002).

L'acamprosato (dose media 1998 mg/die) somministrato a pazienti alcolisti con disturbi d'ansia ha mostrato miglioramenti dei livelli d'ansia e del sonno nell'80% dei casi (Schwartz e coll., 2007).

L'acamprosato può essere usato in modo efficace come terapia di potenziamento in pazienti affetti da disturbi d'ansia che non rispondono alla terapia convenzionale con ansiolitici e antidepressivi serotoninergici, prospettando quindi la possibilità di utilizzarlo anche in assenza di dipendenza da alcol (Schwartz e coll., 2010).

Nei confronti dell'eterogeneità dei pazienti, l'acamprosato può essere raccomandato nei pazienti con alcol utilizzato per astinenza e ansia/conflitto (Lesch & Walter, 1996) e nei pazienti con *craving relief* (Verheul e coll., 1999; Addolorato e coll., 2003, 2005a, b; Caputo, 2011).

Il GABA agonista sodio oxibato/acido gamma-idrossibutirrico (GHB) (50-100 mg/die) è prescritto per il trattamento dell'alcolismo in quanto efficace nel sopprimere i sintomi della sindrome di astinenza e nel mantenere l'astinenza prevenendo le ricadute (Caputo e coll., 2009; Nava e coll., 2010; Leone e coll., 2010; Sewell & Petrakis, 2011).

Il GHB è un farmaco ad ampio spettro e sembra compatibile per pazienti con *craving reward* e *relief*

(Verheul e coll., 1999; Addolorato e coll., 2003, 2005a, b; Caputo, 2011).

Il GHB all'interno di un trattamento integrato multimodale viene prescritto anche in associazione con diverse classi di psicofarmaci (antidepressivi, stabilizzatori dell'umore e antipsicotici atipici-APA) in alcolisti con disturbi psichiatrici comorbili, come disturbi d'ansia e depressivi (Maremmanni e coll., 2001, 2010, 2011; Garbolino e coll., 2007).

Il baclofen (agonista dei recettori GABA_B dell'acido gamma amminobutirrico) presenta un ampio spettro d'azione con molti punti in comune con il GHB e, relativamente all'eterogeneità dei pazienti, la sua efficacia è associata alla capacità di ridurre l'intensità del pensiero ossessivo/compulsivo legato all'uso (astinenza, ansia/conflitto e disordine affettivo) (Lesch & Walter, 1996) e del *obsessive craving* (Verheul e coll., 1999; Addolorato e coll., 2003, 2005a, b; Caputo, 2011).

L'anticonvulsivante topiramato, relativamente all'eterogeneità dei pazienti, è efficace nei pazienti con alcol utilizzato per ansia/conflitto e adattamento (Lesch & Walter, 1996); infine gli antidepressivi SSRI, relativamente all'eterogeneità dei pazienti, possono incidere su situazioni in cui l'alcol ha un effetto antidepressivo in pazienti depressi (Lesch & Walter, 1996; Caputo, 2011).

L'esito del trattamento

Riguardo all'esito, il trattamento dell'alcolismo generalmente punta all'astinenza stabile o in alcuni casi al bere controllato senza giorni di bere a rischio o pesante e utilizzando tali parametri di outcome il successo del trattamento riguarda il 40-60% dei pazienti (Moyer & Finney, 2002).

In pazienti con disturbi da uso di sostanze e/o alcol e comorbilità per sintomi depressivi e d'ansia (32% del campione) all'intake del trattamento è stata osservata, a un follow-up a 6 mesi del trattamento dell'*addiction*, una significativa minore astinenza rispetto a soggetti senza sintomi psicopatologici (37%) o con solo sintomi depressivi (15%); complessivamente il 56% dei soggetti trattati è risultato astinente a 6 mesi di trattamento, che prevedeva intervento psichiatrico e psicofarmacoterapia con antidepressivi, in special modo SSRI, che sono risultati associati a minori percentuali di drop-out precoci e a incremento della ritenzione in trattamento (Charney e coll., 2005). La frequente copresenza di disturbi psichiatrici (come i disturbi d'ansia) è stata suggerita come una spiegazione dei risultati deludenti del trattamento dell'*addiction* (Tómasson & Vaglum, 1997).

In alcolisti maschi e femmine disintossicati, a un follow-up a 1 anno di trattamento con l'SSRI fluvoxamina in doppio cieco controllato con placebo, l'ansia intensa come tratto stabile, oltre a tratti di personalità *novelty seeking-NS* alta e *harm avoidance-HA* bassa, è risulta-

ta predittiva di ricadute nel bere incontrollato (nell'85% dei soggetti trattati rispetto al 14,5% di astinenza) (Wilinger e coll., 2002).

La comorbilità per fobia sociale e disturbo d'ansia generalizzato è risultata associata con una migliore astinenza post-trattamento (Tómasson & Vaglum, 1997).

La comorbilità lifetime per agorafobia e disturbo di panico ha evidenziato un aumento di cinque volte delle riammissioni in trattamento per la dipendenza alcolica (Tómasson & Vaglum, 1997).

La comorbilità per disturbi d'ansia nei pazienti con dipendenza da alcol è risultata predire outcome scadenti del trattamento dell'alcolismo (Kushner e coll., 2000).

La comorbilità per disturbi d'ansia è risultata predire una percentuale maggiore di ricadute in pazienti con dipendenza da alcol e in particolare a 6 mesi gli outcome sono risultati più scadenti nei pazienti comorbili; l'astinenza alcolica è risultata del 26,7% nei soggetti con disturbi fobici, del 60,5% nei soggetti senza disturbi d'ansia e del 12,5% nei soggetti con disturbi d'ansia e contemporanei disturbi depressivi (Driessen e coll., 2001).

In alcolisti inseriti in un trattamento per la dipendenza alcolica e con disturbi fobici associati (fobia sociale, disturbo di panico con agorafobia e agorafobia senza disturbo di panico), a un follow-up medio di 2 anni, non è risultata alcuna differenza nella durata dell'astinenza o nel tempo di ricaduta rispetto a soggetti senza disturbi d'ansia; a 6 mesi la percentuale di astinenza nei soggetti con disturbi fobici era del 35,8% e in quelli senza tali disturbi era del 36,4%; a 2 anni la percentuale di astinenza nei soggetti con disturbi fobici era del 25,9% e in quelli senza tali disturbi era del 20,5%, mentre la proporzione di soggetti ricaduti nel bere pesante era rispettivamente del 44,3% e del 50,6%.

Pertanto la comorbilità fobica non ha mostrato effetti significativi sulla ricaduta dopo un trattamento per la dipendenza da alcol e non è risultata un predittore di outcome negativo nel trattamento degli alcolisti (Marquenie e coll., 2006).

Gli ansiolitici, gli antidepressivi, gli anticonvulsivanti e gli antipsicotici atipici nell'ansia associata ai disturbi da uso di alcol

Aspetti gestionali del trattamento integrato della doppia diagnosi

Il trattamento iniziale della dipendenza da alcol consiste primariamente nella disintossicazione e in strategie psicosociali per mantenere l'astinenza; la presenza della comorbilità psichiatrica complica in modo sostanziale tale approccio.

Alcuni principi terapeutici possono però aiutare i clinici nell'approccio con i pazienti con comorbilità per

disturbi da uso di alcol e disturbi depressivi e ansiosi; il primo obiettivo terapeutico per i clinici è di stabilire un'alleanza terapeutica e di definire lo scopo del trattamento, che è rappresentato dall'astinenza dall'alcol, dal miglioramento della sintomatologia psicopatologica e dal ritorno al funzionamento psicosociale normale.

A seguito dell'inizio del trattamento è molto importante il monitoraggio clinico (con strumenti oggettivi come esami di laboratorio, scale per il bere e rating scale sintomatologiche) del bere e dei sintomi psicopatologici, che potrebbero andare incontro a ricadute (Modesto-Lowe & Kranzler, 1999).

Nel trattamento della doppia diagnosi la terapia farmacologica si deve rivolgere all'abuso delle sostanze e/o all'alcol e contemporaneamente al disturbo psichiatrico, che con maggior prevalenza è rappresentato da disturbi affettivi, d'ansia e psicotici.

In particolare, per quanto riguarda i disturbi d'ansia, è stato osservato che non possono essere trattati con successo finché i pazienti stanno bevendo in modo pesante, pertanto il primo step del trattamento è rappresentato dalla disintossicazione dall'alcol con successivo nuovo assessment dei sintomi ansiosi; inoltre è da sottolineare che gli interventi psicosociali costituiscono una parte del trattamento offerto ai pazienti nelle unità ospedaliere di disintossicazione e nei setting di comunità ambientale (Crome & Myton, 2004).

Nel diagnosticare disturbi d'ansia durante il trattamento dell'alcolismo è necessario distinguere gli stati d'ansia transitori correlati all'intossicazione o alla sindrome di astinenza alcolica, che migliorano con l'astensione; l'approccio migliore è basato su un'osservazione clinica per un periodo di astinenza di 3-4 settimane durante il quale il paziente si recupera dall'uso cronico dell'alcol (Lingford-Hughes e coll., 2002; Brady e coll., 2007).

In generale tale periodo è diverso tra i vari disturbi psichiatrici e solitamente nei disturbi che presentano una considerevole sovrapposizione di sintomi negli stati astenziali, come il disturbo distimico e quello d'ansia generalizzato, è utile aspettare un periodo più lungo di astinenza per formulare una diagnosi corretta, mentre nei disturbi con minima sovrapposizione (disturbo ossessivo-compulsivo e fobia sociale) per fare una diagnosi con grande sicurezza è necessario un periodo breve (Brady e coll., 2007). Infatti la sintomatologia ansiosa permane solitamente alta nelle prime 2 settimane di astensione a causa della sindrome di astinenza e nelle settimane successive ritorna normale, ma talvolta permane anche come sindrome di astinenza tardiva, protratta per mesi (Lingford-Hughes e coll., 2002; Schuckit & Hesselbrock, 2004).

In uno studio di follow-up di 1 anno in maschi adulti è stata evidenziata mediante un'intervista diagnostica strutturata un'alta percentuale di sintomi d'ansia tra gli alcolisti che successivamente sono ritornati a bere, mentre non è stata osservata un'alta percentuale di disturbi

d'ansia tra quelli che sono rimasti astinenti (Schuckit e coll., 1994).

Nel paziente comorbile è necessario che il clinico si chieda se il paziente soffre di ansia, quale è il tipo di disturbo d'ansia e se tale sintomatologia clinica è una comorbilità. In ciascun paziente con sintomi ansiosi dovrebbero essere formulate domande circa l'assunzione di alcol e in caso di storia di uso eccessivo di alcol dovrebbe essere fatto uno screening per i disturbi d'ansia; inoltre è essenziale stabilire la sequenza dello sviluppo dei problemi clinici, se l'ansia si è presentata prima dell'abuso di alcol (come per il disturbo d'ansia sociale o per l'agorafobia) o secondariamente (come nel disturbo di panico e nel disturbo d'ansia generalizzato).

Risulta importante effettuare un assessment sull'abuso delle sostanze e/o dell'alcol, considerando i segni fisici (piste di iniezioni negli assuntori endovena ed eritema palmare nell'abuso di alcol); lo screening urinario può rilevare l'uso recente di sostanze e l'anormalità degli enzimi epatici e del volume corpuscolare medio (MCV) può indicare l'abuso di alcol (Lingford-Hughes e coll., 2002).

Le BDZ, considerate farmaci di prima scelta nei soggetti senza disturbi da uso di sostanze e/o alcol attivi, sono da precludere per il potenziale abuso nell'ambito della dipendenza da sostanze e/o dell'alcolismo (APA, 2003, 2006).

In pazienti con malattie mentali severe (schizofrenia o disturbo bipolare) e comorbilità per abuso o dipendenza da sostanze, a un follow-up a 6 anni, il 43% aveva avuto prescrizione di BDZ e tali pazienti presentavano in complesso maggiori sintomi psicopatologici e sintomi affettivi (ansia e depressione) e peggiori punteggi nella qualità di vita.

Le BDZ non sono risultate correlate con la remissione sintomatologica dell'abuso delle sostanze o con le ospedalizzazioni, invece una maggiore proporzione di pazienti a cui erano state prescritte hanno sviluppato un abuso di tali sedativo-ipnotici rispetto ai soggetti a cui non erano state prescritte (15% vs 6%).

Pertanto le BDZ prescritte non sono risultate associate positivamente con alcuna misura di outcome, mentre hanno verosimilmente aumentato l'abuso di BDZ (Brunette e coll., 2003).

Nel British National Formulary della British Medical Association & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain è stato suggerito di prescrivere le BDZ solo per le condizioni disabilitanti e per un periodo non superiore a 4 settimane, per evitare una significativa sindrome di astinenza da sospensione (British National Formulary, 2001). Come sono scoraggiate negli alcolisti per il potenziale d'abuso, le BDZ nei pazienti senza problemi d'abuso di sostanze sono generalmente raccomandate solo per breve tempo (poche settimane o mesi) e in dosaggi limitati o come fase iniziale di un trattamento durante l'induzione e la stabilizzazione con antidepressivi SSRI, che sono indicati in diversi disturbi d'ansia e

che successivamente, dopo un'eventuale fase iniziale con BDZ, rappresentano l'unico strumento terapeutico per il trattamento dei disturbi d'ansia (APA, 2003, 2006; Raj & Sheehan, 2005; Haq, 2010).

Le BDZ, che a dosaggi terapeutici sono prive di effetti collaterali, se si esclude una possibile sedazione, presentano degli effetti ansiolitici-rilassanti piacevoli e gradevoli soggettivamente tali da favorire la cronicizzazione dell'uso.

Pertanto gli alcolisti possono presentare la tendenza all'abuso di BDZ, che possono sostituire la gratificazione immediata dell'alcol; per cui, anche in ragione del fatto che tale compulsione viene spesso dissimulata, è consigliabile utilizzare BDZ poco gratificanti, cioè quelle a lunga durata d'azione, lente a entrare in azione e gradualmente nella perdita degli effetti terapeutici (prazepam, clonazepam, ...), in modo che risultino ridotti sia la sensazione di piacevolezza all'assunzione che il malessere psicofisico da sospensione (Kaplan & Sadock, 2001a, b; Sadock & Sadock, 2003a, b; Marangell e coll., 2003; Raj & Sheehan, 2005).

Per di più anche quando sono astinenti gli alcolisti possono presentare un maggiore rischio di abuso e dipendenza di BDZ a causa dei loro maggiori effetti gratificanti; d'altra parte il maggior uso di BDZ non si presenta nei soggetti che hanno una minore severità di dipendenza; perciò l'uso delle BDZ non dovrebbe essere escluso automaticamente nei pazienti con abuso di alcol. Invece sono particolarmente a rischio di abuso di BDZ i pazienti con dipendenza severa, i poliabusatori e quelli con disturbo di personalità antisociale (Ciraulo & Nace, 2000).

Nel trattamento dei disturbi d'ansia associati a disturbi da uso di sostanze e/o alcol generalmente viene raccomandato di prescrivere una terapia farmacologica per l'*addiction* e per la psicopatologia con l'integrazione di interventi psicosociali (APA, 2006).

Tali disturbi d'ansia in ogni caso necessitano di un trattamento specifico basato su terapia psicofarmacologica e interventi psicoterapeutici (in particolare terapia cognitivo-comportamentale, terapia cognitiva, terapia comportamentale e psicoterapia psicodinamica) o psicosociali di auto-aiuto (Lingford-Hughes e coll., 2002; Brady e coll., 2007; Haq, 2010).

In generale nei disturbi d'ansia o del sonno, che sono frequentemente associati alla dipendenza da alcol, viene scoraggiato l'uso delle BDZ per il potenziale abuso e per la reattività crociata con l'alcol.

Nei disturbi d'ansia associati all'alcolismo sono indicati gli antidepressivi SSRI, la Non-BDZ buspirone, l'SNRI venlafaxina, l'antipsicotico APA quetiapina e l'anticonvulsivante gabapentin.

Nell'insonnia associata all'alcolismo sono indicati l'antidepressivo SARI trazodone, basse dosi di antidepressivi TCA, il NaSSA mirtazapina, il gabapentin e la quetiapina.

È stata consigliata cautela invece nella prescrizione delle Non-BDZ zolpidem e zalepon. I vari farmaci utilizzati nei diversi disturbi d'ansia hanno mostrato un effetto terapeutico maggiore quando sono stati utilizzati in associazione con terapia comportamentale o altra terapia non farmacologica (Haq, 2010).

Le non-benzodiazepine nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzato comorbile all'alcolismo

La Non-BDZ buspirone (15-30 mg/die e dose media 20 mg/die) è stata utilizzata in un trattamento in doppio cieco controllato con placebo di 8 settimane in alcolisti con abuso alcolico leggero o moderato; i soggetti sono stati valutati con scale per il bere e il *craving* alcolico e con rating scale per l'ansia e la depressione.

Il farmaco ha dimostrato di diminuire i punteggi dell'ansia e della depressione del 57% come anche di ridurre il *craving* del 40% e ha manifestato una marcata minore percentuale di interruzione del trattamento (Bruno, 1989).

Il buspirone (20-60 mg/die) è stato utilizzato in un trattamento in confronto con placebo per 12 settimane per controllare l'uso di alcol in alcolisti con disturbi d'ansia gestiti settimanalmente anche con terapia comportamentale per prevenire la ricaduta.

Il farmaco ha presentato una percentuale maggiore di ritenzione in trattamento, ha ridotto l'ansia, ha aumentato la capacità di astensione dall'alcol, ha ritardato la ricaduta nell'alcolismo di grave entità, ha ridotto il numero di giorni di bere e il numero di *drink* consumati durante il periodo di follow-up, con buoni risultati anche sul *craving*. Pertanto il farmaco sembra avere un ruolo utile nel trattamento di alcolisti ansiosi (Kranzler e coll., 1994).

Gli antidepressivi nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzato comorbile all'alcolismo

L'SSRI fluvoxamina (150 mg/die) è stata utilizzata in un trattamento in doppio cieco in confronto con placebo per l'alcolismo della durata di 1 anno in alcolisti disintossicati e astinenti per 10-30 giorni, per ridurre le ricadute nel bere incontrollato; i soggetti sono stati valutati con scale per la gravità dell'alcolismo e con rating scale per la sintomatologia depressiva e ansiosa e per i tratti temperamentali, dopo l'assessment iniziale, a 2, 4, 6, 8, 12, 16, 24, 32, 40 e 52 settimane con controllo anche relativamente al bere incontrollato.

Al termine del trattamento il 14,5% dei soggetti in terapia con fluvoxamina non ha mostrato ricadute, senza diversità tra maschi e femmine, mentre l'ansia alta come tratto stabile e i tratti di personalità *novelty seeking* alto

e *harm avoidance* basso sono risultati predittivi di ricaduta alcolica. In conclusione tali aspetti psicologici e temperamentali sono risultati presentare importanti implicazioni cliniche, perché predicono le ricadute nel bere incontrollato e per tale motivo devono essere trattati (Willinger e coll., 2002).

L'inibitore combinato noradrenergico e serotoninergico (NaSSA) mirtazapina (30-60 mg/die) o l'SNRI venlafaxina (150-225 mg/die) associati a psicoterapia sono stati utilizzati in confronto randomizzato a terapia cognitivo-comportamentale durante un periodo di 4 settimane nella fase iniziale di disintossicazione per controllare i sintomi di ansia e depressione in soggetti con abuso/dipendenza da alcol.

La valutazione, durante tutto il periodo di disintossicazione, della sintomatologia ansioso-depressiva è stata fatta con rating scale per l'ansia e la depressione e inoltre è stato valutato il funzionamento globale.

Al termine del periodo della disintossicazione è stato osservato un notevole miglioramento nei tre gruppi di trattamento; comunque, i soggetti in terapia con mirtazapina hanno presentato un miglioramento maggiore negli item dell'ansia e della depressione, confermando la proprietà di facilitazione del processo di disintossicazione da parte della mirtazapina ma non della venlafaxina.

In complesso l'effetto terapeutico della mirtazapina ha riguardato specificatamente la minimizzazione del discomfort psicosomatico e la facilitazione dell'avvio dell'astinenza a lungo termine (Liappas e coll., 2005).

Gli antipsicotici atipici nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzato comorbile all'alcolismo

La antipsicotico atipico (APA) tiapride (100 mg × 3/die) è stata utilizzata in un trattamento di 6 mesi in confronto con placebo, risultando utile per ridurre l'assunzione alcolica in soggetti con livelli significativi di ansia e depressione; il farmaco ha mostrato di favorire la riduzione del bere e di promuovere l'astinenza, inoltre è risultato associato a miglioramenti nei test laboratoristici, nei sintomi nevrotici, nei livelli di autostima, diminuendo gli stress psicologici e incrementando i livelli di soddisfazione espressa per il trattamento (Shaw e coll., 1987).

La tiapride (300 mg/die), oltre a essere indicata per il trattamento di soggetti da inserire in disintossicazione per l'assenza di effetti sulla vigilanza, per il basso potenziale di interazione con l'alcol e di possibile abuso, diversamente dalle BDZ, è stata utilizzata in alcuni studi preliminari nel trattamento di alcolisti dopo la disintossicazione, mostrando di migliorare il distress psichico e l'astinenza, riducendo il comportamento di assunzione alcolica e facilitando la reintegrazione sociale nel breve termine (≤ 6 mesi) (Peters & Faulds, 1994).

Gli antidepressivi nel trattamento del disturbo d'ansia sociale comorbile all'alcolismo

L'SSRI paroxetina (10-60 mg/die) ha dimostrato di ridurre l'ansia sociale in soggetti con associato disturbo da uso di alcol; nel 98% dei soggetti l'ansia sociale era primaria e precedeva l'inizio del bere e l'assunzione alcolica avveniva per far fronte all'ansia sociale.

I soggetti con ansia sociale e alcolismo sono stati trattati per 16 settimane con paroxetina in doppio cieco in confronto a placebo, con raggiungimento della dose massima in 4 settimane in funzione della tollerabilità, con possibile riduzione a 10-20 mg/die, se necessario. Sono state somministrate rating scale per l'ansia sociale e per il giudizio clinico globale; inoltre, è stata valutata l'assunzione alcolica relativamente all'ultimo periodo (30 giorni precedenti) come quantità e frequenza del bere e come modalità di bere per far fronte all'ansia sociale; i soggetti erano monitorati settimanalmente.

Nelle prime 4 settimane era possibile l'opzione di terapia individuale secondo l'indirizzo motivazionale e la partecipazione a tale intervento è risultata del 67%.

La paroxetina ha dimostrato di ridurre l'ansia sociale sia clinicamente che con rating scale per l'ansia sociale (riduzione del 50% vs 32% del placebo) e per il giudizio clinico globale (57% di responder vs 27% con il placebo), con inoltre una buona soddisfazione del trattamento.

In conclusione la sicurezza e l'efficacia della paroxetina (analoga a quella ottenuta in soggetti non alcolisti) inducono a raccomandarla per la terapia farmacologica dell'ansia sociale degli alcolisti (Book e coll., 2008).

Il NaSSA mirtazapina (30-60 mg/die) è stata utilizzata in soggetti alcolisti in aggiunta a un trattamento standard e confrontata rispetto allo stesso; l'utilizzo aveva l'obiettivo terapeutico di controllare i sintomi ansiosi e depressivi nella fase post disintossicazione da alcol (con durata della disintossicazione di 7-10 giorni) proprio per facilitare il processo di disintossicazione e l'avvio del percorso terapeutico di mantenimento per l'astinenza; il periodo di trattamento era di 4-5 settimane.

La mirtazapina è stata associata a terapia cognitivo-comportamentale a breve termine in questa prima fase del percorso di recupero; inoltre, il programma di trattamento prevedeva sessioni di counseling individuale bisettimanale e familiari ogni 2 settimane. La valutazione ha riguardato i sintomi depressivi e ansiosi, il funzionamento generale e la sintomatologia astinenziale (due volte al giorno durante la prima settimana di astinenza dall'alcol) con rating scale specifiche ed è stata eseguita durante le 4 settimane di trattamento.

La mirtazapina ha ridotto maggiormente rispetto al trattamento standard l'ansia sociale oltre alla depressione, ha minimizzato il disagio psicofisico favorendo il processo di disintossicazione, migliorando la com-

pliance e favorendo l'avvio del programma per l'*addiction*, mantenendo l'astinenza dall'alcol.

La mirtazapina combinata al trattamento psicoterapeutico ha mostrato un impatto terapeutico superiore al trattamento non farmacologico da solo (Liappas e coll., 2003).

Gli antidepressivi nel trattamento del disturbo post-traumatico da stress comorbile all'alcolismo

L'SSRI sertralina (50-200 mg/die) in un trattamento in aperto di 12 settimane in alcolisti con disturbo post-traumatico da stress ha mostrato un significativo decremento della sintomatologia specifica del disturbo (intrusività, eccessiva attivazione autonoma ed evitamento) e di quella depressiva e dell'assunzione di alcol.

I sintomi da disturbo post-traumatico da stress e quelli depressivi sono stati monitorati al tempo basale, a 4, 8 e 12 settimane, dopo l'inizio della terapia con sertralina, con rating scale specifiche, analogamente è stata verificata l'assunzione di alcol; inoltre, sono stati eseguiti ripetutamente controlli con etilometro e mensilmente a random screening urinari per le sostanze d'abuso.

La sertralina si è dimostrata utile riducendo in modo significativo i punteggi totali delle rating scale per i sintomi post-traumatici e depressivi, diminuendo il numero medio dei *drink* per giorno e aumentando i giorni di astinenza (con etilometro negativo) (Brady e coll., 1995).

La sertralina (dose fissa 150 mg/die) è stata utilizzata in un trattamento di 12 settimane in doppio cieco in confronto con placebo in alcolisti con comorbilità per disturbo post-traumatico da stress in risposta a traumi civili (aggressione fisica o sessuale e infortunio serio); i soggetti inoltre presentavano i criteri diagnostici per disturbi depressivi (disturbo depressivo maggiore-DDM e disturbo distimico-DD) o altri disturbi d'ansia. La valutazione clinica prevedeva la somministrazione di rating scale per verificare i sintomi post-traumatici da stress, i diversi aspetti del funzionamento generale e la depressione e scale per il consumo alcolico negli ultimi 90 giorni e per il *craving* alcolico.

Durante il periodo delle 12 settimane in entrambi i gruppi di trattamento si è avuta una significativa riduzione dell'uso di alcol senza differenze significative tra sertralina e placebo.

Per la sertralina sono risultati minori l'intrusione e i sintomi di iperattivazione autonoma; anche il placebo ha presentato una larga diminuzione dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress dovuta alla partecipazione al trattamento e alla psicoterapia con terapia cognitivo-comportamentale, che hanno contribuito all'effetto placebo mascherando gli effetti terapeutici del farmaco.

Un'analisi di cluster ha rilevato che sottogruppi di soggetti del campione di trattamento avevano risposte terapeutiche differenti.

Nel sottogruppo di soggetti con dipendenza da alcol meno severa, minor *craving* e minore assunzione alcolica all'ingresso in trattamento e precocità di inizio del disturbo post-traumatico da stress (cioè con disturbo post-traumatico da stress primario e dipendenza da alcol come autoterapia) il gruppo in terapia con sertralina ha mostrato un miglioramento in alcune misure dell'assunzione alcolica (significativamente minori *drink* consumati per giorno-DDD), rispetto al gruppo di soggetti in placebo; in tali soggetti il trattamento dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress ha avuto come aspettativa un grosso impatto sul bere, grazie alla rimozione dei fattori precipitanti il bere.

Diversamente, nel sottogruppo di soggetti con dipendenza da alcol più severa e maggior assunzione di alcol all'ingresso in trattamento e inizio tardivo del disturbo post-traumatico da stress, il gruppo trattato con sertralina ha avuto peggiori outcome del bere rispetto al gruppo placebo, che ha presentato significative maggiori riduzioni di *drink* consumati per giorno e di numero medio di *drink* consumati per giorno (ADD); tale tipologia di soggetti presentava alcuni aspetti clinici degli alcolisti tipo B (Babor e coll., 1992) (Brady e coll., 2005).

Gli antidepressivi nel trattamento del disturbo del sonno comorbile all'alcolismo

Il SARI trazodone (50-200 mg/die), che ha proprietà ansiolitiche e sedative, è stato utilizzato in trattamento di 4 settimane in doppio cieco in confronto con il placebo per l'insonnia in alcolisti dopo il periodo di disintossicazione; l'insonnia è un'importante causa di ricaduta nell'uso di alcol.

La valutazione del sonno è stata eseguita con il polisomnografo (PSG) (al basale, dopo una somministrazione di farmaco e a 4 settimane) e inoltre sono state eseguite valutazioni con rating scale per la depressione e il giudizio clinico globale.

Con il trazodone, sia immediatamente dopo una somministrazione che dopo 4 settimane, è stato rilevato un miglioramento del sonno con riduzione del numero dei risvegli, del tempo intermittente dei risvegli e del sonno senza movimento rapido degli occhi; diversamente con il placebo non sono stati osservati benefici terapeutici.

Inoltre, negli alcolisti trattati con trazodone si sono evidenziati esiti migliori nella depressione e nel giudizio clinico globale rispetto al placebo (Le Bon e coll., 2003).

Gli anticonvulsivanti nel trattamento del disturbo del sonno comorbile all'alcolismo

L'anticonvulsivante gabapentin (200-1500 mg/die) è stato utilizzato in un trattamento in aperto dell'insonnia persistente oltre le 4 settimane di astinenza in alcolisti

disintossicati, dei quali il 50% presentava anche abuso di marijuana, cocaina e oppiacei e il 40% presentava una stabilizzazione di altri disturbi psichiatrici (disturbo depressivo maggiore, disturbo bipolare-BD e schizofrenia).

La dose di gabapentin è stata aggiustata fino al dosaggio massimo entro 2 settimane con un 50% che ha presentato una risposta terapeutica tra 900 e 1200 mg/die e un 20% che ha risposto a 1500 mg/die.

Tutti i pazienti sono rimasti astinenti totalmente dopo 4-6 settimane di follow-up, eccetto due soggetti (15%) che hanno assunto quattro o più *drink* in un'occasione ciascuno; tutti i pazienti hanno presentato miglioramenti dell'insonnia. In conclusione, il gabapentin è risultato promettente per sicurezza ed efficacia nel trattamento di alcolisti con comorbidità di insonnia durante il periodo iniziale di recupero (Karam-Hage & Brower, 2000).

Il gabapentin (300-1800 mg/die) è stato utilizzato in un trattamento di 4-6 settimane in aperto in confronto con il trazodone (25-300 mg/die) in alcolisti con insonnia post-sindrome di astinenza; la valutazione è stata eseguita con la rating scale per il sonno al basale e dopo 4-6 settimane.

I due gruppi di soggetti non differivano al basale in termini di insonnia intermedia (84%) e terminale (70%) e nella sensazione di stanchezza e logorio al risveglio (86%), mentre i soggetti in trazodone rispetto a quelli in gabapentin dichiaravano maggiore insonnia iniziale (100% vs 76%).

Entrambi i farmaci hanno migliorato la qualità del sonno, ma il gabapentin è risultato significativamente superiore al trazodone nel punteggio totale del questionario del sonno e con minore sedazione diurna (Karam-Hage & Brower, 2003).

Gli antipsicotici atipici nel trattamento del disturbo del sonno comorbile all'alcolismo

L'antipsicotico APA quetiapina (25-200 mg/die) è stato valutato retrospettivamente durante 1 anno di trattamento in pazienti con dipendenza da alcol e comorbidità psichiatrica associata, costituita da disturbi del sonno e da disturbo post-traumatico da stress (presente nel 90% dei soggetti); i pazienti erano contemporaneamente in terapia con altri psicofarmaci (tra cui antidepressivi).

La quetiapina si è dimostrata più efficace in maniera significativa relativamente a vari outcome alcolici (numero maggiore di giorni di astinenza, minore numero di ospedalizzazioni per disintossicazione e più giorni trascorsi prima della ricaduta) rispetto a pazienti a cui non era somministrato tale farmaco antipsicotico.

La quetiapina ha migliorato il disturbo del sonno e tale miglioramento clinico è sembrato aiutare gli alcolisti a mantenere l'astinenza come pure l'azione positiva dell'antipsicotico sul disturbo post-traumatico da stress o

la sua azione diretta sulla riduzione dell'assunzione alcolica.

Tale riduzione alcolica è stata correlata alla specifica proprietà farmacologica della quetiapina di rimodulare la disfunzione del sistema dopaminergico presente nel disturbo *additivo* (differente affinità per i recettori D₂ e attività sui recettori D₁ implicati nei meccanismi di rinforzo e sui recettori 5-HT₂ e 5-HT₃ facilitanti il rilascio di dopamina e riducenti gli effetti collaterali) (Monelly e coll., 2004).

La quetiapina a dosi flessibili (300-800 mg/die), è stata utilizzata, dopo un periodo di disintossicazione, in un trattamento in aperto di 16 settimane in pazienti ambulatoriali con disturbo bipolare I e II e disturbo di personalità borderline (con instabilità dell'umore e comportamentale) e con dipendenza da alcol.

L'assessment iniziale e in itinere durante il periodo di trattamento, al tempo zero e a 2, 6, 12 e 16 settimane, è stato attuato per il *craving*, la sintomatologia astinenziale e la sintomatologia psicopatologica (depressione, mania e funzionamento generale).

Il 43% dei soggetti è rimasto totalmente astinente dall'alcol, mentre il 32% ha avuto ricadute, con una media di 15,4 giorni di bere nel periodo del trattamento (112 giorni), e il 25% ha abbandonato il trattamento.

Successivamente alla valutazione iniziale sono state osservate riduzioni significative nelle scale per il *craving*, la psicopatologia e nel numero dei giorni di bere settimanali; inoltre, le variazioni del *craving* sono risultate correlate con la modificazione della sintomatologia psicopatologica, specialmente per l'item dell'insonnia intermedia e tardiva.

In complesso la quetiapina è risultata efficace nel migliorare l'intensità della sintomatologia psicopatologica rappresentata da instabilità dell'umore e comportamentale e da insonnia, nel diminuire l'assunzione giornaliera di alcol e nel controllare/ridurre il *craving*, mantenendo un buon livello di tolleranza.

L'uso della terapia con quetiapina non era associato ad altre terapie farmacologiche e ad altri trattamenti non farmacologici.

In conclusione, in questo gruppo selezionato l'antipsicotico APA quetiapina potrebbe offrire alcuni vantaggi terapeutici nei confronti della prevenzione delle ricadute da alcol (Martinotti e coll., 2008).

Bibliografia

Addolorato G., Leggio L., Abenavoli L., Gasbarrini G. (2003), "Il craving nella dipendenza da alcol: dalla clinica al trattamento" *Medicina delle Tossicodipendenze*, 40: 15-30.

Addolorato G., Leggio L., Abenavoli L., Gasbarrini G. (2005a), "Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review", *Addictive Behaviors*, 30: 1209-1224.

Addolorato G., Abenavoli L., Leggio L., Gasbarrini G. (2005b), "How many cravings? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review", *Neuropsychobiology*, 51: 59-66.

American Psychiatric Association (APA) (2001), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 4° Ed. TR. (DSM-IV-TR)*, American Psychiatric Press, Washington DC, 2000), Masson, Milano.

American Psychiatric Association (APA) (2003), *Linee guida per il trattamento dei disturbi psichiatrici. Compendio 2003 (Practice guideline for the treatment of psychiatric disorders-Compendium 2002)*, American Psychiatric Press, Washington DC, 2002), Masson, Milano.

American Psychiatric Association (APA) (2006), *Pratiche guideline for the treatment of patients with Substance Use Disorders. Second Edition*, American Psychiatric Press, Washington D.C.

Babor T.F., Hofman M., DelBoca K.F., Hesselbrock V., Meyer R.E., Dolinsky Z.S., Rounsaville B.J. (1992), "Types of alcoholics: I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity", *Archives of General Psychiatry*, 49: 599-608.

Bandelow B., Seidler-Brandler U., Becker A., Wedekind D., Rütther E. (2007), "Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychosocial treatments for anxiety disorders", *World Journal of Biological Psychiatry*, 8: 175-187.

Book S.W., Thomas S.E., Randall P.K., Randal C.L. (2008), "Paroxetine reduces social anxiety in individuals with a co-occurring alcohol use disorder", *Journal of Anxiety Disorders*, 22: 310-318.

Brady K.T., Sonne S.C., Roberts J.M. (1995), "Sertraline treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence", *Journal of Clinical Psychiatry*, 56: 502-505.

Brady K.T., Sonne S., Anton R.F., Randall C.L., Back S.E., Simpson K. (2005), "Sertraline in the treatment of co-occurring alcohol dependence and posttraumatic stress disorder", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29: 395-401.

Brady K.T., Tolliver B.K., Verduin M.L. (2007), "Alcohol use and anxiety: diagnostic and management issues", *American Journal of Psychiatry*, 164: 217-221.

British Medical Association & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (2001), *British National Formulary (september issue)*, BMJ Books and Pharmaceutical Press, London & Wallingford.

Brunette M.F., Noordsy D.L., Xie H., Drake R.E. (2003), "Benzodiazepine use and abuse among patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorders", *Psychiatric Services*, 54: 1395-1401.

Bruno F. (1989) "Buspirone in the treatment of alcoholic patients", *Psychopathology*, 1: 49-59.

Caputo F. (2011), "Le prospettive future della terapia farmacologica per l'alcolismo", *Mission*, 32, suppl.: 18-24.

Caputo F., Vignoli T., Maremmani I., Bernardi M., Zoli G. (2009), "Gamma hydroxybutyric acid (GHB) for the treatment of alcohol dependence: A review", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6: 1917-1929.

- Carrà G., Sciarini P., Borrelli P., Popa I., Segagni Lusignani G., Batoli F., Carretta D., Lax A., Montomoli C., Clerici M. (2010), "Doppia Diagnosi in Italia: evidenze dal PADDI (Psychiatric and Addictive Dual Diagnosis in Italy) Study", *Dipendenze Patologiche*, 5: 9-16.
- Charney D.A., Palacios-Boix J., Negrete J.C., Dobkin P.L., Gill K.J. (2005), "Association between concurrent depression and anxiety and six-month outcome of addiction treatment", *Psychiatric Services*, 56: 927-933.
- Cheng A.T.A., Gau S-F., Chen T.H.H., Chang J-C., Chang Y-T. (2004), "A 4-year longitudinal study on risk factors for alcoholism", *Archives of General Psychiatry*, 61: 184-191.
- Ciraulo A.D., Nace E.P. (2000), "Benzodiazepine treatment of anxiety and insomnia in substance abuse patients", *American Journal on Addictions*, 9: 276-284.
- Crome I.B., Myton T. (2004), "Pharmacotherapy in dual diagnosis", *Advances in Psychiatric Treatment*, 10: 413-424.
- Driessen M., Meier S., Hill A., Wetterling T., Lange W., Junghanns, K. (2001), "The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders", *Alcohol and Alcoholism*, 36: 249-255.
- Eddy K.T., Dutra L., Bradley R., Westen D. (2004), "A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder", *Clinical Psychology Review*, 24: 1011-1030.
- Fedoroff I.C., Taylor S. (2001), "Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21: 311-324.
- First M.B., Spitzer R.L., Gibbons M., Williams J.B.W. (1997a), *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID I) Clinical Version*, American Psychiatric Press, Washington D.C.
- First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M.G., Williams J.B.W., Benjamin L.S. (1997b), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*, American Psychiatric Press, Washington D.C.
- Garbolino S., Rosso C., Tartaglia R., Pini D., Lapio D., Natta P., Vaccaro A., Faro G. (2007), "Disturbo da uso di sostanze e comorbidità psichiatrica: esperienza con olanzapina", *Mission*, 22: 19-24.
- Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A., Chou S.P., Dufour M.C., Compton W., Pickering R.P., Kaplan K.F. (2004), "Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Archives of General Psychiatry*, 61: 807-816.
- Haq A.U. (2010), "Evidence-based pharmacotherapy of insomnia and anxiety in patients with chronic alcohol use disorders", *Primary Psychiatry*, 17: 29-34.
- Hasin D.S., Stinton F.S., Ogburn E., Grant B.F. (2007), "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Archives of General Psychiatry*, 64: 830-842.
- Hollander E., Simeon D., Gorman J.M. (2003), Disturbi d'ansia, in *Psichiatria terza edizione italiana di The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry – Third Edition Washington D.C.: American Psychiatric Press*, edited by: Hales R.E., Yudofsky S.C., Talbott J.A., Centro Scientifico Editore, Torino, 567-633.
- Kaplan H.J., Sadock B.J. (2001a), *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica. Vol. 1*, Centro Scientifico Internazionale, Torino.
- Kaplan H.J., Sadock B.J. (2001b), *Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica. Vol. 2*, Centro Scientifico Internazionale, Torino.
- Karam-Hage M., Brower K.J. (2000), "Gabapentin treatment for insomnia associated with alcohol dependence", *American Journal of Psychiatry*, 157: 151.
- Karam-Hage M., Brower K.J. (2003), "Open pilot study of gabapentin versus trazodone to treat insomnia in alcoholics outpatients", *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57: 542-544.
- Kranzler H.R. (1996), "Evaluation and treatment of anxiety symptoms and disorders in alcoholics", *Journal of Clinical Psychiatry*, 57: 15-21.
- Kranzler H.R., Burleson J.A., Del Boca F.K., Babor T.F., Korner P., Brown J., Bohn M.J. (1994), "Buspirone treatment of anxious alcoholics: A placebo-controlled trial", *Archives of General Psychiatry*, 51: 720-731.
- Kushner M.G., Sher K.J., Erickson D.J. (1999), "Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders", *American Journal of Psychiatry*, 156: 723-732.
- Kushner M.G., Abrams K., Borchardt C. (2000), "The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings", *Clinical Psychology Review*, 20: 149-171.
- Le Bon O., Murphy J.R., Staner L., Hoffman G., Kormoss N., Kentos M., Dupont P., Lion K., Pele I., Verbanck P. (2003), "Double-blind, placebo-controlled study of the efficacy of trazodone in alcohol post-withdrawal syndrome: polysomnographic and clinical evaluation", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 23: 377-383.
- Leone M.A., Vigna-Taglianti F., Avanzi G., Brambilla R., Faggiano F. (2010), "Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for the treatment of alcohol withdrawal and prevention relapses", *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2, CD006266.
- Lesch O., Walter H. (1996), "Subtype of alcoholism and their role in therapy", *Alcohol and Alcoholism*, 31, suppl. 1: 63-67.
- Liappas J., Paparrigopoulos T., Tzavellas E., Christodoulou G. (2003), "Alcohol detoxification and social anxiety symptoms: a preliminary study of the impact of mirtazapine administration", *Journal of Affective Disorders*, 76: 279-284.
- Liappas J., Paparrigopoulos T., Tzavellas E., Rabavilas A. (2005), "Mirtazapine and venlafaxine in the management of collateral psychopathology during alcohol detoxification", *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29: 55-60.
- Lingford-Hughes A., Potokar J., Nutt D. (2002), "Treating anxiety complicated by substance misuse", *Advances in Psychiatric Treatment*, 8: 107-116.
- Mammanna G. (2010), "La clinica nelle comunità terapeutiche", *Sestante*, 33: 2-7.
- Marangell L.B., Yudofsky S.C., Silver J.M. (2003), Psicofarmacologia e terapia elettroconvulsiva, in *Psichiatria, 3° Ed. (Textbook of Psychiatry, American Psychiatric Press*,

- Washington DC), Vol. 2 a cura di: Hales R.E., Yudofsky S.C., Talbott J.A., Cento Scientifico Editore, Torino, 1025-1132.
- Maremmani I., Lamanna F., Tagliamone A. (2001), "Long-term therapy using GHB (sodium gamma hydroxybutyrate) for treatment-resistant chronic alcoholics", *Journal of Psychoactive Drugs*, 33: 135-142.
- Maremmani I., Cibir M., Mosti A., Ceccanti M. (2010), "GHB nella clinica dell'alcolismo: raccomandazioni e osservazioni", *Medicina delle Tossicodipendenze*, 67: 51-59.
- Maremmani A.G.I., Pani P.P., Rovai L., Pacini M., Dell'Osso L., Maremmani I. (2011), "Long-term γ -hydroxybutyric acid (GHB) and disulfiram combination therapy in GHB treatment-resistant chronic alcoholics", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8: 2816-2827.
- Marquenie L.A., Schadé A., Van Balkom A.J.L.M., Koeter M., Frenken S., Van Den Brink W., Van Dyck R. (2006), "Comorbid phobic disorders do not influence outcome of alcohol dependence treatment. Results of a naturalistic follow-up study", *Alcohol and Alcoholism*, 41: 168-173.
- Martinotti G., Andreoli S., Di Nicola M., Di Giannantonio M., Sarchiapone M., Janiri L. (2008), "Quetiapine decreases alcohol consumption, craving, and psychiatric symptoms in dually diagnosed alcoholics", *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 23: 417-424.
- McLellan A.T., Luborsky L., Erdlen F.R., LaPorte D.J., Intintolo V. (1980a), The Addiction Severity Index: a diagnostic/evaluative profile of substance abuse patients, in *Substance abuse and psychiatric illness* edited by: Gottheil E., McLellan A.T., Druley K.A. Pergamon Maxwell, New York, 151-159.
- McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.P. (1980b), "An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168: 26-33.
- McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., Druley K.A., O'Brien C.P. (1983), "Predicting response to drug and alcohol treatments: Role of psychiatric severity", *Archives of General Psychiatry*, 40: 620-625.
- McLellan A.T., Parikh G., Bragg A., Cacciola J., Fureman B., Incmikoski R. (1990), *Addiction Severity Index: Administration Manual*, 5th ed. Philadelphia: Pennsylvania Veterans' Administration Center Studies of Addiction.
- Modesto-Lowe V., Kranzler H.R. (1999), "Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders", *Alcohol Research and Health*, 23: 144-149.
- Monelly E.P., Ciraulo D.A., Knapp C., LoCastro J., Sepulveda I (2004), "Quetiapine for treatment of alcohol dependence", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24: 532-535.
- Moyer A., Finney J.W. (2002), "Randomized versus nonrandomized studies of alcohol treatment: participants, methodological features and posttreatment functioning", *Journal of Studies on Alcohol*, 63: 542-550.
- Nava F., Vendramin A., Manzato E., Cibir M., Lucchini A. (2010), "New frontiers in alcoholism and addiction treatment", *Recent Patents on CNS Drug Discovery*, 5: 81-94.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1992), *ICD 10: sindromi e disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, Masson, Milano.
- Peters D.H., Faulds D. (1994), "Tiapride: a review of its pharmacology and therapeutic potential in the management of alcohol dependence syndrome", *Drugs*, 47: 1010-1032.
- Petrakis I.L., Poling J., Levinson C., Nich C., Carroll K., Ralevski E., Rounsaville B.J. (2006), "Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid post-traumatic stress disorder", *Biological Psychiatry*, 60: 777-783.
- Raj A., Sheehan D. (2005), Benzodiazepine, in *Psicofarmacologia (The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology. Third edition. American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC, 2004)*, Vol. 2 a cura di: Schatzberg A.F., Nemeroff C.B., Cento Scientifico Editore, Torino, 371-390.
- Sadock B.J., Sadock V.A. (2003a), *Psichiatria Clinica Kaplan e Sadock's Pocket Handbook*, Cento Scientifico Editore, Torino.
- Sadock B.J., Sadock V.A. (2003b), *Farmaci in Psichiatria Kaplan e Sadock's Pocket Handbook* Torino: Cento Scientifico Editore.
- Schuckit M.A., Hesselbrock V. (2004), "Alcohol dependence and anxiety disorders: what is the relationship?", *Focus*, 2: 440-453.
- Schuckit M.A., Irwin M., Smith T.L. (1994), "One-year incidence rate of major depression and other psychiatric disorders in 239 alcoholic men", *Addiction*, 87: 441-445.
- Schwartz T.L., Chilton M., Aneja A. (2007), "An eight-week, open-label, prospective case series of acamprosate calcium as monotherapy for patients with comorbid anxiety symptoms and alcohol misuse: an evaluation for alcohol sobriety and anxiolysis", *Psychiatry*, 4: 19-20.
- Schwartz T.L., Siddiqui U.A., Raza S., Costello A. (2010), "Acamprosate calcium as augmentation therapy for anxiety disorders", *Annals of Pharmacotherapy*, 44: 1930-1932.
- Sewell R.A., Petrakis I.L. (2011), "Does gamma-hydroxybutyrate (GHB) have a role in the treatment of alcoholism?", *Alcohol and Alcoholism*, 46: 1-2.
- Shaw G.K., Majumdar S.K., Waller S., MacGarvie J., Dunn G. (1987), "Tiapride in the long-term management of alcoholics of anxious or depressive temperament", *British Journal of Psychiatry*, 150: 164-168.
- Sloan T.B., Roache J.D., Johnson B.A. (2003), "The role of anxiety in predicting drinking behaviour", *Alcohol and Alcoholism*, 38: 360-363.
- Tómansson K., Vaglum P. (1997), "The 2-year course following detoxification treatment of substance abuse: the possible influence of psychiatric comorbidity", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247: 320-327.
- Verheul R., Van Den Brink W., Geerlings P. (1999), "A three-pathway psychological model of craving for alcohol", *Alcohol and Alcoholism*, 34: 197-222.
- Willinger U., Lenzinger E., Hornik K., Fischer G., Schönbeck G., Aschauer H.N., Meszaros K. on behalf of The European Fluvoxamine in Alcoholism Study Group (2002), "Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients", *Alcohol and Alcoholism*, 37: 609-612.
- Wu P., Bird H.R., Liu X., Duarte C.S., Fuller C., Fan B., Shen S., Canino G.J. (2010), "Trauma, posttraumatic stress symptoms, and alcohol-use initiation in children", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71: 326-334.

Le adulterazioni delle matrici che contengono droghe

Santo Gratteri*, Susanna Melina**, Loris Rivalta***

SUMMARY

■ *For a long time in several websites you can see and learn techniques rather efficient alteration of the urine both in vivo and in vitro. This paper examines an overview of the current state adulteration detectable starting from the mode of adulteration possible, in vivo and in vitro. It then examines how the adulterants and techniques of revelation.* ■

Keywords: *techniques alterations urine, adulterants.*

Parole chiave: *tecniche di alterazioni delle urine, adulteranti.*

Da tempo in diversi siti web è possibile visionare ed apprendere tecniche piuttosto efficienti di alterazione delle urine sia in vivo che in vitro.

Tali tecniche, efficaci soprattutto su determinazioni analitiche di primo livello (EMIT, FPIA, CEDIA ecc.) tendono ad adulterare le urine in base a due criteri: la diluizione del campione e l'interferenza con i reagenti o con la molecola stessa da determinare. Riportiamo di seguito una succinta rassegna delle adulterazioni allo stato attuale rilevabili iniziando dalle modalità di adulterazioni possibili.

Adulterazioni in vivo

Sono le forme più comuni di adulterazione del risultato e si basano principalmente sulla diluizione del campione nei giorni precedenti l'analisi.

Consistono nella "pulitura del soggetto" tramite ingestione di abbondanti quantità di acqua e di diuretici di provenienza sia farmacologica che erboristica facilmente rintracciabili in internet o in farmacia. Di solito questa tipologia di adulterazione funziona per molte sostanze specie se si acidificano o basificano le urine, un po' meno per i cannabinoidi che però spesso riescono ad essere portati sotto il cut-off e quindi risultare tecnicamente negativi.

Una tecnica piuttosto efficace e di più recente introduzione (cfr. *internet digitando contraffazione delle urine*), di cui analizzeremo le eventuali contromisure in seguito, comporta il molteplice uso: di lasix per diluire le urine, di creatinina per nascondere l'abbassamento della creatinuria e B12 o complesso B per colorare di giallo le urine grazie alla diluizione delle medesime.

Adulterazioni in vitro

Vista la scarsa sorveglianza sugli urinati che si riesce a garantire in questo campo nonché l'estrema fantasia dei tossicodipenden-

ti propensi ad usare una miriade di accorgimenti per l'adulterazione (pompette, cannule ecc., più o meno visibili) si rileva dall'esperienza condotta nei Servizi che l'aggiunta di acqua all'urina è meno comune rispetto ad aggiunte di prodotti chimici facilmente ritrovabili in casa come: candeggina, aceto, limone, acqua ossigenata, sapone, detersivi, sale ecc.

Inoltre esistono prodotti commerciali, acquistabili anche on-line o nelle drogherie, erboristerie ecc. e configurabili soprattutto con la classe degli ossidanti o degli interferenti: fissativi, detersivi, acidi, basi, sali che interferiscono soprattutto sui diversi metodi immunometrici.

Riportando alcuni esempi e nomi commerciali diffusi su internet possiamo annoverare i nitriti (Clear e Whizzies), il piridinocloruro (Urine Luck) la glutaraldeide (Urinaid) i perossidi (Stealth) i detersivi (Test Clean).

Le sostituzioni di campione

Queste tecniche di adulterazione, già abbandonate, in quanto facilmente svelabili, sono di recente tornate in auge con modalità molto più sofisticate.

Fra le tecniche del passato si annoverano la sostituzione dell'urina con tea diluito, i succhi di frutta diluiti, le soluzioni saline variamente colorate di giallo, le urine di amici sicuramente negative, ecc. Di converso le tecniche più recenti messe in atto risultano di più difficile identificazione.

Esse consistono nell'introduzione in vescica, dopo l'eliminazione della propria urina positiva, di urine negative tramite autocaterizzazione con micro cateteri (reperibili tramite web) o addirittura di urine sterili liofile (anche queste acquistabili su internet) ricostituite con giusta proporzione di acqua e immesse in vescica o in protesi esterne ben nascoste.

Ma come funzionano in genere gli adulteranti?

Solitamente quelli aggiunti esternamente o modificano le molecole presenti nel campione (rari), vedi gli ossidanti o il piridinocloruro che tende ad ossidare e distorcere il THC COOH rendendolo irriconoscibile dall'anticorpo ed ad inibire il NADH, oppure interferiscono sulla reazione antigene anticorpo alterando il pH, la forza ionica (sali), o interrompono l'interazione antigene anticorpo (saponi e detersivi).

* Professore Associato Dipartimento di Medicina Legale - Università degli studi "Magna Graecia" Catanzaro.

** Biologa presso il Laboratorio di Tossicologia Forense, U.O. Medicina Legale ASP Catanzaro.

*** Biologo Dirigente Laboratorio di Tossicologia Forense, U.O. Medicina Legale ASP Catanzaro.

Chiaramente queste tecniche alterano la risposta di primo livello ma non riescono assolutamente ad alterare la conferma cromatografica. Mentre la diluizione che può agire anche sul cut-off gascromatografico è la tecnica più insidiosa.

Esistono chiaramente tecniche di rivelazione delle adulterazioni che ogni ditta produttrice di kit per la determinazione o meglio lo screening delle droghe è in grado di fornire.

Tali kit sono generalmente efficaci nel rivelare i principali adulteranti e noi, chiaramente, ai laboratori di primo livello ne consigliamo l'utilizzo almeno nei campioni sospetti.

Soprattutto consigliamo sempre la determinazione della creatinuria, del pH e della densità come minimo approccio al tentativo di ridurre le adulterazioni.

D'altra parte la SAMHSA e anche l'italiana SIBIOC hanno dettato Linee guida, recepite da varie Regioni italiane per l'interpretazione dei risultati dei test di laboratorio che riguardano le droghe. Alcune di queste sono secondo noi criticabili in quanto piuttosto ampie nei margini di interpretazione della adulterazione.

Facciamo alcuni esempi:

Nelle linee guida appare che creatinurie comprese tra 5 e 20 mg/dl densità inferiore a 1003 possano essere sintomo di urine diluite in vitro o in vivo *ma dalle nostre esperienze dopo l'utilizzo di lasix (20 mg) valori pari o superiori a 1005 sono abbastanza comuni e se il soggetto ha ingerito creatinina la sua creatinuria spesso supera i 20 mg/dl.*

Altro esempio è quello del limite del pH che si comprende tra 4 e 9 ma ad esempio l'uso di bicarbonato di solito sposta il pH verso il valore di 8 e raramente si giunge a pH 9.

Abbiamo studiato in particolare la nuova tecnica di adulterazione proposta su internet e che si basa sulla diluizione delle urine con lasix con la correzione tramite creatinina e vitamina b 12.

Si è visto al riguardo come sia decisamente più facile intuire tale adulterazione tramite lo studio del rapporto tra Na e K urinario e come quando questo rapporto supera 3 sia molto probabile che ci sia stato un tentativo di diluizione delle urine che può essere confermato dal dosaggio cromatografico della furosamide (per chi chiaramente ha una strumentazione di secondo livello). Molto probabilmente anche i diuretici vegetali (anche se non abbiamo prove in merito, agiscono in tal senso).

Chiaramente a questo punto molti pensano di ricorrere al dosaggio delle droghe nei capelli per avere conferme sicure.

Purtroppo anche i capelli sono adulterabili; infatti sostanze chimiche utilizzate di frequente, come lavaggi con basi forti, mani-

polazione dei capelli con ossidanti e coloranti, possono ridurre significativamente, anche sotto il cut-off la presenza di droghe in questi tessuti cheratinici.

Soprattutto i trattamenti cosmetici utilizzati dai parrucchieri come colorazioni e decolorazioni riducono fortemente la presenza delle droghe e quindi in questi casi quando si ravvisa un trattamento del genere occorre mettersi nella condizione di dubitare del risultato ottenuto. Facciamo alcuni esempi riportati da vari autori e anche dalla SOHT.

I trattamenti più indiziati utilizzati dai parrucchieri sono, per la decolorazione, l'utilizzo di acqua ossigenata e idrossido di ammonio e per la colorazione i pigmenti naturali in soluzione alcoolica. Su tale versante, per quanto riguarda tali trattamenti la cocaina e il suo metabolita benzoilecgonina diminuiscono mediamente fino al 60-65% per la decolorazione e per un 35-45% per la colorazione. Per quanto riguarda invece morfina, codeina e 6 MAM la diminuzione per la decolorazione può arrivare rispettivamente al 80-70-65% e per il 60, 30 e 40% per la colorazione.

Per quanto concerne il THC e THC COOH la diminuzione di solito è più contenuta (30-35%) ma ricordiamoci che queste due droghe acide si ritrovano in valori minimi nel capello e nelle matrici cheratiniche.

Esiste alternativa nelle unghie e nelle altre matrici cheratiniche che di solito non si pensa di alterare come i peli corporei e pubici ma la validità delle unghie si limita a 8 mesi secondo la letteratura internazionale, mentre i peli corporei potrebbero essere positivi nei soggetti che hanno dismesso l'uso affrontando duri sacrifici.

Per questi soggetti si rischia di rendere vani i loro sacrifici e invece di incentivarli alla completa astensione, vista l'inutilità per ottenere patenti, libertà vigilate ed i vari altri benefici, li si potrebbe incentivare a riprendere la loro tossicomania.

Comunque sia ed in tutti i casi, sia nelle urine che nei capelli, le adulterazioni possono venire svelate o comunque sospettate ed in tale evenienza è bene che i Laboratori di base si uniformino alle Linee guida e contattino un Centro di riferimento che abbia esperienza in materia prima di esprimere un parere o esibire un referto. *Anche la tecnica più raffinata come quella dell'autocaterizzazione con urine sicuramente negative può essere svelata ad esempio trattenendo il soggetto per alcune ore dopo il primo prelievo ed eseguendo un secondo prelievo.*

Molto spesso infatti occorre utilizzare escamotage più efficienti dei loro e determinazioni plurime per svelare un adulterazione ben eseguita.

RECENSIONE



Franca Beccaria

ALCOL E GIOVANI Riflettere prima dell'uso

€ 12,50

Editore: Giunti

da questi atteggiamenti derivano iniziative estemporanee che non si sforzano di interpretare il fenomeno su cui agire, né tengono conto della reale efficacia di provvedimenti e politiche.

Il libro non pretende di sciogliere nodi gordiani, ma vuole essere uno strumento utile alla comprensione del composito rapporto tra alcol e giovani e si rivolge a coloro che, genitori e insegnanti, possono aiutare i ragazzi nella loro crescita. Non vuole fornire un quadro esaustivo sull'argomento, quanto piuttosto tracciare un percorso in questo universo complesso che rappresenta in sintesi la situazione italiana – con riferimento a studi specifici di diverso orientamento scientifico – al fine di dare gli elementi necessari a capire meglio il problema e individuare possibili risposte.

Sarà l'occasione per saperne di più su una sostanza da "maneggiare con cura", fonte di gioie e sofferenze, senza per questo demonizzare il rapporto che i giovani instaurano con essa.

Franca Beccaria, sociologa, dottore di ricerca in Alcologia. Fondatrice di Eclectica, istituto di ricerca di Torino, è docente presso il master internazionale European Masters in Drug and Alcohol Studies dell'Università del Piemonte Orientale. È presidente della Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol e membro del Laboratorio scientifico dell'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol. Ha pubblicato numerosi articoli su riviste scientifiche nazionali e internazionali ed è stata curatrice e coautore di diversi libri su stili di vita e comportamenti a rischio. L'ultimo libro a sua cura è *Alcol e generazioni*, pubblicato da Carocci nel 2010.

Case Report

Alessandro Sumberaz, Gianni Testino

SUMMARY

■ 52 year old, male. Heavy drinker for many years about 250 g of alcohol daily (super-alcohol drinks). Several admissions to the emergency room for acute alcoholism. Treatment for a period with Disulfiram suspended for interaction with alcohol (hospitalization PS). Start detoxification pathway medical outpatient intravenous therapy and parallel with Campral. Abstention absolute and complete with normalization of liver function tests. ■

Keywords: heavy drinker, acute alcoholism, acamprosate, treatment.

Parole chiave: bevitore severo, alcolismo acuto, acamprosato, trattamento.

GV paziente maschio di 52 anni nato a Genova lavora da circa 30 anni come manovale presso una ditta che opera nel porto. Separato senza figli convivente da circa 7 anni con una nuova compagna.

Anamnesi familiare

Padre deceduto a 60 per ictus cerebri affetto da etilismo cronico. Madre vivente di 85 anni affetta da ipertensione e diabete. Una sorella vivente in apparente buona salute, un fratello deceduto a 20 anni in seguito ad incidente stradale in stato di ebbrezza.

Anamnesi personale fisiologica

Sviluppo psico fisico regolare.
Alvo e diuresi regolari.
Riferisce rinite allergica ai pollini.
Fumatore dalla giovane età di circa 20 sigarette/die.

Anamnesi personale alcolologica

GV ha iniziato a bere in giovane età (16-17 anni), circa 80 gr alcol/die, vino e birra.
Verso i 25 anni incremento alcolico a 150 gr alcol con aggiunta di saltuari aperitivi e superalcolici in discoteca.
All'età di 35 anni, in corrispondenza della separazione coniugale, incremento di uso di alcolici a 250 gr alcol/die specialmente superalcolici (in particolare cognac) fino all'ottobre 2011.

IRCCS AOU San Martino-IST - Centro Alcolologico Regionale-Liguria. U.O. Alcologia e Patologie Correlate.

Anamnesi patologica remota

Appendicectomia e tonsillectomia in giovane età.
Trauma cranico con ricovero nel 1985 per incidente motociclistico.
Nel 1990 riscontro d'ipertensione e tachicardia per cui è stata instaurata terapia con betabloccante.
Nel 1995 ricovero per etilismo acuto in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) con denuncia da parte dei carabinieri per oltraggio alle forze dell'ordine.
Il paziente viene affidato al Ser.T. dove frequenta alcuni mesi con calo del consumo alcolico.
Nel 1997 ricovero d'urgenza al PS per ematemesi con diagnosi di ulcera peptica sanguinante.
Nel 2006 nuovo ricovero in SPDC per etilismo acuto e ritiro della patente per guida in stato di ebbrezza.
Il paziente viene inviato nuovamente al Ser.T. di competenza e al Servizio di salute Mentale dove inizia percorso psicoterapeutico. Il SerT propone al paziente terapia con Disulfiram che il paziente inizia nel gennaio 2007 e che gli viene somministrato dalla compagna.
Nel febbraio 2007 ricovero in urgenza al PS per tachicardia dolore toracico e dispnea in quanto il paziente ha assunto alcolici in concomitanza con la terapia in corso con Disulfiram.
Dopo tale episodio periodo di astensione alcolica di due mesi in cui il paziente inizia a frequentare Alcolisti Anonimi e riprende terapia con Disulfiram.
A maggio 2007 nuovo ricovero in PS per effetti collaterali dopo assunzione di alcolici per cui il Disulfiram viene definitivamente sospeso.
Ripresa di uso di alcolici alla dimissione.

Anamnesi patologica prossima

Nel settembre 2011 il paziente viene nuovamente ricoverato al PS e successivamente trasferito in SPDC per etilismo acuto e nuova denuncia delle forze dell'ordine per offesa alle stesse in stato di ebbrezza.

Alla dimissione il paziente viene inviato nuovamente al Ser.T. di appartenenza che oltre a riprenderlo in carico lo invia al nostro ambulatorio del Centro Alcolologico Regionale (Regione Liguria) presso l'IRCCS Ospedale San Martino e IST di Genova.

GV inizia un percorso di terapia medica disintossicante e di supporto nel mese di ottobre 2011.

Si decide di associare terapia a domicilio: Acamprosato 2 cp x 3/die (il paziente pesa circa 80 kg) e Diazepam gocce.

La decisione di inserire l'Acamprosato nasceva sia dal fatto che il paziente non aveva risposto nel passato al Disulfiram sia dal fatto che al momento del post ricovero il paziente era astinente e vi era la necessità di proseguire la sobrietà.

A tali fattori vi è da aggiungere che in questo ultimo ricovero GV si era seriamente preoccupato per il suo stato di salute, era inoltre preoccupato per la sua situazione giudiziaria (vi era la recidiva di reato) e la sua compagna era decisa a lasciarlo se lui non avesse proseguito l'astensione.

Parallelamente vi è stata una presa in carico da parte della specialista psicologa del nostro Centro che ha incontrato il paziente in una serie di cinque colloqui.

La psicologa riportava nella consulenza il seguente profilo: "Trattasi di persona piuttosto semplice con pochi strumenti per far fronte alle problematiche della vita e da qui la compulsione a bere. Trattasi di soggetto particolarmente fragile e sulla difensiva. Programma: aiutarlo nella motivazione a non ricadere nell'uso di alcolici per far fronte alle difficoltà. Aumentare quindi le sue consapevolezze rispetto alle risorse che possiede (compagna, madre e sorella, colleghi di lavoro e lavoro stesso)".

Visita Psichiatrica: non presenza di comorbidità psichiatriche.

Esame obiettivo

Discrete condizioni generali.

Vigile e orientato.

S.N.: non presenza di segni patologici.

AR: suono chiaro polmonare su tutto l'ambito. MV conservato, presenza di ronchi bibasali all'inspirazione. ACV: Toni puri e netti su tutti i focolai, azione cardiaca ritmica. PA: 130/70. Addome: globoso trattabile non dolorabile, fegato palpabile in inspirazione, milza non apprezzabile. Non linfonodi apprezzabili nelle stazioni superficiali.

Strumentali

RX Torace: Non lesioni pleuro polmonari in atto.

FCV: Lieve ingrandimento dell'ombra cardiaca a carico del ventricolo sinistro.

ECO-COLORDOPPLER Fegato-pancreas-milza: fegato di dimensioni aumentate ad ecostruttura diffusamente disomogenea a tipo epatopatia cronica, privo di lesioni focali. Colecisti e vie biliari normali. Non evidenti formazioni spazio-occupanti al pancreas. Milza di dimensioni nei limiti. Reni normali per morfologia e dimensioni, piccola cisti renale parapielica al polo superiore del rene destro di 10 mm circa. Asse spleno-portale pervio a flusso ortogrado.

Ematochimici

(all'accesso in ambulatorio - ottobre 2011)

MCV 104,2 fL

AST 96 U/L

ALT 78 U/L

GGT 157 U/L

FE 189 pg/DI

Virologici epatici: negativi.

Decorso clinico

GV ha frequentato l'ambulatorio dal mese di ottobre fino al mese di aprile.

Durante tutti gli accessi ha eseguito terapia medica e i controlli di routine.

Il paziente è stato sottoposto inoltre settimanalmente ad alcolemia, etilglucuronide urinaria (sempre risultati negativi) e ad un prelievo ematico per determinare la transferrina carboidrato carente che dal mese di novembre e sempre risultata nei limiti.

Il paziente ha affermato di non aver mai più assunto alcolici e il dato è stato confermato anche dalla compagna.

Vi è stata normalizzazione dei parametri ematochimici relativi alla funzione epatica.

Da febbraio il paziente è tornato regolarmente alla sua attività lavorativa ed insieme alla compagna ha iniziato a frequentare il Club degli Alcolisti in Trattamento.

Ematochimici

(eseguiti in ambulatorio - aprile 2012)

MCV 94,5 fL

AST 33 U/L

ALT 27 U/L

GGT 22 U/L

FE 132 pg/DI

Discussione e conclusioni

L'Alcol dipendenza è una patologia cronica e recidivante con complesse implicazioni socio-sanitarie, caratterizzata da craving, perdita del controllo, tolleranza e dipendenza fisica.

Alla luce delle gravi conseguenze sociali riconducibili all'uso di alcol (mortalità e morbidità, costi sanitari, perdita di produttività, assenteismo), i principali obiettivi del trattamento sono rappresentati non solo dal raggiungimento dell'astinenza e dalla prevenzione delle ricadute, ma anche dalla riduzione dell'assunzione alcolica (1, 2).

L'Acamprosato (acetilomotaurinato di calcio) ha struttura analoga a quella degli amminoacidi neuromodulatori (taurina, GABA), con un'acetilazione che ne consente il passaggio attraverso la barriera ematoencefalica.

Il farmaco stimola la neuromediazione inibitrice GABAergica e antagonizza l'azione degli amminoacidi eccitatori, in particolare l'azione del glutammato.

Gli studi condotti su cavie animali hanno stabilito che l'Acamprosato esercita un effetto specifico sulla dipendenza da alcol, in quanto diminuisce l'assorbimento volontario di alcol nel ratto reso dipendente (3, 4).

L'Acamprosato è indicato nel "mantenimento dell'astensione nel paziente alcol-dipendente" e deve essere associato ad assunzione in carico di tipo psicologico.

È il farmaco più studiato per il mantenimento dell'astensione nell'alcol dipendenza.

La sua efficacia è dimostrata da numerosi studi clinici e in particolare da 4 metanalisi (5, 6, 7, 8, 9). I suoi effetti indesiderati, moderati e transitori, sono per lo più di tipo gastrointestinale (diarrea dose-dipendente, addominalgie, nausea) (10).

Nel caso del nostro paziente GV la prescrizione dell'Acamprosato è giunta dopo una lunga storia di insuccessi terapeutici e riabilitativi.

Il paziente era in astensione e la motivazione era molto alta (la compagna aveva promesso una sua separazione in caso di ripresa di uso di alcolici).

Il paziente ha iniziato la terapia in un ambiente protetto e costantemente monitorato.

Alla terapia farmacologica è stata affiancato anche un ciclo di psicoterapia cognitivo comportamentale.

Il farmaco non ha procurato al paziente nessun effetto collaterale e il fatto di sapere che non era un deterrente ma che lo avrebbe aiutato a contenere la compulsione, ha dato fiducia al soggetto.

Tale fiducia è stata ulteriormente rinsaldata dai famigliari e dal gruppo di auto-mutuo aiuto che il paziente ha iniziato a frequentare.

Pertanto riteniamo che, in questo caso come in molti altri l'Acamprosato sia un farmaco dotato di buona efficacia con una buona tollerabilità anche in caso di epatopatia cronica compensata.

Sicuramente alcuni requisiti come la motivazione, la completa consapevolezza degli effetti del farmaco, il monitoraggio clinico, la psicoterapia ed il contesto sociale sono indispensabili per l'ottimizzazione della terapia.

Bibliografia

- (1) De Witte P (2011), *Psichiatri Oggi*, a. XIII, n. 2/3, giugno.
- (2) Damiano P. (2011), *Psichiatri Oggi*, a. XIII, n.2/3, giugno.
- (3) Dahchour A., De Witte P., Bolo N., Nedelec J.F. (1998), "Central effects of acamprosate: part 1. Acamprosate blocks the glutamate increase in the nucleus accumbensmicrodialysate in ethanol withdrawn rats", *Psychiatry research neuroimaging*, 82: 107-14.
- (4) De Witte P., Littleton J., Parot P., Koob G. (2005), "Neuroprotective and astinenza promoting effects of acamprosato", *CNS Drugs*, 19(6): 517-37.
- (5) Lhuintre J.P., Moore N., Tran G., Steru L. (1990), "Acamprosate appears to decrease alcohol intake in weaned alcoholics", *Alcohol & alcoholism*, 25(6): 613-22.
- (6) Paille F., Guelfi J., Perkins A. (1995), "Double blind randomized multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol", *Alcohol & alcoholism*, 30(2): 239-47.
- (7) Whitworth A., Fischer F., Otto M.L. (1996), "Comparison of acamprosate and placebo in long term treatment of alcohol dependence", *The Lancet*, 347(9013): 1438-42.
- (8) Chick J., Howlett H., Morgan M.Y., Ritson B. (2000), "United Kingdom multicentre acamprosate study (UKMAS): A 6-month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol", *Alcohol & alcoholism*, 35(2): 176-87.
- (9) Barbara J., Leher M., Leher P. (2012), "Acamprosate for Alcohol Dependence: a sex-specific meta-analysis based on individual patient data", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 36, n. 3, March.
- (10) Witkiewitz K., Saville K., Hamreus K. (2012), "Acamprosate for treatment of alcohol dependence: mechanisms, efficacy, and clinical utility", *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 8: 45-53.

RECENSIONE



Alessandro Vegliach

NIENTE DA DIMENTICARE

pp. 196, € 20,00

Editore: ilmiolibro.it

Alessandro Vegliach è uno psicologo e psicoterapeuta che vive e lavora a Trieste presso la locale Azienda per i Servizi Sanitari e che spesso incrocia nei congressi e nei progetti di FeDerSerD.

Insegna presso le scuole di specializzazione in psicoterapia della Università degli Studi di Trieste e dell'Istituto CISSPAT di Padova. Quando mi ha sottoposto il volume sono stato subito incuriosito e confesso di averlo letto di slancio il week end seguente.

Scrive Vegliach: "La storia di due coppie, di due città, di due momenti temporali diversi per una sola storia che attraversa il tempo e lo spazio, la pace e la guerra, l'amore e la malattia e che chiarisce come l'apparente debolezza sia, in realtà, la vera forza dell'umanità".

Un romanzo avvincente, caldo, intenso, in cui il vissuto e la frequentazione con il lavoro psicoterapico si incrociano con i sentimenti umani e le vicissitudini della storia.

(Alfio Lucchini)

Analisi dei risultati del servizio Giocaresponsabile: due anni di attività

Maurizio Fea*, Alfio Lucchini**

SUMMARY

■ **Giocaresponsabile results analysis: two years of activity.**

Objectives: describes the activities of Giocaresponsabile, providing epidemiological data (type and profile of gamblers and people seeking help due to problematic gambling)

Materials and methods: This service, free and anonymously, supporting people with problems due to gambling, not only those directly interested but also friends and relatives. To the team of psychologists that manages the front office, is added an adviser group (psychiatrist, psychotherapist, lawyer) for dealing with the specific aspects of the problematic behaviours due to excessive gambling.

Results: the paper shows the report of 24 months of activity: number of subjects and their demographic characteristics, correlations between some variables collected in our database which describe gamblers profiles, as severity of disorder or the most frequent problematic behaviours.

Conclusions: it is necessary to coordinate a program of researches based on cooperative works that will relate the increase in gambling availability and offers, with the increase of the potential problems and pathology and permit the introduction of controlled gambling within a global strategic framework. ■

Keywords: help line, problem gambling, amount per capita, Egms, family.

Parole chiave: help line, gioco problematico, giocato pro capite, apparecchi gioco elettronico, familiari.

Introduzione

In Italia ci sono 550 Servizi Dipendenze – Ser.D. – presenti in tutte le Regioni e dotati di personale dei vari profili (medico, psicologo, assistente sociale, educatore, infermiere, sociologo).

Istituiti con il DPR 309 del 1990, i Ser.D. da allora hanno monitorato i molti cambiamenti nel panorama dei comportamenti di addiction e sono stati parte attiva nella riorganizzazione dei servizi di cura.

Pure in assenza di riferimenti e disposizioni normative specifiche, molti servizi hanno colto a partire dalla fine degli anni '90, la necessità di osservare e approfondire la presenza di comportamenti di gambling addiction tra le persone in trattamento per altre dipendenze.

Negli ultimi dieci anni quindi un buon numero di professionisti dei servizi ha sviluppato specifiche competenze nel trattamento del Gap, e in molti casi questo ha prodotto l'attivazione di ambulatori e aree specifiche di cura per giocatori patologici.

Nella maggior parte dei casi questo è avvenuto in assenza di precise disposizioni sia regionali che aziendali.

Solo cinque regioni ad oggi hanno parzialmente disciplinato la materia con atti deliberativi di formalizzazione di alcuni compi-

ti e funzioni, in tutte le altre sono state alcune aziende sanitarie singolarmente a prendere provvedimenti formali, ma nella assoluta maggioranza dei casi l'iniziativa è totalmente a carico dei direttori di dipartimento e dei capi servizio, che hanno provveduto alla riorganizzazione delle risorse, stabilendo di dedicare una parte alla cura dei giocatori patologici.

L'aumento della domanda di assistenza e la percezione sociale dell'aggravarsi del fenomeno, hanno indotto la Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze ad attivare il servizio GIOCARESPONSABILE (GR) da novembre 2009.

È totalmente gratuito, gestito da professionisti che, nel rispetto dell'anonimato, danno consulenza e orientamento sia alle persone che hanno sviluppato problemi (psicologici, relazionali, legali) dovuti agli eccessi di gioco, sia a famigliari e amici di persone coinvolte in problemi creati dal gioco eccessivo.

Al team di psicologi che gestisce il primo contatto è affiancato uno staff di consulenti (psichiatra, psicoterapeuta, avvocato) che vengono attivati su richiesta del cliente o per decisione del team, per trattare aspetti che necessitano di approfondimenti specifici. Il servizio è organizzato e gestito da FeDerSerD - Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, ha il sostegno economico di Lottomatica Group ed è patrocinato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento politiche per la Famiglia.

Il presente lavoro descrive ed analizza indicatori di attività del servizio e dati qualitativi relativi alla utenza, raccolti in 24 mesi di attività, nel periodo compreso tra novembre 2009 e novembre

FeDerSerD - Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze.

* Psichiatra, Responsabile nazionale Formazione, Area Gambling e Servizio Giocaresponsabile.

** Psichiatra, Presidente nazionale.

2011. La descrizione statistica e l'analisi della utenza è fatta su base nazionale, ma sono disponibili i dati e le statistiche descrittive sia su base regionale che di singola provincia.

Materiali e metodi

Il servizio è costituito da help line e sito, contattabile ogni giorno dalle ore 9 alle 22 tranne domenica e festivi, da telefono fisso e cellulare al numero verde gratuito 800 921 121 oppure on line attraverso il portale www.giocaresponsabile.it sia in forma di chat che di e-mail.

La fonte dei dati sugli accessi al sito è fornita da Google Analytics, gli accessi web via chat e mail sono conteggiati nel sistema di controllo del data base associato al sito.

Gli accessi telefonici sono centralmente codificati come: accolti, in attesa, fuori orario e sono classificati secondo il criterio della chiamata pertinente, verso il front office o verso i consulenti. Tutto il sistema è descritto e regolato nel manuale delle procedure in dotazione ai collaboratori, sia quelle tecnologiche che assicurano l'efficienza e la continuità, che quelle comportamentali che descrivono modalità e fattispecie del rapporto con l'utenza.

Le informazioni sull'utenza sono raccolte in modo anonimo con un codice generato dal sistema associato al data entry del servizio, che consente di recuperare le informazioni personali archiviate, unicamente attraverso il codice comunicato alla persona che chiama con l'indicazione di memorizzarlo in funzione di eventuali successivi contatti.

I dati sensibili sono associabili alle persone solo attraverso il codice identificativo, e le uniche informazioni anagrafiche richieste sono età e provincia di residenza, che non consentono in alcun modo di risalire alla persona interessata.

Le informazioni vengono raccolte nel corso della consulenza e archiviate seguendo uno script, ma trattandosi di help line e di conversazioni liberamente condotte, i dati complessivi raccolti, differiscono per quantità in rapporto alla tipologia sia delle persone che chiamano (giocatori o familiari) sia in relazione al tipo di domanda di aiuto.

Lo script di guida alla conversazione è costruito sullo schema di intervista diagnostica di Ladouceur¹.

Risultati

Complessivamente ci sono state 61.336 visite al sito da parte di 56.671 visitatori, con 57" di tempo medio di permanenza.

Numerosi accessi da altri paesi: Switzerland 350 - United Kingdom 247 - Germany 214 - United States 209 - France 109 - Spain 108 - Belgium 66 - Canada 59 - Malta 50.

Le pagine più visitate sono state quelle del test Sogs e delle informazioni sui servizi territoriali, seguite a distanza dalla Faq.

Sono state gestite 346 richieste via mail e 3.514 chat. Ci sono stati 20.989 accessi telefonici di varia tipologia al numero verde che hanno prodotto 11.334 chiamate pertinenti con gli operatori di front office e 370 consulenze con gli esperti (psichiatra - legale - psicoterapeuta) di secondo livello.

Entrambe le fonti di accesso al servizio hanno generato 3.791 singoli casi problematici, con il corrispondente numero di records sulla base dei quali viene condotta l'analisi qualitativa dell'utenza.

Più di mille persone hanno contattato da 2 a 5 volte gli esperti della help line, a conferma del fatto che per molti si instaura un

Tab. 1 - Soggetti con problemi relativi al gioco d'azzardo che hanno contattato il servizio Giocaresponsabile negli anni 2010 e 2011

Anno 2010 Anno 2011	Totale	Maschi	Femmine
Casi problematici	1965	988 - 50.2%	977 - 49.8%
	1826	941 - 51.5%	886 - 48.5%
Giocatori effettivi	1088 - 55%	788 - 73%	300 - 27%
	1043 - 57 %	767 - 73,5 %	276 - 26,5 %
Chiamanti per altri	877 - 45%	200 - 23%	677 - 77%
	783 - 43 %	174 - 22 %	610 - 78 %

rapporto fiduciario con gli specialisti che assicurano l'attività di counseling.

Questo spiega anche la differenza tra il numero di chiamate pertinenti che risultano superiori al numero di casi problematici registrati nel data base.

Adottiamo la definizione di caso problematico dal momento che non viene usato uno strumento diagnostico specifico nell'inquadramento del problema, e il test Sogs presente sul sito che viene sperimentato da un limitato numero di persone (490 nel periodo analizzato), non è correlabile in alcun modo alle persone che successivamente o contestualmente possono contattare il servizio, ma serve unicamente come stimolo ad un approccio più approfondito da parte di coloro che visitano il sito.

Il target intercettato si caratterizza nel 2011 per la prevalenza dei giocatori effettivi (57%) rispetto agli altri soggetti, tuttavia vengono sostanzialmente mantenute le stesse caratteristiche e profili dell'anno precedente, ovvero prevalenza di genere maschile tra i giocatori e femminile tra i familiari (tab. 1).

Il numero dei soggetti ultrasessantacinquenni è 126 di poco inferiore a 146 giovani tra 18 e 24 anni, e prevale la popolazione adulta rispetto ai giovani.

L'età media è infatti di 43 anni.

Ricordiamo che le informazioni vengono raccolte e classificate nel totale anonimato, e in modo differenziato a seconda che chiami direttamente il giocatore, oppure un familiare o una qualunque figura che chiama per conto di altri. Per questo motivo il numero dei record varia in base al tipo di informazione che viene trattata.

Dalla analisi dei profili lavorativi dei giocatori, emerge che il 43% dei casi problematici è rappresentato da disoccupati, pensionati, operai, impiegati, soggetti che si presume stiano nelle fasce di reddito basse ed abbiano una età mediamente più elevata, sicuramente per la quota dei pensionati.

Vengono considerati attendibili e riportati nel data base, solo i comportamenti di gioco riferiti dai diretti interessati e non quelli riferiti da familiari o amici.

La maggior parte dei giocatori si colloca in un quadro di stabilità nei comportamenti di gioco, che definiscono un profilo di giocatore abituale, dedito soprattutto alle video lottery/slot machine nel 58% dei casi, o a più di un gioco, seguiti a distanza da gratta e vinci e da tutti gli altri giochi. Nell'80% dei casi spende tra 100 e 1.000 euro settimanali, il che in rapporto al quadro socioeconomico prevalente tra le persone afferite al servizio, giustifica la richiesta di aiuto espressa e il frequente ricorso alla assistenza legale in 205 casi.

Da segnalare la crescita rispetto alle rilevazioni dello scorso anno, del poker su internet e la sostanziale stabilità degli altri giochi.

Anche la quantità di denaro perso nel corso della vita da giocatore - il 70% dei giocatori dichiara di avere perso più di 10.000

€ nel corso della vita – conferma il livello di impegno gravoso sostenuto dai singoli e dalle famiglie, è appare del tutto coerente con gli altri descrittori dei comportamenti di gioco analizzati. Il numero di record differisce tra i vari indicatori in ragione del fatto che tutte queste informazioni non sempre possono essere raccolte in maniera sistematica, dovendo l'operatore il più delle volte, dedicare maggiore attenzione alla dimensione relazionale della transazione telefonica che non alla raccolta di informazioni così specifiche.

Tuttavia, dopo due anni di attività, e con la ricchezza della casistica, possiamo dire che si conferma un quadro di coerenza complessivo al cui interno si situa una buona parte della clientela che si rivolge al servizio.

Passando ad analizzare la componente di chi chiama per altri, pur in presenza di una lieve diminuzione di questa tipologia di soggetti rispetto allo scorso anno, c'è la sostanziale stabilità del rapporto di genere in questa fascia di utenti.

La tipologia prevalente si conferma essere quella di genere femminile, che rappresenta il 78% delle persone che chiamano per altri, con punte oltre 90% se consideriamo la categoria *coniugi*. Solo la categoria *amico* ha una rappresentazione di genere equilibrata, in tutte le altre prevale il femminile.

Il servizio soddisfa uno dei punti qualificanti della sua mission, che è quello di intercettare il presumibile bisogno di famigliari, congiunti e amici dei giocatori patologici, fornendo loro orientamento ed aiuto, con empatica attenzione alla domanda di aiuto e con indicazioni e suggerimenti utili a gestire situazioni altamente problematiche.

Indicatori di efficacia del servizio

Abbiamo preso in considerazione come parametro di efficacia la capacità del servizio di intercettare e raccogliere la domanda di orientamento e assistenza a livello nazionale, individuando come indicatore di bisogno potenziale i livelli del giocato pro capite regionale calcolato dal CENSIS (2) sulla base dei rapporti emessi da Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato, e la sua correlazione con il numero di casi problematici per regione registrati nel data base del servizio.

In valore assoluto la regione Lombardia, sebbene in diminuzione, primeggia come numero di casi – 897 – seguita a lunga distanza da Lazio con 362, ma in rapporto alla popolazione residente la graduatoria si modifica notevolmente (fig. 1).

Il dato su base provinciale riflette gli aggregati regionali non percentualizzati ai residenti, perciò le province più rappresentate sono quelle lombarde, laziali, pugliesi.

Fig. 1 - Tasso di chiamate soggetti problematici su popolazione residente per regione

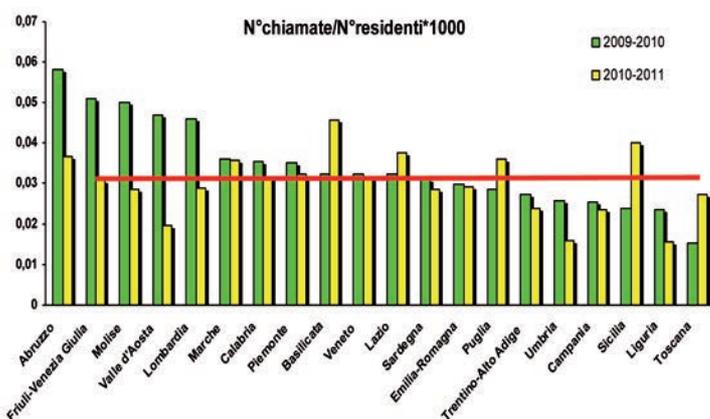
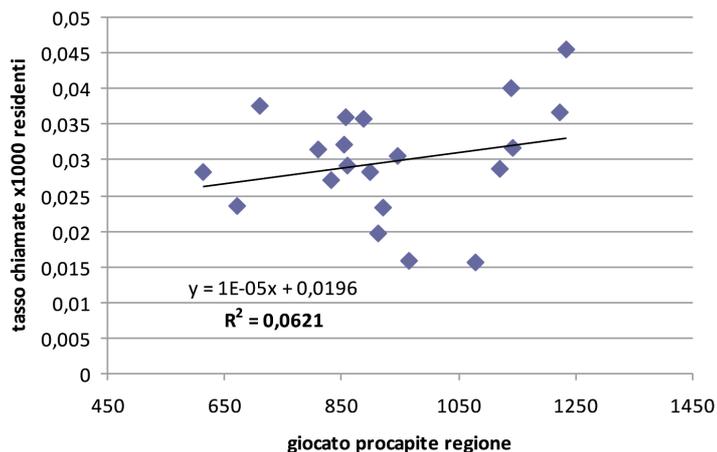


Fig. 2 - Tabella di correlazione tra chiamate/residenti e giocato pro capite su base regionale



Il grafico riflette la lieve diminuzione complessiva dei casi problematici nel 2011, ed emergono alcune variazioni interessanti, sia nel confronto con il precedente anno, sia nella prevalenza attuale.

Salgono le regioni del centro sud e alcune di esse – Marche, Abruzzo, Basilicata, Lazio, Puglia, Sicilia – stanno sopra la media chiamate per abitante.

I cali di un certo rilievo sono in Lombardia e Abruzzo, come anche Friuli, Molise e Aosta.

Le altre regioni del centro nord non mostrano significative variazioni, ad eccezione della Toscana, che pur rimanendo sotto la media, aumenta considerevolmente rispetto allo scorso anno.

La correlazione tra giocato procapite e tasso di chiamate (fig. 2) è significativa, e sembrerebbe dunque una ipotesi plausibile che il tasso di problematicità sia un fattore correlato con l'aumento della spesa per i giochi.

Non è sufficiente questo dato, tuttavia è rilevante e merita attenzione, il fatto che le persone che si rivolgono al servizio prevalgono nei contesti territoriali nei quali sono presenti fattori effettivi di maggiore rischio, e dunque che il servizio coglie un bisogno reale ed importante della popolazione.

Sono stati indirizzati ai servizi competenti, in primo luogo Ser.T., ma anche gruppi di auto aiuto sia per giocatori che per famigliari, 1.275 situazioni problematiche su 3.791 casi complessivi. Di queste segnalazioni abbiamo avuto riscontro della presa in carico da parte dei servizi in 226 casi ovvero 18%.

Il servizio è collegato via e-mail con la rete dei Ser.D. italiani (197 attualmente) che hanno accettato di fare parte di questo network, perciò ogni volta che viene data ai soggetti che chiamano l'indicazione di cura presso un servizio territoriale, automaticamente viene inviata una comunicazione e-mail con il codice di riferimento della persona e la ragione dell'invio, ma non sempre l'indicazione al trattamento viene raccolta dagli interessati.

È noto come la decisione al trattamento sia una variabile fortemente dipendente dalla motivazione del soggetto ed è probabile che una certa parte dei soggetti si trovino in fase di contemplazione.

Da segnalare il fatto che 94 cittadini stranieri hanno chiamato il servizio.

Abbiamo cominciato a raccogliere questa informazione a partire dal quarto trimestre 2010, quando ci si è resi conto che non era una informazione marginale, e che poteva essere utile a comprendere non solo la tipologia di persone che si rivolgono al

servizio, ma anche a monitorare un indicatore importante e poco studiato nelle ricerche sul gambling in Italia.

Nel 2011 gli stranieri sono stati 73 pari al 4% dell'utenza complessiva (secondo i dati Istat 1° gennaio 2011, sono presenti in Italia 4.570.317 stranieri, pari al 7,5% della popolazione totale). Non essendoci esperienze italiane analoghe per dimensioni e tipo di attività, è stato fatto un confronto di benchmark con i flussi di attività e alcune caratteristiche della utenza delle principali help line USA per il gambling, attive da molti anni e presenti in vari stati (California, Nevada, Oregon, New Hampshire, Arizona). I rapporti statistici sono tutti prodotti dalla stessa agenzia (3), e sono tutti pubblicati sui rispettivi siti con i relativi archivi storici. Sebbene alcuni standard di funzionamento siano un po' diversi dai nostri, maggiore copertura oraria anche notturna ad esempio, il rapporto tra contatti totali e pertinenti è di 5 a 1 mentre nel nostro caso è di 2 a 1.

Il tipo di utenza vede la prevalenza dei giocatori 70% rispetto ai familiari, il rapporto m/f è più equilibrato con un maggior numero di femmine giocatrici, sebbene tra i coniugi che chiedono assistenza per il partner, anche negli Usa prevalgano le donne. La fonte informativa più efficiente sul servizio, dato ottenuto direttamente dagli utenti che chiamano, è rappresentata dagli ambulatori medici, ai quali è stato inviato il kit informativo contenente flyer e card con i riferimenti del servizio.

Al secondo posto si colloca la fonte informativa web, e al terzo posto gli ambienti di gioco, mentre poco o nulla è l'influenza dei media sulla conoscenza del servizio.

In netta flessione i servizi sociali e gli uffici pubblici che nel 2010 rappresentavano la terza fonte informativa.

Discussione

Dobbiamo innanzitutto osservare che l'utenza che si rivolge al servizio GR si caratterizza per aspetti socioeconomici, anagrafici e comportamentali di gioco, abbastanza diversi dalle caratteristiche che emergono dagli studi di prevalenza sulla popolazione generale italiana (4, 5, 6) (Molinari, 2010-2011; Barbaranelli, 2011).

Il profilo medio del giocatore è maschio di 43 anni con bassi livelli occupazionali e di istruzione che gioca in prevalenza alle slot machine e alle Vlt (Amusement with price e Videolottery).

Una ragione probabile di questa differenza risiede nel fatto che GR intercetta una domanda di assistenza che non è solo richiesta di trattamento, correlata ad una diagnosi o ad una valutazione di gravità, ma una domanda di consulenza e orientamento complessivo, non solo clinico ma familiare, legale, economico, molto più simile alla domanda di cura dei soggetti che afferiscono ai servizi attualmente.

Inoltre l'attività di GR riflette e risente la mancanza di disposizioni specifiche ed uniformi sul trattamento del gioco d'azzardo patologico, e in parte cerca di supplire questa carenza con il suo servizio, cogliendo una potenziale necessità di cura al momento non soddisfatta.

Non sorprende tuttavia la prevalenza di questo profilo di giocatore, alla luce del fatto che EGMs (electronic gaming machine) nel 2011 hanno rappresentato ben più della metà 44 mld € dell'ammontare complessivo del denaro giocato nel paese 79,9 mld €, che ha già concesso licenze per circa 400.000 slot e vlt, una ogni 150 abitanti, neonati compresi.

Solo in Australia c'è una densità di apparecchi di gioco superiore alla nostra, 200.000 apparecchi per 22 milioni di abitanti che producono il 60% del giocato nazionale (7, 8, 9) (Storer, Abbott, Stubbs, 2009).

Per l'appunto da questo paese vengono le ricerche più recenti sulle correlazioni tra densità di EGMs e patologia, che dimostrano forte correlazione tra numero pro capite di EGMs e aumento della patologia da gioco nella misura di 0.8 casi per ogni nuova Awp o Vlt (10, 11, 12) (Phillips J.G., Blaszczynski A., 2010).

Le stime ottenute da alcune rilevazioni regionali, poche in realtà, e alcune ricerche prodotte dai servizi dipendenze (13), consentono di approssimare a 6.000 soggetti in cura per Gap in Italia, molti dei quali avrebbero caratteristiche e profili analoghi a quelli che emergono dalla attività del servizio Giocaresponsabile.

Da segnalare che al momento della stesura di questo articolo (aprile 2012) sono registrati nel data base 4810 casi problematici con una crescita di 1.019 casi negli ultimi 5 mesi (+70%), decisamente superiore ai corrispondenti incrementi semestrali degli anni precedenti.

La tendenza è caratterizzata dall'incremento dei soggetti che accedono via web, fatto probabilmente correlabile con l'aumento notevole delle forme di gioco on line.

Si è passati infatti dai 3,1 miliardi giocati nel 2010 agli 8,5 del 2011 grazie soprattutto al poker online in modalità cash ed ai casinò online, giochi partiti il 18 luglio scorso e che stanno viaggiando ad una media di oltre 1,3 miliardi di euro di raccolta al mese (14).

Conclusioni

Questi indicatori, aumento della domanda di assistenza, crescita dei contatti on line in concomitanza all'aumento dei volumi di gioco specifici e distribuzione territoriale delle chiamate in relazione al giocato pro capite regionale dei giochi a terra, suggeriscono che sia necessario sviluppare ricerche per commisurare l'aumento della disponibilità e delle offerte di gioco (15) con l'aumento della problematicità e della patologia, in particolare verso fasce di popolazione che presentano particolari vulnerabilità non solo psicobiologiche ma anche socio economiche.

Da queste osservazioni emerge uno scenario di domanda di cura e di assistenza, molto impegnativo per il sistema sanitario e di welfare, che dovrebbe essere affrontato in tempi brevi, con modalità scientifiche e atteggiamenti non pregiudiziali o emergenziali.

Bibliografia

- (1) Ladouceur R. et al. (2003), *Il gioco d'azzardo eccessivo*, CSE, Torino.
- (2) Censis Servizi (2011), "Atlante del gioco in Italia".
- (3) *Annual Help Line Statistical Report Presented by Bensinger, DuPont & Associates* 134 N. LaSalle, Suite 2200 Chicago, Illinois 60602 312-726-8620.
- (4) Molinari S. et al. (2010), *L'Italia che gioca: uno studio su chi gioca per gioco e chi viene "giocato" dal gioco*, Istituto di Fisiologia Clinica - CNR - Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari.
- (5) Bastiani L., Gori M., Colasante E., Siciliano V., Capitanucci D., Jarre P., Molinari S. (2011), "Complex Factors and Behaviors in the Gambling Population of Italy", *J Gambl Stud Dec*.
- (6) Barbaranelli C. (2011), "Il gioco fattori di protezione e di rischio: panorama degli studi italiani e internazionali e focus sulla ricerca condotta dal CIRMPA (Sapienza Università Roma)", *Lexgiochi*, a. III, n. 4 documenti online 1108.
- (7) Storer J., Abbott M., Stubbs J. (2009), "Access or adaptation? A metaanalysis of surveys of problem gambling prevalence in Australia and New Zealand with respect to concentration of electronic gaming machines", *International Gambling Studies*, 9:3: 225-244.

- (8) Abbott M., Volberg R., Bellringer M., Reith G. (2004), *A Review of Research on Aspects of Problem Gambling*, Responsibility in Gambling Trust, London.
- (9) Abbott M., Volberg R. (1999), *Gambling and problem gambling in the community: an international overview and critique* (Report Number One of the New Zealand Gaming Survey), Department of Internal Affairs, Wellington.
- (10) Phillips J.G., Blaszczynski A. (2010), *Gambling and the Impact of New and Emerging Technologies and Associated Products*, n. 119/06, Final Report - August.
- (11) Korn D., Shaffer H. (1999), "Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective", *Journal of Gambling Studies*, 15(4): 289-365.
- (12) Ministry of Health (2008), *Raising the odds? Gambling behaviour and neighbourhood access to gambling venues in New Zealand*, Ministry of Health, Wellington.
- (13) www.newsletter.federserd.it/?fuseaction=skdNewsletter&idNewsletter=20 (ultimo accesso 10/4/2012).
- (14) www.aams.gov.it (ultimo accesso 10/04/2012).
- (15) Chipman M., Govoni R., Roerecke M. (2007), *The Distribution of Consumption Model: An Evaluation of Its applicability to Gambling Behaviour*, Ontario Problem Gambling Research Centre, Ontario,

Dichiarazione di conflitto di interesse:

Il servizio Giocaresponsabile è finanziato da Lottomatica Group, concessionario AAMS e gode del patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per la Famiglia. L'organizzazione, la gestione della attività, la produzione dei report e l'analisi dei risultati sono di FeDerSerD. I rapporti annuali di attività sono pubblicati sul sito della Federazione www.newsletter.federserd.it.

FeDerSerD / FORMAZIONE

Costruire politiche sulle dipendenze Conferenza dei Servizi Italiani Realtà, pratiche, evoluzione dei Servizi delle Dipendenze

Convegno Tematico Nazionale

MILANO - Venerdì 7 giugno 2013
Centro Congressi Hotel MICHELANGELO

Crediti ECM

Il Convegno è accreditato ECM per tutte le figure professionali del settore: medico, psicologo, infermiere, educatore professionale, assistente sanitario.

I crediti formativi sono richiesti anche per la figura professionale dell'assistente sociale.

Presentazione abstract

È possibile inviare esperienze e comunicazioni scritte che verranno raccolte in un numero speciale di FeDerSerD Informa e distribuito durante il Convegno a tutti i partecipanti.

Le esperienze dovranno essere obbligatoriamente relative alle aree tematiche del Congresso.

Per sottoporre l'abstract all'apposito Comitato Scientifico sarà necessario inviare un file, formato Word o Excel – carattere Times New Roman – dimensione 12 – spaziatura 1,5 – max 4 fogli elettronici comprendenti testo, grafici e tabelle, indicando: titolo – autore/i – struttura/servizio.

I lavori dovranno essere inviati all'indirizzo mail federserd@expopoint.it entro venerdì 17 maggio 2013 indicando necessariamente nel testo di accompagnamento NOME – COGNOME – ETÀ – ENTE DI LAVORO del primo Autore.

Ogni primo Autore dello studio (che dovrà essere individuato mediante una sottolineatura del testo) verrà informato dell'accettazione del lavoro in seguito alla valutazione effettuata dal Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD.

Quote di partecipazione

non laureati soci 2013 FeDerSerD – euro 15,00 (+ iva se dovuta)

laureati soci 2013 FeDerSerD – euro 35,00 (+ iva se dovuta)

non laureati non soci FeDerSerD – euro 50,00 (+ iva se dovuta)

laureati non soci FeDerSerD – euro 90,00 (+ iva se dovuta)

partecipanti non interessati ai crediti ECM – euro 25,00 (+ iva se dovuta)

È possibile iscriversi a FeDerSerD per l'anno 2013 in occasione del Convegno e partecipare con la quota ridotta di socio. È necessario inviare l'iscrizione a FeDerSerD prima del Convegno.

Per informazioni:

Segreteria FeDerSerD – Expopoint organizzazione congressi eventi – Via Matteotti, 3 – 22066 Mariano Comense (Co) – Telefono 031 748814 – Fax 031 751525 – e-mail federserd@expopoint.it – www.federserd.it – www.expopoint.it

Da una buona idea a una difficile realizzazione: “Progetto respirare bene per vivere sani”, un’esperienza in medicina generale

Valentina Meneghini*, Ezio Manzato**, Cristina Biasin**, Giuseppe Romano***,
Vincenzo Scola****, Pierluigi Godino****

SUMMARY

■ *Smoking prevalence among Italian general population was about 20,8% (about 10.800.000) with 24,6% of male population and 17,2% of female population; a remarkable number (72%) of smokers is favourable to quit smoking. For tobacco control in Italy, in accordance with recommendations of international and Italian Guidelines in hospitals and public territorial services, are carried out several interventions including prevention, health education and smoking cessation treatment (counseling, behavioral therapy, pharmacotherapy and combined behavioral therapy and pharmacological interventions). The project “Respirare bene per vivere sani” of general practitioners in Bovolone and Zevio (Verona) about general population for the smoking cessation treatment according to evidence-based recommendations provides new effective clinical treatments for tobacco dependence; the practice includes: assessment, treatment (brief clinical interventions for subject education, motivational techniques to promote quitting and relapse prevention for the patient who has recently quit, counseling and behavioral therapy), pharmacotherapy (bupropion SR, nicotine replacement therapy-NRT including nicotine gum, nicotine inhaler, nicotine lozenge, nicotine nasal spray, and nicotine patch, combination nicotine replacement therapy and varenicline), and follow-up at 1, 3, 6, 12 months. This article analyses data of the project and general practitioners’ difficulties in prevention and treatment of smoking. 3 general practitioners participated at the project and they have collected 50 cases of smokers. For people more than 45 years old they also proposed a short questionnaire to investigate possible risk of suffering from Chronic Bronchitis (BPCO) and 35% of these smokers were positive. The evaluation of the degree of nicotine dependence performed by the Fagerström test shows that more than half of the subjects (55%) has strong or very strong addiction, media addiction in 26% and mild dependence in 19% of cases. The analysis of the stages of motivation of the paths made ??by individual patients followed by subsequent counseling shows that people under 45 have had a more linear progression in motivational stages, gradually passing from one phase to another. The paths of smokers over 45 years old appear to be more complex with no gradual steps between phases motivation and we understand that the counseling be more easily abandoned or hesitate in relapse. We also decided to analyze by means of a questionnaire, the reasons that led each physician to join the project, the difficulties and weaknesses of the program, in order to more fully understand what made it difficult for the application. Critical phases of the program were found to be planning contacts and follow-up of patients with the collaboration of personal study, problem identified even by those who have not participated in the data collection, noting that the construction of such a complex project needed proper planning of actions. ■*

Keywords: smokers and primary care, project no-smoking, prevention, treatment.

Parole chiave: fumatori e medicina generale, progetto di disassuefazione dal fumo, prevenzione, trattamento.

* Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale, Regione Veneto, Polo formativo di Verona.

** Ambulatorio per Smettere di Fumare SER.D 1-Servizio Alcolologia Az. ULSS 21 Legnago (Verona) c/o Ospedale “Chiarenzi” Zevio (Verona).

*** Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP) c/o Ospedale “Chiarenzi” Zevio (Verona).

**** Centro di Medicina Generale “Daniele Giraldi” c/o Ospedale “San Biagio” Bovolone (Verona).

1. Introduzione

1.1. Epidemiologia

Il fumo è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie. Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo (WHO, 2008).

Ogni anno nel nostro Paese circa 85.000 persone muoiono per cause attribuibili al fumo di tabacco, di cui 48% da patologia neoplastica, 25% da patologia cardiovascolare e 17% da patologia respiratoria.

Il tabagismo rappresenta quindi uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale. Come per molte altre patologie, il principale strumento di contrasto è la prevenzione (Istituto Superiore di Sanità, 2012).

La stima della dipendenza da nicotina in Italia interessa il 20,8% della popolazione (circa 10.800.000) di cui 6.100.000 uomini (24,6% della popolazione maschile) e 4.700.000 donne (17,2% della popolazione femminile).

Il 12,8% della popolazione (6.700.000) si dichiara ex fumatore, di cui 4.500.000 uomini (17,9%) e 2.200.000 donne (8,1%).

Il 66,4% (34.600.000) si dichiara non fumatore.

La più alta percentuale di fumatori in entrambi i sessi si stima tra i 25 e i 44 anni.

Secondo il Rapporto annuale sul fumo nel 2012 i fumatori che hanno tentato di smettere nel corso della propria vita sono in calo rispetto agli anni passati, pari al 23% nel 2012, rispetto al 30,5% del 2007.

Pertanto la dipendenza da nicotina rappresenta attualmente un problema sociale significativo sia come impatto sociale che come costi sanitari (Istituto Superiore di Sanità, 2012).

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) a livello mondiale ha una prevalenza tra la popolazione adulta compresa tra il 4% e il 10% (Halbert e coll., 2003).

Secondo l'OMS la BPCO è la quinta causa di mortalità nei paesi ad alto reddito, rappresenta il 3,5% dei decessi e si stima sarà la terza causa di morte nel mondo entro il 2030 (WHO, 2008).

Negli ultimi anni si è assistito a un notevole aumento nella prevalenza di questa patologia cronica. Questa tendenza continuerà nei prossimi anni con un conseguente aumento dell'impatto socio-economico e, quindi, dei costi di gestione dei pazienti con tale patologia.

In proiezione, per i prossimi 10 anni, si prefigura un incremento della BPCO di circa il 30%, se non saranno presi urgenti provvedimenti per ridurre i fattori di rischio, per primo il fumo di tabacco (WHO, 2002).

Il principale fattore di rischio per la BPCO è infatti il fumo di sigaretta (Pauwels & Rabe, 2004; GOLD, 2007).

I pazienti con BPCO sono fumatori o ex fumatori per l'80-90% dei casi.

Alcuni studi hanno dimostrato che per la BPCO la durata in anni di fumo è un fattore di rischio più importante rispetto al numero di sigarette al giorno (Streppel e coll., 2007).

L'esposizione al fumo passivo aumenta inoltre la frequenza di sintomi respiratori negli adulti, ma soprattutto nei bambini (Coulter, 1998).

La prevalenza di BPCO in Italia, stimata mediante studi epidemiologici su tre campioni del nord e del centro Italia, è del 9% nei maschi e del 3,3% nelle femmine (Viegi e coll., 1999) e si calcola che il fumo di sigaretta nel 2000 abbia causato più di 12.000 su 19.000 morti per BPCO in Italia (Peto e coll., 2006).

In Italia le malattie respiratorie sono la terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, di queste il 50% circa è costituito dalla BPCO, che rappresenta la settima causa di ricovero ospedaliero.

La BPCO ha nei paesi industrializzati un trend positivo, contrariamente alle malattie neoplastiche e cardiovascolari.

Storicamente c'è un ritardo di diagnosi /sottovalutazione di questa malattia, con la conseguenza che spesso viene diagnosticata negli ultimi stadi.

Per cui un obiettivo primario della Medicina Generale dovrebbe essere una precoce individuazione della malattia con trattamento dei fattori di rischio, in particolare del fumo.

I medici di medicina generale (MMG), gli specialisti e gli operatori sanitari hanno una straordinaria opportunità di ridurre il tasso di fumatori e la conseguente morbidità, mortalità, nonché i costi economici associati al fumo di sigaretta (OSFAD, 2008).

Questa opportunità risulta da una combinazione di fattori: consapevolezza nella popolazione dei danni da fumo, alta percentuale di fumatori che vogliono smettere, esistenza di centri di disassuefazione e disponibilità di trattamenti efficaci (OSFAD, 2008).

Risulta quindi molto importante la figura del MMG quale primo operatore sanitario in grado di contattare i pazienti con dipendenza da nicotina.

Anche il solo consiglio verbale "breve" (2-3 minuti) da parte del MMG si è dimostrato efficace nel promuovere la motivazione del fumatore a smettere e nell'aumentare la percentuale di coloro che smettono definitivamente (Law e coll., 1995).

È compito del MMG, che ha una conoscenza globale del paziente e dei suoi problemi personali, scegliere all'interno della popolazione di fumatori il/i gruppo/i da destinare a interventi più intensi. Inoltre, il MMG può individuare facilmente, all'interno delle famiglie, eventuali figure di supporto da affiancare al fumatore nel suo tentativo di cessazione.

In base ai dati epidemiologici esposti, con ovvie differenze tra aree geografiche diverse e – nella stessa area – tra quartieri differenti per reddito e composizione sociale e classi di età, un MMG può aspettarsi di avere tra i propri assistiti dai 200 ai 400 fumatori.

È stato calcolato che in un anno il MMG vede circa il 70% degli assistiti: dovrebbe quindi contattare dai 150 ai 350 fumatori (in realtà i fumatori ricorrono al MMG con maggiore frequenza dei non fumatori).

Calcolando che la percentuale di fumatori che in Italia desidera smettere è di circa il 40%, potrà assistere dai 50 ai 100 fumatori/anno.

A tutti costoro il MMG dovrà fornire assistenza come specificato successivamente, in modo graduato, rispetto alla necessità e volontà del singolo paziente e alla priorità assegnata dal MMG all'intervento (Invernizzi & Nardini, 2002).

1.2. Linee Guida e Raccomandazioni per l'intervento antifumo

L'intervento clinico minimo di efficacia provata e raccomandato nelle principali Linee Guida prodotte da organismi nazionali di diversi paesi europei ed extraeuropei è quello noto con la sigla delle "5 A: ASK, ASSESS, ADVISE, ASSIST, ARRANGE" (Istituto Superiore di Sanità, 2008).

Gli aspetti specifici delle "5 A" sono i seguenti:

1. ASK (chiedere lo stato del fumo per tutti i soggetti adulti. Utilizza il test di Fagerström-Heatherton e coll., 1991 - per valutare il grado di dipendenza dalla nicotina);
2. ASSESS (identificare i fumatori motivati a smettere considerando gli stadi del cambiamento di Prochaska e Di Clemente, 1983: precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione e mantenimento);
3. ADVISE (raccomandare di smettere di fumare, in modo chiaro, forte, personalizzato, supportivo e non confrontazionale, fornendo interventi motivazionali basati su 5 R's - Relevance,

Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition evidenziando la rilevanza dello smettere di fumare, le conseguenze negative del fumo, i benefici dello smettere, le barriere che impediscono lo smettere e la normale realtà di ripetuti tentativi di cessazione);

4. ASSIST (aiutare a smettere utilizzando materiali, counseling e supporto, valutando e aiutando a superare le barriere alla riuscita della cessazione del fumo, offrendo riferimenti per un supporto organizzato e incoraggiando alla terapia con sostituti della nicotina-NRT o con bupropione o con vareniclina);
5. ARRANGE-FOLLOW-UP (pianificare un appropriato follow-up per tutti i fumatori, il primo dopo una settimana dalla cessazione del fumo, il secondo dopo un mese e successivamente durante il primo anno).

In diverse Linee Guida relativamente al trattamento viene suggerito fortemente l'intervento motivazionale (Rollnick, 1994), le cui strategie si basano sul modello degli stadi del cambiamento ideato da Prochaska e Di Clemente (1983):

- precontemplazione: la persona non contempla l'idea di smettere;
- contemplazione: il soggetto è ambivalente, considera il cambiamento e in pari tempo lo rigetta;
- determinazione: la persona apre una finestra di opportunità;
- azione: il soggetto si impegna in azioni concrete volte al conseguimento di un cambiamento;
- mantenimento: consiste nel consolidamento del livello di cambiamento raggiunto;
- ricaduta: è una componente della dipendenza da sostanze.

Per i pazienti poco motivati si possono utilizzare le tecniche di colloquio di Miller e Rollnick (2004), che attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza tra il comportamento presente e gli obiettivi del paziente, fanno in modo che quest'ultimo scelga il percorso riabilitativo responsabilmente, vedendosi come elemento principale del recupero.

Questo si ottiene creando un'atmosfera di sostegno centrata sul paziente (esprimere empatia), stimolando la presa di coscienza dei costi e del disagio psicofisico che il comportamento attuale comporta, così come dei vantaggi percepiti di un ipotetico cambiamento comportamentale (aumentare la frattura interiore), stimolando nel paziente nuove consapevolezze e percezioni di sé, senza imporle (aggirare e utilizzare la resistenza), incoraggiando nel paziente la propria efficacia nel gestire gli eventi, influenzare le scelte, le aspirazioni, i livelli di sforzo, di perseveranza, la resilienza, la vulnerabilità allo stress e in generale la qualità della prestazione (sostenendo l'autoefficacia) (Miller & Rollnick, 2004).

Le Linee Guida clinico-organizzative della Regione Piemonte per la cessazione del fumo di tabacco del 2007 evidenziano in particolare le strategie e l'organizzazione, gli interventi e le categorie particolari di pazienti.

Viene data rilevanza ai medici di famiglia (MdF) e ai Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) nell'assetto organizzativo del sistema assistenziale regionale; in particolare, i CTT effettuano diverse tipologie di intervento: terapia farmacologica, counseling individuale, terapia di gruppo e agopuntura (Regione Piemonte Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, 2007).

È fondamentale tenere presente che l'astensione non rappresenta l'unico obiettivo terapeutico, a questa dovrà essere associata una prevenzione della ricaduta, che consisterà nell'evitare i luoghi dove ci sono altre persone che fumano e nel diminuirne la frequentazione (limitazione della ricaduta) (Ruggiero, 2011).

La presa in carico del fumatore è competenza del MdF, del pediatra di libera scelta (PLS) e dei CTT, che lavorano in modo

integrato nel senso che il MdF, oltre a trattare i casi meno impegnativi in autonomia, opera da filtro per gli accessi ai CTT; il MdF opera un intervento di primo livello generalista, mentre i CTT operano un intervento di secondo livello specialistico, anche decentrato nel territorio.

Il MdF viene a contatto ogni anno con buona parte della popolazione interessata da problemi di tabagismo e questo lo rende una figura strategica nel percorso di disassuefazione dal fumo.

Una volta identificato il soggetto come fumatore attuale il MdF valuterà la motivazione a smettere e, se l'assistito accetta un percorso di cessazione oppure lo richiede egli stesso, dovrebbe accompagnarlo o gestirlo direttamente nelle diverse fasi del percorso oppure indirizzarlo a un CTT. In ogni caso sia il MdF che il PLS dovrebbero effettuare le prime "3A" (ASK, ASSESS, ADVISE) dell'intervento raccomandato dalle Linee Guida e operare in modo che il soggetto motivato prosegua il suo percorso nell'ASSIST, che potrà essere seguita dal MdF stesso o dal CTT.

Il MdF o il PLS dovrebbero seguire direttamente il trattamento, almeno nei casi in cui l'assistito sia al primo tentativo di smettere, anche nella fase di follow-up; mentre i soggetti che abbiano già dei tentativi non riusciti alle spalle, che siano portatori di comorbidità importanti o che preferiscano essere trattati in prima battuta da un centro specialistico, dovrebbero essere inviati al CTT.

Per i soggetti che in prima battuta rifiutano un trattamento per il tabagismo devono essere fatti dei colloqui motivazionali e periodicamente valutati dal MdF con ripetizione del colloquio motivazionale (Regione Piemonte Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, 2007).

1.3. Il programma "Respirare Bene per Vivere Sani": Ambulatorio di Medicina Generale per lo screening della BPCO e per smettere di fumare presso MdGA di Bovolone e UTAP di Zevio

Nel 2009 è stato deliberato dal Direttore Generale dell'Az ULSS 21 di Legnago (Verona) Avv. Daniela Carraro con atto n. 547 del 8 ottobre 2009 il Programma Aziendale Antifumo che prevede: costituzione dell'Organismo Aziendale Antifumo, attuazione di interventi di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari, programma di disassuefazione per operatori sanitari e socio-sanitari con accesso agevolato, rilevazione epidemiologica delle abitudini al fumo tra gli operatori sanitari e socio-sanitari e coordinamento con i MMG e i PLS (Manzato & Biasin, 2008).

Successivamente nel 2010, a seguito dell'avvio del protocollo di coordinamento tra l'unità di MdGA (Medicina di Gruppo Avanzata-Centro di Medicina Generale "Daniele Giraldi") di Bovolone (Verona) e L'UTAP (Unità Territoriale di Assistenza Primaria) di Zevio (Verona) e l'Ambulatorio per Smettere di Fumare del SER.D di Zevio, viene attivato un programma di screening della BPCO (Broncopneumopatia cronica ostruttiva) e per smettere di fumare presso le 2 unità di medicina generale.

Tale programma "Respirare Bene per Vivere Sani" è stato deliberato dal Direttore Generale dell'Az ULSS 21 di Legnago (Verona) Avv. Daniela Carraro con atto n. 53 del 4 febbraio 2010 e prevede un corrispettivo economico di Euro 50,00 per caso arruolato (comprese le spese per il materiale utilizzato).

Il programma "Respirare Bene per Vivere Sani", da attuarsi presso le 2 unità di medicina generale, è stato costruito tenendo pre-

sentì le raccomandazioni cliniche e le indicazioni operative delle Linee Guida internazionali e italiane e le azioni specifiche individuate dalle delibere della Giunta Regionale (DGR) della Regione del Veneto che si sono succedute a partire dal 2001.

In particolare sono stati recepiti: la promozione di stili di vita sani alternativi al fumo di tabacco, il ruolo dell'assistenza primaria con attività di prevenzione dell'abitudine al fumo, di counseling e trattamento, i due livelli di disassuefazione, con il primo livello di intervento breve fornibile in particolare da parte dei MMG e il secondo livello di intervento specialistico fornibile dagli ambulatori specialistici di II livello coordinati con i MMG, lo sviluppo della rete tra i servizi aziendali a vario titolo impegnati nella prevenzione e nella lotta al tabagismo e il coordinamento con i MMG.

Nel programma "Respirare Bene per Vivere Sani" l'organizzazione operativa dell'ambulatorio di medicina generale prevede che venga svolta attività di screening per BPCO sia sulla popolazione ultraquarantacinquenne (over 45) che inferiore ai quarantacinque anni (under 45) e per quanto riguarda l'abitudine al fumo è previsto un intervento di disassuefazione dal fumo mediante attività di informazione, counseling breve, terapia di disassuefazione, prevenzione delle ricadute o eventuale invio all'Ambulatorio per Smettere di Fumare di II livello, a seconda delle caratteristiche cliniche e delle necessità terapeutiche del soggetto fumatore (Manzato & Biasin, 2010).

I soggetti che sono considerati di competenza specifica e di cui devono occuparsi il MMG e i PLS secondo le raccomandazioni cliniche e le Linee Guida attuali appartengono a quattro gruppi di popolazione:

1. soggetti a rischio di iniziare a fumare;
2. fumatori attivi;
3. non fumatori esposti al fumo passivo;
4. ex fumatori a rischio di recidiva.

I MMG e i PLS inoltre partecipano alle iniziative di informazione e sensibilizzazione per la popolazione generale promosse e coordinate dall'Ambulatorio per Smettere di Fumare del Ser.D di Zevio (Verona) (Manzato & Biasin, 2010).

Le fasi organizzative del programma sono costituite da:

1. coordinamento delle 2 unità di medicina generale con l'Ambulatorio per Smettere di Fumare del Ser.D. di Zevio competente per tutto il territorio dell'Az ULSS 21 e coordinamento con l'Unità Operativa Complessa Cure Primarie del Dipartimento Distretto;
2. preparazione dei partecipanti al progetto con un corso di formazione per i MMG (svolto in la edizione nel 2009 e in IIa edizione nel 2010 sulle tematiche inerenti la dipendenza da nicotina e la gestione operativa dei soggetti tabagisti, con particolare attenzione alla diagnosi, alla disassuefazione con terapia farmacologica e interventi psico-comportamentali, alla prevenzione delle ricadute e al follow-up);
3. gestione operativa del programma di screening per BPCO e per abitudine al fumo;
4. valutazione periodica e finale.

Le azioni nell'ambulatorio di medicina generale sono:

- screening e trattamento della dipendenza da nicotina (pazienti under 45);
- screening della BPCO e screening e trattamento della dipendenza da nicotina (pazienti over 45).

Gli interventi attuati dai MMG e dai PLS riguardano lo screening, l'informazione, il counseling, la terapia farmacologica di disassuefazione e di prevenzione della ricaduta e l'eventuale invio all'Ambulatorio per Smettere di Fumare.

In particolare, nel corso della normale attività ambulatoriale i MMG suddividono i pazienti arruolati in over 45 e under 45 (Manzato & Biasin, 2010).

Le azioni si svolgono su due livelli paralleli nelle due classi di età:

- negli under 45 viene effettuata la misurazione dei parametri strettamente legati al fumo (misurazione del monossido di carbonio-CO, visita medica e questionario sull'abitudine al fumo), con l'obiettivo di riduzione o cessazione dell'abitudine al fumo;
- negli over 45, oltre alla misurazione dei parametri strettamente legati al fumo, come sopra, si procede a uno screening della BPCO tramite un questionario breve validato per autovalutazione e, nei soggetti positivi a 3 domande del questionario, all'esecuzione di una spirometria semplice in ambulatorio dedicato.

Per tutti i pazienti il MMG annota nella cartella tabaccologica se sono presenti le seguenti patologie: diabete, neoplasie, cardiovasculopatia, ipertensione, obesità e dislipidemia (Allegato 1 e 2). I destinatari del programma di screening per BPCO e per smettere di fumare sono i pazienti over 45 e under 45.

Per gli under 45 la procedura clinica prevede inizialmente di domandare se i soggetti sono fumatori o non fumatori e nel caso di risposta positiva è prevista una successiva domanda: se tali soggetti hanno mai pensato concretamente di smettere.

In caso di risposta negativa e se il paziente tende a chiudere il discorso sull'abitudine al fumo non si procede oltre dando solo un avvertimento breve sui danni potenziali del fumo.

Se il paziente risponde positivamente si procede a una rapida valutazione della motivazione a smettere.

Se la motivazione permette l'intervento, dopo aver chiesto al paziente il consenso, si procede con test di Fagerström (Heatherston e coll., 1991) e counseling breve secondo le "5 A".

Nel caso di dipendenza fisica, con test di Fagerström superiore a 3, è prevista la prescrizione di farmaci specifici (sostitutivi della nicotina NRT o bupropione o vareniclina).

Dopo la prima visita si programma un controllo a distanza di circa 20 giorni, dando al paziente anche la possibilità di un contatto diretto anticipato in caso di problemi (cellulare del medico) (Allegato 1).

Infine viene programmato un follow-up con counseling breve, misurazione di CO a 6 e 12 mesi.

Nel caso di precedenti fallimenti, fallimento del counseling breve per dipendenza fisica grave, per patologie psichiatriche associate o altro, a discrezione del medico e su consenso del paziente, si effettua l'invio all'Ambulatorio per Smettere di Fumare del Ser.D. di Zevio (Verona).

Per gli over 45 la procedura clinica prevede inizialmente di somministrare un questionario breve autovalutativo per la BPCO (Allegato 2) e una domanda specifica sulle abitudini del fumo come per gli under 45.

In caso di positività, con 3 o più al test autovalutativo, dopo aver informato il paziente dei rischi e con suo consenso si programma una spirometria da eseguirsi in ambulatorio dedicato; nel caso di fumatori si effettua un counseling breve secondo la metodologia descritta sopra.

In caso di test negativo per BPCO, ma positività per il fumo si procede secondo la metodologia descritta sopra in ambulatorio non dedicato dopo aver richiesto il consenso del paziente (Allegato 2) viene inoltre programmato un follow-up con richiamo telefonico a 6 e 12 mesi.

Anche negli over 45 si invierà all'Ambulatorio per Smettere di Fumare del Ser.D. di Zevio nei casi con le caratteristiche cliniche descritte sopra.

2. Risultati - Discussione

2.1. Analisi dei dati dello studio

Questo lavoro si propone di analizzare i dati clinici raccolti al termine del programma "Respirare Bene per Vivere Sani", considerando attentamente le criticità incontrate dagli operatori durante la realizzazione del progetto (durata di 2 anni da febbraio 2010 a febbraio 2012).

L'attuazione della ricerca scientifica in medicina generale risulta infatti spesso complessa per la molteplicità delle attività che è chiamato a svolgere il medico.

La realizzazione di un programma di screening e di intervento di disassuefazione dal fumo richiede un'attenta pianificazione delle attività da svolgere e la collaborazione di figure professionali di supporto.

Per l'analisi delle criticità legate alla realizzazione del progetto si è scelto di costruire un questionario di 7 domande (Allegato 3) da somministrare a tutti i MMG e PLS che in un primo tempo avevano aderito al programma.

L'obiettivo di tale questionario è stato quello di comprendere le cause che hanno spinto alcuni medici a rinunciare al progetto, le difficoltà incontrate da coloro che hanno raccolto i dati clinici e i possibili miglioramenti attuabili per un eventuale futuro proseguimento del progetto.

Il numero limitato di soggetti trattati consente di fare solo considerazioni preliminari sugli esiti dell'intervento di disassuefazione dal fumo svolto dai MMG.

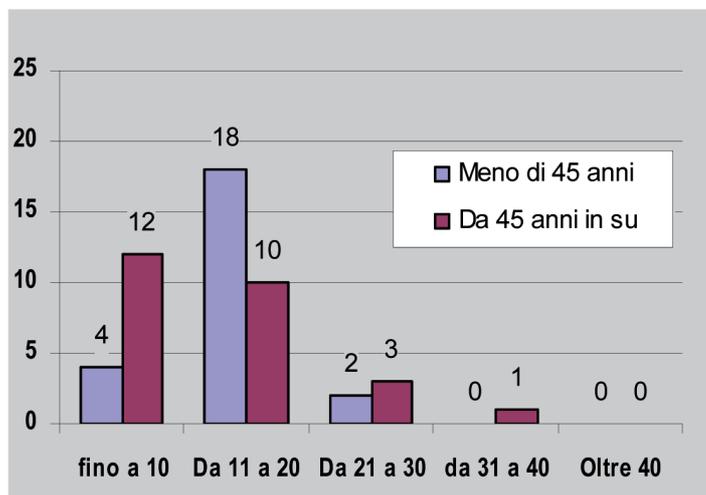
Relativamente alle caratteristiche socio-demografiche i casi raccolti a partire da febbraio 2010 fino a febbraio 2012 sono in totale 50, egualmente distribuiti tra maschi e femmine, 24 soggetti (48%) under 45 anni e 26 (52%) over 45 anni.

Per quanto riguarda il dato relativo al numero di sigarette fumate al giorno il 56% dei soggetti risulta fumare tra 11 e 20 sigarette al dì, il 32% fino a 10 sigarette, il 10% tra 21 e 30 e il 2% tra 31 e 40; i soggetti al di sotto dei 45 anni fumano prevalentemente tra le 11 e 20 sigarette al dì e solo un soggetto oltre i 45 anni ne fuma tra 31 e 40 sigarette (graf. 1).

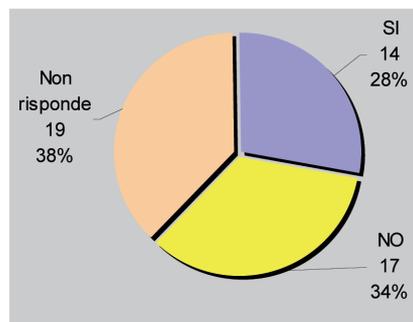
Il 26% dei pazienti fuma da meno di 10 anni, il 24% da 11 a 20 anni, il 22% da 21 a 30 anni, il 14% da 31 a 40 e il 14% da più di 40 anni.

La maggior parte dei soggetti ha un'occupazione stabile (60%) o è pensionato, invalido o casalinga (32%).

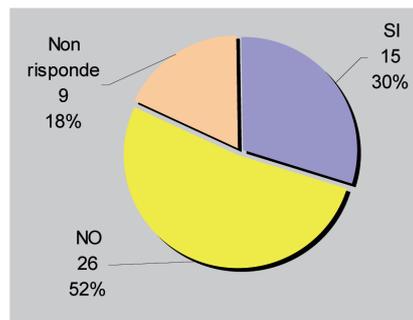
Graf. 1 - Numero di sigarette fumate al giorno



Graf. 2 - Presenza di fumatori nell'ambiente di lavoro



Graf. 3 - Presenza di fumatori tra i conviventi



Più della metà dei soggetti ha ottenuto la licenza media inferiore (52%), il 18% possiede un diploma, il 18% la licenza elementare e il 12% una laurea.

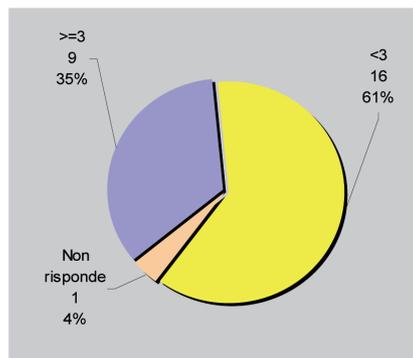
Per quanto riguarda le abitudini alimentari solo il 4% non fa uso di caffè, mentre il 52% assume tra i 2 e 3 caffè al dì, il 24% 4 o 5 caffè, il 12% un solo caffè, l'8% più di 5 caffè al dì.

Il consumo di alcol viene riferito dal 32% dei soggetti.

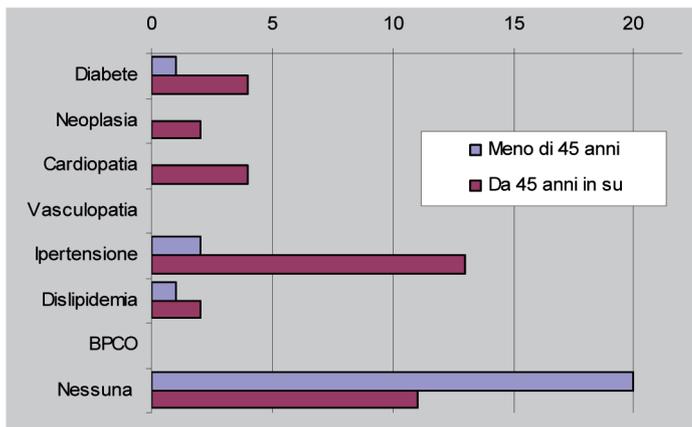
Relativamente alla presenza di fumatori tra i conviventi e nell'ambiente di lavoro si evidenzia che il 40% dei soggetti svolge la propria occupazione in ambiente non libero dal fumo e che il 35% dei soggetti ha dei conviventi fumatori, circostanze che rendono più difficile liberarsi della dipendenza tabagica (graf. 2 e 3).

Osservando i dati relativi alle patologie associate emerge immediatamente l'assenza di diagnosi di BPCO sia tra i soggetti under 45 che over 45, dato che conferma quanto questa patologia sia spesso sottovalutata e diagnosticata tardivamente. Si sottolinea inoltre il fatto che al breve test di screening validato per la BPCO eseguito sui soggetti over 45, il 35% di essi sia risultato positivo con conseguente indicazione all'esecuzione di una spirometria (graf. 4).

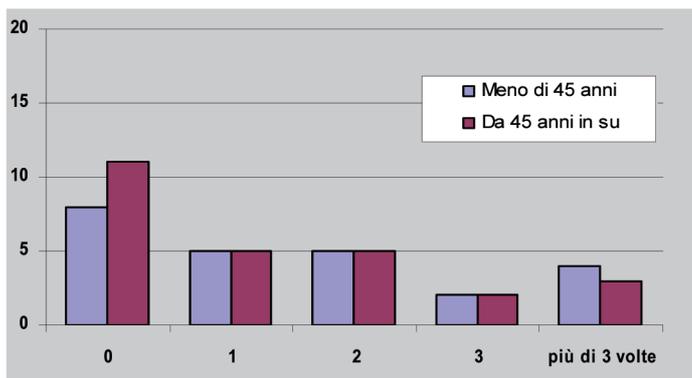
Graf. 4 - Screening BPCO



Graf. 5 - Patologie associate



Graf. 6 - Numero di tentativi di smettere di fumare



Tra i soggetti under 45, l'84% non presenta alcuna patologia, l'8% è affetto da ipertensione arteriosa e il 4% da diabete o dislipidemia.

La metà dei soggetti over 45 è affetta da ipertensione arteriosa, per la quale il fumo è considerato un importante fattore di rischio, il 15% è affetto da diabete, il 15% da cardiopatia, l'8% da neoplasia e l'8% da dislipidemia (graf. 5).

Per quanto riguarda i tentativi di smettere di fumare, il 62% dei soggetti afferma di aver provato almeno una volta, in specifico il 20% dei soggetti "una volta", il 20% "due volte", l'8% "tre volte" e il 14% "più di tre volte" (graf. 6).

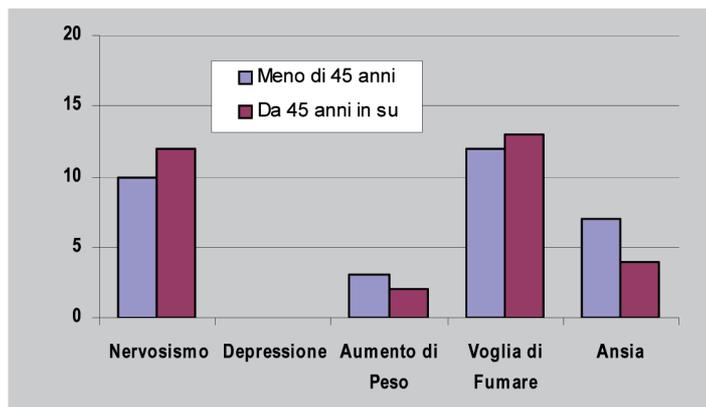
Tuttavia solo il 10% di essi ha utilizzato farmaci anti-fumo, dimostrando come tali strumenti terapeutici di buona efficacia siano spesso poco conosciuti.

Per quanto riguarda le difficoltà incontrate durante i tentativi di smettere, la più frequente è la voglia di fumare, riscontrata nell'81% dei soggetti, quindi il nervosismo (71%), l'ansia (35%) e l'aumento di peso (16%) (graf. 7).

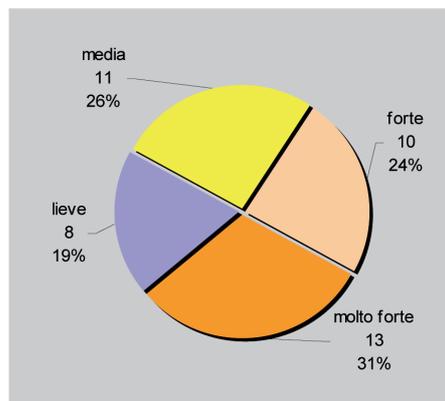
La valutazione del grado di dipendenza da nicotina eseguita mediante il test di Fagerström (Heatherton e coll., 1991) evidenzia che più della metà dei soggetti (55%) presenta dipendenza forte o molto forte, media dipendenza nel 26% e lieve dipendenza nel 19% (graf. 8).

L'analisi delle fasi di motivazione dei percorsi fatti dai singoli pazienti seguiti con counseling successivi evidenzia che i soggetti under 45 hanno avuto una progressione nelle fasi motivazionali più lineare, passando gradualmente da una fase all'altra. Di questi soggetti, 5 hanno concordato la data di cessazione fumo e sono stati poi seguiti con follow-up a 20 gg, 3, 6 e 12 mesi.

Graf. 7 - Difficoltà incontrate nello smettere di fumare



Graf. 8 - Grado di dipendenza (Test di Fagerström)



I percorsi dei pazienti over 45 anni appaiono più complessi, con passaggi non graduali tra le fasi motivazionali e si comprende come i counseling vengano più facilmente abbandonati o esitano in ricaduta.

Nello specifico, degli 8 pazienti nella fase iniziale di pre-contemplazione, si può osservare una progressione nella motivazione verso l'azione, con l'individuazione di una data di cessazione del fumo in 1 caso che è poi esitato in ricaduta al follow-up dei 6 mesi.

Tra i 3 soggetti nella fase iniziale di contemplazione, 1 soltanto ha mostrato una progressione verso la determinazione.

Degli 8 soggetti nella fase iniziale di determinazione, 4 hanno mostrato una progressione verso l'azione, 2 hanno cessato il fumo risultando astinenti ai follow-up rispettivamente di 20 giorni e fino a 12 mesi.

Per quanto riguarda i 6 soggetti nella fase iniziale di azione, 2 hanno scelto una data di cessazione del fumo, di questi 1 è risultato astinente a follow-up successivi fino a 12 mesi, mentre l'altro fino a 3 mesi con successiva ricaduta.

In complesso su 50 fumatori gestiti 3 (6%) sono risultati astinenti a 12 mesi, 2 reclutati in fase di determinazione secondo il modello degli stadi del cambiamento ideato da Prochaska & Di Clemente (1983) e 1 reclutato in fase di azione.

2.2. Analisi delle criticità dello studio

Si è deciso di analizzare inoltre mediante un questionario (Allegato 3) le motivazioni che hanno spinto ciascun medico ad ade-

Graf. 9 - Motivazioni all'adesione al progetto

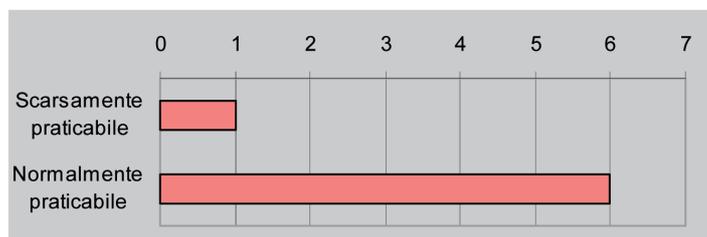


rire al progetto, le difficoltà incontrate e le criticità del programma stesso, in modo da comprendere più a fondo ciò che ha reso di difficile la sua applicazione.

Tra i motivi che hanno spinto i medici ad aderire al progetto i più frequenti sono stati: "interesse per l'argomento" (5 medici su 7), "possibilità di aiutare le persone a smettere di fumare" (5 medici su 7), "possibilità di collaborazione con l'Ambulatorio per Smettere di Fumare di Zevio" (4 medici su 7); inoltre hanno risposto: "possibilità di collaborazione con i colleghi" (2 medici su 7), "possibilità di remunerazione economica" (2 medici su 7), "buona pubblicità del progetto" (2 medici su 7) e "desiderio di allargare le competenze professionali del medico" (1 medico su 7) (graf. 9).

Alla domanda sulla praticabilità del progetto al momento dell'adesione 6 medici su 7 hanno risposto "normalmente praticabile" mentre un solo medico lo considerava "scarsamente praticabile" (graf. 10).

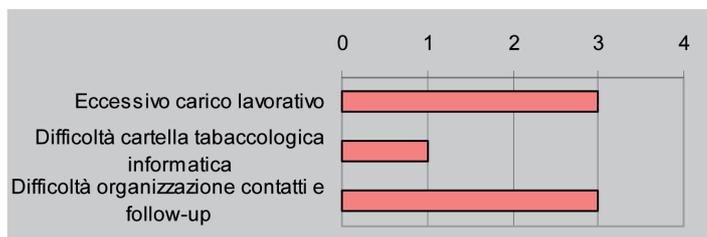
Graf. 10 - Praticabilità iniziale del progetto



Dei 7 medici ai quali è stato somministrato il questionario (5 MMG e 2 PLS) 3 hanno partecipato alla raccolta dati del progetto mentre 4 non hanno aderito.

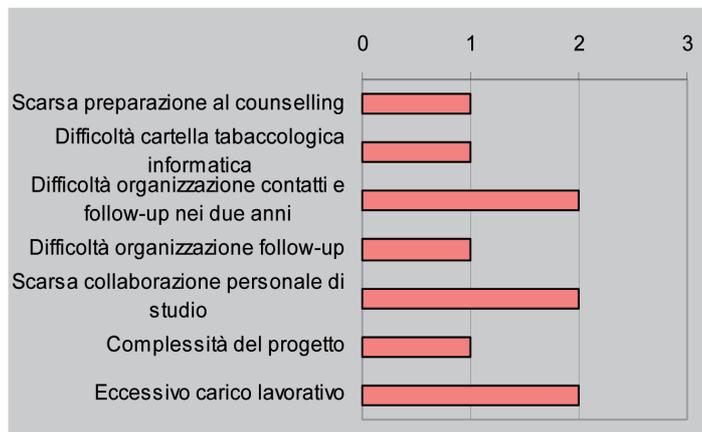
Tra questi ultimi alla domanda "quali motivi l'hanno spinto a non partecipare alla raccolta dati?" le risposte più frequenti sono state: "eccessivo carico lavorativo" (3 medici su 4), "difficoltà nell'organizzazione dei contatti e dei follow-up dei pazienti" (3 medici su 4) e "difficoltà nell'utilizzo della cartella tabaccologica informatica" (1 medico su 4) (graf. 11).

Graf. 11 - Motivi non partecipanti raccolta dati



Alla domanda "quali difficoltà ha incontrato nella raccolta dei dati?", alla quale hanno risposto i 3 medici coinvolti, 2 su 3 hanno riferito: "difficoltà nell'organizzazione dei contatti con tutti i pazienti nell'arco dei 2 anni di durata dello studio", "scarsa collaborazione strutturata da parte di segretarie/infermiere nella raccolta dati" ed "eccessivo carico lavorativo"; mentre 1 medico su 3 ha riferito "scarsa preparazione personale per esecuzione counseling", "difficoltà nell'uso della cartella tabaccologica informatica", "difficoltà nell'organizzare il follow-up" e "complessità del progetto" (graf. 12).

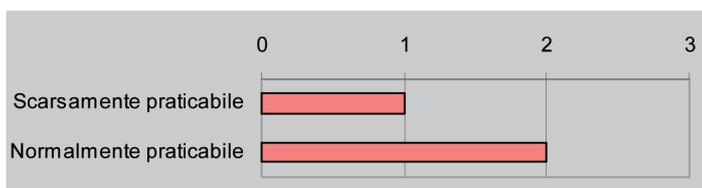
Graf. 12 - Difficoltà raccolta dati



Alla domanda sulla praticabilità del progetto al termine dei lavori 2 medici su 3 hanno risposto "normalmente praticabile" mentre un medico lo considera "scarsamente praticabile" (graf. 13).

A tale proposito va sottolineata che la motivazione per un'eventuale prosecuzione dello studio è presente in 2 medici su 7.

Graf. 13 - Praticabilità finale



Circa le fasi critiche del progetto quella che è risultata più significativa è stata la programmazione strutturata dei contatti e dei follow-up dei pazienti con la collaborazione del personale di studio, criticità individuata anche da coloro che non hanno partecipato alla raccolta dati, evidenziando come la realizzazione di un progetto così complesso non potesse prescindere da un'adeguata pianificazione delle azioni.

Infatti 3 medici su 7 hanno individuato come momento critico "l'organizzazione strutturata della raccolta dati e follow-up da parte del solo medico", ribadendo quanto sia difficile, considerato anche il carico lavorativo, portare avanti un'azione di counseling senza supporto di altre figure professionali in completa autonomia.

Un solo medico ha valutato la propria preparazione personale per l'esecuzione del counseling come fase da migliorare (graf. 14).

Graf. 14 - Criticità



A questo proposito va sottolineato come il modello attuale prevalente di accesso alla medicina generale conosciuto come “medicina d’opportunità”, non permetta di eseguire un programma di screening, in quanto difficilmente tutti i pazienti accedono all’ambulatorio in un tempo di 2 anni come quello della durata dello studio.

Si comprende quindi come sia necessario organizzare gli incontri con i pazienti fumatori secondo un modello di “medicina di iniziativa”, nel quale figure professionali diverse (medico, infermiere e assistente di studio) svolgano il proprio ruolo di coordinamento clinico e gestione terapeutica, garantendo al paziente un intervento adeguato.

3. Conclusioni

3.1. I dati clinici del progetto

Il numero limitato di soggetti trattati consente di fare solo considerazioni preliminari sugli esiti dell’intervento di disassuefazione dal fumo svolto dai MMG delle 2 unità di medicina generale e non è possibile effettuare un confronto con la letteratura; comunque i pazienti seguiti nello studio rappresentano una fotografia della popolazione seguita dai MMG. Inoltre l’obiettivo iniziale, che prevedeva un’azione di screening sulla popolazione dei MMG coinvolti nel progetto, non è stato raggiunto in quanto nell’arco di tempo della durata dello studio non sono stati contattati tutti i pazienti iscritti nelle lista presso tali MMG.

Il fatto che il 35% dei soggetti over 45 sia risultato positivo al test per la BPCO, che il 50% soffra di ipertensione e il 15% di cardiopatia, per le quali il fumo è considerato un importante fattore di rischio, conferma l’importanza di trovare strategie per aiutare quanti più fumatori possibili a liberarsi da tale dipendenza che, misurata con il test di Fageström, è risultata forte o molto forte nel 55% dei soggetti.

Nonostante l’alta percentuale di forte dipendenza tra i soggetti che hanno tentato di smettere di fumare (62% dei soggetti ha tentato di smettere di fumare almeno una volta, in specifico il 20% una volta, il 20% due volte, l’8% tre volte e il 14% più di tre volte) solo il 10% ha utilizzato farmaci anti-fumo per la disassuefazione.

Questo, assieme al grado di dipendenza forte o molto forte presente nel 55% dei soggetti, giustifica le difficoltà maggiormente incontrate: craving per il fumo nell’81%, nervosismo nel 71%, ansia nel 35% e aumento di peso nel 16%.

Alla luce di queste considerazioni cliniche è auspicabile un utilizzo maggiore dei farmaci anti-fumo nei pazienti con caratteristiche cliniche specifiche, come la dipendenza da nicotina di grado da medio a molto forte e con storia di precedenti tentativi falliti di disassuefazione.

Complessivamente tra i 50 fumatori gestiti nel progetto, 3 (6%) sono risultati astinenti a 12 mesi.

Con l’intervento di minimal advise solitamente la percentuale di astensione dal fumo a 12 mesi è di circa il 5-10%.

Tale successo limitato dell’intervento di disassuefazione dal fumo attuato dai MMG delle due unità territoriali di medicina generale è apparso associato anche alle difficoltà organizzativo-gestionali di attuazione del progetto, come sotto specificato.

3.2. Gli aspetti gestionali e organizzativi del progetto

Infatti per quanto riguarda gli aspetti gestionali e organizzativi, tra le fasi critiche del progetto, quella che è risultata più significativa per tutti i medici, anche per quelli che non hanno partecipato alla raccolta dei dati clinici dei pazienti trattati, è stata la programmazione strutturata dei contatti e follow-up dei pazienti con la collaborazione del personale di studio; 3 medici su 7 hanno individuato come momento critico “l’organizzazione strutturata della raccolta dati e follow-up da parte del solo medico”.

Ciò ha evidenziato come sia difficile per il MMG o il PLS, considerato il carico lavorativo nell’attuale pratica di “medicina d’opportunità”, portare avanti un’azione di counseling senza il supporto di altre figure professionali e come sia impraticabile realizzare un progetto così complesso prescindendo da un’adeguata pianificazione delle azioni.

Pertanto è possibile sottolineare come, all’inizio del progetto, sarebbe stata opportuna un’attenta analisi dei punti di forza e di debolezza interni ed esterni al gruppo di lavoro dei MMG e dei PLS in modo da comprendere quali strategie applicare per raggiungere gli obiettivi progettuali prefissati.

A tale proposito un modello utilizzabile poteva essere quello proposto dalla matrice SWOT (Casebeer, 1993) che prevede la valutazione delle seguenti variabili:

Punti di forza: caratteristiche dell’organizzazione che sono utili a raggiungere l’obiettivo:

1. possibilità di contattare un elevato numero di pazienti nell’ambulatorio di MMG;
2. addestramento dei MMG sull’argomento;
3. motivazione dei MMG partecipanti.

Punti di debolezza: caratteristiche dell’organizzazione che sono dannose per raggiungere l’obiettivo:

1. “medicina d’opportunità”;
2. scarso numero di medici partecipanti con perdita della motivazione;
3. assenza di un piano di lavoro per poter contattare tutti i pazienti nei 2 anni di studio;
4. assenza di un piano di lavoro per programmare i follow-up a distanza;
5. assenza di collaborazione strutturata da parte di segretarie/infermiere nella raccolta dati clinici.

Opportunità: condizioni esterne che sono utili a raggiungere l’obiettivo:

1. buona pubblicità del progetto;
2. possibilità di finanziamento economico;
3. disponibilità di spirometro e misuratore CO;
4. appoggio del Centro Antifumo dell’Azienda ULSS per la gestione dei casi difficili.

Rischi: condizioni esterne che potrebbero recare danni alla performance:

1. difficoltà nell’uso della maschera informatica per mancata verifica della compatibilità tra i software in uso;

2. difficoltà nel gestire il materiale cartaceo;
3. mancata verifica durante il percorso dello stato di avanzamento del progetto.

3.3. Prospettive per un'eventuale continuazione del progetto

Alla luce di quanto sopra esposto nell'ottica di una continuazione futura del progetto, riguardo al quale 2 medici su 7 hanno espresso praticabilità e motivazione, sarebbe utile riuscire a coinvolgere un numero maggiore di medici migliorando tali aspetti; a tale riguardo sarebbe auspicabile innanzitutto un'adeguata pianificazione delle azioni organizzative, che preveda la collaborazione del personale di studio (infermiere o assistente di studio) nelle attività del programma, organizzando gli incontri con i pazienti fumatori secondo un modello di "medicina di iniziativa", nel quale figure professionali diverse (medico, infermiere e assistente di studio) svolgano il proprio ruolo di coordinamento clinico e di gestione terapeutica, garantendo al paziente un intervento adeguato.

Durante la prosecuzione del programma saranno anche essenziali verifiche periodiche di équipe per valutare lo stato di avanzamento e le eventuali criticità. Inoltre potrebbe essere efficace l'istituzione di un ambulatorio dedicato all'interno del quale il MMG o il PLS e il personale di studio si possano occupare di contattare e seguire i pazienti nel percorso di disassuefazione dal fumo e collaborare con l'Ambulatorio per Smettere di Fumare del Ser.D.

Infine potrebbe essere molto utile anche un'ulteriore formazione del personale sanitario sulla gestione operativa dei soggetti tabagismi, per migliorare le competenze terapeutiche circa le capacità di aggancio motivazionale dei pazienti (come concordato nella data di smettere di fumare e prosecuzione dell'intervento di cessazione del fumo e del periodo successivo di follow-up) e della loro selezione in base alle caratteristiche cliniche e di gravità della dipendenza da nicotina, così da lavorare con i soggetti con migliori aspettative di outcome positivo e invece da inviare all'Ambulatorio per Smettere di Fumare i pazienti con necessità cliniche più complesse come suggerito dalle Linee Guida della Regione Piemonte (Regione Piemonte Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, 2007).

Bibliografia

Caserbeer A. (1993), "Application of SWOT analysis", *British Journal of Hospital Medicine*, 49: 430-431.

Coultas D.B. (1998), "Health effects of passive smoking. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD: an update", *Thorax*, 53: 381-387.

Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2007), Available from: www.goldcopd.org.

Halbert R.J., Isonaka S., George D., Iqbal A. (2003), "Interpreting COPD prevalence estimates: what is the true burden of disease?", *Chest*, 123: 1684-92.

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

Invernizzi G., Nardini S. (2002), "L'intervento del medico di medicina generale nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore", *Rassegna di Patologia dell'apparato Respiratorio*, 17: 55-70.

Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute (2008), *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*, Roma.

Istituto Superiore di Sanità, Rapporto annuale sul fumo 2012, www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto_annuale_sul_fumo_2012.pdf.

Law M., Tang J.L., Wald N. (1995), "An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking", *Archives of Internal Medicine*, 155: 1933-1941.

Manzato E., Biasin C. (2008), "Il programma di disassuefazione dal fumo per operatori sanitari e socio-sanitari", *Mission*, 28: 7-18.

Manzato E., Biasin C. (2010), "Il programma 'Respirare Bene per Vivere Sani', per lo screening della BPCO e per smettere di fumare", *Mission*, 31: 50-60.

Miller W.R., Rollnick S. (2004), *Il colloquio motivazionale*, Centro Studi Erickson, Trento.

Osservatorio Fumo, Alcol, Droga (OSFAD) (2008), *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo* (aggiornamento 2008).

Pauwels R.A., Rabe K.F. (2004), "Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease", *Lancet*, 364: 613-620.

Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M. (2006), *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*, Oxford University Press (2nd edition revised June 2006), Oxford.

Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1983), "Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 390-395.

Regione Piemonte Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità (2007), *Cessazione del Fumo di Tabacco*, Linee Guida Clinico-organizzative per la Regione Piemonte, Torino.

Rollnick S. (1994), *Il Colloquio Motivazionale. Aumentare la disponibilità al cambiamento. Atti del convegno "Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze" - 1° incontro Genovese sulle Tossicodipendenze*, *Vaso di Pandora*, 2: 53-68.

Ruggiero G. (2011), "La riabilitazione per dipendenza da nicotina", *Dipendenze Patologiche*, 3: 31-34.

Streppel M.T., Boshuizen H.C., Ocké M.C., Kok F.J., Kromhout D. (2007), "Mortality and life expectancy in relation to long-term cigarette, cigar and pipe smoking: the Zutphen Study", *Tobacco Control*, 16: 107-113.

Viegi G., Pedreschi M., Baldacci S., Chiaffi L., Pistelli F., Modena P., Velutini M., Di Pede F., Carozzi L. (1999), "Prevalence rates of respiratory symptoms and diseases in general population samples of North and Central Italy", *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3: 1034-1042.

World Health Organization (WHO) (2002), *Strategy for Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases*, Geneva.

World Health Organization (WHO) (2008), *Top Ten Causes of Death*. Fact sheet n. 310. Geneva. See www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html (last checked 18 August 2010).

Allegato 1. Cartella Clinica Under 45

Respirare bene per vivere sani

ID: N. cartella Data di primo contatto COGNOME NOME

Data di nascita Sesso Scolarità Occupazione Età

Da quanti anni fuma? Quante sigarette mediamente fuma al dì? Quante volte ha smesso di fumare?

Il motivo principale per cui ha smesso di fumare? per motivi economici Da quanto tempo ha smesso di fumare?

Principali problemi durante questi tentativi
 Nervosismo Depressione Aumento di peso Voglia di fumare Ansia

Patologie associate
 Diabete Neoplasia Cardiopatia Vasculopatia Iperensione Dislipidemia BPCO

Uso di farmaci antifumo? Sì No

UsoAlcolici Unità Alcoliche N caffè al dì

Diagnosi per Ansia o Depressione? Sì No

Gravidanza in atto? Sì No Presenza di figli (n.)

Fa attività fisica? Sì No Uso abituale di farmaci Sì No

Nominativo/signa del Medico

Esporta i dati in Excel

Accetta il Counselling? Sì No

Data di STOP al fumo

Follow up a 20 gg <input type="checkbox"/> Astinente <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/>	Follow up a 3 mesi <input type="checkbox"/> Astinente <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/>	Follow up a 6 mesi <input type="checkbox"/> Astinente <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/>	Follow up a 12 mesi <input type="checkbox"/> Astinente <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/>
---	--	--	---

Counselling 1 Data Counselling 2 Data Counselling 3 Data Counselling 4 Data

Stadio Precontemplazione Contemplazione Determinazione Azione Mantenimento Ricaduta

Fagerstrom CO

Record: 1 di 1

Allegato 2. Cartella Clinica Over 45

Respirare bene per vivere sani

ID: N. cartella Data di primo contatto COGNOME NOME

Data di nascita Sesso Scolarità Occupazione Età

Da quanti anni fuma? Quante sigarette mediamente fuma al dì? Quante volte ha smesso di fumare?

Il motivo principale per cui ha smesso di fumare? per motivi economici Da quanto tempo ha smesso di fumare?

Principali problemi durante questi tentativi
 Nervosismo Depressione Aumento di peso Voglia di fumare Ansia

Patologie associate
 Diabete Neoplasia Cardiopatia Vasculopatia Iperensione Dislipidemia BPCO

Uso di farmaci antifumo? Sì No

UsoAlcolici Unità Alcoliche N caffè al dì

Diagnosi per Ansia o Depressione? Sì No

Gravidanza in atto? Sì No Presenza di figli (n.)

Fa attività fisica? Sì No Uso abituale di farmaci Sì No

SCREENING BPCO Punteggio:

TosseFrequente Sì No

Catarro Sì No

Difficoltà di respiro Sì No

E' fumatore o ex fumatore? Sì No

Nominativo/signa del Medico

Esporta i dati in Excel

Accetta il Counselling? Sì No

Data di STOP al fumo

Follow up a 20 gg <input type="checkbox"/> Astinente <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/>	Follow up a 3 mesi <input type="checkbox"/> Astinente <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/>	Follow up a 6 mesi <input type="checkbox"/> Astinente <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/>	Follow up a 12 mesi <input type="checkbox"/> Astinente <input type="checkbox"/> Fuma <input type="checkbox"/>
---	--	--	---

Counselling 1 Data Counselling 2 Data Counselling 3 Data Counselling 4 Data

Stadio Precontemplazione Contemplazione Determinazione Azione Mantenimento Ricaduta

Fagerstrom CO

Spirometria FVC CV Tiffenau

Record: 1 di 1

Allegato 3. Questionario su Motivazioni, Difficoltà e Criticità del Progetto

- 1. Quali motivi l'hanno spinto ad aderire al progetto?** (anche più di una risposta)
 - (1) interesse per l'argomento
 - (2) possibilità di aiutare le persone a smettere di fumare
 - (3) desiderio di allargare le competenze professionali del medico
 - (4) possibilità di collaborazione con i colleghi
 - (5) possibilità di collaborazione con l'Ambulatorio per Smettere di Fumare di Zevio
 - (6) possibilità di remunerazione economica
 - (7) buona pubblicità del progetto
- 2. Come giudicava la praticabilità del progetto quando vi ha aderito?** (una sola risposta)
 - (1) per nulla praticabile
 - (2) scarsamente praticabile
 - (3) normalmente praticabile
 - (4) facilmente praticabile
- 3. Ha partecipato alla Raccolta dati del progetto "Respirare bene per vivere sani?"**
 - (1) sì (rispondi ai quesiti dal n. 5 al n. 7)
 - (2) no (rispondi solo ai quesiti n. 4 e n. 7)
- 4. Quali motivi l'hanno spinto a non partecipare alla raccolta dati?** (anche più di una risposta)
 - (1) scarsa motivazione personale
 - (2) eccessivo carico lavorativo
 - (3) difficoltà nell'utilizzo della cartella tabaccologica informatica
 - (4) difficoltà nella organizzazione dei contatti e dei follow-up dei pazienti
 - (5) scarsa collaborazione strutturata da parte di segretarie/infermiere nella raccolta dati
 - (6) scarsa collaborazione con i colleghi
 - (7) scarsa collaborazione con l'ambulatorio per Smettere di Fumare di Zevio
- 5. Quali difficoltà ha incontrato nella raccolta dei dati?** (anche più di una risposta)
 - (1) scarsa preparazione personale per esecuzione counseling
 - (2) difficoltà nell'uso della cartella tabaccologica informatica
 - (3) difficoltà nella gestione del materiale cartaceo
 - (4) difficoltà nell'organizzazione dei contatti con tutti i pazienti nell'arco dei 2 anni di durata dello studio
 - (5) difficoltà nell'organizzare il follow-up
 - (6) difficoltà di relazione con i pazienti coinvolti
 - (7) scarsa collaborazione strutturata da parte di segretarie/infermiere nella raccolta dati
 - (8) complessità del progetto
 - (9) eccessivo carico lavorativo
 - (10) scarsa collaborazione con i colleghi
 - (11) scarsa collaborazione con l'Ambulatorio per Smettere di Fumare di Zevio
 - (12) nessuna difficoltà
- 6. Come giudica al termine dei lavori la praticabilità del progetto?** (una sola risposta)
 - (1) per nulla praticabile
 - (2) scarsamente praticabile
 - (3) normalmente praticabile
 - (4) facilmente praticabile
- 7. Quali di queste fasi del progetto andrebbero secondo lei riviste per migliorarlo?** (anche più di una risposta)
 - (1) preparazione personale del medico per esecuzione counseling
 - (2) organizzazione strutturata della raccolta dati e follow-up da parte del solo medico
 - (3) organizzazione strutturata della raccolta dati e follow-up con collaborazione da parte del personale
 - (4) maggiore remunerazione economica
 - (5) nessuna delle precedenti

RECENSIONE



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

ATTUALITÀ E INNOVAZIONI NEL TRATTAMENTO CON METADONE

Percorsi diagnostici e terapeutici nei Servizi delle Dipendenze italiani

pp. 304, € 32,00

Editore: FrancoAngeli

Cod. 231.1.52

Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaderni

corso del 2011 e del 2012. Si tratta di casi clinici relativi al percorso diagnostico terapeutico per il trattamento appropriato con metadone e di focus sui giovani consumatori di eroina. Vengono presentate anche esperienze di tipo organizzativo e di rete messe in atto dai Ser.T. in un'ottica di intercettazione precoce dell'utenza e di attenzione a situazioni particolari, quali il policonsumo e le modalità di consumo per via inalatoria. L'utilizzo di strumenti raffinati di diagnosi e monitoraggio, come la scala ODAS, è segno dell'impegno a migliorare in metodologie e qualità l'approccio ai nostri pazienti. Il volume si rivolge a quanti si occupano quotidianamente della cura della dipendenza da eroina, valorizzando temi centrali per i Servizi e coniugando evidenze scientifiche e pratica clinica.

Alfio Lucchini, medico psichiatra, direttore dipartimento dipendenze ASL Milano 2, presidente nazionale FeDerSerD.

Pietro Fausto D'Egidio, medico internista, direttore Ser.T. AUSL Pescara, segretario esecutivo nazionale FeDerSerD.

Felice Nava, medico farmacologo e tossicologo clinico, responsabile sanità penitenziaria ULSS Padova, direttore comitato scientifico nazionale FeDerSerD.

FeDerSerD alla Conferenza Mondiale delle Comunità Terapeutiche

Intervista con Mauro Cibin



Dal 6 al 9 novembre 2012 si è tenuta a Bali (Indonesia) la XXV Conferenza Mondiale delle Comunità terapeutiche. Si tratta di un evento organizzato dalla Federazione Mondiale delle Comunità Terapeutiche (cui aderisce la italiana FICT) che si svolge ogni due anni e che ha come obiettivo fare il punto sulla situazione delle CT nel mondo e permettere lo scambio delle esperienze nei diversi paesi.

La edizione 2012 ha visto la partecipazione di Mauro Cibin, Direttore del Dipartimento per le Dipendenze della Az. Ulss 13 del Veneto (Mirano Venezia) e consulente scientifico di numerosi progetti in Comunità Terapeutica [cfr. www.cocaina-alcol.org/] il quale è stato invitato ad esporre in plenaria la esperienza italiana in tema di collaborazione pubblico/privato sociale.

Cibin, che ha parlato in particolare della progettazione comune di modelli innovativi di trattamento in atto in Italia, ha portato al convegno il saluto di **FeDerSerD**, sottolineando l'impegno della nostra organizzazione per lo sviluppo della collaborazione tra servizi pubblici e Comunità.

Ci è sembrato interessante intervistarlo, per raccogliere le impressioni di un addetto ai lavori "esterno" al movimento delle Comunità Terapeutiche.

Dal 6-10 novembre 2012 si è svolta, a Bali (Indonesia) la Conferenza Mondiale delle Comunità Terapeutiche a cui ha partecipato in qualità di esperto italiano, incontrando molti studiosi ed operatori di diverse nazionalità in materia di dipendenze. Quali sono stati, a suo avviso, gli argomenti più significativi di questa Conferenza?

È la prima volta che partecipo ad un convegno di questo tipo, e sono stato molto colpito dal vedere oltre 600 persone provenienti da tutto il mondo discutere del lavoro in Comunità sia da un punto di vista professionale che da quello umano ed etico. Si è creato un clima di partecipazione e di calore, la sensazione di essere parte di un gruppo. Partecipando alla Conferenza ho scoperto che molti dei problemi delle Comunità terapeutiche in Italia sono presenti anche in altri paesi: la crisi del modello "tradizionale" di Comunità, la ricerca di nuovi programmi che non ne tradiscano lo spirito, le difficoltà nel rapporto col mondo scientifico, le modalità di rapporto con i sistemi sociali e sanitari di assistenza, le modalità di finanziamento.

Il suo intervento alla Conferenza si intitola: "Neuroscienze e Comunità Terapeutiche possono lavorare insieme per il recupero?". Quali sono i passaggi strategici di questa possibile collaborazione?

La collaborazione tra le comunità terapeutiche ed il mondo della ricerca scientifica è ostacolata da una serie di pregiudizi: molti ricercatori pensano che le comunità terapeutiche siano poco attente alla applicazione delle evidenze scientifiche, alla validazione dei risultati, alle differenze individuali tra pazienti. D'altro canto molte Comunità vedono con diffidenza gli approcci scientifici, ritenendo che essi diano troppo poca importanza alla volontà personale, alla famiglia, ai fattori spirituali, enfatizzando eccessivamente il ruolo dei farmaci.

È necessario superare questi pregiudizi attraverso il lavoro comune, su un piano di parità e di collaborazione.

Il mio intervento al Convegno si è basato sulla esperienza che ho acquisito progettando e realizzando a Mestre il programma "Villa Soranzo": una comunità terapeutica breve che nasce dalla collaborazione tra il Ceis don Milani ed il Dipartimento per le Dipendenze dell'Az. Ulss 13 del Veneto.

In che modo Villa Soranzo riesce ad applicare concetti scientificamente innovativi in Comunità terapeutica?

I tre concetti chiave sono:

- la tipologia di Cloniger, che ci permette di aggregare le persone con Dipendenza non più sulla base della sostanza usata, ma di caratteristiche biologiche e psicologiche, e quindi di costruire dei programmi terapeutici specifici;
- i trattamenti posttraumatici, cioè approcci psicoterapici nati per curare il Disturbo posttraumatico da stress che si rivelano assai utili anche nelle Dipendenze tipo I;

- la neuroplasticità, concetto centrale per costruire programmi specifici per Dipendenze tipo II.

La applicazione di questi concetti nella pratica della Comunità Terapeutica ha permesso di costruire programmi terapeutici innovativi i cui risultati sono continuamente monitorati attraverso il follow up dei pazienti dimessi: il "Modello Soranzo" si sta diffondendo attraverso la nostra collaborazione con CT e Ser.T.

Come affrontano il problema delle dipendenze a livello mondiale gli esperti delle diverse nazionalità?

È un panorama estremamente differenziato: andiamo da situazioni come quella italiana e di altri paesi europei, in cui il ruolo delle CT è consolidato come parte dei sistemi di trattamento delle Dipendenze, a paesi in cui le Comunità svolgono un ruolo di "supplenza" di carenze istituzionali, a situazioni in cui le Comunità sono quasi l'unico intervento possibile a fronte del disagio sociale diffuso.

Da questo punto di vista è interessante il caso dell'Indonesia, paese ospitante del Convegno, dove a fronte di una forte crescita economica stanno crescendo i problemi sociali e sanitari tipici dello sviluppo, tra i quali la diffusione delle droghe.

In questo paese si sta sviluppando una importante azione sinergica tra il Governo e le Comunità terapeutiche, con ottimi risultati.

E l'Italia rispetto a tali argomenti a che punto è?

Direi che l'Italia è tra i paesi in cui tale dibattito è più vivace e in cui si stanno sperimentando soluzioni avanzate; la collaborazione pubblico/privato sociale che caratterizza il modello italiano è oggetto di grande interesse. Anche il fatto che FeDerSerD, pur nata come società scientifica dei professionisti dei servizi pubblici, collabori con le Comunità ed abbia al suo interno esponenti delle Comunità è stato visto con molto interesse: si tratta di una situazione che potrebbe essere "esportata" in altre realtà, quale quella statunitense, caratterizzata da una netta separazione dei modelli di intervento.

Se dovesse aggiungere altro cosa direbbe, cosa le è rimasto di questa esperienza?

Mi è rimasta la sensazione che le proposte che stiamo sviluppando nel veneziano si collochino al centro dell'attuale dibattito, e che la loro applicazione in realtà diverse possa contribuire a far evolvere il modello terapeutico delle comunità senza tradirne lo spirito.

IX premio nazionale FeDerSerD

La diagnosi di gravità nei pazienti in cura con metadone

La diagnosi di gravità nei pazienti eroinomani è al centro delle riflessioni degli operatori e della interpretazione dei dati delle principali ricerche scientifiche.

Siamo ormai consapevoli dei limiti non solo del DSM IV ma anche dell'ICD 9 e dell'ICD 10 a tal riguardo. Siamo ancora alla ricerca di un percorso diagnostico utile per una diagnosi più raffinata della patologia che curiamo.

Solo partendo da una diagnosi di gravità della patologia da eroina possiamo porre in essere interventi terapeutici più efficaci; rispondendo a domande del tipo:

- Perché lo stesso programma di cura produce risultati così diversi?
- Abbiamo indicatori che ci aiutano a predire i risultati delle nostre cure?
- Quali indicatori ci guidano nel personalizzare i programmi di cura?
- Quali percorsi di valutazione ci guidano per riconsiderare il nostro lavoro nell'ottica del miglioramento continuo?

FeDerSerD indice per l'anno 2013 il IX premio nazionale su

"La diagnosi di gravità nei pazienti in cura con metadone".

Il premio si articola in due settori: settore A e settore B.

Nel **settore A** si promuove la *raccolta di casi clinici* centrata sugli aspetti e sugli strumenti diagnostici e sulla valutazione di gravità della condizione clinica dei pazienti in cura con metadone.

Questa raccolta ha come obiettivo quello di valorizzare la esperienza dei servizi e dei centri di cura.

Nello specifico i lavori esamineranno:

- la peculiarità del caso o della casistica presentati;
- l'attenzione anche a situazioni specifiche quali policonsumo e/o modalità di consumo per via inalatoria;
- gli strumenti diagnostici e terapeutici utilizzati;

Nel **settore B** si accoglieranno *ricerche scientifiche* che abbiano come oggetto il tema del premio.

Saranno valorizzate le ricerche tendenti a individuare il più efficace percorso diagnostico, gli elementi da porre in evidenza per una diagnosi di gravità che si esprima con un indicatore (come ad esempio la classe NYHA per lo scompenso cardiaco congestizio o l'asse V del DSM IV).

L'elaborato di cui al settore A dovrà avere una lunghezza di 8-14 mila battute, oltre ad eventuali 2-4 tabelle e/o grafici.

L'elaborato di cui al settore B potrà avere una lunghezza fino a 20.000 battute e fino a n. 10 tabelle e/o grafici.

Tutti i lavori inviati saranno pubblicati in un volume con evidenza di tutti gli autori partecipanti e segnalati.

È ammessa la partecipazione fino a 4 lavori per ciascuno autore.

Una commissione composta da membri del Comitato Scientifico Nazionale di FeDerSerD selezionerà 5 lavori di cui 2 del settore A e 3 del settore B a cui sarà assegnato un premio di 2.000,00 euro ciascuno. Il giudizio è insindacabile.

Le premiazioni avverranno nel corso del congresso nazionale che FeDerSerD terrà a Roma dal 22 al 25 ottobre 2013.

I lavori devono pervenire entro il 20 settembre 2013 all'indirizzo e-mail federserd@expoint.it.



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

V Congresso Nazionale FeDerSerD La società dipendente

Il sistema di competenze e responsabilità per comprendere, decidere e agire

Roma, 22-23-24-25 ottobre 2013

22 ottobre 2013 - ore 16.00-19.30
Cerimonia di inaugurazione
Sede istituzionale

23-24-25 ottobre 2013
Lavori congressuali
Sheraton Roma Hotel & Conference Center

Per Informazioni
Segreteria Nazionale FeDerSerD
Expopoint - Organizzazione Congressi Eventi
Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co
telefono 031 748814 - fax 031 751525 - email federserd@expopoint.it



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini †

Direttivo Nazionale

Alfio Lucchini (presidente nazionale)
Guido Faillace (vicepresidente)
Pietro Fausto D'Egidio (segretario esecutivo)
Alessandro Coacci, past president (membro di diritto)
Giancarlo Ardisson, Francesco Auriemma,
Roberta Balestra, Giuseppe Barletta,
Emanuele Bignamini, Claudia Carnino, Paolo Castorina,
Francesco Castracane, Gianni Cordova,
Edoardo Cozzolino, Antonio d'Amore, Adele Di Stefano,
Francesco De Matteis, Donato Donnoli, Maurizio Dorsi,
Maurizio Fea, Michele Ferdico, Mara Gilioni,
Bernardo Grande, Claudio Leonardi, Roma,
Raffaele Lovaste, Fernanda Magnelli, Ezio Manzato,
Vincenzo Marino, Marcello Mazzo, Antonio Mosti,
Felice Nava, Maria Chiara Pieri, Roberto Pirastu,
Gianna Sacchini, Giorgio Serio, Vincenzo Simeone,
Lorenzo Somaini, Cristina Stanic, Franco Zuin,
Giovanni Villani

Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)
Gianna Sacchini e Michele Ferdico (vicedirettori)
Daniele La Barbera, Daniele Piomelli,
Giorgio Barbarini, Lorenzo Somaini, Vincenzo Caretti

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 **FeDerSerD** 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 FeDerSerD 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 2013 - 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 2013
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2013
- a **FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**

_____ li ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD 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 _____