

**Editoriale**

La Legge 309/90: le proposte di FeDerSerD  
Pietro Fausto D'Egidio 1

**SAGGI, STUDI E RICERCHE**

**Pazienti addicted ad Elevata Complessità Socio-Sanitaria (ECoSS): dall'approccio intuitivo alla definizione di criteri scientifici. Studio retrospettivo osservazionale su una popolazione di 1.003 pazienti**  
Enrico De Vivo, Marilu Foti, Manuela Mellano, Emanuele Bignamini 9

**Pratiche di riabilitazione psicosociale: un progetto di coaching sociale e abitativo**  
Francesco Moret, Giovanni De Sario, Diego Saccon 45

**Disturbo dello spettro autistico (sindrome di Asperger) e trattamento individualizzato del tabagismo: descrizione di un caso**  
Gorizia A. Esposito, Giovanni Pistone, Liborio M. Cammarata 50

**CONTRIBUTI SCIENTIFICI**

**L'esperienza clinica con Levometadone nel trattamento del disturbo da uso di oppiacei**  
Marco Riglietta, Paolo Donadoni, Grazia Carbone, Caterina Pisoni, Giovanni Plebani, Franca Colombi, Marta Vaiarini 54

**IBM dip: Modulo breve di intervento riabilitativo orientato alla Mindfulness per utenti polidipendenti stabilizzati in regime ambulatoriale**  
Paolo de' Lutti 58

**Addiction, cronicità e Servizi per le Dipendenze**  
Johnny Acquaro, Emanuele Bignamini 61

**LE RUBRICHE**

**Spigolature**  
Ricorrenze e impegni  
Alfio Lucchini 6

**Contaminazioni**  
Esistevano le dipendenze comportamentali prima che qualcuno le denominasse?  
Maurizio Fea 7

**RECENSIONI** 44, 65, 70

**NOTIZIE IN BREVE** 6, 72

**FeDerSerD/DOCUMENTI** 66, 69

**FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE** 26

**FeDerSerD/FORMAZIONE** 25

# Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL  
OF ADDICTION

## La Legge 309/90: le proposte di FeDerSerD

Sono passati molti anni da quando abbiamo lanciato l'allarme per lo stato di abbandono in cui venivano lasciati i nostri servizi.

Adesso è necessario fare il punto della situazione e avanzare delle proposte sui temi a noi più vicini: la possibilità di curare i nostri pazienti senza vincoli ideologici, la necessità di aumentare le risorse economiche e assumere nuovo personale.

I vincoli ideologici ci sono stati imposti, in un andirivieni legislativo che adesso andiamo a rivedere in estrema sintesi e su cui abbiamo scritto molto, passando da principi punitivi repressivi alla tutela del paziente, sempre condizionati dalla carenza di risorse economiche per rispondere ai bisogni dei territori.

La **Legge 1041/54** considerava il soggetto dipendente un folle.

Il tema di fondo a cui la legge sentiva il bisogno di dare una risposta era la pericolosità sociale.

Ne derivava un impianto a carattere fortemente repressivo.

Vi era l'obbligo di denuncia da parte del medico (il soggetto è pericoloso a sé e agli altri) e si prevedeva il ricovero presso una casa di cura o un ospedale psichiatrico.

La **Legge 685/75** segnò un cambio di paradigma andando a rappresentare una legislazione innovativa nel settore soprattutto per l'introduzione di un carattere meno repressivo e per la definizione della tossicodipendenza come una malattia sociale.

In essa si esprime la volontà di comprendere il fenomeno ed il soggetto è considerato come una persona da curare.

Non è prevista la punibilità per uso personale (detenzione di modica quantità).

Vengono introdotte 6 tabelle classificatorie delle sostanze psicotrope.

È sancito il diritto all'anonimato per il soggetto che si cura.

È prevista la segnalazione del soggetto che non si cura al Pretore, che può imporre il trattamento.

Vengono istituiti i primi servizi di cura – CMAS (centri medici e di assistenza sociale) a carattere provinciale.

È vietato il ricorso all'ospedale psichiatrico.

Il **DPR 309/90**, circa 30 anni fa, riscrive un nuovo orizzonte in cui inquadrare la tossicodipendenza. Ad esso si giunse dopo una importante evoluzione del pensiero etico sulle dipendenze, nel guado della infezione da HIV, alla luce dei primi importanti dati delle neuroscienze, all'interno di un preciso contesto culturale, soprattutto dei giovani, ed economico del nostro Paese.

• **Persone con alcol-dipendenza in trattamento in Toscana e in Friuli Venezia Giulia: uno studio epidemiologico**

Allaman Allamani, Stefano Bravi, Pasquale Pepe, Fabio Voller, Pierluigi Struzzo, Jakob Manthey, Jurgen Rehm

• **Safe Driver. Progetto di prevenzione efficace su alcol e guida**

Andrea Noventa, Paola Pesenti Bolognini, Maurizio Lazzari, Beatrice Rota, Gaia Zanchi, Federica Facchetti, Luca Biffi, Marco Riglietta

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno VII, n. 28

# Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XIV, 2018 - N. 52

## Fe Der Ser D

### Editor in Chief

Alfio Lucchini, ASST Melegnano e Martesana - Milano

### Scientific Board

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

### Editorial Board

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

### Editorial Office

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

### Proprietà: Fe Der Ser D

#### Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

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

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

Chiuso in redazione il 15/09/2019

Edizione fuori commercio

Tiratura: 3.500 copie  
ISSN 2037-4798

Seguici su:



[www.facebook.com/FeDerSerd/](https://www.facebook.com/FeDerSerd/)



@FeDerSerd



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



Ricordo bene il ruolo che ebbe un importante leader politico del nostro paese colpito durante un viaggio negli USA dalle esperienze di una persona a lui cara.

Al suo ritorno si impose la stigmatizzazione del comportamento dipendente.

Il consumo personale fu dichiarato illecito e sanzionato.

Il soggetto tossicodipendente non solo è malato, ma malato/colpevole/reo e per questo è giusto obbligarlo alla cura.

Viene introdotta la dose media giornaliera (dmg).

Nel Decreto viene prevista una sanzione amministrativa per la assunzione e la detenzione di quantità di sostanze inferiori alla dmg.

La sanzione penale è per la detenzione di quantità di sostanze superiori alla dmg, per la reiterazione dei comportamenti finalizzati all'uso personale o per la interruzione del programma terapeutico.

Vengono riconfermate le 6 tabelle introdotte con la Legge 685/75.

Sono descritte le disposizioni processuali e di esecuzione della pena, nonché le misure alternative alla detenzione.

Viene affermato il ruolo degli Enti ausiliari e dei Servizi per le Tossicodipendenze, questi ultimi di fatto istituiti con decreti collegati e a partire dalla Legge 162/90 in ogni unità sanitaria locale.

Un **Referendum abrogativo del 1993** attenua l'impianto "repressivo" della legislazione del 1990 a favore di una finalità riabilitativa.

L'uso personale è depenalizzato (art. 72, c. 1).

Scompare il concetto di dose media giornaliera (art. 75, c. 1).

Viene meno la segnalazione del Prefetto al Magistrato in caso di recidiva o di interruzione del programma (art. 75, c. 12).

Sono abrogate le misure di sicurezza e le sanzioni penali disposte in seguito alla segnalazione del Prefetto (art. 76).

Vi è una maggiore "libertà" per gli atti medici.

La **Legge 45/1999** costituì un testo fondamentale sia per il finanziamento di progetti di lotta alla droga sia per lo sviluppo dei Servizi di cura con la regolarizzazione del personale allora in servizio.

Nel 2006 ci fu un nuovo cambio di orizzonte con la riaffermazione della filosofia del contrasto alla droga.

Infatti la **Legge 49/2006** stabilisce che il consumo personale è illecito e da condannare.

Afferma il concetto di pericolosità sociale della droga e del consumatore.

Appaiono prevalenti le affermazioni legate alle esigenze di tutela della collettività.

Vi è il ripristino della gradualità dell'iter sanzionatorio-repressivo.

Centrale nello spirito della norma è l'omologazione anche tabellare di tutte le sostanze psicotrope. La sanzione amministrativa è vista come deterrente per indurre al trattamento.

La sanzione viene irrogata; il programma terapeutico è in aggiunta, non in alternativa alla sanzione amministrativa.

Il tema della parità pubblico-privato viene affermato e si affronta la questione della certificazione di tossicodipendenza.

Elementi innovativi appaiono invece in tema di trattamenti e di potestà del medico.

Nel **febbraio 2014** la Corte Costituzionale ha abolito la Legge 49/2006, che era stata inserita impropriamente otto anni prima in un provvedimento noto come "Decreto Olimpiadi". Conseguentemente si torna alla legge Iervolino Vassalli del 1990.

Infine la **Legge 79/2014**, alla quale FeDerSerD ha dato un contributo indiscutibilmente di primo piano, segna un iniziale punto di svolta e su questa ci soffermiamo ora con un maggiore dettaglio.

In questa legge si decide, tra le altre cose, di cancellare le tabelle della legge Fini Giovanardi, e si evita che i cannabinoidi vengano equiparati, in quanto a pericolosità, e quindi alla legislazione repressiva, alla eroina e alla cocaina.

Sia chiaro fin da subito: la nostra società scientifica sa quali sono i pericoli e quali le patologie connesse all'abuso di droghe e sa anche che si tratta di una etiologia complessa legata non solo alla natura chimica delle sostanze, ma anche ai contesti di uso e alla vulnerabilità individuale.

Ma è opportuno che in questo nostro Paese sia possibile curare chi si ammala per l'uso di droghe senza pregiudizi ideologici.

Abbiamo chiesto, inoltre, di non mantenere la prescrizione, elemento questo sostanziale e negativo a nostro parere del decreto legge, circa l'obiettivo dei trattamenti di cura finalizzati esclusivamente alla "disassuefazione".

Tale obiettivo è frutto di un portato antiscientifico e ideologico, fuorviante culturalmente e coercitivo e imbarazzante per i professionisti dei Ser.D.

Le commissioni riunite, la Camera e il Senato hanno accolto la nostra richiesta e questo, oltre che essere motivo di soddisfazione, ci fa ben sperare per l'indirizzo che dovrà prendere il lavoro di scrittura della nuova legge.

Un capitolo molto importante per le possibilità di cura nei territori, per il ruolo dei Medici di Medicina Generale, e più in generale per una corretta collocazione all'interno del SSN della

nostra disciplina, è infatti proprio quello che tratta della prescrizione dei farmaci stupefacenti.

La legge Fini Giovanardi, come riproposta dal D.L. Lorenzin, ha indicato due strade: l'una per i pazienti affetti da dolore severo e l'altra per i pazienti affetti da disturbo da uso di droghe.

Nel secondo caso la disposizione prescrittiva impone per la ricetta, a carico del SSN, la scrittura e poi la spedizione di un numero maggiore di ricette, con costi, dispendio di tempi e possibilità di errore maggiori.

Abbiamo riflettuto con Federfarma e abbiamo chiesto che il regime prescrittivo diventi uguale per tutte le patologie.

Non è stato facile.

Gli organi tecnici della Camera hanno avanzato dubbi e perplessità procedurali che sono state accolte così come nella formulazione finale della Legge 79.

La prescrizione di medicinali avverrà secondo modalità che verranno stabilite con un decreto specifico del Ministero della Salute e di cui siamo ancora in attesa.

Nei nostri servizi, soprattutto nei periodi estivi, ci troviamo sempre nella incertezza rispetto al garantire ai nostri pazienti la possibilità di cure quando si recano all'estero.

La Legge 79 fa ora chiarezza su questo punto.

Veniamo ora ad un altro aspetto fondamentale, che da solo basterebbe a motivare il nostro giudizio positivo e il nostro apprezzamento per la Legge 79.

Per anni abbiamo lavorato sottomessi all'obbligo di segnalare all'autorità competente tutte le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma terapeutico alternativo a sanzioni amministrative o ad esecuzione di pene detentive.

Da oggi quest'obbligo non esiste più.

La relazione terapeutica prevede non solo un accompagnamento del paziente nella migliore effettuazione delle cure, ma esprime un concetto multidimensionale, che va al di là di un contesto strettamente medico e che attraversa trasversalmente tutti i nostri servizi: aiutare i nostri pazienti a recuperare le capacità di svolgere compiti e ruoli sociali, a rimuovere le barriere di accesso alle opportunità, a migliorare la propria autostima.

Alla luce di tutto questo abbiamo chiesto di eliminare l'obbligo che "Il servizio per le tossicodipendenze controlla l'attuazione del programma da parte del tossicodipendente".

Abbiamo contestato con forza che possa far parte della nostra mission, della mission di ogni operatore impegnato nei Ser.D., il ruolo e la funzione di "controllo" dei nostri pazienti rispetto ad un obbligo imposto, per esempio la disintossicazione.

La nostra osservazione è stata accolta e il concetto trasformato nell'impegno ad una doverosa e corretta attività di valutazione.

Tutto quanto abbiamo appena affermato vale, ancora di più, rispetto ad un altro obbligo prescrittivo che ci imponeva la Legge Fini Giovanardi e successivamente il D.L. Lorenzin.

Abbiamo chiesto di cancellare l'assunto che: "I progetti di cui alle lettere a) e c) del comma 7 non possono prevedere la somministrazione delle sostanze stupefacenti o psicotrope incluse nelle tabelle I e II di cui all'articolo 14 e delle sostanze non inserite nella Farmacopea ufficiale, fatto salvo l'uso dei medicinali oppioidi prescrivibili, purché i dosaggi somministrati e la durata del trattamento abbiano l'esclusiva finalità clinico-terapeutica di avviare gli utenti a successivi programmi riabilitativi".

Questa limitazione degli obiettivi della cura non risponde ad un corretto percorso clinico.

Gli interventi con farmaci agonisti non possono avere nel loro dosaggio e durata delle limitazioni in subordine alla definizione di successivi programmi riabilitativi.

Essi si devono basare sulle buone pratiche cliniche e le evidenze scientifiche, valorizzare i concetti di recovery e empowerment e devono essere integrati con gli interventi psico-sociali, quando appropriati, con la finalità di favorire la riabilitazione dell'utente.

Anche qui la nostra osservazione è stata accolta e la previsione legislativa contenuta nel D.L. Lorenzin è stata cancellata.

Tutto questo è ancora poco e non è stato sufficiente per mitigare l'ineadeguatezza della attuale legislazione sulle Dipendenze, soprattutto in riferimento alle risorse economiche.

Il **DPCM del 12 gennaio 2017 sui LEA** (i livelli essenziali di assistenza), in qualche misura riscrive il mandato istituzionale dei Ser.D. e di tutto il sistema di intervento sulle dipendenze con gli articoli 28 e 35, dal GAP agli interventi di riduzione del danno, al trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze.

Questo DPCM è stato visto dagli operatori e dalla nostra Federazione come una legge interessante nei contenuti ma la cui applicazione appare non realizzabile per la mancanza di risorse.

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e ambulatoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche, psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate.

Ma la mancanza di risorse, dopo oltre due anni dalla sua emanazione, rimane il punto nodale e con essa la carenza di personale nei Ser.D.

Se non assumiamo il personale nella misura necessaria:

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

### Veniamo allora alle proposte

Sono personalmente convinto che sia la terapia che la prevenzione e il reinserimento delle dipendenze si trovino di fronte ad un grande problema culturale: le dipendenze non sono più viste come un pericolo e quindi il primo processo che dobbiamo contribuire ad attivare è che il recupero delle persone, al di là del loro impatto sociale, abbia un valore generativo per la comunità, che non si può quantificare neanche economicamente, e dobbiamo cercare di recuperare ogni persona perché ogni persona è preziosa, senza distinguere.

La nostra cultura appare impregnata dalle culture dell'eccesso e dell'addiction.

Dobbiamo cercare di capire come questa cultura dell'eccesso che analizziamo da più di 20 anni si è ormai profondamente radicata e di conseguenza ci sono nuove sfide che emergono con prepotenza e richiedono un approccio intelligente e non strumentale.

Se perdiamo una persona perché è diventata dipendente e non è più in grado di dare il suo contributo alla vita sociale attiva con la sua creatività, la sua capacità di fare la propria parte per un progetto di società, perdiamo qualcosa di prezioso e allora tutta la società si impoverisce.

Nel momento in cui la dipendenza diventa normalità noi siamo già sconfitti.

Molti pensano che siamo già in questa condizione: lo siamo anche di fronte alle famiglie che chiudono gli occhi di fronte ai comportamenti dei ragazzi.



**MOLTENI**<sup>®</sup>  
FARMACEUTICI 1892 | 2017

125



**C'È UNA VITA  
DA RISCOPRIRE.**

**LASCIATI  
SORPRENDERE  
ANCORA.**

Dobbiamo tutti assumere questa sfida delle nuove fragilità e questo lo possiamo fare con una riscrittura della Legge 309; deve anche essere un tema prioritario per una conferenza nazionale che latita da troppo tempo. Il lavoro eroico nei Ser.D. e nelle Comunità che noi tutti facciamo è destinato a fallire diventando residuale se subiamo una delega sociale affidata agli specialisti, che poi saremmo noi. Pensate alla riforma della psichiatria con la Legge 180: è stata possibile realizzarla nel momento in cui è diventata una battaglia culturale. Nel momento in cui la malattia mentale è diventata l'oggetto di un argomento sociale e culturale allora è diventato possibile fare la riforma. Se fosse rimasta di pertinenza degli specialisti quella sfida non sarebbe mai stata vinta. Ci vuole un adeguamento della società e ci vuole, per riuscirci, una nuova offensiva culturale e politica. Sta avanzando una marea di pensiero che normalizza la dipendenza. Bisogna mettere delle dighe per un Paese che diventa sempre più fragile. La fragilità è ormai di casa in tutte le famiglie. Prima le comunità sapevano accogliere le fragilità, ora non è più così. In questo scenario la sanità moderna ci pone di fronte a situazioni complesse che sono sanitarie e sociali, e per le quali la società richiede risposte altrettanto complesse, attraverso una medicina che è fatta da una attività che ormai è solo e solamente interprofessionale e interdisciplinare. La trasformazione in corso dello scenario epidemiologico, la contrazione delle risorse destinate alla assistenza sanitaria e la presenza nel nostro Paese di molteplici e a volte troppo differenziate sanità regionali ci spingono a diventare protagonisti e produrre cultura nel definire gli spazi possibili tra le nuove e diverse dimensioni organizzative e l'esercizio della clinica delle dipendenze. I professionisti dei Ser.D. sanno che la qualità delle cure potrebbe e dovrebbe migliorare, che sono anni che non si offrono a sufficienza nuovi interventi per le nuove manifestazioni della dipendenza, che ci sono troppi precari che debbono essere assunti a ruolo, che c'è bisogno di nuovo personale per far fronte alle esigenze. In molte realtà italiane ci sono liste di attesa le quali, in questo ambito, unico caso nella sanità italiana, determinano di fatto la impossibilità del paziente di curarsi altrove o privatamente. Nella gran parte delle regioni italiane, specie in quelle dove è in corso un processo di riforma e riorganizzazione del sistema sanitario, si sta decidendo di tagliare, contrarre, accorpare tali Servizi, in totale contraddizione con i bisogni emergenti della popolazione e con le rilevazioni epidemiologiche relative alle patologie direttamente e indirettamente connesse al consumo a rischio ed alla dipendenza. Le istituzioni regionali, pur affermando di voler sviluppare i servizi sanitari territoriali, che hanno il compito di assicurare la promozione della salute dei cittadini e la cura delle patologie di tipo cronico, stanno depotenziando inspiegabilmente i Servizi pubblici per le Dipendenze, senza fornire ragioni e dati a supporto di tale scelta, negandosi al confronto con gli addetti ai lavori e con le realtà non profit di settore. Tale fatto è ancora più grave ed inaccettabile, in quanto penalizza persone e famiglie particolarmente fragili, senza potere contrattuale e di pressione, che non sono nella possibilità di far sentire la propria voce e di difendere i propri diritti. A fronte di tutto questo le responsabilità istituzionali dei Ser.D. sono cresciute negli ultimi anni, anche a seguito di nuove disposizioni normative nel settore della sicurezza sul lavoro, del codice della strada, della sanità penitenziaria. Osservando il fenomeno dipendenze diversi elementi saltano agli occhi e ne citiamo solo alcuni. Di primaria importanza sono le trasformazioni del mercato della droga, dei contesti di uso di droghe, dei cambiamenti radicali che osserviamo nei consumatori. Molti usano droghe, pochi si ammalano. I servizi sono vecchi: l'età media dei pazienti è di 44 anni. Quasi nessuno di questi pazienti usa ossicodone, ma molti giovani ne fanno uso.

Milioni di persone usano droghe: non si può fare una legge che li punisca (o solo li censuri): bisogna cercare una strada che contemporaneamente contempra il "non è permesso" e il "non punire". Ci si interroga su quale sia il valore normalizzante del permettere le droghe leggere e il gioco d'azzardo e punire l'uso di altre droghe. Una nuova legge per la prevenzione cura e reinserimento delle dipendenze deve superare la legge Fini-Giovanardi, non regredire alla lervolino-Vassalli e si deve articolare nel più complesso bisogno di ripensare il diritto costituzionale alla salute e i paradigmi dell'intervento. La riduzione delle risorse non si deve ridurre a tagli lineari e quindi ad una contrazione di un intervento comunque già vecchio ed obsoleto. Curare i pazienti con disturbo da uso di sostanze produce salute, produce ricchezza: la sanità non consuma risorse ma produce ricchezze. Il diritto alla cura va contestualizzato nella più stretta e virtuosa relazione con il territorio. La terapia con farmaci agonisti trae vantaggi dalla partecipazione del MMG e del farmacista e ricontestualizza la terapia nell'ambito di una dimensione "umana" e non ghettizzante. Sono trent'anni che cerchiamo di rendere compatibili i diritti della salute dei pazienti dipendenti alle risorse economiche; non possiamo però correre il rischio che i diritti si debbano adattare alle risorse. Non possiamo permettere che i tagli lineari li diamo sui diritti. Dato che oggi l'interesse collettivo rispetto alla salute è diventato un interesse generale, sono convinto che se diminuiscono gli ammalati, noi produciamo ricchezza, che è una cosa diversa dal PIL; perché non ho visto mai un paese povero che sta bene in salute. Quindi quello che noi facciamo produce ricchezza, curare i tossicodipendenti produce ricchezza. Il lavoro, le professioni devono essere usate come fattori di cambiamento. A volte ho la sensazione che il nostro politico ci consideri come delle lavatrici, ma i nostri malati non sono esattamente come dei panni da lavare, spesso disobbediscono, hanno un carattere eretico.

### **È importante avviare i processi**

**FeDerSerD propone** alla classe politica nazionale e regionale, agli operatori del sistema dei servizi e delle agenzie sociali dei territori di avviare subito un confronto su questi temi con una conferenza nazionale e conferenze territoriali.

L'obiettivo deve essere quello di andare alla riscrittura di un testo unico sulle dipendenze che rafforzi il sistema dei servizi adeguandolo ai bisogni espressi e inespressi dei territori ed è necessario fare questo insieme ad un approccio che si declini senza colpevolizzare i malati e i consumatori, senza punirli, senza perseguirli, senza additarli.

**Si può partire, per iniziare**, disponendo un finanziamento adeguato per poter svolgere i nuovi compiti individuati, sia per i SerD che per le organizzazioni del volontariato e le Comunità Terapeutiche, dal DPCM sui LEA.

*Permettetemi ora, per finire, una considerazione personale.*

*Questo è il mio ultimo editoriale nel ruolo di Presidente di FeDerSerD. Un ruolo in cui ho creduto, per il quale mi sono impegnato e che ho rappresentato per me una straordinaria esperienza, una esperienza fatta insieme a tanti amici e colleghi, che mi ha arricchito enormemente e per questo ringrazio tutti.*

*Vorrei esortare la nostra Federazione a continuare a proiettarci sul domani per meglio dare un contributo alla società, ai pazienti e agli operatori, senza cullarci negli allori e nel ricordo delle tante azioni realizzate e che sono testimoniate nelle nostre pubblicazioni e negli atti istituzionali.*

*Da domani il nostro primo impegno dovrà essere quello di continuare a sollecitare la riscrittura della legge sulle dipendenze e ad essa dare il contributo che viene dalla nostra cultura, dalla scienza di cui siamo testimoni attenti e qualificati, dalla nostra esperienza e, non ultima, dalla nostra umanità.*

*Grazie a tutti.*

Fausto D'Egidio

# Spigolature

Alfio Lucchini

## Ricorrenze e impegni

Varie ricorrenze vengono spesso citate in questi tempi e forse meriterebbero una maggiore attenzione da parte della politica, delle istituzioni e dei cittadini tutti.

Si tratta di quelle riforme degli anni settanta che hanno maturato una quarantina di anni, e più, dallo statuto dei lavoratori alla legge sul divorzio all'aborto, al diritto di famiglia, alla riforma del 1978 della psichiatria, alla prima legge significativa sulle dipendenze (la 675 del 1975), fino alla istituzione del SSN.

Ammirando quel fecondo periodo mi soffermerei sulla Legge 833 del 1978, la riforma sanitaria.

La istituzione del SSN, orgoglio della nostra nazione, rappresenta ancora oggi un irrinunciabile pilastro del nostro welfare.

Diciamo però che il SSN è in uno stato critico e presenta alcuni gravi rischi.

Vediamone alcuni.

Gli scenari economici negativi sia nazionali che internazionali fanno pensare ad una diminuzione di finanziamento.

Il turn over del personale sanitario continua a diminuire e non mi soffermo sui tentativi tardivi di intervenire sulla formazione universitaria e sulle professioni.

L'enfasi, a ragione, posta sulla cronicità e la fragilità non corrisponde a politiche di intervento significative.

L'agenda politica cosa dice rispetto a queste evidenze?

Poco e in modo timido.

Bisogna rilanciare il SSN e per farlo è necessario innovare in una logica di sostenibilità del sistema pubblico.

Vediamo come applicare al nostro sistema dei Ser.D. questi principi.

Diamo un contributo sui temi della sostenibilità, innovazione e sviluppo.

Non dobbiamo inventare niente!

Nella recente "Maratona Patto Salute" al ministero della Salute FeDerSerD (di cui pubblichiamo per esteso in questo numero della rivista il testo presentato) concludeva il suo intervento con le seguenti considerazioni: "Le responsabilità istituzionali dei Ser.D. sono cresciute negli ultimi anni, anche a seguito di nuove disposizioni normative nel settore della sicurezza sul lavoro, del codice della strada, della sanità penitenziaria. Il fenomeno del consumo a rischio e delle dipendenze è in continua espansione e i Servizi pubblici per le Dipendenze dovrebbero poter differenziare l'offerta, rimodellarsi in funzione di diversi target di utenza, sperimentare proposte di cura specifiche per i più giovani, sviluppare gli interventi di integrazione e partnership territoriali, di pro-attività, per consentire il riconoscimento precoce del disagio ed anticipare la presa in carico. Ricordiamoci tutti che in questo settore avere un efficace sistema di intervento significa garantire la salute e la legalità. È importante avviare i processi. Bisogna lavorare per l'applicazione e la applicabilità dei LEA e la revisione del TU 309/90 che rafforzi il sistema dei servizi adeguandoli ai bisogni espressi e inespressi dei territori ed è necessario fare questo insieme ad un approccio che si declini senza colpevolizzare i malati e i consumatori, senza punirli, senza perseguirli, senza additarli".

Senza sensazionalismo o annunci di nuove epidemie che ogni giorno investono la stampa bisogna agire su questi fondamentali e il sistema sarà in grado di affrontare ogni necessità con competenza, professionalità ed esperienza.

Il nuovo Governo, il sistema delle Regioni, le forze sociali e gli stessi operatori riusciranno a dare attenzione e spazio ad una azione matura su questi temi?

*federserd2015@gmail.com*

### NOTIZIE IN BREVE

Consulta il sito web: [www.federserd.it](http://www.federserd.it)

In particolare potrai essere sempre aggiornato su:

- News dal mondo della Dipendenze
- Eventi formativi
- Legislazione
- Documenti scientifici
- News da FeDerSerD

Inoltre potrai consultare le serie storiche complete di:

- "Mission"
- "FeDerSerD Informa"
- "Newsletter on line Gambling"

# Contaminazioni

Maurizio Fea

## Esistevano le dipendenze comportamentali prima che qualcuno le denominasse?

A differenza dei batteri, che esistevano da ben prima che l'uomo li riconoscesse e li denominasse, le dipendenze comportamentali hanno una storia breve, anzi brevissima se paragonata a quella dei batteri. Esattamente 29 anni fa, Isaac Marks pubblicò un editoriale su *B.J.A.* usando il termine *behavioural addiction* per descrivere e raggruppare una serie di comportamenti che mostravano affinità e analogie con le addiction chimiche.

Con i batteri abbiamo consuetudine da milioni di anni, vivono con noi, sono commensali a volte sgraditi ma spesso utili come dimostrano le sempre più numerose ricerche sulla relazione densa e importante tra bioma, cervello e sistema immunitario.

Tuttavia abbiamo da poco imparato a riconoscere questa consuetudine, grazie a Pasteur e ai numerosi batteriologi e microbiologi dopo di lui, che hanno permesso di riconoscere e denominare una congerie sempre più numerosa di microorganismi.

Succederà così anche per le dipendenze comportamentali?

Gli studi neurocomportamentali, le indagini strumentali sempre più raffinate ed accurate, i test diagnostici e la massa di dati clinici messi a disposizione sembrerebbero indicare questa possibilità. Abbiamo avuto consuetudine con questi comportamenti da milioni di anni ma solo ora li abbiamo riconosciuti e denominati, oppure sono di insorgenza recente, una emergenza storicamente determinata che potrebbe anche risolversi e sparire?

Non è strano che, mentre le altre malattie mentali sono presenti e descritte in tutte le civiltà antiche pur con diversità di criteri eziologici, di approcci interpretativi e conseguenti terapie, le dipendenze comportamentali non abbiano mai avuto descrizione, menzione, identità di alcun tipo, pur essendo classificate ora tra le malattie mentali?

La più antica testimonianza in un testo medico, sembra essere costituita dal documento che va sotto il nome di Papiro di Ebers databile intorno al 1500 a.C. o forse prima in Egitto.

Fra i quadri clinici descritti si possono agevolmente riconoscere la *depressione* e la *demenza*.

Nell'esposizione delle ipotesi causali si propongono delle congetture eziologiche che attribuiscono la responsabilità dei sintomi ad avvelenamenti, a problemi legati alla materia fecale e ai demoni.

Sono stati interpretati come indicativi di ciò che in seguito sarebbe stato denominato isteria e malinconia. Le antiche scritture in indù e lingua punjabi (1400 a.C.) contengono descrizioni narrative di stati che oggi interpreteremmo come disturbo depressivo e ansia, stati di malattia come conseguenza di uno squilibrio tra tre tipi di liquidi corporei o forze (Dosha).

Sono stati descritti anche diversi tipi di personalità, con differenti propensioni alle preoccupazioni o alle modalità di gestire la vita quotidiana.

La prima registrazione conosciuta di malattia mentale nell'antica Cina risale al 1100 a.C. attribuita alla condizione di squilibrio tra Yin e Yang fondata sull'idea del Tao.

La malattia mentale viene in generale considerata come uno squilibrio delle leggi naturali e la salute ottimale deriva dal perfetto equilibrio con la natura.

Più avanti e in altra cultura, Ippocrate (460-370 a.C.) ha operato una classificazione dei disturbi mentali, tra cui la paranoia, l'epilessia, la mania e la malinconia.

La cultura latina assorbì molte idee da quella greca e Galeno (129-200 d.C.) riprese in considerazione la terapia umorale di Ippocrate, identificando stati di tristezza, eccitazione, confusione e amnesia.

Oltre alla mania, spesso utilizzata come termine generale per indicare la follia, c'era una gamma variabile e in sovrapposizione di definizioni per indicare situazioni come l'illusione, l'eccentricità, la frenesia e la follia.

I medici greci e romani conoscevano le psicosi (nel senso di disturbi del comportamento osservabili), mentre erano poco consapevoli dei disturbi meno visibili, che oggi definiremmo nevrosi.

Galeno ammoniva: non andate a consultare gli dei per scoprire con la divinazione l'anima che dirige, ma istruitevi presso un anatomista.

Dal medioevo in poi l'eziopatogenesi delle malattie mentali si correla sempre più alle conoscenze anatomiche che via via si sviluppano, fino a concludere il suo tragitto nell'Ottocento positivista caratterizzato da un atteggiamento materialista e scienziasta, che ha condotto alla virtuale separazione dell'oggetto di studio dalla persona.

La fiducia nel paradigma delle scienze naturali applicato alle scienze biologiche ha conferito allo strumento della classificazione un valore quanto meno euristico, generando la tendenza all'elaborazione, ben oltre la nosografia medica, di vere e proprie tassonomie tipologiche.

Si pensi alla galleria di alienati del pittore francese Gericault: splendidi ritratti intitolati con didascalie degne dei migliori libri e musei di storia naturale.

Oggi l'eziopatogenesi della malattia mentale tende ad essere individuata sempre più nella alterazione cellulare, molecolare, a forte impronta genetica, la nosografia cambia ed i cataloghi delle sue forme aumentano esponenzialmente.

Questa brevissima e tutt'altro che esaustiva carrellata di storia ha unicamente lo scopo di dare sostanza e legittimità alla domanda: siamo in presenza di una vera esplosione di malattie/dipendenze comportamentali o si tratta di una multiforme produzione di artefatti culturali, che chiamiamo malattie perché ci sono molte ragioni che inducono a farlo, ma forse non tutte sono giustificate e scientificamente fondate.

Non c'è alcun dubbio che le molteplici manifestazioni di comportamenti di dipendenza che coinvolgono milioni e milioni di persone in tutto il mondo, costituiscano un grave problema con conseguenze relazionali, economiche, affettive, sociopolitiche, sanitarie.

Quantunque la varietà e la complessità di tali conseguenze dovrebbero suggerire cautela nella interpretazione di questi fenomeni e delle loro possibili cause, la tendenza attuale dei chierici e dei profani è di includere tutti questi comportamenti nel catalogo delle malattie mentali.

Pur ammettendo che possa trattarsi di malattie, bisogna anche riconoscere che si tratta di malattie per le quali non esiste tutt'ora una definizione soddisfacente, perché non esiste una definizione soddisfacente di malattia mentale (Stein, 2010) né l'attuale tendenza a descriverle come malattie del cervello, identificata dalle comuni alterazioni funzionali dei circuiti regolatori della impulsività e di alcune attività cognitive, risponde al quesito da che cosa sono causate queste alterazioni?

Le risposte sono plurime, di ordine biologico, genetico, ambientale, ma nessuna di queste, singola o integrata, sa spiegare come mai si sta verificando attualmente questa evidente pandemia di manifestazioni comportamentali assimilate alle dipendenze.

Per un approfondimento di queste complesse criticità che non si possono riassumere in un breve articolo, mi permetto di suggerire la lettura di *Spegni quel cellulare* (2019).

Resta il fatto che non vi sono tracce primitive di questo genere di malattie e anche venendo a tempi più recenti, è possibile ritrovare esempi suggestivi nei romanzi e nella letteratura generica ma non in ambito nosografico.

Dunque sono malattie della modernità, manifestazioni di squilibrio tra ambiente e uomo o aggressione di patogeni ambientali di nuova formazione?

Nei primi dell'ottocento in Gran Bretagna cominciava il processo di industrializzazione e inurbamento di masse umane, e successivamente nel resto dell'Europa, con l'effetto di creare condizioni igienico sanitarie terribilmente malsane, responsabili di epidemie di colera e altre malattie, a Londra, Parigi, Napoli e in molte altre grandi città.

Abbastanza rapidamente per quell'epoca, si comprese che erano gli ambienti malsani responsabili dello sviluppo e diffusione dei patogeni, e si intervenne in modo sempre più incisivo nel modificare le condizioni abitative e ambientali, altrimenti sarebbe stato impossibile sconfiggere quelle malattie che causavano migliaia di morti.

Vennero chiamati gli urbanisti, famoso il barone Haussmann che era prefetto a Parigi, ed altri in tutta Europa, che modificarono radicalmente gli impianti delle città, tenendo insieme una pluralità di interessi che andavano ben oltre le bonifiche ambientali per ragioni sanitarie, ma il risultato fu comunque positivo anche per la popolazione più povera che pativa le peggiori conseguenze degli ambienti malsani.

Furono gli urbanisti, i geometri, i prefetti, gli economisti ed in misura minore gli industriali cui premeva soprattutto di avere mano d'opera in buona salute e basso costo, a contenere il vibrione del colera e gli altri patogeni e migliorare la salute delle popolazioni cittadine, non la medicina che allora non disponeva ancora di presidi efficaci.

Viceversa la pandemia di spagnola che coinvolse 500 milioni di persone e mieté cento milioni di vittime negli anni a cavallo e immediatamente seguenti alla prima guerra mondiale, fu favorita dalle contingenze belliche innescate dalla cecità dell'ingegno umano.

Negli stessi anni morirono per gli eventi bellici si stima tra 16 e 20 milioni di persone.

Due eventi catastrofici, nello stesso contesto ma con cause diverse, virus H1 N1 e stupidità umana che probabilmente ne ha favorito la diffusione.

Per i virus sono stati trovati alcuni rimedi per la stupidità ancora no. Nel primo caso sapienza, competenza e lungimiranza al servizio di interessi complessi talora apparentemente confliggenti hanno ridotto drasticamente la mortalità da malattia, nell'altro

stupidità, egoismo, avidità, hanno coinvolto e asservito masse umane, piegandole alla arroganza disonesta dei potenti di turno, causando milioni e milioni di morti. In entrambi i casi la scienza medica ha partecipato marginalmente alla evoluzione e alla soluzione delle pandemie.

Potrebbe accadere la stessa cosa anche per le pandemie comportamentali?

Oltreché alle comuni alterazioni del governo della impulsività e di alcune funzioni cognitive, tutte le dipendenze comportamentali fondano la loro possibile esistenza su valori come il denaro, la fama, il successo, la notorietà, o fattori negativi come la presunzione di sapere, il desiderio di prevaricazione, il senso di isolamento, l'avidità, tutte buone o cattive ragioni che inducono gli individui a mettere in atto comportamenti, usare strumenti, tecnologie e suggestioni fornite da chi fa di queste ragioni la ragione del proprio interesse.

È logico che la scienza medica concentri la propria attenzione sugli aspetti di sua competenza e quindi appare quasi inevitabile che all'occhio del sapere medico certi comportamenti appaiano come malattie, e vengano trascurati tutti questi fattori, che sono poco interpretabili con il sapere medico, ma forse è necessario osservare con altri occhi e altri occhiali questi fenomeni planetari.

Affidare solo ai sistemi sanitari mediante un processo di patologizzazione di un numero sempre maggiore di comportamenti, la cura (questo è ciò che può fare la scienza medica) con il sottinteso che in questo ambito va trovata la soluzione alla pandemia, appare scelta miope e sostanzialmente errata.

In primo luogo perché, come ai tempi di Haussmann la scienza medica non dispone di cure efficaci per questo morbo, e in secondo luogo perché, come allora, è necessario bonificare l'ambiente e le condizioni di vita delle persone per contenere la pandemia.

Cosa può significare oggi bonificare un ambiente dove gli interessi economici planetari convergono, pur confliggendo tra loro per la supremazia, nell'obiettivo di mostrare al mondo che tecnologia e conoscenze saranno in grado di salvarlo dalla distruzione, non sono in grado di dirlo e neanche di pensarlo.

Immagino che debba servire molto di più di un Haussmann per questo compito, ma intanto credo sia utile cominciare a mettere insieme una robusta squadra non tanto di urbanisti e geometri, quanto di economisti, filosofi, ingegneri, programmatori, amministratori pubblici e privati e uomini di scienza medica.

Nel frattempo gli uomini di scienza medica dovrebbero iniziare a nutrire dubbi sul senso del proprio lavoro in questo ambito, non perché non sia corretto ciò che fanno (anche se onestamente bisogna riconoscere che gli esiti non sono molto incoraggianti) quanto per non essere complici più o meno inconsapevoli di strategie che eludono il problema, sperando che qualcun altro lo risolva, e magari poi, come fa la cattiva politica, accusarlo di incapacità e incompetenza.

maurizio.fea@gmail.com

## Bibliografia

- Marks I. (1990). Behavioural (Non-Chemical) Addictions. *British Journal of Addiction*, 85: 1389-94.
- Harris W.V. (2013). *Mental disorders in the classical world*. Leiden-Boston. [https://scholar.princeton.edu/sites/default/files/19%20HOLMES\\_Disturbing%20Connections\\_0.PDF](https://scholar.princeton.edu/sites/default/files/19%20HOLMES_Disturbing%20Connections_0.PDF).
- Stein D.J. et al. (2010). What Is a Mental/Psychiatric Disorder? From dsm-iv to dsm-v. *Psychological Medicine*, 40: 1759-65.
- Fea M. (2019). *Spegni quel cellulare. Le tecnologie tra cattive abitudini e dipendenze*. Roma: Carocci.

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

## Pazienti addicted ad Elevata Complessità Socio-Sanitaria (ECoSS): dall'approccio intuitivo alla definizione di criteri scientifici. Studio retrospettivo osservazionale su una popolazione di 1.003 pazienti

Enrico De Vivo, Marilu Foti, Manuela Mellano, Emanuele Bignamini\*

### SUMMARY

■ *An Addicted patients with High Social Health Complexity (ECoSS) represents the outcome of a therapeutic investment and basically no longer has the possibility of rehabilitation, committing resources of the care system for the duration of its life: an element to be considered in terms of planning. Given these considerations, several questions are posed. When is it possible to define an ECoSS patient? What is the prevalence of patients who can be defined ECoSS on the total of those in care? What specific characteristics do they have compared to non-ECoSS patients in treatment and to the general population? 1003 patients were examined in order to answer these questions.* ■

**Keywords:** *Addicted patients with High Social Health Complexity, ECoSS, Scientific criteria, Resources, Treatment.*

**Parole chiave:** *Pazienti addicted ad Elevata Complessità Socio-Sanitaria, ECoSS, Criteri scientifici, Risorse, Trattamento.*

### Premessa

L'addiction, definita "cronica e recidivante" dalla WHO, comporta, soprattutto quando protratta per anni, conseguenze importanti sulla condizione complessiva dell'individuo e ne determina il livello di salute generale e di funzionamento sociale, così come, in modo reciproco, le condizioni di salute di base e il livello di integrazione sociale di partenza possono influire sullo sviluppo e l'evoluzione dell'addiction.

Ci si riferisce qui all'insieme di condizioni mediche correlate all'uso di sostanze, come le patologie infettive, psichiatriche, neurologiche, cardiovascolari, dermatologiche, odontoiatriche, nutrizionali e di condizioni sociali correlate allo stile di vita dell'addicted, come l'insuccesso nel trovare o mantenere un lavoro, una casa e le relazioni sociali ed affettive necessarie per garantirsi un equilibrio psichico generale e una rete di supporto per le necessità sanitarie e quotidiane.

Questa ricorsività ha importanti ricadute su due aspetti che interessano i curanti: innanzitutto, incide negativamente sulla possibilità di gestire le diverse problematiche co-occorrenti in modo isolato e separatamente le une dalle altre e obbliga ad un approccio terapeutico globale, che richiede di valutare e trattare con-

temporaneamente problemi diversi con diversi approcci culturali e tecnici; inoltre, influisce sull'esito a lungo termine della patologia e del trattamento, contribuendo alla cronicizzazione di aspetti deficitari che perpetuano la necessità di cure e di assistenza.

Ovviamente, non tutti i pazienti hanno esiti difettuali e non tutti esitano in una condizione che richiede interventi continuativi lifetime da parte del sistema curante. Ma certamente alcuni pazienti cristallizzano nel tempo uno stato che richiede un impegno intensivo e, presentando problemi su vari fronti, coinvolge un numero rilevante di Servizi sanitari e sociali. Questi pazienti sono comunemente chiamati "multiproblematici" e hanno la caratteristica di "consumare" una quantità notevole di risorse sia di tempo sia finanziarie. Un paziente multiproblematico o, nella nostra definizione, ad "Elevata Complessità Socio-Sanitaria" (ECoSS), rappresenta l'esito conclusivo di un investimento terapeutico e, tendenzialmente, non ha più possibilità di riabilitazione, cosa che renderebbe temporaneo il suo stato; quindi, impegnerà risorse del sistema di cura per tutta la durata della sua vita, costituendo un elemento da considerare in termini di programmazione e investimento delle risorse.

A fronte di queste considerazioni, si pongono diverse questioni.

1. Quando è possibile definire un paziente ECoSS?
2. Qual è la prevalenza dei pazienti che possono essere definiti ECoSS sul totale di quelli in cura?

\* SC Dipendenze Nord, ASL Città di Torino.

3. Quali caratteristiche specifiche hanno e quali sono le differenze più importanti rispetto ai pazienti “non ECoSS” in cura e rispetto alla popolazione generale?

Successive questioni, in merito alla gestione dei pazienti complessi potranno essere considerate successivamente, come:

4. Quale impegno clinico ed economico comportano dal punto di vista assistenziale?

5. Quale organizzazione dei servizi sanitari e sociali sarebbe più vantaggiosa?

In questo studio, sono stati esaminati 1003 pazienti, allo scopo di rispondere alle prime tre domande.

## Addiction e complessità

Ancora oggi, i clinici presentano visioni diverse sull’eziopatogenesi dell’addiction, considerandola o un problema psicologico, o di vulnerabilità biologica, o di esposizione a particolari condizioni socioculturali. Numerosi studi sono stati condotti sulle caratteristiche genetiche o personologiche premorbose degli addicted, con risultati per ora parziali. Le evidenze scientifiche che si stanno sviluppando indicano che l’addiction coinvolge contemporaneamente tutte le dimensioni dell’individuo: biologica, psicologica e socio-relazionale (1).

Sul piano biologico avvengono importanti cambiamenti nel reward system, nella memoria, nei circuiti del controllo inibitorio; sul piano psicologico si modifica il funzionamento affettivo, la capacità decisionale e l’ordine delle priorità motivazionali; sul piano sociale e relazionale si hanno conseguenze derivanti dalla compromissione dell’efficienza lavorativa, dall’impegno economico necessario per sostenere il consumo di sostanze, dall’esposizione a comportamenti rischiosi e ad attività illegali, dalla contrazione dei rapporti personali al mondo della droga. Vanno poi tenute presenti le possibili sovrapposizioni di patologie infettive o internistiche, dei disturbi psichiatrici indotti o a volte preesistenti, e delle influenze che ciascuna dimensione, biologica, psicologica e sociale, esercita sull’altra. Ad esempio, i problemi sociali possono aggravare i disturbi d’ansia e depressivi, il craving e le ricadute possono determinare una riduzione del senso di autoefficacia, gli errori di valutazione possono compromettere le scelte, il comportamento può danneggiare le relazioni significative, aumentando la conflittualità nel contesto e l’isolamento del paziente.

Considerazioni di tipo generale potrebbero ulteriormente essere fatte a partire dallo sviluppo recente, ma sempre più significativo, di ricerche in ambito epigenetico, neuroscientifico, neuroendocrinologico, per sostenere il profondo intreccio dei diversi aspetti della persona coinvolti nello sviluppo della condizione di *elevata complessità sociale e sanitaria* dell’addiction.

Diverse osservazioni empiriche sui casi clinici hanno fornito una spinta specifica al nostro studio, convergendo a determinare l’impressione generale che stessero avvenendo dei cambiamenti nei pazienti in ordine a:

- Cronicizzazione: lunga durata della patologia e delle cure, in diversi casi misurabile in decenni, senza apparente prospettiva di soluzione e senza peggioramenti critici.
- Invecchiamento: a fianco della durata del trattamento e alla sopravvivenza del paziente, si registra un aumento della età media dei pazienti in cura e un aumento della età massima.
- Esiti di patologie correlate: la lunga durata del trattamento consente di osservare l’esito anche di altre patologie quali quelle psichiatriche e infettivologiche, spesso con esito difettuale che lascia residui invalidanti.

- Adattamento e funzionamento sociale residuo: l’invecchiamento e gli esiti delle patologie rendono i pazienti sempre meno adatti a gestire autonomamente la loro vita e sempre più bisognosi di supporti continuativi.

- Sistemi familiari e sociali problematici: in alcuni casi la famiglia rappresenta una condizione problematica che peggiora la possibilità di cura e riabilitazione.

- Aumento dei costi assistenziali: i percorsi e le strutture terapeutiche e assistenziali tendono a selezionare i pazienti sulla base di necessità specifiche. La necessità d’interventi contemporanei per diverse necessità richiede l’impegno di quantità notevoli di risorse nella regia e nella interconnessione. Inoltre, spesso è inevitabile fare progetti “su misura”, che richiedono flessibilità ai fornitori di servizi (ad esempio, strutture convenzionate) e che quindi aumentano i costi relativi.

- Impegno organizzativo e relazionale/emotivo: la dipendenza dall’aiuto professionale, la conoscenza da lungo tempo del paziente e gli esiti invalidanti comportano un impegno non solo quantitativo, ma anche qualitativo da parte dei curanti, spesso partecipi da lungo tempo delle vicende di vita dei pazienti.

Questi elementi vengono richiamati per sostenere la necessità di affrontare in modo organizzato e metodico il problema della elevata complessità socio-sanitaria nei pazienti addicted, che pare in aumento (del resto, non è un problema diverso dall’emergere delle patologie dell’anziano conseguente all’aumento della durata della vita).

Ci siamo quindi proposti di definire i parametri con cui individuare i pazienti ECoSS per rilevarne la numerosità sul totale dei pazienti in trattamento. Riteniamo che questa categorizzazione possa essere utile per consentire un punto di composizione delle diverse prospettive dei Servizi specialistici sanitari, essere applicabile in tutte le condizioni di *care* e costituire un metodo per oggettivare il paziente ECoSS descrivendone chiaramente e in modo articolato le diverse problematiche, definendo quindi anche diversi livelli di gravità e complessità.

Si viene a costituire così, più che una nuova “etichetta” per i pazienti, una nuova prospettiva con cui si guarda la persona che viene descritta non in modo aneddotico, soggettivo o enumerativo, facendo una mera sommatoria di problemi, ma accedendo ad una diversa qualità dell’insieme del problema. In questa visione non cambia il paziente, ma il curante, che accede alla necessità di orientare il lavoro di assistenza *per problemi, per competenze, per potenza erogabile* e valorizza il senso sociale di assistere soggetti con queste caratteristiche.

## Strumenti e metodi

La letteratura è abbastanza scarsa di riferimenti utili. Il contributo più significativo nel campo dell’addiction e nel panorama italiano è l’adattamento italiano del set di strumenti denominato ICF-Dipendenze, sviluppato a partire dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento e della Disabilità (ICF) dell’OMS (2).

La pubblicazione dell’ICF Dipendenze, avvenuta nel 2016, è giunta successivamente al nostro lavoro di analisi dei dati e di formulazione dei criteri diagnostici per definire i pazienti ECoSS, avviato nel 2009 e pubblicato per la prima volta nel 2010 (13). In effetti, anche a posteriori, l’impostazione dell’ICF pare maggiormente finalizzata, rispetto al nostro lavoro, a definire i bisogni assistenziali attuali del paziente focalizzandosi sugli aspetti quotidiani e concreti con l’obiettivo di migliorarne il piano assistenziale e la qualità di vita. Il nostro sforzo, come risulterà chia-

ro successivamente, è stato invece prevalentemente informato dalla necessità di riconoscere, attraverso criteri oggettivi, una tipologia di pazienti che emerge progressivamente dall'universo dei trattati, differenziandone le caratteristiche, il livello di gravità e prevedendo l'impegno di risorse organizzative e finanziarie che potranno assorbire. In modo derivato, definendo i criteri per la classificazione ECoSS, abbiamo cercato di individuare i "fattori di rischio" e di vulnerabilità per una progressiva problematizzazione del paziente.

## Costruzione del data base

La raccolta dei dati descrittivi della situazione dei pazienti si proponeva di ricercare un insieme di caratteristiche in grado di fornire una standardizzazione e un cut-off dei criteri fino a quel momento utilizzati per descrivere idiograficamente i cosiddetti "multiproblematici".

È stato preso in considerazione l'universo dei pazienti addicted in cura al momento dell'osservazione (2009-2012) presso un Servizio di Addiction Medicine in una città italiana, costituito da 1.003 soggetti.

Il Servizio opera in una città industriale del Nord Italia in quartieri con caratteristiche socioeconomiche diverse, che vanno dalla borghesia medio-alta di professionisti e imprenditori, a quartieri popolari e di immigrazione storica (anni '60) e recente. Le aree problematiche prese in esame sono state quelle considerate dagli strumenti diagnostici abitualmente utilizzati per l'assessment nelle dipendenze quali DSM, ASI, MATE (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9): le problematiche mediche, relazionali, il sostegno da parte del contesto, gli aspetti relativi al lavoro e all'autosufficienza economica e abitativa. Inoltre, sono stati raccolti dati relativi all'anagrafica del paziente, al livello di istruzione, alla condizione di dipendenza, al riconoscimento dell'invalidità civile e alla presenza di un istituto di protezione/tutela.

I dati sono stati rilevati su tutti i pazienti in trattamento, utilizzando sia le cartelle cliniche sia una **scheda di valutazione e raccolta dati** predefinita e prodotta **ad hoc** e sono stati standardizzati secondo riferimenti reperiti in letteratura.

## Validazione

Per ogni paziente è stata effettuata una intervista ai curanti (in genere, almeno due o tre operatori di professionalità diverse come medico, infermiere, assistente sociale, educatore professionale) per ricavare un loro "giudizio clinico globale" che indicasse la percezione del paziente come "multiproblematico". La popolazione studiata è quindi stata suddivisa, sulla base delle interviste effettuate, in due sotto popolazioni: multiproblematici e non-multiproblematici.

Ognuna delle sotto popolazioni è stata confrontata con il set di criteri definiti a priori per individuare la corrispondenza tra valutazione idiografica effettuata da professionisti esperti e che conoscevano bene il caso e set standardizzato preso in esame. In questo modo è stato individuato un cut-off che consentisse di distinguere le due sottopopolazioni attraverso i criteri standardizzati. È stato verificato che la sottopopolazione dei multiproblematici corrispondeva ad un livello di gravità dei criteri standardizzati (medio-grave) superiore a quello della sottopopolazione non-multiproblematica (lieve-assente): applicando in senso inverso la procedura, è stato verificato che un livello di gravità superiore

rilevato con i criteri standardizzati, corrispondeva alla valutazione clinica di paziente "multiproblematico".

A questo punto, i pazienti multiproblematici sono stati ridefiniti ad "Elevata Complessità SocioSanitaria" (ECoSS) e sono stati formalizzati i criteri per la loro tipizzazione.

Ciò consente di definire il paziente multiproblematico/ECoSS non più attraverso criteri idiografici o empirici, ma sulla base di un set di elementi descrittivi standardizzati in grado anche di individuare, nella descrizione, le aree di specifica problematicità.

## Set di criteri utilizzati e loro riferimenti standardizzati

I criteri utilizzati per la standardizzazione della categoria ECoSS sono stati i seguenti:

1. Compromissione fisica, rilevata tramite l'indice di Karnofsky.
2. Compromissione funzionale e sociale, rilevata tramite scala FPS (derivata dalla scala VGF presente nel DMS-IV tR).
3. Problemi sanitari di tipo cronico oltre la tossicodipendenza, rilevati dalla documentazione presente in cartella clinica (standard: SI/NO).
4. Reddito non sufficiente all'automantenimento. Il criterio relativo al "reddito non autosufficiente" fa riferimento ai dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (14), considerati come i maggiormente realistici in relazione all'automantenimento, in quanto definiti a posteriori e non correlati alle risorse disponibili da parte degli Enti gestori dell'assistenza. Da questi dati emerge che la soglia di povertà relativa<sup>1</sup> per famiglie con due componenti è pari a 1.011,03 euro mensili e che la soglia (mensile) di povertà assoluta<sup>b</sup> per un componente tra i 18 e i 59 anni nel 2011 nel Nord Italia è pari a 784,49 euro nelle aree metropolitane e 746,75 euro nei grandi comuni; pertanto queste cifre è stata assunta come riferimento minimo per l'autosufficienza.
5. Abitazione assente o impropria/inabitabile. Ci si è riferiti al Regolamento Locale di Igiene Tipo, Titolo III, della Regione Lombardia, che definisce un alloggio inabitabile quando "presenta uno o più dei seguenti requisiti:
  - condizioni di degrado tali da pregiudicare l'incolumità degli occupanti;
  - alloggio improprio (soffitta, seminterrato, rustico, box);
  - mancanza di un sistema di riscaldamento;
  - mancanza di disponibilità di acqua potabile, servizi igienici o servizio cucina"<sup>b</sup>.
6. Assenza o insufficienza rete primaria e/o secondaria formale o famiglia problematica. Per il criterio relativo all'assenza o insufficienza delle reti di sostegno, si è considerato che le reti primarie<sup>b</sup> sono costituite dai legami famigliari e quelle secondarie formali<sup>b</sup> sono rappresentate dalle istituzioni che formano il sistema di *welfare*. Per famiglia problematica si intende quel tipo di famiglia che "presenta caratteristiche strutturali, organizzative e relazionali deboli, inadeguate o conflittuali che si ripercuotono negativamente sui suoi membri e sulle capacità di svolgere le funzioni sociali attribuitele tanto da richiedere un intervento sociale"<sup>c</sup>.

## Il riconoscimento del paziente ECoSS

Abbiamo riscontrato, dal confronto tra il giudizio clinico e l'applicazione del set di criteri standardizzati che nei pazienti mul-

tiproblematici/ECOSS era sempre presente un livello medio-grave di compromissione fisica o funzionale.

Abbiamo quindi definito che il criterio della *compromissione fisica e/o funzionale* dovesse essere sempre obbligatoriamente presente perché il paziente potesse rientrare nella categoria ECOSS (criterio maggiore o fondamentale) (13).

Degli altri criteri considerati (reddito, abitazione, rete di supporto) almeno uno era sempre presente nei pazienti considerati "multiproblematici". Abbiamo quindi considerato che fosse indispensabile la presenza di almeno uno di questi tre criteri, in modo intercambiabile. Pertanto, sono stati definiti criteri complementari. Ad esempio, un paziente con compromissione grave di tipo funzionale o fisica, ma con un reddito adeguato, una abitazione idonea e una rete di supporto valida, non rappresenta una situazione ad elevata complessità sociosanitaria, avendo sì un serio problema di salute, ma anche le risorse personali e ambientali per poterlo affrontare senza uno specifico investimento da parte dei Servizi pubblici. Viceversa, la presenza di problemi anche in una sola delle aree individuate, richiede un intervento multidisciplinare e multiservizi, introducendo una complessità specifica.

Ovviamente, la presenza di due o di tutti e tre i criteri complementari indica una maggiore gravità del caso.

In sintesi, il paziente ECOSS deve presentare:

- un grado di compromissione funzionale o fisica almeno medio o grave;
- più un livello di insufficienza in almeno uno dei tre criteri complementari (reddito, abitazione, rete di supporto).

Inoltre, ai fini della valutazione della gravità complessiva, abbiamo considerato un ulteriore elemento, riferito alla presenza o meno di una ulteriore patologia cronica associata alla dipendenza. Questo criterio (accessorio) non è considerato diagnostico per ECOSS, ma solo indicatore di gravità, in quanto la sua presenza è frequente nei pazienti tossicodipendenti (come patologia correlata o conseguente), ma associata al solo criterio maggiore e in assenza dei criteri complementari non determina una specifica problematicità nel trattamento del paziente. Ad esempio, una epatite virale cronica associata alla tossicodipendenza, in assenza dei criteri per la definizione ECOSS non configura una condizione di "multiproblematicità": il paziente sarà in cura per la dipendenza e per la patologia infettiva senza particolari complessità.

Nella Figura 1 e 2 seguenti, sono riassunti i criteri proposti per i pazienti ECOSS.

Fig. 1

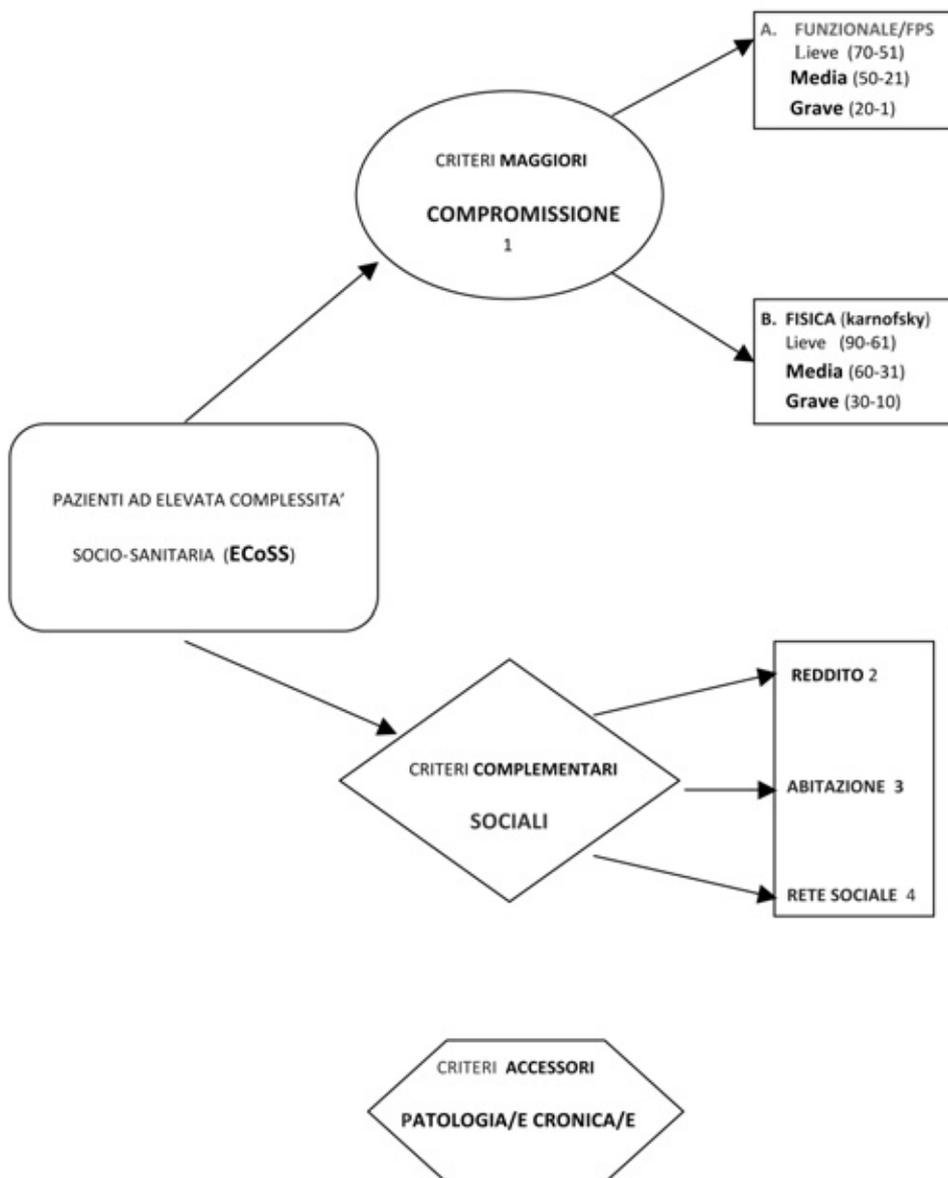
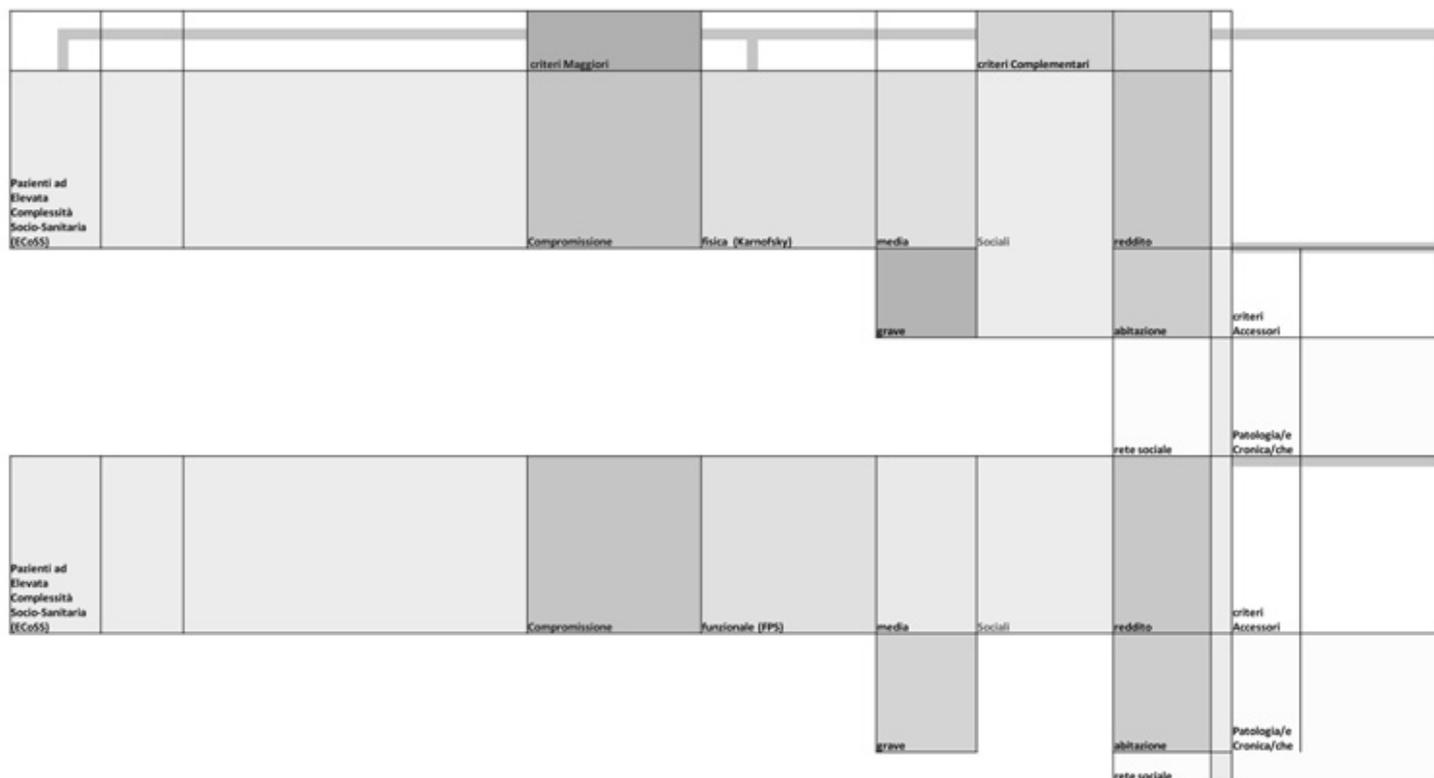


Fig. 2 - Scacchiera classificativa pazienti ECoSS



Caratteristiche della popolazione esaminata e dei pazienti ECoSS

Le percentuali sono in linea con quelle riscontrate nella popolazione generale di utenti in carico al Ser.D.

Dati ECoSS/popol.generale TD	
n	231
% risp.a popol. gen. TD	23 (231/1003)
età media maschi	45
età media femmine	44
ECoSS maschi/femmine	3
maschi/femmine Td popol. generale	3,5

Reddito ECoSS	n.	%
privo	74	32
assegno invalidità	84	36
sussidio	12	5
lavoro	29	13
illecito	51	22

Fasce età (%)	popolazione generaleTD	ECoSS
< 21	0,6	0,9
21-30	6	5,6
31-40	22,2	25
41-50	46,5	47
51-60	20,7	18
> 61	4	3,5

Abitazione	n.	%
propria/abitabile	165	71
impropria/inabitabile	50	22
assente	16	7

Grado di istruzione ECoSS	n.	%
analfabeta	3	1,3
licenza elementare	231	14
medie inferiori	174	75
medie superiori	20	9
laurea	2	0,7

Condizione abitativa	n.	%
privi	16	7
proprio nucleo	83	36
nucleo di origine	70	30
struttura III	42	18
detenuto	20	9

<b>ECoSS Ist. tutela</b>	maschi	femmine
ammin. sostegno	7	1
tutore	2	0
curatore	0	0

<b>Compromissione funz. pers.e e soc.</b>	n.	%
normale	0	0
lieve	14	6
medio	182	79
grave	35	15

<b>ECoSS inv. civile</b>	%
si	51
no	49

<b>livello medio-grave (%)</b>	maschi	femmine
<b>karnofsky</b>	44	39
<b>FPS</b>	94	93
<b>patologie prevalenti</b>		
psichiatrica	54	59
infettivologica	47	57
neurologica	17	19

<b>Famiglia problematica</b>	n.	%
si	135	58
no	69	30
senza famiglia	28	12

<b>Famiglia problematica</b>	<b>Maschi</b>		<b>Femmine</b>	
	n.	%	n.	%
Si	100	58	35	61
No	56	32	13	23
Senza	18	10	9	16

<b>Sostanza</b>	<b>% su tot ECoSS</b>	<b>% su campione Dip. attivi non ECoSS</b>
eroina	23	50
cocaina	17	39
alcol	25	56
GAP	5	11
altro	6	15

<b>Compromissione autonomia fisica</b>	n.	%
normale	16	7
lieve	117	51
medio	87	37
grave	11	5

		<b>TD attiva</b>	<b>TD non attiva</b>
<b>Terapia farmacologica</b>	Si	86 (37%)	97 (42%)
	No	18 (8%)	30 (13%)

<b>Terapia</b>	<b>181 ECoSS(78% tot ECoSS)</b>	<b>% ECoSS</b>	<b>% tot (ECoSS + non ECoSS)</b>	<b>%nonECoSS (tot- ECoSS)</b>
MTD		47	53	57,7
BPF/NLX		15	22	25,25
GHB		4	5,4	6,08
altro		34	36	38,7
<b>maschi</b>	<b>131 (75% maschi ECoSS)</b>			
MTD		43	42	47,53
BPF/NLX		19	19	21,9
GHB		3	4	4,5
altro		49	28	28
<b>femmine</b>	<b>50 (88% delle femmine ECoSS)</b>			
MTD		60	10	10
BPF/NLX		4	2,8	3,36
GHB		6	1,5	1,5
altro		30	8	6,6

• **Dati socioanagrafici**

Gli utenti ECoSS Addicted sono 231 di cui 174 maschi e 57 femmine e rappresentano il 23% della totalità dei 1003 soggetti considerati (v. figg. 3-4-5).

Fig. 3

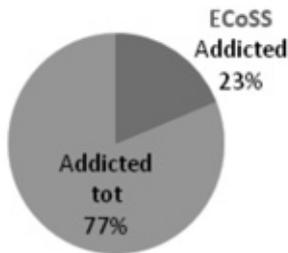


Fig. 4

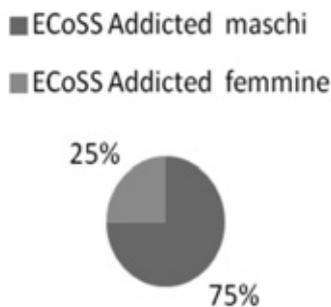
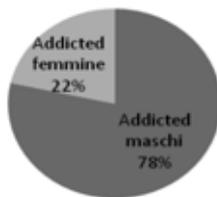


Fig. 5



L'età media nei ECoSS addicted è di 45 anni nei maschi e di 44anni nelle femmine; la distribuzione per fasce d'età risulta essere la seguente (Tab. 1):

Tab. 1

Fasce età	n.	%
< 21	2	0,9
21-30	13	5,6
31-40	58	25
41-50	109	47
51-60	41	18
> 61	8	3,5

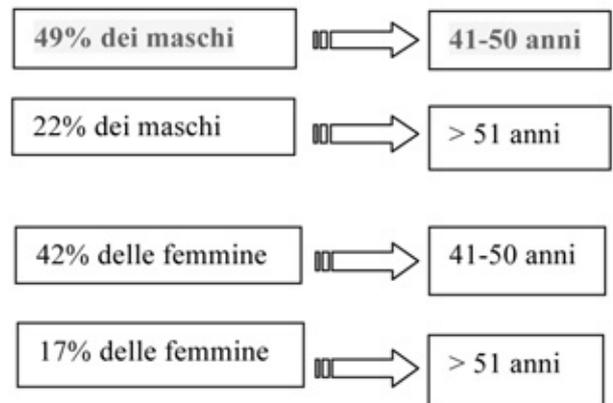
Rispetto alla popolazione totale dei pz. in carico al nostro dipartimento (Tab. 2), non ci sono sostanziali differenze.

Tab. 2

Fasce età	n.	%
< 21	6	0,6
21-30	59	6
31-40	223	22,2
41-50	467	46,5
51-60	207	20,7
> 61	41	4

I soggetti con età uguale o superiore ai 51 anni rappresentano il 21% dell'intero campione. Tra i maschi, il 49% si colloca nella fascia di età 41-50 anni e il 22% dei maschi ha più di 51 anni. Tra le femmine, il 42% ha tra i 41-50 anni, mentre il 13% più di 51anni (Fig. 6).

Fig. 6



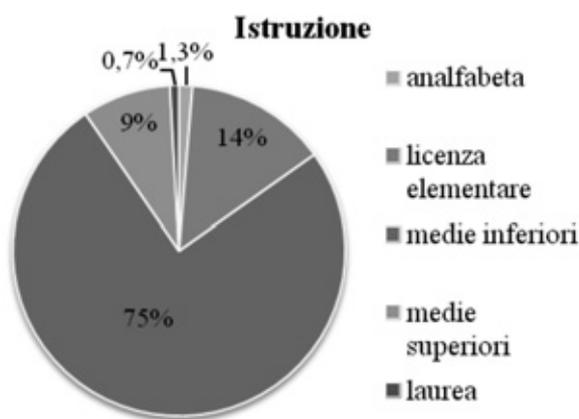
Relativamente al **livello di istruzione**, la parte prevalente del campione MP è in possesso della licenza media inferiore (75%). In Tab. 3 e Fig. 7, sono rappresentate le prevalenze dei gradi di scolarizzazione dell'intero campione ECoSS.

Tab. 3

Istruzione	n.	%
analfabeta	3	1,3
licenza elementare	231	14
medie inferiori	174	75
medie superiori	20	9
laurea	2	0,7

Le femmine ECoSS, al pari di quanto accade nella popolazione generale, presentano una percentuale più elevata rispetto ai maschi, di istruzione media-superiore, il 16% vs 6%, rispettivamente; il contrario accade per la licenza elementare, 16% dei maschi, vs 7% delle femmine. Le percentuali sono in linea con quelle riscontrate nella popolazione generale di utenti in carico al Ser.D.

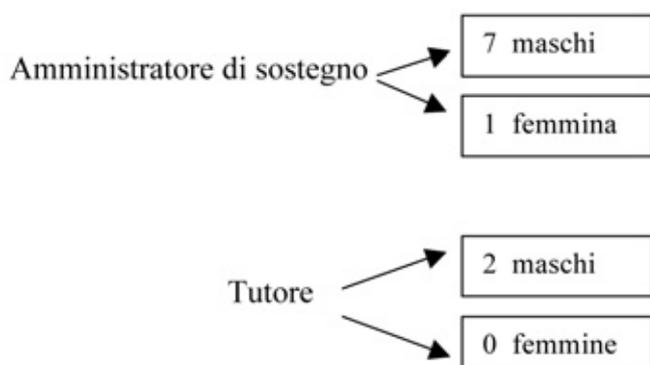
Fig. 7



Il 2.31% del campione ECoSS (10 pz), ha un istituto di tutela (8 con amministratore di sostegno e 2 con tutore) (Fig. 8).

Fig. 8

Istituto di tutela	n.
amministratore sostegno	8
tutore	2
curatore	0



Tab. 4

Sostanza	% su tot ECoSS	num.ECoSS attivi	% su tot campione Dip.attivi non ECoSS	n. tot Dip.attivi non ECoSS
eroina	23	52	50	180
cocaina	17	40	39	130
alcol	25	58	56	201
GAP	5	11	11	40
altro	6	15	15	54
		tot 176		605

Poco più della metà del campione (118 utenti, il 51% della popolazione ECoSS) è stata riconosciuta invalida civile (Fig. 9).

Fig. 9

## ECoSS: invalidità civile



## Situazione clinica di dipendenza e terapia farmacologica

Il 55% dei pz. ECoSS presenta una **tossicodipendenza non più attiva**; il dato è sostanzialmente **sovrapponibile** a quello riscontrato nella popolazione generale dei nostri utenti (57.4% di remissioni cliniche complete).

Tra gli **ECoSS attivi polidipendenti**, la sostanza prevalente è l'alcol (25%).

Nella Tab. 4 viene rappresentata in numero assoluto e in percentuale, la tipologia di dipendenza attiva; diversi soggetti ECoSS tossicodipendenti attivi, utilizzano più sostanze contemporaneamente.

## La condizione di ECoSS non rappresenta un fattore protettivo o favorevole rispetto alla dipendenza attiva

Per gli utenti maschi **ECoSS attivi**, l'eroina risulta la sostanza prevalentemente utilizzata (38%), seguita dall'alcol (28%); tra le femmine prevale l'alcol (46% delle **ECoSS attive**). Il 78% del campione **ECoSS** (181 paz.) è in trattamento farmacologico. Di questi utenti, il 47% (85 paz), assume metadone (MTD), il 15% (27 paz), buprenorfina/naloxone (BPF/NLX), il 4% (7 paz), sodio oxibato (GHB) e il 34% (92 paz), è in terapia anche con psicofarmaci. Il dato nella popolazione generale **non ECoSS** è il seguente: 58% MTD, 25% BPF/NLX, 6% GHB, 39% altri farmaci (Tab. 5).

Tab. 5

Terapia	% ECoSS	num.ECoSS	% tot (ECoSS + nonECoSS)	n. tot (ECoSS + nonECoSS)	%nonECoSS (tot- ECoSS)
MTD	47	85	53	531	57,7
BPF/NLX	15	27	22	220	25,25
GHB	4	7	5,4	54	6,08
altro	34	92	36	361	38,7
<b>maschi</b>					
MTD	43	47	42	423	47,53
BPF/NLX	19	6	19	193	21,9
GHB	3	3	4	39	4,5
altro	49	38	28	280	28
<b>femmine</b>					
MTD	60	30	10	108	10
BPF/NLX	4	2	2,8	27	3,36
GHB	6	3	1,5	15	1,5
altro	30	15	8	81	6,6

Diversi utenti sono in trattamento con più di un farmaco, mentre il 34% (62 pazienti). non assume terapie specifiche con MTD, BPF/NLX e GHB. Le percentuali indicate nella tabella seguente, sono riferite al totale degli utenti ECoSS che assume la terapia farmacologica. Come si evince dalla Tabella 5, le femmine in trattamento farmacologico sono più numerose dei maschi (88% vs 75%, rispettivamente).

NB: La somma delle percentuali e dei numeri assoluti dei soggetti maschi non corrispondono al totale dei pazienti, perché tra i 64 soggetti che assumono "altro", oltre ai 47 utenti in terapia solo con psicofarmaci, ve ne sono altri 17 in trattamento con psicofarmaci + MTD-BPF/NLX-GHB.

Rispetto alla terapia farmacologica, emergono tra la popolazione generale e quella ECoSS, nel senso che la percentuale di questi ultimi che assume dei farmaci (MTD,BPF/NLX,GHB e psicofarmaci), è nettamente più bassa rispetto alla popolazione non ECoSS (p < 0.00001). Queste differenze rimangono statisticamente significative per i maschi ECoSS, mentre per le femmine ECoSS, la differenza rispetto alla popolazione addicted generale resta significativa soltanto per BPF/NLX.

### Caratteristiche dei pazienti ECoSS

Il 37% dei pazienti ECoSS presenta un livello di **compromissione fisica** (Indice di Karnofsky) di grado medio, mentre nel 5% dei casi la compromissione fisica è grave (tabb. 6 e 7): 44% maschi e 39% femmine (Fig. 10).

La **compromissione funzionale personale e sociale** (scala FPS) è di grado medio per il 79% del campione e grave nel 15% dei casi: 94% maschi e 93% femmine.

Tab. 6

Compromissione autonomia fisica	n.	%
normale	16	7
lieve	117	51
medio	87	37
grave	11	5

Tab. 7

Compromissione funzionale personale e sociale	n.	%
normale	0	0
lieve	14	6
medio	182	79
grave	35	15

Relativamente al genere, il 44% dei maschi ECoSS (76 pazienti) e 22 femmine (39%) presentano una compromissione dell'autonomia fisica di livello medio-grave. Rispetto alla compromissione funzionale personale e sociale, il 94% dei maschi (164 paz.) e il 93% delle femmine (53 paz.) hanno un livello di compromissione medio-grave (Fig. 10).

Categorie nosologiche: Nella Fig. 11 sono rappresentate le 3 patologie prevalenti: psichiatrica (55%), infettivologica (50%) e neurologica (17%).

Fig. 10

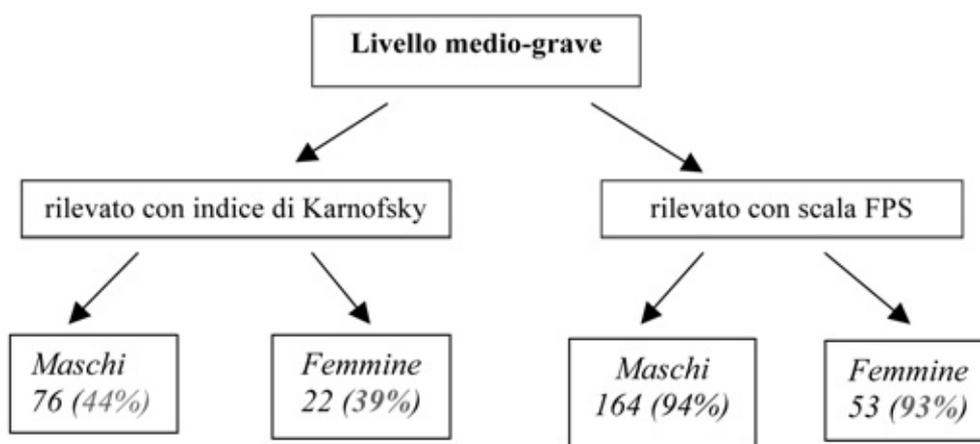
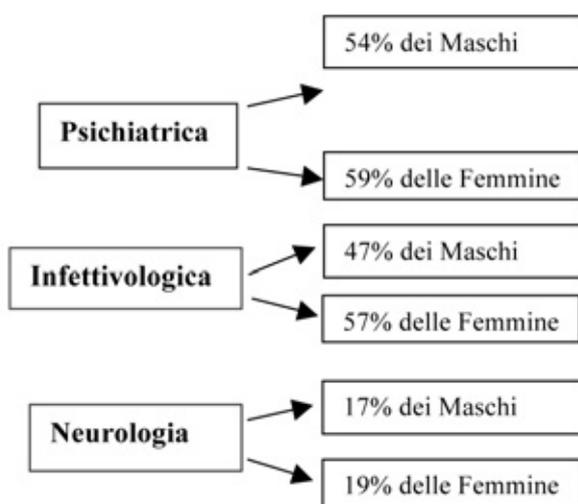
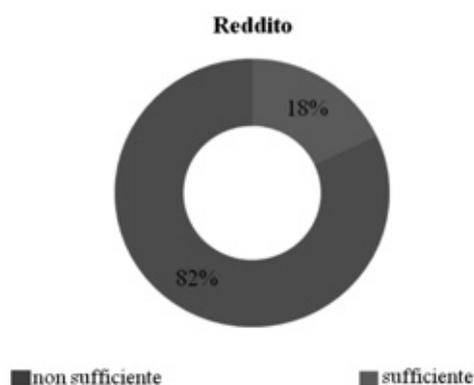


Fig. 11



Condizioni economiche: Come si evince dalla Fig. 12, soltanto il 18% (42 soggetti) dei pazienti ECoSS (25% delle femmine e 18% dei maschi), presenta un reddito sufficiente all'automantenimento, rispetto alla maggioranza dei casi, 82% (189 utenti) che versa in condizioni economiche precarie.

Fig. 12



Nella Tabella 8 sono dettagliate le varie situazioni e tipologie di reddito:

Tab. 8

Reddito	n.	%
privo	74	32
assegno invalidità	84	36
sussidio	12	5
lavoro	29	13
illecito	51	22

Emergono delle diversità rispetto al genere: la principale fonte di reddito delle femmine deriva da attività illecite; per i maschi, dall'assegno di invalidità.

N.B: la somma delle % non da come risultato 100, in quanto alcuni soggetti percepiscono diverse forme di reddito.

Riguardo al tipo di abitazione, lo studio evidenzia come per la maggioranza del campione ECoSS, l'abitazione risulta propria e abitabile, senza differenze tra i maschi (72%) e le femmine (70%) (Tab. 9).

Tab. 9

Abitazione	n.	%
propria/abitabile	165	71
impropria/inabitabile	50	22
assente	16	7

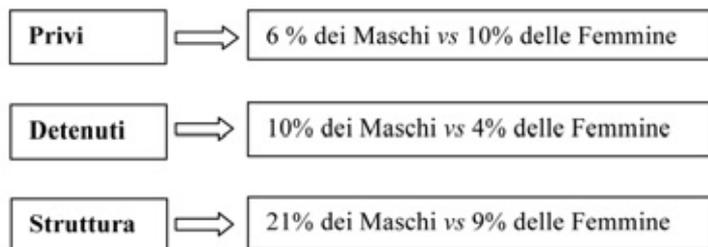
Nella Tab. 10 sono evidenziate le diverse condizioni abitative dei pazienti ECoSS: prevalgono quelli che vivono col proprio nucleo familiare (36%) e con il proprio nucleo di origine (30%), ma con differenze di genere: la maggior parte dei maschi (33%) vive invece all'interno del nucleo di origine, mentre il 54% delle femmine ha un proprio nucleo familiare.

Tab. 10

Condizione abitativa	n.	%
privi	16	7
proprio nucleo	83	36
nucleo di origine	70	30
struttura III	42	18
detenuto	20	9

Altre differenze tra maschi e femmine emergono rispetto alle altre tre condizioni residenziali (Fig. 13):

Fig. 13



Nella Tab. 11 sono indicate le condizioni di presenza/assenza di famiglia problematica (per povertà economica, devianza e degrado sociali, presenza di familiari conviventi problematici): il 58% dei pazienti ECoSS presenta una famiglia problematica e il 12% è senza famiglia. Nella Tab. 12, sono indicate le differenze tra maschi e femmine ECoSS, rispetto alla presenza di famiglia multiproblematica.

Tab. 11

Famiglia problematica	n.	%
si	135	58
no	69	30
senza famiglia	28	12

Tab. 12

Famiglia problematica	Maschi		Femmine	
	n.	%	n.	%
Si	100	58	35	61
No	56	32	13	23
Senza	18	10	9	16

Il 30.7% dei pazienti ECoSS (71 paz.) è in carico al Centro Salute Mentale (CSM), il 21.6% (50 paz.) al Servizio Sociale ed il restante 47.6% (110 paz.), è seguito soltanto dal Ser.D.

### Correlazioni tra alcune variabili

La maggior parte degli ECoSS tossicodipendenti attivi possiede un livello di scolarizzazione medio-basso; tra i soggetti ECoSS **astinenti** prevale (media) rispetto agli **attivi** (10% vs 3.2%) un livello di istruzione più elevato (livello 2, media-superiore + universitaria), Tab. 13.

Tab. 13

	GRADO ISTRUZIONE %		
	livello 0	livello 1	livello 2
<b>TD ATTIVA</b>			
eroina	9,7	37,8	2,9
cocaina	5,8	28,1	4,85
alcol	9,7	40,7	5,8
Gap	1	8,7	1
altro	0	12,6	2
<b>TD NON ATTIVA</b>	14	76	10

### Riconoscimento dell'invalidità civile

Come viene evidenziato nella figura successiva, al 51% dei soggetti ECoSS è stata riconosciuta l'invalidità civile (Fig. 14); non risultano differenze sostanziali tra pazienti attivi o astinenti (Fig. 15).

Fig. 14

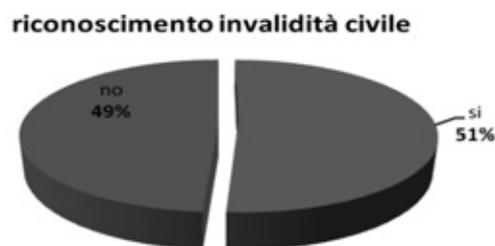
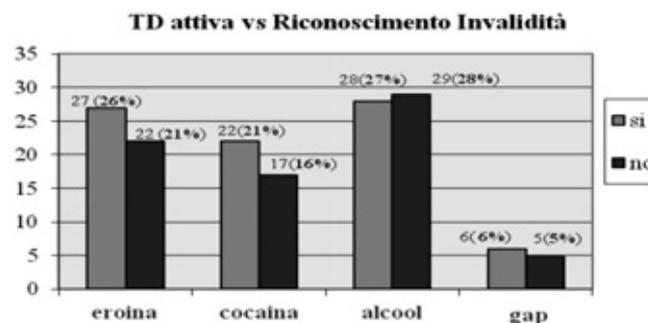


Fig. 15



Gli ECoSS attivi maschi a cui è stato riconosciuta un'invalidità civile prevalgono nettamente sulle femmine (Tab. 14).

Tab. 14

Maschi	TD attiva	TD	Invalidità %		Femmine	TD attiva	TD	Invalidità %	
			si	no				si	no
	eroina		20	16		eroina		7	6
	cocaina		16	11		cocaina		6	6
	alcool		18	16		alcool		10	13
	GAP		6	4		GAP		0	1
	altro		6	8		altro		0	1

### Correlazione tra terapie farmacologiche e situazione clinica della TD

Nella Tab. 15 viene rappresentato il rapporto tra le terapie farmacologiche e la situazione clinica di dipendenza dei pazienti

ECoSS: il 13% (30 paz, 26 maschi e 4 femmine), ha raggiunto una remissione clinica stabilizzata e non assume alcuna terapia farmacologica.

Tab. 15

		TD	
		TD attiva	TD non attiva
Terapia farmacologica	Si	86 (37%)	97 (42%)
	No	18 (8%)	30 (13%)

Correlazioni tra la tipologia della tossicodipendenza attiva (tipo di sostanza psicotropa usata) e le tre prevalenti comorbidità presenti: *psichiatrica*, *infettivologica* e *neurologica* (Tab. 16).

Tab. 16

		Categorie nosologiche			
		sostanza	psichiatrica	neurologica	infettivologica
TD attiva	eroina	30 (29%)	9 (9%)	34(33%)	
	cocaina	23 (22%)	7 ( 7%)	23(22%)	
	alcol	35 (34%)	14(14%)	30(29%)	
	GAP	4 (4%)	1 (1%)	0 (0%)	
	altro	12 (12%)	2 ( 2%)	5 (5%)	

## Discussione sui risultati (per area tematica)

### Aspetti socio-anagrafici

Gli utenti ECoSS rappresentano il 23% dei 1003 pazienti in carico al nostro Servizio. Il dato è preoccupante poiché quasi 1/4 di tutti i tossicodipendenti in carico al Dipartimento Dipendenze 1 dell'ASL TO2 presenta una compromissione fisica e/o funzionale sociale e personale di livello medio-grave. Il rapporto maschi/femmine è di 3/1 (75% vs 25%), nettamente inferiore al rapporto tra maschi/femmine di 5-6/1 (85% vs 15%) relativo alla popolazione totale di utenti in carico. Non emergono differenze sostanziali tra maschi e femmine relativamente all'età media, (45 anni per i maschi, 44 per le femmine); 109 utenti si collocano nella fascia di età 41-50 (47%) e 49 utenti (21%) hanno più di 51 anni.

È presente una differenza tra i due generi: il 71% del campione maschile ha più di 41 anni vs il 59% delle femmine.

Il livello di scolarizzazione prevalente degli utenti ECoSS è medio-basso (licenza media nel 75% dei casi). Sono numerosi anche coloro che hanno frequentato soltanto le scuole elementari; i diplomati e i laureati rappresentano una piccola percentuale del campione ECoSS (rispettivamente il 9% e 2%). Le femmine possiedono un livello di istruzione tendenzialmente superiore ai maschi. Il livello elevato di scolarizzazione correla favorevolmente con il raggiungimento ed il mantenimento della condizione di astinenza.

### Situazione di dipendenza e terapia farmacologica

Il 55% del campione ECoSS non abusa più di sostanze psicotrope, anche se può necessitare di terapie farmacologiche continuative. In relazione alle diverse sostanze usate dai paz. TD ECoSS attivi (45%), viene specificato che nella categoria "altro" sono rientrati soprattutto gli utilizzatori di cannabinoidi e/o psicofarmaci (non prescritti). La sostanza principalmente abusata è l'alcol (56%), seguita dall'eroina (50%) e dalla cocaina (39%). Rispetto al tipo di sostanza utilizzata, non è emersa una correlazione statisticamente significativa tra il tipo di sostanza utilizzata (alcol, eroina e cocaina, con frequenza decrescente), rispetto alle tre prevalenti comorbidità presenti nei pz. TD ECoSS (*psichiatrica*, *infettivologica* e *neurologica*).

Rispetto ai pazienti dipendenti da gioco d'azzardo patologico (GAP), sono stati esclusi quelli che presentano GAP concomitante a uso di sostanze, in situazioni cliniche complesse di poli-dipendenza), è emerso che 11 soggetti (1% del totale del campione), quasi esclusivamente maschi, sono risultati ECoSS (il 5% ~ dei pazienti ECoSS).

I maschi TD ECoSS attivi prediligono ancora l'eroina, consumata dal 39 soggetti

(30% ~) seguita dall'alcol, utilizzato da 35 soggetti (28% ~). La maggior parte delle donne ECoSS attive (46%) presenta invece un abuso/dipendenza da alcol.

Rispetto alla terapia farmacologica riveste un ruolo molto rilevante nella cura dei tossicodipendenti. Dalla ricerca è emerso che il 78% del campione ECoSS è in trattamento farmacologico e le femmine lo sono percentualmente più dei maschi (88% vs 75%, rispettivamente).

### • Criteri riguardanti la Elevata Complessità Socio-Sanitaria

Il primo criterio concernente la **compromissione fisica** evidenzia uno scenario preoccupante: la compromissione fisica medio-grave del nostro campione di TD MP è in media del 41.5% (44/39% maschi/femmine), mentre il grado di **compromissione funzionale psico-sociale** arriva ad interessare la quasi totalità del campione, 93.5% (94/93%, maschi/femmine). Gli aspetti disfunzionali psico-sociali incidono maggiormente sulla gestione della quotidianità dell'utente rispetto a quelli di compromissione fisica medio-grave, richiedendo spesso la necessità di interventi sanitari e sinergici investimenti di risorse socio-assistenziali.

La ricerca ha inoltre evidenziato che nel 55% dei casi gli utenti ECoSS presentano una patologia psichiatrica e nel 50% sono portatori di problematiche infettivologiche (prevalentemente epatiti croniche HCV positive con una prevalenza del 10% in più, a favore delle femmine, rispetto ai maschi).

La gestione generale di questa tipologia di utenti, considerati i loro livelli di funzionamento psico-sociale maggiormente compromessi, risulta molto più problematica ed impegnativa rispetto ai pazienti non ECoSS.

Rispetto al **reddito**, è emerso che l'82% del campione non dispone di un reddito sufficiente all'automantenimento. In questo ambito, le donne presentano una migliore condizione economica rispetto agli uomini (25% vs 18%).

Emergono diverse fonti reddituali:

1. L'assegno d'invalidità, rappresenta la tipologia principale, (36% del campione ECoSS).
2. Sono più numerosi i soggetti che svolgono attività illecite (22%), per lo più spaccio, prostituzione e piccoli lavori in nero, rispetto agli utenti che hanno un regolare contratto di lavoro (13%).

Il reddito dei maschi è costituito principalmente dall'assegno di invalidità, per le femmine, invece, assumo un ruolo di primo piano le attività illecite e, tra queste, la prostituzione. Ben il 32% degli utenti ECoSS è privo di reddito in quanto non in grado di lavorare.

Relativamente alla **condizione abitativa**, dallo studio emerge un dato positivo: per la maggioranza del campione ECoSS, l'abitazione risulta propria e abitabile, senza differenze sostanziali tra maschi e femmine. Il 30% di questi casi vive però ancora all'interno del proprio nucleo familiare di origine, con i genitori anziani che intervengono e li supportano anche da un punto di vista economico. Rispetto alla convivenza nella famiglia di origine, le donne risultano più autonome e indipendenti degli uomini (30% vs 54%, rispettivamente).

La famiglia risulta essere una agenzia sociale importante, cosa che solleva forti perplessità sul futuro dei pazienti dipendenti da essa, in particolare per il mantenimento dell'abitazione. Tuttavia, nonostante il ruolo di ammortizzatore sociale, più della metà del campione ECoSS (58%) presenta una famiglia problematica.

Il 12% del campione non ha una famiglia e quindi nessun *care-giver* disponibile come fonte di aiuto e di sostegno. Si riscontra una differenza tra i generi: le femmine risultano più frequentemente dei maschi senza famiglia o con una famiglia problematica.

La percentuale dei maschi detenuti (10%) e inseriti in strutture (21%) è superiore rispetto a quella delle femmine (4% e 9%, rispettivamente).

In merito alla rete di servizi istituzionale, è emerso che solo il 31% (71 utenti) dei pazienti ECoSS è seguito anche dal Servizio Psichiatrico, cioè poco più della metà dei pazienti TD ECoSS psichiatrici (128 soggetti, 55.4%).

Infine, soltanto il **21.6%** dei TD ECoSS (50 utenti) è in carico al Servizio Sociale.

Il livello d'istruzione prevalente negli utenti MP è medio-basso. I diplomati e i laureati sono un numero veramente esiguo. Questo dato mette in luce come, nella nostra popolazione, da un lato la situazione di dipendenza influenzi grandemente la riuscita scolastica e dall'altra che la bassa scolarità dei soggetti favorisca lo sviluppo di un comportamento di dipendenza. Rispetto alla scolarizzazione, non sono emerse rilevanti differenze tra le sostanze usate: tutte incidono negativamente sul livello d'istruzione degli utenti. Anche i giocatori d'azzardo presentano una bassa istruzione, su 11 utenti soltanto 1 ha ottenuto il diploma di scuola media superiore. Infine, sempre rispetto alla questione "scolarizzazione", non si è evidenziata una differenza tra pazienti attivi e in remissione clinica.

Il **51%** degli utenti ECoSS ha ottenuto il riconoscimento dell'invalidità civile. Emergono lievi differenze rispetto al tipo di dipendenza:

- gli utenti attivi da eroina, cocaina e GAP hanno più frequentemente il riconoscimento dell'invalidità. Stupisce che 6 utenti su 11 affetti da GAP presentino un riconoscimento dell'invalidità. Evidentemente il GAP a fronte di pressoché nulle conseguenze negative sul piano dell'integrità fisica, presenta grosse ricadute sulla salute psichica e sulle capacità socio-relazionali dell'utente, che a volte si conclamano in vere e proprie psicopatologie, soprattutto in coloro che presentano una concomitante dipendenza da sostanze (GAP + sostanza/e, come alcol, cannabinoidi, o cocaina).

Il rapporto tra la condizione clinica rispetto alla dipendenza e il trattamento farmacologico, evidenzia come il **13%** (30 utenti, 26 maschi e 4 femmine), è rappresentato da **pazienti in remis-**

**sione protratta stabilizzata dalla dipendenza, che non assume alcuna terapia oppioide sostitutiva e che, di fatto, potrebbe essere dimesso dal Servizio.**

Rispetto alla correlazione tra tossicodipendenza attiva (per ogni sostanza) e prevalenza per le tre patologie più frequenti nei soggetti ECoSS (psichiatrica, infettivologica e neurologica) si osserva quanto segue:

- le patologie psichiatriche, neurologiche ed infettivologiche sono quelle più frequentemente riscontrate negli ECoSS eroinomani, cocainomani ed alcolisti. Questi ultimi, però, più degli altri, presenta una prevalenza più alta di patologie neuropsichiatriche;
- tra i *gamblers* e i TD per cannabis e/o benzodiazepine (le sostanze psicotrope maggiormente rappresentate nella categoria "altre sostanze"), prevalgono le patologie psichiatriche. Questo dato interessa però soltanto gli uomini.

## Conclusioni

I risultati della ricerca sui pazienti ECoSS evidenziano la presenza di una quota significativa di pazienti richiedenti un elevato impegno di risorse per la gestione di situazioni tendenzialmente non modificabili, che richiedono cure e assistenza a vita. La compresenza di problemi individuali e sistemici, ambientali e situazionali, medici, psicologici e socioeconomici, indica la necessità di un approccio integrato e multiprofessionale tra i servizi sociali e quelli sanitari specifici.

Il modello proposto per individuare in modo sistematico i soggetti ECoSS può costituire uno strumento diagnostico e prognostico utile per favorire il confronto tra Servizi che hanno riferimenti operativi diversi, per valutare l'impatto della popolazione specifica sulla operatività e sui costi del Servizio, per la programmazione e la pianificazione delle risorse.

Infine, la ricerca documenta la composizione della popolazione utente dei Servizi per le dipendenze, evidenziando la presenza di una quota rilevante di pazienti molto compromessi e molto richiedenti in termini sia di cure sia di assistenza a vita: questo cambia profondamente il modo di vedere sia l'addiction sia i Servizi per le dipendenze.

## Note

1. Istat, [www.istat.it](http://www.istat.it), ultima consultazione febbraio 2013.

## Bibliografia

- (1) Aa.Vv. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Pub, 4<sup>a</sup> ed., Anteprema limitata su [books.google.it](http://books.google.it).
- (2) Bignamini E., DeVivo E. et al. (2010). Pazienti tossicodipendenti multiproblematici. *Dal Fare al Dire*, 3.
- (3) Bignamini E., Galassi C. (2017). *Addiction. Come pensarla, comprenderla, trattarla*. Cuneo: PubliEditore.
- (4) Blanken et al. (1995). Europasi: adattamento europeo dell'Addiction Severity Index. *Bollettino delle farmacodipendenze e Alcolismo*, XVIII(2).
- (5) Consoli A., Bennardo A. (2001). Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. *Addiction Severity Index*. Centro Scientifico Editore.
- (6) Giulio R., Bignamini E. (2005). Pronta Assistenza. *Mission*, 14.
- (7) Istat (2013). [www.istat.it](http://www.istat.it), ultima consultazione febbraio.

- (8) McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.T. (1980). An Improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *J. New Mental Dis*, 168: 26-33.
- (9) Pasqualotto L. (2016). ICF dipendenze. *Un set di strumenti per programmare e valutare la riabilitazione nelle dipendenze patologiche*. Erickson, Scienze Mediche. Medicina.
- (10) Pioli R., Maffetti K. (2013). *La scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS) e lo strumento VADO. La riabilitazione cognitiva della schizofrenia*, pp. 71-81.
- (11) Schippers G.M., Broekman T.G., Buchholz A. (2013). *Mate 2.1 Manuale e protocollo*. Ed. It. Nespoli G., Bignamini E.M.
- (12) Schippers G.M., Broekman T.G., Buchholz A., Rutten R. (2009). Introducing a new assessment instrument: The Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) SUCHT. *Hogrefe AG.*, 55: 209-218. doi: 10.1024/2009.04.03.
- (13) Spitzer R. et al. (2003). *DSM-IV-TR casi clinici. Applicazioni cliniche del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Elsevier. Anteprima limitata disponibile su books.google.it.
- (14) Verger E., Salamero M., and Conill C. (1992). Can Karnofsky Performance Status be transformed to the Eastern Cooperative Oncology Group Scoring Scale and vice-versa. *European Journal of Cancer*, 28A(8-9): 1328-1330.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421".
- Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, "Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".
- Decreto Ministeriale 30 novembre 1990, n. 444, "Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali".
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 22 dicembre 1989 "Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e provincie autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali".
- Delibera della Giunta Regionale della Regione Piemonte 14 marzo 2013, n. 12 "Disposizioni generali in materia di politiche per le dipendenze".
- Delibera della Giunta Regionale della Regione Piemonte 23 luglio 2012, n. 27 "Approvazione del Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (PARD) anni 2012-2015".
- Delibera della Giunta Regionale 28 settembre 2009, n.61, "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento nonché le procedure previste per l'accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali delle strutture private di assistenza alle persone con problemi di dipendenza patologica".
- Deliberazione del Consiglio Regionale del Piemonte 28 gennaio 1997, n. 357, "Standard strutturali e organizzativi del Dipartimento di Salute Mentale".
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale".

## Fonti normative

Codice Deontologico dell'Assistente Sociale, 17 luglio 2009, Titolo II.  
Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

NOME COGNOME							
età							
sesso							
condizione abitativa	privi						
	soli						
	proprio nucleo						
	nucleo di origine						
	ospiti						
	struttura ter.						
	detenuto						
tipo abit.	popolare						
	privata						
istruzione	analfabeta						
	licen. Elem.						
	medie inf.						
	medie sup.						
	laurea						
reddito	privo						
	ass. invalidità						
	sussidio						
	lavoro						
	illecito						
fam. Multi probl.	sì						
	no						
dipendenza	td attiva						
	non attiva						
	sostanza	eroina					
		cocaina					
		alcool					
terapia farm.							
categorie nosologiche	psichiatrica						
	neurologica						
	infettiv.						
	cardiologica						
	ortopedica						
	fisiatrice						
	oncologica						
	dermatologica						
	endocrinol.						
	gastroent.						
	otorinolaring.						
	oculistica						
	pneumologica						
	nefrologica						
angiologica							
riconos. c. Invalidità	sì						
	no						
rete sociale	rete primaria						
	rete sec.form.						
	rete sec. inf.						
qualità di vita	compromissione autonomia personale						
	comprom. capacità relazionali						
	comprom. abilità lavorative						

## Scala di Funzionamento Personale Sociale (FPS)

<i>Grado</i>	<i>Definizione</i>
100-91	Funzionamento più che buono in tutte le aree pertinenti alla sua età. È ben visto dagli altri per le sue molte qualità positive, sembra capace di far fronte bene ai problemi della vita. Interessato o impegnato in numerose attività.
90-81	Funzionamento adeguato in tutte le aree, presenza solo di problemi e difficoltà comuni a molti.
80-71	Lievi difficoltà in una o più delle aree principali (ad es. temporanee difficoltà nel tenere dietro al lavoro o ai programmi scolastici)
<b>70-61</b>	Difficoltà evidente in una o più delle aree principali, ad es. qualche assenza dal lavoro non dovuta a malattie fisiche e/o occasionali atti sconcertanti per i conviventi e/o carenze di amicizie, e/o qualche leggero o chiaro segno di scarsa attenzione al proprio aspetto; nessuna difficoltà a svolgere un lavoro protetto.
<b>60-51</b>	Marcata difficoltà in una sola delle aree principali 1-3 ad es. assenza di amici e difficoltà di rapporti con i familiari, ma con qualche rapporto sociale e familiare conservato o difficoltà anche in un lavoro protetto; nelle altre aree possono essere presenti difficoltà lievi o evidenti.
<b>50-41</b>	Difficoltà marcate in una o più aree principali 1-3 con nessuna disfunzione grave o disfunzione grave in una sola area principale con nessuna disfunzione marcata nelle altre aree principali, (vedi 30-21 per disfunzione grave nei comportamenti disturbanti) ad es. tutte le difficoltà del livello precedente assieme.
<b>40-31</b>	Disfunzione grave in una sola area principale 1-3 con disfunzione marcate in una o più delle altre aree principali (ad es. nessuna attività socialmente utile, assenza di frequentazioni sociali, ma rapporti discreti con almeno un familiare) oppure disfunzione marcata nei comportamenti disturbanti con o senza disabilità nelle altre tre aree principali.
<b>30-21</b>	Disfunzione grave in due delle aree principali 1-3 oppure disfunzione grave nei comportamenti disturbanti con o senza disabilità nelle altre tre aree principali
<b>20-11</b>	Disfunzione grave in tutte le tre aree principali 1-3, o anche disfunzione gravissima nei comportamenti disturbanti con o senza disabilità nelle altre aree. Nel dare il punteggio, nell'ambito di questo livello considerare se il paziente risponde (20-16) o risponde poco agli stimoli esterni (15-11)
<b>10-1</b>	Mancanza di autonomia nelle funzioni di base con comportamenti estremi ( ad es. si sporca volutamente di feci), ma senza pericolo di vita o, da 5 a 1, incapacità a mantenere l'autonomia nelle funzioni di base, tale da mettere in pericolo la sopravvivenza ( rischio di morte per malnutrizione, disidratazione, infezioni, incapacità a riconoscere situazioni evidenti di immediato pericolo).
0	Informazioni insufficiente per dare un punteggio alla FPS

### Legenda:

- Lieve da 70 a 51
- Medio da 50 a 21
- Grave da 20 a 1

### Aree principali:

1. Attività socialmente utili incluso lavoro e studio
2. Rapporti personali e sociali
3. Cura dell'aspetto e dell'igiene
4. Comportamenti disturbanti e aggressivi

## Indice di performance secondo Karnofsky

Grado	Definizione
100	Normale, nessun disturbo, nessun segno di malattia
90	Capace di eseguire le attività normali, sintomi o segni minimi di malattia
80	Capace di eseguire le attività normali con difficoltà, alcuni sintomi o segni di malattia
70	Autosufficiente; incapace di eseguire le attività normali o di espletare attività lavorative attive
60	Necessità di assistenza occasionale, ma capace di provvedere alla maggior parte delle proprie necessità
50	Necessità di assistenza notevole e di frequenti cure mediche
40	Inabile; necessita di cure e di assistenza particolari
30	Gravemente inabile, è indicato il ricovero ospedaliero; la morte non è imminente
20	Molto debilitato, ricovero ospedaliero indispensabile, necessita di terapia attiva e di supporto
10	Moribondo, rapida progressione di processi patologici fatali (ad es. metastasi endocraniche, emottisi massiva)

### Legenda:

- Lieve da 90 a 60
- Medio da 50 a 40
- Grave da 30 a 10

## FeDerSerD/FORMAZIONE

### Percorsi Educazionali in tema di EPATITE C



**23**  
 SETTEMBRE  
 2019

**MILANO - MICHELANGELO HOTEL**

**IL RUOLO DEI SER.D E DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE NEI PERCORSI DI TRATTAMENTO DEL CONSUMATORE DI SOSTANZE CON EPATITE C**  
 L'empowerment del team



**21**  
 OTTOBRE  
 2019

**BARI - PALACE HOTEL**

**IL RUOLO DEI SER.D E DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE NEI PERCORSI DI TRATTAMENTO DEL CONSUMATORE DI SOSTANZE CON EPATITE C**  
 L'empowerment del team



**4**  
 DICEMBRE  
 2019

**FIRENZE - HOTEL LONDRA**

**IL RUOLO DEI SER.D E DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE NEI PERCORSI DI TRATTAMENTO DEL CONSUMATORE DI SOSTANZE CON EPATITE C**  
 L'empowerment del team

Il ruolo dei Ser.D. e l'integrazione fra specialisti risultano elementi essenziali per la presa in carico del consumatore di sostanze con epatite C, soprattutto per le fasi di screening, diagnostiche, linkage to care e di trattamento. La complessità del management del consumatore di sostanze esige lo sviluppo di modelli integrati di presa in carico di tipo multidisciplinare che si devono sviluppare sulla base di approcci olistici. In questo senso appare utile fornire agli operatori dei Ser.D. le basi razionali della presa in carico del consumatore di sostanze con epatite C, in modo da poter sviluppare modelli integrati di trattamento con gli specialisti infettivologi e epatologi in una logica di sistema e di condivisione degli obiettivi terapeutici secondo l'obiettivo dello sviluppo e del mantenimento di reti assistenziali circolari.

Gli incontri avranno due obiettivi principali, il primo di fornire modelli di lavoro di integrazione capaci di costruire all'interno delle reti assistenziali di un sistema olistico di presa in carico e il secondo di sviluppare metodologie di lavoro di team in grado di fornire all'equipe multidisciplinare un elevato grado di consapevolezza, responsabilità, scelta e fiducia per il raggiungimento dell'obiettivo della presa in carico e del management integrato del consumatore di sostanze con HCV.

Sulla base di queste premesse appare cruciale poter sviluppare nei singoli territori dei percorsi educazionali che siano di confronto multidisciplinare fra gli specialisti con l'obiettivo di consolidare le migliori pratiche cliniche, sperimentare modelli di intervento efficaci e condivisi per la presa in carico del consumatore di sostanze con epatite C e addestrare i componenti dell'equipe al team coaching.



PROVIDER ECM – n. 908  
[www.federserd.it](http://www.federserd.it)



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA  
 EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi  
 Via Matteotti, 3 - 22066 Mariano Comense - Co  
 Telefono 031 748814 - fax 031 751525  
 Email - [federserd@expopoint.it](mailto:federserd@expopoint.it)



## Elezione organi dirigenti nazionali di FeDerSerD

### Programma della Lista "Per i Servizi, l'Innovazione e lo Sviluppo" (2019-2022)

FeDerSerD è la Società Scientifica primaria in Italia che rappresenta e raggruppa gli operatori dei Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D.) e del privato sociale che hanno come obiettivo la presa in carico e la cura dei consumatori di sostanze, ma anche i professionisti coinvolti nelle attività di prevenzione, ricerca, diffusione della cultura scientifica e degli apporti multidisciplinari nel campo delle dipendenze patologiche. A tal fine FeDerSerD è impegnata nella promozione e nell'implementazione dei servizi pubblici e del sistema integrato d'intervento.

FeDerSerD è la Società Scientifica del settore prima per numero di iscritti, per eventi di formazione e congressuali realizzati e per la capacità di rappresentanza e di valorizzazione delle molteplici realtà organizzative ed esperienziali regionali e territoriali.

FeDerSerD negli anni ha dato prova di essere capace di leggere con attenzione il mutare dei fenomeni, anche con senso di autocritica, e ha sempre offerto una proattiva collaborazione alle Istituzioni, sia a livello aziendale, che regionale, nazionale e internazionale.

FeDerSerD riconosce una vocazione pluridisciplinare, rispecchiando l'essenza multidisciplinare dei Servizi e i diversi e molteplici bisogni socio-assistenziali dei consumatori di sostanze e delle loro famiglie.

FeDerSerD si è sempre posta con lealtà e senso dialettico nei confronti delle Istituzioni costituendo un punto di riferimento costante per gli operatori, in ogni occasione e soprattutto nei momenti difficili e complessi come quelli attuali caratterizzati da politiche troppo spesso confuse e da investimenti esigui.

È anche per questa ragione che FeDerSerD nella sua proiezione futura si impegnerà a sottolineare nelle diverse sedi come si debba all'impegno e all'attenzione di tutti gli operatori dei Ser.D., dei soci, dei numerosi componenti degli organi nazionali e regionali, lo sviluppo della Federazione e la tenuta del sistema d'intervento.

Il nostro metodo di lavoro sarà quello di continuare ad investire sulla cultura, sulla formazione multiprofessionale ed interdisciplinare, sulla motivazione dei professionisti e sulla sperimentazione di nuove proposte organizzative e di intervento, per leggere con competenza le trasformazioni sociali ed i cambiamenti nel mondo nei consumi, i nuovi bisogni, le nuove opportunità di prevenzione e di cura.

FeDerSerD affronta con la dovuta responsabilità il tema delle risorse a disposizione, secondo una logica di sanità pubblica, facendosi carico del diritto degli utenti e delle loro famiglie di fruire dei livelli essenziali di assistenza previsti dalla normativa nazionale e regionale in tutta la rete dei servizi per le dipendenze, di poter contare su percorsi di presa in carico accessibili e di comprovata efficacia.

FeDerSerD promuove l'evoluzione e la trasformazione del sistema d'intervento a partire dall'evoluzione dei bisogni dei cittadini e dalle nuove conoscenze di settore, sempre valorizzando il lavoro degli operatori dei Ser.D.

FeDerSerD, per continuare ad essere un punto di riferimento per il sistema di intervento, si impegna a migliorare la propria capacità organizzativa e di rappresentanza, sviluppando il dialogo con tutti gli stake-holders.

La Federazione nei suoi quasi venti anni di vita ha potuto far affidamento su operatori di valore e di comprovata competenza; la lista "per i Servizi, l'Innovazione e lo Sviluppo" propone un gruppo dirigente capace di dare continuità a tale impegno, rappresentativo di diverse esperienze territoriali. È sulla base di queste premesse che la lista, di cui mi onoro di rappresentare come candidato Presidente, intende proporre alle cariche sociali i seguenti professionisti:

<b>Guido Faillace</b>	<b>Presidente Nazionale</b> - Sicilia
<b>Roberta Balestra</b>	<b>Vice Presidente Nazionale</b> - Friuli Venezia Giulia
<b>Concettina Varango</b>	<b>Segretario Esecutivo Nazionale</b> - Lombardia
<b>Felice Alfonso Nava</b>	<b>Direttore del Comitato Scientifico Nazionale</b> - Veneto

e come membri dell'Ufficio di Direzione:

<b>Liborio Cammarata</b>	Piemonte
<b>Fausto D'Egidio</b>	Abruzzo
<b>Maria Luisa Grech</b>	Trentino Alto Adige
<b>Vincenzo Lamartora</b>	Campania
<b>Alfio Lucchini</b>	Lombardia
<b>Antonella Manfredi</b>	Toscana
<b>Margherita Taddeo</b>	Puglia

Professionisti che saranno capaci, insieme alla partecipazione dei soci della Federazione, di affrontare i temi dei diversi settori di lavoro che sono in prima istanza:

**Sicurezza sociale, Sanità penitenziaria e percorsi alternativi alla detenzione  
Terapia del dolore**

**Clinica delle patologie correlate alle dipendenze e percorsi di continuità ospedale-territorio e a diversa intensità di cura**

**Gioco d'azzardo patologico e dipendenze comportamentali**

**Strategie di Prevenzione, Intercettazione Precoce degli utenti e Riduzione del danno**

**Advocacy e Comunicazione**

**Alcologia e Tabagismo**

**Nuove sostanze, nuove modalità di consumo**

**Integrazione strategica delle professioni e delle reti territoriali**

**Organizzazione e valorizzazione del sistema dei servizi e valorizzazione degli operatori**

Il suddetto gruppo di lavoro sarà parte dell'insieme del Direttivo Nazionale che, nel rispetto delle forme statutarie, si comporrà di operatori delle diverse figure professionali, così come verranno indicati dalle Federazioni Regionali. La Federazione nella sua riproposta organizzazione avrà l'obiettivo di essere ancora più efficace nella sua azione di rispondere alle grandi sfide dei prossimi anni.

La crisi economica del Paese, le difficoltà all'accesso alle cure dei consumatori di sostanze, le disuguaglianze in tema di tutela della salute, il disinteresse generalizzato per i reali bisogni dei nostri utenti e delle loro famiglie, le politiche che non riservano la dovuta attenzione a prevenzione e cura, il ridotto investimento nei Servizi e sul loro funzionamento, la mancata valorizzazione delle professionalità all'interno dei Ser.D., l'assenza di seri piani di formazione, l'accesso insufficiente ai circuiti di finanziamento della ricerca scientifica indipendente, sono tutti temi che FeDerSerD nel prossimo triennio dovrà affrontare in maniera prioritaria e con forza.

È per questo motivo che ci impegneremo con energia per:

- promuovere e sviluppare gli aspetti normativi del personale dei SerD a partire dal riconoscimento del valore delle diverse professionalità (anche in termini contrattuali) e del riordino delle discipline per l'accesso ai servizi fino alle apicalità;
- facilitare l'espressione e la partecipazione dei territori;
- sviluppare la creazione di reti scientifiche e cliniche permanenti su modelli operativi e delle best practice, anche in termini di raccolta di dati epidemiologici;
- dedicare nei congressi maggiori spazi di discussione aperta e autogestita da parte degli operatori dei territori;
- promuovere azioni di stimolo scientifico e motivazionale quali percorsi educativi in modo da favorire l'accesso alle cure delle diverse tipologie di consumatori;
- sviluppare percorsi di conoscenza e promozione della clinica delle dipendenze nella comunità clinica, con attenzione ai giovani professionisti;
- promuovere laboratori locali su temi di specifico interesse clinico e gestionale;
- lavorare alla affermazione di una identità professionale comune;
- promuovere azioni di supporto clinico e organizzativo di consulenza per gli operatori;
- garantire un censimento/monitoraggio degli operatori sul campo per comprendere i bisogni, le criticità, il grado di soddisfazione degli operatori.

I riferimenti scientifici, etici e organizzativi continueranno ad essere al centro della nostra visione, del nostro impegno, insieme al coinvolgimento e alla partecipazione di tutti gli operatori dei Ser.D. e del sistema di intervento.

Trapani, 26 agosto 2019  
Dott. Guido Faillace

# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno VII, n. 28

MISSION n. 52

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

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

**Direttore:** Alfio Lucchini

**Responsabile scientifico:** Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:  
[missiondirezione@tiscali.it](mailto:missiondirezione@tiscali.it)

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

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

## Persone con alcol-dipendenza in trattamento in Toscana e in Friuli Venezia Giulia: uno studio epidemiologico

*Allaman Allamani\**, *Stefano Bravi\*\**, *Pasquale Pepe\*\**, *Fabio Voller\*\**, *Pierluigi Struzzo\*\*\**, *Jakob Manthey\*\*\*\**, *Jurgen Rehm<sup>o</sup>*

### “Cosa si sapeva già”

Friuli Venezia Giulia e Toscana differiscono sia per cultura del bere, sia per prevalenza di alcolodipendenti in trattamento specialistico.

### “Cosa si aggiunge di nuovo”

Nelle due regioni la dipendenza e l’abuso alcolico si associano a considerevoli problemi di salute e peggiori condizioni socioeconomiche. In Friuli Venezia Giulia le persone con alcolodipendenza e abuso alcolico in trattamento hanno maggior prevalenza di sintomi secondo il DSM IV e maggior accesso ai Pronto Soccorso (DEA) rispetto a quelle toscane.

\* Consulente Agenzia Regionale di Sanità Toscana, Firenze.

\*\* Agenzia regionale per la sanità della Regione Toscana, Firenze, Italia.

\*\*\* MMG dell’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine.

\*\*\*\* Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy & Center of Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS), Technische Universität Dresden, Germania.

<sup>o</sup> Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canada. Institute of Medical Science, University of Toronto, Faculty of Medicine, Toronto, Canada. Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada.

### Diversità dell’alcolodipendenza

L’alcolodipendenza (AD) è una condizione disabilitante, con conseguenze sulla salute psico-fisica e le relazioni familiari, sociali, e lavorative (American Psychiatric Association, 1996, 2014; Cloninger *et al.*, 1989; Moss *et al.*, 2007; Volkow *et al.*, 2016; Heather, 2018) che richiede un trattamento (Cibin *et al.*, 2001; Edwards *et al.*, 2003; Erickson, 2007) ed ha aspetti variabili secondo i contesti e le culture (AMPHORA-3, 2013; Alexander, 2008; Marinangeli, 2001; Jellinek, 1960). Nel 2010 le persone con AD erano il 3,4% della popolazione europea di 18-64 anni (F 1,7%, M 5,2%) (Rehm *et al.*, 2015a), valori presumibilmente sottostimati (Fazel *et al.*, 2006; Fazel *et al.*, 2006).

al., 2016; Shield *et al.*, 2012) con comorbilità e mortalità rispettivamente fino a 7 e 5 volte quelle della popolazione generale (Samokhalov *et al.*, 2010; Saieva *et al.*, 2012; Roereke *et al.*, 2014; Pavarin *et al.*, 2015; Rehm *et al.*, 2015b). Il trattamento non giunge al 10% della potenziale utenza (Alonso *et al.*, 2004; Drummond *et al.*, 2011; Rehm *et al.*, 2013), e viene di solito intrapreso quando i problemi appaiono ingestibili. Non vanno però trascurati i successi dell'autocura e delle remissioni spontanee (Sobell *et al.*, 1996; Klingemann *et al.*, 2009).

In Italia vari studi hanno riscontrato valori per AD di 0,8-2% tra la popolazione generale (Scafato *et al.*, 2006; de Girolamo *et al.*, 2006; Osservatorio Permanente Giovani e Alcol, 2007) e di 0,5-1,9% tra gli assistiti dei medici di medicina generale (MMG) (Moiraghi *et al.*, 1988; Faravelli *et al.*, 2004), in quest'ultimo caso con differenze regionali ad es. tra Friuli-Venezia Giulia (FVG) (6,5%) e Toscana (1,8%) (Allamani *et al.*, 2017). Gli alcolisti in cura presso i servizi pubblici dedicati erano 69.990 nel 2013 e 72.784 nel 2014 - 0,12% della popolazione generale, rapporto M/F 3,5-3,6 (Ministero della Salute, 2015); i corrispondenti servizi o gruppi di lavoro erano 500 nel 2013, 504 nel 2014, 496 nel 2016 (Ministero della Salute, 2015, 2017). La maggioranza dei programmi di trattamento è ambulatoriale (Ministero della Salute, 2015), mentre altri paesi europei sono più orientati al trattamento ospedaliero (Rehm *et al.*, 20015c).

In Italia consumi alcolici e problemi alcol-correlati differiscono secondo le regioni e le macroregioni (Ministero della Salute, 2015, 2017). Così FVG e Toscana differiscono, rispecchiando le diversità tra l'Italia del nord-est e quella centrale (Allamani *et al.*, 2017; Scafato *et al.*, 2017). Nel 2014 in FVG (abitanti 1.228.000 nel 2014) son stati trattati 4.469 soggetti con AD (rapporto M/F 3,8) - 0,35% della popolazione regionale - mentre in Toscana (3.751.000 abitanti nel 2014) i valori erano 5.347 (M/F 2,3) - 0,14% della popolazione regionale -. Nello stesso anno i servizi o gruppi alcolologici erano 40 in Toscana e 6 in FVG, ridotti rispettivamente a 38 e 5 nel 2016 (Ministero della Salute, 2015, 2017). Sempre nel 2014, con quasi il triplo del personale a tempo pieno (50 addetti) il FVG aveva 744,9 utenti per servizio, 5 volte di più dei 133,7 della Toscana (Ministero della Salute, 2015, 2017); di questi utenti il 6,7% in FVG e l'1,2% in Toscana ha avuto 1 ricovero ospedaliero o 1 day hospital (Ministero della Salute, 2015), il che è indice di maggior gravità dei problemi alcol-correlati in FVG (Allamani *et al.*, 2017; Scafato *et al.*, 2017).

## Lo studio: obiettivi e metodo

L'obiettivo dello studio era approfondire la conoscenza delle differenze tra Toscana e FVG per dipendenza e abuso alcolici, consumi alcolici, comorbilità somatiche e mentali, problemi sociali e consumo dei servizi sanitari delle persone di 18-64 anni trattate nei servizi alcolologici regionali.

Si sono usati i dati della ricerca "ACP Alcohol dependence in primary & specialist care in Europe" coordinata nel 2013-2014 dalla *Technische Universität* di Dresda e a cui han partecipato le istituzioni di 8 paesi europei, inclusa l'Italia con Toscana e FVG, che ha studiato il profilo socio-sanitario degli alcolodipendenti tra (a) gli assistiti ambulatoriali di un campione di MMG (Rehm *et al.*, 2015d); (b) i trattati presso un

campione di strutture alcolologiche (Rehm *et al.*, 2015c). Si è qui effettuata un'elaborazione originale del dataset dello studio (b), riferita a Toscana e FVG. I criteri di AD e di abuso alcolico sono quelli del DSM IV.

A chi era intervistato, per lo più nelle rispettive sedi di trattamento, tramite il questionario della ricerca europea sopra citata, e qui riadattato, venivano chieste: condizione socio-economica e lavorativa; presenza delle principali patologie correlate al bere ("sa di avere uno o più dei seguenti problemi di salute?"); quantità di bevanda alcolica consumata; uso dei servizi sanitari; presenza di sintomi corrispondenti ai criteri diagnostici del DSM-IV ("mi dica quali di questi problemi o esperienze ha avuto"). Si è fatto ricorso al *World Health Organization Disability Assessment Scale 2.0 (WHODAS 2.0)*, che misura il numero di giorni con difficoltà a espletar le attività usuali a causa delle condizioni di salute durante gli ultimi 30 giorni (Üstün *et al.*, 2010) e al *Kessler Psychological Distress Scale (K10)* che identifica problemi di ansia e depressione nelle ultime 4 settimane prima dell'intervista (Kessler *et al.*, 2002). Si sono poi accertati i valori auto-riferiti di peso, altezza e fumo. Gli intervistatori erano psicologi e statistici preparati all'uopo, che hanno ottenuto i consensi informati degli intervistati.

In Toscana hanno aderito 5 su 7 servizi pubblici per la cura dell'AD contattati sull'asse Firenze-Pisa perché facilmente raggiungibili da parte degli intervistatori: Servizio alcolologico Villa Basilewsky, Firenze; Tossicologia, Careggi, Firenze; Ser.T. Firenze Centro; Ser.T., Pisa; Ser.T., Viareggio. Vi erano più settori di trattamento a villa Basilewsky (ambulatorio, degenza diurna, gruppi educativi) e in Tossicologia (ambulatorio, ricovero). I 147 soggetti, arruolati su indicazione degli operatori di ciascuna sede e su base volontaria sono stati intervistati dal 6 novembre 2013 al 20 febbraio 2014. Gli ambulatoriali erano il 52,4% del totale, i degenti (in ospedale o in diurno) il 19,1% e i membri dei gruppi di mutuo aiuto il 28,6% (37 di Alcolisti Anonimi - AA - di Firenze e Pisa e 8 dei Club Alcolistici Territoriali - CAT - di Pisa e Viareggio) (Tab. 1).

In Friuli Venezia Giulia hanno aderito allo studio 5 servizi pubblici per la cura dell'AD su 6 contattate, e cioè quelle di Trieste, Gorizia, Carnia, Palmanova e Pordenone. L'arruolamento dei 129 soggetti intervistati dal 22 luglio al 21 settembre 2013 è stato su base volontaria. Gli ambulatoriali sono stati il 62% del totale, i ricoverati l'11,6% e i membri dei gruppi di mutuo aiuto (solo CAT) il 26,4% (Tab. 1).

I 147 soggetti toscani erano il 2,75% di tutti i 5.347 trattati nei servizi pubblici regionali nel 2014, mentre i 129 intervistati del FVG erano il 2,88% dei 4.469 trattati nei servizi del FVG nel 2014 (Ministero della Salute, 2017). Le età, comprese fra 25 e 64 anni, erano significativamente superiori, specie in FVG, alla popolazione dei trattati; la classe 40-59 era percentualmente più rappresentata nei due campioni (Tab. 2) (Agenzia Regionale di Sanità Toscana, 2018; Osservatorio sulle dipendenze della Regione FVG, 2014). I due campioni studiati hanno una relativa minor prevalenza di maschi: il rapporto M/F era 1,63 nel campione toscano verso il 2,3 della totalità dei trattati toscani del 2014, e 2,79 nel campione del FVG verso il 3,8% di tutti i trattati nel 2014 in FVG (Ministero della Salute, 2017); per la Toscana tale differenza è debolmente significativa. In conclusione, i campioni studiati si possono considerare, in parte, rappresentativi della popolazione trattata nelle due regioni.

Tab. 1 - Tipi di trattamento al momento dell'intervista (ambulatoriale, ricovero, gruppi di mutuo aiuto) per gli alcolodipendenti intervistati in Toscana e Friuli-Venezia Giulia (FVG)

	TOSCANA (N=147)	FVG (N=129)
Trattamento ambulatoriale % (IC)	52,4 (44,2-60,4)	62,0 (53,2-70,1)
Ricovero + degenza diurna <sup>o</sup> % (IC)	19,1 (13,4-26,3)	11,6 (7,1-18,5)
Frequenza a gruppi di mutuo-aiuto (AA <sup>^</sup> e/o CAT*) % (IC)	28,6 (21,8-36,5)	26,4 (19,4-34,7)

<sup>o</sup> I 5 casi di degenza diurna sono solo in Toscana /the 5 day hospital cases are only from Tuscany

<sup>^</sup> AA = Alcolisti Anonimi

\* CAT = Club Alcologici Territoriali

NB: i soggetti ricoverati e in degenza diurna, quelli che frequentano AA o CAT, e quelli in trattamento ambulatoriale, possono avere avuto anche due o tutti e tre i tipi di trattamento/ Patients who are in hospital and in day hospital, who attend AA or CAT, and who are in out-patient settings, may have had one or both other types of treatment

Tab. 2 - Distribuzione dei soggetti con alcolodipendenza e abuso alcolico dei campioni studiati e loro confronto con gli utenti dei Servizi specialistici mediante test del chi-quadro per genere e classe di età in Toscana e in Friuli-Venezia Giulia (FVG)

TOSCANA	Campione 2013-14 N (%)	Servizi 2014 N (%)	X <sup>2</sup>
<b>Genere</b>			
Maschi	91 (61,9)	2844 (69,5)	0,049*
Femmine	56 (38,1)	1247 (30,5)	
Totale	147 (100)	4091 (100)	
<b>Classi di età</b>			
20-29	1 (0,7)	164 (4,0)	0,047*
30-39	21 (14,3)	769 (18,8)	
40-49	48 (32,7)	1293 (31,6)	
50-59	53 (36,1)	1125 (27,5)	
60 e oltre	24 (16,3)	740 (18,1)	
Totale	147 (100)	4091 (100)	

FVG	Campione 2013 N (%)	Servizi 2014 N (%)	X <sup>2</sup>
<b>Genere</b>			
Maschi	95 (73,6)	3207 (79,0)	0,1400
Femmine	34 (26,4)	851 (21,0)	
Totale	129 (100)	4058 (100)	
<b>Classi di età</b>			
20-29	3 (2,3)	430 (10,6)	0,001*
30-39	16 (12,4)	667 (16,4)	
40-49	44 (34,1)	1099 (27,1)	
50-59	45 (34,9)	991 (24,4)	
60 e oltre	21 (16,3)	871 (21,5)	
Totale	129 (100)	4058 (100)	

N.B. il campione contiene: per la classe di età 20-29 solo i soggetti da 25 a 29 anni; e per quella 60 e oltre solo i soggetti 60-64

the sample includes: only 25-29 old year subjects within the age class 20-29; only 60-64 year old people within the age class over 60

\* Ministero della Salute, 2017; Agenzia Regionale di Sanità Toscana, 2018

<sup>o</sup> Ministero della Salute, 2017; Osservatorio sulle dipendenze della regione Friuli Venezia Giulia, 2014

I dati forniti dalla ricerca europea (Rehm *et al.*, 2015c) per l'Italia sono stati rielaborati presso l'Agenzia Regionale di Sanità Toscana. Le analisi sono state condotte identificando le stime di rischio (OR) degli intervistati aggiustati per età e genere mediante regressione logistica, usando Stata 2014.

## Risultati

In Toscana nessun paziente, individuato e contattato dal proprio professionista, ha rifiutato l'intervista. In FVG il rifiuto è stato del 19,3%.

L'età media dei soggetti è stata 49,6 in Toscana – col 68,8% avente tra 40 e 59 anni – e 49,5 in FVG, col 69,0% degli intervistati tra i 40 e i 59 (Tab. 2). Si trattava in maggioranza di maschi, sia in Toscana (rapporto M/F = 2,14) sia in FVG (rapporto M/F = 2,79).

La Tabella 3 riporta i valori delle variabili psicosociali e sanitarie. I pazienti che indicavano di provenire dagli strati socioeconomici inferiori erano il 47,9% in Toscana e il 35,7% in FVG, con una differenza statisticamente significativa tra le due regioni (OR = 1,75). I disoccupati erano oltre 1/4 (27,9%) in Toscana e circa 1/3 (32,6%) in FVG. Affermavano di non poter svolgere il loro lavoro o attività abituali a causa della loro salute durante gli ultimi 30 giorni mediamente per 2,7 giorni in FVG e per 2,8 giorni in Toscana.

Come mostra la Tabella 3, l'indice di massa corporea è risultato 25,1 (min 15,1, max 41,8, DS 4,3) in Toscana e 24,7 (min 17,8, max 48,1, DS 4,3) nel FVG. Il numero dei fumatori superava il 60% degli intervistati in ambedue le regioni (66,4% in Toscana e 63,6% in FVG).

Riguardo i problemi di salute riferiti, l'ipertensione arteriosa era oltre il 20% dei soggetti (24,0% in Toscana 20,9% in FVG). L'epatopatia era significativamente maggiore in Toscana (35,4%) che in FVG (22,5%) (OR = 1,89). Riguardo l'area psichica, i pazienti toscani con AD avevano valori significativamente maggiori per depressione (58,6% vs. 35,7%, OR = 2,56) e per ansia (58,9% vs. 37,2% OR = 2,42), e significativamente minori per stress da disagio psichico, calcolato dal questionario K10 e relativo alle ultime 4 settimane – 19,2% in Toscana vs il 39,1% in FVG (OR = 0,37). Nell'insieme l'80% in Toscana e il 63,6 in FVG riferiva di essere affetto da almeno una tra ipertensione, epatopatia, ansia, depressione.

La Tabella 4 mostra che riferivano di aver bevuto l'equivalente di almeno 10 grammi di alcol al dì il 37,4% dei soggetti nei 12 mesi prima dell'intervista in Toscana, e il 93,7% dei soggetti nei 12 mesi prima dell'ingresso nel trattamento in FVG. Tra essi in Toscana, rispetto al FVG, erano maggiori il bere eccessivo cronico (61,8% vs. il 55,8%) e il bere eccessivo episodico o binge drinking (38,2 vs. il 33,3), mentre la quantità media per bevitore era 150 grammi al dì in Toscana e di 149,5 in FVG.

Tab. 3 - Principali variabili psicosociali e sanitarie dei soggetti con alcoldipendenza e abuso alcolico intervistati (Info auto-riferite) in Toscana e Friuli-Venezia Giulia. Stime di rischio (OR) aggiustate per età/genere mediante regressione logistica

	TOSCANA % (N=147)	FVG % (N=129)	TOSC (1) vs FVG (0) OR (IC=95%)
Situazione Socio Economica (SSE)			
• sopra la media	5,5	3,9	0,54 (0,17; 1,74)
• nella media	46,6	60,5	0,95 (0,29; 3,08)
• sotto la media	47,9	35,7	1,75 (1,06; 2,86)*
• disoccupato	27,9	32,6	0,53 (0,17; 1,67)
Fumo	66,4	63,6	1,13 (0,69; 1,86)
IMC <sup>^</sup> (media)	25,1	24,7	1,10 (0,68; 1,77)
Ipertensione	24,0	20,9	1,19 (0,67; 2,10)
Epatopatia	35,4	22,5	1,89 (1,11; 3,22)*
Depressione	58,6	35,7	2,56 (1,57; 4,17)*
Ansia	58,9	37,2	2,42 (1,49; 3,93)*
K10 (Kessler Psychological Distress Scale) ultimi 30 gg - disagio psichico poco/nullo = 0-20; disagio grave= 21-40.			
• sopra la soglia [21-40]	19,2	39,1	0,37 (0,21; 0,64)*
• punteggio totale (media)	11,2	17,7	0,11 (0,03; 0,50)*
WHODAS 2.0 - difficoltà a fare attività in giornata, ultimi 30 gg			
• punteggio totale (media)	9,6	10,4	0,73 (0,44; 1,20)
• num. giorni inabilità (media)	2,8	2,7	1,16 (0,64; 2,08)

<sup>^</sup> IMC= Indice di massa corporea/ Body Mass Index

Tab. 4 - Consumi di bevande alcoliche dei soggetti con alcoldipendenza e abuso alcolico intervistati (Info auto-riferite)- analisi compiuta su pazienti che riferivano di consumare almeno 10 gr di alcol/dì in media nei 12 mesi precedenti\* in Toscana e Friuli-Venezia Giulia (FVG). Stime di rischio (OR) aggiustate per età/genere mediante regressione logistica

	TOSCANA % (N=147)	FVG % (N=129)	TOSC (1) vs FVG (0) OR (IC=95%)
Almeno 10gr alcol/dì usati nei 12 mesi	37,4	93,7	0,01 (0,01; 0,05)*
Quantità di alcol/dì (media)	150,0	149,5	1,00 (0,90; 1,10)
Bere eccessivo cronico	61,8	55,8	1,28 (0,67; 2,46)
Binge drinking	38,2	33,3	1,23 (0,64; 2,40)

\* In Toscana, durante i 12 mesi precedenti l'intervista; in FVG, durante i 12 mesi precedenti l'ingresso nel trattamento  
In Tuscany, during 12 months before interview; in FVG, during 12 months before entering treatment

Nella Tabella 5 è riportata la frequenza dei sintomi riferiti corrispondenti ai criteri del DSM-IV per AD e abuso alcolico. Almeno un sintomo per Disturbi da uso di alcol – AD o abuso alcolico – era presente in più di 9 su 10 pazienti, mentre il numero medio di sintomi, su una scala da 0 a 11, era minore in Toscana (3,8) che nel FVG (6,2).

Nell'insieme dei pazienti delle due regioni prevalevano i sintomi di Tolleranza e di Tentativi di riduzione del bere senza riuscirci, comparanti nel 45-80% dei casi. I pazienti con AD in Toscana avevano valori significativamente inferiori, tranne un caso, che in FVG. Nello specifico, in Toscana verso il FVG erano rispettivamente: Tolleranza 45,9% vs. 80,3% (OR = 0,21), Astinenza 28,1% vs 5,1% OR = 0,32), Bere più di quanto si voglia 35,6% vs 70,1% (OR = 0,24) e Riduzione

Tab. 5 - Criteri di dipendenza e di abuso degli alcoldipendenti intervistati (Info auto-riferite) in Toscana e Friuli-Venezia Giulia (FVG). Stime di rischio (OR) aggiustate per età/genere mediante regressione logistica

	TOSCANA % (N=147)
Disturbi da uso di alcol (DUA) sec. DSM-IV	
• Almeno 1 criterio	91,8
• Almeno 2 criteri	74,1
• Numero medio di criteri (DUA) (DSM-IV) (da 0 a 11)	3,8
Alcoldipendenza (AD) sec. DSM IV	
• Tolleranza-quantità di alcol in aumento o effetto diminuito	45,9
• Astinenza, o bere per evitare/ridurre l'astinenza	28,1
• Bere di più o per periodi più lunghi di quanto si voglia	35,6
• Desiderare o sforzarsi di ridurre il bere senza riuscirci	45,9
• Tempo speso per ottenere, usare o smettere il bere	27,4
• Ridurre o cessare attività importanti per il bere	25,3
• Bere pur sapendo di aver persistenti/ricorrenti problemi psichici o fisici per il bere	32,2
• Numero medio di sintomi AD (DSM-IV) (da 0 a 7)	2,4
Abuso alcolico sec. DSM-IV	
• Bere ricorrente fallendo ad adempiere i principali doveri legati al ruolo	82,3
• Uso ricorrente di alcol in situazioni di azzardo fisico	19,0
• Ricorrenti problemi legali dovuti al bere	2,0
• Continuar a bere pur con persistenti/ricorrenti problemi sociali/interpersonali dal bere	40,8
• Numero di sintomi da abuso di alcol (DSM-IV) (da 0 a 4)	1,4

DSM IV = Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4<sup>a</sup> edizione

di attività a causa del bere 25,3% vs 46,5% in FVG (OR = 0,39).

Tra gli abusatori era prevalente il sintomo di Bere associato al fallimento dei propri doveri (82,3% in Toscana e 85,9% in FVG). Bere nonostante il rischio fisico e Problemi legali differiscono significativamente nelle due regioni rispettivamente con 19,0% e 2,0% in Toscana vs 60,9% e 19,5% in FVG (OR = 0,15 e 0,09).

La Tabella 6 descrive l'uso dei servizi sanitari negli ultimi 6 mesi. Il 21,9% dei pazienti in Toscana e il 31,0% in FVG è stato ricoverato almeno 2 volte in ospedale. Gli accessi al DEA (almeno 1) sono stati significativamente maggiori in FVG (33,3%) che in Toscana (15,8%) (OR = 0,37). I contatti col proprio MMG (almeno 2 ambulatoriali e/o domiciliari) son stati significativamente maggiori in Toscana (51,7%) che in FVG (38,8%) (OR = 1,69).

Tab. 6 - Consumo dei servizi sanitari da parte dei soggetti con alcoldipendenza e abuso alcolico intervistati (Info auto-riferite) in Toscana e Friuli Venezia Giulia (FVG). Stime di rischio (OR) aggiustate per età/genere mediante regressione logistica

	TOSCANA % (N=147)	FVG % (N=129)	TOSC (1) vs FVG (0) OR (IC=95%)
Contatti col MMG (domicilio o ambulatorio), 2 o più negli ultimi 6 mesi)	51,7	38,8	1,69 (1,05; 2,73)*
Ospedalizzazioni negli ultimi 6 mesi, 2 o più	21,9	31,0	0,62 (0,36; 1,07)
Day Surgery - almeno 1 accesso negli ultimi 6 mesi	8,2	4,7	1,84 (0,67; 5,04)
DEA - almeno 1 accesso negli ultimi 6 mesi	15,8	33,3	0,37 (0,21; 0,67)*

## Discussione

I risultati confermano la diversità dei soggetti trattati per alcolismo in Toscana e FVG per tipologia di dipendenza e abuso, comorbidità somatiche e psichiche, problemi sociali, consumo di servizi sanitari.

### Aspetti socio-demografici e sanitari

I soggetti del nostro studio sono meno giovani di tutti i trattati dei servizi alcologici delle rispettive regioni (Toscana e FVG) nel 2014. Come osservabile in vari paesi (Brady *et al.*, 2009), vi è una maggioranza di maschi (rapporto M/F 1,63 in Toscana, 2,79 in FVG), ma in proporzione minore che nell'intera Italia (rapporto M/F 3,5 nel 2014) (Ministero della Salute, 2015). È possibile che nelle due regioni una pluriennale attività alcologica (Mauri *et al.*, 2004; Colusso, 2004) abbia favorito un maggiore ingresso nel trattamento delle donne, le quali hanno solitamente più difficoltà ad accedere a queste cure (Green, 2006). L'associazione tra *problemi economico-sociali* e AD è ben nota (Karriker-Jaffe *et al.*, 2013; Livingston, 2014; Probst *et al.*, 2014). In questo studio il 47,9% delle persone in Toscana e il 35,7% in FVG proveniva dagli strati socio-economici inferiori, con una notevole disoccupazione in FVG (32,6% degli intervistati) e in Toscana (27,9%), mentre i soggetti con una situazione socio-economica sopra la media erano solo il 3-5%. Questi valori sono vicini a quelli forniti dalla ricerca europea, in cui i soggetti in trattamento in condizione socio-economica sopra la media erano il 5,4%, quelli sotto la media 44,3% e i disoccupati il 36% (Rehm *et al.*, 2015c).

Inoltre si è evidenziata una certa disabilità, così come misurata dal WHODAS con 2,7 (in FVG) e 2,8 (in Toscana) giorni in cui in media c'era difficoltà a svolgere le usuali attività nelle ultime 4 settimane; qui la media europea dava valori più alti (4,0 giorni), il che suggerisce un minor impatto dei problemi alcol-correlati sull'autonomia psico-fisica nel nostro paese.

La interdipendenza tra AD e problemi socio-economici ribadisce che questi vadano affrontati con attenzione pari a quella dedicata all'assistenza medica e psicologica dei pazienti.

Gli *stili di vita e le condizioni sanitarie* riferite degli intervistati appaiono problematiche, come ci si può attendere da persone esposte alla dipendenza alcolica e ad altri stili di vita a rischio. L'eccesso di *fumatori* tra le persone con AD è riportato nella letteratura, con tassi del 35-44% di fumatori tra i bevitori con problemi nella popolazione generale, che salgono all'80% tra coloro che si rivolgono ai servizi per le dipendenze (Hughes, 1995; Grant *et al.*, 2004). Nel nostro studio i fumatori superano il 60% degli intervistati, in FVG (63,6%) e in Toscana (66,4%), rappresentando un rischio più elevato rispetto a quanto si riscontra nelle rispettive popolazioni regionali (col 26,8% di fumatori in FVG e il 30,4% in Toscana, secondo i dati ISTAT 2012-2013 (ISTAT, 2015)).

Valori anche più alti, con una media di 72% di fumatori, sono stati riscontrati nella ricerca europea tra i pazienti con AD o abuso alcolico (Rehm *et al.*, 2015c).

Un aumento della pressione arteriosa può associarsi al consumo di bevande alcoliche e ad AD, oppure regredire riducendo o cessando il bere (Baros *et al.*, 2008; Husain *et al.*, 2014). Nel nostro studio *l'ipertensione arteriosa* viene riferita dal 24% dei soggetti, risultando circa il doppio della media delle relative popolazioni regionali (rispettivamente 10,2% e

del 10,9%) (ISTAT, 2015) e rispecchiando invece i valori della ricerca europea (20,9%) (Rehm *et al.*, 2015c).

La letteratura stima che il 15-35% degli alcolisti abbia una *patologia epatica* (O'Shea *et al.*, 2010; Basra *et al.*, 2011; Bruha *et al.*, 2012). Nel nostro studio i problemi epatici riferiti dai pazienti con AD o abuso alcolico in trattamento in Toscana (35,4%) superiori a quelli riferiti in FVG (22,5%), sono comunque assai maggiori di quelli osservati dai MMG sui propri assistiti ambulatoriali (2-9%) (Allamani *et al.*, 2017). Tali valori sono molto diversi da quelli che gli stessi MMG osservavano sui loro assistiti ambulatoriali diagnosticati come AD (19,8% di epatopatici in Toscana, 51,7% in FVG) (Allamani *et al.*, 2017). Ciò si potrebbe spiegare con una maggior percezione soggettiva di danno epatico tra i pazienti toscani rispetto a quelli del FVG; con un ipotetico maggior orientamento dei servizi alcologici toscani a diagnosticare patologia epatica; o con una diversa tipologia di dipendenze e patologie relative tra i pazienti in trattamento specialistico e gli assistiti dei MMG. I suddetti valori sono comunque superiori a quelli della ricerca europea, dove in caso di AD e abuso alcolico l'epatopatia riferita era il 19,6% (Rehm *et al.*, 2015c). L'epatopatia sarebbe dunque una specificità italiana, richiedente una particolare attenzione sanitaria all'interno dei programmi di trattamento specialistico della AD.

Tra gli alcolodipendenti in trattamento la *depressione* o disturbo dell'umore varia tra il 13% e il 67% (Davidson, 1995; Grant *et al.*, 2004; Kuria *et al.*, 2012), e *l'ansia* tra l'8% e il 56% secondo il modo di rilevazione, lo stadio di trattamento e il paese considerato (Grant *et al.*, 2004; Kushner *et al.*, 2005; Smith *et al.*, 2010). Nel nostro studio ansia e depressione sono riportate da molti intervistati (rispettivamente 58,9% e 58,6); valori superiori a quelli osservati tra gli assistiti ambulatoriali dei MMG con diagnosi di AD e assai superiori a quelli osservati tra tutti gli assistiti ambulatoriali dei MMG con qualsiasi diagnosi (Allamani *et al.*, 2017). Quando però i nostri intervistati sono stati sottoposti al test *Kessler Psychological Distress Scale (K10)*, i valori toscani di tipo ansioso e depressivo grave delle ultime 4 settimane sono caduti al 19,2%.

Tali discrepanze potrebbero anche qui ascrivarsi: a una maggiore tendenza dei pazienti toscani a esporre i loro problemi psicologici; a possibili differenti influenze sulla percezione di malattia date da diversi orientamenti terapeutici dei servizi; a differenze tra i dipendenti dei servizi specialistici e quelli della medicina generale.

Le percentuali medie di ansia e depressione tra i pazienti in trattamento nella ricerca europea, sommano al 43-50% dei soggetti (Rehm *et al.*, 2015c) e in ogni caso confermano che, nel trattamento dell'AD, gli interventi indirizzati alla patologia additiva vanno integrati con terapie per il disagio psicologico.

### Consumo di bevande alcoliche, alcolodipendenza e abuso alcolico

Nel FVG il 93,7% degli intervistati prima di entrare in trattamento beveva l'equivalente di almeno 10 grammi di alcol al dì; in Toscana lo era solo 1/3, ma in questo caso la domanda veniva posta rispetto ai dodici mesi precedenti l'intervista, durante i quali sono compresi periodi di cura con relativa astinenza (Tab. 4). La considerevole quantità media per bevitore – 149,5-150 grammi al dì – era comunque superiore alla media dei pazienti nella ricerca europea (141,1 grammi) (Rehm *et al.*, 2015c).

I punteggi dei *criteri diagnostici* del DSM-IV per AD e abuso alcolico depongono per una minor gravità dei problemi alcol-correlati in Toscana rispetto al FVG, che per i disturbi da uso di alcol ha punteggi più vicini ai paesi della ricerca europea. In particolare per AD la frequenza dei sintomi è in Toscana significativamente inferiore (da 1,9 a 4,8 volte) rispetto a quella rilevata nel FVG, il che è in linea col precedente studio condotto sugli assistiti dei MMG, dove il FVG aveva un rischio di AD da 3,3 a 4,7 volte superiore (Allamani *et al.*, 2017). Nel caso dell'AbA, il sintomo Problemi legali dovuti al bere in FVG risulta 12 volte superiore.

## Consumo dei servizi

Nel nostro studio gli intervistati in FVG riferivano di aver avuto *contatti* (almeno 2 negli ultimi 6 mesi) *col proprio medico di famiglia* in percentuali (38,8% dei casi) significativamente inferiori a quelle degli intervistati toscani (51,7%). Tali percentuali sono a loro volta per ciascuna regione inferiori a quelle riportate nell'altro studio sugli assistiti ambulatoriali dei MMG con diagnosi di AD (79,1% in FVG e 94,6% in Toscana) (Allamani *et al.*, 2017), il che può spiegarsi con la tendenza a evitare di esporsi col proprio MMG da parte degli alcolisti che preferiscono recarsi autonomamente ai servizi alcolologici o ai gruppi di mutuo aiuto, mentre quelli che il MMG può identificare tra i suoi assistiti godrebbero di una miglior comunicazione col curante. A tal proposito si è auspicato che i MMG accrescano le abilità nell'identificare più precocemente chi ha problemi col bere tra i propri assistiti, iniziando a trattarlo (Scafato *et al.*, 2007; Angus *et al.*, 2014), ma i programmi di Identificazione Precoce e Intervento Breve trovano difficile attuazione in medicina familiare (Hall *et al.*, 2016).

In Italia nel 2014 il tasso di *ospedalizzazione* della popolazione generale (standardizzato per età) era 3,5% ([www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=2193](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=2193)), ma esso è ovviamente maggiore (15,2% in Toscana, 27,8% in FVG) tra persone affette da problemi di salute, quali sono gli assistiti di MMG che frequentano l'ambulatorio (Allamani *et al.*, 2017). I ricoveri delle persone con AD occorrono sia per problemi acuti (quali ebbrezza alcolica, violenze e incidenti alcol-correlati) sia per patologie croniche (p.e. danno epatico, malattie dell'apparato digestivo, nervoso, cardiovascolare e respiratorio, e cancro) (Volkow *et al.*, 2016; Cipriani *et al.*, 2000). Un'indagine fatta in un servizio alcolologico fiorentino indicava che nel periodo 1997-2001 il 28,3% degli alcolisti si ricoverava entro l'anno che seguiva l'ingresso in trattamento (Bardazzi *et al.*, 2017). Il ricorso all'ospedalizzazione riportato dai nostri intervistati (almeno 2 ricoveri negli ultimi 6 mesi) restava alto: 21,9% in Toscana e 31,0% in FVG. Più alta (57,5%), era la media negli otto paesi della ricerca europea, che però si riferisce solo a chi ha avuto almeno un'ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi (Rehm *et al.*, 2015c).

Nel nostro studio sono numerosi gli *accessi al Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA)* (almeno 1 negli ultimi 6 mesi) che nel FVG (33,3% dei casi) hanno significativamente superato quelli della Toscana (15,8%). È possibile che siano almeno in parte episodi acuti relativi al bere.

La maggiore frequenza di ricoveri e di accessi al DEA tra i pazienti in FVG depone per una superiore rilevanza in questa regione dei problemi di salute, in accordo con la riscontrata maggior intensità dei sintomi di AD in FVG rispetto alla Toscana.

*I limiti dello studio* riguardano specialmente la scelta opportunistica del campione, parzialmente rappresentativo di tutti i pazienti dei servizi alcolologici. Gli intervistati sono stati contattati dietro il parere dei loro professionisti sulla loro intervistabilità, e tale distorsione selettiva può spiegare che i rifiuti sono stati pochi nel FVG e nulli in Toscana.

I dati si riferiscono a valori auto-risportati, dunque soggetti alle distorsioni percettive degli intervistati, come peraltro è usuale nelle inchieste.

Infine, in linea con quanto deciso nella ricerca europea di cui questo studio è una gemmazione, sono state analizzate solo alcune patologie correlate al bere tra le molte possibili.

## Conclusioni

I risultati di questo studio confermano che la dipendenza e l'abuso alcolico si associano a peggiori condizioni socio-economiche e lavorative (soprattutto in Toscana), a notevoli problemi di salute, e ad alto consumo di servizi.

Nel FVG si evidenzia maggior gravità nei sintomi che connotano l'AD (rischio da 1,9 a 4,8 volte superiore) e l'abuso alcolico (rischio 12 volte più alto per i problemi legali dovuti al bere) rispetto alla Toscana, con un maggior uso dei servizi ospedalieri (ricoveri e specialmente accesso al DEA) e minor ricorso al MMG.

Perché esiste tale differenza di gravità di AD e abuso alcolico tra le due regioni? Il FVG dimostra un profilo di dipendenza/abuso più vicino ai paesi del centro-Europa mentre la Toscana lo condivide con quello delle regioni mediterranee (Rehm *et al.*, 2015c). Tali diversità geografiche corrispondono a diversità di valori e di modi di bere dato alle bevande alcoliche dalle rispettive popolazioni, che ad es. risulta dalla maggior consuetudine di bere ai pasti in Toscana e da un superiore consumo con maggior varietà di bevande alcoliche fuori pasto nel FVG (Allamani *et al.*, 2017).

Inoltre i soggetti con AD e abuso alcolico in trattamento in Toscana riferiscono maggiori problemi che in FVG per epatopatia, ansia e depressione, mentre complessivamente nelle due regioni riportano problemi epatici più frequentemente che i pazienti dei paesi europei – forse per una maggiore problematicità data dal danno epatico in Italia. Nell'insieme, diversamente da quanto appare avvenire nei paesi europei, con ricoveri più numerosi, da noi i programmi si basano su cure ambulatoriali e gruppi di auto-aiuto, grazie allo sviluppo che nel tempo hanno avuto gli interventi territoriali e le reti di supporto locale.

Infine i soggetti con AD in trattamento specialistico e quelli che frequentano il proprio MMG sembrano far parte di due gruppi distinti per scelta di trattamento e comorbidità. Questa osservazione meriterebbe di essere opportunamente approfondita.

## Ringraziamenti

Si ringraziano I gruppi di AA e dei CAT che hanno aderito alla ricerca, e i pazienti dei servizi specialistici che hanno accettato di essere intervistati.

Inoltre, per la Toscana si ringraziano Fabio Mariani, CQR Pisa, coi suoi intervistatori, per l'organizzazione e coordinamento del questionario e delle interviste, la raccolta e l'inserimento dei dati; Adriana Iozzi (Ser.T. Firenze), Guido Intaschi (Ser.T. Viareggio), Donatella Paffi (Ser.T. Pisa), Emanuela Masini (Tossicologia di Firenze), e i loro collaboratori, per la cooperazione nell'attuazione delle interviste; Francesco

Profili, Alice Berti, Lisa Gnaulati, Simone Bartolacci e Alessandra Bravi per il contributo fornito in varie fasi della stesura dell'articolo;

Per il Friuli Venezia Giulia si ringraziano Francesca Scafuri e Roberto della Vedova, medici di Medicina Generale.

## Bibliografia

- Agenzia Regionale di Sanità Toscana (2018). Elaborazioni ARS sui dati della Regione Toscana.
- Alexander B. (2008). *The Globalisation of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*. Oxford: Oxford University Press.
- Allamani A., Centurioni A., Innocenti S., Mustur A., Fidanzini G., Puliti M. (2015). Opinione dei medici di medicina generale sul bere degli assistiti e formazione alcolica in Toscana. *Toscana Medica*, XXXIII(7): 40-41.
- Allamani A., Bravi S., Pepe P., Voller F., Marcatto F., Ferrante D., Manthey J., Rehm J., Struzzo P. (2017). Bere problematico e problemi di salute in Toscana e in Friuli Venezia Giulia: uno studio epidemiologico attraverso i medici di medicina generale. *Epidemiologia e Prevenzione*, 41(1): 29-37. doi: 10.19191/EP17.1.P029.009.
- Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., de Girolamo G., Graaf R., Demyttenaere K., Gasquet I., Haro J.M., Katz S.J., Kessler R.C., Kovess V., Lépine J.P., Ormel J., Polidori G., Russo L.J., Vilagut G., Almansa J., Arbabzadeh-Bouchez S., Autonell J., Bernal M., Buist-Bouwman M.A., Codony M., Domingo-Salvany A., Ferrer M., Joo S.S., Martínez-Alonso M., Matschinger H., Mazzi F., Morgan Z., Morosini P., Palacín C., Romera B., Taub N., Vollebergh W.A. et al. ESEMeD/MHEDEA Investigators (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 109:47-54.
- American Psychiatric Association (1996). Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM IV*. Quarta Edizione. Milano: Masson Italia.
- American Psychiatric Association (2014). Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5*. Quinta Edizione. Milano: Raffaello Cortina.
- AMPHORA-3 (2013). *Report of an analysis of European alcohol-related cultural, social and policy interactions and their impact on alcohol consumption and alcohol-related harm* [http://amphoraproject.net/w2box/data/Deliverables/AMPHORA\\_WP3\\_D3.2.pdf](http://amphoraproject.net/w2box/data/Deliverables/AMPHORA_WP3_D3.2.pdf).
- Angus C., Latimer N., Preston L., Li J., Purshouse R. (2014). What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. *Frontiers in Psychiatry*, 5(114): 1-10. doi: 10.3389/fpsy.2014.00114.
- Bardazzi G., Zanna I., Ceroti M., Bendinelli B., Iozzi A., Caimi S., Nesi G., Saieva C. (2017). A 5-Year Follow-Up of a Cohort of Italian Alcoholics: Hospital Admissions and overall survival. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(7): 1309-1318.
- Baros A.M., Wright T.M., Latham P.K., Miller P.M., Anton R.F. (2008). Alcohol consumption, %CDT, GGT and blood pressure change during alcohol treatment. *Alcohol & Alcoholism*, 43: 192-7. doi: 10.1093/alcalc/agn156.
- Basra S., Anand B.S. (2011). Definition, epidemiology and magnitude of alcoholic hepatitis. *World Journal of Hepatology*, 3(5): 108-113. doi: 10.4254/wjgh.v3.i5.108.
- Brady K.T., Back S.E., Greenfield S.F. (2009). *Women and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford Press.
- Bruha R., Dvorak K., Petrtyl J. (2012). Alcoholic liver disease. *World Journal of Hepatology*, 4(3): 81-90. doi: 10.4254/wjgh.v4.i3.81.
- Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G. (a cura di) (2001). *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, <http://Studylibit.Com/Doc/6628435/L-Alcolologia-Nell-Ambulatorio-Del-Medico-Di-Medicina-Generale>.
- Cipriani G., Farchi G., Quartini A. (2000). Epidemiologia alcolica: le conseguenze dei consumi di alcol sulla salute. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (2000). *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol. I, pp. 89-100.
- Cloniger C.R., Dinwiddie S.H. & Reich T. (1989). Epidemiology and genetics of alcoholism. In: Tasman A., Hales R.E., Frances A.J. (eds.). *American Psychiatry Press Review of Psychiatry*, 8: 293-308.
- Colusso L. (2004). Club degli Alcolisti in Trattamento: percorso storico. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (2004). *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol II, pp. 289-295.
- Davidson K.M. (1995). Diagnosis of depression in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status. *British Journal of Psychiatry*, 166: 199-204.
- de Girolamo G., Polidori G., Morosini P. et al. (2006). Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11): 853-61.
- Drummond C., Gual A., Goos C., Godfrey C., Deluca P., Von Der Goltz C., Gmel G., Scafato E., Wolstenholme A., Mann K., Coulton S., Kaner E. (2011). Identifying the gap between need and intervention for alcohol use disorders in Europe. *Addiction*, 106(Suppl 1): 31-36.
- Edwards G., Marshall E., Cook C. (2003). *The Treatment of Drinking Problems: a Guide for the Helping Professions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Erickson C.K. (2007). *The Science of Addiction: From Neurobiology to Treatment*. New York: W.W. Norton.
- Faravelli C., Abrardi L., Bartolozzi D., Cecchi C., Cosci F., D'Adamo D., Lo Iacono B., Ravaldi C., Scarpato M.A., Truglia E., Rosi S. (2004). The Sesto Fiorentino study: background, methods and preliminary results. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 73(4): 216-25.
- Fazel S., Bains P., Doll H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101: 181-91.
- Fazel S., Khosla V., Doll H., Geddes J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in Western Countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5: e225. doi: 10.1371/journal.pmed.0050225.
- Grant B.F., Hasin D.S., Chou S.P., Stinson F.S., Dawson D.A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States, results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61: 1108-1115.
- Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A., Chou P., Dufour M.C., Compton W., Pickering R.P., & Kaplan K. (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.
- Green C.A. (2006). Gender and Use of Substance Abuse Treatment Service. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 29(1): 55-62.
- Hall K., Staiger P.K., Simpson A., Best D., Lubman D.I. (2016). After 30 years of dissemination, have we achieved sustained practice change in motivational interviewing?. *Addiction*, 111: 1144-1150. doi: 10.1111/add.13014.
- Heather N. (2018). Rethinking addiction. *The Psychologist*, 31(1): 24-28.
- Hughes J.R. (1995). Clinical implications of the association between smoking and alcoholism. In: Fertig J.B., Allen J.P. (eds.). *Alcohol*

- and Tobacco: From Basic Science to Clinical Practice. NIAAA Research Monograph 30. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, pp. 171-185.
- Husain K., Ansari R.A., Ferder L. (2014). Alcohol-induced hypertension: Mechanism and prevention. *World Journal of Cardiology*, 6(5): 245-252. doi: 10.4330/wjc.v6.i5.245.
- ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica (2015). *Le cure e il ricorso ai servizi sanitari. Periodo di riferimento. Anni 2012-2013*. Disponibile all'indirizzo: [www.istat.it/it/archivio/156420](http://www.istat.it/it/archivio/156420).
- Karriker-Jaffe K.J., Roberts S.C., Bond J. (2013). Income inequality, alcohol use, and alcohol-related problems. *American Journal of Public Health*, 103(4): 649-656.
- Kessler R.C., Andrews G., Colpe L.J., Hiripi E., Mroczek D.K., Normand S.L., Walters E.E., Zaslavsky A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32: 959-76.
- Klingemann H., Sobell M.B., Sobell L.C. (2009). Continuities and changes in self-change research. *Addiction*, 105(9): 1510-1518.
- Kuria M.W., Ndeti D.M., Obot I.S., Khasakhala L.L., Bagaka B.M., Mbugua M.N., Kamau J. (2012). The Association between Alcohol Dependence and Depression before and after Treatment for Alcohol Dependence. *International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry*: 1-6. doi: 10.5402/2012/482802.
- Kushner M.G., Abrams K., Thuras P., Hanson K.L., Brekke M., Sletten S. (2005). Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29: 1432-1443.
- Jellinek E.M. (ed.) (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven (Conn.): Millhouse Press.
- Marinangeli P. (2001). Italian culture and its impact on addiction. In: Straussner S.L.A. (ed.). *Ethnocultural factors in Substance abuse treatment*. New York, N.Y: Guilford Press.
- Livingston M. (2014). Socioeconomic differences in alcohol-related risk-taking behaviours. *Drug and Alcohol Review*, 33(6): 588-595.
- Mauri F., Tosi M., Rampazzo L., Ferri M., Laezza M., Gianotti C.F., Rossi Prodi P. (2004). Leggi e orientamenti regionali. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Moretini A. (2004). *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol. II, pp. 127-149.
- Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria (2015). *Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"*.
- Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria (2017). *Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"*.
- Moiraghi Ruggenini A., Zotti C., Corrao G. et al. (1988). Il medico generale e l'alcolismo. *SIMG*, 3: 46-54.
- Moss H.B., Chen M., Yi H. (2007). Subtypes of Alcohol Dependence in a Nationally Representative Sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 91(2-3): 149-158.
- O'Shea R.S., Dasarthy S., McCullough A.J. (2010). Alcoholic liver disease: AASLD Practice Guidelines. *Hepatology*, 51(1): 307-28. doi: 10.1002/hep.23258.
- Osservatorio permanente sui giovani e l'alcol (2007). *Gli italiani e l'alcol. Quinta indagine Doxa*. Roma: Risa.
- Osservatorio sulle dipendenze della regione Friuli Venezia Giulia (2014). *Rapporto 2014 Consumo, dipendenza da sostanze e comportamenti di addiction in Friuli Venezia Giulia*, [www.dipendenzefvg.it/dipendenze/report](http://www.dipendenzefvg.it/dipendenze/report).
- Pavarin R.M., Caputo F., Zoli G., Domenicali M., Bernardi M., Gambini D. (2015). Mortality risk in a cohort of Italian alcoholic individuals treated for alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*, 186-191. doi: 10.1111/dar.12366.
- Probst C., Roerecke M., Behrendt S., Rehm J. (2014). Socio-economic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(4): 1314-1327.
- Rehm J., Shield K.D., Rehm M.X., Frick U. (2013). Modelling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*, 23: 89-97.
- Rehm J., Anderson P., Barry J., Dimitrov P., Elekes Z., Feijão F., Frick U., Gual A., Gmel G. Jr, Kraus L., Marmet S., Raninen J., Rehm M.X., Scafato E., Shield K.D., Trapencieris M., Gmel G. (2015a). Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *European Addiction Research*, 21(1): 6-18.
- Rehm J., Allamani A., Elekes Z., Jakubczyk A., Manthey J., Probst C., Struzzo P., Della Vedova R., Gual A., Wojnar M. (2015b). Alcohol dependence and treatment utilization in Europe - a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Family Practice*, 29, 16(1): 90. doi: 10.1186/s12875-015-0308-8.
- Rehm J., Allamani A., Aubin H.J., Della Vedova R., Elekes Z., Frick U., Jakubczyk A., Kostogianni N., Manthey J., Miquel L., Paille F., Pieper L., Probst C., Scafuri F., Shield K.D., Snikere S., Struzzo P., Trapencieris M., Voller F., Wittchen H.U., Gual A., Wojnar M. (2015c). People with alcohol use disorders in specialized care in eight different European countries. *Alcohol and Alcoholism*, 50(3): 310-318.
- Rehm J., Allamani A., Della Vedova R., Elekes Z., Jakubczyk A., Landsman I., Manthey J., Moreno-España J., Pieper L., Probst C., Snikere S., Struzzo P., Voller F., Wittchen H., Gual A., Wojnar M. (2015d). General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *Annals of Family Medicine*, 13(1): 28-32.
- Roerecke M., Rehm J. (2014). Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43: 906-19.
- Samokhvalov A.V., Popova S., Room R., Ramonas M., Rehm J. (2010). Disability associated with alcohol abuse and dependence. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 34: 1871-8.
- Saieva C., Bardazzi G., Masala G., Quartini A., Ceroti M., Iozzi A., Gelain E., Querci A., Allamani A., & Palli D. (2012). General and Cancer Mortality in a Large Cohort of Italian Alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*: 342-350.
- Scafato E., Allamani A., Codenotti T., Marcomini F., Patussi V., Rossi A., Struzzo P., Russo R. e il Gruppo nazionale italiano PHEPA (2006). Alcol e Primary Health Care: linee guida. *Salute e Territorio*, 155: 85-119.
- Scafato E., Gandin C., Galluzzo L., Scipione R., Monica Vichi M. & Ghirini S. per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) (2017). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2017*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. Rapporti ISTISAN 17/1.
- Shield K., & Rehm J. (2012). Difficulties with telephone-based surveys on alcohol in high-income countries: the Canadian example. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21: 17-28.
- Smith J. P., & Book S. W. (2010). Comorbidity of Generalized Anxiety Disorder and Alcohol Use Disorders among Individuals Seeking Outpatient Substance Abuse Treatment. *Addictive Behaviors*, 35(1): 42-45. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.07.002.
- Sobell L. C., Cunningham J. A., & Sobell M. B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health*, 86(7): 966-972.
- Üstün T.B., Kostanjsek N., Chatterji S., & Rehm J. (2010). *Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Volkow N. D., Koob G. F. & McLellan A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4): 363-371.

# Safe Driver. Progetto di prevenzione efficace su alcol e guida

Andrea Noventa\*, Paola Pesenti Bolognini\*\*, Maurizio Lazzari\*, Beatrice Rota\*, Gaia Zanchi\*, Federica Facchetti\*, Luca Biffi\*\*\*, Marco Riglietta\*

Il problema alcol e guida (*drinking and driving*) è considerato un problema strategico da parte delle autorità di tutti gli stati europei (40.000 morti nei 15 paesi UE).

È noto che tra i fattori umani l'uso di alcol è certamente quello più rilevante sia in termini di rischio relativo che in termini di rischio attribuibile, data la grande diffusione dell'uso di alcol tra la popolazione.

Il consumo di alcol è uno dei maggiori fattori che influenzano sia il rischio di incidenti stradali sia la gravità delle loro conseguenze.

In Italia, gli incidenti alcol-correlati spesso avvengono di notte e generalmente nei fine settimana; coinvolgono frequentemente giovani, fascia di popolazione che frequenta maggiormente i locali notturni.

L'assenza di veri conflitti in questa materia ed il riconoscimento da parte di tutti della necessità di limitare al massimo i comportamenti a rischio da parte dei consumatori ha attivato una attenzione legislativa, di controllo e preventiva che sta producendo risultati significativi in tutta l'Europa.

Inoltre la problematica "alcol & guida" rappresenta uno dei progetti più rilevanti del Piano Europeo d'Azione sull'Alcol dell'OMS e uno degli obiettivi (target 17) di protezione e promozione della salute più significativi della comunità.

Stando a statistiche rilevate nel 2014, in Italia si registrano ogni anno per incidenti stradali circa 3378 morti, 246.750 feriti, 20.000 invalidi gravi, 145.000 ricoveri e si stima circa 1 milione di accessi al Pronto Soccorso, con costi stimati di oltre 20-30 miliardi di euro.

Molti studi epidemiologici rilevano che la quota di incidenti stradali gravi e mortali attribuibili all'alcol è attorno al 50%, un quinto di tutti i ricoveri urgenti sono alcol-correlati:

- dal 10 al 30% degli incidenti gravi e mortali in ambito lavorativo sono alcol-correlati: di essi il 50% capitano alla guida di mezzi di trasporto;
- dal 20 al 50% degli accessi al Pronto Soccorso per incidenti stradale o lavorativo è correlato all'uso di alcol;
- il 70% dei maschi e il 30% delle femmine giovani affermano di aver bevuto prima di mettersi alla guida;
- l'alcol alla guida è, in Italia e in Europa, la prima causa di morte dei giovani di età compresa tra i 16 e i 25 anni;
- dal 15 al 20% dei giovani afferma di aver guidato e bevuto molto e il grado di consapevolezza del rischio è molto basso;
- si stima che almeno il 30% dei fermi per controlli dell'alcolemia sia positivo e con valori al di sopra della norma;

\* ASST Papa Giovanni XXIII - Ser.D. di Bergamo.

\*\* Associazione Genitori Atena.

\*\*\* ATS di Bergamo.

- si stima che attorno al 10% delle persone fermate in stato d'ebbrezza presenti alcolemie maggiori a 150 mg/ml, quindi una condizione di rischio molto elevato e spesso associata ad uno stato di dipendenza dall'alcol;
- l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha stimato la perdita economica derivante dalla mortalità e dalla morbosità secondaria ai soli incidenti stradali tra il 2 e il 4% del PIL. L'azione sull'uso di alcol durante la guida diventa indispensabile per raggiungere il risultato suggerito dall'OMS, ovvero di ridurre del 40% il numero degli incidenti stradali.

## Fattori che influenzano la guida

### Concentrazione ematica di alcol (BAC) e prestazioni

Molte ricerche hanno dimostrato che anche basse concentrazioni di alcol nel sangue (BAC = Blood Alcohol Concentration) deteriorano in maniera significativa le prestazioni alla guida ed aumentano esponenzialmente il rischio di incidenti stradali.

È evidente che tale conoscenza ha influenzato anche il cambiamento nelle politiche, con conseguente diminuzione degli incidenti e della mortalità alcolcorrelati.

Una rassegna molto vasta di studi (Alcohol Alert n. 52, 2001) ha concluso che le capacità richieste per condurre un qualsiasi tipo di veicolo a motore si affievoliscono anche per lievi deviazioni da BAC a zero. Esiste ormai una convergenza di opinioni che con BAC 0,05% si ha una diminuzione significativa delle capacità per poter guidare.

A valori dello 0,02% o meno, la capacità di suddividere l'attenzione tra due o più sorgenti di informazione visiva può risultare indebolita.

A partire da BAC 0,05% i guidatori mostrano altri segni di scadimento compresi i movimenti oculari, la resistenza all'abbagliamento, la percezione visiva e il tempo di reazione.

Il rischio di incidenti fatali per i guidatori con BAC positivo, se comparato con quello degli altri guidatori (rischio relativo) aumenta all'aumentare del BAC, e i rischi salgono più rapidamente per i guidatori con meno di 21 anni rispetto ai guidatori più anziani.

### Alcol e rischio di incidente stradale

È ormai noto che la curva del rischio di incidente stradale cresce con il crescere della alcolemia e che sicuramente si ha rischio zero per consumo zero. È altresì noto che:

- a) il rischio, che comincia a manifestarsi in maniera significativa a livelli alcolemici di 50 mg/dl, cresce esponenzialmente per aumenti successivi dell'alcolemia (a 100mg/100ml si

- ha un rischio relativo pari a 10; per alcolemie di 130mg/100ml corrisponde un rischio relativo tra 25-30);
- b) l'assunzione contemporanea di alcol e farmaci o droghe incide sull'efficienza psicofisica, aumentandone gli effetti (v. tranquillanti, stimolanti, antistaminici, antidolorifici ecc.);
  - c) a parità di alcolemia, i rischi sono notevolmente maggiori per i conducenti più giovani e/o inesperti nella guida;
  - d) a parità di alcolemia, i rischi sono notevolmente maggiori per conducenti che bevono saltuariamente e/o che valutano meno rischioso il loro bere;
  - e) la quota di incidenti stradali gravi e mortali attribuibili all'alcol è attorno al 50%;
  - f) la probabilità di incorrere in un incidente stradale con perdita di controllo in soggetti che guidano nelle ore notturne del fine settimana con alcolemia superiore a 150 mg/dl è 380 volte più grande rispetto alla probabilità dei soggetti sobri.

### **Tolleranza all'alcol**

La ricerca suggerisce che ripetute prestazioni sotto l'influsso dell'alcol possono rendere una persona meno sensibile allo scadimento ad un dato BAC.

Tuttavia, sebbene le alterazioni non siano evidenti durante operazioni di routine, le prestazioni potrebbero peggiorare in situazioni nuove o inaspettate.

Si è in sostanza rilevato che l'azione dell'alcol influisce sul grado di controllo in particolare nelle situazioni impreviste, peraltro molto frequenti nella guida.

### **Età**

I guidatori più giovani presentano un tasso di incidenti stradali molto più elevato dei guidatori più anziani.

Se confrontato con quello degli incidenti mortali per i guidatori tra 25 e 69 anni, il valore di mortalità per i guidatori di 16-19 anni (NHTSA/USA) è circa 4 volte maggiore ed il valore per i guidatori ultra-85enni è 9 volte più alto.

Tra i guidatori maschi minori di 21 anni, un incremento del BAC di 0,02% raddoppia di molto il rischio di incidente mortale a veicolo singolo.

Le donne in questo gruppo di età, tuttavia, presentano un rischio relativo inferiore a quello dei maschi a parità di BAC. In generale il maggior rischio per i giovani è da attribuirsi in parte alla minor esperienza di guida, unitamente all'eccesso di confidenza, al basso senso del pericolo e alla predisposizione al rischio.

La presenza in macchina (o nel gruppo) di altri giovani può inoltre incoraggiare uno stile di guida rischioso e si associa con il maggior rischio di incidenti stradali ad esito fatale tra i giovani guidatori.

- **giovani:** il rischio relativo di incidente stradale grave e mortale è sicuramente più elevato nei giovani e per alcolemie anche modeste, inoltre il rischio è più elevato in chi beve meno frequentemente come avviene, per moltissimi giovani, per recenti nuove abitudini di bere, preferibilmente nei fine settimana.

A conferma i dati relativi alle "stragi del sabato notte" che presentano le seguenti caratteristiche:

- a) la giovane età dei conducenti 18-22 e 23-37 anni;
- b) i conducenti sono quasi tutti di sesso maschile, "nel

95,2% degli incidenti causati da conducente in condizioni anomale per ebbrezza da alcol il responsabile è un uomo e solo nel 4,8% una donna;

- c) circostanza principale è l'eccesso di velocità, non rispetto della precedenza, guida contromano, guida distratta o in stato di ebbrezza alcolica;
- **i giovani** rimangono coinvolti in così tanti incidenti stradali perché:
  - a) i neopatentati hanno meno esperienza;
  - b) guidano più ore durante la notte, quando il rischio è maggiore;
  - c) più spesso commettono infrazioni per eccesso di velocità;
  - d) è più elevato il numero di incidenti dovuti a eccesso di velocità, guida contromano, guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'effetto di sostanze psicotrope, tutte circostanze che comportano un elevato rischio di morte;
- **giovani e/o neopatentati.** I dati indicano chiaramente che il numero di sinistri diminuisce con l'anzianità di patente. Inoltre gli incidenti di cui sono responsabili i neopatentati sono mediamente più gravi (in particolare eccesso di velocità 30%) di quelli provocati dagli altri conducenti.

Introdurre quindi un periodo triennale di particolare attenzione alla propria sobrietà alla guida favorirebbe probabilmente nei giovani conducenti una sana abitudine e un comportamento corretto anche negli anni successivi.

"I guidatori più giovani hanno un incremento di rischio per gli incidenti a partire da livelli di 20mg% e pertanto in questo gruppo di popolazione dovrebbe essere introdotto un limite legale pari o inferiore a 20mg%" (WHO, 1996, ed. 1997, p. 68).

L'alcol è meno frequente come causa di incidenti in guidatori più anziani.

Il rischio individuale di incidente per ogni miglio percorso aumenta a partire da 55 anni e supera quello di un giovane guidatore principiante a partire da 80 anni.

Inoltre altri fattori associati alla guida insicura possono influenzare il rischio all'incidente: problemi di vista, attenzione, percezione e cognizione.

È inoltre evidente che i guidatori più anziani con problemi di alcolismo sono ancora più vulnerabili allo scadimento rispetto agli altri guidatori attempati e presentano maggiori rischi di incidenti.

### **Privazione del sonno**

La sonnolenza aumenta il rischio di incidenti stradali: diverse ricerche dimostrano che già con un BAC dello 0,01% si è più suscettibili all'addormentamento.

Il consumo di alcol inoltre accentua gli effetti avversi della privazione di sonno.

Soggetti cui è stata somministrata una dose bassa di alcol dopo una notte di sonno ridotto hanno fornito prestazioni scadenti al simulatore di guida.

Persino in condizioni di non rilevabilità di alcol nel sangue.

Quindi, in sintesi, i fattori che influenzano la guida e la sicurezza stradale sono:

1. L'aumento dell'alcolemia;
2. L'assunzione contemporanea di droghe, farmaci e alcol;
3. La giovane età dei conducenti (> rischio);
4. Il bere periodico e ad eccesso (binge drinking);
5. La guida spericolata, in ore notturne e in condizioni di stanchezza e sonno.

## Una strategia globale

È evidente, sia dal punto di vista scientifico che per le esperienze maturate a livello internazionale, la necessità di adottare strategie di ampio respiro; le strategie vincenti sono quelle che comprendono più livelli di intervento e che contribuiscono in modo attivo all'impatto sociale e sanitario all'incidentalità stradale.

La guida è da considerarsi un contesto "alcohol free", al pari della gravidanza, lavoro, giovane età.

### Le strategie di prevenzione

1. Innalzamento dell'età minima legale per bere (18 anni età legale).
2. Progressiva riduzione dei limiti previsti dell'alcoemia. La UE indica per il 2010, un livello di 0,2 gr/l.
3. Introdurre un limite differenziato pari a 0.00 o 0.20 per gruppi a rischio: giovani (< 21 anni) e neopatentati, < 5 anni da conseguimento della patente); autisti e lavoratori (per patenti superiori alla B).
4. Divieto di vendita di alcolici nelle autostrade ed estensione alle superstrade e tangenziali.
5. Obbligo, a seguito di arresto per guida in stato di ebbrezza, di guidare un veicolo su cui è stato installato un dispositivo che non permette l'accensione se viene superato il limite legale di alcol consentito (alcohol ignition interlock).
6. Introduzione di controlli random e un aumento della frequenza.
7. Introduzione degli accertamenti indicativi.
8. Postazioni per il controllo dello stato di sobrietà (Sobriety checkpoint).
9. **Programmi del Guidatore designato "BOB" (Designated Driver Promotion Programs) e alternative sicure per il ritorno a casa (autobus, collegamenti di mezzi alternativi, mezzi a disposizione dei locali, ecc.).**
10. Diffusione di strumenti di misura dell'alcoemia (palloncino, etilometri tascabili) anche in contesti meno tradizionali ma sicuramente spesso significativamente associati all'assunzione di alcol e/o al divertimento (quali bar, discoteche, pub, feste, autostrada, luoghi di ristoro delle autostrade o caselli, farmacie, luoghi di lavoro in particolare per lavoratori addetti ad automezzi, guidatori, piloti, macchinisti ecc. "o bevi o lavori").
11. Screening per l'alcolismo ed intervento breve finalizzato per i pazienti del Pronto Soccorso (con consulenza ed informazione).
12. Introduzione di misure educative/informative e di cura (obbligatorie) per le persone incorse nell'infrazione e nel ritiro della patente.
13. Sospensione della patente, contravvenzioni immediate, inflitte al momento della violazione della norma.
14. Sottrazione di punti alla patente di guida a seguito di una violazione.
15. Sequestro/immobilizzazione del veicolo.
16. Partecipazione dei trasgressori a incontri delle associazioni delle vittime e/o programmi di utilità sociale presso

enti specifici o associazioni (Servizi sanitari, Associazioni vittime...).

17. Programmi di prevenzione e formazione scolastica ed educativa (Peer-Education - Instructional Programs).
18. Promozione di una specifica formazione nei confronti del personale (Server Intervention Training Programs-Face-to-Face Instruction with Management Support).
19. Promozione di una specifica formazione nei confronti del personale dei locali e addetto alla sicurezza (Intervention training programs for servers of alcoholic beverages).
20. Sostegno e promozione delle associazioni di volontariato e di self-help.
21. Programmi di comunità e applicazione della normativa europea relativa alla pubblicità e l'alcol (CEE/89) e diffusione massiccia di messaggi "non bere quando guidi" a tutta la popolazione (Mass-Media Campaigns) (Noventa A., 2004).

"I programmi per la prevenzione degli incidenti dove l'alcol è fattore di rischio, dovrebbero essere parte di una politica di controllo dell'abuso di alcol" (WHO, 1987).

Per affrontare la problematica relativa agli incidenti stradali e l'uso di alcol è necessario lo sviluppo di un programma articolato che si sviluppi sia nell'ambito più propriamente protezionistico e del controllo, che preventivo e promozionale (educativo).

È comunque già verificato in molti paesi che la sola azione educativa, per questa specifica area, non modifica il trend del problema e i comportamenti a volte molto consolidati.

È necessaria una azione protezionistica e di controllo forte (alcoltest attuati dalle FF.OO.) sempre però supportata da importanti campagne informative ed educative che ne valorizzino il significato sociale: i due livelli di intervento devono essere attuati simultaneamente.

È perciò importante che ogni agenzia pubblica e privata aiuti concretamente l'applicazione e la diffusione del programma preventivo attraverso anche semplici azioni e sostegni per il raggiungimento di obiettivi largamente condivisi.

Inoltre le campagne devono avere come slogan: "Non bere quando guidi", "Se guidi alcoemia zero", "Bere o guidare". Anche per quanto concerne la valutazione di efficacia dei diversi programmi il CDC (Handbook for action to reduce alcohol-related harms, 2009) ed altre organizzazioni internazionali indicano:

1. **riduzione del limite legale** di alcol consentito (BAC) a chi si trova alla guida di un veicolo (il limite è diverso nei vari paesi europei);
2. **controllo casuale** del livello di alcol nel sangue mediante **test sul respiro**;
3. **postazioni** per il controllo dello stato di sobrietà;
4. **campagne di comunicazione** indirizzate a tutta la popolazione per informare sulle conseguenze di un eventuale arresto per guida in stato di ebbrezza;
5. **contravvenzioni immediate**, inflitte al momento della violazione della norma;
6. **sottrazione di punti** alla patente di guida a seguito di una violazione;
7. **sospensione** della patente di guida;
8. **obbligo di seguire trattamenti di disintossicazione** a seguito di arresto per guida in stato di ebbrezza;

9. obbligo, a seguito di arresto per guida in stato di ebbrezza, di guidare un veicolo su cui è stato installato un **dispositivo che non permette l'accensione** se viene superato il limite legale di alcol consentito (alcohol ignition lock).

## Gli Stakeholders

Una politica di contrasto alla guida in stato di ebbrezza deve ricercare l'alleanza di partner strategici per il successo dell'azione: la polizia, sia municipale che stradale, responsabile delle misure di enforcement sulla legge vigente; il dipartimento dei trasporti, responsabile di numerose politiche inerenti la sicurezza stradale; i **GESTORI DEI LOCALI** dove si vendono gli alcolici, che dovrebbero essere responsabili di non eccedere nel servire bevande alcoliche ai conducenti di veicoli.



## Un'azione di prevenzione: Safe Driver

La figura del "guidatore designato", *Safe Driver*, nasce e si diffonde nei paesi anglosassoni e del Nord Europa: si tratta di un individuo che in occasioni sociali decide di astenersi dall'alcol per condurre a casa in sicurezza i suoi amici.

È un'alternativa sicura alla guida in stato di ebbrezza.

Per incoraggiare questa pratica sono messe in atto differenti misure: dalle campagne di sensibilizzazione indirizzate a tutta la popolazione, a diversi tipi di incentivi (bevande analcoliche, snack o entrata gratuita) che alcuni proprietari di locali decidono di offrire a chi si candida a guidatore designato.

"La letteratura sulla valutazione di questi interventi comprende solo alcuni studi pubblicati tra il 1994 e il 1999. Esistono due approcci di promozione della figura del guidatore designato: il primo si basa su campagne sociali attraverso i *mass media* indirizzate alla popolazione generale, mentre il secondo, analogo all'intervento *Safe Driver*, si basa sull'offerta di incentivi vari (bevande analcoliche, cibo o entrate gratuite) nei locali notturni. In quest'ultimo approccio coloro che si recano nei locali vengono informati degli incentivi attraverso volantini e poster dai baristi e dal personale addetto alla sicurezza e, infine, attraverso pubblicità su giornali o televisioni. Questo approccio ha mostrato due effetti positivi: (i)

una diminuzione del 6,5% dei frequentatori di locali che dichiaravano di aver guidato, o essere stati passeggeri di un conducente in stato di ebbrezza nelle quattro settimane precedenti; (ii) un crescente numero di persone che dichiarava di essere guidatore designato. Secondo l'*Harvard Alcohol Project* i benefici dei programmi di guidatore designato sono numerosi: promuovono la norma sociale dell'astinenza dal consumo di alcol, offrono una alternativa chiara e pratica alla guida in stato di ebbrezza e incoraggiano un comportamento attivo di automonitoraggio del consumo di alcol. Ditter et al. (2005) indicano alcune possibili criticità: il numero di coloro che si identificano come guidatori designati ritorna al livello di base una volta tolti gli incentivi e, spesso esiste una discrepanza tra il guidatore designato ideale e il suo effettivo comportamento. In uno studio la CAS media dei guidatori designati si aggirava intorno a 0,6 g/l. Infine, oltre ai limiti legati a strumenti autosomministrati che misurano la frequenza della guida in stato di ebbrezza, le domande a cui non si riesce a dare risposta sono: come si sarebbero comportanti i guidatori designati in assenza dell'intervento?

È possibile che questi guidatori si sarebbero comportati in ogni caso come dei "bravi" guidatori designati oppure avrebbero utilizzato delle strategie alternative per evitare di guidare in stato di ebbrezza? (...) Negli ultimi anni gli interventi del guidatore designato sono stati messi in atto diffusamente in Italia, ma non esistono pubblicazioni di valutazioni scientifiche" (Aresi, Fornari, Repetto, Scolari, 2009).



Nel corso degli anni, i progetti della provincia di Bergamo attivi nella gestione della movida notturna hanno consentito di tenere monitorata la situazione del territorio ed affermare quanto segue:

- il territorio si caratterizza per la presenza di numerosi locali del divertimento notturno e di spazi della Movida Bergamasca frequentati da adolescenti e giovani del territorio provinciale;
- presenza di situazioni di poli-consumo problematico di sostanze;
- presenza di comportamenti a rischio (guida, comportamenti sessuali a rischio, eventi sanitari acuti);
- presenza di un forte bisogno di relazione e di incontro con figure formate da parte dei soggetti incontrati;

- tendenza da parte di alcuni frequentatori dei locali ad instaurare relazioni significative con gli operatori, tali da indurli, in modo autonomo, a diventare risorsa nella gestione dell'info-point;
- importanza dei social network come mezzo di comunicazione (informativo, relazionale, discussioni).

### Obiettivo generale

Prevenire gli incidenti stradali alcol e droga correlati; promuovere azioni di prevenzione nei luoghi del divertimento della provincia di Bergamo ed aumentare il numero di guidatori con alcolemia ZERO.

La figura del Safe Driver – *guidatore designato* – è un'alternativa sicura alla guida in stato di ebbrezza: si tratta di un individuo che in occasioni sociali decide di astenersi dal bere alcolici per condurre a casa in sicurezza i suoi passeggeri. In caso di alcolemia superiore si sconsiglierebbe di mettersi alla guida discutendo/informando/presentando strategie alternative.

Il progetto Safe Driver si situa in un ambito di “prevenzione selettiva” individuando tra i giovani che accedono ai locali una popolazione in parte selezionata ed esposta ad un rischio specifico.

È inserito nel *Tavolo Notti in sicurezza* che progetta alcune delle azioni preventive in ambito di sicurezza stradale e nei confronti dei gestori dei locali come il Codice Etico, progetto Pronto soccorso, mobilità sicura. Altri progetti di “prevenzione universale” dell'ambito scolastico e sulla popolazione generale vengono attuati da molti soggetti della comunità. Infine attivo e sinergico con il progetto Safe Driver è il progetto di “prevenzione indicata” relativo agli accessi al Pronto Soccorso.

Obiettivo di questo ultimo progetto è facilitare l'accesso e la presa in carico da parte del Ser.D. attraverso la consulenza su questa popolazione specifica (Noventa, 2015a).



Gli elementi che caratterizzano il progetto sono i seguenti:

- allestimento di una postazione mobile con la presenza di un'équipe di operatori formati presso i locali, gli eventi e le iniziative della bergamasca;



- allestimento di percorsi alcol/droga visual con personale dedicato;
- promozione Autista Designato;
- somministrazione alcoltest all'uscita del locale;
- sensibilizzazione come infopoint – distribuendo opuscoli informativi, gadget ed alcoltest mono/uso;
- gestione di uno spazio on line per il mantenimento della relazione con l'utenza e per il rinforzo dei messaggi preventivi;
- coinvolgimento di peer-educator nella gestione dell'intervento sia nei locali sia on-line.

### ► Intervento e metodologia progetto Safe Driver

- Individuazione di **spazi/locali** sulla base della loro disponibilità: si chiede loro di aderire al codice etico e quindi di applicare le azioni indicate, supportare l'azione di prevenzione Safe Driver, far indossare la maglietta al personale del locale almeno nei giorni di presenza del progetto, distribuire di cartoline e materiale informativo, indirizzare eventuali clienti all'infopoint di Safe Driver, pubblicizzare il progetto tramite una visibilità sui social network con evidenza del logo Safe Driver, partecipare alle riunioni.
- Tra i locali vi sono: **BOLGIA DJ'S FROM THE WORLD, BAUAUS, DRUSO, SETAI, SHADE MUSIC FESTIVAL, VIT, BLITZ, CLASH CLUB, CUBO CAFÈ, FLAVOUR, HARLEM, JAM LIVE STUDIO, TASSINO CAFÈ, THE TUCANS PUB, THE RITUAL PUB, LA CHUPITERIA, CROCEVIA, REEF CAFÈ, SHAKE, GATE, SPAZIO GIOVANI, EDONÈ, SPAZIO POLARESCO, ACCADEMIA CARRARA, PIC NIC ELETTRONICO, TASSINO EVENTI, TRUCCA, SPALTI, VENERDÌ DEL BORGO...**
- Individuazione degli operatori volontari, indicativamente 40 attivi nel corso dell'anno: provengono da diverse associazioni (Associazione Genitori Atena, Rotary, Croce Rossa Italiana...) e da altre realtà (Polizia Locale, Polizia Stradale, ASST Papa Giovanni XXIII...). Si prevedono due **percorsi formativi all'anno di circa 12 ore**, per approfondire aspetti normativi e relativi al controllo (Polizia Stradale), aspetti clinici e correlati ai rischi del consu-

mo di alcol e droghe (Dipartimento delle Dipendenze) e aspetti relativi all'intervento di info-point.

- Reclutamento **Safe Driver** nei locali per almeno 3/4 volte, in modo tale da rendere più visibile il progetto.
- Si prevede di arruolare circa 3/4 volontari per serata per locale.
- Compilazione di un questionario di arruolamento nel quale si chiede di indicare l'età, il sesso, la tipologia di consumazione che si è soliti scegliere, la provincia di provenienza.
- Si misura poi il tasso alcolemico in ingresso, chiedendo al soggetto di tornare al termine della serata per misurare il tasso alcolemico in uscita.
- Distribuzione materiale informativo e gadget inerenti la tematica (alcoltest monouso da tenere nella propria autovettura).
- Definizione del bonus di ingresso o consumazione analcolica gratuita per i guidatori che si presentano con un tasso alcolemico pari a **ZERO g/l**.
- Attività correlate: misurazione alcoltest a persone che lo richiedono; informazioni e distribuzione di materiale informativo presso l'infopoint.

► **SINTESI DEI RISULTATI - Indicatori quantitativi relativi all'intervento**

- N. **Safe Driver** arruolati.
- N. guidatori a cui si è chiesto l'arruolamento.
- N. guidatori che hanno rifiutato la proposta.
- Tasso alcolemico rilevato e compilazione tabella valori (classi di alcolemia, in entrata e uscita).
- Rilevazione delle motivazioni a partecipare all'intervento e motivazioni del rifiuto.
- Rilevazione del comportamento in qualità di guidatore designato, nel corso della serata (assunzione di alcol, differenze di genere).
- Rilevazione delle conoscenze circa i rischi e la normativa da parte del **Safe Driver**.

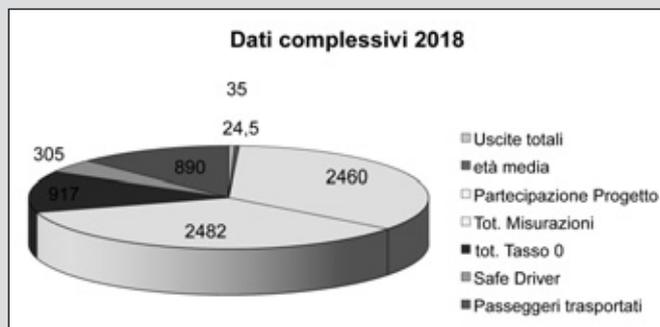
► **DOTAZIONE MATERIALI**

- Alcolimetri e boccagli.
- Desk ed espositori.
- Magliette, Cappello.
- Maschera e percorso.
- Materiale informativo.

**ALCUNI DATI SINTETICI DEL PROGRAMMA**

**Dati complessivi 2018**

Uscite totali	35
Età media	24,5
Partecipazione Progetto	2460
Tot. Misurazioni	2482
Tot. Tasso 0	917
Safe Driver	305
Passeggeri trasportati	890



Nel 2018 il Progetto Safe Driver ha effettuato 35 uscite nei locali fra bar, discoteche, eventi notturni, spazi estivi ecc.

L'età media complessiva si è attestata intorno ai 24,5 anni.

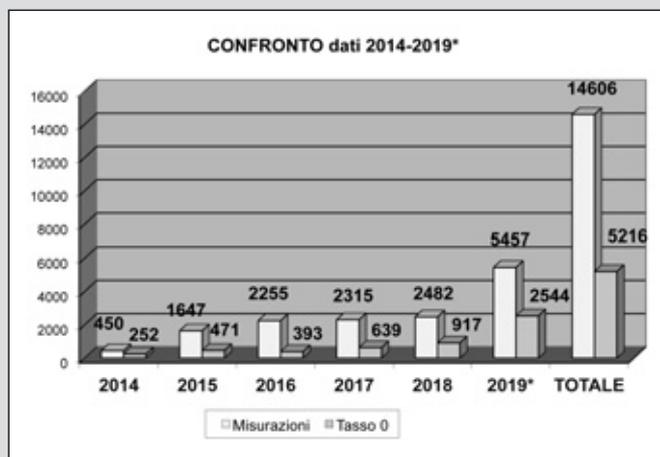
Alta la partecipazione al progetto con 2460 adesioni.

Le misurazioni effettuate risultano essere di 2482, in numero maggiore rispetto a chi ha partecipato, perché sono la somma di misurazioni fatte sia all'inizio serata che alla fine.

Su 2482 misurazioni sono risultati a tasso zero 917 persone e (quasi il 37%) e 305 sono stati i Safe Driver, quelle persone che si sono iscritte ad inizio serata, che si sono impegnate a trasportare a casa i propri passeggeri e che a fine serata sono risultate a tasso zero.

I passeggeri certificati tornati a casa trasportati dai Safe Driver sono risultati 890.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	TOTALE
Misurazioni	450	1647	2255	2315	2482	5457	14606
Tasso 0	252	471	393	639	917	2544	5216



\* Proiezione 2019 sul dato ufficiale primo trimestre

La tabella riporta il confronto negli anni fra le misurazioni totali effettuate con etilometro digitale durante le serate e il numero di persone persone che sono risultate a tasso alcolemico pari a 0.

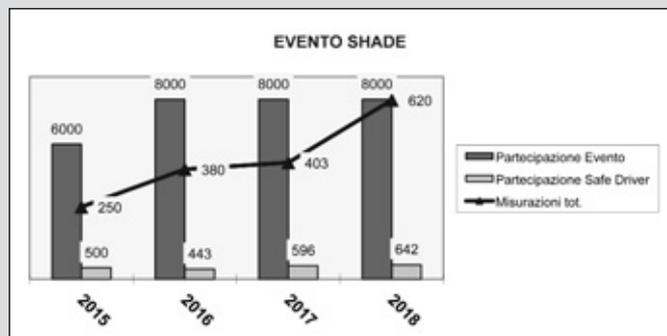
Il dato riferito al 2019 è una proiezione annuale fatta su dati reali trimestrali (gennaio/marzo).

Le misurazioni stimate in totale negli anni sono state 14606 con 5216 persone risultate a tasso 0 (35,7%).

Un dato importante è l'incremento di uscite nel 2019 dovuto esclusivamente dall'impiego di molte persone che svolgono le ore di pubblica utilità.

## EVENTO SHADE

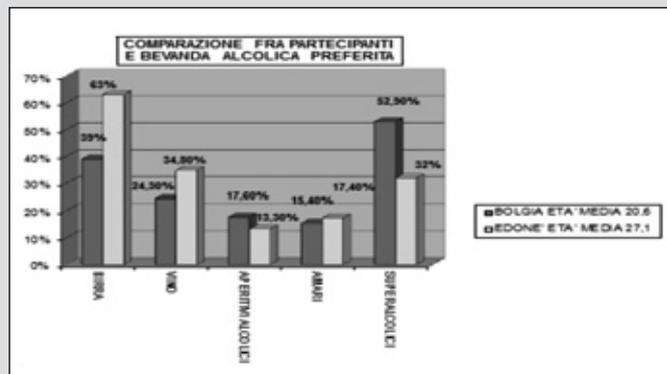
	2015	2016	2017	2018
Partecipazione Evento	6000	8000	8000	8000
Partecipazione Safe Driver	500	443	596	642
Misurazioni tot.	250	380	403	620



Il grafico mostra la presenza e la partecipazione del progetto negli anni all'evento Shade.

Si nota che, con una partecipazione all'evento ormai stabile di circa 8000 persone, le persone coinvolte risultano in costante aumento con una marcata propensione a farsi misurare l'alcolemia.

Nel 2015 il rapporto fra chi è iscritto al progetto e chi poi effettivamente si è fatto provare il tasso alcolemico nel sangue è pari al 50%, nel 2016 e 2017 si è registrato un aumento al 67%, mentre nel 2018 la differenza è stata notevole poiché quasi tutti gli iscritti hanno poi effettuato la prova alcolimetrica (96,6%).



	BIRRA	VINO	APERITIVI ALCOLICI	AMARI	SUPERALCOLICI	ETA' MEDIA
BOLGIA (ETA' MEDIA 20,6)	39%	24,50%	17,66%	15,45%	52,90%	20,6
EDONÈ (ETA' MEDIA 27,1)	63%	34,50%	13,35%	17,48%	32%	27,1

Questa ultima tabella tende ad evidenziare comportamenti di assunzione di alcol molto diversi relativamente a contesti molto diversi.

Al Bolgia, discoteca con presenza di musica per lo più elettronica l'uso dei superalcolici è molto alto in contrapposizione all'Edonè, ambiente molto più tranquillo e di ritrovo di giovani che ascoltano musica più tranquilla, con un consumo prevalente di birra e vino.

Questo spesso significa che le persone scelgono il locale che offre un certo tipo di musica ma anche in relazione a quello che il locale offre come possibilità di assunzione di alcol.

In oltre l'adesione ad un certo tipo di locale e di assunzione è relativo anche all'età dei partecipanti: età media al Bolgia 20,6 all'Edonè 27,5.

## Progetto: Lavori di Pubblica Utilità (LPU)

Con la collaborazione dell'Associazione Genitori Atena si accoglieranno un massimo di 10 persone in regimi di Lavori di Pubblica Utilità (LPU) in seguito a ritiro della patente per art. 186 o 187.

Verranno assegnati ad un Tutor e svolgeranno le ore dovute nei servizi del Progetto Safe Driver in particolare nei locali notturni.

Obiettivo di questo progetto è aumentare il senso di responsabilità nelle persone che hanno violato la legge e che tramite il progetto si mettono in gioco per essere loro a consigliare comportamenti sicuri.

Un altro obiettivo è facilitare l'adesione di queste persone al progetto una volta finite le ore da scontare per un'adesione volontaria al progetto stesso.

Nel 2019 si è effettuato un numero maggiore di uscite soprattutto grazie alla presenza di persone che dovevano svolgere ore di pubblica utilità.

## La formazione dei volontari

L'area della formazione costituisce l'area strategica del progetto.

Attraverso un modulo molto agile di formazione (1-2 gg) attuato assieme agli operatori Ser.D. di Bergamo, alla Polizia Stradale di Bergamo, l'Associazione Genitori Atena e la CRI, riusciamo a fornire una base di conoscenze sufficienti per iniziare l'azione del progetto.

La formazione si caratterizza per un modello sia di apprendimento che di sperimentazione e di interazione in modo da iniziare a conoscere le difficoltà che si incontreranno durante l'attuazione delle diverse fasi del progetto.

Si realizzano anche giornate di approfondimento su singoli temi (legislatura, nuove tecnologie per la prevenzione, la comunicazione e relazione con i clienti, azioni di prevenzione efficaci ecc.).

Alla formazione partecipano oltre che i volontari SD anche le persone inviate dal tribunale per LPU, volontari che vogliono aderire al progetto, studenti che collaborano alle iniziative, operatori di progetti con cui c'è una collaborazione (Progetto Goodnight e On the Road).

Nel corso di questi sei anni mediamente si sono formati oltre 400 persone.

Sempre nell'ambito della formazione si sono create delle collaborazioni forti con istituzioni impegnate nella sicurezza stradale, università, area sanitaria dell'emergenza (118), area del commercio, area del volontariato.

Infine un'area sviluppata negli anni è stata la formazione dei gestori e degli addetti alla somministrazione.

Le iniziative sono state realizzate con la collaborazione di ASCOM ha permesso negli anni di aumentare molto la condizione del progetto e la collaborazione con azioni sinergiche nella azione di prevenzione (v. Codice Etico).

Categorie di soggetti formati:

1. volontari Safe Driver;
2. lavori Pubblica Utilità;
3. studenti, insegnanti;
4. tirocinanti Ser.D.;
5. alternanza scuola/lavoro;
6. operatori socio-sanitari;
7. volontari CRI;
8. volontari altre associazioni del terzo settore;
9. volontari progetto On the road;
10. operatori Progetto Goodnight;
11. gestori dei locali e personale.

## Altri progetti

Infine una evoluzione del Progetto Safe Driver è stata l'organizzazione ormai da tre anni di un laboratorio interattivo: **Test Driver: alcol, droghe e sicurezza stradale**, all'interno di Bergamo Scienza.

Il progetto che ha coinvolto più di 1000 persone all'anno, si propone di informare e sensibilizzare in particolare i giovani sul consumo di alcol e droghe alla guida di un automezzo anche attraverso l'utilizzo di strumentazione tecnica di simulazione.

I simulatori di auto e moto potranno essere provati da chi parteciperà al laboratorio.

Le persone potranno effettuare un percorso con l'utilizzo della maschera alcol visual e droga visual che simulano vari livelli di alcolemia/uso di droghe e i conseguenti effetti sull'orientamento, sull'equilibrio, sulle distanze e sull'auto percezione.

Inoltre avere informazioni dettagliate sui rischi relativi al consumo di alcol e droghe, in particolare, se si usa un mezzo di trasporto.

Contestualmente si potrà provare l'alcolemia utilizzando programmi di simulazione per PC o App per Smart Phone o le tute Drink Suit, Drug Suit e Hangover Suit (Ford).

Il progetto è organizzato da: Polizia Stradale di Bergamo-Ministero dell'Interno, Polizia Locale del Comune di Bergamo, Automobile Club Bergamo, ATS Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII, Associazione Genitori Atena, Rotary Club Dalmine Centenario, Progetto Safe Driver, Croce Rossa Italiana Comitato di Bergamo, Ford Italia.

## Richieste dall'esterno ed evoluzione

Il territorio coperto dal Progetto Safe Driver è sostanzialmente l'area di Bergamo città e zone limitrofe, qualche azione è stata svolta anche più lontano.

Ultimamente diverse sono le richieste per interventi da parte degli organizzatori degli eventi e questo dimostra che lentamente il progetto viene valorizzato e visto come un valore aggiunto alla iniziativa.

Se pensiamo che nel 2019 raggiungeremo circa 60 eventi questo significa che ogni settimana il team di Safe Driver è attivo per tutto l'anno.

Inoltre la nostra presenza in alcuni locali fa parte ormai della scaletta del locale e questa partecipazione non occasionale ma

strutturata cambia radicalmente il rapporto con i clienti: prima li cercavamo adesso sono loro che si propongono.

In quest'ottica stiamo pensando all'evoluzione del Progetto attraverso la costruzione di una APP Safe Driver che permetta il riconoscimento del locale dei clienti affezionati a SD, la fidelizzazione e la maggior visibilità possibile (v. Facebook: Notti in sicurezza - safe driver).



## Bibliografia

- Alcohol Alert (1997). Special supplement 30 years of the Breath Test, december, IAS, London.
- Alcohol Alert (2001). Alcol e Sicurezza Stradale, aprile 2001, n. 52.
- Anderson P., Chisholm D., Fuhr D.C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programs to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373: 2234-46.
- Aresi G., Fornari L., Repetto C., Scolari M. (2009). Evaluation of a designated driver intervention to prevent alcohol-related road accidents in the clubs of Milan, Italy. *Adicciones*, 21(4): 279-288.
- Aspler R., Hardin W., Goldfein J. (1987). *The review and assessment of designated driver programs as an alcohol countermeasure approach*. Washington DC: U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration.
- Boots K. (1994). The designated driver program: an outcome evaluation. *Health Promot J Austr.*, 4: 26-9.
- Brigham T., Meier S., Goodner V. (1963). Increasing designated driving with a program of prompts and incentives. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28: 83-85.
- Campbell D.T., Stanley J.C. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally.
- Caudill B.D., Harding W.M., Moore B.A. (2000). At-risk drivers use safe ride services to avoid drinking and driving. *J Subst Abuse*, 11: 149-59.
- DeJong W., Wallack L. (1992). The role of designated driver programs in the prevention of alcohol-impaired driving: a critical reassessment. *Health Educ Q*, 19: 429-42.
- Ditter S.M., Elder R.W., Shults R.A., Sleet D.A., Compton R., Nichols J.L. (2005). Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving. A Systematic Review. *Am. J. Prev. Med.*, 28: 281-87.
- Fornari L. (1995). *Drink-driving and perceptions: a field survey in the recreational settings of Milano, Italy*, Project incentives. *J. Appl. Behav. Anal.*, 28: 83-94.

- ISTAT Istituto Nazionale di Statistica (IT). *Data on traffic accidents in Italy during the year 2006, 2007*.
- Kelly E., Darke S., Ross J. (2004). A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions. *Drug Alcohol Rev*, 23: 319-44.
- Meier S., Brigham T., Gilbert B. (1998). Analyzing methods for increasing designated driving. *J. Prev. Intervention Community*, 17: 1-14.
- Noventa A. (a cura di) (1998). *Alcol e guida. Diagnostica, legislazione e prevenzione*. ASL di Bergamo, Bergamo.
- Noventa A. (1999). L'alcol come fattore di rischio negli incidenti stradali. "Alcol & Guida" un programma di prevenzione, relazione al seminario "Gli incidenti stradali" Istituto Superiore della Sanità, 22 settembre 1999.
- Noventa A. (2003). La valutazione clinica delle problematiche alcolcorrelate e la guida. L'intervento educativo delle problematiche alcolcorrelate e la guida. Atti Seminario di Formazione SIA, Bologna.
- Noventa A. (2003). Organizzazione e finalità dei gruppi informativo-educativi. Atti Seminario Regione Emilia-Romagna: L'uso di bevande alcoliche ed idoneità alla guida, Cesenatico (RA).
- Noventa A. (2003). Alcol e guida. Dalla conoscenza del problema alle azioni di prevenzione. *Atti Congresso SIA*, Napoli ott. 2003.
- Noventa A. (2004). L'alcol e la guida. I fattori e le strategie per una prevenzione degli incidenti stradali. *SNOP*, 62.
- Noventa A. (2015). Progetto Pronto Soccorso. Realizzazione di iniziative di sensibilizzazione, informazione, counselling rivolte a persone che abbiano subito incidenti stradali ai loro familiari, relazione Corso di formazione HPG23 Bergamo.
- Noventa A. (2015b). Quali azioni di prevenzione efficace. Il ruolo dei Servizi di Alcologia. In: Scarcella C., Roda F. (a cura di) (2015). *Manuale di Alcologia*, pp. 434-451. ASL di Brescia, Brescia.
- Taggi F. (a cura di) (2003). Aspetti sanitari della sicurezza stradale (secondo rapporto sul progetto DATIS) dati, fattori di rischio, prevenzione, valutazione, costi. Ministero Infrastrutture e dei Trasporti, ISS, Roma.
- Timmerman M., Geller E., Glindemann K., Fournier A. (2003). Do the designated drivers of college students stay sober? *J Safety Res*, 34: 127-33.
- UMG (2008). Communication presented at Club Health 2008 conference, Ibiza, Spain, 23rd-25th.
- Winsten J. (1994). Promoting designated drivers: the Harvard Alcohol Project. *Am J Prev Med*, 10: 11-4.
- WHO (1987). Alcohol and Accidents, report of a WHO working group. Reykiavik, 1-3 september 1987, ICP/APR 117 0344j, 1988.
- WHO (1992). European Alcohol Plan, Regional Office, Copenhagen.
- WHO (1996). Alcohol - less is better (WHO Reg. Publ., European Series, n. 70). Trad it. CSDPA, TN (a cura di). *Alcol, meno è meglio*.
- WHO (2007). *Drinking and driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners*. Global Road Safety Partnership.
- WHO (2015). Global status report on road safety. NLM classification: WA 275, Geneva.
- Gruppo di lavoro:** Andrea Noventa, Lucrezia Martino, Eridania Peci, Mirella Pontiggia, Manuel Ripepi, Mauro Romagnoli, Tonino Vecchi, Roberto Lodovici, Gaia Zanchi, Beatrice Rota, Luca Biffi, Paola Pesenti Bolognini, Maurizio Lazzari, Emilio Maino, Roberta Mangiapanello, Maurizio Bonomi.

#### Enti e Associazioni promotrici

**ATS - Bergamo - ASST Papa Giovanni XXIII - Ser.D. di Bergamo; Polizia Stradale Bergamo - Ministero degli Interni; Croce Rossa Italiana - Comitato di Bergamo; Associazione Genitori Atena - Bergamo - Rotary Club Dalmine Centenario; Discoteca "Bolgia".**



## RECENSIONE



A cura di Concettina Varango, Marco Riglietta, Massimo Corti, Biagio Sanfilippo, Felice Nava e Alfio Lucchini

### **RIPARLIAMO DI ALCOL I professionisti lombardi della Alcologia a confronto su percorsi terapeutici e proposte per il futuro**

Edizione fuori commercio  
Editore: Ce.R.Co. Edizioni - Milano

Questo volume vuole porre l'attenzione sull'alcol e l'alcologia oggi. Si inquadra in consolidati percorsi di formazione e di analisi degli interventi di accoglienza, diagnosi, cura e riabilitazione alcolologica in Lombardia. Si avvale del contributo dei migliori professionisti sul campo, del servizio pubblico, del privato accreditato e del volontariato.

#### Indice

##### Prefazione

##### **ALCOLOGIA OGGI: LA SFIDA PER IL FUTURO**

*Alfio Lucchini*

##### Introduzione al seminario

*Concettina Varango*

##### Saluti introduttivi

*Barbara Mangiacavalli*

*Livio Abonante*

##### Lettura

##### **ALCOLOGIA E ALCOLDIPENDENZE OGGI**

*Felice Nava*

##### **1. LOMBARDIA: LO STATO DELL'ARTE DELL'INTERVENTO IN ALCOLOGIA**

*Marco Tosi*

##### **2. RIPARLIAMO DI ALCOL**

*Concettina Varango*

##### **3. SPUNTI DI RIFLESSIONE**

*Biagio Sanfilippo*

##### **4. UPDATE DELLA SITUAZIONE DEI COSTI NELLA CURA DELLE DIPENDENZE DA ALCOL: BARRIERE ED OPPORTUNITÀ**

*Paolo A. Cortesi*

##### **5. LA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME IN AMBITO ALCOLOGICO**

*Vincenzo Marino*

##### **6. DINAMICHE DI ACCESSO IN AMBITO REGIONALE: COSA FARE E COME LAVORARE CON LE TERZE PARTI, I PAZIENTI E LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE**

*Francesco Conti*

##### **7. UN PERCORSO DI AUTONOMIA PER I GIOVANI CHE EVITA LA CRONICITÀ**

*Giorgio Cerizza e Sarah Carfi*

Analizza il tema alcol e alcolismo sia negli aspetti clinici che sociali, senza tralasciare inferenze manageriali, di valutazione degli interventi ed economiche. L'originalità di utilizzare la riflessione di 45 professionisti riuniti per due giorni in gruppi di lavoro su vari aspetti – diagnosi e cura, organizzazione e management, rete alcolologica, riabilitazione – si riflette nella vasta sezione descrittiva del confronto tra gli operatori che il volume offre. Non mancano esempi di best practice di cui la Regione Lombardia non è deficitaria. Pieno di principi ma anche di impegni il manifesto finale dei professionisti lombardi "Riparliamo di alcol".

*Concettina Varango*, vicepresidente FeDerSerD Lombardia, direttore UOC Servizio Dipendenze ASST Lodi.

*Marco Riglietta*, segretario FeDerSerD Lombardia, direttore UOC Servizio Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo.

*Massimo Corti*, direttore Servizio Dipendenze ASST Bergamo Ovest.

*Biagio Sanfilippo*, responsabile NOA ASST Nord Milano.

*Felice Nava*, direttore del comitato scientifico nazionale FeDerSerD, direttore UO Sanità Penitenziaria Padova ULSS Euganea.

*Alfio Lucchini*, past president nazionale e presidente FeDerSerD Lombardia, direttore DSMD ASST Melegnano e Martesana, Milano.

##### **8. "CONFRONTO"**

Lavori di gruppo

##### **9. SINTESI DELLE PROPOSTE DEI GRUPPI DI LAVORO**

*Concettina Varango - Alfio Lucchini*

##### *Relazioni analitiche del lavoro dei quattro gruppi*

##### **10. Gruppo A - BLU**

Conduttore: *Massimo Corti*

##### **11. Gruppo B - ROSSO**

Conduttore: *Marco Riglietta*

##### **12. Gruppo C - ARANCIONE**

Conduttore: *Concettina Varango*

##### **13. Gruppo D - VERDE**

Conduttore: *Biagio Sanfilippo*

##### *Alcune Best Practice in Alcologia*

##### **14. RICERCA-INTERVENTO SUI SOGGETTI CON DISTURBO DA USO DI ALCOL E/O SOSTANZE, OSSERVATI IN PRONTO SOCCORSO**

*Maria Rosa Casiraghi e Biagio Sanfilippo*

##### **15. UNITÀ ABITATIVE PER GIOVANI CON PROBLEMI DI POLIABUSO ("Gli Appartamenti")**

L'esperienza di Rivolta d'Adda

*Giorgio Cerizza*

##### **16. UN MODELLO ORGANIZZATO IN ALCOLOGIA E LE BUONE PRASSI CLINICHE**

*Maria Torriani*

##### **17. FOCUS SU "ADOLESCENTI ED ALCOL"**

*Concettina Varango*

##### **18. RIPARLIAMO DI ALCOL**

Carta degli alcologi lombardi

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



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

## Pratiche di riabilitazione psicosociale: un progetto di coaching sociale e abitativo

Francesco Moret\*, Giovanni De Sario\*, Diego Saccon\*\*

### SUMMARY

■ *This work analyzes a project of social coaching and homing support delivered to a group of patients suffering from addiction problems. These patients need psychosocial rehabilitation interventions in the perspective of recovery. The project is sustained by the AULSS 4 Veneto Orientale Addiction's Unit (Ser.D.).*

*The abstract illustrates the project's rehabilitative aspects and provides a quantitative assessment of the project's outcomes referring to a group of 29 patients treated between 2015 and 2018.*

*The quantitative assessment was performed using a questionnaire assembled using the HoNOS scale as a reference.*

*The work also mentions the narrative dimension of the relationship between the patient and his occupational therapist through the analysis of two fragments of that relationship.*

*The above analysis is studied in depth in order to show how occupational therapy can enable the occupational therapist to become a facilitator in terms of the elaboration of psychic aspects for the patient and at the same time someone who can enhance the patient's social skills.*

*Although it is evident how the use of a limited sample, the observational nature of the work in itself and the use of a non-validated questionnaire all constitute a methodological limit, most of the treated cases show an improvement in the scores related to psychosocial skills.*

*In particular the improvement is more evident in those who had at least 18 months of treatment.*

*In conclusion, it is considered valid to give continuity to the project by extending its application to a wider range of patients and meanwhile to improve the study's results evaluation. ■*

**Keywords:** *Addiction, Dual diagnosis, Recovery, Psychosocial rehabilitation.*

**Parole chiave:** *Dipendenza, Doppia diagnosi, Recovery, Riabilitazione psicosociale.*

### Background

I cambiamenti delle problematiche in una parte della popolazione portatrice di Dipendenze Patologiche ci hanno indotto negli ultimi anni ad una riflessione ed alla trasformazione di alcune prassi.

Infatti questo segmento di popolazione di utenti dei Servizi, oltre ai problemi derivanti dall'uso di sostanze, presenta vari fattori che complicano il loro quadro: l'avanzamento dell'età, un basso livello di scolarità, le scarse competenze professionali, la comorbilità psichiatrica, malattie internistiche, l'allentamento dei

legami familiari, l'isolamento sociale, la ridotta autonomia abitativa ed economica.

Emerge quindi con sempre maggior forza la necessità di sviluppare interventi miranti alla riattivazione di abilità personali e sociali. Come sottolinea l'Osservatorio Europeo sulle droghe, "il trattamento delle Dipendenze da solo non è sufficiente a prevenire l'esclusione sociale", e che "gli interventi di integrazione sociale dovrebbero essere compresi nei programmi di trattamento fin dalle fasi iniziali" (Sumnall, Brotherhood, 2012). Il cambio di paradigma necessario è quello che sposta l'enfasi dagli approcci esclusivamente terapeutici, sia orientati alla guarigione che alla stabilizzazione, o di riduzione del danno o meramente assistenziali, ad un approccio riabilitativo e di recovery (Lieberman, 2008) lungo gli assi della cura di sé e della gestione della malattia, dell'abitare, dell'occupazione, delle relazioni sociali (SAMHSA, 2017).

\* *Educatore presso l'associazione Solidarietà Dicembre '79.*

\*\* *Direttore UOC Servizio per le Dipendenze AULSS4 Veneto Orientale.*

## Obiettivi generali

Il progetto che presentiamo è iniziato nel 2015 su iniziativa del Ser.D. dell'AULSS 4 del Veneto Orientale, nell'ambito dei Piani di Zona. Lo scopo del progetto è quello di affiancare ad alcuni pazienti un Educatore che, attraverso una relazione individuale, li conduca attraverso percorsi riabilitativi con obiettivi personalizzati. Le aree di intervento individuate, che coincidono sostanzialmente con gli assi riabilitativi a cui si è fatto riferimento sopra, sono a nostro avviso più difficili da affrontare in un contesto di cura ambulatoriale, che nell'ambito di vita personale del paziente attraverso il lavoro di un educatore a domicilio e nei contesti sociali che il paziente deve affrontare. In base alle caratteristiche del paziente, del grado di compromissione, dell'età e delle esigenze personali e familiari, le aree individuate possono comprendere:

### L'Area Abitativa e della Cura di sé

Il sostegno nella dimensione della quotidianità, della domiciliarità e dell'autonomia in situazioni complesse, al fine di fornire un supporto nella gestione dei rapporti familiari o di convivenza, amicali o di vicinato. A seconda dei casi può anche rendersi necessario stimolare e consolidare la cura della persona e degli spazi in cui vive, monitorare la gestione economica, gestire eventuali situazioni di emergenza come sfratti o problematiche con le utenze. Il lavoro dell'operatore inoltre può essere orientato all'aiuto per la persona nel riconoscere le situazioni di rischio per la ricaduta nell'uso di sostanze e la gestione dei momenti di crisi e delle complicazioni psichiatriche preesistenti o correlate all'uso di sostanze.

### L'Area Occupazionale

Accompagnare nella ricerca di percorsi occupazionali, fare da guida rispetto alle risorse personali e del territorio per l'incremento delle abilità sociali e prevenire o ridurre l'evoluzione della disabilità psicosociale.

### La Sfera delle relazioni

Promuovere la creazione o, se già presente, il mantenimento di relazioni sane e positive nei contesti territoriali (volontariato, sport, attività culturali...) che possano riavvicinare gli utenti all'ambito territoriale di appartenenza generando o rinnovando interessi e motivazione.

### L'Alleanza terapeutica

Rafforzare l'alleanza di cura con i Servizi e promuovere la creazione o il mantenimento di nodi di interdipendenza nelle reti familiari e nel contesto ambientale qualora l'autonomia sia ridotta o assistita.

## Descrizione del dispositivo di cura

Il paziente viene individuato dagli operatori del Ser.D., che, coinvolgendo anche i servizi sociali comunali del territorio di residenza del soggetto, provvedono a proporgli il trattamento. In caso di condivisione della proposta viene fissato un appuntamento con l'educatore, l'operatore di riferimento del Servizio ed il paziente per presentare in maniera approfondita il progetto e condividere gli obiettivi che si intendono perseguire. Tale appuntamento può avvenire sia al Ser.D. che presso l'abitazione del paziente. Una volta attivato il dispositivo, l'educatore si occupa di mantenere aggiornato l'operatore del Servizio rispetto all'andamento del progetto individuale e agli sviluppi degli obiettivi concordati, ma anche di condividere i passaggi e le difficoltà che emergono.

In alcuni casi, dove le caratteristiche individuali, gli obiettivi ed eventuali fattori ambientali richiedono il coinvolgimento dei servizi sociali comunali, l'educatore coordina il suo intervento con gli assistenti sociali di riferimento.

In alcuni casi il lavoro dell'educatore si coordina anche con quello dell'eventuale amministratore di sostegno che può essere stato assegnato al paziente, cercando di promuovere e coordinare scelte che siano coerenti.

## Metodologia interventi

Gli interventi sono caratterizzati da una serie di specificità che mirano a rendere l'azione educativa diversa rispetto a quella che si potrebbe attuare in ambito ambulatoriale.

L'operatore si muove in un contesto "naturale" che è rappresentato dalla casa dell'utente ma anche dal territorio in cui la persona vive, ad esempio, per attuare alcuni degli obiettivi individuati non è infrequente che ci siano accompagnamenti presso strutture ospedaliere ed enti pubblici o privati. Questo approccio si configura come dinamico e agganciato all'attualità dei bisogni del paziente, evitando però di assumere la forma piuttosto come un intervento che oscilla tra l'osservazione delle capacità di vita (life skills) dei pazienti e la sperimentazione di azioni ed interazioni sociali nelle quali l'Educatore fungere sia da conduttore che da modello di apprendimento o di identificazione.

## Metodologia valutativa

Al fine di poter valutare sia l'andamento del progetto, che dei singoli programmi individuali, è stato elaborato dall'équipe un breve questionario composto di 23 item suddivisi per aree. Il questionario prende come riferimento nella costruzione di parte dei suoi item la scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) utilizzata per la valutazione della gravità della patologia e degli esiti nei percorsi nei servizi di salute mentale. Gli operatori coinvolti, con scadenza trimestrale, compilano il questionario per ognuno dei pazienti coinvolti al fine di poter valutare i miglioramenti o i peggioramenti della situazione scendendo il più possibile nel dettaglio.

## Presentazione dei risultati

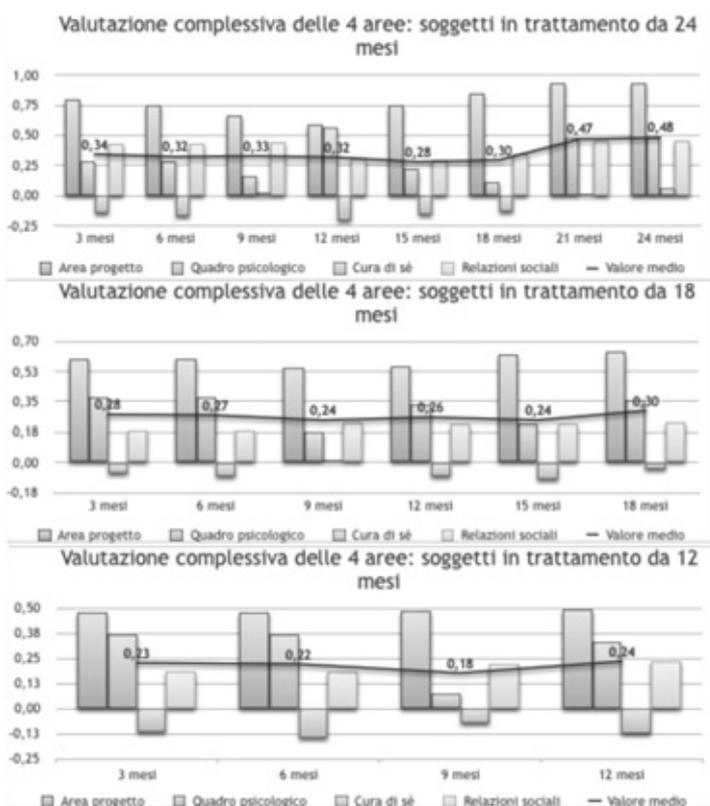
Il questionario di valutazione è stato elaborato assegnando dei punteggi numerici alla valutazione dei vari item: i valori sopra lo zero indicano l'avvicinamento ad una situazione di stabilità, positività o di assenza di problematiche e patologie, mentre i valori al di sotto dello zero rappresentano la presenza di situazioni più critiche, negative o la presenza di problematiche o patologie. I dati raccolti sono quindi stati trattati calcolando la media dei punteggi per ognuno degli item individuati in relazione alla numerosità del campione in quello specifico spazio temporale. Per la valutazione dell'andamento complessivo nelle quattro diverse macro-aree si è prodotto un nuovo calcolo della media di tutti gli item appartenenti alle macro-aree di riferimento nella fascia temporale stabilita.

Nei grafici vengono presentati i risultati complessivi dell'andamento dei soggetti nelle quattro macro-aree individuate dagli obiettivi generali: per un monitoraggio che tenesse conto della lunghezza del percorso svolto dagli utenti in relazione alla qualità dei risultati ottenuti sono state considerate tre fasce temporali: sono stati presi in esame i soggetti in trattamento da 24, 18 e 12 mesi.

Tab. 1 - Item di valutazione individuali

AREA DI VALUTAZIONE DEL PROGETTO	AUTONOMIA PERSONALE
<i>Accoglienza della famiglia nei confronti dell'operatore</i>	<i>Spostamenti fuori casa</i>
A) La famiglia si dimostra accogliente B) I famigliari sono disinteressati alla presenza dell'operatore C) I famigliari sono espulsi nei confronti dell'operatore D) Persona che vive sola	A) Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o di mezzi propri B) Fa uso di taxi o si fa accompagnare, ma non è capace di usare mezzi pubblici C) Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato
<i>Appuntamenti con servizio inviante (e altri coinvolti: comuni, psichiatria, ecc.)</i>	<i>Assunzione dei propri farmaci</i>
A) Si ricorda autonomamente dell'appuntamento B) Si dimentica saltuariamente degli appuntamenti presi o arriva in ritardo C) Non si ricorda degli appuntamenti	A) È capace di assumere correttamente la terapia farmacologica prescritta B) Occasionalmente non assume correttamente la terapia farmacologica C) È incapace di assumere da solo la terapia farmacologica D) Non valutabile per inaffidabilità del paziente
<i>Appuntamenti con gli operatori per progetto</i>	<i>Problemi legati all'assunzione di alcol o droghe</i>
A) Si ricorda autonomamente dell'appuntamento B) Si dimentica saltuariamente degli appuntamenti presi o arriva in ritardo C) Non si ricorda degli appuntamenti	A) Mantenimento dell'astinenza B) Abuso C) Dipendenza
<i>Adesione alla proposta del progetto</i>	<i>Uso del proprio denaro</i>
A) Aderisce in modo attivo e con modalità appropriate B) Aderisce in modo passivo C) Boicotta l'intervento	A) Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, fare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca), controlla le proprie entrate B) Provvede alle spese ed ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese, ecc.) C) È incapace di maneggiare il denaro in modo consapevole e responsabile
<b>QUADRO PSICOLOGICO</b>	
<i>Comportamenti iperattivi, aggressivi o agitati</i>	<i>Autonomia economica</i>
A) Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato B) Irritabilità, litigiosità o irrequietezza che non richiedono intervento C) Minacce o aggressioni verbali, iperattività o agitazione evidente	A) È autonomo a livello economico B) È parzialmente autonomo a livello economico C) Dipende totalmente dai famigliari o da enti
<i>Problemi legati all'umore depresso</i>	<i>Situazione occupazionale</i>
A) Nessun problema legato all'umore depresso B) Presenza di stati depressivi passeggeri C) Depressione evidente	A) Lavora in modo continuativo B) Lavora saltuariamente o si trova in borsa lavoro C) Non lavora ma è in ricerca lavorativa D) Non lavora e non è in ricerca lavorativa E) Sta affrontando un percorso riabilitativo di re-inserimento lavorativo
<i>Comportamenti autolesivi</i>	<i>Fare la spesa (organizzazione quotidiana e settimanale)</i>
A) Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato B) Pensieri passeggeri di farla finita o di compiere gesti autolesivi C) Rischio di gesti autolesivi o compimento di atti preparatori al suicidio	A) Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma B) È capace di effettuare piccoli acquisti in relazione ai giorni a venire C) Ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto D) È una cosa che segue qualcun altro in famiglia
<b>AREA DELLE RELAZIONI SOCIALI</b>	
<i>Rete sociale per le emergenze</i>	<i>Preparare i pasti</i>
A) Ha delle persone di riferimento (parenti o amici) cui fa riferimento nei momenti di difficoltà B) Non ha punti di riferimento nei momenti di difficoltà	A) Pianifica i pasti e li prepara adeguatamente B) È in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara cibi in maniera non costante C) Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito (famiglia/mensa/comune)
<i>Relazioni sociali</i>	<i>Cura della casa</i>
A) Assenza di problemi significativi durante il periodo considerato B) Evidenti problemi nello stabilire o mantenere relazioni C) Ritiro attivo e passivo dalle relazioni sociali	A) Riesce ad occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aiuto per i lavori pesanti B) Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri ma non è capace di mantenere un livello adeguato di pulizia C) È completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica D) Condizioni non idonee della casa tali da non permettere la pulizia di sé
<i>Luoghi frequentati</i>	<i>Fare il bucato (dei capi personali e inerenti alla casa)</i>
A) Frequenta esercizi pubblici (bar, ristoranti, cinema...) B) Frequenta solo i luoghi relativi ai servizi che lo hanno in cura C) Sta a casa	A) Lava tutta la propria biancheria B) Il bucato deve essere fatto da altri C) Si occupa di fare il bucato "domestico" (asciugamani, tappeti, ecc.) D) Condizioni non idonee della casa utili a questo scopo
<i>Persone frequentate</i>	<i>Pulizia di sé</i>
A) Possiede una cerchia di amicizie B) Ha alcune conoscenze collegate agli accessi ai servizi C) Non ha conoscenti né amici	A) Riesce a tenersi pulito/lavarsi senza bisogno che qualcuno gli dica di farlo B) Occasionalmente ha bisogno di qualcuno che lo inviti a tenersi pulito/lavarsi C) Ha sempre bisogno di qualcuno che gli dica di tenersi pulito D) Condizioni non idonee della casa tali da non permettere la pulizia di sé
<i>Rapporti con la famiglia</i>	
A) Negativo (alta conflittualità/rapporti simbiotici/ipercoinvolgimento emotivo) B) Positivo (rapporti supportivi e di sostegno) C) Assenza di rapporti famigliari	

Fig. 1 - Grafici di valutazione del progetto



Per una ulteriore valutazione complessiva dell'andamento del progetto nella Tab. 2 consideriamo l'andamento generale dei pazienti suddividendoli in tre gruppi: **in miglioramento**, **stabili** ed **in peggioramento** in base a quanto emerso dalla raccolta dati elaborata fino a giugno 2018. Non consideriamo i soggetti con meno di 12 mesi di trattamento. I risultati sono stati calcolati sull'andamento medio di ogni singolo paziente rispetto agli item del questionario di valutazione.

Tab. 2 - Dati numerici complessivi

Dati numerici complessivi dell'andamento del progetto			
	In miglioramento	Stabili	In peggioramento
N° pazienti (tot. 19) inseriti da almeno 12 mesi nel progetto	12	2	5
Fascia d'età: 14-29			
Accessi	Età Media	Maschi	Femmine
20	24,7	16	4
Fascia d'età: 30+			
Accessi	Età Media	Maschi	Femmine
41	47	30	11
Pazienti coinvolti fino a giugno 2018: 29			
Accessi al servizio dal 2015: 61			

## Cosa si fa

La particolarità dell'intervento educativo richiesto da questo progetto comporta una serie di specificità che possiamo considerare nei contesti di cura delle Dipendenze Patologiche. Usci-

re dai luoghi di cura standard (ambulatori, centri diurni, comunità) e "portare" gli operatori nei luoghi di vita dei pazienti rappresenta di sicuro un cambiamento al quale i pazienti in primis a volte fanno fatica ad abituarsi e richiede all'operatore (e all'équipe) di aumentare l'angolazione del proprio punto di vista al fine di affrontare al meglio gli obiettivi fissati, decisamente orientati alla riabilitazione psicosociale e al potenziamento dell'autonomia personale.

Intervenire a domicilio o comunque mantenere un rapporto educativo extra-ambulatoriale uno-a-uno permette di stabilire una dimensione relazionale nuova, forse vissuta come più autentica, basata in gran parte sul contesto di vita: l'educatore a volte entra in contatto con i famigliari che portano a loro volta richieste e preoccupazioni nei confronti dello stato di salute del paziente e contribuiscono in qualche modo a "raccontare la sua storia", a volte mostrandosi di supporto all'attività dell'operatore, altre mostrando di non aver completamente compreso la situazione, altre ancora, più raramente nella nostra esperienza, intralciando l'attività educativa. Poter vedere e fare esperienza dei luoghi di vita permette di aggiungere sfumature importanti al quadro della vita dei pazienti: è possibile capire quali siano le difficoltà o gli stati d'animo che scaturiscono da contesti isolati e solitari o, al contrario, respirare la frustrazione generata dal non potersi muovere liberamente in contesti territoriali più centrali perché troppo ricchi di pericoli e tentazioni. Assumono sicuramente connotazioni più concrete e realistiche i racconti fatti dai pazienti rispetto ai loro stati d'animo una volta che questi racconti possono essere confrontati con la realtà del loro vissuto quotidiano. Normalmente, dopo una prima fase di avvicinamento, che può durare anche qualche mese, è possibile stabilire con i pazienti un rapporto di fiducia sufficientemente profondo che permetta loro di intraprendere insieme all'operatore alcune azioni dirette al raggiungimento degli obiettivi fissati: diventa importante la presenza dell'educatore per permettere al paziente di sperimentare interazioni costruttive con l'ambiente ed il territorio di vita in tutta una serie di operazioni che per alcuni dei soggetti coinvolti non sono per nulla scontate.

## Esempi di scambio relazionale operatore-soggetto

Presentiamo un paio di frammenti di interazione per accennare alla dimensione relazionale che si attiva tra educatore e paziente all'interno di questo dispositivo di cura.

Si riportano quindi di seguito un breve riassunto dell'attività svolta con un paziente "storico" del progetto e una serie di SMS inviati da un'altra paziente al suo operatore.

**Franco con Gigi.** Franco, uno degli operatori del progetto, viene affiancato a Gigi, un paziente con dipendenza da oppiacei, in trattamento con metadone, con lievi difficoltà cognitive, un paio di ricoveri per episodi psicotici brevi e privo di caregivers. Gigi vive solo, barcamenandosi con molte difficoltà per il pagamento di affitto e spese. Il rapporto con Franco si instaura molto velocemente, aiutato anche dal fatto che il progetto domiciliare parte in una fase di inserimento di Gigi presso il Centro Diurno nel quale Franco presta servizio. Gigi parla di Franco come di suo "fratello" vedendo in lui una figura di riferimento non solo educativa, ma anche affettiva, utile a colmare quello che appare come un vuoto che G. cerca di riempire, in maniera molto evidente, attraverso tutte le relazioni che instaura, siano esse amoro-se, amicali o di cura. A partire da questa premessa, nei due anni di partecipazione al progetto si sono alternate fasi di adesione alle proposte e alle attività (di ricerca lavoro, di aiuto nel reperimento di sostegni economici comunali, ecc.) a fasi che si

possono definire di boicottaggio nelle quali Gigi, anche per alcuni mesi, ha cercato di tenere nascosti a Franco episodi di ricaduta, questioni legali e problemi con l'affitto. Appare chiaro che il comportamento di Gigi oscilla tra la sua incapacità di gestire la propria tossicodipendenza (con le ricorrenti ricadute) e la profonda paura di tradire le aspettative e la fiducia di chi gli sta vicino. Questo complica le cose perché, nonostante gli operatori facciano notare in maniera repentina a Gigi i peggioramenti o la presenza di problemi, lui decide di "vuotare il sacco" solo quando la situazione è diventata ingestibile o molto grave. Diventa fondamentale a questo punto la presenza di Franco per aiutare Gigi a riprendere adeguatamente il trattamento presso il Servizio, aiutandolo a formulare in modo comprensibile una richiesta di aiuto e sostegno nei momenti in cui diventa molto complicato per lui riuscire ad essere lucido, evitare deliri di complotto ed elaborare pensieri che abbiano un senso logico.

**Giuseppe e Laura.** Laura è seguita dal progetto di Coaching Sociale dall'ottobre 2015, negli ultimi due anni affidata a Giuseppe, un altro degli operatori del progetto. Si tratta di una paziente in trattamento con metadone, con patologie internistiche multiple, un'organizzazione di personalità borderline ed un significativo ritiro sociale.

Nel primo anno non hanno concluso molto, Laura è incostante rispetto agli appuntamenti concordati; ma nel secondo anno "concretizzano" diverse cose; Giuseppe la aiuta a prendersi maggiormente cura della propria salute e ad avere maggiori supporti sociali. Scopre col tempo che lei è molto più disponibile a fare una determinata cosa se qualcuno la accompagna.

Dallo scambio di messaggi con lo smartphone, che riportiamo di seguito, si vede come, al di là delle operazioni concrete realizzate con l'Educatore, Laura abbia la possibilità, proprio attraverso queste, di esprimere angoscia ed aggressività all'interno di una cornice relazionale che si rivela resistente e contenitiva.

10 ottobre

*Ciao oggi ho avuto il colloquio con il dottore nuovo del serd x conoscerci, pensa ke non sa neanche cosa sia l'insulina resistenza pensa che sia diabete, renditi conto ho dovuto spiegargli io ad un dottore, pensa in ke mani ke siamo!*

*Xò x via delle apnee notturne dice ke dovrò dormire con una bombola di ossigeno x sempre, e fare le analisi al più presto.*

*6 malsano, x te è più importante il giardino di me che riskio di soffocare di notte da un momento all'altro, capisci con quella testaccia ignorante?*

*È un miracolo che sono viva e tu pensi al giardino, ignorante e retrogrado.*

*Poi quando succede il fattaccio voi non sapete mai niente.*

*Scusa non voglio mai offenderti ma solo farti capire se è possibile, xke veramente le apnee si riskia di morire senza bombola, poi oggi ho saputo di un mio amico ke è in ospedale...*

15 ottobre

*Ho appena fatto domanda del rei, l'operatrice del comune dice che ci sono i requisiti e avrò sui 310 euro al mese, speriamo magari!*

Giuseppe sottolinea a Laura quante cose è riuscita a fare in una giornata passata insieme a lui per rinforzare il suo senso di autoefficacia e lei gli risponde così:

*Sì, sono riuscita anche grazie a te, sì domani siamo, oggi ho ricevuto una brutta notizia, ci sentiamo buona serata.*

## Conclusioni

Il progetto di Social Coaching che abbiamo presentato prende le mosse dalla necessità di dare risposte orientate alla riabilitazio-

ne psicosociale ed al recovery, di cui una parte degli utenti che afferiscono ai Ser.D. necessita.

I bisogni espressi da questi pazienti e l'approccio di cura per affrontarli, necessitano a nostro avviso il superamento del binomio Ser.D.-Ambulatoriale/Comunità-Residenziali, per aprirsi ad una molteplicità di dispositivi intermedi (Saccon *et al.*, 2013).

Per quanto riguarda in particolare il dispositivo illustrato qui, riteniamo che, la metodologia dell'affiancamento educativo individuale coniughi il potenziamento delle social skills ed il miglioramento del funzionamento intrapsichico e relazionale utilizzando la funzione di mediatore psichico (Racamier, 1970, 1972) attuata dall'Educatore e dalle attività condivise.

A sua volta, benché ciò non sia stato approfondito in questa esposizione, affermiamo che la funzione dell'Educatore è esplicabile in quanto si svolge non isolatamente, ma nel contesto di un gruppo curante. Quando l'operatore esplica la funzione di diventare oggetto di investimento relazionale ed affettivo per il paziente è utile o anche indispensabile, in base ai casi, che condivide questa funzione con un microgruppo di colleghi che possono aiutarlo a sostenere la funzione stessa (Correale, 2007).

Già Racamier (1970, 1972), sosteneva che l'assistenza intesa come cura: (1) ha sempre una natura psicologica; (2) si realizza per mezzo di oggetti concreti che possiedono però anche una funzione psicologica e in tal senso possono essere indicati come "mediatori" [della funzione psicologica]; (3) si dispiega nell'ambiente che circonda il paziente; (4) si realizza in forma collettiva. I risultati finora ottenuti, benché preliminari, numericamente contenuti e non sottoposti ad una valutazione statistica controllata, mostrano un miglioramento nella maggior parte, ma non in tutti i pazienti trattati. I miglioramenti sembrano diventare più evidenti dopo almeno 18-24 mesi di trattamento.

D'altra parte un approccio di questo tipo, integrato nell'insieme dell'operatività del Servizio, è confrontabile con componenti dell'Assertive Community Treatment (NSW Ministry of Health, 2015), per il quale esistono consolidati dati di efficacia EB.

Ciò ci induce a proseguire nella sperimentazione avviata e ci rafforza nell'opinione di proporre l'utilizzo di questo tipo di dispositivo quale strumento ordinario di cura.

## Bibliografia

- Correale A. (2007). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.
- Lieberman R.P. (2008). *Recovery from disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing. Trad. it. *Il recovery dalla disabilità: manuale di riabilitazione psichiatrica*. Roma: Giovanni Fioriti editore, 2012.
- NSW Ministry of Health (2015) - Mental Health and Drug and Alcohol Office. *Effective models of care for comorbid mental illness and illicit substance use*, www.health.nsw.gov.au.
- Racamier P.C. (1970). Verso una concettualizzazione della socioterapia ossia della cura istituzionale degli psicotici. In: Di Marco G., Nosè F. (2008). *La clinica istituzionale in Italia, Origini, fondamenti e sviluppi*. Rovereto (TN): Edizioni Stella, pp. 381-402.
- Racamier P.C. (1982). *Le Psychanalyste sans divan*. Parigi: Payot, 1972. Trad. it. *Lo psicoanalista senza divano*. Milano: Raffaello Cortina.
- Saccon D., Banon D. (2013). Questioni generali nella cura delle dipendenze patologiche. In Saccon D., Banon D., Boatto E. (2013). *Evoluzioni nelle dipendenze da sostanze*. Padova: Cleup.
- SAMHSA (2017). Recovery and Recovery Support, www.samhsa.gov, 10/06/2017.
- SAMHSA (2008). Assertive Community Treatment (ACT) Evidence Based Practices, www.samhsa.gov.
- Sumnall H., Brotherhood A. (2012). *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*. Lisbona: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

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

# Disturbo dello spettro autistico (sindrome di Asperger) e trattamento individualizzato del tabagismo: descrizione di un caso

Gorizia A. Esposito\*, Giovanni Pistone\*\*, Liborio M. Cammarata\*\*\*

## SUMMARY

■ *The link between psychiatric disorders and tobacco addiction is very close and has been evident for decades. On autism there is almost no trace in the international literature that relates to the subject. Our experience shows – even in cases of tobacco addiction related to psychiatric pathologies particularly connoted by the neurochemical effects of nicotine and by the gestural compulsion that the repeated consumption of tobacco satisfies – how an adequate and specific psycho-pharmacological setting, the correct training and involvement of a care-giver and long-term follow-up can allow the attainment of the cessation and the consolidation of this condition, with positive effects also on other aspects behavioral and subjective of the underlying pathology. ■*

**Keywords:** *Clinical case, Autism, Tobacco addiction, Psycho-pharmacological setting, Care-giver.*

**Parole chiave:** *Caso clinico, Autismo, Tabagismo, Setting psico-farmacologico, Care-giver.*

## Introduzione

Il legame tra patologie psichiatriche e tabagismo è molto stretto ed è evidente da decenni.

Diversi studi sono stati condotti non soltanto allo scopo di quantificare numericamente tale rapporto nelle singole malattie, ma di qualificarlo anche in relazione alla rete sociale, lavorativa e familiare ed alla compresenza di altre patologie organiche.

Sin dagli anni '60 si pone l'attenzione sulle modalità di consumo delle sigarette da parte degli schizofrenici, degli ansiosi, dei depressi, degli ossessivo-compulsivi, dei bipolari e di coloro che soffrono di attacchi di panico e di disturbo post-traumatico da stress.

Sull'autismo (classico o ad alto funzionamento), per nostra conoscenza, non vi è invece quasi traccia nella letteratura internazionale che riguardi l'argomento.

Allo stato attuale, se è vero che vari aspetti diagnostici sono stati chiariti e discussi, non è peraltro disponibile uno schema specifico di trattamento per la disassuefazione da questa dipendenza,

poiché si tende a privilegiare il raggiungimento di un compenso sotto il profilo strettamente "psichiatrico", tendendo a sottovalutarla ed a "concederla".

Questo, nell'ottica del fatto che un malato assuntore di psicofarmaci significativamente incidenti sul suo stile di vita non viene quasi mai adeguatamente stimolato (o se sì, non nella maniera più opportuna) ad affrontare il proprio tabagismo valutando realmente i vantaggi della sua cessazione.

Vi sono invece delle condizioni psichiatriche nelle quali, con il giusto supporto psicofarmacologico, il setting favorevole ed un orientamento del ruolo del caregiver, il tabagismo può essere affrontato non solo in termini di riduzione del danno ma di vera e propria disassuefazione.

Ciò restituisce al paziente una qualità e quantità di vita migliore, al pari degli ex-tabagisti non psichiatrici e, in più, potenzia notevolmente l'autostima e l'autoefficacia di una persona abituata ad essere trattata come "diversa" e, in quanto tale, considerata incapace di conseguire determinati obiettivi.

## Caso clinico

F.C. si rivolse al CTT per la prima volta nel 2010. 20 anni, viveva con la madre dopo la separazione dei genitori avvenuta alcuni anni prima ed era affetto da Sindrome di Asperger (SA), diagnosticata nella prima infanzia.

Nel tempo libero leggeva e giocava al computer.

\* Psicologa/Psicoterapeuta Centro di Trattamento del Tabagismo (CTT). Ph.D., Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università Milano Bicocca.

\*\* Dirigente Medico - Referente CTT.

\*\*\* Direttore Dipartimento Interaziendale "Patologia delle Dipendenze" - AA.SS.LL. BI-NO-VC-VCO. Dipartimento Patologia delle Dipendenze - ASL NO - Novara.

Frequentava un Istituto di Scuola Secondaria di secondo grado; in classe era abbastanza socievole coi compagni e non aveva mai manifestato particolari problemi di relazione coi docenti.

Il suo rendimento era più che sufficiente.

Da alcuni anni fumava tabacco.

La cosa lo soddisfaceva sia sul piano del benessere interiore (lo "rilassava" nei momenti di tensione e di stanchezza, gli aumentava la concentrazione quando era impegnato nello svolgimento di una qualche attività) che su quello gestuale e relazionale (fumare lo faceva sentire "interessante", "si accorgevano di lui", lo aiutava nell'iniziare un discorso od a presentarsi).

Accompagnato dalla madre anche alla valutazione psicologica, nel primo colloquio riferiva di fumare 20 sigarette al giorno e di voler smettere per una sensazione di fastidio relativa alla tosse. Il paziente fin da subito aveva esplicitato timori verso la dismissione in quanto un precedente tentativo (realizzato col MMG usando solo vareniclina) lo aveva portato a sperimentare una serie di sintomi astinenziali, in particolare nervosismo, che lo scoraggiavano molto in quel nuovo tentativo, seppur strutturato all'interno di un Centro dedicato.

Dalla valutazione testistica (Questionario MAC-T, Test di Horn e Test di Mondor) (1), emergeva una motivazione in fase di determinazione, fase nella quale si colloca chi ritiene di avere un problema e ha intenzione di risolverlo.

La disponibilità al cambiamento risultava media, l'autoefficacia (*punteggio 6*), come percezione individuale di poter raggiungere un obiettivo in un tempo stabilito era bassa.

Anche la frattura interiore (*p. 17*) intesa come la dolorosa percezione della distanza tra i pensieri e il comportamento messo in atto, risultava media.

Il processo di cambiamento fu interpretato attraverso il "modello transteorico degli stadi del cambiamento" elaborato da Prochaska e Di Clemente (2).

Nel test di Horn, i significati attribuiti alle sigarette ruotavano intorno al loro uso per ridurre le tensioni e nelle situazioni di stress (*p. 15*), oltre che rispondere all'abitudine (*p. 12*).

Emergeva anche una dipendenza psicologica dalla sigaretta alta, risposta a vari stati e bisogni interni.

Il test Mondor rilevava possibilità discrete di smettere di fumare (*p. 11*).

Il quadro emerso, sia dal punto di vista clinico che psicologico, aveva portato l'équipe curante alla proposta di un trattamento integrato con terapia farmacologica (sostitutivi della nicotina) e psicoterapia individuale cognitivo-comportamentale.

Nonostante una iniziale adesione, l'inizio della terapia farmacologica non fu accompagnato da un movimento psicologico verso il cambiamento.

Il trattamento venne interrotto producendo solo una diminuzione del numero di sigarette, ma non il raggiungimento dell'obiettivo della dismissione completa.

Il paziente si ripresentò al CTT nel 2015 per un nuovo tentativo di disassuefazione tabagica. Accompagnato anche questa volta dalla madre, il paziente presentò una situazione di evoluzione personale importante.

In questi anni varie erano state le aree della propria vita nettamente migliorate, col conseguimento del diploma di scuola media superiore e della patente nonché con un'esperienza di vita semi-autonoma a Milano dove aveva svolto alcuni tirocini lavorativi.

Aveva provato a smettere di fumare ri-usando la vareniclina per un breve periodo, prescritta dal MMG, ma senza successo.

Adesso si sentiva pronto ad affrontare il problema del tabagismo, seppur esplicitando il carattere compulsivo di tale comportamento, diventato risposta a vari stati emotivi.

Dalla valutazione psicodiagnostica emersero alcune differenze rispetto al percorso precedente: le possibilità di smettere evidenziate dal test di Mondor risultarono più elevate, il comportamento del fumo strutturato sempre intorno al bisogno di gestire situazioni di stress e tensione, ora appariva legato anche ad un bisogno di stimolazione e si accompagnava ad una grossa componente di gestualità.

Permaneva la dipendenza psicologica (test di Horn).

Al test Mac-T, il paziente risultava ancora una volta in fase di determinazione, ma i punteggi relativi alla frattura interiore, che definisce la maggiore insoddisfazione verso il proprio comportamento, a fronte di pensieri che vanno nella direzione di smettere di fumare, erano aumentati.

Al paziente e al care-giver, ancora una volta venne proposto un percorso psicoterapico centrato su tecniche cognitivo-comportamentali tese all'auto-osservazione, all'addestramento e all'acquisizione di nuove abilità pratiche relative alla gestione ed al controllo dello stimolo (problem solving).

Con il paziente, in particolare, iniziò un lavoro di identificazione degli stimoli e delle situazioni a rischio di uso della sigaretta, ristrutturando l'ambiente per limitarli al massimo (cue-reactivity), imparando ad evitarli e/o fronteggiarli e individuando comportamenti (azioni sostitutive) e pensieri alternativi a quelli "maladattivi", per favorire lo sviluppo di attività alternative a quelle precedentemente correlate al fumo anche con l'individuazione di gratificazioni sostitutive (contingency treatment).

Il percorso iniziò proprio con la compilazione del "diario del fumatore", strumento terapeutico di auto-osservazione e valida fotografia delle caratteristiche e dei significati del comportamento del fumo nella quotidianità.

La creazione di una atmosfera emotiva propria della relazione di aiuto, la compilazione puntuale del diario, la supervisione costante del care-giver con il rinforzo di strategie alternative al fumo, portò ad una graduale diminuzione del numero di sigarette da 30/35 sig. al giorno a 15 sig./die.

Con il fondamentale rinforzo della madre ad un controllo stretto del numero di sigarette (fino ad arrivare alla distribuzione delle sigarette nell'arco della giornata), il paziente si stabilizzò sulle 15 sigarette al giorno.

Visti i movimenti psicologici attivati verso una maggiore consapevolezza del comportamento riguardo al fumo, l'équipe curante decise di inserire il trattamento farmacologico consistente in NRT 21 mg e, per compensare il bisogno forte di gestualità, furono proposte le sigarette NTB, mantenendo il numero di 15 sigarette al giorno.

Le caratteristiche di questo tipo di paziente impongono in genere particolare attenzione agli schemi di comportamento che appaiono ripetitivi e stereotipati, per cui l'obiettivo iniziale della terapia farmacologica fu quello di non portare particolari stravolgimenti nell'equilibrio appena raggiunto. Mantenendo il diario del fumatore anche per le NTB, il controllo del care-giver, e le sedute di psicoterapia a cadenza settimanale, il paziente riuscì a scalare il numero di sigarette NTB e poi anche il dosaggio di NRT.

Emersero in più momenti stati di vulnerabilità e fatica nella gestione del proprio comportamento, soprattutto nelle situazioni di interazione sociale.

Dopo aver iniziato ad eliminare le sigarette NTB considerate meno importanti, il paziente interruppe il loro uso (Aprile 2016), scalando poi gradualmente il dosaggio del farmaco sostitutivo fino a fine trattamento (Maggio, 2016).

Il lavoro psicoterapico seguì le fasi della disassuefazione (preparazione, sospensione e mantenimento), passando dalla gestione

del craving, all'analisi funzionale dei comportamenti di uso per arrivare ad un lavoro di valutazione delle situazioni a rischio e di prevenzione delle ricadute. F.C., dopo il raggiungimento dell'astensione totale dal fumo di sigaretta e la conclusione del trattamento farmacologico, mantiene tale condizione dopo quasi tre anni di follow-up, durante i quali sono continuati le visite periodiche con carbossimetrie ed i colloqui psicoterapici col paziente e di rinforzo con la caregiver.

## Discussione

I disturbi dello spettro autistico, in cui la SA è confluita nel DSM V (3-4), rappresentano un disturbo pervasivo dello sviluppo.

I soggetti affetti da questa sindrome manifestano una persistente compromissione delle relazioni interpersonali, comportamenti ripetitivi, interessi ristretti ad una piccola cerchia di attività.

Poiché la netta maggioranza dei pazienti non manifesta ritardi significativi nello sviluppo del linguaggio e delle funzioni cognitive, spesso la sindrome viene codificata anche come "autismo ad alto funzionamento".

La diagnosi differenziale si effettua rispetto all'ADHD, ai disturbi non verbali dell'apprendimento, alla fobia sociale, al disturbo schizoide di personalità.

Inoltre possono essere compresenti anche depressione, ansia ed ossessivo-compulsività (quest'ultimo elemento è spesso alla base dell'iterazione comportamentale legata all'uso delle sigarette).

I pazienti si presentano verbosi, logorroici (se l'argomento "imposto" all'interlocutore è particolarmente gradito al paziente), goffi ed imbarazzati nei movimenti.

Per quest'ultimo motivo sentono frequentemente l'esigenza di "dirottare" l'attenzione di chi li osserva (da cui si sentono giudicati) su altri diversivi (ad es. abbigliamento, acconciatura, maquillage, accessori, sigarette...).

Oltre alla difficoltà nell'instaurare relazioni, vi possono essere alterazioni in aree come il contatto visivo, la mimica facciale, la postura, la gestualità, il riconoscimento delle reazioni (a volte infastidite) di chi ascolta un "monologo" (a volte ripetitivo) su un tema di scarso interesse.

I comportamenti motorii iterativi sono fondamentali per la diagnosi: il gesto, compiuto soprattutto con le mani, ha spesso una funzione "rassicurante" come nel disturbo ossessivo-compulsivo. Questi movimenti sono più lunghi, più volontari e più ritmici rispetto ai semplici "tic" tipici di altre patologie neurologiche (coree, Gilles de la Tourette, ecc.).

Portare la sigaretta alla bocca per aspirare una boccata, riabbassare la mano, fare uscire il fumo dalla bocca, gustare il sapore e l'odore del tabacco combusto (degli effetti della nicotina parleremo in seguito) è una tipica sequenza di movimenti cui il soggetto con SA non riesce a rinunciare, più e più volte al giorno (5).

Nel cervello dei soggetti con disturbi dello spettro autistico vi sono delle alterazioni neurotrasmettitoriali testimoniate da diversi studi.

Inizialmente questi hanno focalizzato il ruolo della serotonina, dimostrando che nella citologia ematica degli autistici vi sono livelli alterati di questo neurotrasmettitore.

L'eliminazione del triptofano dalla dieta (un amminoacido precursore della serotonina) sembra accentuare i comportamenti ripetitivi, l'ansia e il senso di infelicità degli autistici adulti.

Di contro, l'uso degli antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) alleviano tale sintomatologia.

Altri studi hanno indagato le alterazioni delle proteine di trasporto della serotonina (soprattutto nella corteccia frontale, in alcu-

ne aree del lobo temporale e nel mesencefalo), così come i livelli di produzione di tale neurotrasmettitore nei bimbi autistici, che appare ridotto rispetto alla media in base ad un meccanismo geneticamente predeterminato.

Negli ultimi dieci anni, i ricercatori hanno spostato il loro interesse sullo studio del sistema dopaminergico.

Ciò è stato stimolato dall'osservazione che i bloccanti della dopamina (es. gli antipsicotici) sono efficaci nel ridurre alcune manifestazioni tipiche dell'autismo come l'aggressività, l'autoleisionismo fisico e l'iperattività.

Vi sono inoltre evidenze che suggeriscono l'incremento dei livelli di un precursore della dopamina (acido omovanillico) nel liquido cefalorachidiano ed anche l'attività dell'allele A1 del recettore dopaminergico D2 (quello che predispone il soggetto "novelty seeker" alla dipendenza da sostanze) è significativamente incrementata.

Inoltre, è stato suggerito che una particolare struttura genetica degli alleli relativi alla proteina di trasporto della dopamina (un marker altamente specifico per il sistema di riferimento) può essere associata all'iperattività, all'impulsività, all'ansia sociale ed ai tic nei bimbi autistici.

La PET di questi soggetti ha dimostrato livelli più bassi di attività dopaminergica prefrontale ed un aumentato legame del trasmettitore con il recettore D2.

Questa metodica ha anche dimostrato come, in un campione di soggetti autistici ad alto funzionamento, vi sia uno sbilanciamento rispetto allo standard dei sistemi serotoninergico (ipofunzionante) e dopaminergico (iperfunzionante).

Il legame della dopamina col suo trasportatore appare significativamente incrementato in diverse aree cortico-frontali.

Tale iperfunzionamento del sistema dopaminergico e dell'espressione dei recettori, nonché l'elevata sintesi e deposito di dopamina nei nuclei striati e nella corteccia frontale degli individui adulti affetti da SA sono tutti fattori che concorrono nel chiarire gli elementi comportamentali di questi soggetti.

La corteccia orbitofrontale, infatti, è strettamente correlata alla modulazione delle emozioni e la sua disfunzione porta ad aggressività, impulsività e reiterazione dei comportamenti stereotipati tipici della sindrome.

In questo contesto, l'uso della sigaretta diventa quasi auto terapeutico per i pazienti con SA.

Essa soddisfa tutte le componenti gestuali, comportamentali e relazionali del soggetto adolescente/adulto, è legale e quindi di facile reperibilità, è accettata socialmente, è di pronto utilizzo quando serve (la nicotina satura i propri recettori nell'area limbica entro 7 secondi dall'aspirazione della boccata).

La nicotina soddisfa le componenti neurochimiche, inducendo maggiore vigilanza, attività e concentrazione; riducendo l'appetito, la sonnolenza e la sensazione di fatica fisica; inducendo l'aumento della sintesi e rilascio di dopamina che, come già riportato prima, è un neurotrasmettitore di cui l'Asperger ha bisogno in quantità notevoli per alimentare il proprio status ed evitare quindi di sperimentare la sintomatologia "negativa".

Per questi motivi risulta particolarmente difficile supportare il soggetto con SA in un tentativo di disassuefazione tabagica in quanto egli deve dapprima "problematizzare" la propria dipendenza e poi deve combattere contro la paura di sganciarsi da uno strumento che costituisce per lui una garanzia di stabilità (6-13).

Dal punto di vista psicoterapeutico, vari sono stati gli elementi caratterizzanti il percorso, tra cui la buona compliance del paziente, alimentata dalla iniziale focalizzazione del lavoro psicologico sulla costruzione della "relazione di aiuto".

L'obiettivo è stato quello di creare un'atmosfera emotiva, capace di facilitare il cambiamento e di incoraggiare il paziente durante il suo tentativo di cessazione a parlare delle sue motivazioni e preoccupazioni.

Fin da subito è stata delineata l'importanza del caregiver al quale è stato dedicato un supporto continuo finalizzato al rinforzo di elementi emersi nelle sedute psicoterapiche ed alla raccolta di un punto di vista esterno, con osservazioni del paziente nel suo contesto di vita.

Fondamentale anche il monitoraggio/controllo sui comportamenti messi in atto dal paziente.

Il percorso ha previsto sedute a cadenza settimanali e le indicazioni in chiusura di ogni seduta sono sempre state molto dettagliate, ad esempio relativamente al numero di sigarette ed alla loro distribuzione nel corso della giornata.

L'obiettivo è stato quello di non lasciare spazio alla gestione autonoma da parte del paziente, poiché l'instabilità emotiva legata ai significati attribuiti alla sigaretta avrebbero portato a continue rivisitazioni di quanto inizialmente appreso, con ricadute negative sull'efficacia del percorso.

Anche le strategie comportamentali da utilizzare sono state soggette a continue valutazioni della resilienza del paziente (risorse e capacità residue), tenuto conto delle rigidità tipiche della patologia autistica e dei suoi tempi di maturazione di scelte e decisioni, tendenzialmente lunghi.

Durante tutto il percorso, continuo è stato il sostegno attraverso la mobilitazione delle risorse individuali e l'incentivazione del senso di autoefficacia nelle diverse fasi di cambiamento. Necessari per il rinforzo sono stati l'empatia espressa, l'ascolto riflessivo (nonostante la reiterazione degli argomenti portati), l'attenzione sulle discrepanze tra il comportamento attuale e quello desiderato ed il supporto alla self-efficacy del paziente e alla sua percezione di possedere la capacità di cambiare.

Utile infine è stata la proiezione del paziente in situazioni di vita quotidiana senza la sigaretta, al fine di rinforzare l'indipendenza ed il senso di libertà provati da un non fumatore, a cui deve ambire chiunque inizi un percorso di disassuefazione tabagica.

## Conclusione

La nostra esperienza mostra come – anche in casi di tabagismo correlato a patologie psichiatriche particolarmente connotate dagli effetti neurochimici della nicotina e dalla compulsione gestuale che il consumo reiterato di tabacco soddisfa – un adeguato e specifico setting psico-farmacologico, il corretto adde-

stramento e coinvolgimento di un care-giver e il follow-up a lungo termine possono permettere il conseguimento della disassuefazione e il consolidamento di tale condizione, con ricadute positive anche su altri aspetti comportamentali e soggettivi della patologia di fondo.

## Bibliografia

- (1) American Psychiatric Association (2013). Diagnostic criteria for 299.80 Asperger's disorder (AD). In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th (DSM-V)*.
- (2) American Psychiatric Association (2000). Diagnostic criteria for 299.80 Asperger's disorder (AD). In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th text revision (DSM-IV-TR)*.
- (3) Bertogli G., Cosci F. (2011). I disturbi affettivi nei fumatori. *Tabaccologia*, 4: 33-38.
- (4) Fujiwara T., Morisaki N., Honda Y. et al. (2016). Chemicals, nutrition and autism spectrum disorder: a mini-review. *Front Neurosci*, 10: 174-178.
- (5) Guelfi G.P., Spiller V., Scaglia M. et al. (1999). La valutazione della motivazione al cambiamento nel tabagismo: il questionario MAC-T. Poster al Convegno "A fuoco il fumo". Padova, sett.-ott.
- (6) Gurriaran X., Rodriguez-Lopez J., Florez G. et al. (2018). Relationships between substance abuse/dependence and psychiatric disorders based on polygenic scores. *Genes brain behave*, e12504. doi: 10.1111/gbb.12504.
- (7) Hallerback M.U., Lugnegard T., Gillberg C. (2014). ADHD and nicotine use in schizophrenia or Asperger syndrome: a controlled study. *J. Atten. Disord.*, 18(5): 425-433.
- (8) Kalkman H.O., Feuerbach D. (2016). Modulatory effects of  $\alpha 7$ -nAChRs on the immune system and its relevance for CNS disorders. *Cell Mol Life Sci*, 73(13): 2511-2530.
- (9) McAlonan G., Suckling J., Wong N. et al. (2008). Distinct patterns of grey matter abnormality in high-functioning autism and Asperger's syndrome. *J. of Child Psychol. Psych.*, 49(12): 1287-1295.
- (10) McPartland J., Klin A. (2006). Asperger's syndrome. *Adolesc Med Clin.*, 17(3): 771-788.
- (11) Nakamura K., Sehine Y., Ouchi Y. et al. (2010). Brain serotonin and dopamine transporter bindings in adults with high-functioning autism. *Arch. Gen. Psychiatry*, 67(1): 59-68.
- (12) Nieminen-Von Wendt T., Paavonen J.E., Ylisaukko-Oja T. et al. (2005). Subjective face recognition difficulties, aberrant sensibility, sleeping disturbances and aberrant eating habits in families with Asperger syndrome. *BMC Psychiatry*, 5: 20-27.
- (13) Prochaska J., Di Cemente C. (1983). Stage and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol.*

# L'esperienza clinica con Levometadone nel trattamento del disturbo da uso di oppiacei

Marco Riglietta\*, Paolo Donadoni\*\*, Grazia Carbone\*\*\*, Caterina Pisoni\*\*\*\*, Giovanni Plebani°, Franca Colombi°, Marta Vaiarini°

## SUMMARY

■ *In Italy, at the end of the 1970s, methadone hydrochloride was introduced for the treatment of opioid use disorder, in the form of a racemic mixture consisting of levomethadone and dextromethadone.*

*In 2015 Levometadone was introduced, a new formulation marketed in Italy for the treatment of opioid use disorder in 2015.*

*The article aims to bring the experience of an Italian Addiction Centre back to the use of this new formulation in the "real life" analyzing the efficacy, the trend of adverse events and pharmacological iterations in a context in which the treated population often uses besides the opiates, cocaine and alcohol, are burdened by a relevant physical and psychic comorbidity and frequently have a prescribed polypharmacy.* ■

**Keywords:** OUD, Levomethadone, Addiction, Addiction center, Safety.

**Parole chiave:** Oppiacei, Levometadone, Dipendenza, Ser.D., Sicurezza.

La disponibilità di farmaci registrati per il trattamento dei disturbi da uso di sostanze è relativamente limitata comprendendo farmaci per il disturbo da uso di oppiacei, di alcol e di tabacco. Per quanto riguarda il disturbo da uso di oppiacei nel tempo sono state registrate le seguenti molecole:

- Metadone cloridrato;
- Naltrexone;
- Buprenorfina;
- Buprenorfina-Naloxone;
- Lofexidina;
- Levometadone.

Gli specialisti del settore cominciano quindi ad avere a disposizione differenti molecole con indicazioni registrate diverse e, laddove simili (Metadone, Buprenorfina, Buprenorfina Naloxone, Levometadone) la letteratura scientifica piuttosto ricca evidenzia la presenza di differenze indicative per permettere ai clinici di definire una terapia ritagliata (tailored) sul paziente.

## Ellepalmiron

Levometadone è l'ultima molecola messa in commercio in Italia per il trattamento del disturbo da uso di oppiacei.

\* Direttore UOC, Ser.D. di Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII.

\*\* Responsabile UOS, Ser.D. di Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII.

\*\*\* Medico, Ser.D. di Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII.

\*\*\*\* Coordinatore infermieristico, Ser.D. di Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII.

° Infermiere, Ser.D. di Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII.

La letteratura scientifica riferita a metadone cloridrato, evidenzia alcune differenze riguardanti la farmacocinetica e farmacodinamica dei due enantiomeri che costituiscono il Metadone Cloridrato riportate nella tabella successiva:

LEVOMETADONE (R-Metadone)	DESTROMETADONE (S-Metadone)
Legame proteico: 86%	Legame proteico: 90%
Emivita: 37,9-58,9 h	Emivita: 28,1-41,3 h
Biodisponibilità: 65-100%	Biodisponibilità: 65-100%
Il Levometadone ha un'affinità recettoriale sui recettori $\mu$ 10 volte maggiore del Destrometadone e una potenza analgesica 50 volte maggiore del Destrometadone.	Alcuni effetti indesiderabili correlati al Destrometadone sono: fatica, tensione, confusione e depressione. Il Destrometadone può contribuire significativamente agli eventi avversi ma non a quelli terapeutici della formulazione racemica nel corso di un trattamento di mantenimento per la dipendenza da oppioidi.
Gli effetti oppioidi del metadone racemo (solievo dal dolore, eliminazione dei sintomi di astinenza e del craving) sono attribuibili in maggioranza, se non totalmente, al Levometadone.	Il Destrometadone ha una capacità di bloccare i canali cardiaci al potassio 3,5 volte maggiore del Levometadone.

## Effetti indesiderati del metadone

Al di là di quanto descritto nella scheda tecnica del farmaco, da un punto di vista clinico gli effetti collaterali più importanti da monitorare nel paziente in trattamento con Metadone Cloridrato sono rappresentati da:

**Sedazione** con le conseguenze ovvie sull'esecuzione di compiti in cui sia richiesta una capacità attentiva importante (guida, uso di macchinari).

**Stipsi** che a volte è molto ostinata.

**Iperidrosi** riportata dai pazienti come molto disturbante soprattutto se lavorano in ambienti molto caldi, e con conseguenze possibili sull'equilibrio idro elettrolitico.

**Sfera sessuale** con una riduzione della libido e/o impotenza sessuale e/o ridotta capacità di raggiungere l'orgasmo.

Ritenzione urinaria o difficoltà alla minzione.

Un discorso a parte merita il prolungamento del QTc: tal evento è sicuramente raro e segnalato per dosaggi superiori ai 100mg/die.

Stante la gravità del quadro (rischio di torsione di punta e quindi di morte) è un evento avverso da monitorare attentamente.

A parte la presenza di una sindrome congenita da Qt lungo, sappiamo che diversi sono i fattori predisponenti questa patologia:

- le alterazioni dell'equilibrio idroelettrolitico possibilmente presenti ad esempio in pazienti che assumono metadone ad alto dosaggio con possibile comparsa di iperidrosi importante soprattutto in persone che svolgono attività lavorative in contesti molto caldi (operai, cuochi ecc.).
- La presenza di una stimolazione diretta cardiaca che nei nostri pazienti è rappresentata principalmente dall'uso di altre sostanze come alcol e cocaina.
- L'utilizzo concomitante di farmaci in grado di prolungare il QTc; da questo punto di vista sono molteplici i farmaci in grado di dare prolungamento del QTc che sono assunti piuttosto regolarmente dai pazienti con disturbo da uso di eroina, in particolare lo stesso Metadone a dosi elevate o quando somministrato per via endovenosa (fenomeni di diversione), antibiotici quali claritromicina, cotrimossazolo, eritromicina utilizzati per le infezioni, antidepressivi come amitriptilina, fluoxetina, citalopram, venlafaxina, antipsicotici, soprattutto clorpromazina, aloperidolo, risperidone, quetiapina.

Vanno considerate inoltre le patologie che possono presentarsi più facilmente nelle persone che usano sostanze psicoattive quali miocardiopatia alcolica, l'endocardite infettiva, l'insufficienza cardiaca congestizia, la malnutrizione, l'anoressia, l'infezione da HIV e le affezioni epatiche.

Nella popolazione con disturbo da uso di oppiacei molti di questi fattori di rischio possono essere presenti; più del 50% dei pazienti ha un concomitante uso di alcol o cocaina, circa il 30% della popolazione ha una concomitante infezione da virus epatite o da HIV, la malnutrizione e le alterazioni elettrolitiche sono presenti nella popolazione che vive in particolare condizioni di marginalità; la concomitanza di disturbi psichici, in particolare disturbi d'ansia e dell'umore, che colpisce dal 30 al 70% (a seconda degli studi) comporta la frequente prescrizione di farmaci antidepressivi, in particolare della classe SSRI e/o antipsicotici.

Data questa premessa, incrociando le caratteristiche farmacologiche di Ellepalmiron con la clinica dei pazienti con disturbo da uso di oppiacei, abbiamo proposto all'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo di utilizzare il farmaco in una sottopopolazione di pazienti caratterizzato da:

- Dosaggi di metadone cloridrato > 100mg/die.
- Patologie cardiache in atto.
- Anamnesi familiare positiva per patologie cardiache.
- Assunzione concomitante di altri farmaci con potenziale tossicità cardiaca (SSRI e antipsicotici in particolare).
- Infezione da HIV.
- Epatite cronica attiva da infezione HCV o HBV.
- Concomitante abuso di alcol e cocaina.
- Anomalie elettrolitiche (bassi livelli sierici di calcio e potassio).
- Malnutrizione e anoressia.

Il farmaco è quindi stato proposto ai pazienti con le caratteristiche precedentemente descritte, dopo averlo ben illustrato in termini di efficacia, di eventi avversi potenziali, e aver acquisito un consenso informato specifico.

È stato anche enfatizzato il profilo di rischio/sicurezza nel caso di errore di somministrazione o di diversione (maggior potenza di Ellepalmiron rispetto a Metadone cloridrato), e nel caso di eventuale ricovero in strutture ospedaliere a cui non è ancora noto il farmaco.

Acquisito il consenso, il trattamento è stato iniziato il giorno successivo all'ultima somministrazione di metadone con valutazione in follow up in fase di induzione in 1-3-5 giornata per poi proseguire con le regole di ingaggio precedente.

Concordato fra tutti i prescrittori alcune regole di ingaggio aggiuntive qui di seguito elencate:

- a) Massima disponibilità a tornare alla formulazione precedente su richiesta del paziente per qualunque motivo.
- b) Massima attenzione alle informazioni di safety, in particolare al non cedere il farmaco ad altri, ancorché in stato di necessità (crisi di astinenza), come descritto precedentemente.
- c) Nessuna differenza relativa alle regole di ingaggio rispetto al precedente trattamento con metadone cloridrato (mantenimento della stessa tipologia di affido del farmaco stesso).

## La ritenzione in trattamento

Dal 1 settembre 2016 al 30 maggio 2019 sono stati arruolati 41 pazienti con disturbo da uso di oppiacei severo.

In trattamento al 30 maggio 2019 avevamo 32 pazienti (pari al 78.04% dei pazienti arruolati) con durata del trattamento variabile dai 22 giorni ai 969.

L'analisi della ritenzione in trattamento ha messo in evidenza come a 6 mesi fosse del 93.93% (31 pazienti su 33) e a 12 mesi del 90.6% (29 su 32).

Il dato è assolutamente soddisfacente in linea con le indicazioni della letteratura secondo cui la ritenzione in trattamento è associata al miglioramento degli esiti (Mitchell *et al.*, 2015; Perreault *et al.*, 2015; Simpson, Joe, Rowan-Szal, 1997).

## Analisi delle dimissioni/interruzioni

Nell'esperienza del nostro servizio il primo dato che abbiamo voluto analizzare è stato quello della conclusione del trattamento.

Dall'inizio dell'esperienza sono stati dimessi 9 pazienti (21.9%).

- BM, maschio italiano di 53 anni ha concluso il trattamento agonista con la sua progressiva riduzione in accordo con il medico (durata della terapia con Levometadone 615 giorni).

- VG, uomo di 56 anni, ha concluso il trattamento per il sopravvenuto decesso a causa delle complicanze della patologia internistica correlata (cirrosi epatica scompensata in HIV positivo e cardiopatia ischemica); il trattamento con Ellepalmiron era durato 202 giorni.
- SM, donna di 40 anni, ucraina con diagnosi aggiuntiva di disturbo del sonno, ha chiesto di ritornare al precedente trattamento con metadone cloridrato dopo 6 giorni di terapia per una riferita comparsa di "lesioni bollose al collo" non obiettivate dal medico di riferimento.
- FG, maschio di 47 anni italiano, ha chiesto di tornare alla terapia con metadone cloridrato dopo 76 giorni di trattamento con Levometadone per eccesso di eccitazione, ed insonnia grave.
- Dosaggio iniziale di Ellepalmiron 50mg/die, alla dimissione 60mg/die.
- RG, maschio italiano di 52 anni, dopo un periodo di benessere con Levometadone (trattamento iniziato nel maggio del 2017) ha iniziato a lamentare una scarsa copertura del farmaco con sintomi di astinenza al mattino oltre al sapore marcatamente sgradevole (febbraio 2019), eccessiva "lucidità mentale" e ha chiesto di tornare al trattamento con metadone cloridrato.
- Il dosaggio di Ellepalmiron è sempre stato stabile a 60mg/die.
- MG, maschio italiano 49 anni, dopo 404 giorni di terapia chiede di ritornare al metadone cloridrato lamentando la mancanza di "copertura" sufficiente del farmaco (comparsa di iniziali sintomi di astinenza prima delle 24 ore). Dosaggio iniziale del Ellepalmiron 50mg/die, alla dimissione era di 60mg/die.
- PT, maschio italiano di 56 anni, ritorna a terapia con metadone cloridrato dopo 27 giorni, perché ha la sensazione di essere sempre in astinenza. Il dosaggio di Ellepalmiron iniziale era di 70mg/die, alla dimissione di 80mg/die.
- PI, maschio italiano di 51 anni, chiede di tornare a metadone cloridrato dopo 335 giorni di terapia lamentando la presenza di incubi ed una eccessiva lucidità mentale oltre al sapore "disgustoso". Il dosaggio di Ellepalmiron iniziale di 30mg è stato progressivamente portato a 60mg/die.
- BA, maschio italiano di 53 anni, chiede di tornare a metadone cloridrato dopo 214 giorni di terapia per comparsa di episodi ripetuti di vomito e diarrea che imputa al farmaco (nessuna attendibilità a giudizio del medico curante). Il dosaggio iniziale di Ellepalmiron era di 70 mg/die ed è rimasto stabile per tutta la durata del trattamento.

## Caratteristiche dei pazienti arruolati

Le donne rappresentano il 12.1% della popolazione arruolata lievemente inferiore rispetto alla popolazione dei pazienti con disturbo da uso di oppiacei e nello specifico del complesso dei pazienti con un trattamento agonista (18.64%). Tale differenza è probabilmente indotta dai criteri adottati nell'arruolamento dei pazienti alla terapia con Ellepalmiron (alti dosaggi di metadone cloridrato compatibili con una maggior severità del disturbo).

La distribuzione per fascia di età è riportata nella tabella sottostante.

### Fasce di età

20-24	1
30-34	7
35-39	2
40-44	7
45-49	4
50-54	10
55-59	7
60-64	4

## Comorbilità dei pazienti

Nella valutazione dell'efficacia di un trattamento delle dipendenze nella "real life" va tenuto in considerazione la complessità della popolazione in termini di comorbilità presenti: nella popolazione trattata solo 8 pazienti su 41 (19.04%) avevano esclusivamente una diagnosi di disturbo da uso di oppioidi; il restante 80% era affetto da almeno un'altra patologia concomitante.

Il 26% aveva una diagnosi aggiuntiva, il 14% due diagnosi, il **41% dei pazienti ha 3 o più diagnosi aggiuntive al disturbo da uso di oppioidi.**

Nella tabella vengono evidenziate le altre diagnosi presenti.

Disturbo da uso di alcool	6
Disturbo da uso di cocaina	20
Disturbo da uso di Cannabis	1
Disturbi dell'umore	5
Disturbi di personalità	5
Disturbi d'ansia	3
Infezione da HIV	8
ECA da HCV	17
ECA da HBV	1
Diabete	4
Ipertensione	4
Cardiopatia	2

## Presenza di terapie concomitanti

La presenza di altre diagnosi comporta inevitabilmente la presenza di una polifarmacoterapia a volte molto complessa.

19 pazienti sui 41 arruolati non avevano terapie concomitanti (46.34%).

10 pazienti avevano un farmaco aggiuntivo (24.39%).

12 pazienti avevano due o più terapie aggiuntive (29.26%).

I farmaci più utilizzati appartengono alle seguenti categorie:

Antidepressivi	8
BDZ	16
Antipsicotici	5
HIV	8
DAA	2
Cardiologici	6
Antidiabetici	4

Nella nostra esperienza non si sono evidenziate iterazioni significative con altri farmaci utilizzati cronicamente.

## Consumo di oppiacei in trattamento con Ellepalmiron

Un'analisi preliminare degli esiti delle analisi tossicologiche dei pazienti in trattamento con Ellepalmiron, ha messo in evidenza la completa negatività alla ricerca dei metaboliti degli oppiacei nel 72.6% campioni di raccolti.

A queste va aggiunto il 10% dei campioni con positività inferiore al valore di linearità degli strumenti che possiamo considerare indicativo di un consumo di oppiacei molto controllato. Solo il 17.4% dei campioni è risultato positivo alla ricerca degli oppiacei con valore superiore alla linearità dello strumento.

Il risultato è da considerarsi estremamente positivo anche in considerazione che, fino a questo momento, il farmaco è stato riservato ai pazienti con dosaggio di metadone cloridrato superiore ai 100mg/die, che più facilmente contraddistingue i pazienti con un disturbo da uso di oppiacei più severo.

## Consumo di altri stupefacenti durante il trattamento con Ellepalmiron

Per quanto riguarda le altre sostanze psicoattive abbiamo analizzato il consumo di cocaina che viene regolarmente ricercata nei controlli tossicologici.

13 pazienti su 32 sono stati costantemente negativi alla ricerca dei metaboliti della cocaina e, complessivamente, l'analisi degli esiti delle analisi tossicologiche ha messo in evidenza che il 60.9% dei campioni è risultato negativo alla ricerca della cocaina e dei suoi metaboliti e il 39,1 è risultato positivo.

## Elementi di valutazione soggettiva da parte dei pazienti

I dati clinici in via di sistematizzazione, stanno mettendo in evidenza un quadro generale caratterizzato da:

- Ottima tolleranza al farmaco: pochi pazienti (7 su 41) hanno voluto ritornare alla formulazione racemica in **tempi molto variabili fra una settimana e un anno** per motivazioni diverse.
- Fra le motivazioni più interessanti c'è la riferita "sensazione di essere in astinenza" che, indagata più accuratamente, non sembra essere riferita alla presenza di veri sintomi di astinenza (sensazione di caldo/freddo, piloerezione, ansia ecc.) ma ad una ridotta sedazione o, come qualcuno l'ha definita, una eccessiva "lucidità mentale".
- Netta riduzione della stipsi paragonata alla gravità del quadro con la formulazione racemica.
- Marcata riduzione dell'iperidrosi e della sonnolenza diurna.
- Miglior qualità del sonno.

## Elementi di valutazione soggettiva da parte del personale medico infermieristico

La valutazione del farmaco, ma soprattutto della condizione dei pazienti, è sostanzialmente positiva e vengono sottolineati alcuni aspetti:

- Nella maggior parte dei casi vi è un netto miglioramento della copertura del farmaco che supera le 24 ore.
- Vi è una riduzione, anche se non generalizzata, di alcuni eventi avversi quali stipsi ed iperidrosi che appaiono ridotti.
- I pazienti appaiono meno sedati con un netto miglioramento della percezione di lucidità mentale; tale elemento non è gradito da una minoranza dei pazienti mentre nella maggior parte dei casi viene considerato un elemento positivo importante.
- L'osservazione è di un miglioramento del benessere generale del paziente.
- Nella storia clinica dei singoli pazienti si è avuto apparentemente una riduzione del consumo di eroina e di altre sostanze.
- Si è rilevato un miglioramento della qualità della vita, con particolare rilievo all'autopercezione di minor stigma, legato al concetto di svincolo dal metadone, storicamente individuato come presidio destinato ad una popolazione fortemente stigmatizzata e ghettizzata.

## Bibliografia

- Ansermot *et al.* (2010). Substitution of (R,S)-Methadone by (R)-Methadone. *Arch Intern Med.*, 170(6): 529-536.
- Boulton D.W. (2001). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of methadone enantiomers after a single oral dose of racemate. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, luglio, 70(1): 48-57.
- Eap C.B. *et al.* (2007). Stereoselective block of hERG channel by (S)-methadone and QT interval prolongation in CYP2B6 slow metabolizers. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, maggio, 81(5): 719-728.
- David J.R. Foster *et al.* Population pharmacokinetics of (R)-, (S)- and racmethadone in methadone maintenance patients. *Br J Clin Pharmacol*, 57(6): 742-755.
- MCCance-Katz E.F. (2011). (R)-methadone versus racemic methadone: what is best for patient care? *Addiction*, April, 106(4): 687-688. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03374.x.
- Meini M. *et al.* (2015). Relationship between plasma concentrations of the l-enantiomer of methadone and response to methadone maintenance treatment. *European Journal of Pharmacology*, 760: 1-6.
- Mitchell T.B. *et al.* Subjective and physiological responses among racemic methadone maintenance patients in relation to relative (S)- vs. (R)-methadone exposure. *Br J Clin Pharmacol*, 58(6): 609-617.
- Sarganas G. (2014). Epidemiology of symptomatic drug-induced long QT syndrome and torsade de pointes in Germany. *Europace*, 16: 101-108. doi: 10.1093/europace/eut214.
- Soyka M *et al.* (2009). Feasibility and safety of transfer from racemic methadone to (R)-methadone in primary care clinical results from an open study. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 10(3): 2017-224.
- Wedam E.F. *et al.* (2007). QT-Interval Effects of Methadone, Levomethadyl, and Buprenorphine in a Randomized Trial. *Arch Intern Med.*, 167(22): 2469-2475.

# IBM dip: Modulo breve di intervento riabilitativo orientato alla Mindfulness per utenti polidipendenti stabilizzati in regime ambulatoriale

Paolo de' Lutti\*

## SUMMARY

■ *The presented paper proposes a short module for small groups of polydependent patients in the phase of stabilization in an outpatient regime with use of mindfulness techniques. By the HANDS Associations (agreement with Healthcare Company of Bolzano) 35 patients were studied, divided into 6 different groups, during 2017 and 2018 years. The module named IBM dip. was proposed to patients with alcohol dependence associated or not, with compulsive gambling or drug addiction, and was structured in 6 consecutive weekly sessions lasting 90 minutes, conducted by a psychotherapist and mindfulness teacher. The response in terms of participation was good, and important indications emerged, connected to the development of qualities such as awareness and motivation to change, important elements in a rehabilitation path from addictions. The short intervention is indicated for patients in the outpatient phase and does not replace the consolidated MBRP method, more suitable for residential periods.* ■

**Keywords:** *Short mindfulness intervention, Small therapeutics groups, Polydependence awareness-motivation to change.*

**Parole chiave:** *Mindfulness intervento breve, Piccoli gruppi terapeutici ambulatoriali, Pazienti polidipendenti motivati al cambiamento.*

Il modulo IBM dip. nasce da una lunga serie di interventi mirati a livello individuale e di gruppo, in utenti con problemi di polidipendenza, in particolare da alcol.

Come noto, in ambito di letteratura scientifica, il modulo maggiormente utilizzato in tale contesto è il MBRP ideato da Marlatt e Gordon, che propone 8 incontri esperienziali di 2 ore e mezza, intervallati da alcuni giorni in cui praticare a domicilio quanto sperimentato (sul modello MBSR che ha fatto da traccia per altri interventi orientati alla Mindfulness).

Tale modello è prevalentemente orientato all'after-care, ma appare indicato anche in specifici contesti di residenzialità medio lunga in strutture dedicate.

Un approccio che si orienta all'utilizzo della Mindfulness necessita quindi di una sufficiente stabilizzazione clinica, e in particolare è indicato per la seconda fase della riabilitazione alcolologica in quanto lo sviluppo di alcuni elementi base della MF verrebbe ostacolato dalla presenza di una tensione interna legata ad un craving da sostanze troppo attivo.

Peraltro il modulo IBM dip. che ho sperimentato, è adatto anche e soprattutto a pazienti ambulatoriali che dimostrano una motivazione concreta al mantenimento dell'astinenza.

È un modulo ridotto rispetto al MBRP, sia nella durata complessiva (9 ore) che nel numero degli incontri (6).

\* *Medico psicoterapeuta, insegnante di Mindfulness - Servizio Dipendenze HANDS Bolzano.*

È aperto a utenti con problemi di polidipendenza (anche gioco compulsivo) in fase di discreta stabilizzazione, per comporre un gruppo di 6-8 persone.

Appare comunque molto importante attuare una attenta selezione delle persone a cui proporre tale intervento di gruppo, sia a livello motivazionale, sia a livello personale e sotto il profilo clinico. A tale scopo, dopo aver avviato alcuni gruppi in ottica di sperimentazione metodologica, attualmente si preferisce effettuare un colloquio preliminare breve da parte del conduttore del gruppo, specialmente se l'utente viene indicato da un altro terapeuta del servizio.

Il colloquio preliminare è un momento importante, da gestire in modo calmo, empatico, chiaro, come fosse il momento più adeguato per utilizzare al meglio la motivazione del paziente.

È il momento per presentare le linee guida di un intervento di Mindfulness orientato a pazienti con diverse problematiche di dipendenza.

In seguito si costituisce il gruppo che sarà formato da un massimo di 8 persone.

Tale indicazione non è assoluta, ma a mio modo di vedere idonea per poter beneficiare delle dinamiche costruttive di un piccolo gruppo, in linea anche alla ridotta durata di ogni singolo incontro, 90 minuti circa, che appare idoneo a mantenere viva l'attenzione e a poter condividere in modo sufficiente le osservazioni e le riflessioni dei componenti.

Ogni incontro prevede una parte introduttiva teorica, con presentazione di temi e parole chiave con lavagna/pennarello.

Un'altra parte dell'incontro è dedicata a 1 o 2 esercizi di breve durata (max 15 minuti) che permettono di presentare la sostanza della pratica che andrà poi implementata attraverso esercizi quotidiani tra una seduta e l'altra.

Ultima parte di ogni incontro riguarda la consegna di alcune copie dei contenuti dell'incontro, e alcuni semplici esercizi da praticare a domicilio.

L'incontro successivo partirà infatti con un breve brain storming su quanto accaduto in settimana.

Questo modulo appare adatto per varie tipologie di utenti ed in particolare sia per gli alcolodipendenti tipo Cloninger 1, sia per quelli tipo 2, che sulla base di una differente espressività fenomenologica e psicopatologica, richiedono un approccio che includa differenti metodiche trattamentali.

Tale possibilità viene concretizzata proprio sulla base dei tempi più brevi e della ridotta durata della pratica meditativa (anche con occhi aperti), che permette agli utenti classificabili come Cloninger 2, generalmente meno adatti a proposte di gruppo con espressività emotiva, a beneficiare in modo soddisfacente di tale modulo breve.

Ovviamente il percorso di conoscenza della pratica di Mindfulness va continuamente rinforzato attraverso incontri di accompagnamento riabilitativo e di ridefinizione motivazionale di lungo periodo, tramite colloqui col terapeuta di riferimento.

Viene anche incoraggiata la frequenza di un gruppo di aiuto per le dipendenze, e la specifica pratica meditativa in strutture o gruppi presenti sul territorio.

La stabilizzazione e la pratica della astinenza alcolica permette in seguito di poter beneficiare del modulo MBRP completo, in modo da poter favorire anche la formazione di operatori esperti non professionali per le relazioni di aiuto.

Il modulo IBM dip. mette le basi per un cambiamento motivazionale orientato all'astensione alcolica, e trova uno specifico strumento nelle metafore illustrate appositamente create dall'autore (Paolo de' Lutti) che accompagnano il percorso riabilitativo di lungo periodo.

Il razionale d'uso dell'IBM dip. è quello di aprire delle porte sulla propria interiorità, sulla base di una nuova e fiduciosa curiosità, favorita proprio dalla rinuncia all'uso di sostanze.

Tale aspetto della rinuncia viene in tale contesto particolarmente enfatizzato, attraverso specifici passaggi esperienziali (immagini, metafore, tracce verbali) in un'ottica di rinforzo motivazionale.

Il Modulo MBRP rimane comunque il punto di riferimento per un approccio su Mindfulness e dipendenze, ma richiede peraltro una adeguata stabilizzazione dei partecipanti, se in contesto non protetto (ambulatoriale) oppure di un lungo periodo residenziale se proposto ad utenti durante un trattamento residenziale.

Altri elementi che vengono curati in modo preciso nella proposta del modulo IBM sono:

- una adeguata premessa ed introduzione al significato della pratica di Mindfulness;
- la produzione di semplice materiale scritto e di esercizi da consegnare ogni volta ai partecipanti per la pratica a domicilio;
- rimodulazione di alcune dinamiche cognitive, emozionali e percettive attraverso specifici esercizi di consapevolezza pratica e tramite esercizi da effettuare a domicilio.

Viene proposta ed enfatizzata la semplicità esperienziale connessa alla percezione consapevole delle azioni e delle immagini relative al respirare, al camminare, al gustare il cibo (ri-savoring).

Viene molto incoraggiata la condivisione delle esperienze dirette connesse agli esercizi di pratica a domicilio, come elemento per rinforzare la motivazione al cambiamento.

Una scheda personale contenente le immagini di 4 metafore illustrate conosciute nel percorso IBM associate alle motivazioni personali per mantenere la scelta dell'astensione alcolica, ed ai contatti personali dei partecipanti al modulo, andranno poi fotografate e portate sempre con se sul proprio telefonino.

Gli incontri del modulo IBM dip. sono sei, della durata di circa 90 minuti:

1° presentazione ed impostazione del modulo IBM dip.

La Mindfulness come palestra per il cambiamento – Presentazione partecipanti – Il pilota automatico – esercizio uvetta – per casa: scheda per Mf e cibo.

2° il trattamento riabilitativo nelle dipendenze – la prevenzione della ricaduta – consapevolezza del respiro e del corpo con elementi di Body scan – Sviluppare abilità con la MF – scheda per casa: traccia per consapevolezza corporea.

3° consapevolezza degli eventi scatenanti e planning del ciclo della ricaduta – esercizio SOBER consegna Manemos questionnaire per consapevolizzare fattori di rischio di ricaduta – scheda per casa: consapevolezza eventi e SOBER.

4° presentazione delle metafore illustrate – 3' respiro consapevole – dinamica e metafore sul pensiero – la meditazione camminata – per casa: MF e movimento consapevole.

5° le metafore illustrate (seconda parte) – scheda personale di accompagnamento – Meditazione della montagna – presentazione schema mentale (ciclo dell'energia) basato sulle scelte operative da attivare (fiducia/dubbio) – per casa: Mindfulness nella pratica quotidiana.

6° Metta meditation – esercizi e rituali di benessere e pratica meditativa – rinforzo delle attività di gruppo e sangha – rinforzo di accompagnamento riabilitativo – esercizio di segnalazione ideomotoria con oggetto solido (legno, sasso) per associare esperienza emotiva, gesto motorio, e qualità personali di tipo positivo – suggerimenti bibliografici sul tema Mindfulness.

Il modulo IBM dip. deve essere proposto da istruttori certificati di Mindfulness o da operatori che abbiano partecipato al modulo completo MBRP.

In tal senso appare assai opportuno promuovere una formazione specifica di Mindfulness per operatori del settore dipendenze.

## **Valutazione statistica della partecipazione ai gruppi IBM dip. presso l'Ambulatorio HANDS**

L'Ambulatorio HANDS è convenzionato con l'Azienda sanitaria di Bolzano da molti anni, e la Associazione HANDS, si occupa di cura e riabilitazione di persone dipendenti da alcol, gioco e farmaci psicoattivi, da oltre 35 anni.

Di fatto opera come settore del pubblico servizio Dipendenze (Ser.D.) che in altra sede, si occupa di trattamento delle dipendenze da sostanze illegali.

All'interno dell'ambulatorio HANDS operano medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, che collaborano attivamente con altri ambiti dell'Associazione HANDS, come la Comunità terapeutica situata a Bolzano ed anch'essa convenzionata con l'Azienda sanitaria, e col settore volontariato.

Tra il mese di ottobre 2016 e marzo 2019, sono stati avviati e conclusi 6 moduli di IBM dip. ovvero gruppi terapeutici orientati alla Mindfulness per utenti con problemi di dipendenza da sostanze (alcol, farmaci psicoattivi) e da gioco compulsivo (Gap) per un totale di 35 soggetti.

Il modulo prevede un numero di 6 incontri della durata di 90 minuti a cadenza settimanale, con la richiesta di eseguire alcuni semplici esercizi di pratica tra un incontro e l'altro.

Questi utenti sono stati reclutati presso l'Ambulatorio HANDS e presso la Comunità terapeutica HANDS di Bolzano tramite colloquio motivazionale eseguito da diversi terapeuti del servizio.

Tra essi il più giovane aveva 25 anni ed il più anziano 72, tutti con un DUS (disturbo da uso di sostanze) e/o disturbo da gioco compulsivo.

L'età media è risultata di 49,2 anni e la composizione di genere, rileva 20 maschi e 15 femmine. Dei 35 partecipanti, ben 23 di essi hanno partecipato a 4, 5, o 6 incontri del modulo, mentre 9 di essi hanno partecipato a solo 1 o 2 incontri, mentre altri 3 utenti hanno preso parte a 3 incontri.

Dei 9 utenti che hanno interrotto la partecipazione dopo 1 o 2 incontri, possiamo individuare che 6 di loro presentavano problematiche complesse riconducibili ad una polidipendenza associata a una configurazione di personalità ascrivibile in particolare a disturbo borderline o ansioso-dipendente. Peraltro altri 5 soggetti con caratteristiche simili, hanno partecipato a quasi tutti gli incontri del modulo, e quindi possiamo indicare che i soprariportati disturbi di personalità associati al DUS non sono di per sé un motivo di esclusione da tali gruppi, ma possono indicare una più alta probabilità di drop out.

Le diagnosi per tali problematiche erano già note in quanto persone conosciute da tempo a questo servizio (da oltre 1 anno in media) e non sono stati effettuati specifici test di inquadramento finalizzati al reclutamento per i gruppi.

Osservando la situazione complessiva degli utenti che hanno partecipato ai moduli IBM dip, con valutazioni diverse in termini temporali in base alla data di partecipazione al gruppo terapeutico, si può rilevare che attualmente risulta che la condizio-

ne di contatto/frequenza col servizio dei 35 partecipanti al modulo risulta così riassumibile (marzo 2019):

- 4 utenti hanno interrotto il contatto;
- 2 utenti sono deceduti;
- 1 utente ha concluso il programma riabilitativo;
- 8 utenti mantengono un contatto irregolare e hanno avuto ricadute;
- 20 utenti mantengono il contatto in modo regolare col il servizio con nessuna o rare ricadute.

Da segnalare che 2 persone che hanno partecipato al gruppo IBM dip e che mantengono regolare contatto col servizio e che presentano una astensione alcolica completa da oltre 18 mesi, sono stati avviati alla conduzione di un gruppo di aiuto non professionale per alcol e polidipendenti.

Nell'ambito degli studi inerenti il trattamento riabilitativo delle dipendenze ed in particolare delle alcolodipendenze, si ritiene che la continuità di frequenza del servizio territoriale, sia di fatto uno degli indicatori di maggiore affidabilità obiettiva rispetto al cambiamento della qualità di vita.

In tal senso i periodici incontri che gli operatori del servizio HANDS riservano agli utenti che hanno partecipato ai gruppi IBM dip. diventano dei momenti di confronto sulle abilità sviluppate durante e dopo la pratica di Mindfulness.

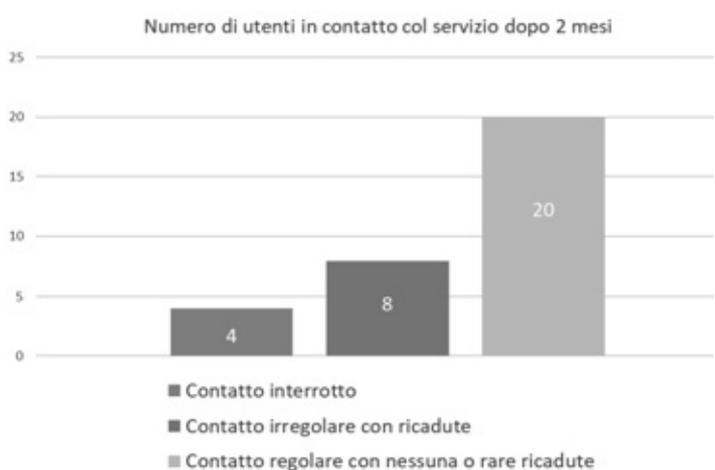
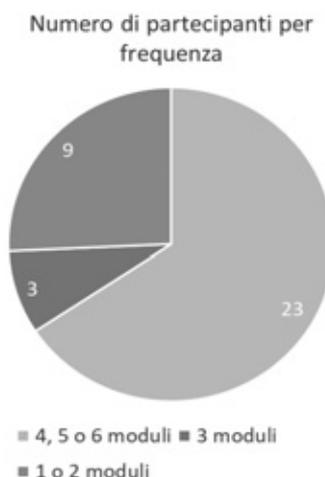
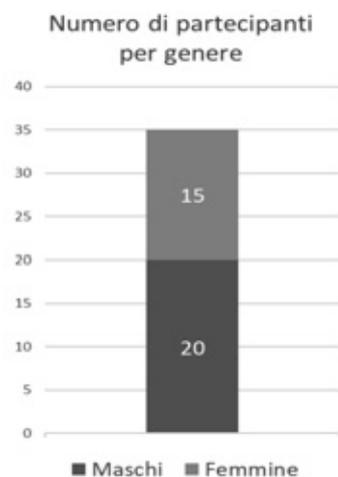
In conclusione si ritiene che il modulo IBM dipendenze possa essere visto come un adeguato strumento per poter avviare un percorso riabilitativo di lungo periodo, orientato allo sviluppo di specifiche abilità emotive, cognitive, comportamentali, in cui la pratica di Mindfulness sembra essere particolarmente indicata.

Tale approccio viene visto quindi come una preparazione ad un percorso riabilitativo di lungo periodo che potrà monitorare ed incrementare le abilità di Mindfulness acquisite.

A margine si segnala che l'associazione HANDS organizza un modulo completo su Mindfulness e Dipendenze (MBRP) nei mesi di aprile e maggio 2019, a cui partecipano ben 8 operatori di questo servizio.

In seguito verrà pianificata una serie di incontri a cadenza mensile presso la sede distaccata del volontariato HANDS, per poter offrire un mantenimento della pratica meditativa a coloro che hanno partecipato ai gruppi IBM dip, ed anche agli operatori che hanno concluso il modulo MBRP.

La conduzione di tali momenti di pratica sarà affidata ad operatori con esperienza di Mindfulness e di dipendenze.



# Addiction, cronicità e Servizi per le Dipendenze

Johnny Acquaro\*, Emanuele Bignamini\*

## SUMMARY

■ *Addiction, such as other chronic conditions, is a multifactorial disease. It is related to natural, behavioral and environmental factors and like other chronic diseases affects some dimensions that can give rise to a biographical disruption. The manuscript analyzes these elements in medical terms and in terms of career considering the role of services for addictions on this issue.* ■

**Keywords:** *Addiction, Chronic disease, Career, Demedicalization, Addiction department.*

**Parole chiave:** *Addiction, Cronicità, Carriera, Demedicalizzazione, Ser.D.*

Una malattia o condizione morbosa dal decorso lento e con scarsa tendenza a raggiungere la guarigione, la morte, o l'adattamento a nuove condizioni di vita, attraverso l'instaurarsi di un nuovo equilibrio è definita, nel linguaggio comune e in medicina, una condizione cronica (Treccani, 2016).

Il National Institute of Drug Abuse (NIDA) definisce l'*addiction* una malattia cronica e recidivante del cervello caratterizzata dalla compulsiva ricerca e uso di una sostanza nonostante le sue conseguenze dannose.

Nel definire l'*addiction* il NIDA si rifà al disturbo grave da uso di sostanze così come proposto dal DSM 5.

Questo punto di vista, di impronta neurobiologica (*Brain disease model*) considera l'*addiction* una malattia del cervello perché le sostanze ne modificano struttura e funzionamento, determinando cambiamenti che possono durare a lungo ed essere dannosi per le persone che abusano di sostanze; in questo senso, la considera al pari di altre malattie croniche, paragonandola alle malattie cardiovascolari poiché entrambe interrompono il normale e sano funzionamento dell'organo sottostante, possono determinare gravi conseguenze, possono essere prevenute e curate, ma se non trattate, possono durare tutta la vita (NIDA, 2014).

L'*addiction* come altre condizioni croniche è correlata a fattori biologici, comportamentali e ambientali e in quest'ottica, in quanto malattia multifattoriale, coinvolge la persona e incide anche su aspetti di identità determinando una *biographical disruption* (Bury, 1982).

Obiettivo di questo lavoro è analizzare l'*addiction* per il suo aspetto di patologia cronica sia in termini medici, sia in termini di "carriera" del paziente e considerare il ruolo dei Servizi per le dipendenze in ordine questa tematica.

Per semplificare, i riferimenti all'*addiction* saranno legati principalmente alle sostanze psicotrope.

Nel primo paragrafo introduttivo andremo ad analizzare la definizione abitualmente accettata di *addiction* facendo convergere aspetti di natura medica e sociologica.

Nel secondo paragrafo l'attenzione si concentrerà sulla prospettiva biografica mettendo in evidenza elementi che interessano devianza, etichettamento e identità.

Nel terzo paragrafo faremo alcune considerazioni su come i Servizi per le dipendenze sono stati determinanti nei processi di demedicalizzazione.

## Definire l'addiction

Per parlare di *addiction* occorre innanzitutto fare chiarezza sull'utilizzo dei termini *uso*, *abuso*, *dipendenza* e *mania*.

Per *uso* si intende l'assunzione di natura voluttuaria, ludico/ricreativa, sociale, di una sostanza senza che ne conseguano disturbi soggettivi di tipo fisico o psichico e problemi di natura comportamentale. L'esempio più comune è quello del consumo di alcool: se è vero che esistono gli alcolisti, è altrettanto vero che esistono consumatori di alcolici che non manifestano disturbi alcol correlati.

Nel caso in cui invece l'assunzione della sostanza causi problemi di natura normativa, relazionale o sanitaria in relazione al contesto in cui avviene il consumo lo definiamo *abuso*<sup>1</sup>.

Riguardo alla *dipendenza* (tossicodipendenza) questa si verifica quando l'assunzione della sostanza "diventa una necessità per compensare od equilibrare un'alterazione del funzionamento dell'individuo causata dall'assunzione della droga stessa" (Bignamini, Galassi, 2017).

Definiamo invece *mania* (tossicomania) la situazione in cui all'assunzione della sostanza non segue un recupero dell'omeostasi, non c'è compensazione, ma l'esaltazione progressiva e la perdita del controllo che porta voler continuare l'assunzione anche al di là dei limiti della tolleranza, fino all'intossicazione acuta e a gravi effetti collaterali (*Ibid.*).

La definizione di *addiction*<sup>2</sup> in quanto "costrutto multiforme socialmente definito" (Emcdda, 2013) è soggetta a varie definizioni sotto differenti punti di vista e a volte parzialmente sovrapponibili.

La traduzione italiana di *addiction* con il termine dipendenza è, a giudizio di chi scrive, impropria. Nonostante ciò, la letteratura italiana e non solo<sup>3</sup> fa spesso riferimento ai termini dipendenza, dipendenza patologica e *addiction* come sinonimi.

Così sarà anche in questo lavoro.

\* Dipartimento Dipendenze ASL Città di Torino.

Il termine dipendenza può risultare fuorviante e rimanda a significati come la dipendenza fisica, dipendenza che non sempre evolve in *addiction* (O'Brien, 2006).

Per intendersi, la dipendenza fisica è quella che si manifesta con astinenza e tolleranza, ma "La semplice crisi di astinenza, così come la capacità, acquisita con l'abitudine, di sopportare alte dosi di sostanze ('tolleranza'), non sono elementi, che da soli, consentono di fare diagnosi di tossicodipendenza" (Bignamini, 2006).

Questo aspetto rilevante è stato preso in considerazione anche sul piano sociologico. Weinberg nel suo articolo *Sociological perspective on addictions* (2011) individua due autori utili per fare chiarezza: A. Lindesmith e M. Ray.

Lindesmith, autore seminale per la ricerca sociologica nelle dipendenze notò che chi acquistava eroina in strada era più vulnerabile all'*addiction* rispetto a coloro che assumevano oppiacei in ambito ospedaliero.

Entrambi sperimentavano sintomi fisici di astinenza ma al momento dell'interruzione dall'uso della sostanza, solo gli utenti "di strada" diventano consapevoli del fatto che la fonte del loro disagio era la privazione della sostanza.

Sostenne che la somministrazione ripetuta di oppiacei a volte è seguita da dipendenza e altre volte non lo è.

Secondo l'autore il fattore che rappresenta questo effetto differenziale è determinato da conoscenza o da convinzioni personali, acquisite nell'ambiente culturale; pertanto esclude che l'uso di sostanze esiti sempre in *addiction* mentre presume che l'astinenza sia necessaria per lo sviluppo di una dipendenza patologica.

Lindesmith tiene distinti aspetti fisici e psichici, mentre oggi tale distinzione è superata.

Perché ci sia *addiction* occorre che l'assunzione della sostanza corregga uno squilibrio non esclusivamente fisico, ma anche di natura comportamentale e di relazione tra l'individuo e la sostanza. Weinberg (2011) mette in luce che oltre a distinguere artificialmente la dipendenza fisica da quella psicologica in Lindesmith vi è un altro serio problema di analisi, quello della ricaduta.

Su questo aspetto Ray (1961) utilizzando l'approccio dell'interazionismo simbolico tenta di spiegare i processi di astinenza e ricaduta (Weinberg, 2002).

Spiega come il tossicodipendente nel percorso di cura cominci a mettere in discussione la sua identità in quanto risultato di interazioni con altri significativi e conclude definendo la ricaduta come un fenomeno determinato dalla valutazione razionale di pro e contro dell'essere tossicodipendente rispetto all'essere astinente (Weinberg, 2011).

Anche l'approccio di Ray sembra essere superato: non tiene conto della prospettiva neurobiologica. In questa prospettiva la ricaduta è determinata da una questione di memoria caratterizzata da tre condizioni favorevoli: la sostanza (rilascio dopamina), l'esposizione agli stimoli (rilascio glutammato) lo stress (il rilascio ormone delle stress, il CRF) (Volkov *et al.*, 2012).

Se prendiamo in analisi la definizione dell'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM, 2011) e quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1994) giungiamo alla conclusione che tutti questi elementi (intersezione mente-corpo e ciclo remissione-ricaduta) risultano essere definenti.

Per l'ASAM l'*addiction* è "una malattia cronica del cervello e dei meccanismi di ricompensa, motivazione, memoria e dei circuiti collegati. La disfunzione in questi circuiti porta a manifestazioni biologiche, psicologiche, sociali e spirituali caratteristiche.[...] è caratterizzata da perdita di controllo del comportamento, dal

craving, dalla diminuzione di relazioni interpersonali, e da risposte emotive disfunzionali. Come altre malattie croniche, la dipendenza spesso comporta cicli di ricaduta e remissione".

Mentre per la WHO la dipendenza da sostanze è "uso ripetuto di una o più sostanze psicoattive, nella misura in cui l'utente (indicato come un addict) è periodicamente o cronicamente intossicato, mostra una compulsione ad assumere la sostanza preferita (o sostanze), ha grande difficoltà a cessare volontariamente o modificare la sostanza d'uso, è determinato a ottenere la sostanza con quasi qualsiasi mezzo. [...] La vita dell'addict può essere dominata da uso di sostanze ed escludere virtualmente tutte le altre attività e responsabilità. [...] L'*addiction* è di lunga durata e variabile. È considerata da molti una malattia debilitante [...] che è inesorabilmente progressiva".

Le due definizioni hanno in comune diversi aspetti: riconoscono congiuntamente sia la sfera fisica sia la sfera psichica, considerano gli aspetti neurobiologici, psicologici e comportamentali, nonché la perdita delle relazioni; si riferiscono inoltre all'idea di cronicità individuando nel decorso progressivo e di lunga durata un fattore specifico che può portare a disabilità o morte.

## Carriera Addicted

L'incontro con la sostanza, che può evolvere in *addiction*, coinvolge profondamente le dimensioni biologiche e psicologiche dell'individuo.

Secondo Bignamini e Galassi (2017) l'*addiction* è una patologia della relazione, risultante dall'interazione tra tre vettori: soggetto (aspetti genetico-biologici e psico-affettivi), oggetto (sostanza, situazione, comportamento) e ambiente (dimensione valoriale, culturale, relazionale, socio economica) in cui si realizza l'interazione.

Il risultato dell'interazione potrà essere diverso (uso, abuso, dipendenza, mania) in base all'equilibrio possibile in un dato momento (Bignamini, Bombini, 2004).

Ci troviamo di fronte ad una patologia complessa in cui qualsiasi variazione intervenga, produce instabilità, determina cambiamenti continui e interroga diverse dimensioni al punto da determinare vere e proprie trasformazioni radicali della persona.

Dal punto di vista biografico, A. Meo (2000) mette in connessione carriera morale e carriera relazionale e analizza eventi *spiazzanti* come l'esperienza della vita in strada dei senza casa e la tossicodipendenza nei percorsi di comunità, due eventi utili a chiarire trasformazioni nei percorsi relazionali e sociali.

Non vogliamo con questo cadere nella visione stereotipata dei funzionalisti secondo cui i tossicodipendenti sono necessariamente soggetti socialmente svantaggiati (Weinberg, 2011). L'esclusione sociale non è una caratteristica di tutti i consumatori di sostanze.

Ma non possiamo non tener presente che l'uso di sostanze può essere al tempo stesso causa e conseguenza di esclusione (Emcdda, 2003).

Si pensi alla condizione di senza-casa, che è un rilevante elemento di connessione tra esclusione e salute ed è strettamente legato alla condizione di tossico/alcolodipendenza, alcolodipendenza, disturbo mentale o a una combinazione di questi problemi (Costa *et al.*, 2014).

Nella prospettiva biografica ai cambiamenti di rapporto con la sostanza corrispondono "mutamenti in altri ambiti dell'esistenza: si indebolisce la percezione del controllo sulla situazione, si modificano le pratiche quotidiane legate all'uso della sostanza, si deteriora l'immagine sociale che il soggetto deteneva in pre-

cedenza, si modificano gli atteggiamenti degli altri significativi nei suoi confronti” (Meo, 2000).

Per quanto concerne la carriera del tossicodipendente, emergono anche aspetti di *carriera deviante* (Becker, 1963).

Merton (1957) individua nella *rinuncia* la modalità di adattamento in cui collocare senza dimora e tossicodipendenti. Cloward e Ohlin (1968) ascrivono i consumatori di sostanze nella tipologia subculturale *astensionista*.

In questa direzione, rinunciataria e astensionista, si sviluppa un progressivo processo di allontanamento dei *commitments* convenzionali (Becker, 1963) vale a dire dei principi, delle regole convenzionali e dei valori, nonché delle relazioni con persone estranee al mondo delle dipendenze (Molteni, 2011).

Quest’allontanamento può determinare l’isolamento da altri significativi.

In quest’ottica, se è vero che “Trattare una persona deviante per un aspetto come se lo fosse per tutti gli altri produce una profezia che si autodetermina” (Becker, 1963), allora l’etichetta di deviante ne enfatizza le caratteristiche facendole passare in primo piano rispetto alle altre. Vengono ad intersecarsi aspetti di un’identità attribuita dall’esterno, con cui il soggetto dovrà mettersi a confronto e reagire, poiché la concezione di sé viene minacciata e compromessa (Sciolla, 2010).

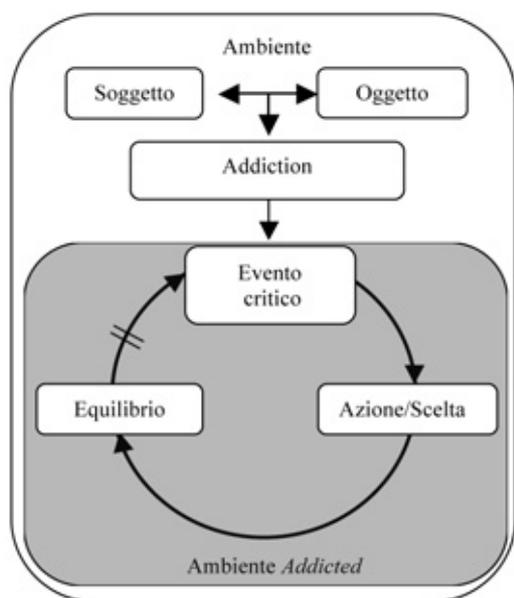
La reazione a questi eventi dissonanti costituisce quel processo che porta verso lo stigma e può portare all’accettazione di un’identità negativa.

L’individuo tenderà a conformare la sua immagine con quella che gli viene trasmessa, anche per effetto della difficoltà di portare avanti scelte coerenti con lo status principale precedente secondo la logica per cui un misconoscimento è meglio di nessun riconoscimento (*Ibid.*).

La reazione a questi fenomeni se non comporta l’abbattimento dell’autostima e dell’identità può dar luogo a fenomeni di segregazione che sono un modo per “trovare rassicurazione del proprio status davanti alla comune esperienza di marginalità” (*Ibid.*) ma potrebbero anche contribuire a intensificare lo status di deviante e l’isolamento e l’auto-segregazione. Rappresentano una forma di difesa, ma sono anche conseguenza delle difficoltà di inserimento e dell’ostilità percepita.

Emergono numerosi fattori intervenienti.

Fig. 1 - Addiction e prospettiva generativa di un ambiente addicted



L’attore *addicted* dovrà attribuire un senso alle proprie azioni, operare delle scelte e stabilire confini, dovrà cercare la propria identità trasformata; tutto si svolge in un microcosmo specifico, un ambiente *addicted*. In questo sotto-ambiente “La condizione di dipendenza sembra annullare la capacità di proiezione nel futuro e di progettazione biografica” (Meo, 2000).

L’omeostasi del tossicodipendente costellata da transizioni verso situazioni di disagio è minata da eventi critici che possono condurre a veri e propri *sprofondamenti* (Sciolla, 2010). Nell’ambiente *addicted* si genera un percorso ciclico caratterizzato da causalità situazionale. L’idealtipo della carriera *addicted* è quello in cui l’individuo vive processi di stigmatizzazione e marginalizzazione, in cui possono verificarsi la negazione dell’immagine di sé o strategie relazionali di segregazione in favore di un sostegno reciproco, in cui il tempo viene reinterpretato, i rapporti sociali diventano strumentali e diventa strategico ed efficace stabilire una routine che ha il fine stesso di mantenere un equilibrio costantemente precario.

Il percorso è ciclico, cronico, fragile.

Così come in termini di patologia si alternano ricaduta e remittenza, anche in termini di carriera a eventi critici seguono azioni/scelte o viceversa azioni/scelte determinano eventi critici, nella costante ricerca di un equilibrio (Fig. 1). In questo senso anche dal punto di vista della carriera l’*addiction* ha caratteristiche di cronicità.

## Medicalizzazione e demedicalizzazione: i Servizi per le Dipendenze

Le definizioni sin qui esplicitate, potrebbero dare a intendere che considerare l’*addiction* come malattia cronica sia un approccio orientato alla medicalizzazione.

Più nello specifico il sospetto potrebbe essere di una forma di *medicalizzazione della devianza* (Conrad, Schneider, 1992).

In realtà la dipendenza è stata considerata un problema di natura medica già in passato.

Nel 1849 ad esempio, Huss per legittimare l’idea di dipendenza in quanto malattia, introduce il termine alcolismo (Rossin, 2015) e, circa un ventennio dopo, nel 1877 Levinstein è il primo a descrivere la dipendenza da oppiacei (Lindesmith, 1968).

Secondo Anderson *et al.* (2010) è a seguito dell’Harrison Narcotics Act, che l’*addiction* si trasforma in devianza.

La dipendenza viene definita come questione morale e i tossicodipendenti una popolazione deviante e criminale<sup>4</sup>.

Sempre secondo Anderson, tra gli anni ‘50 e ‘70, la sociologia ha contribuito ad un percorso di rimedicalizzazione dei tossicodipendenti attraverso teorie che sintetizzavano fattori fisiologici, psicologici e sociologici<sup>5</sup>.

Il passo successivo verso la medicalizzazione è stato poi determinato dalle nuove scoperte mediche, che, attraverso l’utilizzo di tecnologie innovative, come ad esempio le tecniche di *imaging* cerebrale, hanno condotto allo sviluppo delle neuroscienze.

Se è vero che considerare l’*addiction* nella prospettiva delle neuroscienze fornisce spiegazioni di alto profilo scientifico, ma rischia di cadere nella trappola del doppio riduzionismo (malattia-organo) è altrettanto vero che questo passaggio di ruolo, da deviante a malato, ha permesso un cambio di prospettiva in materia di diritti e di salute.

La Convenzione Unica sui Narcotici del 1961 (WHO, 2009) stabilisce che “il trattamento può essere erogato anche in alternativa alla condanna o alla pena (o unitamente ad esse) a quei sog-

getti affetti da disturbi associati al consumo di sostanze, responsabili di reati punibili”.

Ragionando in quest’ottica, si può comprendere come il trattamento volto a migliorare la qualità della vita ed il benessere del paziente (*Ibid.*) sposi la finalità del mandato di sanità pubblica in quanto concetto sociale e politico che attraverso la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e altre forme di intervento ha la finalità di migliorare la salute e di prolungare e migliorare la qualità di vita (WHO, 1998).

I Servizi per le dipendenze puntano la loro attenzione *ex ante*, ovvero su prevenzione e promozione della salute, nonché sulla de stigmatizzazione.

Il DPR 309/90 riconosce da quest’ultimo punto di vista la possibilità per gli utenti che si rivolgono ai Servizi di richiedere l’anonimato.

Tra gli effetti della demedicalizzazione, è risultato centrale l’investimento sul ruolo dei pari.

Il supporto tra pari è considerato come particolarmente utile (Murray, 2008).

La New South Wales Health Hepatitis C Strategy 2014-2020 indica di implementare e valutare modelli di supporto e formazione *peer-based* come sostegno all’autogestione delle persone con epatite C.

I *peer educators* sono la dimostrazione di come i fenomeni di auto segregazione possono trasformare la devianza in *advocacy* e utilità sociale poiché la reazione all’identità imposta può dar luogo non solo a strategie difensive ma anche a strategie attive e rivendicative (Sciolla, 2010).

Il coinvolgimento dei pari lo si vede nelle politiche e nei servizi di *riduzione del danno*.

Nella routine, in cui il soddisfacimento dei bisogni primari è centrale (e tra questi è incluso l’uso della sostanza), la possibilità di usufruire di servizi che distribuiscono *drug paraphernalia* ha inciso notevolmente sulla riduzione e la diffusione di patologie correlate all’uso di sostanze come l’HIV, le epatiti e la sifilide, nonché sull’accesso alle terapie antiretrovirali, sull’offerta di terapia per il trattamento della dipendenza, sulla riduzione dell’*overdose*<sup>6</sup>.

Ma se i pari rappresentano un aspetto virtuoso, resistente e resiliente delle conseguenze di quella che abbiamo definito *addicted career*, non va dimenticato che le persone che usufruiscono di questi ed altri servizi a bassa soglia, sono quei soggetti in cui in molti casi la dipendenza ha generato il circolo vizioso in cui l’effetto cumulo prodotto dagli eventi critici oltre a destrutturare e ristrutturare l’identità, determina il sovrapporsi di bisogni.

Se il paradigma dominante della *addiction* è quello di una “[...] malattia multifattoriale, parola di tutte le Nazioni del mondo [...]” (Gerra, 2016) che determina eventi critici, che può generare bisogni molteplici e determinare circoli viziosi allora nel farsi carico dei soggetti tossicodipendenti, i Servizi per le Dipendenze, hanno rivestito e rivestono un ruolo cruciale.

## Note

1. Il DSM 5 introduce una nuova categoria “Disturbi da dipendenza e correlati all’uso di sostanze” in cui elimina la distinzione tra abuso e dipendenza, ma include gioco d’azzardo patologico e *craving* (il desiderio improvviso e incontrollabile).

2. Per la relazione tra *addiction* e la sua derivazione latina si rimanda a Daidone S. (2011). *Addiction tra addicere, ad-dictare e adducere, Feder-serd Infoma*, 17.

3. L’Oxford dictionary, Word reference synonyms, inseriscono tra i sinonimi di *addiction* il termine *dependence*.

<https://en.oxforddictionaries.com/thesaurus/addiction>  
[www.wordreference.com/synonyms/addiction](http://www.wordreference.com/synonyms/addiction)

4. L’Harrison Narcotics Act istituendo una tassa sul commercio e la produzione di oppio e cocaina si riferiva alle sostanze soprattutto in termini di mercato. Tuttavia, in merito ai medici, vi era una clausola che permetteva la distribuzione degli stupefacenti nel corso della sola sua pratica professionale. Dal momento che la dipendenza non era considerata una malattia il medico non poteva prescrivere oppiacei ai tossicodipendenti.

5. Il riferimento degli autori è principalmente ai testi: Ausubel D.P. (1958). *Drug Addiction: Physiological, Psychological, and Sociological Aspects*. New York Random House. Lindesmith A.R., Gagnon J. (1964). *Anomie and Drug Addiction*. New York: Free Press of Glencoe. Lindesmith A.R. (1968), *Addiction and Opiates*. New York: Free Press of Glencoe. Lindesmith A.R. (1973), *The Addict and the Law*. Bloomington, Indiana University Press.

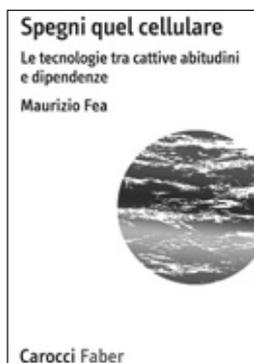
6. Per approfondimenti si rimanda a The Global State of harm reduction 2014.

## Bibliografia

- American Society of Addiction Medicine (ASAM) (2011). *Public Policy Statement: short definition of addiction*. Chevy Chase, ASAM. [www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1definition\\_of\\_addiction\\_short\\_4-11.pdf?sfvrsn=6e36cc2\\_0](http://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1definition_of_addiction_short_4-11.pdf?sfvrsn=6e36cc2_0). Ultima consultazione 15/05/2018.
- Anderson T., Swan H., Lane D.C. (2010). Institutional Fads and the Medicalization of Drug. *Addiction Sociology Compass*, 4(7): 476-494. doi: 10.1111/j.1751-9020.2010.00292.x.
- Barnett A.I., Hall W., Fry C.L., Dilkes-Frayne E., Carter A. (2017). Drug and alcohol treatment providers’ views about the disease model of addiction and its impact on clinical practice: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, Dec, 14. doi: 10.1111/dar.12632.
- Becker H.S. (1963). *Outsiders*. New York: The Free Press. Trad. it.: *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 1987.
- Bignamini E., Bombini R. (2004). Approccio psicodinamico al tossicodipendente, *Rivista di Psicologia Individuale*, 56: 87-102. [www.psicologia-psicoterapia.it/articoli-psicoterapia/saiga-psicodinamico-tossicodipendente.html](http://www.psicologia-psicoterapia.it/articoli-psicoterapia/saiga-psicodinamico-tossicodipendente.html). Ultima consultazione 20/05/2018.
- Bignamini E. (a cura di) (2006). *La dipendenza da sostanze*. Cuneo: Publiedit.
- Bignamini E., Galassi C. (2017). *Addiction. Come pensarla, comprenderla, trattarla*. Cuneo: Publiedit.
- Bury M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, July, 4(2): 168-182. doi: 10.1111/1467-9566.ep11339939.
- Cloward R.A., Ohlin L.E. (1968). *Teoria delle bande delinquenti in America*. Bari: Laterza.
- Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (2014). *L’equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2013). *Emcdda insights. Models of addiction*. Lisbona: Emcdda. [www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/728/TDXD13014ENN\\_443320.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/728/TDXD13014ENN_443320.pdf). Ultima consultazione 01/05/2018.
- Gerra G. (2016). *Comunicati Stampa*, VI Congresso Nazionale FeDerSerD, Palermo.
- Lindesmith A.R. (1968). *Addiction and Opiates*. Chicago: Aldine.
- Merton R.K. (1957). *Social Theory and Social Structure*. Wiley: New York. Trad. it.: *Teoria e struttura sociale Vol. II: Analisi della struttura sociale*, Bologna: il Mulino, 1966.
- Meo A. (2000). *Vite in bilico. Sociologia degli eventi spiazzanti*. Napoli: Liguori.
- Molteni L. (2011). *L’eroina al femminile*. Milano: FrancoAngeli.

- Murray T. (2008). *Good Practice in Harm Reduction*, London: National Treatment Agency for Substance Misuse. [www.drugsandalcohol.ie/14431/1/nta\\_good\\_practice\\_in\\_harm\\_reduction.pdf](http://www.drugsandalcohol.ie/14431/1/nta_good_practice_in_harm_reduction.pdf). Ultima consultazione 24/05/2018.
- NSW Ministry of Health (2014). Sydney: Ministry of Health. [www.health.nsw.gov.au/hepatitis/Publications/hepatitiscstrategy.pdf](http://www.health.nsw.gov.au/hepatitis/Publications/hepatitiscstrategy.pdf). Ultima consultazione 24/05/2018.
- National Institute on Drug abuse (NIDA) (2014). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. [www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface](http://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface). Ultima consultazione 10/05/2018.
- O'Brien C., Volkov N., Li T.K. (2006). What's in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 163(5): 764-65. doi: 10.1176/ajp.2006.163.11.2014a.
- Rossin M.R. (2015). Multicausalità e vulnerabilità. In Scarcella C., Roda F. (a cura di). Brescia: Regione Lombardia.
- Sciolla L. (2000). *L'identità a più dimensioni. Il soggetto e la trasformazione dei legami sociali*. Roma: Ediesse.
- Treccani (2016). *Vocabolario Online*. [www.treccani.it/vocabolario/cronico](http://www.treccani.it/vocabolario/cronico). Ultima consultazione 03/05/2018.
- Volkow N.D., Wang G.J., Fowler J.S., Tomasi D. (2012). Addiction circuitry in the human brain. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 52: 321-336. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-010611-134625.
- Weinberg D. (2002). On the Embodiment of Addiction. *Body & Society*, 8(4): 1-19. doi: 10.1177/1357034X02008004001.
- Weinberg D. (2001). Sociological Perspectives on Addiction. *Sociology Compass*, 5(4): 298-310. doi: 10.1111/j.1751-9020.2011.00363.x.
- World Health Organization (WHO) (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*, Geneva: WHO. [www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en). Ultima consultazione 30/05/2018.
- World Health Organization (WHO). *Health Promotion Glossary*, Geneva: WHO. [www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf). Ultima consultazione 28/05/2018.
- World Health Organization (WHO) (2009). *Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei*. Geneva: WHO. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43948/9789241547543\\_ita.pdf;jsessionid=500299DF0384B8B8AA01D6CB97CD937E?sequence=2](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43948/9789241547543_ita.pdf;jsessionid=500299DF0384B8B8AA01D6CB97CD937E?sequence=2). Ultima consultazione 28/05/2018.

## RECENSIONE



Maurizio Fea

### SPEGNI QUEL CELLULARE Le tecnologie tra cattive abitudini e dipendenze

pp. 144 euro 14,00  
Editore: Carocci Faber

ne il paradigma interpretativo, si accompagnano riflessioni sulla necessità di ripensare il nostro rapporto con le tecnologie e con le opportunità che esse ci offrono. I dispositivi tecnologici, che influenzano i comportamenti di miliardi di persone, stanno cambiando i processi della conoscenza, i modi di relazionarci e di stare al mondo, con incognite sul futuro della natura umana. Non si può fermare questa evoluzione epocale, ma si possono ridurre le derive più inquietanti, con un uso consapevole e controllato di queste opportunità tecnologiche. Il volume suggerisce anche i modi concreti per farlo e tornare ad essere, almeno in parte, padroni di questi strumenti.

*Maurizio Fea*, psichiatra, ha diretto il Dipartimento Dipendenze della ASL di Pavia. Ha insegnato all'Università di Pavia e all'Università Cattolica di Milano. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche sulle dipendenze e alcuni saggi, tra cui ricordiamo *Riparatori di destini. Dipendenze, etica e biologia* (Milano 2008) e *Le abitudini da cui piace dipendere. Algoritmi, azzardo, mercato, web* (Milano 2017).



Circa 350 rappresentanti di associazioni di pazienti, associazioni d'impresa, della ricerca e sviluppo e del mondo del lavoro e delle professioni sanitarie hanno partecipato alla **tre giorni di confronto** promossa dal **Ministro della Salute** lo scorso 8, 9 e 10 luglio 2019 definita **MARATONA PATTO SALUTE**. Tutti i soggetti coinvolti nella tre giorni avevano la possibilità di lasciare il proprio contributo elaborato e depositato formalmente in occasione della propria audizione. **FeDerSerD**, unica Società Scientifica del mondo delle Dipendenze presente sia alla Maratona che con il proprio contributo è stata rappresentata dal segretario esecutivo nazionale dott. Guido Faillace. Proponiamo il testo presentato al Ministero.

FeDerSerD è la maggiore e più accreditata società scientifica nel settore delle dipendenze in Italia.

È una Federazione con una forte e strutturata rappresentanza a livello di tutte le regioni italiane.

Conta oltre 3000 iscritti, gestisce una rivista periodica inviata a tutti gli operatori del settore ed un sito web.

Si pone a disposizione del Ministero della Salute per una analisi puntuale del sistema di intervento per le dipendenze e per formulare proposte operative utili.

Di seguito indichiamo gli argomenti più urgenti da affrontare.

- La gravissima carenza di personale nei Ser.D.
- La mancanza di risorse per garantire i LEA.
- Le differenze regionali nella organizzazione del sistema di cura.
- La necessità di stanziare fondi adeguati per la ricerca e di promuovere interventi di prevenzione e di contrasto della cultura degli eccessi.

Di seguito illustriamo in sintesi alcuni elementi che motivano la individuazione delle priorità sopra indicate.

Sia la terapia che la prevenzione e il reinserimento delle dipendenze si trovano di fronte ad un grande problema culturale: le dipendenze non sono più viste come un pericolo e quindi il primo processo che dobbiamo contribuire ad attivare è che il recupero delle persone, al di là del loro impatto sociale, ha un valore generativo per la comunità, che non si può quantificare neanche economicamente, e dobbiamo cercare di recuperare ogni persona perché ogni persona è preziosa, senza distinguo.

La nostra cultura appare impregnata dalle culture dell'eccesso e dell'addiction.

Dobbiamo cercare di capire come questa cultura dell'eccesso che analizziamo da più di 20 anni si è ormai profondamente radicata e di conseguenza ci sono nuove sfide che emergono con prepotenza e richiedono un approccio intelligente e non strumentale.

Se perdiamo una persona perché è diventata dipendente e non è più in grado di dare il suo contributo alla vita sociale attiva con la sua creatività, la sua capacità di fare la propria parte per un progetto di società, perdiamo qualcosa di prezioso e allora tutta la società si impoverisce.

Nel momento in cui la dipendenza diventa normalità noi siamo già sconfitti.

Molti pensano che siamo già in questa condizione: lo siamo anche di fronte alle famiglie che chiudono gli occhi di fronte ai comportamenti dei ragazzi.

Dobbiamo tutti assumere questa sfida delle nuove fragilità e questo lo possiamo fare con una riscrittura della Legge 309, in una conferenza nazionale che latita da troppo tempo.

Ci vuole una nuova offensiva culturale.

Perché altrimenti il lavoro eroico nei Ser.D. e nelle Comunità che noi tutti facciamo è destinato a fallire diventando residuale se subiamo una delega sociale affidata agli specialisti, che poi saremmo noi. Pensate alla riforma della psichiatria con la 180: è stata possibile realizzarla nel momento in cui è diventata una battaglia culturale.

Nel momento in cui la malattia mentale è diventata l'oggetto di un argomento sociale e culturale allora è diventato possibile fare la riforma.

Se fosse rimasta di pertinenza degli specialisti quella sfida non sarebbe mai stata vinta.

Ci vuole un adeguamento della società e ci vuole, per riuscirci, una nuova offensiva culturale e politica. Sta avanzando una marea culturale che normalizza la dipendenza.

Bisogna mettere delle dighe per un Paese che diventa sempre più fragile.

La fragilità è ormai di casa in tutte le famiglie.

Prima le comunità sapevano accogliere le fragilità, ora non è più così.

In questo scenario la sanità moderna ci pone di fronte a situazioni complesse che sono sanitarie e sociali, e per le quali la società richiede risposte altrettanto complesse, attraverso una medicina che è fatta da una attività che ormai è solo e solamente interprofessionale e interdisciplinare.

La trasformazione in corso dello scenario epidemiologico, la contrazione delle risorse destinate alla assistenza sanitaria e la presenza nel nostro Paese di molteplici e a volte troppo differenziate sanità regionali ci spingono a diventare protagonisti e produrre cultura nel definire gli spazi possibili tra le nuove e diverse dimensioni organizzative e l'esercizio della clinica delle dipendenze.

I pazienti con disturbo da uso di droghe o da comportamenti vengono curati gratuitamente nei servizi pubblici per le dipendenze (Ser.D.).

Sono strutture del Sistema Sanitario Nazionale, di base e specialistiche, multidisciplinari, distribuite uniformemente nel territorio nazionale, in ogni ASL, nel numero di 580; operano in collaborazione e sinergia con le comunità terapeutiche, le amministrazioni comunali, la scuola, gli altri servizi della ASL e il volontariato.

Si occupano di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze.

Nei Ser.D. si curano annualmente circa 300.000 pazienti affetti da patologie da dipendenze, principalmente eroina, cocaina, alcol, tabacco, cannabinoidi e da gioco d'azzardo patologico (GAP).

Vi operano circa 7.200 operatori delle seguenti professionalità: medico, infermiere, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, personale amministrativo.

Operatori che con trenta anni di esperienza e con un aggiornamento continuo basato sulle evidenze scientifiche sono in grado di offrire le migliori cure disponibili.

Tutto questo pur in presenza di una forte variabilità regionale nell'offerta quantitativa e qualitativa dei servizi.

I profili socio-demografici di questi pazienti vedono 4/5 di uomini; fa età media è di 39 anni; 2/5 almeno sono diplomati, la metà lavora, 1/4 ha figli.

Gli obiettivi delle cure, qui di seguito indicati per la dipendenza da oppiacei, sono perseguiti in stretta collaborazione con le Comunità Terapeutiche:

- Ridurre o interrompere il consumo di oppiacei.
- Prevenire danni futuri associati al consumo di oppiacei.
- Ridurre fino ad abolire la assunzione, e anche la assunzione non sicura, degli oppiacei per via iniettiva al fine di prevenire la diffusione dell'HIV e dell'HCV.
- Migliorare la qualità della vita ed il benessere del paziente dipendente da oppiacei.
- Ridurre il rischio di overdose.
- Ridurre le attività criminali.
- Migliorare lo stato fisico e psicologico.

La assunzione dei farmaci agonisti avviene negli ambulatori Ser.D. sotto la diretta supervisione del personale infermieristico. Oltre il 50% dei pazienti assume la terapia con un regime di affidamento che può avere una periodicità trisettimanale fino anche a mensile.

Il dosaggio medio in uso per le terapie di mantenimento è di 60 mg die per il metadone e 12 mg die per la buprenorfina.

Ove ce ne siano la indicazione terapeutica e la adesione del paziente allo specifico intervento farmacologico si associa il trattamento psicologico e sociale sia nelle forme di terapia (familiare, individuale, cognitivo comportamentale ecc.) che di counseling.

Ogni tre mesi al massimo il medico ridefinisce con il paziente il piano terapeutico con una revisione dei dosaggi e delle modalità di somministrazione e di assunzione.

I soggetti detenuti nelle carceri italiane, se per gli stessi è stata diagnosticata una dipendenza da sostanze possono ricevere un trattamento di cura in alternativa alla detenzione, presso i Ser.D. ovvero presso le Comunità Terapeutiche residenziali e/o semiresidenziali, purché fa pena residua sia uguale o inferiore a 6 anni. Tali programmi, che sottraggono i pazienti dipendenti alla carcerazione, possono essere attuati anche al momento dell'arresto o nel mentre sono in attesa di giudizio.

Numerose associazioni di volontariato, Onlus e associazioni professionali, di auto mutuo aiuto e di promozione sociale nel campo dei consumi e delle dipendenze sono attive in tutto il territorio nazionale per essere di supporto alle attività di assistenza, per la tutela dei diritti dei cittadini coinvolti, per promuovere il diritto alla salute, il diritto alla sicurezza e alla qualità dei servizi, ad una pubblicità corretta.

Siamo, noi operatori dei Ser.D., ancora di più ora, impegnati per la qualificazione permanente dei nostri servizi che sono sempre più specialistici per promuovere la caratterizzazione (specialistica) delle varie professioni per promuovere, purtroppo è ancora necessario, l'autonomia professionale all'interno delle équipe

multi professionali abbandonando le imposizioni gerarchiche che mortificano le professionalità, legate a retaggi di antica memoria che si rifanno ai ruoli di primario, aiuto, assistente.

La terapia con la partecipazione degli assistenti sociali e degli psicologi migliora la qualità dei risultati e la soddisfazione dei pazienti.

Gli operatori dei Ser.D., con l'aiuto delle società scientifiche e in prima linea di FeDerSerD, si pongono l'obiettivo di cercare in questo periodo di riorganizzazione governata dall'assillo economico lo spazio per migliorare ancora e per contaminare i colleghi di altri settori: pensiamo alla implementazione delle nuove conoscenze sulle neuroscienze, alla qualità della relazione, ai processi di recovery, alle specificità della nostra clinica, al valore e alla responsabilità di formalizzare una diagnosi.

Il giudizio dei pazienti sui Ser.D. è oggetto di indagini e rilevazioni (vedi ad esempio FeDerSerD/Eurisko): esse indicano un 90% dei pazienti che valutano buona la accessibilità ai Ser.D.; l'80% sono soddisfatti della terapia in corso; l'80% ritiene di aver migliorato la propria condizione psico-socio-relazionale; il 75% afferma di avere avuto continuità terapeutica in carcere (se ha avuto questa esperienza); il 90% ritiene soddisfacente il programma al Ser.D.

I costi sociali e sanitari per droghe e dipendenze ammontano all'1,3% del Pil.

I costi delle terapie nei servizi per un ciclo di terapia annuale ambulatoriale comprensivo di accoglienza, osservazione, diagnosi, è di circa 3.000 € per persona dipendente da eroina e determinano un risparmio per lo Stato di un valore almeno 4 volte superiore.

Altrettanto delicata è la cura dei pazienti affetti contemporaneamente da patologia da dipendenza e da patologia psichiatrica.

La specialità nelle Dipendenze si basa su un metodo caratterizzato da interdisciplinarietà, organizzazione a rete relazionale; rete di funzioni, produzione di cambiamento dei riferimenti di significato.

Infatti, rispetto ai pazienti affetti solo da disturbo da uso di sostanze, i pazienti con doppia diagnosi mostrano una maggiore severità psicopatologica, un aumento dei tassi di comportamento rischioso, che può portare ad infezione con il virus HIV e virus dell'epatite C, disturbi psicosociali e comportamenti criminali.

Tutto questo comporta costi elevati per la società.

Le principali società scientifiche dell'area delle dipendenze e della salute psichica dei cittadini: Federazione Italiana degli operatori dei dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze-FeDerSerD., Società italiana di psichiatria-SIP, e Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza-SINPIA, hanno adottato una Carta dei Servizi per valorizzare la rete specialistica e integrata dei servizi a tutela dei malati e in applicazione dei LEA.

Centralità della persona, lotta allo stigma, specificità ed appropriatezza degli interventi sono i cardini di questa Carta.

I pazienti che presentano patologie plurime, come patologie psichiatriche concomitanti, vengono avviati ad un trattamento complessivo e gratuito con l'ausilio e la collaborazione dei centri specialistici competenti.

Il concetto di comorbilità o doppia diagnosi implica anche le interazioni tra le diverse patologie che influenzano il decorso e la prognosi di entrambe.

Possono verificarsi contemporaneamente o una dopo l'altra.

L'elevato tasso di comorbilità tra i disordini da uso di droga e altre malattie mentali suggerisce la necessità di un approccio globale all'intervento che identifica e valuta ogni disturbo contemporaneamente, fornendo il trattamento se necessario.

Di qui la necessità di una diagnosi clinica puntuale che superi considerazioni etiologiche proposte come esaustive e conclusive.

Ci sono dati che dimostrano come pazienti comorbili hanno difficoltà ad accedere ad un trattamento coordinato per entrambe le patologie.

La barriera principale per il trattamento è la separazione operativa dei Servizi della salute mentale e dei Ser.D.

La diagnosi corretta è fondamentale per garantire un trattamento adeguato ed efficace.

Rispetto ai pazienti affetti solo da disturbo da uso di sostanze, i pazienti con doppia diagnosi mostrano:

- una maggiore severità psicopatologica (Langâs *et al.*, 2011; Stahler *et al.*, 2009; Szerman *et al.*, 2012);
- un aumento dei tassi di comportamento rischioso, che può portare ad infezione con malattie come il virus dell'immuno-deficienza umana (HIV)/Sindrome da deficit di immunodeficienza acquisita (AIDS) e epatite C (Khalsa *et al.*, 2008);
- disturbi psicosociali (ad es. disoccupazione, senz'altro);
- comportamenti criminali (Greenberg, Rosenheck, 2014; Krausz *et al.*, 2013).

Tutto questo comporta costi elevati per la società (De Lorenze *et al.*, 2014; Whiteford *et al.*, 2013).

Per questi motivi FeDerSerD e la Società Italiana di Psichiatria si sono proposti di promuovere la realizzazione di Linee guida per la gestione clinica dei pazienti con comorbilità psichiatrica e da dipendenza.

Linee guida che hanno nei seguenti concetti i loro principi ispiratori:

- Superamento del concetto di doppia diagnosi.
- Diagnosi e valutazione diagnostica multidimensionale.
- Presa in carico integrata da parte dei servizi.
- Medicina d'iniziativa.
- Diagnosi precoce.
- Promozione di un approccio orientato al recovery.

A proposito del DPCM del 18 marzo 2017 sui LEA (i livelli essenziali di assistenza), che in qualche misura riscrive il mandato istituzionale dei Ser.D. e di tutto il sistema di intervento sulle dipendenze con gli articoli 28 e 35, dal GAP agli interventi di riduzione del danno, al trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze, rileviamo come gli operatori dei Ser.D. sono molto preoccupati che esso si riduca ad un libro dei sogni per la mancanza di risorse economiche disponibili.

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

I LEA hanno riscritto il mandato istituzionale dei Ser.D. e delle Comunità Terapeutiche che operano in collaborazione con i Ser.D. per la realizzazione del programma terapeutico predisposto da questi ultimi. Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate negli ambiti di attività.

Il punto nodale oggi è la carenza di personale nei Ser.D.

Se non assumiamo il personale nella misura necessaria:

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

I professionisti dei Ser.D. sanno che la qualità delle cure potrebbe e dovrebbe migliorare, che sono anni che non si offrono a sufficienza nuovi interventi per le nuove manifestazioni della dipendenza, che ci sono troppi precari che debbono essere assunti a ruolo, che c'è bisogno di nuovo personale per far fronte alle esigenze.

In molte realtà italiane ci sono liste di attesa le quali determinano la impossibilità del paziente di curarsi altrove o privatamente.

Nella gran parte delle regioni italiane, specie in quelle dove è in corso un processo di riforma e riorganizzazione del sistema sanitario, si sta decidendo di tagliare, contrarre, accorpate tali Servizi, in totale contraddizione con i bisogni emergenti della popolazione e con le rilevazioni epidemiologiche relative alle patologie direttamente e indirettamente connesse al consumo a rischio ed alla dipendenza. Molte istituzioni regionali, pur affermando di voler sviluppare i servizi sanitari territoriali, che hanno il compito di assicurare la promozione della salute dei cittadini e la cura delle patologie di tipo cronico, stanno depotenziando inspiegabilmente i Servizi pubblici per le Dipendenze, senza fornire ragioni e dati a supporto di tale scelta, negandosi al confronto con gli addetti ai lavori e con le realtà non profit di settore.

Tale fatto è ancora più grave ed inaccettabile, in quanto penalizza persone e famiglie particolarmente fragili, senza potere contrattuale e di pressione, che non sono nella possibilità di far sentire la propria voce e di difendere propri diritti.

Viene da pensare che proprio in ragione di questa debolezza si proceda a tagliare le risorse e gli investimenti in questo settore: forse scelte in altri settori comporterebbero una diversa fatica e un maggiore rischio di perdita di consenso.

Le responsabilità istituzionali dei Ser.D. sono cresciute negli ultimi anni, anche a seguito di nuove disposizioni normative nel settore della sicurezza sul lavoro, del codice della strada, della sanità penitenziaria.

Il fenomeno del consumo a rischio e delle dipendenze è in continua espansione e i servizi pubblici per le Dipendenze dovrebbero poter differenziare l'offerta, rimodellarsi in funzione di diversi target di utenza, sperimentare proposte di cura specifiche per i più giovani, sviluppare gli interventi di integrazione e partnership territoriali, di pro-attività, per consentire il riconoscimento precoce del disagio ed anticipare la presa carico.

Ricordiamoci tutti che in questo settore avere un efficace sistema di intervento significa garantire la salute e la legalità.

È importante avviare i processi.

Bisogna lavorare per l'applicazione e la applicabilità dei LEA e la revisione del TU 309 che rafforzi il sistema dei servizi adeguandoli ai bisogni espressi e inespressi dei territori ed è necessario fare questo insieme ad un approccio che si declini senza colpevolizzare i malati e i consumatori, senza punirli, senza perseguirli, senza additarli.

*FederSerD si pone a disposizione del Ministero della Salute in una analisi del sistema di intervento per le dipendenze e per collaborare alla stesura di proposte operative utili.*



Riportiamo una nota che la Federazione ha prodotto mezzo PEC a tutti i Presidenti e Assessori alla Sanità delle Regioni e Province Autonome, a tutti i DG delle ASL Italiane, al Coordinatore della Commissione Salute delle Regioni e Province Autonome, al Ministro della Salute.

Una lettera che alla data odierna ha già avuto atti conseguenti di diffida per inadempienze.

Nella mission di senso di appartenenza ai servizi italiani FeDerSerD si muove fuori da ogni logica particolare e senza alcuna esitazione chiede, in questo caso, di adeguarsi alle leggi da parte delle istituzioni nelle procedure concorsuali.

La nostra sola preoccupazione oggi è garantire al servizio pubblico direzioni capaci professionalmente e motivate personalmente.

Ci preoccupa il rischio di depauperamento delle intelligenze che hanno reso i Ser.D. italiani unici al mondo e siamo impegnati a favorire ogni possibile attrattiva per questo lavoro veramente completo e di senso.

**Oggetto: Conferimento degli incarichi di struttura complessa dei Servizi delle Dipendenze (Ser.D.) presso le Aziende Sanitarie Locali (richiesta di adeguamento alla normativa vigente)**

Si segnala – con preoccupazione – come anche di recente alcune Aziende Sanitarie hanno pubblicato avvisi pubblici per la Direzione dei Ser.D. non in linea con la normativa vigente, in quanto la selezione dei candidati è stata limitata soltanto a dirigenti sanitari che appartengono a predeterminate e specifiche discipline, escludendo di fatto dalla selezione coloro che operano nei Ser.D. e che appartengono alle diverse discipline previste dalla norma.

Tali violazioni esulano dai poteri decisionali, di discrezionalità e di autonomia dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie. La limitazione da parte dei Direttori Generali – *motu proprio* – nella selezione dei candidati da ammettere risulterebbe peraltro contraria al buon andamento della pubblica amministrazione in quanto oltre a penalizzare i molti professionisti che già operano nei Ser.D. limiterebbe – *a priori* – la rosa dei candidati da cui attingere, a sfavore del sistema e dei cittadini.

I Ser.D. delle Aziende Sanitarie Locali sono stati istituiti con la Legge n. 162 del 1990 e D.M. n. 444 del 1990 ed assolvono in maniera interdisciplinare ai compiti di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione per i soggetti dipendenti da sostanze legali ed illegali.

Il D.M. n. 444 del 1990, che ha istituito i Ser.D., come confermato dalla Legge n. 45 del 1999, ha individuato, per il reclutamento dei medici, come prioritarie e paritetiche, le specializzazioni appartenenti alle discipline di Psichiatria, Farmacologia e Tossicologia Clinica e Medicina Interna (così come sono definite ai sensi del D.M. 30.01.98 e D.M. 31.01.98 e s.m.i.).

Il D.M. del 10.12.91 ha peraltro istituito la disciplina di Medicina delle Farmacotossicodipendenze mettendo in equipollenza fra loro, per i concorsi del personale nei Ser.D., le suddette discipline (aggiungendo ad esse la disciplina Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base).

La sentenza della Corte Costituzionale n. 321 del 25.11.2011 ha anche dichiarato illegittimo precludere ai dirigenti psicologi l'accesso agli avvisi per la selezione di Direzione dei Ser.D. Per la stessa ragione, anche di recente, il Consiglio di Stato con sentenza del 29.04.19 ha confermato l'illegittimità dell'esclusione dei dirigenti psicologi dalla direzione UOC "Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva".

Il D.M. del 30.01.98 e s.m.i., che contiene le tabelle di equipollenza delle discipline per i concorsi di dirigente sanitario ex 2 livello, considera inoltre, per il calcolo dell'anzianità di servizio per le discipline di Psichiatria, Farmacologia e Tossicologia Clinica, Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base e Psicoterapia l'attività svolta presso i Ser.D., a dimostrazione che presso i Ser.D. operano – con eguali mansioni e diritti di progressione di carriera – dirigenti sanitari appartenenti alle suddette discipline. La normativa nazionale che regola gli avvisi di selezione dei Direttori dei Ser.D. non è contraddetta da quelle regionali e a nostra conoscenza non esistono Atti Aziendali in Italia che indicano discipline preferenziali per la Direzione di un Ser.D. In tutte le Regioni esistono infatti Direttori dei Ser.D. che appartengono ad ognuna delle diverse suddette discipline (e non esiste una disciplina prevalente su un'altra per le posizioni di apicalità).

La multidisciplinarietà dei Ser.D. è un valore e non deve rappresentare un discrimine per i diversi professionisti che vi operano, specie in questo momento storico in cui i sistemi sanitari sono in crisi per la difficoltà nel reclutamento dei medici specialisti e devono valorizzare i professionisti che già lavorano al loro interno.

In questo scenario appare normativamente corretto – oltre che logico – che gli avvisi pubblici per Direttore UOC Ser.D. debbano essere banditi, in base al DPR 484/97, contestualmente:

per i dirigenti medici che appartengono alle discipline di:

- Psichiatria.
- Farmacologia e Tossicologia Clinica.
- Medicina Interna.
- Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base

e per i dirigenti psicologi che appartengono alla disciplina di:

- Psicoterapia.

Alla luce di quanto premesso e argomentato la Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi per le Dipendenze (FeDerSerD), in qualità di maggiore società scientifica degli operatori dei servizi per le dipendenze,

chiede

- ai Direttori Generali dell'Aziende Sanitarie di bandire avvisi pubblici per il conferimento dell'incarico di Direttore UOC per il Ser.D. per i dirigenti medici che appartengono alle disci-

pline di Psichiatria, Farmacologia e Tossicologia Clinica, Medicina Interna, Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base e per i dirigenti psicologi che appartengono alla disciplina di Psicoterapia;

- alle Regioni e Provincie Autonome di vigilare sulla corretta applicazione della norma in tema di reclutamento dei Direttori UOC Ser.D.;
- alla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni di favorire l'applicazione della norma per la selezione dei Direttori UOC Ser.D. in maniera omogenea presso le Regioni.

FeDerSerD vigilerà sulla corretta e logica applicazione della normativa vigente per il conferimento degli avvisi pubblici per

Direttore UOC Ser.D. presso le Aziende Sanitarie e tutelerà i diritti dei dirigenti sanitari ad essa iscritti.

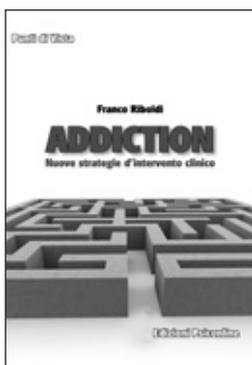
Con ogni più ampia riserva di diritti, ragioni e azioni, si è certi che i contenuti della presente nota verranno accolti senza eccezioni.

Distinti saluti.

Pescara, 2 maggio 2019

Il Presidente Nazionale FeDerSerD  
*Pietro Fausto D'Egidio*

## RECENSIONE



Franco Riboldi

### **ADDICTION** Nuove strategie di intervento clinico

pp. 160 euro 16,00

ISBN 978-88-99566-24-1

Editore: Edizioni Psiconline

Curare le persone affette da addiction comporta non poche difficoltà. Da quella di individuare le cause all'origine del processo morboso, a quella del rapporto con un paziente spesso demotivato e poco collaborante, a quella di un esito quanto mai incerto del proprio intervento (perché alcune persone guariscono ed altre no?). Pur non mancando le conoscenze neurobiologiche al riguardo, si fa ancora fatica a riconoscere le tappe evolutive della malattia, nonché il nesso tra queste ed un metodo clinico efficace. Spesso chi opera in questo campo costruisce il proprio sapere sulla base dell'esperienza quotidiana, facendo riferimento più a leggi e normative che non a linee guida di carattere tecnico. In particolare appare in difetto la capacità di operare in equipe, il metodo di lavoro universalmente riconosciuto come il più idoneo nell'approccio a questa tipologia di pazienti.

Il libro valorizza tale metodo di lavoro, lo indirizza in modo pratico e, nell'intento di colmare alcune delle lacune suddette, propone un nuovo modello di storia naturale della malattia, adattabile a tutte le forme di addiction (sia da sostanza che da comportamento). In tale modello sono rappresentate diverse fasi cliniche, ognuna delle quali connessa a specifiche strategie d'intervento. Correlazioni neurobiologiche, osservazioni cliniche, casi esplicativi permettono all'equipe di orientarsi e distinguere facilmente i diversi

passaggi patologici, nonché di comprendere il senso delle strategie proposte.

Nella sua praticità il testo si connota come uno strumento di riferimento specialistico, innovativo e originale, proponendosi non tanto come un raccogliitore di "soluzioni pronte" quanto come un mezzo per facilitare l'adozione di un metodo di lavoro nell'equipe, sollecitandola costantemente al ragionamento clinico e all'elaborazione di programmi terapeutici appropriati.

Il volume si rivolge principalmente agli operatori dei servizi specialistici, pubblici e privati, che si occupano di addiction (medici, psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri). Ricco di aggiornamenti scientifici e spunti metodologici il testo promuove un nuovo modo di lavorare in equipe. Grande spazio è dato alle modalità di interazione tra le diverse figure professionali, con molteplici sottolineature di carattere operativo in ogni fase del percorso clinico, sia sul piano delle azioni più opportune, sia su quello dei possibili errori di metodo. Ciò rende l'opera particolarmente interessante per chi svolge un ruolo di coordinamento nel contesto dell'equipe oppure ha compiti formativi o di supervisione. Alcuni aspetti della trattazione, in particolare la distinzione delle strategie cliniche in funzione degli stadi della malattia, aprono un ventaglio incredibilmente ampio dei possibili interventi (interventi precoci, interventi per la cronicità, interventi a bassa o ad alta soglia) rendendo il libro un utile riferimento anche per chi si occupa di politica sanitaria e organizzazione dei servizi.

*Franco Riboldi* è medico chirurgo, lavora dal 1987 presso il Ser.T. di Merate ricoprendo attualmente il ruolo di direttore dell'U.O.C. Rete Dipendenze dell'ASST di Lecco, specialista in Igiene e Medicina preventiva, specialista in Criminologia clinica. È autore dei volumi: *Stop alla dipendenza dal fumo* (De Vecchi, 2008), *Stop alla dipendenza dall'eroina* (De Vecchi, 2008), *Stop alla dipendenza dall'alcol* (De Vecchi, 2009), *Dipendenze dal piacere e autoterapia* (Edizioni Psiconline, 2013) *Droghe Ricreative, Le life skills per crescere in-dipendenti* (coautore E. Magni, FrancoAngeli, prima edizione 2010, nuova edizione 2016).



# ALCOVER®

sodio oxibato

175 mg/ml soluzione orale • flacone 140 ml corredato di misurino dosatore • 12 flaconi 10 ml



**CLASSE H:** Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - RNRL  
1 flacone 140 ml: €33,60 • 12 flaconi 10ml: €32,39

Depositato presso AIFA il 06/05/2019 MP2019/005



## Comunicato stampa

**Giornata internazionale sulle droghe, tre richieste alle istituzioni Cnca, Fict, Federserd, Intercear e Sitd: “Conferenza nazionale sulle droghe, Livelli essenziali e revisione della Legge 309 sono tre punti cruciali e non rinviabili”**

Roma, 25 giugno 2019

Cnca, Fict, Federserd, Intercear e Sitd – riunite a Roma in un convegno in occasione della Giornata internazionale sulle droghe che si celebra ogni anno il **26 giugno** – lanciano, nuovamente, tre richieste alle istituzioni e alla politica:

1. Avviare al più presto un tavolo di confronto nazionale per preparare una grande, partecipata Conferenza nazionale sulle droghe, con l’obiettivo di ripensare – insieme – il sistema di intervento.
2. Applicare realmente i Livelli essenziali di assistenza per Ser.D., comunità, riduzione del danno, gioco d’azzardo patologico, assicurando la necessaria copertura finanziaria.
3. Aprire un processo di revisione della legge sulle droghe 309, del tutto inadeguata. Un processo aperto, pragmatico, innovativo.

Mentre, infatti, l’interesse di alcuni partiti rimane concentrato solo sulla cannabis, i dati ci dicono che dobbiamo fare i conti con il

ritorno dell’eroina, un aumento delle overdose, un impressionante numero di nuove sostanze psicoattive, modi inediti di procurarsi le sostanze come il dark web.

È urgente che istituzioni e forze politiche facciano i conti con la realtà del fenomeno droghe invece di ignorarlo o, peggio, utilizzarlo per conquistare consenso riproponendo la vecchia ricetta, totalmente fallimentare, della sola repressione.

Per fare un esempio, sappiamo che è in crescita il numero dei minorenni e dei giovani adulti con dipendenza da eroina.

Si tratta di una parte di popolazione che viene allettata con dosi da 5-10 euro e che non è sufficientemente consapevole dei rischi di contagio da Hiv, overdose e di altri possibili danni.

Cosa gli proponiamo? Le comunità pensate per gli adulti? Ci sono tante domande e bisogni che il sistema di intervento non è in grado di affrontare in maniera adeguata.

Per queste ragioni le organizzazioni sopra citate si impegnano a promuovere una campagna di sensibilizzazione culturale e politica, oltre che di natura tecnica, a livello territoriale e nazionale, che si propone di elaborare proposte condivise per riscrivere il sistema di intervento sulla base dei principi di accoglienza e non stigmatizzazione delle persone tossicodipendenti.



aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

### Direttivo Nazionale

Pietro Fausto D’Egidio (presidente)  
 Roberta Balestra (vicepresidente)  
 Guido Faillace (segretario esecutivo)  
 Alessandro Coacci e Alfio Lucchini (past president)  
 Giancarlo Ardissoni, Luigi Bartoletti,  
 Rosalba Cicalò, Edoardo Cozzolino,  
 Francesco De Matteis, Massimo Diana,  
 Donato Donnoli, Giuseppe Faro,  
 Paola Fasciani, Mara Gilioni, Maria Luisa Grech,  
 Debora Lageder, Fernanda Magnelli,  
 Antonella Manfredi, Nicola Marrollo,  
 Felice Nava, Marco Riglietta, Gianna Sacchini,  
 Giorgio Serio, Paola Trotta, Concettina Varango,  
 Franco Zuin, Margherita Taddeo

### Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)  
 Massimo Diana e Marco Riglietta (vicedirettori)

### RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI “SOCIO ORDINARIO”

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a **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 2020 - 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 2020
  - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di **SOCIO ORDINARIO** per l'anno 2020
- 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 \_\_\_\_\_