

**FeDerSerD**

# informa

n.14

Abstracts Comunicazioni Orali

Ottobre 2010

IV CONGRESSO NAZIONALE A  
PARTECIPAZIONE INTERNAZIONALE

## **consumi e dipendenze**

mito  
evidenze scientifiche  
realtà organizzative

12-13-14-15 ottobre 2010

**Palazzo dei Congressi**  
RIVA del GARDA - Trento

## COMUNICAZIONI ORALI presentate nella seconda e quarta sessione congressuale di mercoledì 13 ottobre, nell'ambito del IV Congresso Nazionale FeDerSerD:

Un nuovo contesto relazionale può accrescere il livello di motivazione al cambiamento in pazienti in terapia a mantenimento: esperienza Ser.T di Cava dei Tirreni  
Amato P., Baselice A., Budetta F., Mainenti F., Croce C., D'Acunzi L., Ferrara R., Palumbo S., Armenante C. pag. 1

Individuazione e confronto dei disturbi di personalità in un campione di soggetti con dipendenza da sostanze e gambling  
Auriemma F., Barretta V., Garofano R., Siconolfi M., Liquido F., Suma A., Moschetta R.F., Tornincasa M. pag. 2

Monitoraggio dell'utenza di un Centro Antifumo della Città di Napoli per l'anno 2009  
Topa M., Marguccio E., Franco T., Piccolo L., D'Onofrio L., Zappulla A., Fuscone A., Spalice R., Baldassarre C. pag. 4

HCV: prevalenza, fattori di rischio e risposta al trattamento in pazienti alcoldipendenti. Analisi dei dati preliminari dello studio GUM  
Borroni G., Bravin S., Bosticco E., Affini G.F., Gasparini G.L., Manzato E., Richini M., Torroni M., Toux M., Nava F. pag. 5

La presa in carico dell'adolescente con problematiche di dipendenza: l'esperienza del Centro per le Dipendenze Giovanili dell'Az. ULSS 7 - Regione Veneto  
Capuani M., Cenedese C. pag. 7

Dipendenze patologiche in ambito lavorativo: esperienza del Ser.T di Pomigliano d'Arco (NA)  
Cassese F., Gallo M., Perillo A., Esposito G. pag. 9

Un'esperienza di applicazione clinica della DBT (Dialectical Behavior Therapy) nell'ambito delle dipendenze patologiche  
Lo Sasso D., Leonia M. (per lo Staff DBT); Masullo T., Cozzolino E., Gatti R.C. pag. 11

Monitoraggio dell'infezione da HIV in tossicodipendenti assistiti dal Ser.T della ASL Napoli 1 Centro  
Curcio F., Siconolfi M., De Rosa G., Baldassarre C., Sansone M., Filippini P. pag. 14

Dall'assessment psicologico al trattamento: esperienze cliniche e percorsi concettuali nella cura del cocainismo  
D'Ambrosi A., Celani D., Di Stefano A., D'Andrea A. pag. 16

Studio preliminare per la realizzazione di un sistema per il monitoraggio delle terapie farmacologiche e valutazione dell'outcome  
Gomma M., Serpelloni G., Genetti B., Zermiani M., Gruppo di collaborazione mfp-DPA pag. 18

Il progetto alcolologico della ASL 1 Imperiese tra territorio e residenzialità: aspetti epidemiologici  
Hinnenthal I., Boselli P., Di Mola C., Ardisson G., Taccagno M. pag. 20

Indagine conoscitiva sulla compliance del paziente in trattamento con buprenorfina, misuso/diversione, resistenze al cambiamento: esperienza di alcuni servizi del Lazio  
Caliendo C., Consoli C., Giannantonio M.G., Marino A., Scuderi G. pag. 21

"Terre di Mezzo". Servizio 'ponte' tra il territorio e gli altri servizi rivolto agli adolescenti e alle loro famiglie  
Mazzo M., Rossi M.A., Negrisola R., Andreotti L., Toniolo E. pag. 22

Valutare il Rischio - Prevenire la Ricaduta  
MANEMOS: uno Strumento di Autovalutazione per i Consumatori di Alcol e Cocaina  
Manera E., Mosti A. pag. 24

Quanto tempo impiegano le persone con problemi di addiction ad arrivare ai servizi e quali variabili influenzano questo intervallo di tempo?  
Brigada R., Ponzio M., Perotti P., Panzarasa A., Verri A., San Bartolomeo P., Priora C., Belfiore G., Pegoraro M., Iannello G., Mariani S. pag. 25

Il consumo alcolico nelle donne in gravidanza in un'area locale italiana (Az.ULSS9 di Treviso - Regione Veneto, Italia): i risultati di uno studio conoscitivo  
Riscica P., Bazzo S., Moino G., Battistella G. pag. 27

LINEAVERDEDEROGA  
Sorrentino C., Bevacqua T. pag. 28

Il poliabuso nella popolazione generale e in quella scolarizzata di un'ASL in provincia di Milano  
Strepparola G., Molinaro S., Siciliano V., Potente R., Salviati S., Crescini D., Mason E., Pennisi G., Caminiti C., De Rossi C., Meconi A. pag. 30

Gioco problematico: individuazione e trattamento nel programma residenziale breve "Villa Soranzo"  
Vanini S., Bergamo M., Sgualdini E., Hinnenthal I., Cibin M. pag. 32

Dipendenze da sostanze legali e da gioco patologico nella Azienda Sanitaria Territoriale di Trieste: la permeabilità del servizio con il territorio come priorità della cura  
Ticali S., Ciarfeo Purich R., Vegliach A., Cricenti O. pag. 34

Mappe Sociali: Migranti e Dipendenti nella provincia di Caserta  
D'Amore A., Grassini C. pag. 36

Smettere di fumare? Un percorso, non un evento.  
Perillo A., Ambrosino M., Cassese F. pag. 38

Una nuova scheda per la valutazione dei trattamenti con agonisti parziali?  
Studio Multicentrico Ser.T Campagna: primi risultati  
Amato P. pag. 39

La solitudine nei giovani e giovanissimi, stili di vita e responsabilità. Il rapporto con gli animali come scuola di vita  
Franco M., Mariotti C., Setti E., Varni D., Lunaschi L., Lamanuzzi M., Mariotti A., Garavelli G., Cozzolino E., Poma L. - Associazione "Il Mosaiko Kids" pag. 40

Terapia familiare del gioco d'azzardo  
Corrieri U. pag. 42

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

ANNO IX, 2010 - N. 30  
Proprietà: FeDerSerD  
Sede legale  
Via Giotto 3,  
20144 Milano

Comitato di Direzione  
Direttivo nazionale  
FeDerSerD

Direttore scientifico  
Alfio Lucchini

Comitato di Redazione  
Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone, Giovanni Strepparola, Cinzia Assi

Sede operativa e  
Redazione Mission  
Via Martiri Libertà 21,  
20066 Melzo (Mi)  
tel. 3356612717  
missiondirezione@  
virgilio.it

Direttore responsabile:  
Stefano Angeli

Copyright by  
FrancoAngeli s.r.l.  
Milano

Poste Italiane Spa  
Sped. in Abb. Post.  
D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004  
n. 46)  
art. 1 comma 1 - DCB  
Milano Autorizzazione  
Tribunale  
di Milano n. 131  
del 6 marzo 2002

Edizione fuori commercio

In copertina: immagine tratta da Fortunato Depero - Solidità di cavalieri (Solidità di cavalieri erranti), 1927, Museo di Arte Contemporanea di Trento Rovereto

1

## UN NUOVO CONTESTO RELAZIONALE PUÒ ACCRESCERE IL LIVELLO DI MOTIVAZIONE AL CAMBIAMENTO IN PAZIENTI IN TERAPIA A MANTENIMENTO: ESPERIENZA SER.T DI CAVA DEI TIRRENI

Amato P.\*, Baselice A., Budetta F., Mainenti F.,  
Croce C., D'Acunzi L., Ferrara R., Palumbo S.,  
Armenante C.

*\*Azienda Sanitaria Locale Salerno U.O. SER.T di Cava dei  
Tirreni Distretto N°63*

### INTRODUZIONE

Diverse sono le variabili in grado di influenzare la motivazione al cambiamento in pazienti in terapia a mantenimento. Il contesto relazionale e in particolare la relazione con l'operatore può accrescere o ridurre il livello di motivazione e quindi può influenzare l'esito stesso del trattamento.

### MATERIALI E METODI

Nell'ambito del piano di rientro della spesa sanitaria della nascente ASL SALERNO costituita dalle ASL SA1-SA2 - SA3 e della omogeneizzazione delle competenze territoriali dei SER.T esistenti, l'U.O. SER.T di Cava dei Tirreni ha acquisito la competenza sul Distretto Sanitario N°67 che comprende Mercato San Severino, Fisciano, Baronissi. Circa 107 pazienti in trattamento cronico a mantenimento di cui 97 in terapia con metadone (93 maschi e 4 femmine; età media 33 anni; durata media di tossicodipendenza 12 anni, dosaggio medio di metadone 77,35 mg), 7 in terapia con buprenorfina/naloxone (7 maschi, età media 35 anni, durata media di tossicodipendenza 13 anni, dosaggio medio di 10 mg) 3 in terapia con alcover (2 maschi e 1 femmina, età media 40 anni, durata media di assunzione di alcool 16 anni, dosaggio medio di 50 mg) sono stati trasferiti da un SER.T limitrofo e sottoposti alla nostra attenzione e terapia. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a raccolta anamnestica, esame obiettivo, esami ematochimici e tossicologici a cadenza settimanale.

### RISULTATI

Nei quattro mesi di osservazione abbiamo ottenuto una riduzione del dosaggio di metadone nel 37,23% dei pazienti, un'aumento del dosaggio di metadone nell'8,5%, un passaggio dalla terapia con metadone alla terapia con buprenorfina/naloxone in 2 pazienti, una riduzione della positività agli oppiacei nel 4,35% dei pazienti.

### DISCUSSIONE

Nel setting di valutazione clinica la riflessione sulla cro-

nicità è stato il nostro punto di partenza e l'introduzione del tempo come unità di misura nel nuovo percorso terapeutico è stato di grosso aiuto per i pazienti che hanno cominciato a fare nuove previsioni, stabilire delle scadenze, di dare e darsi degli end-points. Pochi pazienti hanno attivato sistemi difensivi e/o seduttivi. La maggioranza ha, dopo una prima fase di resistenza dovuta al cambio, accettato tutte le procedure burocratiche, diagnostiche e si sono sottoposti a tutte le misure di esito (in particolare gli esami tossicologici urinari settimanali). La relazione con i nuovi operatori nella maggioranza ha accresciuto il grado di consapevolezza, ha aumentato il desiderio di cambiamento, ha spinto a rivalutare adeguatamente le proprie risorse e a definire nuove strategie terapeutiche e comportamentali. Le misure di esito ne danno conferma.

### CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

In merito al processo di lavoro da noi realizzato e a quello in corso di realizzazione ci siamo posti la domanda se un nuovo modello organizzativo per quanto riguarda i pazienti in trattamento a mantenimento può essere utile in un servizio e soprattutto alla luce di una nuova visione del trattamento visto da parte dei pazienti. L'aumento della motivazione ad intraprendere una strategia di cambiamento rispetto alle aree problematiche che erano state individuate nel precedente percorso terapeutico, così come osservata nella nuova utenza afferita al nostro servizio, ci ha stimolati a creare una nuova strategia organizzativa. Abbiamo deciso di organizzare nel nostro SER.T una sorta di turnover tra gli operatori soprattutto per quanto riguarda i pazienti che mostrano nel tempo scarsa consapevolezza, bassa motivazione o relazioni diventate difficili con gli operatori di riferimento. Al momento stiamo studiando le modalità e i tempi di rotazione del personale e valutando l'efficacia sul campo di alcuni strumenti di valutazione tra cui ricordiamo la scheda ODAS ottimo mezzo sistematico destinato alla valutazione dell'adeguatezza del dosaggio giornaliero di metadone.

## INDIVIDUAZIONE E CONFRONTO DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ IN UN CAMPIONE DI SOGGETTI CON DIPENDENZA DA SOSTANZE E GAMBLING

Auremma F.\*, Barretta V.\*\*, Garofano R.\*\*\*, Siconolfi M.\*\*\*\*, Liquido F.\*\*\*\*\*, Suma A.\*\*\*\*\*, Moschetta R.F.\*\*\*\*\*, Tornincasa M.\*\*\*\*\*

\*Psichiatra, Dirigente Medico Responsabile U.O. Ser.T25 ASL Na1 - Centro,

\*\* Specialista Ambulatoriale Psichiatria U.O. Ser.T25 ASL Na1 - Centro,

\*\*\*Dirigente Medico U.O. Ser.T25 ASL Na 1 - Centro,

\*\*\*\*Dirigente Medico Responsabile U.O. Ser.T30 ASL Na1 - Centro,

\*\*\*\*\* Psicologi Tirocinanti U.U.O.O. Ser.T 25-30 ASL Na1 - Centro

I Disturbi di Personalità, categorizzati nel DSM IV quali Disturbi di Asse II, sono un importante capitolo della Psichiatria con un'ampia diffusione nella popolazione generale ed appaiono essere frequentemente correlati ad altre complesse sindromi inerenti l'abuso di sostanze ed il Gambling. Essi, infatti, oltre ad aggravare, molto spesso, la maggior parte delle sindromi psichiatriche di Asse I, rappresentano (assieme ai Disturbi del Tono dell'Umore) la principale categoria di disturbi psichiatrici in associazione al Disturbo da Uso di Sostanze. In particolare, i Disturbi di Personalità Cluster B (Antisociale, Border-line, Istrionico ecc.) sono frequentemente presenti nei pazienti con abuso patologico di cocaina ed in misura minore nella dipendenza da oppiacei. L'approccio terapeutico nei confronti dei DP risulta essere spesso solo parzialmente efficace, sia che si prediliga una strategia psicoterapica sia che si affronti il problema con la farmacoterapia. Negli ultimi anni, gli operatori dei Ser.T si sono trovati ad affrontare sempre più frequentemente, oltre alle patologie legate all'abuso di sostanze, nuove forme di dipendenza. Tra queste, il Gioco d'Azzardo Patologico (G.A.P.) è quella in crescente aumento. Nel nostro Ser.T DSB 25, in collaborazione con un altro Servizio per le Tossicodipendenze di Napoli (Ser.T DSB30) è stato attivato, dal mese di Ottobre 2010, un Servizio per la diagnosi e la terapia del Gioco d'Azzardo Patologico così strutturato: presa in carico dell'utente e somministrazione del Test SOGS (per valutare la gravità dell'assuefazione al gioco); rilevazione dell'eventuale compresenza di D.P. attraverso l'intervista clinica strutturata SCID-II e il questionario MMPI II. Oltre all'inquadramento psico-diagnostico degli utenti, viene valutata anche la condizione medico/psichiatrica attraverso visita specialistica e considerata la possibilità di un'eventuale terapia farmacologica anti-craving e/o un percorso di psicoterapia (breve o di gruppo). Nell'ambito della valutazione clinico-psichiatrica e psicologica, confortati dai risultati ottenuti ai test e con-

cordi con la più recente letteratura, abbiamo osservato che il Gambling può essere considerato a tutti gli effetti una dipendenza che ha caratteristiche uguali a quelle riscontrate nella Tossicodipendenza da Sostanze come la sindrome da astinenza ed il craving (la similitudine si apprezza soprattutto nel confronto GAP-Cocaina). Il Gambling può inoltre presentarsi in associazione a diversi Disturbi di Personalità. L'obiettivo di questo studio è quello di evidenziare i D.P. più spesso associati al G.A.P. e la possibile correlazione coi più frequenti D.P. rilevati nella Tossicodipendenza da Cocaina e da Oppiacei. Il confronto tra tali parametri è stato effettuato tramite la somministrazione della SCID-II (strutturata per rilevare i disturbi dell'asse II del DSM-IV) ad una popolazione di utenti afferenti al servizio così composta:

- n° 15 pazienti che alla somministrazione del SOGS risultavano giocatori patologici. Tali soggetti erano in trattamento da circa sei mesi.

Dei 15 soggetti con diagnosi primaria GAP, 10 non presentavano dipendenza da sostanza, 2 presentavano co-dipendenza da cocaina, 2 uso problematico di alcol, 1 è stato inquadrato come poliabusatore (uso, non contemporaneo di cannabis, alcol e cocaina in modo discontinuo).

- n°30 utenti in carico al Servizio con Dipendenza da Sostanze di cui 15 con dipendenza da Cocaina e 15 con dipendenza da Eroina.

In questi due gruppi di pazienti l'Eroina o la Cocaina rappresentavano le sostanze di uso primario. Tali pazienti erano tutti in trattamento farmacologico e psico-sociale integrato.

Sono stati esclusi dal campione i pazienti con Dipendenza da Alcol per difficoltà nel reclutamento (sarebbe utile una ricerca per approfondire le similitudini tra alcolisti e giocatori d'azzardo, vista l'elevata frequenza di soggetti affetti da Gambling che sono anche alcolisti e viceversa).

### RISULTATI

Dalla somministrazione della SCID-II ai 45 utenti selezionati sono emersi i seguenti disturbi:

#### A) Gruppo Gambling (15 pz.):

Depressivo presente in 5 sogg; Schizoide presente in 2 sogg; Evitante presente in 1 sogg;

Passivo-Aggressivo presente in 4 sogg; Antisociale presente in 2 sogg; Istrionico presente in 1 sogg; Ossessivo-Compulsivo presente in 3 sogg.

All'interno di questo gruppo un solo soggetto risultava negativo alla SCID-II, mentre gli altri disturbi di personalità considerati dal test non risultavano essere rappresentati.

#### B) Gruppo Cocaina (15 pz.)

Depressivo presente in 2 sogg; Evitante presente in 1 sogg; Passivo-Aggressivo presente in 3 sogg; Antisociale presente in 4 sog; Istrionico presente in 2 sogg; Ossessivo-Compulsivo presente in 4 sogg; Paranoide presente in 1 sogg; Narcisistico presente in 3 sogg; Dipendente presente in 1 sogg; Borderline presente in 3 soggetti.

All'interno di questo gruppo 4 soggetti risultavano negativi alla SCID-II, mentre gli altri disturbi di personalità considerati dal test non risultavano essere rappresentati.

#### C) Gruppo Eroina (15 pz.)

Evitante presente in 3 sogg; Antisociale presente in 3 sogg; Borderline presente in 5 sogg.

All'interno di questo gruppo 6 soggetti risultavano negativi alla SCID-II, mentre gli altri disturbi di personalità considerati dal test non risultavano essere rappresentati.

### DISCUSSIONE

Analizzando i risultati del nostro studio, per quanto riguarda il gruppo dei giocatori d'azzardo è emerso che i disturbi maggiormente rilevati sono il Depressivo (5 sogg.) ed il Passivo-Aggressivo (4 sogg.).

Facendo una comparazione con il gruppo dei cocainomani, notiamo che il D. Passivo-Aggressivo è altrettanto rappresentato (3 Sogg.) al contrario del D. Depressivo che invece appare meno presente.

Si evidenzia, quindi un'importante differenza rispetto al gruppo GAP (5 sogg.) ed una possibile spiegazione potrebbe essere che il gioco d'azzardo rappresenti un tentativo di sfuggire ad un disturbo dell'umore, una sorta di fuga da una realtà vissuta come difficile e sgradevole (Marazziti e Ravizza 2000). Nel gruppo dei soggetti cocainomani, invece, potrebbe sorprendere la ridotta presenza del Disturbo Depressivo stesso, soprattutto tenendo conto del fatto che dal punto di vista clinico è spesso possibile rilevare una sindrome depressiva. È quindi possibile che nei soggetti cocainomani la Depressione Clinica sia in qualche modo correlabile con l'uso della sostanza e che non rappresenti, come il gioco d'azzardo, un tentativo di evitare emozioni spiacevoli.

La presenza del disturbo Passivo-Aggressivo ugualmente ben rappresentato in entrambi i gruppi (GAP e Cocaina) potrebbe stimolare alcune riflessioni. La frequente presenza nella vita di questi soggetti di intensi conflitti interpersonali e di vissuti di fallimento verosimilmente correlati con l'organizzazione di personalità potrebbe indurli a percepirsi inadeguati rispetto alla capacità di rispondere alle richieste dell'ambiente ed anche in questo caso si realizzerebbe una sorta di fuga attuata attraverso il gioco o l'uso della sostanza. Ultima notazione degna di interesse è il fatto che nel gruppo dei soggetti consumatori di Eroina si rileva in generale una bassa incidenza dei Disturbi di Asse II, ciò concorda con l'impressione spesso espressa dai clinici esperti legata al fatto che i soggetti eroinomani si presentano più sani dal punto di vista psicopatologico. Per le ulteriori analisi dei risultati dello studio si rimanda al lavoro completo.

### CONCLUSIONI

L'elevato numero di disturbi di Asse II rilevati dalla nostra indagine suggerisce con forza la necessità di un'attenta valutazione psicopatologica con questo tipo di dipendenze, soprattutto orientata all'individuazione di peculiari organizzazioni di personalità. Da tali premesse deriva la necessità di considerare con attenzione i me-

canismi psicopatologici correlati anche allo scopo di individuare strategie terapeutiche che, tenendo conto di questi elementi, consentano di raggiungere obiettivi più ampi e duraturi nel tempo.

3

## MONITORAGGIO DELL'UTENZA DI UN CENTRO ANTIFUMO DELLA CITTÀ DI NAPOLI PER L'ANNO 2009

Topa M.\*, Marguccio E.\*\*, Franco T.\*\*\*,  
Piccolo L.\*\*\*\*, D'Onofrio L.\*\*\*\*, Zappulla A.\*\*\*\*,  
Fuscone A.\*\*, Spalice R.\*\*\*\*\*, Baldassarre C.\*\*\*\*\*

ASL Napoli 1 Centro - Centro Clinico Dipendenze Patologiche

\*Dirigente Medico - Referente Centro Antifumo

\*\*Dirigente Medico

\*\*\*Dirigente Sociologo - Responsabile S.S. Valutazione e Monitoraggio Dipartimento Farmacodipendenze

\*\*\*\*Infermiere Professionale

\*\*\*\*\*Dirigente Psicologo

\*\*\*\*\*Direttore S.C. Tutela della Salute Dipartimento Farmacodipendenze.

### Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito il fumo di tabacco la prima causa evitabile di malattia e morte. Si stima che il fumo è responsabile del 90% dei tumori polmonari, del 70% dei casi di bronchite cronica ed enfisema e del 25% dei casi di malattie coronariche. Anche per il fumo passivo è dimostrato un aumento di rischio di tumore polmonare e di malattie coronariche; il fumo in gravidanza aumenta del 28% il rischio di aborto spontaneo e del 45% di morte intrauterina. Si stima che in Italia i decessi per cause tabacco-correlate siano circa 80.000/anno a fronte dei 40.000/anno per alcool e di un picco massimo di overdose da sostanze illecite pari a circa 3.000 nel 1997. In Italia il fumo di tabacco è disciplinato dall'Art. 51, Legge n 3, del 16 Gennaio 2003, ed è promosso un Progetto Nazionale del Ministero della Salute "Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale a quella aziendale" al quale la Regione Campania ha aderito, con nota prot. 0740059 del 3 Settembre 2007. La piattaforma organizzativa, denominata "Azione Tabagismo" prevede l'istituzione di Centri Antifumo, tra i quali è stato identificato il Centro Clinico del Dipartimento Farmacodipendenze della ASL Napoli 1 Centro, che è attivo sin dal 2000, è stato in seguito iscritto nel Registro Regionale Area Programmi per le Dipendenze dal febbraio 2009.

### Obiettivi

Gli obiettivi dei Centri Antifumo: a) Prevenzione dell'abitudine tabagica. b) Diagnosi e cura del tabagismo. Le azioni sono differenziate per livelli: 1) *ruolo d'esempio* del personale sanitario, in particolare delle Sentinelle Antifumo, nel promuovere stili di vita sani essere non fumatori o comunque non fumare mai in presenza degli

utenti. 2) *consiglio breve*, come pratica ordinaria e diffusa da parte degli operatori sanitari nei confronti dei fumatori. 3) *counselling antifumo* ed eventuale presa in carico del paziente tabagista da parte dei MM.MM.GG. finalizzata alla cessazione tabagica. 4) *ruolo dei farmacisti* nel sensibilizzare i fumatori a smettere e nell'informazione sull'offerta di servizi dedicati, presenti sul territorio. B) Secondo livello: attività dei Centri antifumo, integrate e sinergiche con le azioni previste nel primo livello. La struttura funzionale opera secondo un modello di lavoro multidisciplinare integrato tra i Servizi specialistici presenti sul territorio, (Ser.T, Pneumologia, Cardiologia, Medicina Interna, Dipartimento di Prevenzione, altro). Svolge attività di consulenza per l'attuazione di programmi di prevenzione dell'abitudine al fumo rivolti ai giovani.

### Risultati

Nell'anno 2009 in totale hanno avuto accesso al Centro Antifumo del Centro Clinico 103 utenti. Di cui 71 nuovi iscritti (il 69% del totale), reiscritti 32 (31%); il 64% (66) degli assistiti sono maschi ed il 36% (37) femmine. I dati relativi alle fasce d'età mostrano che il 15% dei soggetti hanno tra 15 e 24 anni; il 40% sono tra i 25 ed i 44 anni e la fascia più rappresentata (42%) è quella tra i 45 - 64 anni. Il 3% degli assistiti ha più di 65 anni. La scolarità è così rappresentata: il 5% ha conseguito il diploma di scuola elementare; il 46% ha il diploma di scuola media inferiore, il 40% ha diploma di scuola media superiore ed il 9% ha conseguito la laurea. L'analisi della condizione professionale mostra che il 24% è disoccupato; il 17% studente/casalinga; l'11% pensionato/a ed il 48% è occupato a vario titolo. Il 61% degli assistiti è coniugato/a o convivente; il 25% separato/a; il 10% celibe/nubile ed il 4% vedovo.

I risultati della coorte relativi all'utilizzo di tabacco: 59 sono fumatori senza altri fattori di rischio; 23 fumatori portatori di altri fattori di rischio (diabete, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, obesità); 19 portatori di malattia correlata al fumo (B.P.C.O., esposizione lavorativa e/o ambientale); 17 con altre dipendenze patologiche (tossicodipendenza - alcolismo); non sono presenti donne fumatrici in gravidanza.

Il 7% fumava <15 sigarette/die; il 43% 15 - 24 sigarette/die; il 50% più di 25 sigarette/die. Relativamente ai trattamenti, tutti i pazienti hanno effettuato counselling; 99 hanno praticato l'agopuntura auricolare; 17 hanno utilizzato trattamenti farmacologici; 22 hanno ricevuto supporto psicologico e 7 psicoterapia.

Recentemente è stata introdotta la somministrazione del TEMPS-M, scala che misura i temperamenti affettivi, al fine di ottimizzare la selezione dei soggetti per il trattamento con vareniclina (Champix®) in quanto, in recenti studi USA, è stato evidenziato un aumento di comportamenti auto lesivi, fino ad atti suicidari, in pazienti depressi che utilizzavano tale molecola per il trattamento del tabagismo.

### Conclusioni

L'analisi della tipologia di invio evidenzia che occorre migliorare il coinvolgimento da parte dei Medici di Medicina Generale, in quanto gli invii tramite tale canale risultano scarsi. Nel corso dell'anno 2009, il Centro Antifumo ha svolto la propria attività in risposta ad una platea di utilizzatori le cui caratteristiche più frequenti sono: età media di circa 50 anni, scolarità medio-elevata ed occupato lavorativamente; circa il 90% dei pazienti ha dichiarato di fumare prima del trattamento più di un pacchetto di sigarette al giorno.

Tuttavia appare evidente che la richiesta di supporto proviene da una utenza ampia dal punto di vista socio demografico e culturale. Inoltre è il caso di evidenziare, come già in premessa, la importanza delle patologie correlate al fumo di tabacco che comportano un enorme costo sanitario in termini di terapie, giorni di lavoro perduti lavorativamente, vite umane. La prevenzione, da effettuare nelle fasce di età più precoci, e la terapia del tabagismo possono contribuire al risparmio sanitario in termini rilevanti. Occorre dunque identificare le terapie più efficaci; in tal senso appare necessario utilizzare le risorse disponibili effettuando terapie multidisciplinari integrate.

4

## HCV: PREVALENZA, FATTORI DI RISCHIO E RISPOSTA AL TRATTAMENTO IN PAZIENTI ALCOLDIPENDENTI. ANALISI DEI DATI PRELIMINARI DELLO STUDIO GUM

Borroni G.\*, Bravin S.\*\*, Bosticco E.\*\*\*, Affini G.F.\*\*\*\*,  
Gasparini G.L.\*\*\*, Manzato E.\*\*\*\*\*, Richini M.\*\*\*\*\*,  
Torrioni M.\*\*, Toux M.\*\*\*\*\*, Nava F.\*\*\*\*\*

\*NOA di Abbiategrasso, Milano

\*\*Ser.T di Gorgonzola, Milano

\*\*\*Ser.T di Ivrea, Torino

\*\*\*\*Ser.T di Parma

\*\*\*\*\*Ser.T di Zevio, Verona

\*\*\*\*\*Ser.T della Vallecamonica, Brescia

\*\*\*\*\*Ser.T di Aosta

\*\*\*\*\*Ser.T di Castelfranco Veneto, Treviso

### Introduzione

Dalla scoperta del virus dell'epatite C (HCV) una grande attenzione è stata posta alle sue interazioni con l'abuso di alcol, in particolare per quanto riguarda gli aspetti epidemiologici e gli effetti della loro concomitante presenza sulla storia naturale dell'epatopatia. L'infezione da HCV e l'abuso di alcol rappresentano, singolarmente e in associazione, l'agente eziologico di oltre l'80% delle epatopatie croniche nella popolazione generale italiana. Come conseguenza, la coesistenza di abuso alcolico e infezione da HCV rappresenta un evento relativamente frequente: una storia di abuso alcolico è evidente nel 30-60% dei pazienti con infezione cronica da HCV e la prevalenza di anticorpi anti-HCV tra gli abusatori di alcol risulta significativamente più elevata rispetto a quanto osservabile nella popolazione generale, in particolare quando vengono considerati pazienti epatopatici (16% vs >40%). L'elevata frequenza di pazienti con storia di tossicodipendenza per via endovenosa rappresenta sicuramente un fattore in grado di spiegare l'alta prevalenza di infezione da HCV nei soggetti con dipendenza da alcol, anche se l'osservazione di una correlazione tra elevata prevalenza di infezione da HCV ed abuso di alcol in soggetti senza storia di tossicodipendenza suggerisce la possibilità che altri fattori correlati all'abuso di alcol possano favorire il contagio con HCV. Infine, l'abuso di alcol non solo influisce negativamente sulla storia naturale dell'infezione cronica da HCV, determinando una più rapida progressione della malattia verso la cirrosi e la sue complicanze, ma condiziona anche una ridotta effectiveness della terapia antivirale. Nell'ambito del trattamento della dipendenza da alcol, l'identificazione dei soggetti maggiormente a rischio di infezione da HCV rappresenta quindi un obiettivo importante ai fini di una adeguata gestione del programma terapeutico.

**Scopo:** Indagare 1) la prevalenza di infezione da HCV in una popolazione di pazienti alcol-dipendenti, 2) i fattori ad essa associati e 3) la correlazione con la gravità dell'epatopatia.

**Pazienti e Metodi:** Lo studio rappresenta una sottoanalisi dei dati preliminari raccolti nell'ambito dello studio GUM (GHB Use and Misuse Study). Sono stati valutati 409 pazienti con diagnosi di dipendenza da alcol secondo i criteri del DSM IV consecutivamente trattati con Sodio Oxibato (Alcover) presso 6 di 10 Servizi di Alcologia coinvolti nello studio nel periodo 2005-2007. Tutti i pazienti sottoposti a screening per HCV-Ab sono stati inclusi nella successiva analisi statistica. I dati sulla frequenza di cronicizzazione della malattia e sull'esito del trattamento antivirale sono riferiti ad una popolazione più ristretta (179 pazienti) trattata presso un singolo centro aderente allo studio GUM.

Tabella 1. - *Caratteristiche Anagrafiche e Sociosanitarie dei 315 pazienti alcolodipendenti sottoposti a screening per HCV*

VARIABILE	HCV- n=269	HCV + n=46	(P=)
Età (media±ESM)	46,6±0,7	42,8±1,1	0,027*
Maschi (%)	203(75,5)	35(76,1)	0,928
Coniugati (%)	134(49,8)	18(39,1)	0,180
Scolarità Superiore (%)	68(25,4)	8(17,8)	0,272
Lavoro precario/disoccupati (%)	90(33,5)	25(54,3)	0,007*
Situazione abitativa stabile (%)	265(98,5)	44(95,7)	0,190
Tossicodipendenti[ero e/o coca](%)	56(20,8)	31(67,4)	0,0001*
IVDU (%)	5 (1,9)	23(50)	0,0001*
Alcol-Anni di abuso (media±ESM)	11±0,6	10,9±1,1	0,705
Diagnosi in Asse I e/o II [DSM](%)	144(59,8)	24(66,7)	0,428
Diagnosi in Asse III [DSM](%)	92(41,1)	33(75)	0,0001
AST elevate [UNL=30] (%)	168(63,2)	38(84,4)	0,005
ALT elevate [UNL=35] (%)	144(54,1)	34(77,3)	0,004
GGT elevate [UNL=30] (%)	190(71,4)	39(86,7)	0,032
Markers HBV[HBcAb±HBsAg](%)	87(21,5)	23(52,3)	0,0001
HIV-Ab (%)	3(1,2)	7(20)	0,0001

\* Variabili inserite nella regressione logistica multivariata

### Risultati

Lo screening per HCV è stato effettuato in 315 di 409 pazienti (77%). Il 14,6% dei soggetti indagati è risultato positivo per la ricerca dell'HCV-Ab. La ricerca dei markers dell'epatite B è stata effettuata in 313 (76,5%) pazienti ed una positività per marcatori di infezione attuale o pregressa è stata osservata nel 25,6% dei casi; tre pazienti (1%) sono risultati portatori dell'HBsAg. Lo screening per HIV-Ab è stato effettuato nel 71,4% dei casi e la prevalenza di infezione è risultata del 3,4%. Rispetto ai pazienti HCV-Ab-, nei soggetti HCV-Ab+ la prevalenza di epatopatia risultava significativamente più elevata (17 vs 70%, p=0,001), come pure i valori di AST (57,4±3,2 vs 87,3±8,2 U/L; p<0,001), ALT (51,2±2,3 vs 78,5±7,9 U/L; p<0,001) e GGT (161,5±13,7 vs 305±51 U/L; p<0,001). La Tabella 1 riporta le caratteristiche anagrafiche e sociosanitarie dei 315 pazienti inclusi nello studio, suddivisi in base alla presenza o meno di positività per HCV-Ab. Delle 4 caratteristiche che all'analisi univariata mostravano una correlazione statisticamente significativa con l'aumentato rischio di infezione da HCV (Tabella 1), solo la storia di tossicodipendenza e.v.,

attuale o pregressa, è risultata indipendentemente correlata ad un aumentato rischio di contrarre l'infezione da HCV (OR:27,59; CI95%:8,02-94,94; p<0,00001). La gravità dell'epatopatia si è dimostrata correlata in maniera significativa con la prevalenza di infezione da HCV: 6,5% nei soggetti senza evidenti segni clinici o biochimici di epatopatia, 40% nei soggetti con epatopatia senza evidenza di cirrosi, 50% nei pazienti con cirrosi epatica. Nei pazienti epatopatici, l'età più avanzata (p=0,006) e la positività per HCV-Ab (p=0,005), ma non la durata e l'entità dell'abuso alcolico rappresentavano fattori predittivi indipendenti di cirrosi epatica. La ricerca dell'HCV-RNA effettuata in un sottogruppo di 26 pazienti HCV-Ab positivi seguiti presso un singolo centro, ha dimostrato una frequenza di cronicizzazione del 92,7%. In 18 pazienti (75%) l'infezione era sostenuta da genotipi HCV 2 e 3. In tutti i pazienti è stata effettuata una valutazione finalizzata ad un eventuale trattamento antivirale. 11 pazienti (45,8%) sono stati esclusi dal trattamento, in 5 casi (45,5%) per controindicazioni direttamente correlate alla condizione di dipendenza ed in 6 casi (54,5%) per la concomitante presenza di altre patologie (4 pazienti) o per scarsa compliance (2 pazienti). Dei 13 pazienti risultati eleggibili al trattamento antivirale 2 lo hanno rifiutato, 2 hanno abbandonato prima dell'inizio. Il 37,5% (9/24) di pazienti con diagnosi di dipendenza da alcol e infezione cronica da HCV ha iniziato un trattamento con interferone pegylato in associazione con ribavirina. Una risposta virologica sostenuta è stata osservata in 5 dei 9 pazienti trattati. Il trattamento dell'infezione da HCV in questa tipologia di pazienti ha dimostrato un'efficacia del 55,5% ed un'effectiveness del 20,8% (5/24 pazienti).

### Conclusioni

Questo studio dimostra che oltre il 75% dei pazienti con dipendenza da alcol che effettuano un trattamento con Sodio Oxibato presso un Servizio di Alcologia viene sottoposto a screening per virus epatitici, una frequenza sorprendentemente alta, soprattutto se confrontata con i risultati di un recente studio su 2582 tossicodipendenti seguiti presso 87 Ser.T italiani, in cui solo il 50,2% di pazienti risultava essere stato sottoposto a screening per HCV. L'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa è risultato l'unico fattore correlato ad un aumentato rischio di infezione da HCV. Il riscontro di una correlazione diretta tra la prevalenza di infezione da HCV e la gravità della malattia epatica, così come il dato di un aumentato rischio di cirrosi tra i pazienti HCV positivi, confermano il ruolo primario esercitato dall'HCV sulla storia naturale dell'epatopatia nei pazienti con dipendenza da alcol. Infine, questi dati sembrerebbero dimostrare, con le cautele legate alla bassa numerosità dei pazienti analizzati, che nei soggetti alcolodipendenti il trattamento con PEG-IFN e ribavirina non sia gravato da maggiori effetti collaterali o da una ridotta frequenza di risposta rispetto a quanto osservato in pazienti non-alcolodipendenti. Al contrario, la frequenza di esclusione dal tratta-

mento antivirale (80%) appare decisamente più elevata rispetto a quanto riportato nella popolazione generale: 68%, che scende al 48,5% nei pazienti con meno di 65 anni. Lo studio, che rappresenta il primo del genere condotto in una popolazione di soggetti alcolodipendenti, oltre a fornire una quantificazione della prevalenza dell'infezione HCV in questa popolazione, suggerisce l'importanza del trattamento antivirale e del management clinico dei pazienti alcolodipendenti con infezione da HCV.

*Lo studio è stato supportato dal Laboratorio Farmaceutico CT di Sanremo.*

## LA PRESA IN CARICO DELL'ADOLESCENTE CON PROBLEMATICHE DI DIPENDENZA: L'ESPERIENZA DEL CENTRO PER LE DIPENDENZE GIOVANILI DELL'AZ. ULSS 7 - REGIONE VENETO

Capuani, M., Cenedese, C.

La prima esperienza di quello che oggi è definito Centro per le Dipendenze Giovanili risale al 2003, anche se le prime riflessioni dell'équipe del Ser.D. di Conegliano sulla necessità di strutturare una modalità di presa in carico più efficace per gli utenti giovani/adolescenti sono del triennio precedente. L'utenza di questa fascia d'età (15-24 anni) si faceva sempre più numerosa in quegli anni e la modalità tradizionale di accoglienza, fatta di colloqui ambulatoriali, mostrava tutti i suoi limiti con un numero elevato di drop-out. L'esperienza allora già attiva di Centro Diurno per pazienti adulti stimolò la riflessione che per garantire una maggiore adesione al trattamento era necessario puntare sulla costruzione di una relazione significativa nel quotidiano.

A questa considerazione si aggiunse l'intuizione che per valutare un adolescente, con le sue caratteristiche di dinamicità e cambiamenti repentini, era più favorevole un contesto semiresidenziale (Centro Diurno) o residenziale (Casa Alloggio) a breve/medio termine (1-3 mesi), all'interno del quale un'équipe multidisciplinare potesse osservare il giovane paziente "in situazione". Ne nacque l'idea di un "atelier di valutazione" semiresidenziale che, attraverso un programma di attività di gruppo e di laboratorio, oltre ai colloqui individuali, permettesse non solo una valutazione in itinere degli aspetti evolutivi dell'adolescente, ma anche la costruzione di quella relazione di fiducia che facilita lo sviluppo della motivazione e l'adesione al programma terapeutico più indicato. Una consolidata e proficua esperienza di collaborazione con una realtà del privato sociale, l'Associazione Comunità Giovanile, e l'acquisto dell'attuale sede da parte dell'Azienda ULSS 7, costituirono le due condizioni privilegiate che resero possibile l'avviamento prima del Centro Diurno, in seguito di una Casa Alloggio, fino ad arrivare a strutturare una sede dedicata a tutti gli utenti della fascia d'età 15-24.

Venne costituita un'équipe integrata formata da operatori del Servizio pubblico e operatori del privato sociale in convenzione, la quale si è formata nel corso degli anni in funzione di un lavoro specialistico con questa tipologia di utenti. Il percorso che viene proposto ai giovani e giovanissimi che si rivolgono al Centro per le Dipendenze Giovanili può durare mediamente da 4 a 12 settimane e si articola nelle seguenti fasi:

### Accoglienza

L'adolescente che manifesta un problema di dipendenza da sostanze o alcol, porta con sé un carico di preoccupazioni, di incertezza, di ambivalenza e di sofferenza che richiede un ambiente in grado di accoglierlo e contenerlo. Il frequente fallimento della presa in carico di tipo ambulatoriale, con questa tipologia di utenti, ha forse a che fare proprio con la difficoltà da parte dell'adolescente di riconoscere uno spazio adeguato di pensiero e di ascolto autentico delle proprie istanze, nell'oggettiva discontinuità dei colloqui ambulatoriali. Si comprende quindi quanto sia necessario, nell'approccio con ragazzi/e molto giovani, proporre la possibilità di "fermarsi" all'interno di una struttura (a livello di frequentazione diurna o residenziale), al fine di creare le condizioni per instaurare col ragazzo/a un rapporto di fiducia tale da ridurre il pericolo di drop-out, preoccupandosi in primo luogo di rispondere alle esigenze di carattere fisico, completando la disintossicazione dalle sostanze, ma facilitando anche nel contempo la costruzione di una relazione significativa con gli operatori e di "familiarità" con la struttura. Le modalità di accoglienza diurna o residenziale favoriscono l'accento di una prima forma di alleanza terapeutica che offre maggiori garanzie al proseguimento del programma. Anche le istanze dei familiari, soprattutto se si parla di ragazzi molto giovani, necessitano di uno spazio di accoglienza e di ascolto, nonché, spesso, di concrete indicazioni di carattere psicoeducativo utili alla migliore gestione della situazione problematica rappresentata dalla dipendenza del figlio.

### Valutazione

Un assunto piuttosto diffuso in ambito terapeutico sostiene che una buona diagnosi è alla base di un probabile successo terapeutico, mentre al contrario, una cattiva diagnosi o una diagnosi errata sono causa frequente di fallimento. Se il buon senso stesso ci conferma la validità di tale affermazione, più difficile è identificare le modalità ottimali per effettuare una diagnosi adeguata e più complesso ancora è individuare le strategie corrette per rinunciare ad un semplicistico processo di "etichettatura diagnostica" in favore di un più complesso (ma più utile) percorso di osservazione e valutazione del paziente che si trasformi puntualmente in concreti obiettivi terapeutici. La scelta di proporre agli adolescenti con problematiche di dipendenza un percorso di osservazione e valutazione in regime semiresidenziale e/o residenziale è dettata dall'esigenza di permettere all'équipe multidisciplinare un processo valutativo più prolungato e multidimensionale, che tenga conto delle repentine evoluzioni che caratterizzano l'età adolescenziale. Poter seguire il paziente per un tempo più prolungato, effettuando osservazioni quotidiane e multidisciplinari (da parte del medico, dello psicologo, dell'educatore, ecc.) anche realizzando attività specificatamente pensate proprio per mettere in luce determinati aspetti (le relazioni, il rispetto delle regole, le modalità comunicative, l'organizzazione del tempo, le abilità di pianificazione, ecc.), per-

mette una valutazione dinamica, più completa e più facilmente traducibile in obiettivi di trattamento. All'interno del Centro per le Dipendenze Giovanili opera un'équipe multidisciplinare specializzata nell'intervento con l'adolescente e oltre ai colloqui individuali il programma prevede delle attività di gruppo (gruppo di programmazione e di verifica, arte terapia, giochi interattivi, ecc.) e di laboratorio (pittura, legatoria, informatica, cineforum, orticoltura, ecc.).

### Motivazione

Nel campo delle dipendenze da sostanze i fattori legati alla motivazione sono ritenuti essenziali, in quanto esistono ormai trattamenti efficaci e validati, mentre spesso si riscontra una scarsa disponibilità del paziente a praticarli in una prospettiva di reale cambiamento (Di Clemente, 1994). A partire dai primi anni '80 ha assunto sempre maggiore popolarità nel trattamento delle dipendenze il modello transteorico (Prochaska e DiClemente, 1983), che individua alcuni stadi caratteristici attraverso i quali il soggetto transita percorrendo il cammino che va dalla sua storia di dipendenza alla remissione. Nello stesso periodo si è parallelamente sviluppato l'approccio motivazionale (Miller, 1983; Miller e Rollnick, 1991), che ha puntato fortemente l'attenzione sui fattori motivazionali negli interventi sulle dipendenze ed ha attivamente utilizzato il modello di Prochaska e DiClemente nella propria elaborazione. Nell'approccio con l'adolescente, forse più che con l'adulto, il lavoro motivazionale è fondamentale per promuovere l'adesione al trattamento. Alle volte, soprattutto con ragazzi molto giovani, il counseling motivazionale ha come obiettivo il semplice passaggio dallo stadio di precontemplazione allo stadio di contemplazione. Solitamente, infatti, una storia di tossicodipendenza relativamente breve, se da un lato favorisce la dismissione dall'uso moderando gli effetti sgradevoli e dolorosi dell'astinenza che viene superata di solito più agevolmente, per contro non consente la piena consapevolezza delle conseguenze negative legate all'uso prolungato, che nel paziente adulto possono costituire uno stimolo molto forte per iniziare un trattamento. A questo si aggiungano le illusioni di invulnerabilità, l'ottimismo irrealistico e l'errata percezione del rischio che contraddistinguono gli adolescenti e si comprenderà come sia assolutamente necessario dedicare un intervento mirato a costruire una reale motivazione per intraprendere un percorso terapeutico. Per queste ragioni, uno degli obiettivi principali dell'approccio prescelto all'interno del Centro per le Dipendenze Giovanili è proprio la motivazione.

### Orientamento terapeutico

È questa l'ultima fase del percorso all'interno del Centro per le Dipendenze Giovanili, quella in cui vengono definiti gli aspetti rilevati nel corso dell'osservazione e della valutazione al fine di proporre al paziente un trattamento il più possibile personalizzato e che tenga conto delle sue reali esigenze e del livello di motivazione in cui si

trova. Tale fase si conclude con una restituzione che ha valore di orientamento terapeutico per il paziente e che intende anche motivarlo ad aderire al programma proposto. Quando il paziente acconsente o lo richiede, tale restituzione viene condivisa anche con i familiari o comunque con quelle persone che costituiscono una risorsa effettiva.

Gli operatori si impegnano anche a stendere una relazione sintetica che contenga gli elementi emersi dall'osservazione/valutazione e la proposta terapeutica così come è stata restituita al paziente. A seconda della scelta di trattamento effettuata, gli operatori si riservano di proporre al paziente di continuare a frequentare la struttura per un programma terapeutico di tipo ambulatoriale o di fare un graduale accompagnamento verso una struttura terapeutica di tipo comunitario.

## DIPENDENZE PATOLOGICHE IN AMBITO LAVORATIVO: ESPERIENZA DEL SER.T DI POMIGLIANO D'ARCO (NA)

Cassese F., Gallo M., Perillo A., Esposito G.\*

\*UOC SerT Pomigliano d'Arco - DS 51 ASL Napoli 3 SUD

### Premessa

La diffusione nel mondo del lavoro del fenomeno della dipendenza patologica nelle sue diverse forme, alcolismo, tossicodipendenza, abuso di psicofarmaci, tabagismo, gioco d'azzardo, net-dipendenza ha richiamato l'attenzione sulla necessità di intervenire anche in tale ambito e di mantenere l'ambiente lavorativo un luogo sicuro e sano.

Allo scopo di indagare il fenomeno e la percezione delle dipendenze patologiche negli ambienti lavorativi, il Ser.T di Pomigliano d'Arco (NA) dell'Asl Napoli 3 Sud ha preso parte al progetto nazionale "La prevenzione delle nuove droghe sintetiche e delle nuove forme di dipendenza nei giovani lavoratori", assegnato all'Asl Milano Due dal Dipartimento Politica Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e realizzato in convenzione con la Cooperativa di Studio e Ricerca Sociale Marcella Onlus\*. Partendo dalla considerazione che le dipendenze patologiche rappresentano un problema sociale e sanitario ed il luogo di lavoro una risorsa per sviluppare e attuare interventi di prevenzione, il progetto propone un piano di intervento a lungo termine sulle dipendenze da sostanze nei luoghi di lavoro allo scopo di sviluppare una relazione tra l'ambiente di lavoro e le problematiche legate ad un possibile uso di sostanze. Gli obiettivi sono rappresentati dall'acquisizione di informazioni riguardo la percezione dell'uso/abuso di sostanze stupefacenti, alcool e comportamenti additivi, da parte dei lavoratori nel proprio ambiente di lavoro; diffusione di informazioni riguardo le patologie correlate a tali usi o abusi; creazione di un gruppo di intervento interno alla fabbrica in grado di poter elaborare strategie di aiuto e di prevenzione nei confronti dei loro colleghi con l'ausilio degli operatori del Ser.T; raggiungimento di un target diversamente non raggiungibile.

### Metodi

L'intervento previsto per il progetto Euridice era strutturato in tre fasi. La prima fase, svolta da novembre 2009 a marzo 2010, ha previsto meeting organizzati presso l'Azienda per illustrare le finalità del progetto Euridice; la condivisione con la dirigenza aziendale delle attività progettuali; il coinvolgimento del personale addetto alla sicurezza, del medico competente, delle organizzazioni sindacali e degli operai. Alla fine di tale fase è stato stipulato un protocollo d'intesa tra il Ser.T e le due società Alenia, Aeronautica e Improvement. La seconda fase,

caratterizzata dalla distribuzione di un questionario strutturato, si è svolta da aprile a maggio 2010. Tale fase è stata caratterizzata inizialmente da incontri organizzativi tra il responsabile del Ser.T, il medico competente, il responsabile della sicurezza e l'assistente sociale aziendale, per definire le modalità di diffusione delle finalità e le modalità di svolgimento del progetto a tutto il personale. L'informazione al personale dipendente è avvenuta attraverso messaggi sul sito Intranet aziendale, visualizzazioni di slide sui monitor presenti nella mensa e brochure informative elaborate dagli operatori e dal personale Alenia coinvolto, appositamente posizionate in diversi punti strategici dell'azienda (ingressi, mensa, UDB, ecc.).

Dal 19 al 22 Aprile 2010 sono stati somministrati i questionari da quattro squadre operative, composte da un operatore Ser.T e un addetto alla sicurezza; ciascuna squadra ha avuto il compito di distribuire i questionari in determinate zone e in determinati orari a seconda dell'ingresso, uscita, attività lavorative e mensa. Il questionario somministrato era costituito da una prima parte destinata a rilevare dati generali (età, sesso, titolo di studio, qualifica, turni di lavoro, mansione, tipo di contratto di lavoro) e una seconda parte costituita da 35 domande riguardanti le dipendenze patologiche, in particolare domande relative alla percezione del lavoratore della presenza e diffusione nell'ambiente lavorativo di droghe sintetiche, net-dipendenza e gioco d'azzardo. I questionari erano anonimi ed ogni lavoratore era libero di decidere se compilarlo o meno, l'adesione è stata quindi spontanea. Il ritiro dei questionari è stato effettuato in anonimato, a tale scopo sono state allestite delle urne ubicate nei punti di maggiore affluenza del personale.

La terza fase era costituita dalla restituzione dei risultati dei questionari distribuiti avvenuta alla fine di giugno.

### Risultati

I questionari distribuiti sono stati in totale 2.000; i questionari compilati e restituiti sono stati 800, con una percentuale di ritorno del 40%. I dati socio-anagrafici evidenziano che il profilo psicosociale del lavoratore "alleato del progetto" è quello di un lavoratore giovane, culturalmente preparato, quadro intermedio e non vincolato ai controlli antidroga e antialcool. L'età media è inferiore a 45 anni; il 46% ha un'anzianità lavorativa inferiore ai 10 anni di servizio, il 56% possiede un diploma di scuola media superiore ed il 34% è laureato. L'86% ha un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, non è sottoposto a turnazione lavorativa ed è inquadrato come operaio (25%) ed impiegato (60%), seppur la maggioranza di quest'ultimo sottocampione appartiene all'area tecnico industriale e all'area produttiva, piuttosto che all'area amministrativa.

Dal punto di vista della rappresentazione mentale dell'uso di sostanze psicoattive, i risultati descrivono un campione di popolazione che, se da un lato considera lo stereotipo delle discoteche quali luoghi privilegiati per

l'uso delle droghe sintetiche, dall'altro individua quali sostanze psicoattive anche l'alcool ed il fumo di sigaretta. Considerazione questa, in linea con le concettualizzazioni scientifiche più recenti. Inoltre, secondo questo campione, alcune condizioni sociali, come la precarietà e la disoccupazione, nonché le "cattive compagnie" o una famiglia di origine con problematiche di dipendenza, sono fattori che possono spingere all'uso di sostanze psicotrope sintetiche. Parallelamente, affiora una buona consapevolezza dei luoghi privilegiati per chiedere sostegno: l'80% ritiene che il medico competente, quello di base e il servizio specializzato delle ASL siano le strutture deputate alla richiesta di aiuto. Infine, emerge che solo il 4% dei lavoratori dichiara di aver consumato qualche volta una sostanza psicoattiva.

La sezione relativa alla dipendenza da internet ha evidenziato che nonostante un uso diffuso (86%) del web, così come era prevedibile, soltanto una fascia tra lo 0,4-0,9% è a rischio di sviluppare una dipendenza patologica verso il web. In definitiva, l'uso di internet al di fuori dell'orario di lavoro per ricercare informazioni culturali, sportive e tempo libero non sembra intaccare la produttività e la vita familiare, seppur emerge il dato che un 5% del campione utilizza internet come stabile canale relazionale. Nella sezione relativa al gioco d'azzardo, i dati hanno messo in evidenza che una percentuale del 15-20% dei lavoratori intervistati, risulta esposta al rischio di sviluppare una problematica di dipendenza, dichiarando di spendere dai 40 a 1200 Euro mensili per il gioco. Di contro, solo il 2% sembra manifestare chiari sintomi di dipendenza, con un peggioramento della qualità di vita, mentre un altro 14% del campione sembra attestarsi in una zona a rischio affermando di alzarsi al mattino con l'idea di risolvere i propri problemi finanziari con il gioco d'azzardo. Nell'area dell'intervento terapeutico, una percentuale altissima (80%) ritiene necessaria l'attuazione di programmi di prevenzione volti all'educazione al gioco responsabile.

### Conclusioni

L'attività finora svolta ha evidenziato l'importanza delle azioni di prevenzione nel contesto lavorativo e la rilevanza strategica della costruzione e del mantenimento della rete ai fini della continuità, coesione e stabilità al progetto. Il coinvolgimento attivo e continuo delle diverse figure coinvolte nel progetto ha permesso di ottenere una percentuale di ritorno molto elevata e ha consentito di agganciare lavoratori problematici anche tra quelli non appartenenti alle categorie sottoposte a controllo antidroga e/o antialcool. È stata indagata la percezione del problema delle dipendenze patologiche nei lavoratori dell'Alenia mettendo in luce la convinzione che le conseguenze negative di tali abitudini si manifestano principalmente come danno alla salute. Inoltre, emerge la convinzione che la dipendenza da sostanze rappresenta un rischio soprattutto per chi ne è soggetto e per la sua capacità e qualità di lavoro.

\*Gruppo di Lavoro Nazionale: Alfio Lucchini, Giuseppe Deluca, Cinzia Assi, Franco Audisio, Fabio Monti, Antonella Manfredi, Giovanni Mattiolo, Stefano Becocci, Marinella Censi, Paolo Deluca, Vincenzo Simeone, Margherita Taddeo, Silvio Di Fonzo, Valeria de Comitè, Francesco Cassese, Giuseppe Esposito, Antonio Perillo, Rosa Giannini, Francesca Pollio, Corrado Mandreoli.

## UN'ESPERIENZA DI APPLICAZIONE CLINICA DELLA DBT (DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY) NELL'AMBITO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Lo Sasso D.\*, Leoni M.\* (per lo Staff DBT)\*\*,  
Fasullo T.\*\*\*, Cozzolino E.\*\*\*\*, Gatti R.C.\*\*\*\*\*

\* Ser.T 1 Sede Canzio

\*\* Staff DBT: C. Danielli, A. Draisci, E. Ferrario, M. Leoni, D. Losasso, T. Lops, L. Murgo, B. Palonta, P. Trevisani.

\*\*\* Responsabile U.O. Ser.T 1 Sede Canzio

\*\*\*\* Direttore Struttura Complessa SERT 1

\*\*\*\*\* Direttore Dipartimento Dipendenze A.S.L. di Milano

### Introduzione

L'associazione tra disturbo borderline di personalità (DBP) e abuso/dipendenza da sostanze (DUS) è frequente nell'utenza dei Servizi per le dipendenze (range 5,2%-65.1%)<sup>1</sup>, come confermato anche nell'utenza del nostro Servizio negli ultimi anni (range 42.5%-38.5%)<sup>2</sup>. I livelli di impulsività e autolesività di entrambi i disturbi esitano in una sommatoria di problematiche psichiche e comportamentali, di rischio per la vita e di difficoltà di cura, aumentando la severità e complessità del quadro clinico di questi pazienti. Ciò rende difficile e spesso scoraggiante per il singolo operatore, l'équipe e il sistema dei Servizi la cura: sono noti, nell'esperienza clinica confermata dalla letteratura, gli scarsi esiti del trattamento<sup>3,4,5</sup> la bassa ritenzione<sup>6</sup>, le frequenti ricadute<sup>7,8,9</sup>, l'alto utilizzo dei Servizi su registri assistenziali o di emergenza, con conseguente elevazione dei costi sul piano sanitario<sup>10,11,12</sup>. Sono altresì riconosciuti i limiti degli approcci tradizionali sequenziali, frammentati in funzione del principale sintomo o del mandato istituzionale del singolo Servizio. In linea con le indicazioni del NIDA, la Terapia Dialettico-Comportamentale (DBT) sviluppata da M. Linehan<sup>13,14</sup> adattata all'abuso di sostanze (DBT/s)<sup>15,16</sup> è il primo modello di trattamento integrato per persone con DBP e DUS che si rivolge a entrambi i disturbi co-presenti<sup>15</sup> e, tra i trattamenti empiricamente supportati, quello con maggiori studi di efficacia<sup>16,17,18,19,20</sup>. La patologia borderline è infatti così pervasiva e, secondo il modello, eziologicamente intrecciata al ricorso alla sostanza - nel deficit nucleare di regolazione emozionale - che, se non assunta anch'essa come target della cura, ne perpetua l'uso, compromette la continuità terapeutica, contribuendo a fissare la cronicità del paziente.

Sulla base di questi presupposti, dal 2003 è stata avviata nel nostro Servizio un'esperienza pilota, ispirata al modello DBT<sup>13,14</sup> che, attraverso la formazione continua del team (supervisioni con L. Barone fino al training accreditato direttamente con M. Linehan), si è progressivamente strutturata in un'applicazione più aderente del metodo.

## Obiettivi

Presentare un'esperienza di applicazione del modello DBT in un Servizio pubblico per le dipendenze, evidenziandone il contributo nella clinica delle dipendenze, attraverso i principali risultati e i punti di forza e criticità incontrati nell'introduzione di un metodo specialistico e strutturato in tale contesto.

## Metodo

**Team DBT:** Attualmente formato da 5 psicoterapeuti (di diversa formazione precedente), 1 psichiatra, 1 educatore professionale, un medico specializzando in psicoterapia e 1 assistente sociale. **Criteri di inclusione:** Diagnosi DBP secondo DSM IV-R; **Criteri di esclusione:** Disturbi Psicotici, Schizofrenia. **Modalità di ammissione:** Il trattamento DBT viene proposto dallo psicologo DBT ai paz.ti che vede secondo le ordinarie procedure di valutazione del Servizio e che valuta con DBP.

**Assessment,** dopo la valutazione di routine: SCID I e II, ASI (T. 0-6-18 mesi), VGF (T. 0-12 mesi), ASP, APEP, APEN (T 0-6 mesi), scheda di registrazione dei comportamenti target, analisi delle urine.

**Metodo:** Il trattamento procede per stadi e obiettivi organizzati gerarchicamente, a partire dalla priorità di stabilizzare il controllo dei comportamenti che minacciano la vita e, subito dopo, la terapia. La DBT bilancia cambiamento (terapia cognitivo-comportamentale, tecniche paradossali) e accettazione (validazione, Mindfulness) secondo una prospettiva dialettica che guida tutto il trattamento. Il programma DBT/s, annuale, comprende: psicoterapia individuale (sett.le); Skills Training di gruppo (sett.li per 6 mesi) - abilità di Mindfulness, Regolazione Emozionale, Tolleranza della sofferenza, Efficacia Interpersonale; consultazione telefonica; riunione del team (sett.le); con l'aggiunta di specifiche strategie di aggancio e abilità, focus sull'"astinenza dialettica" e la prevista integrazione con altri trattamenti: farmacologico e/o familiare e/o socio riabilitativi. In parallelo ai familiari viene proposto un gruppo psicoeducativo sul DBP.

## Risultati e discussione

Il campione (n.37 paz.ti) risulta eterogeneo per: - **variabili sociodemografiche** (M. n.20-54.1% F. n.17-45.9%; età m.34,7 range 18-48), compromissione prevalente nelle aree familiare (separati n.7-18,9%) e lavorativa (disoccupati n.20-54.1%; in condizione "protetta" n.7-18,9%); - **caratteristiche psicopatologiche** (prevalenti co-diagnosi Asse I: Disturbo dell'Umore, n.12 e Asse II: Disturbo Antisociale, n.3; VGF 51.5), alta autolesività (n.26 paz.ti-70.3%: overdose n.7 paz.ti, T.S. con altri mezzi n.19 paz.ti - media 8.7 range 1-40 azioni parasuicidarie), ricoveri psichiatrici (n.21-56.8% paz.ti, m.2.5 range 1-40 ricoveri); - **storia tossicologica** (n.12 paz.ti cocainomani - n.7 con altre sostanze); n.8 eroinomani (n.5 puri) n.8 alcol (n.3 puri), n.6 poliabuso, n.3 cannabinoidi. La ritenzione in trattamento è soddisfacente (complessiva n. 24-64.9%) e vantaggiosa se confrontata con il tasso di drop-out in letteratura, dal valore quasi capo-

volto per paz.ti di analogia comorbidità, durata (12 m.) e tipo di trattamento (psico-terapeutico-sociale) (quindi escludendo dal nostro campione i paz.ti in t. farmacologico): 30% rispetto al 73%<sup>7</sup>, e 77%<sup>18,19,6</sup>. I paz.ti che hanno completato il programma mostrano un miglioramento del funzionamento globale, assenza di comportamenti parasuicidari e ricoveri ospedalieri fino ai 18 mesi successivi e riduzione del comportamento d'abuso. L'analisi qualitativa, in particolare dei fattori di drop-out, ha evidenziato una carente applicazione di alcune strategie previste, per es. una delle - n.9- tecniche di ottenimento dell'impegno del paz.te o il lavoro sui comportamenti interferenti con la terapia; l'attivazione e il tempismo nel contattare il paz.te; il ricordare al paz. l'impegno di telefonare al terapeuta nei casi previsti; la consultazione al paz.te sull'interazione con gli altri curanti. Tali modalità, attive e pragmatiche, sono risultate difficili da applicare, spesso vissute come dissonanti o contrastanti rispetto a prassi consolidate, background formativo/culturale, pregiudizi e "miti" (es., impegno del paz.te alla cura vs. motivazione, tecnica vs. empatia, consultazione al paz.te sulla rete vs. lavoro di rete).

## Principali punti di forza del modello

- **Utilità e ricchezza della strumentazione terapeutica** per la cura di questi pazienti, insieme alla centralità del potenziale della relazione - **Fruibilità e appetibilità** (soprattutto dello S.T.) anche da parte di pazienti più gravi e difficili da trattare spesso esclusi da altri approcci terapeutici, facilitata dal grado di esplicitazione comunicativa e dalle tecniche psicoeducative (unico motivo di "rifiuto", gli orari incompatibili con il lavoro) - **Supporto per i curanti**, singolo terapeuta e team, nel gestire le difficoltà terapeutiche, mantenere la motivazione a curare questi pazienti, disporre di metodi specifici per il lavoro d'équipe e la sua conduzione.

## Limiti dell'applicazione

**Rispetto alla ricerca:** L'esperienza, attuata in un contesto clinico non orientato alla ricerca, non è stata impostata con condizioni di controllo: altri interventi e variabili (storia tossicologica, psicopatologia) possono aver influito sui risultati. I diversi livelli di formazione e aderenza al metodo DBT/s, tra terapeuta e in progress, hanno introdotto una variabilità metodologica relativa, ma pur sempre riduttiva della validità interna (oltre che dell'efficacia). I dati ricavati suggeriscono tuttavia alcune direzioni di auspicabile ricerca con metodologia più rigorosa: (es., confronto d'efficacia e costi del programma DBT con i trattamenti tradizionali del Servizio rivolti a questa tipologia di paz.ti - "revolving door" in C.T. o SPDC). **Rispetto al contesto:** Difficoltà a mantenere la metodologia strutturata DBT rispetto a compiti istituzionali (es. partecipazione alla riunione del team da parte di terapeuta provenienti da altre sedi) e necessità di aggiustamenti organizzativi. Ridotta riproducibilità data la formazione specialistica richiesta. Esigenza di migliorare le modalità di invio per ottimizzare l'offerta DBT

nella rete interna ed esterna al Servizio, anche superando alcune difficoltà (es. cedere temporaneamente la gestione terapeutica del paz.te al terapeuta DBT inviando all'intero programma e non solo al gruppo).

## Conclusioni

L'esperienza attuata conferma che il modello DBT offre al terapeuta, al team e, potenzialmente, anche all'équipe Ser.T una molteplicità di strumenti utili e innovativi nella cura del paziente con DBP. Vengono ampliate le possibilità terapeutiche anche a pazienti ritenuti a volte "non curabili", o gestiti sull'emergenza della crisi o sui bisogni legati alla cronicità o, potenzialmente, a pazienti con solo DUS, laddove sia centrale il deficit di regolazione emozionale. I risultati sono promettenti e incoraggiano a migliorare, nella tensione tra aderenza a un metodo evidence-based e prassi operative usuali e vincoli istituzionali, le condizioni, interne ed esterne al team, per proseguire un trattamento che unisce "evidenza scientifica" e atteggiamento "compassionevole" per l'umanità del paziente<sup>21</sup>.

## Riferimenti bibliografici

- 1) Trull, T.J., Sher K.J., Minks-Brown C., Durbin J., Burr R., (2000), *Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. Clinical Psychology Review*, 20(2): 235-253
- 2) D. Losasso, G. Vidoni, I. Crepaldi, M. Leoni, L. Barone, M. Clerici, (2007), "Curare i pazienti difficili in un servizio per le dipendenze: un'applicazione pilota del modello DBT per i pazienti con disturbo borderline di personalità". *Dipendenze Patologiche*, 3: 95-105
- 3) Links P. S., et al (1995), *Borderline personality disorder and substance abuse: Consequences of comorbidity, Canadian Journal of Psychiatry*, 40 (1): 9-14
- 4) Behavioral Tech, LLC (2008) *Dialectical Behavior Therapy applied to substance abuse, Workshop with Manning S., Feigenbaum J., University Way NE*
- 5) Dimeff, L., Comtois K., and Linehan, *Co-occurring Addiction and Borderline Personality Disorder" (2009) Principles of Addiction Medicine. 4th ed. Ries. R., Fiellin D., Miller S., Saits R. Lippincott Williams and Wilkins 8:1227-1237*
- 6) Bernalova M. Daughters S. (2007) *How does Dialectical Behavior Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? Clinical Psychology Review 27: 923-943*
- 7) Linehan M., Schmidt H., Dimeff, L., Craft C., Kanter J., Comtois K., (1999) *Dialectical Behavior Therapy for patients with Personality Disorder and Drug Dependence, The Am. J. on Addiction, 8: 279-292*
- 8) Saxon A J., D. A. (1995), *Effects of psychiatric care for dual diagnosis patients treated in a drug dependence clinic, The American J. of drug and alcohol abuse*, 21 (3): 303-13
- 9) Zanarini M.C., Frankenburg F., Hennen J., Reich B., Silk K, (2004) *Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission Am J Psychiatry 161:2108-2114*
- 10) Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR, (2004):

*Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for six years. J Clin Psychiatry 65: 28-36*

11) Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyke, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zhanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). *Treatment utilization by patients with personality disorders. American Journal of Psychiatry*, 158: 295-302

12) Chiesa M, Fonagy P, Holmes J, Drahorad C, Harrison-Hall A1 *Health service use costs by personality disorder following specialist and nonspecialist treatment: a comparative study. 2002 Apr;16(2):160-73*

13) Linehan M.M., (2001) *Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico. Tr. it. Cortina. Milano.*

14) Linehan M.M., (1993), *Skills Training manual for treating borderline personality disorder. Guilford Press. New York.*

15) Mc Main S., Sayrs J., Dimeff, Linehan M.M., *Dialectical Behavior therapy for individuals with borderline Personality Disorder and substance dependence, in Dialectical Behavior Therapy in clinical Practice, Dimeff L.A., Koerner K., (2007), Guilford Press 145-173*

16) Dimeff L., Rizvi S.L., Brown M., Linehan M.M., (2002), *Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to metamphetamine dependent women with borderline personality disorder. Cognitive & Behavioral Practice, Vol 7 (4): 457-468*

17) Linehan M.M., Dimeff L.A., Reynolds S.K., Comtois K.A., Shaw Welch S., Heagerty P. & Kivlanhan D.R., (2002), *Dialectical Behavior Therapy versus Comprehensive Validation Therapy plus 12-Step for Treatment of Opioid Dependent Women meeting criteria for Borderline Personality Disorder. Drug and Alcohol Dependence, 67: 13-26*

18) Verheul R., van den Bosch. L.M.C., Koeter M., de Ridder M.A., Stijnen T. & Van den Brink W. (2003). *Dialectical Behavior Therapy for women with borderline personality disorder: 12 month, randomized clinical trial in the Netherlands, British Journal of Psychiatry*, 182 (2): 135-140

19) Van den Bosch, Koeter, Verheul R. & Van den Brink W., (2005), *Sustained efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. Behaviour Research and Therapy. 43(9): 1231-1241*

20) McMMain S., Korman L., Blak T., Dimeff L.A., Collis R. & Beadnell B., (2004), *Dialectical Behavior Therapy for substance users with Borderline Personality Disorder: a randomized controlled trial in Canada. Annual meeting of the AABT, New Orleans.*

21) Behavioral Tech, LLC, Sito Internet ufficiale [www.behavioraltech.com](http://www.behavioraltech.com)

## MONITORAGGIO DELL'INFEZIONE DA HIV IN TOSSICODIPENDENTI ASSISTITI DAI SER.T DELLA ASL NAPOLI 1 CENTRO

Curcio F., Siconolfi M.\*\*, De Rosa G.\*\*, Baldassarre C., Sansone M.\*\*\*, Filippini P.\*\*\*\*

\*Centro Clinico Dipartimento Farmacodipendenze ASL Napoli 1 Centro

\*\*U.O. Ser.T ASL Napoli 1 Centro

\*\*\*U.O.C. Biochimica e genomica molecolare Presidio Sanitario Intermedio "Loreto Crispi" - Napoli

\*\*\*\*D.A.I. di Malattie Infettive e Medicina Interna della Seconda Università di Napoli

### Premessa

Si stima che nel mondo circa 33,2 milioni di persone siano infette da HIV. La storia naturale dell'infezione si è modificata con l'avvento della terapia HAART (Highly Active Anti Retroviral Therapy), assumendo i caratteri di patologia cronica. Le Linee guida Internazionali per il trattamento HAART prevedono di testare routinariamente la resistenza ai farmaci prima di cominciare la terapia. Principali fattori di rischio sono l'utilizzo di droghe per via endovenosa e la via sessuale; inoltre in letteratura viene identificato l'utilizzo di paraphernalia, di tatuaggi e di piercing quale ulteriore fattore di rischio. Lo scopo dello studio è il monitoraggio dell'infezione da HIV tra i tossicodipendenti assistiti dal Sistema dei Servizi del Dipartimento Farmacodipendenze della ASL Napoli 1 Centro. Grazie alla collaborazione tra Operatori delle Dipendenze Patologiche, Specialisti in Malattie Infettive ed esperti di Genomica Molecolare è possibile studiare i dati relativi alle resistenze nella popolazione target del Progetto, per i quali, data la elevata prevalenza dell'infezione da HIV, è lecito ipotizzare reiterati contatti con il virus.

### Metodo

Il Progetto nasce grazie alla collaborazione tra i Ser.T del Dipartimento per le Farmacodipendenze della ASL Napoli 1 Centro, il D.A.I. di Malattie Infettive della SUN ed il Laboratorio di Biologia Molecolare del P.I. Loreto Crispi. Nel periodo dal 2001 al 2009 nei Servizi del Dipartimento Farmacodipendenze della ASL Napoli 1 Centro sono stati eseguiti 6064 test per la ricerca di anticorpi anti HIV, con metodica EIA ; i test positivi sono poi stati confermati con western blot. E' stata testata la produzione virale con metodica PCR e la farmacoresistenza virale, con riferimento al "HIV drug resistance database, Stanford University", in pazienti naive scelti a random.

### Risultati

La prevalenza complessiva dell'infezione da HIV risulta del 4,95% (300/6064 testati); età media al momento del

primo test positivo: 31 anni ed 8 mesi.

L'incidenza media dell'infezione da HIV nel periodo 2001-2009 è del 1,3%. Sono stati effettuati 674 test/anno mediamente. Tra i maschi l'incidenza dell'infezione da HIV è mediamente dell'1,13%, e tra le femmine il 2,40%; tale differenza configura una notevolmente più elevata diffusione nel sesso femminile, con una OR del 2,143, 95% C.I. da 1,24 a 3,69.

L'incidenza dell'infezione da HIV è diminuzione, rispetto al decennio precedente.

**Analisi dell'RNA virale.** Negli 11 pazienti naive testati a caso dal luglio 2007 al luglio 2010 è stato riscontrato il sottotipo B HIV all'analisi dei geni per la trascrittasi inversa e per la proteasi (rispetto all'isolato virale di riferimento più simile), in 7 casi (63,6%) con percentuale di similarità dall'88,1% al 95,6%. In 3 casi (36,4%) è stato evidenziato il sottotipo A - similarità dall'84,0% al 91,5%. Un paziente è risultato infetto da un sottotipo misto CRF01\_AE/A. In uno dei 3 sottotipi A non è stato possibile tipizzare il dominio PR e la tipizzazione è stata effettuata sulla sola sequenza del dominio RT.

**Resistenza per gli inibitori delle proteasi (P.I.)** - Analisi overall: 5/11 (45,5%) pazienti non presentavano mutazioni responsabili di resistenze maggiori e/o minori; in 5/11 (45,5%) casi si riscontravano mutazioni responsabili di resistenze maggiori: L23ILV, I84IK ed I84IT, L90LV, I47IKRT/I50FILV. In un paziente non è stato possibile la genotipizzazione. In 7/11 (63,6%) dei casi non risultavano mutazioni responsabili di resistenze minori. In 3/11 pazienti erano presenti le seguenti mutazioni: L10FILV, G73AG/L76\*LQ, T74TAPS (tutte in concomitanza con mutazioni responsabili di mutazioni maggiori). Altre mutazioni in regione PR: la più frequente era R41K, presente in 8/11 pazienti (72,7%), seguita da L63, in 7/11 pazienti, variamente sostituita.

Relativamente al sottotipo B, regione PR, 4/7 (57,1%) pazienti non mostrano mutazioni di resistenza; le altre mutazioni più rappresentate sono in L63 (6 casi), P39 (5 casi) ed R41 (5 casi). Nei sottotipi A mutazioni di resistenza erano presenti in un paziente su tre; le altre mutazioni più frequenti (3 casi) erano: E35D, H69K, K14R, L89M, M36I ed R41K.

Ne risultava che nessuna resistenza era prevedibile per Indinavir; che per Saquinavir e Tipranavir si prevedeva in un caso su 11 una potenziale resistenza di basso livello; che per Darunavir e Lopinavir si prevedevano resistenze di basso livello in un caso (lo stesso soggetto); che per il Nelfinavir in tre pazienti si prevedevano potenziali resistenze di basso livello ed in uno una resistenza di basso livello. Per il Fosamprenavir si prevedeva in un caso una resistenza di alto livello (in un infetto da sottotipo A); per l'Atazanavir si prevedeva una resistenza di alto livello in un caso ed una potenziale resistenza di basso livello in un altro caso. Resistenze per gli inibitori nucleosidici della trascrittasi inversa (NRTI): in 6/11 (54,5%) pazienti non si riscontravano mutazioni di resistenza; in due soggetti compariva una sola mutazione (le mutazioni L74ILV

e D67DEKN); in altri due comparivano due mutazioni di resistenza ed in un soggetto comparivano 5 mutazioni. L'analisi delle resistenze per i farmaci mostrava che il Tenofovir presenta resistenza di basso livello in un caso; che la Stavudina presenta potenziali resistenze di basso livello in tre pazienti; che la Zidovudina presenta resistenze di basso livello in tre soggetti; che la Lamivudina, la Didanosina e la Emtricitabina presentano resistenze di alto livello in un caso, ciascuna; che l'Abacavir presenta potenziali resistenze di basso livello in due soggetti ed una resistenza di livello intermedio in un altro caso.

Resistenze per gli inibitori non nucleosidici della trascrittasi inversa (NNRTI): in 8/11 (72,7%) soggetti non erano presenti mutazioni di resistenza; in uno compariva una sola mutazione (V179IM) ed in due casi erano presenti due mutazioni (Y181SY/Y318F e Y181F/E138K). Le altre mutazioni più frequenti si evidenziavano in I293 ed in V245 (9/11). Nell'ambito dei sottotipi B le mutazioni più frequenti (5/7 casi) erano E297, I178, le già citate I293 e V245. Nei sottotipi A le mutazioni più frequenti erano presenti in tutti i pazienti: D177E, E248D, E291, I293V, P294, Q174, Q207A, R211S, T286, V245 e V292. I farmaci: Efavirenz ed Etravirina presentavano negli stessi due pazienti potenziali resistenze di basso livello e resistenze di livello intermedio; Delavirdina e Nevirapina presentavano in un caso resistenze di basso livello ed in un altro resistenze di alto livello (Shafer RW, 2006).

Dal punto di vista clinico 5/11 (45,4%) soggetti non hanno mostrato alcun tipo di resistenza per le diverse classi di farmaci testate (tre del sottotipo B e 2 del sottotipo A). Un paziente mostrava resistenza di basso livello per Nelfinavir (P.I.), resistenza intermedia per Abacavir e di alto livello per Didanosina e resistenze potenziali o di basso livello per tutti gli NNRTI testati. Un altro (infettato per rapporti omosessuali nel corso del 2009) presentava potenziali resistenze di basso livello per tre inibitori delle proteasi (Atazanavir, Nelfinavir, Saquinavir), tra gli NRTI resistenze potenziali o di basso livello per Zidovudina e Stavudina e tra gli NNRTI presentava per tutti i quattro farmaci testati resistenze di livello intermedio (Efavirenz, Etravirina), o elevato (Delavirdina, Nevirapina). Un altro soggetto presentava resistenze di grado lieve o elevato per 5/8 P.I. testati, residuando sensibilità per Indinavir, Saquinavir e Tipranavir, tra i P.I., ed agli NRTI ed agli NNRTI.

### Conclusioni

I nostri dati sono in accordo con i dati della letteratura relativi ad una più elevata prevalenza di infezioni virali in IVDU con una storia di tossicomania maggiore di 10 anni, anche se la prevalenza di soggetti infetti da HIV in Napoli resta bassa rispetto alla media italiana (11%). Inoltre, la diminuzione dell'incidenza di patologie infettive degli ultimi anni è in relazione al mutamento dei costumi tossicomani ed a maggiore conoscenza dei rischi dell'utilizzo di siringhe non sterili.

Relativamente all'analisi dell'RNA virale, dal nostro monitoraggio risulta che la prevalenza del sottotipo B tra

i tossicodipendenti afferenti ai Ser.T della ASL Napoli 1 Centro è del 64% (7/11), con 3 pazienti infetti dal sottotipo A ed 1 infetto da un sottotipo CRF01\_AE/A. Studi recenti riportano prevalenze di genotipi HIV resistenti ai farmaci in tossicodipendenti per via endovenosa (IDU) dal 4,7% al 7,9% (H. Tossonian, sept.2009). Nel nostro studio, pur con il limite del numero dei pazienti studiati, la prevalenza di genotipi virali resistenti è del 45% per i farmaci P.I. (33,3% per i sottotipi A e 43% per i sottotipi B). Anche per la classe di farmaci NRTI le resistenze sono presenti nel 45% (1/4 - 33,3% per i sottotipi A e 4/7 - 57% per i sottotipi B). Infine, per gli NNRTI sono state riscontrate resistenze in 2/10 - 20% dei pazienti (28% per i sottotipi B e nessun positivo per i sottotipi A). Al proposito, appare preoccupante il livello intermedio di resistenza per l'Etravirina, farmaco utilizzato solo recentemente in pazienti resistenti agli altri farmaci della classe NNRTI. L'insorgenza di ceppi HIV farmacoresistenti costituisce quindi un importante problema di sanità pubblica.

Nei Ser.T è possibile mettere in atto un monitoraggio delle patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti, prevenendone la diffusione nella popolazione.

### Reference

- 1) Shafer RW(2006). Rationale and Uses of a Public HIV Drug-Resistance Database. *Journal of Infectious Diseases* 194 Suppl 1:S51-8.)
- 2) H. Tossonian, J. Raffa, J. Grebely, M. Viljoen, A. Mead, M. Khara, M. McLean, A. Krishnamurthy, S. DeVlaming, B. Conway. Primary drug resistance in antiretroviral-naïve injection drug users - *International Journal of Infectious Diseases*, Volume 13, Issue 5, Pages 577-583 - sept.2009).

9

## DALL'ASSESSMENT PSICOLOGICO AL TRATTAMENTO: ESPERIENZE CLINICHE E PERCORSI CONCETTUALI NELLA CURA DEL COCAINISMO

D'Ambrosi A.\*, Celani D.\*\*, Di Stefano A.\*\*\*, D'Andrea A.\*\*\*\*

Struttura: Centro Consulenza Cocaina Dipartimento 3D Azienda ASL Frosinone.

\*psicologo, Coord. Distr. B Centro Cocaina D3D

\*\* psichiatra Centro Cocaina D3D

\*\*\* psicologo, Resp. Area Devianza D3D

\*\*\*\* psicologo Centro Cocaina D3D

### Premessa

Nella riflessione sui percorsi diagnostico terapeutici e sulla valutazione degli esiti realizzati all'interno del servizio specialistico per la dipendenza da cocaina si sono individuati i fattori che, indipendentemente dalla cornice teorica di riferimento, fossero comuni ai diversi trattamenti psicoterapeutici. Secondo l'esperienza clinica effettuata la specificità delle tecniche utilizzate da ogni psicoterapeuta per dare nuovi significati ai comportamenti sintomatici parte sicuramente da premesse epistemologiche diverse ma ha una base comune rintracciabile negli obiettivi del trattamento: 1) interrompere i trattamenti assuntivi; 2) aiutare a gestire l'astinenza; 3) mantenere lo stato di drug-free; 4) prevenire e gestire le ricadute. Nell'offerta clinica del Centro la fase di assessment ha rivestito un ruolo fondamentale ponendosi come "testata d'angolo" al fine di individuare il trattamento più appropriato alla tipologia di paziente (*abbinatezza tipologia di trattamento a struttura di personalità*). Nella tabella che segue si illustrano i Macro-Obiettivi, le dimensioni operative e gli strumenti diagnostici utilizzati (vedi tabella sotto).

Macro-Obiettivi della Valutazione dell'esito dei trattamenti	Dimensioni operative						
	Informazioni generali	Lavoro e Istruzione	Sostanze e comp. rischio	Salute fisica	Salute psichica	Relazioni	Legalità
Ridurre o sospendere l'uso di sostanze			ASI; IDTS; Analisi Metaboliti				
Migliorare in modo persistente la performance globale psico-fisica (salute)		ASI; GAF		ASI	ASI; GAF; MMPI	ASI	
Migliorare la qualità di vita, la sua integrazione / funzione sociale	ASI; TDI	ASI; TDI					
Evitare le patologie correlate, ridurre i comportamenti devianti e a rischio			ASI; IDTS		ASI; MMPI		ASI

### Le persone prese in carico dal Centro Cocaina del D3D

Nel periodo compreso dal luglio 2008 ad aprile 2010, sono state in carico presso il Dipartimento 3D, sede di Frosinone 293 persone consumatori/dipendenti da cocaina: 133 persone in stato detentivo; 16 persone con trattamenti presso Comunità; 93 persone in ambulatorio territoriale. Tra queste hanno dichiarato di utilizzare la cocaina quale sostanza primaria di abuso/dipendenza 167 persone. Il Centro di Consulenza per la Cocaina ha potuto prendere in carico 62 persone, in funzione della propria capacità recettiva e della praticabilità degli interventi, tutti in ambiente extradetentivo. Per ognuna delle 62 persone in trattamento presso il Centro di Consulenza per la Cocaina si è avviato il percorso valutativo secondo il protocollo descritto. La fase valutativa, durata mediamente un mese per ogni paziente, si è conclusa con la definizione del programma terapeutico concordato tra l'equipe ed il paziente. I dati relativi ai risultati di outcome sono stati valutati solo per quei pazienti che avessero completato almeno un anno di trattamento.

### Gli esiti clinici

I risultati clinici sono stati esaminati con riferimento ai seguenti indicatori: a) permanenza nel programma di trattamento; b) variazione gravità delle condizioni complessive (secondo le scale di Gravità dell'ASI); c) variazione della percezione da parte del paziente della problematica specifica e complessiva (secondo le scale ASI); d) variazione del funzionamento globale (secondo il punteggio GAF); e) negatività/positività ai controlli dei metaboliti urinari.

### Sintomi, Farmaci e Psicoterapie

La componente di maggiore innovatività e di interesse conoscitivo è stato quello di collegare la diagnosi multidisciplinare, gli elementi di psicopatologia e il funzionamento della mente a specifici interventi terapeutici sia essi psicosociali che farmacologici.

Nell'operare una analisi di parallelismi tra i vari trattamenti psicoterapeutici ci si è posti in atteggiamento falsificazionistico, teso cioè ad evidenziare l'inapplicabilità delle ipotesi più che a dimostrarle. Sulla base dell'assessment e della valutazione multidimensionale i pazienti sono stati raggruppati in cluster diagnostici.

Per ogni cluster è stato utilizzato un trattamento integrato specifico, che potesse rispondere con più efficacia all'emergenza sintomatica e al quadro psicopatologico sottostante. La tabella che segue illustra le scelte compiute e i criteri adottati. I trattamenti psicoterapeutici sono così articolati: terapia cognitivo comportamentale (38% delle

psicoterapie del centro Cocaina), terapia sistemico relazionale (35%), terapia psicodinamica (27%). Le associazioni che sono state effettuate tra Gravità delle condizioni generali emerse dal punteggio alle scale ASI alla valutazione in ingresso (T0) e il piano di trattamento sono risultate le seguenti (correlazione statisticamente significativa):

Cluster per Gravità T0 (ASI)	Trattamenti associati
cocainomani parzialmente scompensati	Terapia cognitivo-comportamentale
cocainomani multipatologici	Terapia sistemico familiare
cocainomani alcolisti scompensati	Nessuna psicoterapia, Terapia farmacologica e counseling psichiatrico e/o psicologico
	Terapia Psicodinamica
cocainomani alcolisti compensati	Terapia cognitivo-comportamentale

### Parallelismi osservativi

Lavorare insieme significa ritradurre i linguaggi specifici e trovare punti di connessione tali da garantire unitarietà di offerta al sistema di cura. Il tentativo di sistematizzazione degli approcci psicoterapeutici utilizzati ci ha condotto ad una riflessione rispetto alle convergenze e ai

punti di contatto delle teorie e delle prassi terapeutiche messe in campo. Nella tabella che segue proveremo a descrivere gli sforzi che abbiamo compiuto in questo senso e che ci hanno sicuramente arricchiti come terapeuti e come persone.

Sistemico Relazionale	Cognitivo Comportamentale	Psicodinamico
Storia trigenitoriale della famiglia (nonni-genitori-figli)	Ricostruzione della storia evolutiva, di sviluppo e dei modelli di apprendimento	Delimitazione del setting attraverso l'attenzione alla dinamica transfert-controtransfert
Organizzazione relazionale e comunicativa attuale dell'individuo	Organizzazione cognitivo-emotiva del paziente e presentazione di Sé in relazione agli altri	Individuazione della struttura delle difese-resistenze nella relazione analitica
Funzione del sintomo	Analisi funzionale e individuazione degli antecedenti e delle conseguenze cognitive emotive e comportamentali	Ricostruzione o costruzione narrativa della genesi e della funzione della dinamica tra desideri e difese
Fase del ciclo vitale della famiglia nel quale si presenta il sintomo del paziente designato	Fattori esterni/interni e analisi causale determinante il mantenimento del comportamento disfunzionale.	Individuazione dei processi di interiorizzazione della funzione analitica e della nuova relazione analista-analizzando

### Conclusioni

Confrontando i risultati clinici ottenuti con i pazienti del Centro Cocaina con quelli ottenuti con i pazienti Ser.T, si è rilevato che una migliore efficacia del servizio si è ottenuta proprio nel Centro Cocaina. La qualità dell'intervento attuato si ritiene sia da collegare ai seguenti elementi principali:

- Il Centro Cocaina, operando in una logica progettuale, ha definito in maniera chiara i propri obiettivi e le strategie di intervento, verificando periodicamente con strumenti di valutazione interna di processo quanto si stesse realizzando: il modello di intervento è stato quindi costantemente basato su una logica di miglioramento della qualità applicando una metodologia di lavoro del tipo PCDA (Plan, Check, Do, Act). I periodici e continuativi momenti di approfondimento sull'operato, di super-

visione interna e di analisi dei risultati hanno determinato una attenzione costante ed una autoriflessività del gruppo di lavoro.

- La fiducia mostrata dai pazienti nei confronti del trattamento richiesto (basso drop out) e la variazione positiva dei quadri clinici sembrano collegarsi alla valenza dell'essere "pensati" dal gruppo dei curanti: pertanto il servizio, nel suo insieme, sembra aver svolto una funzione terapeutica.

- La sovrapposibilità dei risultati clinici ottenuti utilizzando i diversi approcci psicoterapeutici è stata collegata alla valenza della qualità della relazione instaurata da ogni singolo terapeuta e alla coerenza interna che il curante è riuscito a restituire al paziente nel corso del trattamento.

10

**STUDIO PRELIMINARE  
PER LA REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA  
PER IL MONITORAGGIO DELLE TERAPIE  
FARMACOLOGICHE E VALUTAZIONE  
DELL'OUTCOME**

**Gomma M.\*\*\*, Serpelloni G., Genetti B.\*\*,  
Zermiani M.\*\*\*, Gruppo di collaborazione mfp-DPA\*\*\*\***  
\* Dipartimento Politiche Antidroga Presidenza Consiglio dei Ministri  
\*\* Osservatorio Italiano sulle Droghe - Dipartimento Politiche Antidroga  
\*\*\* SerD1, Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona  
\*\*\*\* Dipartimento Dipendenze: ALS 1, Regione Liguria; ALS 3, Regione Liguria, ULSS 1, Regione Veneto; ULSS 2, Regione Veneto; ULSS 3, Regione Veneto; ULSS 4, Regione Veneto; ULSS 6, Regione Veneto; ULSS 7, Regione Veneto; ULSS 8, Regione Veneto; ULSS 9, Regione Veneto; ULSS 13, Regione Veneto; ULSS 14, Regione Veneto; ULSS 15, Regione Veneto; ULSS 18, Regione Veneto; ULSS 20, Regione Veneto; ULSS 21, Regione Veneto; ASL Varese, Regione Lombardia; ASL Brescia, Regione Lombardia; Enna, Ausl 4 Regione Sicilia; Messina, Ausl 5 Regione Sicilia; Siracusa, Ausl 8 Regione Sicilia; Foligno, Regione Umbria; Spoleto, Regione Umbria.

**Background**  
Nell'anno 2010 il Dipartimento Politiche Antidroga ha attivato un progetto dal titolo "Realizzazione di un sistema

multicentrico per il monitoraggio dei trattamenti e valutazione dell'outcome in relazione alle prestazioni ricevute". Disporre di sistemi pratici, automatizzati e di facile utilizzo per eseguire la valutazione dei trattamenti farmacologici e dell'efficacia in pratica rappresenta una necessità ormai non più derogabile per i Dipartimenti delle Dipendenze. Lo scopo principale del progetto è quello di realizzare una rete di servizi per le tossicodipendenze per lo sviluppo e l'applicazione di modelli di valutazione in pratica degli esiti dei trattamenti erogati agli utenti. Nel presente articolo vengono presentati i principali risultati di uno studio preliminare sulla valutazione degli esiti dei trattamenti farmacologici con metadone e buprenorfina associati al volume di prestazioni erogate.

**Metodologia**  
Studio retrospettivo sulle Unità Operative partecipanti al progetto. La raccolta dei dati è avvenuta nell'intervallo temporale compreso tra 01/01/2009 e 31/12/2009. Criteri di inclusione: utilizzo del software mFp per la gestione delle attività assistenziali dei servizi per le tossicodipendenze; disponibilità di database storici, ben popolati di dati (utilizzo del software da più di un anno). Tramite uno specifico strumento informatico denominato "Outcome - Output Extractor", integrato alla reportistica web standard di mfp, è possibile suddividere automaticamente gli utenti a seconda dell'indicatore "giorni liberi dalle droghe" in tre gruppi. Il criterio utilizzato consente di stratificare gli utenti in tre classi: "soggetti responder" ossia quelli con una percentuale di giorni liberi dalle droghe superiore al 60% del totale dei giorni di trattamento, "soggetti low responder", quelli con una percentuale di giorni liberi tra il 30 e il 60% e infine i "no responder" quelli che hanno meno del 30% di giorni liberi. Per giorni liberi dalle droghe si inten-

Tabella 1 - Soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per sesso, età e tipo di risposta al trattamento

	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
	N	% <sub>c</sub>	N	% <sub>c</sub>	N	% <sub>c</sub>	N	% <sub>c</sub>
<b>Metadone</b>								
Maschi	2.638	81,5	759	84,9	3.649	84,3	7.046	83,3
Femmine	599	18,5	135	15,1	678	15,7	1.412	16,7
Totale (% <sub>R</sub> )	3.237	38,3	894	10,5	4.327	51,2	8.458	100
Età media (dev std)	34,8	(2,8)	35,0	(1,6)	37,1	(1,6)	35,6	(2,0)
<b>Buprenorfina</b>								
Maschi	639	85,4	221	89,8	1.794	87,4	2.655	87,1
Femmine	110	14,6	25	10,2	259	12,6	393	12,9
Totale (% <sub>R</sub> )	749	24,6	246	8,0	2.053	67,4	3.048	100
Età media (dev std)	33,3	(5,5)	31,6	(4,2)	35,1	(2,7)	34,7	(4,1)
<b>Metadone e Buprenorfina</b>								
Maschi	3.277	82,2	980	86,0	5.443	85,3	9.701	84,3
Femmine	709	17,8	160	14,0	937	14,7	1.805	15,7
Totale (% <sub>R</sub> )	3.986	34,6	1140	10,0	6.380	55,4	11.506	100,0

Tabella 2 - Esiti dei principali trattamenti farmacologici per tipo di risposta al trattamento e tipologia di farmaco

	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
	Bupr.	Meta.	Bupr.	Meta.	Bupr.	Meta.	Bupr.	Meta.
Soggetti (numero)	749	3.237	246	894	2.053	4.327	3.048	8.458
Durata Media Trattamento (giorni)	69,6	78,8	244,0	245,6	282,4	263,4	227,0	189,0
Dose Media/Soggetti/Die (grammi)	8,7	49,9	8,2	46,9	8,2	51,1	8,3	50,2
Σ gg con Morfinurie negative (%)* <sup>1</sup>	13,5	10,0	46,8	45,4	94,2	92,7	84,0	73,8
Adh Con. %* <sup>2</sup>	54,8	56,2	55,9	58,0	54,6	56,2	54,9	56,4
Adh Trat. %* <sup>3</sup>	39,0	42,7	84,1	86,2	89,1	87,5	76,4	70,2
Densità prestazionale media* <sup>4</sup>	0,7	4,5	0,2	1,2	1,4	5,0	0,8	3,6

\*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia  
\*2 valore medio in percentuale dell'aderenza ai controlli urinari, calcolata rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati  
\*3 valore medio in percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolata rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte  
\*4 rapporto tra le prestazioni erogate nell'anno di riferimento e gli anni persona riferiti all'utenza assistita all'Unità Operativa (somma dei giorni di assistenza erogata per singolo utente).

dono i giorni totali (numero e percentuale) con morfinurie negative, calcolati conteggiando tutti i giorni compresi fra due controlli con risultato "negativo", e la metà dei giorni tra un controllo con risultato "negativo" ed uno con risultato "positivo". Va evidenziato che data la variabilità nei tempi dei controlli urinari non è ipotizzabile la certezza della negatività dei soggetti, ciò a cui ci si riferisce deve essere quindi interpretato come una probabilità di non uso di sostanze negli intervalli di tempo considerati.

**Risultati**  
Le unità operative che dispongono di database ben strutturate sono 19, le regioni rappresentate sono Liguria, Lombardia, Veneto e Sicilia. I soggetti totali in trattamento con metadone sono 8.458, quelli in terapia con buprenorfina sono 3.048, complessivamente quindi il campione totale di soggetti è pari a 11.506 utenti. Non si rilevano grosse differenze tra maschi e femmine nei due tipi di trattamento farmacologico; differenze più marcate si evincono osservando l'età media, che risulta tendenzialmente più bassa nei soggetti trattati con buprenorfina. I soggetti "più anziani" con un'età media pari a 37,1 sono quelli maggiormente rispondenti alla terapia con metadone. (tabella 1)  
L'analisi degli esiti dei trattamenti farmacologici eseguita su 11.506 soggetti tossicodipendenti da eroina ha mostrato che la percentuale di soggetti che rispondono ai trattamenti è del 55,4% sul totale dell'intera casistica, corrispondente a 1.602.425 giorni passati senza assumere eroina. Le percentuali di giornate libere dall'assunzione di sostanze sul totale dei giorni in trattamento oscillavano da 10,6% dei soggetti non rispondenti (34,6% dei soggetti dell'intera casistica) al 93,2% dei rispondenti (55,4% dei soggetti dell'intera casistica). I soggetti che più rispondono alla terapia sono quelli che presentano anche una maggio-

re aderenza al trattamento e ai controlli oltre che una maggiore durata del trattamento. Questi soggetti hanno anche ricevuto il maggior numero di prestazioni dai servizi. Le dosi medie di farmaci erano di 8,3 mg/die per la buprenorfina e di 50,2 mg/die per il metadone. La risposta al trattamento, valutata come giorni di astensione dall'assunzione di eroina sembra essere dose indipendente ma correlata più che altro alla durata, all'aderenza, al trattamento stesso e ai controlli. (tabella 2)

**Discussione**  
Lo studio evidenzia come uno strumento di gestione clinica possa consentire sia il monitoraggio delle pratiche usate (tipo di terapia, dosaggi, ecc.), sia degli indicatori di esito (astensione uso eroina, uso contemporaneo di altre droghe) favorendo quindi un processo di qualità nei servizi per le dipendenze patologiche. L'analisi proposta intende essere uno studio preliminare che costituisce il punto di partenza per il progetto "Outcome" avviato nel 2010. Rappresenta, quindi, una base per ulteriori e più approfondite indagini. I risultati sono incoraggianti soprattutto dal punto di vista della possibilità di una strutturazione standard e permanente per la valutazione degli esiti correlati alle prestazioni effettuate. Sicuramente il sistema attuale ha bisogno di essere allargato a più unità per aumentare il campione di utenti in esame. Ha anche necessità di essere perfezionato introducendo altri indicatori come la valutazione della gravità clinica dei soggetti e la motivazione al cambiamento, elementi che permetterebbero di leggere meglio i risultati sulle risposte al trattamento. Un altro elemento che potrebbe arricchire il sistema è il rapporto personale/utenza, calcolato solo sul numero di operatori deputati alla gestione clinica dei pazienti, che influenzano sia il numero sia il tipo di prestazioni erogate all'interno dei vari servizi.

## IL PROGETTO ALCOLOGICO DELLA ASL 1 IMPERIESE TRA TERRITORIO E RESIDENZIALITÀ: ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

Hinnenthal I., Boselli P., Di Mola C., Ardisson G., Taccagno M.  
DSM-integrato, ASL1 Imperiese

Su un campione di 272 pazienti alcolisti in carico al Ser.T/ambulatorio d'alcolologia (DSM-integrato) dell'ASL 1 Imperiese nel 2007 con problematiche clinicamente rilevanti di abuso o dipendenza da alcol e con un alto tasso di mortalità (nell'anno analizzato sono deceduti 13 pazienti pari a 4,8% del campione) sono stati verificati fattori di diagnosi, anche per comorbilità, tipi di alcolismo (DSM IV e criteri diagnostici associati alla tipologia di Cloninger), situazione clinica, ricoveri programmati in ospedale e non programmati (ospedale/ SPDC), percorsi riabilitativi effettuati nello stesso anno rispetto alle problematiche alcol correlate (case di cura, comunità etc.), tipo di programma territoriale svolto e vari altri fattori riguardante la situazione abitativa, lavorativa, famigliare e sociale. Secondo Cloninger (1993) il tipo I di alcolismo inizia più tardi, spesso dopo i 25 anni, ed è più reattivo a eventi accaduti nel corso della vita, più curabile. Il tipo II comincia presto, già nell'adolescenza; è più violento nel percorso; curabile con più difficoltà; associato forse a una componente genetica (nelle famiglie primarie spesso si trovano genitori con problemi di alcol). Sono persone che cercano sensazioni intense. Clinicamente è più probabile che ci siano interruzioni nel percorso lavorativo e relazionale. Partendo da questa descrizione della tipologia di Cloninger (I e II) è stato sviluppato uno score per analizzare meglio il campione (score alto: più probabile associato a Cloninger I, (classe I), score basso: più probabile associato a Cloninger II, (classe III), score medio: meno specifico, classe II).

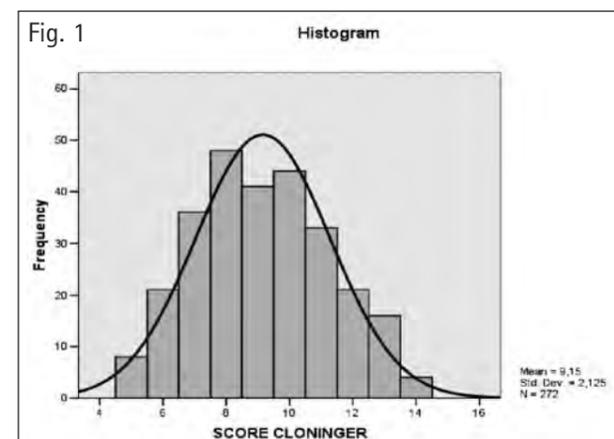


Fig. 2

	Morti	Vivi	Percentuale	Totale
Classe I	8	57	12,3%	
Classe II	4	129	3,0%	
Classe III	1	73	1,4%	
	13	259	4,8%	272

Dei pazienti deceduti solo un paziente aveva uno score così basso da potere essere considerato più probabilmente associato al tipo II di Cloninger; invece il 12,3% della classe "più probabile Cloninger I" e di conseguenza teoricamente con la migliore prognosi è deceduto.

Analizzando le percentuali di utilizzo delle varie strutture sul totale utilizzo di strutture (espresso in numero di accesso) si evidenziavano le seguenti criticità:

Disintossicazione elettiva	5/151=	3,3%	
Ricoveri alcolcorrelati	22/151=	14,6	
Ricoveri in SPDC	49/151=	32,4%	(non programmati)
Ricoveri riabilitativi con impegnativa	32/151=	21,2%	(extraregionale)
CT terapeutica dipendenze	24/151=	15,9%	
CT psichiatrica	6/151=	4%	
Altre strutture residenziali	13/151=	8,6%	

#### Analisi dell'utilizzo delle strutture residenziali

Utilizzatori strutture residenziali	110/172=	40,44%
Poliutilizzatori di strutture	70/110=	63,64%
Poliutilizzatori strutture sul totale dei pazienti	70/272=	25,73%

Solo 5 disintossicazioni nell'anno 2007 sono state elettive in ospedale, 17 disintossicazioni si sono svolte con consiglio terapeutico a casa (in assenza di possibilità di ricovero disintossicante), 37 volte un paziente è stato trattato in un percorso residenziale alcolologico riabilitativo programmato, 49 volte sono stati ricoverati pazienti in SPDC, 22 ricoveri sono stati effettuati in altri reparti per patologie alcol correlate. Per i percorsi residenziali brevi per alcoldipendenza (Villa Soranzo, VE) sono stati spesi 42.000 Euro per complessivi 814 giorni di degenza per 9 persone. In percorsi comunitari tradizionali sono stati spesi 276.848 Euro con 6030 giorni di degenza per patologia alcol correlata per 20 pazienti.

Dei 13 pazienti deceduti nel 2007 nessuno era stato inserito nel 2007 in un luogo terapeutico riabilitativo specifico.

### Conclusioni

Attualmente nella ASL1 Imperiese la criticità maggiore della rete alcolologica riguarda sia le disintossicazioni in ambiente ospedaliero, sia l'accesso semplice a strutture residenziali per percorsi comunitari alcolologici specifici e brevi.

Nel confronto della spesa questi percorsi residenziali brevi durando meno si rivelano molto più economici rispetto ai percorsi tradizionali lunghi e aspecifici. Sembra che paradossalmente pazienti con meno risorse e peggiore prognosi trovino nei SerT della nostra ASL per ora una risposta terapeutica più idonea alla loro patologia rispetto ai pazienti con più risorse e migliore prognosi: Questo si riflette nell'alto numero di ricoveri non programmati, nelle fughe extraregionali e nel tasso di mor-

## INDAGINE CONOSCITIVA SULLA COMPLIANCE DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON BUPRENORFINA, MISUSO/DIVERSIONE, RESISTENZE AL CAMBIAMENTO: ESPERIENZA DI ALCUNI SERVIZI DEL LAZIO

Caliendo C.\*, Consoli C.\*\*, Giannantonio M.G.\*\*\*, Marino A.\*\*\*\*, Scuderi G.\*\*\*\*\*

\*Medico, Responsabile Ser.T. II°-III° Distretto - ASL RM/A;  
\*\*Medico, Ser.T IX° Distretto - ASL RM/E;  
\*\*\*Medico, Ser.T IV° Distretto - ASL RM/A,  
\*\*\*\*Medico, Ser.T IX° Distretto - ASL RM/C;  
\*\*\*\*\*Medico, Responsabile Ser.T. Civitavecchia - ASL RM/F.

talità che ha colpito, almeno nel nostro campione, in particolare questa fascia di utenti.

Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R. (1993): A psychological model of temperament and character, *Archives of General Psychiatry* 50: p. 975-990

Hinnenthal, I., Laki, Z., Ardisson, G. (2008): *Psicotraumatologia e neuroplasticità. Presupposti teorici per la gestione clinica nel trattamento residenziale di alcolisti on poliabuso*, in: *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, eds. A. Lucchini, F. Nava, E. Manzato; Franco Angeli, Milano, p. 103-110

Hinnenthal I., Manera E., Gallo S., Cibin M. (2006): *Trattamento residenziale: un approccio emotivo e cognitivo-comportamentale*, in: *Cocaina, Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, Progetto START del dipartimento nazionale per le politiche antidroga, "La Grafica", Vago di Lagno (VR), p. 385-398*

Dai primi anni del 2000 la Buprenorfina, agonista dei recettori  $\mu$  e antagonista dei recettori  $k$ , si è affiancata al metadone per il trattamento della dipendenza da oppioidi nei Ser.T.

La diversificata offerta terapeutica e l'ampliamento delle conoscenze scientifiche sulla neurobiologia delle dipendenze ha consentito di affinare l'inquadramento diagnostico del paziente e il trattamento, nel senso di una maggiore personalizzazione della terapia.

La disponibilità dell'associazione farmacologica buprenorfina/naloxone nei nostri Servizi, ci ha stimolato - nel corso dell'ultimo anno, a compiere una indagine conoscitiva tra i nostri pazienti sulla presenza del fenomeno misuso/diversione anche al fine di attuare eventuali strategie per il contenimento del problema.

L'indagine è stata svolta in 5 Ser.T operanti nel territorio di Roma e provincia: sono tutti servizi alta utenza, caratterizzati da un'estrema varietà del territorio di competenza. Infatti due Ser.T sono situati in pieno centro storico (anche se con diverse caratteristiche dal punto di vista urbanistico e demografico), due nella periferia cittadina (uno nel quadrante nord-est e l'altro in quello nord-ovest) e un servizio in provincia, sul litorale.

È stato formulato un questionario semplice, di poche domande, di facile somministrazione, compilato dai pazienti in trattamento con BNF che si trovavano nella prospettiva del passaggio alla formulazione BNF/NLX.

Le domande esplorano: 1) il grado di percezione del cambiamento degli stili di vita avvenuti con il trattamento con Buprenorfina, 2) eventuali comportamenti di misuso e/o diversione, 3) poliabuso, 4) il grado di aspettativa dei cambiamenti di vita a seguito del trattamento combinato.

Prima della somministrazione del questionario i pazienti sono stati adeguatamente informati sulle caratteristiche distintive della nuova formulazione terapeutica, garantendo a tutti il rispetto della privacy sulle risposte fornite.

Sono stati somministrati, complessivamente, 104 questionari su 142 pazienti in trattamento con buprenorfina, in quel momento, escludendo i pazienti già in fase di dimissione.

Dall'analisi dei questionari è emerso che il misuso/diversione tra i pazienti dei nostri servizi è molto più contenuto rispetto ai dati desunti dalla letteratura disponibile a riguardo.

L'impiego del farmaco combinato comunque, offre maggiori garanzie di sicurezza, soprattutto in caso di affidamento della terapia, migliora la compliance del paziente al trattamento farmacologico e lo predispone al trattamento integrato.

Per comunicazioni:  
Dott.ssa Alberta Marino (e-mail [marino.alberta@aslrmc.it](mailto:marino.alberta@aslrmc.it))

## "TERRA DI MEZZO" SERVIZIO 'PONTE' TRA IL TERRITORIO E GLI ALTRI SERVIZI RIVOLTO AGLI ADOLESCENTI E ALLE LORO FAMIGLIE

Mazzo M., Rossi M.A., Negrisola R.,  
Andreotti L., Toniolo E.  
DSM - Soc Dipendenze ULSS 18 Rovigo

Dalle ricerche condotte sull'accessibilità ai servizi emerge che chi vive situazioni di difficoltà fatica ad avvicinarsi al servizio di competenza soprattutto per lo stigma che ne consegue, tale dato si rileva in particolare con gli adolescenti. Inoltre l'aumento delle situazioni legate ai comportamenti a rischio non solo connesse all'uso di sostanze stupefacenti ma anche ai vissuti di disagio sperimentate dai giovani, ha reso utile l'attivazione di un servizio denominato "Terra di Mezzo".

Questo servizio si rivolge agli adolescenti, ai giovani adulti (fascia d'età 14-26 anni) e alle loro famiglie, in questa fase del ciclo vitale in cui il processo di crescita può avvenire in modo disfunzionale. Si colloca come servizio 'ponte' contattando e/o accogliendo tutte quelle situazioni di iniziale difficoltà in cui può trovarsi un adolescente, prima che possano sfociare in una patologia conclamata o arrivino alla cronicizzazione.

Il gruppo di lavoro è costituito da Educatori di Strada, psicologi/psicoterapeuti e psichiatri che, lavorando in sinergia, operano sia nell'ambito della prevenzione (educativa di strada) che nell'ambito della cura e del trattamento. Nello specifico gli Educatori di Strada (EDS) lavorano con le compagnie a rischio nei loro contesti aggregativi con l'obiettivo di:

- approfondire relazioni e contatti significativi con singoli e gruppi di adolescenti, ponendosi come figura in grado di ascoltare e capire i bisogni dei ragazzi con lo scopo di consolidare un rapporto di fiducia e collaborazione con le compagnie individuate;
- sviluppare attività ed occasioni in grado di stimolare la riflessione sull'uso di sostanze;
- facilitare l'accesso ai servizi territoriali e socio-sanitari ai giovani in situazione di difficoltà;
- consolidare e rafforzare l'azione delle comunità locali in quanto risorse fondamentali per l'accoglienza delle richieste e dei bisogni dei ragazzi e per il supporto nelle situazioni di disagio e rischio dei giovani.

Per quanto riguarda invece l'ambito della cura e del trattamento l'obiettivo primario è la riduzione del rischio attraverso: l'inquadramento clinico del disagio in adolescenza, la presa in carico e il trattamento e l'invio ai servizi specialistici delle situazioni di franca patologia. Dopo una prima fase di assessment e valutazione psicodiagnostica del caso, vengono effettuati percorsi di psi-

coterapia individuale e/o familiare e colloqui a supporto della genitorialità. La metodologia del servizio pone l'accento sulla centralità della persona, sull'instaurazione di un rapporto di fiducia e vicinanza con gli operatori e sulla facile accessibilità in quanto:

- è gratuito
- non è necessaria l'impegnativa del medico
- non c'è lista d'attesa
- l'appuntamento si concorda direttamente con gli operatori del servizio
- è collocato in modo capillare nel territorio e in posizioni strategiche: le tre sedi si trovano vicino ai luoghi di maggior aggregazione giovanile (Istituti di Scuola Media Superiore, complessi sportivi, ecc.)
- viene usato un cellulare per poter favorire la comunicazione con i ragazzi anche attraverso gli SMS (modalità comunicativa privilegiata per questo target)
- non è connotato istituzionalmente, pur rientrando tra i servizi dell'A.ULSS 18.

Periodicamente vengono effettuate supervisioni e discussione casi all'interno di un'équipe multidisciplinare costituita da: psicologi/psicoterapeuti, psichiatra del Servizio Dipendenze e della Psichiatria, Educatore di strada, Farmacologo. È prassi inoltre del servizio richiedere in loco eventuali consulenze specialistiche esterne, nell'ottica di promuovere il benessere e non lo stigma su un disagio e/o disturbo mentale.

Dati inerenti l'attività dell'educativa di strada nell'anno 2009:

Nello specifico, viene riportata l'attività degli Educatori di Strada effettuata nel corso del 2008 e del 2009. Nel 2008 il progetto ha riguardato 722 giovani inseriti in 39 gruppi informali, che sono stati mappati; la maggior parte di questi è stata seguita settimanalmente. Nel 2009 si è venuti a contatto con 814 giovani, inseriti in 43 gruppi informali, che sono stati mappati; la maggior parte di questi è stata seguita settimanalmente.

	2008	2009
Gruppi informali con giovani a rischio seguiti	39	43
Gruppi seguiti	24	25
Gruppi mappati	15	18

	2008	2008 (%)	2009	2009 (%)
Totale giovani seguiti	722		814	
Giovani seguiti	240	33%	282	35%
Giovani mappati	471	65%	510	62%
Giovani seguiti in collaborazione con Servizi del territorio	11	2%	22	3%

Seguono i dati inerenti l'attività di consulenza psicologica di "Terra di Mezzo":

### UTENTI

	2007	2008	2009	2010 (Gen-Giu)
ADOLESCENTE (fascia d'età 14 - 18)	69%	53%	44%	42%
GIOVANE ADULTO (fascia d'età 18 - 25/26)	6%	13%	19%	15%
PARENTE (sorella, fratello, zio/a, ecc.)	-	2%	2%	4%
GENITORE	25%	31%	35%	39%
EDUCATORE (Insegnanti, ...)	-	1%	-	-
Totale utenti	16	127	140	139

### OPERATIVITÀ:

	2008	2009	2010 (Gen-Giu)
CONCLUSO si intende il raggiungimento degli obiettivi terapeutici concordati o la remissione di eventuali sintomi per i quali era stato richiesto il trattamento	63	44	26
INVIO AD ALTRO SERVIZIO	7	5	4
DROP OUT	10	2	3
IN CARICO	27	68	101
RIFIUTO DEL TRATTAMENTO Si intendono i ragazzi segnalati dalla Prefettura (art. 75) che non hanno accettato il programma proposto	11	7	3
FOLLOW UP (monitoraggio)	9	14	2
Totale	127	140	139

### PROBLEMATICHE RIPORTATE:

	2008	2009	2010 (Gen-Giu)
CONDOTTE A RISCHIO*	14	18	27
CONDOTTE A RISCHIO DEL FIGLIO RILEVATE DAI GENITORI E/O PARENTI*	18	18	30
PROBLEMATICHE LEGATE ALL'IDENTITÀ SESSUALE	18	1	1
DIFFICOLTÀ SCOLASTICHE	0	2	5
CONFLITTUALITÀ IN FAMIGLIA	3	6	2
DIST. D'ANSIA	14	11	10
DIST. UMORE	15	6	3
D.O.C. (Dist. Ossessivo Compulsivo)	5	1	1
ART. 75 (segnalati dalla Prefettura per cannabis)	2	17	11
CNF (componenti del nucleo familiare convocati al servizio per la problematica del figlio)	21	20	10

\*internet addiction, gambling, guida pericolosa, assunzione di droghe legali ed illegali, attività sessuali promiscue e non protette, comportamenti autolesivi, ecc.

"Terra di Mezzo" è un nuovo servizio, attivo nel territorio dal 2007. In questi anni l'attività è incrementata, il numero dei percorsi conclusi e l'aumento delle richieste evidenziano la flessibilità del servizio inteso come luogo in grado di cogliere il disagio emergente attraverso risposte tempestive, secondo modalità meno istituzionali e più funzionali per i ragazzi.

**VALUTARE IL RISCHIO - PREVENIRE LA RICADUTA  
MANEMOS: UNO STRUMENTO DI AUTOVALUTAZIONE PER I CONSUMATORI DI ALCOL E COCAINA**

**Manera E., Mosti A.\*\***

*\*Psicologa-Psicoterapeuta, Formatrice Motivazionale, Lovere (BG);*

*\*\*Medico Psicoterapeuta, Direttore Programma Dipendenze Patologiche AUSL Piacenza*

Una ormai storica definizione NIAA del 1989 descrive il Craving come "uno stato emozionale-motivazionale, un'urgenza appetitiva, come una fame, caratterizzata da sintomi simil-astinenziali. Tale sintomatologia è provocata da stimoli interni o esterni che evocano alla memoria gli effetti euforizzanti dell'alcol o il disagio legato all'astinenza".

Alcuni Autori (Verheul R, van den Brink W, Geerlings P.) hanno acutamente osservato e descritto due aspetti fondamentali del craving: un aspetto cosiddetto "non simbolico" che sostanzialmente si esprime attraverso la fisicità di una sindrome da privazione e un altro aspetto, quello "psicologico-simbolico", che si manifesta più tipicamente durante i periodi di astensione dall'uso e che spesso può condurre alla Ricaduta.

E' evidente quindi quanto sia importante dal punto di vista clinico saper cogliere nella storia del paziente quegli elementi che possono in qualche modo trasformarsi in fattori evocativi della "vertigine alcolica" e innescare un processo che, se non interrotto, può facilmente esitare nel ritorno alla condizione patologica di uso. Tale processo può innescarsi anche a anni di distanza dalla sospensione dell'uso e si manifesta come un'onda che ha un picco e poi si attenua fino a scomparire. L'aspetto "psicologico-simbolico" del craving è particolarmente interessante perché ci permette di comprendere meglio il processo che in pazienti ormai stabilizzati può portare a una Ricaduta, processo del quale è già stato ampiamente detto.

Ogni operatore un poco esperto è venuto a contatto con qualche paziente ormai "guarito" che improvvisamente si ripresenta al Servizio come fosse tornato improvvisamente indietro nel tempo. E non sa spiegare che cosa è accaduto, che cosa ha innescato "quella voglia di farsi un goccio".

Il riconoscimento di stimoli magari apparentemente neutri, ma altrimenti determinanti l'innescare dalla "fame patologica" per quel determinato paziente, diviene così una tappa fondamentale del percorso terapeutico.

Poter nominare senza timore il desiderio di bere, nelle sue diverse componenti, poterlo quantificare liberamen-

te davanti a qualcuno che può comprenderlo innesca un meccanismo fiduciario che è alla base di una buona relazione terapeutica e ipotoca il futuro del programma riabilitativo.

Se quel momento viene riconosciuto, elaborato e fronteggiato, si può evitare che diventi l'inizio di un processo: da un'emozione a una strategia finalizzata al raggiungimento dell'oggetto della propria passione.

Per questo si è pensato di mettere a punto uno strumento utilizzabile sia per lo screening precoce di modalità patologiche di consumo di alcol e cocaina, sia come strumento di trattamento clinico per lo sviluppo di strategie di prevenzione della ricaduta.

Il Questionario "Manemos", (fig.1) disponibile nelle versioni per alcol, aiuta ad identificare per ciascuna persona a cui viene somministrato, le situazioni in cui è più probabile che sia presente un consumo della sostanza considerata (individuate a partire dal lavoro di Marlatt e Gordon sulle Situazioni ad Alto Rischio di Ricaduta).

Fig.1



Lo strumento che si ispira alla testistica internazionale nel campo di applicabilità delle tecniche cognitive comportamentali, è frutto di una ricerca in letteratura, è già stato testato linguisticamente in una prima versione per alcol in italiano con 38 item, su due gruppi uno composto da 20 pazienti e uno da 20 controlli, ed ha già dato indicazione di poter essere un valido sostegno nel lavoro di prevenzione delle ricadute nelle dipendenze patologiche. Al Soggetto si chiede di indicare quanto spesso avvenga l'assunzione di alcol e/o di cocaina nelle situazioni proposte e dallo scoring delle risposte emerge un profilo di prevalenza di consumo in una o più delle 8 aree specificate. Sono state pensate due versioni dello stesso strumento, una agile (di 8 item) ed una un po' più complessa (di 24 item) che possano essere applicati in diversi contesti con soggetti consumatori e costituiscano la base per una riflessione sulle varie modalità di uso di alcol e di cocaina. Discriminare tra le varie tipologie di consumo (ricreazionale, sociale, di autocura, di gestione di situazioni emotive o fisiche particolari, etc), permette di intraprendere per gli individui e/o i gruppi, sia nella prevenzione che nel trattamento, azioni mirate, e quindi più efficaci.

**Somministrazione del Questionario:**

- Via Internet, accesso ad un sito dedicato, previa regi-

strazione(psicologos.it/questionari.html)

- Strumento Cartaceo

**Tempi di compilazione del Questionario:**

- Via internet:  
Versione Breve: 2 minuti  
Versione Lunga: 6 minuti
- Strumento Cartaceo:  
Versione Breve: 1 minuto  
Versione Lunga: 3 minuti

**Utilizzi del questionario:**

Il questionario nasce per essere utilizzato sia in ambito preventivo che di trattamento:

*In Prevenzione:* Autosomministrazione del questionario accedendo al sito, da cui si ottiene una valutazione del rischio del proprio comportamento di consumo, con consigli rispetto alle situazioni a cui porre la maggior attenzione e i possibili centri a cui rivolgersi per un approfondimento qualora si rilevi la necessità di un invio (Servizi territoriali, Gruppi di auto aiuto, etc).

L'operatore della Prevenzione propone lo strumento a consumatori per problematizzare l'uso della sostanza (alcol e/o cocaina) e le situazioni in cui viene assunta. Poter approfondire con i consumatori i significati attesi dagli effetti psicoattivi (sostegno allo stress, gestione e modulazione delle emozioni, cedimento alla pressione sociale, sostegno a condizioni fisiche negative, etc) e conoscere le situazioni in cui sia più probabile che si concentri il consumo, permette di pianificare e attuare piani di intervento mirati allo sviluppo di abilità specifiche (social skills, life skills). Es. Area da fronteggiare: Pressioni Sociali. Azione: Rinforzo/sviluppo di Assertività. Oppure: Area da fronteggiare: Gestione dello Stress relazionale. Azione: Intervento di rinforzo all'Autostima.

*Per il Trattamento:* L'operatore propone il questionario a pazienti in trattamento all'interno del lavoro di Prevenzione delle Ricadute per identificare e specificare le modalità di assunzione al fine di sviluppare strategie di fronteggiamento delle situazioni che risultino a maggior rischio di ricaduta.

(Corrispondenza: ester.manera@psicologos.it)



**QUANTO TEMPO IMPIEGANO LE PERSONE CON PROBLEMI DI ADDICTION AD ARRIVARE AI SERVIZI E QUALI VARIABILI INFLUENZANO QUESTO INTERVALLO DI TEMPO?**

**Brigada R., Ponzio M., Perotti P., Panzarasa A., Verri A., San Bartolomeo P., Priora C., Belfiore G., Pegoraro M., Iannello G., Mariani S.**

*Dipartimento ASSI, Ser.T, ASL della Provincia di Pavia  
\*Dipartimento Dipendenze, ASL della Provincia di Pavia*

**Introduzione**

Possibili indicatori di efficacia delle politiche di prevenzione e cura attuate su un territorio possono essere la stima della prevalenza e dell'incidenza dei soggetti con problemi legati all'uso di sostanze o la prevalenza e l'incidenza dei soggetti che sono stati presi in carico dai servizi sanitari del territorio. Per i soggetti che sono stati presi in carico dai servizi sanitari del territorio è possibile, quando si dispone dell'informazione, analizzare anche l'intervallo di tempo tra il primo uso di una sostanza e la prima richiesta di cura presso i Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze (Ser.T). Tale intervallo di tempo è altrimenti definito 'tempo di latenza' ed è considerato un buon indicatore epidemiologico della capacità attrattiva e della rapidità di attivazione di un primo trattamento da parte dei servizi per soggetti con problemi legati all'uso di sostanze.

**Obiettivo**

Determinare il tempo di latenza e i fattori che possano influenzarne la durata.

**Metodo**

Sono stati analizzati i nuovi utenti che hanno attivato un primo trattamento presso i Ser.T della Provincia di Pavia tra il 2003 e il 2009 per problemi legati all'uso di sostanze (eroina, cocaina e alcol).

Sono state analizzate variabili di tipo socio-demografico (sesso, stato civile, occupazione, titolo di studio, nazionalità) e variabili legate alla modalità di utilizzo delle sostanze (età di primo uso, via di somministrazione, tipo di sostanza, poli-abuso). È stata inoltre indagata la modalità di ingresso ai servizi, in particolare se avvenuta attraverso l'attivazione di una procedura legale, che forzava o invitava il soggetto a richiedere un trattamento al Ser.T (carcere, invio prefettura, ecc.), o per altra via (spontaneo, medico, amici, scuola, famiglia). Si è deciso di utilizzare le variabili come stato civile, titolo di studio e occupazione solo nell'analisi descrittiva del campione, ma non nello studio della relazione con il tempo di latenza perché queste informazioni erano state raccolte al

momento dell'ingresso del soggetto al servizio e non direttamente collegate all'inizio dell'uso della sostanza. Usuali analisi descrittive sono state condotte per le variabili di tipo socio-demografico al fine di descrivere il campione in studio. L'analisi dei tempi di latenza è stata condotta sia stimando le funzioni di sopravvivenza con il metodo di Kaplan-Meier che ha permesso di identificare le variabili significativamente associate a tale intervallo di tempo, sia analizzando l'effetto delle singole variabili sulla probabilità di richiedere un primo trattamento con il modello di Weibull.

**Risultati**

Sono stati analizzati 3135 soggetti: 1124 con problemi di eroina, 1190 di cocaina e 821 di alcol. I risultati dell'analisi descrittiva sono riportati nella tabella 1.

Tabella 1 - Analisi descrittiva del campione analizzato

	Cocaina	Eroina	Alcol
<b>Maschi</b>	<b>91,7%</b>	<b>82,7%</b>	<b>79,4%</b>
<b>Coniugati/conviventi</b>	<b>32,7%</b>	<b>19,2%</b>	<b>42,0%</b>
<b>Occupati (stabili o occasionali)</b>	<b>77,9%</b>	<b>65,4%</b>	<b>66,4%</b>
<b>Livello scolastico fino obbligo</b>	<b>78,8%</b>	<b>75,6%</b>	<b>71,3%</b>
<b>Nazionalità italiana</b>	<b>87,8%</b>	<b>90,7%</b>	<b>92,7%</b>
<b>Ingresso Ser.T per procedura legale</b>	<b>79,6%</b>	<b>46,4%</b>	<b>16,4%</b>
<b>Poli-abusatori</b>	<b>53,2%</b>	<b>60,1%</b>	<b>15,7%</b>

L'età di primo uso è risultata simile per tutte le sostanze analizzate; le variabili età di primo trattamento (p<0.001), e tempo di latenza (p<0.001), sono risultate significativamente più elevate per i soggetti utilizzatori di alcol rispetto agli utilizzatori di altre sostanze (Fig. 1).

**La barra di errore rappresenta la Deviazione Standard (DS)**

L'analisi finale (modelli di Weibull) delle variabili associate al tempo di latenza ha evidenziato che, per tutte le sostanze di abuso analizzate, le femmine, i poli-abusatori e i soggetti che iniziano tardivamente a fare uso di sostanze hanno una più alta probabilità di richiedere 'precocemente' un primo trattamento (arrivano prima ai servizi: HR>1). Per gli utilizzatori di eroina e cocaina si osserva che anche le variabili via di somministrazione (sniffata e fumata) e nazionalità (straniera) accorciano i tempi di latenza (HR>1). Mentre, per gli utilizzatori di eroina essere arrivati al Ser.T attraverso l'attivazione di una procedura legale e per gli utilizzatori di alcol il bere

vino 'ritarda' la prima richiesta di trattamento (HR<1) (Tab.2).

**Conclusioni**

I nostri risultati possono essere utili suggerimenti per indirizzare le politiche di prevenzione. Lo studio ha evidenziato differenti tempi di latenza per le tre sostanze analizzate; gli utilizzatori di alcol impiegano circa due decenni prima di richiedere un trattamento al Ser.T, tale tempo si dimezza (circa 10 anni) per gli eroinomani e i cocainomani. Al fine di ridurre tali gap temporali le azioni di prevenzione dovrebbero in generale indirizzarsi verso un target di popolazione di giovani maschi, non necessariamente utilizzatori di altre sostanze; a seconda della tipologia della sostanza di abuso, anche altre variabili come la via di somministrazione (per eroinomani e cocainomani) e la nazionalità sembrano essere utili indicatori. Infine risulta interessante osservare, nei soggetti con problemi di alcol, come l'abitudine a bere vino, tipica della cultura 'mediterranea', allunga i tempi per una richiesta di aiuto.

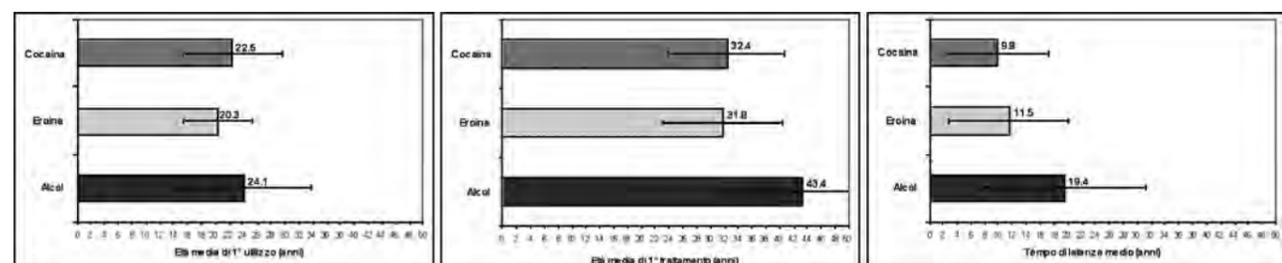
Tabella 2 - Modelli di regressione finali di Weibull, aggiustati per l'anno di ingresso in trattamento

Cocaina	HR	IC 95%	ES	P value	
Sesso (F vs M)	1,30	1,06-1,60	0,14	0,012	
Poli-abusatori (SI vs No)	1,18	1,05-1,33	0,07	0,004	
Età 1° uso(≥20 anni vs <20anni)	1,64	1,45-1,85	0,10	<0,001	
Via somministrazione	Fumata vs Endovena	1,15	0,83-1,60	0,19	0,399
	Sniffata vs Endovena	1,39	1,00-1,93	0,23	0,048
Nazionalità (Straniera vs Italiana)	1,75	1,46-2,10	0,16	<0,001	
Eroina					
Sesso (F vs M)	1,34	1,14-1,56	0,11	<0,001	
Poli-abusatori (SI vs No)	1,51	1,34-1,71	0,09	<0,001	
Età 1° uso(≥19 anni vs <19anni)	1,34	1,19-1,52	0,08	<0,001	
Via somministrazione	Fumata vs Endovena	2,14	1,86-2,46	0,15	<0,001
	Sniffata vs Endovena	1,91	1,60-2,29	0,17	<0,001
Nazionalità (Straniera vs Italiana)	1,28	1,04-1,58	0,14	0,020	
Modalità ingresso Ser.T (SI procedura legale vs No procedura legale)	0,54	0,48-0,61	0,03	<0,001	
Alcol					
Sesso (F vs M)	1,32	1,11-1,57	0,12	0,002	
Poli-abusatori (SI vs No)	2,12	1,74-2,59	0,22	<0,001	
Età 1° uso(≥20 anni vs <20anni)	1,62	1,40-1,87	0,12	<0,001	
Tipo di sostanza alcolica	Birra vs Superalcolici	0,93	0,74-1,17	0,11	0,522
	Aperitivi, liquori, amari vs Superalcolici	0,77	0,55-1,07	0,13	0,119
	Vino vs Superalcolici	0,63	0,52-0,76	0,06	<0,001

**Bibliografia**

1 Rossi C. Monitoring drug control strategies: hidden phenomena, observable events, observable times. *Int J of Drug Policy* 1999; 10:131-144.

Figura 1 - Valori medi (DS) delle variabili temporali per tipo di sostanza di abuso



16  
**IL CONSUMO ALCOLICO NELLE DONNE IN GRAVIDANZA IN UN'AREA LOCALE ITALIANA (AZ. ULSS 9 DI TREVISO - REGIONE VENETO, ITALIA): I RISULTATI DI UNO STUDIO CONOSCITIVO**

Riscica P.\*, Bazzo S.\*\*, Moino G., Battistella G.\*\*\*  
\*U.O. di Alcolologia del Ser.T 1 TV - Dip. Dipendenze dell'Az.ULSS n.9 di Treviso, Regione Veneto  
\*\*Università degli Studi di Trieste  
\*\*\*U.O. Controllo di Gestione - Dip. Piani e Programmi dell'Az.ULSS n.9 di Treviso, Regione Veneto

Questo contributo presenta i risultati di uno studio descrittivo rivolto alla popolazione di donne in gravidanza nel territorio della provincia di Treviso. Tale studio costituisce la quarta fase di ricerca preliminare al progetto di prevenzione e sensibilizzazione del FASD "Kambio Marcia: mamma beve bimbo beve".

Lo studio si pone un duplice obiettivo:

- la rilevazione dei consumi alcolici delle donne in gravidanza nell'area territoriale in oggetto;
- la contestualizzazione delle abitudini e delle opinioni relative al consumo di bevande alcoliche all'interno di una più ampia cornice valoriale della salute.

Lo studio è stato effettuato nei mesi di aprile e maggio 2010. Il metodo utilizzato è un survey autocompilato sull'intera popolazione di donne in qualsiasi stadio della gravidanza che, nell'arco temporale previsto per la somministrazione, si sono recate nei due presidi ospedalieri di pertinenza dell'azienda sanitaria per visite o per il parto. Il consumo di alcol è rilevato attraverso il test di screening AUDIT-C.

I dati ricavati saranno utilizzati come punti di riferimento per la predisposizione e l'implementazione di azioni educative rivolte al target delle donne in gravidanza.

L'indagine, condotta su 228 donne in gravidanza, italiane e straniere, che hanno avuto accesso alle U.O. di Ginecologia e Ostetricia dei presidi ospedalieri di Treviso Ca' Foncello e Oderzo nei mesi di aprile e maggio 2010, ha messo in evidenza che: due terzi delle donne intervistate (67,6%) dichiarano di non bere bevande alcoliche durante la gravidanza, un terzo (32,5%) invece continua a bere, con frequenza almeno occasionale.

In particolare:

- 1 donna su 5 (il 19,4%) beve al massimo una volta al mese;
- 1 su 9 (l'11,3%) beve 2-4 volte al mese;
- l'1,8% (4) beve 2-3 volte a settimana.

Al 3% delle donne è capitato anche di fare binge drinking, con frequenza sporadica (al massimo una volta al mese).

Due terzi delle donne intervistate bevevano bevande alcoliche prima della gravidanza (65,5%). Di queste, metà (il 48,6%), ha smesso con la gravidanza mentre le rimanenti (51,4%) hanno continuato, in modo più o meno frequente.

**Le informazioni sull'alcol in gravidanza**

Due terzi delle donne intervistate (64,9%) hanno ricevuto informazioni sull'uso di alcol in gravidanza, e in particolare:

- il 37,3% dal ginecologo
- il 28,5% da Internet, TV, giornali
- il 15,4% dal medico di medicina generale
- il 15,4% dall'ostetrica
- il 13,6% da amici, parenti, conoscenti
- il 4,4% da altre fonti (perché hanno letto libri sulla gravidanza o per cultura personale)
- l'1,8% da percorsi di studio

Solo il 33% dei ginecologi dichiara di fornire informazioni sull'alcol a più di 70% delle pazienti in gravidanza.

17

LINEAVERDEDEROGA

Sorrentino C., Bevacqua T.

Servizio: LineaVerdeDroga (Ser.T. di Catanzaro) Direttore: B. S.Grande

Storia

LineaVerdeDroga (LVD) è il Servizio di Accoglienza Telefonica voluto e finanziato dalla Regione Calabria - Dipartimento alla Salute che risponde al numero verde anonimo e gratuito 800-019899 e offre ascolto, consulenza, orientamento, informazioni sulle problematiche legate agli stati di dipendenza connessi all'uso/abuso di sostanze stupefacenti. LineaVerdeDroga viene istituita nel 1994 come Servizio sperimentale di Accoglienza Telefonica per le tossicodipendenze su iniziativa dell'Ufficio Coordinamento Regionale Tossicodipendenze della Regione Calabria, in collaborazione con il Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T) di Catanzaro, attraverso la partecipazione alla II Campagna Europea di Prevenzione sulle Droghe promossa dalla Commissione della Comunità Europea e coordinata dalla FESAT (Fondazione Europea Servizi di Accoglienza Telefonica). A tale iniziativa, a cui vi hanno aderito dodici Stati membri della Comunità Economica Europea, l'Italia vi ha partecipato attraverso il progetto presentato dall'Ufficio Centrale di Coordinamento Tossicodipendenze del Comune di Milano.

Per la realizzazione del progetto vengono individuate tre città campione: Milano per il settentrione, Roma per il centro e Catanzaro per il meridione. La ricaduta positiva della Campagna sull'attività sperimentale di LineaVerdeDroga induce la Regione Calabria a garantire nel tempo l'attività del servizio stesso. La continuità come Servizio Regionale di Accoglienza Telefonica per le dipendenze ed il rapporto con la FESAT ha consentito a LVD di essere inserita nell'elenco dei Servizi di Accoglienza Telefonica sulle droghe operanti in Europa.

Azione

- **Ascoltare e sostenere** chi ha bisogno di aiuto e chi si sente solo;
- **orientare** chi fa uso o abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope ed i loro familiari verso i Servizi di cura, riabilitazione e reinserimento;
- **informare** sulla normativa che disciplina l'uso illegale di sostanze stupefacenti;
- **prevenire** l'uso/abuso delle sostanze stupefacenti e/o psicotrope, attraverso azioni mirate di informazione e conoscenza degli effetti e delle problematiche legate al loro consumo;
- **collaborare** con i Servizi del territorio in un sistema a rete al fine di offrire ai cittadini interventi il più possibile efficaci;

• **soddisfare** il bisogno di confidenzialità, riservatezza ed anonimato propria di quella fascia di utenza che difficilmente si presenta ai Servizi. Tali obiettivi, grazie alle peculiarità di LVD ovvero la *gratuità* (relativamente ai costi delle telefonate) *l'anonimato* (vige il rispetto dell'individuo e della sua privacy) *la professionalità* (per l'aspetto non invasivo dell'intervento che si basa su un ascolto partecipato ed empatico) si sono tradotti, negli anni, in un sempre più alto target di utenza telefonica.

Utenza

Nel corso dell'anno, più precisamente dal mese di gennaio 2009 a gennaio 2010 (mese di rilevazione ed elaborazione dei presenti dati), sono pervenute un totale di 3960 chiamate di cui 3925 con feed-back e 35 riattacchi.

TABELLA 1

Variabile SESSO	v.a.	%
Femmine	2178	55,5
Maschi	1747	44,5
<b>Totale</b>	<b>3925</b>	<b>100</b>



Il maggior numero di richieste di intervento (tab/graf n.2) è compreso nella fascia d'età tra i 31/40 anni ( 29,5%) e, nel totale, dalla popolazione giovanile di età compresa tra i 16 e i 24 anni (29,7%).

TABELLA 2

CLASSI di ETÀ'	v.a.	%
< 11	0	0
12 - 15	84	2,1
16 - 19	667	17,0
20 - 24	500	12,7
25 - 30	410	10,4
31 - 40	1157	29,5
41 - 60	835	21,3
> 60	27	0,7
non rilevato	245	6,2
<b>Totale</b>	<b>3925</b>	<b>100</b>

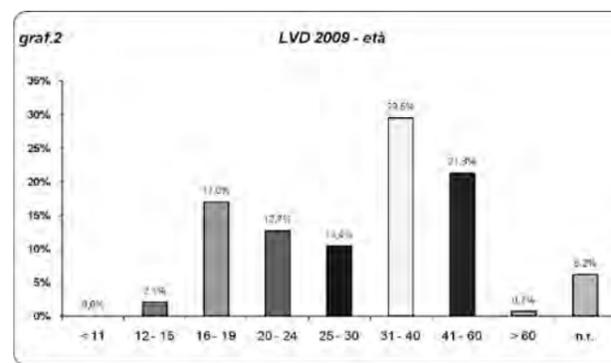
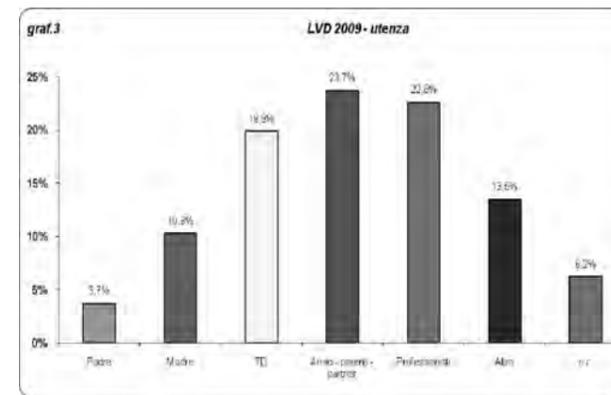


TABELLA 3

Chi chiama	v.a.	%
Padre	145	3,7
Madre	404	10,3
TD	783	19,9
Amici - parenti - partner	931	23,7
Professionisti	888	22,6
Altro	529	13,5
n.r.	245	6,2
<b>Totale</b>	<b>3925</b>	<b>100</b>



Da un'attenta analisi fatta sulle diverse tipologie di utenza che utilizza il Servizio (tab/graf n.3) è emerso che conoscenti, familiari e, in genere, le persone vicine al tossicodipendente (td) - prevalentemente donne - sono quelle che maggiormente afferiscono a LVD; seguono i professionisti del Settore che necessitano di informazioni e orientamento verso i Servizi di cura e riabilitazione (sia pubblici che privati) e i consumatori di sostanze. Le richieste che in maggior misura giungono al Servizio sono quelle legate ad un bisogno di ascolto e di sostegno (39,7%); seguono le richieste di informazione ed orientamento verso i Ser.T e le Comunità Terapeutiche così come le indicazioni di Enti Ausiliari a doppia diagnosi (34,5%), le informazioni sulle sostanze d'abuso (8,6%).

La tabella e il grafico n.5 evidenziano, invece, la distribuzione delle chiamate in considerazione alla loro provenienza e collocazione geografica. Sul totale delle telefonate, si esprime un'alta percentuale per la città di

Catanzaro e la sua provincia (41,9%), seguono le città e le province di Cosenza (9,7%), Reggio Calabria (8,7%), Crotona (8,5%), e Vibo Valentia (6,4%).

TABELLA 4

COSA CHIEDONO	v.a.	%
Infosostanze	612	8,6
Infolegislative	234	3,3
Consulenza/Ascolto	2831	39,7
Info/Orientamento	2463	34,5
Info LVD	499	7,0
Info varie	497	6,9
<b>Totale</b>	<b>7136</b>	<b>100</b>

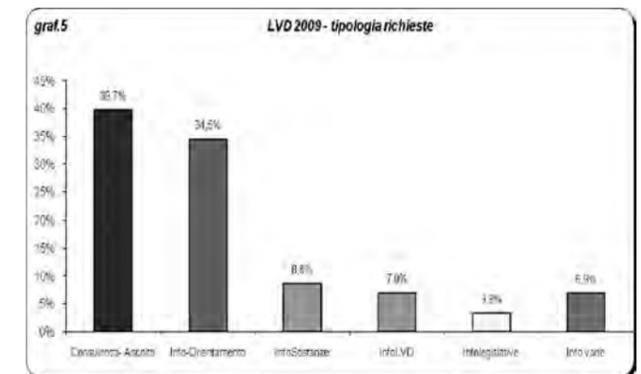
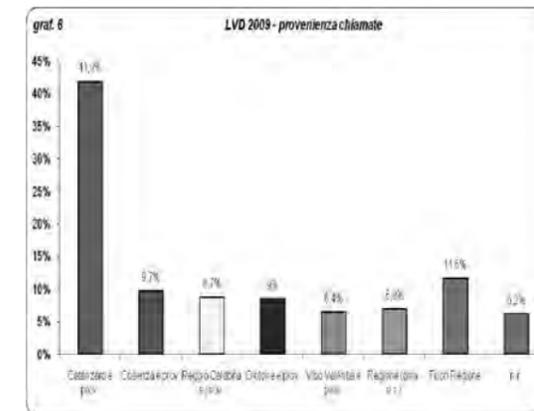


TABELLA 5

DA DOVE	v.a.	%
Catanzaro e prov.	1646	41,9
Cosenza e prov.	380	9,7
Reggio Calabria e prov.	342	8,7
Crotona e prov.	334	8,5
Vibo Valentia e prov.	253	6,4
Regione (prov. n.r.)	271	6,9
Fuori Regione	454	11,6
non rilevato	245	6,2
<b>Totale</b>	<b>3925</b>	<b>100</b>



18

## IL POLIABUSO NELLA POPOLAZIONE GENERALE E IN QUELLA SCOLARIZZATA DI UNA ASL IN PROVINCIA DI MILANO

**Strepparola G.\*\***, **Molinaro S.\***, **Siciliano V.\***, **Potente R.\***, **Salviati S.\*\***, **Crescini D.\*\***, **Mason E.\*\***, **Pennini G.\*\***, **Caminiti C.\*\***, **De Rossi C.\*\***, **Meconi A.\*\***  
 \*Istituto di Fisiologia Clinica (IFC) del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), Pisa  
 \*\* Servizio Territoriale delle Dipendenze ASL Provincia di Milano 2, Melegnano (MI)

### 1. INTRODUZIONE

Il Servizio Territoriale delle Dipendenze dell'ASL Provincia di Milano 2 opera su un territorio posto a sud-est di del Comune Milano, con una popolazione di circa 500.000 abitanti. L'analisi sulla popolazione generale che viene riportata si riferisce all'intera regione Lombardia, non essendo possibile per le caratteristiche dell'indagine un campionamento della sola provincia di Milano e dell'ASL MI 2. L'analisi sulla popolazione scolарizzata è invece condotta anche riferendosi alla popolazione del territorio dell'ASL.

I dati sono stati raccolti, elaborati e interpretati dagli epidemiologi dell'IFC del CNR di Pisa; l'Osservatorio Territoriale del Dipartimento delle Dipendenze ha collaborato alla loro analisi ed al reclutamento delle scuole.

### 2. IL POLICONSUMO NELLA POPOLAZIONE GENERALE

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive in Lombardia, sono stati estratti dall'indagine campionaria nazionale IPSAD-Italia®2007-2008 (Italian Population Survey on Alcohol and Other Drugs) realizzata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. Come noto, l'indagine ha lo scopo di monitorare i consumi delle sostanze psicoattive nella popolazione generale, secondo gli standard metodologici definiti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT). Lo studio è realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo inviato per posta ad un campione selezionato di soggetti.

Il Grafico 1 rappresenta la distribuzione di prevalenza d'uso di sostanze legali tra la popolazione che ha consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi.

Circa il 14% della popolazione lombarda riferisce di aver consumato **cannabis** nell'ultimo anno; tra questa il 94% ha bevuto alcolici nello stesso periodo e il 60% ha fumato quotidianamente almeno una sigaretta.

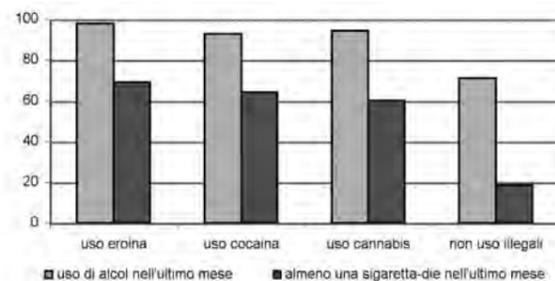
Il 3,4% della popolazione regionale ha utilizzato **cocaina** negli ultimi dodici mesi: tra questa, il 93% ha utilizzato alcolici ed il 64% ha fumato sigarette tutti i giorni durante l'anno.

Lo 0,4% della popolazione di 15-64 anni residente in

Lombardia, almeno una volta negli ultimi dodici mesi, ha fatto uso di **eroina**: tra gli utilizzatori, il 98% ha riferito di aver bevuto alcolici ed il 69% di aver quotidianamente fumato sigarette durante l'anno.

Tra la popolazione che non ha consumato sostanze illecite nel corso dell'ultimo anno, il 71% ha assunto bevande alcoliche ed il 18,5% ha fumato quotidianamente.

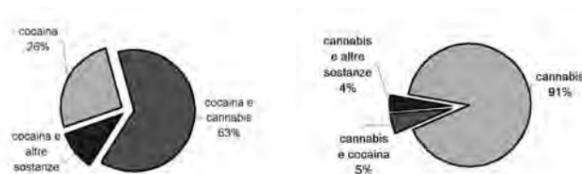
Grafico 1 - Distribuzione percentuale di consumatori di sostanze psicoattive legali nella popolazione generale fra i soggetti che hanno fatto uso di eroina e/o cocaina e/o cannabis negli ultimi 12 mesi. Regione Lombardia.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Per quanto riguarda l'associazione con sostanze illecite, tra i soggetti che hanno utilizzato cocaina nell'ultimo anno, il 63% riferisce di aver associato il consumo di cocaina a quello di cannabis e l'11% a quello di altre sostanze psicoattive illecite, mentre il 26% ha fatto un uso esclusivo della sostanza. Tendenza opposta si osserva tra i consumatori di cannabinoidi: per il 91% si è trattato di un consumo esclusivo della sostanza, per il 5% di associare il consumo di cannabis e cocaina e per il restante 4% quello di altre sostanze psicoattive illecite (Grafico 2).

Grafico 2 - Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali nella popolazione generale della Regione Lombardia fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi: grafico a sinistra distribuzione tra i consumatori di cocaina; grafico a destra distribuzione tra i consumatori di cannabis.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

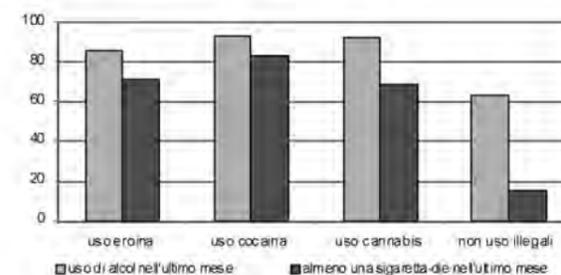
### 3. IL POLICONSUMO NEI GIOVANI SCOLARIZZATI

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicoattive, legali ed illegali, nella popolazione studentesca nazionale, sono stati estratti dallo studio ESPAD®Italia, condotto nell'anno 2008. L'indagine campionaria, con-

dotta attraverso la compilazione di un questionario auto-somministrato e anonimo, ha lo scopo di monitorare e stimare la quota di studenti di 15-19 anni che riferisce di aver consumato sostanze psicoattive in specifici periodi di tempo: nel corso della vita, dell'ultimo anno, dell'ultimo mese, frequentemente o quotidianamente.

Tra la popolazione studentesca locale, il 27% ha consumato almeno una sostanza illegale nel corso degli ultimi 12 mesi. Il Grafico 3 rappresenta la distribuzione dei consumatori di sostanze psicoattive legali tra gli studenti che hanno fatto uso, almeno una volta nel corso degli ultimi 12 mesi, di eroina, cocaina e cannabis. Il 25,9% degli studenti della Asl Milano2 ha riferito di aver utilizzato cannabis nell'ultimo anno, tra questi il 92,3% ha bevuto anche alcolici ed il 68,6% ha fumato almeno una sigaretta al giorno. Tra gli studenti locali che hanno utilizzato cocaina nel corso dell'ultimo anno (3,8% della popolazione studentesca locale), il 93,3% ed l'83,5% ha assunto anche bevande alcoliche e ha fumato sigarette quotidianamente. L'1,3% degli studenti del territorio ha riferito di aver utilizzato eroina nei 12 mesi antecedenti la somministrazione del questionario. Tra questi ultimi, l'85,7% ha bevuto alcolici ed il 71,4% ha fumato sigarette tutti i giorni. Tra i soggetti che non hanno assunto sostanze illegali nell'ultimo anno, il 63,3% ha bevuto alcolici ed il 15,2% ha fumato quotidianamente sigarette nel corso dell'ultimo mese.

Grafico 3 - Distribuzione percentuale di consumatori di sostanze psicoattive legali nella popolazione scolарizzata fra i soggetti che hanno fatto uso di eroina e/o cocaina e/o cannabis negli ultimi 12 mesi.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2008

Tra gli studenti della ASL Milano 2 che hanno utilizzato cocaina nell'ultimo anno, il 57% ha associato il consumo di cocaina a quello di cannabis e l'11% a quello di altre sostanze psicoattive illecite. Tendenza opposta si osserva tra i consumatori di cannabinoidi: per l'88% si è trattato di un consumo esclusivo della sostanza, per il 7% di associare il consumo di cannabis e cocaina e per il restante 5% quello di altre sostanze psicoattive illecite (Grafico 4).

Grafico 4 - Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali nella popolazione generale della ASL Milano2 fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi; grafico a sinistra: distribuzione tra i consumatori di cocaina; grafico a destra: distribuzione tra i consumatori di cannabis.



### 3. CONCLUSIONI

Si all'indagine sulla popolazione generale che quella sulla popolazione scolарizzata confermano che è fortissima l'associazione tra uso di cannabis, di alcol e tabacco, quest'ultimo con una notevole differenza rispetto a chi non usa sostanze. La quota di poliabuso di sostanze illecite è invece molto differente tra i consumatori di cocaina, che spesso associano cannabis rispetto ai consumatori di cannabis, che hanno quasi sempre un uso esclusivo della sostanza.

19

## GIOCO PROBLEMatico: INDIVIDUAZIONE E TRATTAMENTO NEL PROGRAMMA RESIDENZIALE BREVE "VILLA SORANZO"

Vanini S.\*, Bergamo M.\*, Sgualdini E.\*, Hinnenthal I.\*\*\*, Cibin M.\*\*\*

\*CT. Villa Soranzo, Tessera Venezia ([www.cocaina-alcol.org](http://www.cocaina-alcol.org))

\*\* DSM Integrato, UO Alcolologia, Imperia

\*\*\* Dipartimento per le Dipendenze, Az. Ulss 13 del Veneto, Mirano Venezia

Il Gioco d'Azzardo Patologico (G.A.P.) è oggetto di crescente interesse da parte di coloro che sono impegnati nelle professioni d'aiuto: inserito nel 1980 nella III edizione del DSM tra i Disturbi del Controllo degli Impulsi, viene definito come "un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco che compromette le attività personali, familiari e lavorative" (APA, 1994).

Dati clinici, neurobiologici ed epidemiologici supportano l'"apparentamento" del GAP ai Disturbi da Uso di Sostanze, come "Dipendenza comportamentale". Uno studio italiano indica come il 29% degli alcolisti in un programma ambulatoriale di trattamento siano "giocatori problematici"; questi ultimi presentano segni di sofferenza psichica maggiore degli alcolisti-non GAP. (Peron C. et alii, 2002). Il trattamento del Gap si avvale di strumenti psicologici, farmacologici e sociali, abitualmente attuati in setting ambulatoriale (Cibin M. et alii, 2000, Bellio G., 2009). Interesse crescente desta tuttavia la possibilità di creare programmi residenziali brevi per questi pazienti, in analogia con quanto avviene per i Disturbi da Uso di Sostanze (Fiordo M. Spagnolo M.L., 2009). Tali programmi hanno lo scopo di interrompere il comportamento di addiction creando i presupposti per una corretta diagnosi psicologico/psichiatrica, di svolgere interventi motivazionali e di prevenzione della ricaduta, di avviare il paziente ad un programma aftercare sul territorio.

Villa Soranzo ([www.cocaina-alcol.org](http://www.cocaina-alcol.org)) è una Comunità Terapeutica breve nata dalla collaborazione tra un soggetto sanitario pubblico (Az. Ulss 13 del Veneto) ed una comunità del privato sociale (Ceis don Milani). Villa Soranzo accoglie pazienti con Dipendenza da Alcol, e Cocaina. Le caratteristiche di Villa Soranzo fanno sì che sia alta la presenza di soggetti con problemi legati ad entrambe le sostanze, in particolare di tipo I secondo la tipologia di Cloninger (Cibin M. et al., 2009, Cibin M. et al 2010 b).

Scopo del presente studio è:

- valutare la prevalenza di giocatori problematici tra i pazienti di Villa Soranzo;
- descrivere gli interventi attuati per i soggetti che pre-

sentavano questo specifico problema.

### Materiali e metodi

È stato somministrato il SOGS (South Oaks Gambling Screen - H.R. Leiseur & S.B. Blume, 1987) a un totale di 80 pazienti di cui 19 donne e 61 uomini.

Dal test emerge un punteggio che distingue tra giocatore sociale (punti 0), giocatore problematico (punti 1-4) e giocatore d'azzardo patologico (punti ≥5). Nella valutazione dei risultati abbiamo accorpato i giocatori a rischio e quelli patologico nell'unica categoria di "giocatori problematici".

### Risultati

Di 80 pazienti a cui abbiamo somministrato il SOGS 18 (22,5%) sono risultati giocatori problematici. Di questi 17 (94%) sono di sesso maschile. Dai risultati sulla concomitante dipendenza anche da Alcol e 7p Cocaina emerge che 7 persone (38,8%) hanno una concomitante dipendenza da alcol, 4 (22,2%) da cocaina e 6 (33,3%) da alcol e cocaina associate. Per quanto riguarda l'età si nota che i soggetti poliabusatori sono mediamente più giovani, mentre la comorbilità con alcolismo riguarda prevalentemente i soggetti meno giovani.

La problematica legata al gioco d'azzardo era stata segnalata dai servizi invianti solamente rispetto a 4 soggetti (22%), mentre nei restanti 14 casi è stata individuata una problematica legata al gioco solo a seguito della somministrazione del SOGS in Comunità.

I pazienti così individuati sono stati sottoposti ad una diagnostica più approfondita rispetto allo specifico problema ed al suo intersecarsi con l'uso di alcol e sostanze, e sono stati inseriti in un gruppo terapeutico settimanale specifico per soli giocatori nel quale approfondire la conoscenza del tema e lavorare sulla prevenzione della ricaduta, addizionale al normale programma di Villa Soranzo.

### Discussione

Il nostro studio conferma la consistente prevalenza di Gioco problematico tra i soggetti in trattamento per dipendenza da alcol e/o cocaina; nella maggior parte dei casi tale situazione non era stata individuata dai Servizi invianti.

I pazienti riferiscono spesso che non hanno mai menzionato il comportamento di gioco ai servizi in quanto non lo ritenevano problematico; d'altra parte in numerosi casi l'area del gioco non è stata attivamente indagata in sede diagnostica.

Questa situazione comporta che la maggior parte dei soggetti individuati col SOGS presenti un atteggiamento precontemplativo rispetto al problema: da qui la necessità di effettuare preliminarmente un intervento informativo e motivazionale individuale.

I pazienti sono stati quindi inseriti in un gruppo settimanale di Prevenzione della Ricaduta per soli giocatori. Un aspetto fondante di questo gruppo è la definizione del proprio "circuito" sostanze/gioco, allo scopo di individua-

re personali strategie di fronteggiamento.

È a nostro parere assai interessante l'esame delle relazioni emerse tra Gioco Problematico e Sostanze Psicoattive. Le situazioni riscontrate sono:

1. vera e propria "dipendenza multipla" da alcol e/o cocaina e gioco, nella quale è molto difficile cogliere la sostanza/comportamento primario;
2. dipendenza da una delle sostanze/comportamento, mentre l'altra funziona da "apripista" per la ricaduta. Ad esempio alcuni soggetti con GAP utilizzano il gioco come "eccitante e attivatore" e associano l'uso di cocaina per potenziare la concentrazione e resistere alla stanchezza psicofisica dovuta all'attività incessante del gioco;
3. uso d alcol per "abbassare l'effetto" dell'attivazione dovuta al gioco e gestire l'ansia ad esso connesso; in queste situazioni è frequente anche l'uso associato di benzodiazepine allo stesso scopo.

È evidente l'analogia con quanto accade per il circuito alcol/cocaina (Cibin M. et alii, 2010 a), situazione in cui la sospensione di una delle due sostanze (più frequentemente l'alcol) provoca l'astensione anche dall'altra. Anche nelle situazioni riportate sembra che il Gioco crei un circuito di automantenimento dell'uso di sostanze (e viceversa) la cui interruzione può essere vincente ai fini dell'esito del trattamento: un ulteriore studio è in corso con l'obiettivo di validare questa ipotesi.

### Conclusioni

Il gioco d'azzardo problematico è in crescita nelle nostre realtà sia come situazione "primitiva" sia in associazione con l'uso di sostanze. Quest'ultima situazione appare sottovalutata: la semplice somministrazione del test SOGS ha permesso la identificazione tra i pazienti in trattamento presso la CT Villa Soranzo di un consistente numero di soggetti con Gioco problematico, che sono stati inseriti in un programma specifico in aggiunta al normale trattamento residenziale della Dipendenza da Alcol/Cocaina.

La presente ricerca indica che:

- vi è una importante comorbilità tra dipendenza da alcol/cocaina e Gioco problematico, per lo più sottovalutata all'atto dell'inserimento in comunità;
  - tale situazione richiede interventi diagnostico/terapeutici specifici;
  - è possibile individuare in questi pazienti un "circuito" di auto mantenimento tra Gioco e Sostanze.
- Nei pazienti con Dipendenza da Alcol/Cocaina la compresenza di Gioco Problematico è dunque sempre da valutare, anche allo scopo di indirizzarli a trattamenti residenziali che includano un intervento specifico.

### Bibliografia

A.P.A., American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.)*, Washington, Dc: American Psychiatric Association, (1994)

Bellio G., *Attualità in tema di trattamento farmacologico del giocatore d'azzardo patologico*, *Medicina delle*

*Tossicodipendenze*, XVIII, 66, 2010).

Cibin M., Zavan V., Zampieri N., *Gioco d'azzardo patologico (G.A.P.): storia naturale e possibilità di intervento*, *Alcolologia*, 12 (3), 163-170, 2000,

Cibin M., Hinnenthal I., Lugato E., *I programmi residenziali brevi*, *Medicina delle Tossicodipendenze*, Dic. 2009, 65, 39-46.

Cibin M., Gallo S., Spolaor G., Bettamin S., Costa S., Lugato E., Hinnenthal I. *Cocaina ed alcol: esperienza e risultati del Programma Residenziale Breve "Villa Soranzo"*. *Mission*, 29, 18-24, 2010 a.

Cibin M., Jester A., Leonardini L., Lugato E., Papanastatos G., *Transnational Catalogue of intervention options for young poly-drug users*, E.U. Executive Agency for health and Consumers, Bruxelles 2010 b ([www.seidproject.eu](http://www.seidproject.eu)).

Fiordo M., Spagnolo M.L. *Percorsi residenziali per giocatori d'azzardo patologici: l'esperienza della comunità residenziale Lucignolo & Co. e della comunità residenziale breve Sidecar*, *Medicina delle Tossicodipendenze*, XVII,65. 2009.

Leiseur H., Blume S.B., *The South Oaks Gambling Screen (The SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers*, *American Journal of Psychiatry*; 144: 1184 - 1188, 1987

Peron C., Cibin M., V. Baldo et alii, *Indagine epidemiologica sulle relazioni tra gioco d'azzardo problematico, alcolismo e tossicodipendenza*, *Alcolologia*, 14 (2-3), 95-109, 2002.

## DIPENDENZE DA SOSTANZE LEGALI E DA GIOCO PATOLOGICO NELLA AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI TRIESTE: LA PERMEABILITÀ DEL SERVIZIO CON IL TERRITORIO COME PRIORITÀ DELLA CURA

Ticali S., Ciarfeo Purich R., Vegliach A., Cricenti O.  
*Struttura Complessa Dipendenza da Sostanze Legali,  
Dip. delle Dipendenze, A.S.S. n.1 Triestina*

### Introduzione

Siamo una società "additiva", una società in cui l'individuo deve apparire ad ogni costo adeguato e competitivo. La tenuta di questa alta soglia di adeguatezza porta, quasi naturalmente, all'utilizzo di sostanze che, al pari del doping sportivo, permettono il mantenimento dell'assetto performante e il ritracciamento, seppur fallace, della sofferenza emotiva. Così alcol e tabacco, sostanze psicoattive legali, hanno ormai assunto livelli di consumo enormi. Si inizia a fumare e bere molto presto e con modalità compulsive. Le ricadute socio sanitarie sono ormai risapute: tabacco e alcol appaiono costantemente, nei report OMS, tra le prime cause di morte e disabilità. Al pari, il gioco d'azzardo sta divenendo un ulteriore "correttivo emotivo" generatore di dipendenza; negli ultimi decenni sono aumentate di molto le forme di gioco e la loro fruibilità. In questo contesto, per affrontare il dilagare di vecchie e nuove forme di abuso, risulta cruciale organizzare servizi di cura strutturati e ad alta permeabilità con il territorio di competenza. Questo lavoro si propone di presentare le modalità di funzionamento della Struttura Complessa Dipendenza da Sostanze Legali di Trieste e di sottolineare come un dato del buon funzionamento di un servizio sul territorio sia anche il numero di utenti afferenti.

### La Struttura, la sua organizzazione, le sue attività

La Struttura Complessa Dipendenza da Sostanze Legali è incardinata nel Dipartimento delle Dipendenze della Azienda Sanitaria Territoriale, si occupa di prevenzione, cura e riabilitazione delle problematiche legate all'alcol, al tabacco e al gioco d'azzardo. In tutti e tre gli ambiti di cura viene fornito agli utenti un trattamento personalizzato caratterizzato dalla possibilità di accesso diretto senza impegnativa del MMG, completa gratuità delle prestazioni che sono fornite da una équipe multidisciplinare che utilizza l'approccio bio-psico-sociale applicato attraverso metodologie basate sulle evidenze scientifiche. Le principali attività svolte sono le seguenti:

**Problemi alcol correlati:** la Struttura, che nel 2009 ha trattato 1386 persone, offre la possibilità, per i casi più complessi di trattamenti residenziali (ricovero h 24 con

20 posti letto) e per quelli meno complessi di trattamenti semiresidenziali di day-hospital o di trattamenti bisettimanali serali. Dal 2005 è attivo un gruppo appartamento per 6 persone in fase avanzata di trattamento che funge da unità residenziale intermedia. La metodica adottata prevalentemente è quella sistemico-grupale integrata da laboratori di attività espressiva, riabilitazione fisica, educazione sanitaria. Sin dall'inizio del trattamento, l'utente e la sua famiglia vengono inseriti in un gruppo di auto-aiuto presente sul territorio. Attualmente sul territorio agiscono 42 gruppi facenti capo a 5 associazioni di auto aiuto e volontariato. Vengono attuati interventi medici di prevenzione e cura della crisi di astinenza, di disintossicazione, di diagnosi e cura delle patologie alcolcorrelate. Sono attivi vari ambulatori tra cui uno di agopuntura auricolare, uno riservato alle persone inviate dalla Commissione Medica Locale Patenti e uno riservato a trattamenti di sostegno psicologico individuale. Vengono oltremodo garantite: attività di promozione della salute, di prevenzione e di riduzione del danno.

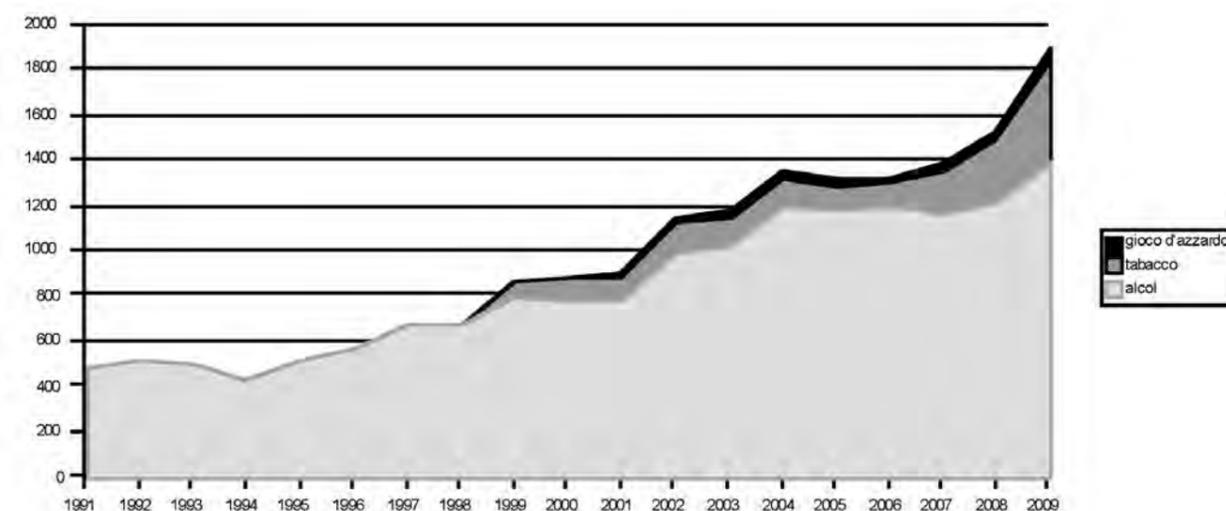
**Problemi tabacco correlati:** il centro antifumo prevede la collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, opera con un'équipe multidisciplinare e si occupa di prevenzione, cura e formazione. L'ambulatorio ha trattato, nel 2009, 464 utenti con metodologia combinata farmacopsicologica. Attualmente una serie di progetti specifici prevede la distribuzione gratuita dei farmaci per la disassuefazione dal fumo. Intensa l'azione di formazione degli operatori sanitari di primo livello, sia per coinvolgerli nelle pratiche di cura, sia per sviluppare una maggiore cultura antifumo tra gli operatori sanitari. Sino ad oggi formati con corsi accreditati alle tecniche di assessment e cura brevi antitabagiche le seguenti categorie: équipes ambulatori diabetologici territoriali, medici di medicina generale, ostetriche e personale percorso nascite, farmacisti territoriali, équipe centro cardiovascolare, medici competenti e loro collaboratori, équipe medico sanitaria che si occupa degli ex esposti amianto, équipes del reparto ospedaliero di pneumologia. È stato inoltre attivato un programma specifico dedicato agli operatori delle aziende sanitarie provinciali che vogliono smettere di fumare che ha permesso di trattare, in circa tre anni di attività 200 colleghi fumatori.

**Problemi gioco correlati:** gruppo di lavoro che prevede il trattamento delle persone con dipendenza da gioco d'azzardo. Nel 2009, il Servizio ha seguito 51 persone. Il percorso di cura personalizzato prevede: ambulatorio di prima accoglienza, consulenze, supporto sociale e psicologico; gruppo terapeutico per giocatori e familiari; gruppo di auto-aiuto per giocatori in trattamento; gruppo di sostegno per familiari dei giocatori; lavoro di rete su casi di giocatori multiproblematici; raccordi e istituzione di programmi terapeutici con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna.

### Flusso di utenza

il numero di utenti con cui entra in contatto un servizio

fig.1 - Flusso di utenza della SCDSL per tipologia di dipendenza trattata.



per le dipendenze risulta un dato importante per evidenziare il ruolo del Servizio e la sua capacità di intercettare i bisogni del territorio. Partendo infatti dalla definizione OMS delle dipendenze come di "malattie croniche recidivanti", risulta centrale fornire alle persone un centro di riferimento dove possano trovare accoglienza e aiuto al di là della fase di svezamento e stabilizzazione. La fase di mantenimento dell'astinenza sul lungo periodo risulta quella più difficile da concordare con i pazienti. I tassi di ricaduta definiti da Hunt nei primi anni settanta, sono ancora attuali: più di due terzi dei soggetti dipendenti ricadono entro un anno dalla fine del trattamento. Le cause di ricaduta sono molteplici: abbandono dei presidi di cura, eventi stressogeni, episodi di craving sono alcuni esempi con cui la dipendenza evidenzia il suo potenziale di cronicità. Va inoltre ricordato come, rispetto la dipendenza, non sia stato superato il paradigma morale. Infatti, ancor oggi i più ritengono il soggetto dipendente una persona con scarsa forza morale e quindi causa del suo stesso male. Per superare questo paradigma bisogna far conoscere alla popolazione la complessità della dipendenza, con la necessità di assistenza nelle fasi di svezamento e stabilizzazione e di attivare opportuni presidi nel lungo periodo che mirano al cambiamento dello stile di vita.

La SC ha operato costantemente per rispondere ai bisogni della cittadinanza (vedi fig.1). Questo si è riflesso in un costante aumento delle persone afferenti per le tre tipologie di problematiche. Nel grafico vanno evidenziati l'aumento di contatti per l'alcol dal 2002 (anno di entrata in Commissione Locale Patenti di un alcologo del Servizio) e per il fumo dal 2007 (anno di inizio di somministrazione gratuita di farmaci specifici per lo svezamento e di introduzione di programmi facilitanti lo smettere in categorie specifiche quali gli operatori sanitari).

### Conclusioni

Spesso l'indice di buon funzionamento di un servizio viene ricercato nel tasso di astinenti ad un anno tra i trattati. In realtà, gli aspetti cronici delle dipendenze e il prevalere di percentuali sempre maggiori di utenti affetti da forme di dipendenze secondarie rendono questo indice meno indicativo. Pertanto, pur essendo necessario applicare le metodologie basate sull'evidenza per poter raggiungere i golden standard di astinenti ad un anno, è bene che un servizio pubblico territoriale applichi strategie operative che intercettino i bisogni della cittadinanza. Infatti, nelle pratiche di cura delle dipendenze, la cessazione assistita dell'uso della sostanza o del comportamento, non solo garantisce un maggior tasso di astinenti ad un anno, ma permette ai pazienti, in caso di difficoltà o di ricaduta nella fase di mantenimento di avere un solido punto di riferimento per riprendere le cure. Allargare la fruibilità dei servizi significa, inoltre, anche promulgare una cultura della cura delle dipendenze che si contrappone all'anacronismo insito nel paradigma morale.

22

## MAPPE SOCIALI: MIGRANTI E DIPENDENZA NELLA PROVINCIA DI CASERTA

Antonio d'Amore\*, **Ciro Grassini\*\***

\*Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Caserta-

\*\*Sociologo

L'analisi dei dati relativi al primo anno di attività del progetto "Task Force" ci mostra che i **contatti** effettuati dalle unità mobili del Sert di Aversa, nonché quelli realizzati dalle Associazioni *Jerry Masslo ed Albatros*, sono stati complessivamente pari a **4.991**. Alcuni utenti sono stati però avvicinati più volte, mentre in diversi casi (**404**) sono entrati in contatto con gli operatori solo per ricevere **informazioni** o **materiali**. Pertanto il numero di persone **dipendenti** raggiunte nel primo anno del progetto sono state in totale pari a **1.125**.

Relativamente alla provenienza degli utenti con dipendenze, non vi sono solo migranti ma anche **89 italiani**, di cui 50 maschi (56,2%) e 39 femmine (43,85). Tutti sono concentrati in una sola zona Castelvoturno (Zagarella). Sottraendo la componente italiana da nostri dati, scopriamo così che gli **stranieri dipendenti** contattati dalle unità mobili aderenti al progetto sono in totale **1.036**. Per comprendere la significatività di questo dato occorre sottolineare che le **presenze regolari** censite dall'Istat al 1° gennaio 2009 nella provincia di **Caserta** sono in totale **25.889**. Confrontando i due dati ci accorgiamo così che gli stranieri con dipendenze sono pari al 4% della popolazione straniera regolare.

E' ipotizzabile che di questi 1.036 utenti dipendenti pochi siano in posizione di regolarità giuridica, e pertanto sfuggano a qualunque tipo di censimento. Questi dati dimostrano perciò che il lavoro delle unità mobili coinvolte nel progetto non solo è rivolto all'aiuto di tante persone in condizione di dipendenza, ma sta portando alla scoperta di un "universo" del tutto sconosciuto finora ed i cui numeri sono tali da non poter essere ignorati.

Escludendo gli italiani dall'analisi, la maggioranza dell'utenza è **africana**, più della metà infatti delle persone dipendenti giunge da questo continente (**58,8%**). L'altra parte consistente proviene invece dall'**Europa** (**35,3%**). Piuttosto residuali le presenze dall'**Asia** (**4,5%**) e dall'**America** (**1,4%**).

Il continente africano è rappresentato principalmente da cinque nazioni: **Tunisia** (15,6%), **Algeria** (12%), **Nigeria** (9,8), **Ghana** (7,1%) e **Marocco** (7,0%) che da sole raggiungono il 51,2% del totale. Relativamente significative anche le presenze di **Egitto** (1,9%) e **Senegal** (1,7%), mentre le altre nazioni africane sono al di sotto delle 10 presenze. Il continente europeo vede protagoniste invece soprattutto due nazioni **Ucraina** (13,9%) e **Polonia** (13,3%), che insieme totalizzano il 27,2% del totale. Solo

all'ottavo posto la **Romania** (5,4%) ed al decimo l'**Albania** (2,0%). Davvero residuali le altre presenze. Tra gli utenti delle unità mobili il continente asiatico è rappresentato da **Pakistan** (2,1%), **Cina** (0,8%), **Filippine** (0,7%), **India** (0,6%) e **Corea** (0,4%). Per quanto concerne il continente americano troviamo invece il **Brasile** (0,8%) ed il **Venezuela** (0,5%). Un'ultima considerazione da fare riguarda la forte parcellizzazione delle presenze nazionali. In questo caso siamo dinanzi ad un fenomeno tipico della Campania, dove si stimano attualmente circa 170 diverse nazionalità, mentre nella sola provincia di Caserta se ne calcolano circa 130.

Comparando i dati delle unità mobili con le presenze ufficiali ci accorgiamo della minor presenza percentuale di cittadini ucraini e rumeni tra gli utenti, sia in Campania che nella provincia di Caserta, dove le due nazioni sono rispettivamente al primo e secondo posto. Nella nostra rilevazione sono invece rappresentate rispettivamente dal 13,9% ovvero circa la metà, e dal 5,4% quindi circa un terzo delle presenze ufficiali. La Polonia al contrario è invece sovrarappresentata con il 13,3% nella nostra rilevazione rispetto al 9,5% nella provincia di Caserta. Per quanto concerne le cinque nazioni africane, per quattro di esse le presenze ufficiali sono minori. Soprattutto la Tunisia, che nella nostra rilevazione è al primo posto con il 15,3%, relativamente ai dati Istat è appena all'ottavo posto con il 3,4%. Discorso analogo, anche se con scarti un po' più limitati per Algeria, Nigeria e Ghana. Il Marocco invece è maggiormente presente nel dato ufficiale (8,8%) rispetto al nostro (7,0%). Relativamente alle nazioni asiatiche il Pakistan è sovrarappresentato rispetto alla percentuale delle persone dipendenti, mentre per Cina, Filippine ed India vi è una sottostima rispetto al dato ufficiale. Occorre invece una riflessione particolare per la Corea. Anche se i nostri dati non specificano se consumatori censiti provengano dalla Corea del Nord o del Sud, analizzando i dati ufficiali nella provincia di Caserta e sommando entrambe le nazioni troviamo appena 4 presenze, che sono pari alle 4 rilevate dalle unità mobili. Anche se come sostenevamo precedentemente è molto difficile che si tratti degli stessi soggetti, è comunque rilevante che le presenze ufficiali possano equivalersi a quelle di persone dipendenti. Poco da dire relativamente al continente americano, considerando che la presenza è molto scarna.

Una seconda analisi da realizzare è relativa al genere. Sappiamo infatti che i percorsi di vita in relazione alla condizione di tossicodipendenza ed alle strategie messe in atto per procurarsi le sostanze di cui si è dipendenti, cambiano a seconda che si tratti di maschi o di femmine. L'analisi ci mostra che gli utenti con dipendenze sono in totale **1.038 maschi (92,3%)** e **87 femmine (7,7%)**. Vi è quindi una netta differenza tra i generi.

Tra i risultati più significativi che è possibile ottenere dall'elaborazione aggregata dei dati provenienti dalle diverse unità mobili, vi è la mappatura delle presenze di persone dipendenti in relazione ai luoghi di aggregazione, che ci fornisce un quadro geografico del disagio.

Sono 36 i comuni di aggregazione delle persone con dipendenze contattate dagli operatori delle unità mobili del Progetto "Task Force". La prima considerazione è relativa alle presenze nei comuni di Capua, Castel Volturno ed Aversa che da soli rappresentano oltre la metà (53,6%) del totale dei soggetti dipendenti. Significative anche le presenze nei comuni di Mondragone (8,7%), Gricignano di Aversa (8,6%) e Santa Maria Capua Vetere (7,5%). Meraviglia invece che la città di Caserta, pur essendo capoluogo di provincia, veda la presenza di solo 28 persone dipendenti che rappresentano appena il 2,5% del totale, e posizionano pertanto il comune al nono posto. Un'ultima considerazione è relativa alla parcellizzazione delle presenze di persone dipendenti nella provincia di Caserta. Oltre il 50% dei comuni considerati nella nostra lettura vede la presenza di meno di 10 utenti con problemi di dipendenze, molti di questi con solo una o due persone rilevate.

Paragonando i dati rilevati dalle unità mobili sia con la popolazione totale residente nei singoli comuni, ma soprattutto con le presenze ufficiali dei migranti, ci accorgiamo che l'incidenza delle persone con dipendenze in alcuni comuni è molto alta. A Capua il rapporto tra immigrati con problemi di dipendenze ed immigrati regolari è pari al 32,57%, ovvero per 3 immigrati residenti regolarmente ve ne è uno con problemi di dipendenza. Inoltre il rapporto tra immigrati dipendenti e popolazione totale è il più alto in assoluto essendo pari all'1,12%. Leggermente inferiori ma comunque altissimi gli indici di incidenza dei comuni di Gricignano di Aversa (25,06%) e Pignataro Maggiore (23,08%). A seguire Aversa (10,77%) e Recale (10,64%) che superano entrambi il 10%.

In sostanza l'analisi dei dati ci mostra un quadro piuttosto eterogeneo della distribuzione geografica delle persone immigrate con problemi di dipendenza. In alcuni casi, infatti, ci troviamo in presenza di vere e proprie enclavi, con tassi di concentrazione elevatissimi paragonabili all'intera popolazione immigrata regolare presente nel territorio. In altri casi invece si segnalano presenze sporadiche che apparentemente poco incidono sul vissuto quotidiano della popolazione.

L'analisi delle diverse forme di dipendenza ci mostra che la più diffusa è quella da alcool. Rispetto ai 1.125 utenti incontrati, fanno uso di **alcool ben 729 persone**, si tratta del **64,8%** delle persone con problemi di dipendenza. Pertanto, in virtù anche delle altre percentuali, possiamo affermare che l'etilismo è di gran lunga la forma di dipendenza più rilevante del territorio casertano. Del resto è un fenomeno che si sta diffondendo sempre più anche nel resto del Paese, grazie anche alla difficoltà ad essere percepito come una patologia se non quando è divenuta ormai cronica.

Nei nostri dati incontriamo successivamente le dipendenze da sostanze stupefacenti. Il **crack** si attesta al **20,5%** con **231 dipendenti**, di poco inferiori le percentuali di consumatori di **cannabinoidi 19,4%** pari a 218 utenti e di **eroina 18,8%** pari a 212 persone. Certamente significativa anche la percentuale di **cocainomani 14,2%**, che

in totale raggiungono il numero di **160**. Più staccati coloro che fanno uso di **Cobret**, raggiungono infatti la percentuale del **9,6%** pari a **108** utenti. Da segnalare ancora la dipendenza da **tabacco** che riguarda il **7,0%** degli utenti e che solo in alcuni casi è una singola forma di dipendenza, mentre più spesso è abbinata all'alcoolismo. Nota significativa è la presenza tra le forme di dipendenza di quella da **gioco d'azzardo**. Percentualmente è poco rilevante raggiungendo appena lo **0,7%** con 8 persone dipendenti, del resto la natura stessa del servizio offerto dalle unità mobili non consente agevolmente di incontrare persone con questa problematica. Altre fonti indicano però una diffusione massiccia ed una crescita significativa della dipendenza da gioco d'azzardo negli ultimi anni. Sottolineiamo che le percentuali sono state calcolate sul numero totale degli utenti rilevati (1.125), così da evidenziare che la maggioranza degli utenti hanno **più di una forma di dipendenza**.

L'analisi disaggregata dei dati provenienti dal Sert di Aversa (700 utenti) e dalle Associazioni Albatros (221 utenti) e Jerry Masslo (204 utenti) che aderiscono al Progetto "Task Force", ci mostra le differenti modalità di utenza e territoriali in cui lavorano gli operatori. In conseguenza di ciò gli approcci con gli utenti e gli interventi messi in atto dalle varie unità mobili devono essere di fatto distinti tra loro.

Il confronto tra i dati evidenza una maggiore similitudine tra gli utenti dell'Associazione Albatros e del Sert di Aversa, relativamente almeno al genere ed alla tipologia di dipendenza, meno rispetto alla nazionalità. C'è da sottolineare anche che in alcuni casi i comuni in cui operano Sert ed Albatros sono gli stessi, anche se si tratta di zone diverse e distanti tra loro per cui non vi è il pericolo del doppio conteggio.

Le caratteristiche invece degli utenti di Masslo sono molto diverse. L'Associazione Jerry Masslo lavora infatti in un territorio molto più ristretto rispetto agli altri operatori, ma al tempo stesso ad elevata concentrazione di persone dipendenti che vivono in una situazione di ghettizzazione totale. Nella zona di Zagarella è impossibile accedere senza essere ben noti, e di conseguenza solo godendo della piena fiducia delle persone con cui si opera è possibile realizzare un'azione efficace. Lavorando da molti anni in questo territorio gli operatori di Jerry Masslo sono in grado pertanto di svolgere il loro compito adeguatamente, proprio perché la loro azione nasce da un rapporto di conoscenza diretta con gli utenti.

Le unità mobili del Sert di Aversa e dell'Associazione Albatros operano invece in territori molto più ampi. Non vi è in questo modo la possibilità di avere sempre conoscenza diretta delle persone con le quali si opera. L'intervento è quindi più estemporaneo, anche se per questo non meno efficace, coprendo nell'arco del tempo zone molto diverse.

Conservando pertanto gli stessi obiettivi di fondo, i diversi modi di agire degli operatori del Progetto risultano tra loro complementari ed idonei a rispondere ai diversificati bisogni del territorio.

23

## SMETTERE DI FUMARE? UN PERCORSO, NON UN EVENTO

Perillo A.\*, Ambrosino M.\*\*, Cassese F.\*\*\*

\* *Dirigente Psicologo - Responsabile Centro Antifumo c/o Ser.T Pomigliano d'Arco ASL NA 3 Sud*

\*\* *Educatore Professionale - Counselor Centro Antifumo c/o Ser.T Pomigliano d'Arco ASL NA 3 Sud*

\*\*\* *Dirigente Medico - Direttore U.O.C. Ser.T Pomigliano d'Arco D.S. 51 ASL NA 3 Sud*

*"Smettere di fumare è facilissimo.  
Io ci sono riuscito centinaia di volte"*  
Mark Twain

### Introduzione

I Servizi per le Dipendenze sembrano nutrire scarso interesse nei confronti del trattamento della disassuefazione dal fumo di sigaretta, nonostante la problematica sia stata individuata come dipendenza patologica sin dal 1977, epoca in cui il Royal College of Physicians di Londra, nel III° Report Smoking and Health, afferma senza mezzi termini che "l'addiction alla nicotina è maggiore di quella di alcool e barbiturici". Più tardi, nel 1992, nella decima revisione dell'International Classification of Diseases (par. F-17), anche l'O.M.S. prende in considerazione la dipendenza da tabacco includendola nella lista dei disturbi legati all'uso di sostanze farmacologiche e definendo il tabacco "una sostanza psicoattiva il cui uso può causare disturbi mentali e comportamentali". Nonostante queste evidenze, in Italia solo un 20% di tutti i Ser.T sparsi sul territorio nazionale, si occupa di questa dipendenza, consegnando troppo spesso il trattamento del tabagismo al volontarismo ed ai servizi di cardiologia e pneumologia, branche quest'ultime interessate alle patologie fumo correlate, ma non attrezzate al trattamento integrato di cui necessita la patologia dipendenza. In altri termini, l'offerta terapeutica è spesso incentrata sulla terapia farmacologica, in particolare attraverso l'impiego dei sostituti nicotinici (NRT), con un iperinvestimento sull'evento cessazione e lasciando da solo il paziente nel difficile percorso di elaborazione del lutto, inevitabile epilogo per la perdita di un oggetto amato con cui il fumatore ha convissuto mediamente venti/trenta anni.

L'aforisma di Twain ben sintetizza quello che nella pratica clinica è comune constatare nel fumatore: la sua difficoltà non consiste nello smettere di fumare e affrontare la seppur paventata dipendenza fisica, piuttosto trova impegnativo fronteggiare, nelle settimane successive, la ricaduta frutto del condizionamento psicologico, strutturato in anni di "relazione" e rituali. La ricaduta, come in tutte le dipendenze patologiche evento prevedibile e molto spesso necessario, quale fondamentale tappa per affrontare tale patologia, sembra avvenire nell'arco dei

primi tre mesi. Appare dunque evidente come il trattamento del tabagismo non può essere affrontato solo sul piano della disassuefazione da nicotina (evento) ma necessita di un approccio multidimensionale capace di svilupparsi in un percorso di crescita e di cambiamento.

### Metodo

L'approccio terapeutico che il Centro Antifumo di Pomigliano d'Arco ha messo a punto in questi anni è di tipo integrato: gruppo aperto, a struttura cognitivo-comportamentale, orientato ai principi del self-help e sostenuto, laddove richiesto, da una farmacoterapia (vareniclina) e/o terapia agopunturale (metodica acudetox) in abbinamento a tecniche di rilassamento. Per gruppo aperto si intende sia la continuità di reclutamento che la possibilità, per chi ha già terminato il programma, di accedere al gruppo in qualsiasi momento. Tale formula, oltre a garantire un'accoglienza a breve termine, valorizza l'esperienza dei più anziani a beneficio dei neofiti: questi ultimi toccano con mano, attraverso le testimonianze, che è possibile affrancarsi dalla dipendenza; i primi, prendendosi cura dei nuovi arrivati, forniscono fiducia e rinforzo anche a se stessi proteggendosi meglio dal rischio di ricadute. Laddove si verificano, le temute seppur contemplate ricadute, vengono ricondotte a una gestione di gruppo capace di sostenere il soggetto in un momento dal chiaro sapore depressivo. Di fatto, la ricaduta viene quasi sempre vissuta come un fallimento delle proprie capacità e, nel contempo, come un tradimento nei confronti del gruppo. Quest'ultimo, contrariamente alle aspettative del fumatore ricaduto, accoglie e rassicura il soggetto, ricordandogli che smettere di fumare è un percorso di cambiamento, che tiene in conto anche queste fisiologiche riacutizzazioni del problema. La ricaduta, così come ci insegna il modello di Prochaska e Di Clemente, deve essere esperita ed elaborata come tappa di un processo di apprendimento: si migliorano le proprie conoscenze aumentando le probabilità di esito positivo. Considerato il lavoro di gruppo quale strumento prioritario per il percorso di cessazione, la scelta di avvalersi in alcuni casi della terapia farmacologica con l'uso di vareniclina, piuttosto che dei sostituti nicotinici, è determinata dalla sua peculiare caratteristica di agonista parziale dei recettori nicotinici: si lega a questi recettori con un'affinità superiore rispetto alla nicotina, e consente un moderato rilascio di dopamina. L'esito finale, oltre alla riduzione degli effetti gratificanti del fumo, sembra essere una netta diminuzione del desiderio di fumare (craving).

L'acudetox, infine, agopuntura auricolare effettuata su 5 specifici punti di entrambi i padiglioni auricolari, è una metodica scelta ed utilizzata per le sue capacità detossificanti e rilassanti. Applicata, laddove possibile, nella fase di mantenimento, viene eseguita in gruppo, a cadenza tri-settimanale, con sessioni di 45 minuti, per un totale di 12 sessioni, e sostenuta dall'associazione di tecniche di rilassamento del tipo fantasie guidate con base musicale. In sintesi, l'impianto del trattamento può essere schema-

ticamente riassunto in quattro momenti fondamentali: 1) fase della preparazione incentrata sugli obiettivi di a) rafforzamento della motivazione a smettere e b) distacco progressivo dall'abitudine a ricorrere alla sigaretta quale "compagna" della routine quotidiana; 2) fase della cessazione; 3) fase di mantenimento; 4) follow up telefonici a cadenza trimestrale.

### Risultati

Si prendono qui in considerazione solo alcuni dati, rimandando ad un lavoro successivo la possibilità di analizzare il dato in una modalità più estesa. Dal gennaio 2006 al primo semestre 2010 hanno contattato il nostro Centro Antifumo 152 soggetti; al lavoro di gruppo hanno partecipato 81 persone (53%). Di questi, l'83% ha portato a termine il programma arrivando fino al giorno di cessazione dal fumo di sigaretta. Al follow up dopo tre mesi le ricadute registrate sono mediamente del 39%.

### Conclusioni

Il vero problema del tabagismo non è la difficoltà a smettere, ma le inesorabili ricadute. Sulle prove di efficacia del lavoro di gruppo non vi sono dubbi. L'alta ritenzione al trattamento si basa di fatto sulla efficacia del percorso di cambiamento incentrato sulla possibilità di condivisione del problema, sullo scambio reciproco di competenze acquisite e sul conseguente consolidamento della decisione personale promosso dal lavoro di auto aiuto. Tutto ciò seppur produce buoni risultati di cessazione, non esime dal rischio ricaduta che si attesta, anche in questa formula terapeutica, su percentuali significative. Ciò che fa la differenza, nel trattamento di tipo integrato, è il fatto che il fumatore non si ritrova solo nella condizione di chi deve resistere al craving, investendo tutto sul potere prodigioso di un farmaco o di uno strumento, bensì si scopre sostenuto da vari presidi, parte di un gruppo focalizzato e consolidato, protagonista di una scelta e di un cambiamento di stile di vita, aspetti tutti che costituiscono il rinforzo motivazionale essenziale per accrescere l'autodeterminazione e mantenere sul medio e lungo termine il risultato raggiunto.

### Bibliografia:

1. Di Pucchio A. et al.: *I Centri Antifumo in Italia. Tabaccologia*, 1: 26-29. 2010
2. *Organizzazione Mondiale della Sanità: Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10)*, Masson, Milano, 1992.
3. Prochaska J.O., Norcross J.C., Di Clemente C.C.: *Changing for good*. Avon Books; 1994.
4. *Royal College of Physicians, Nicotine Addiction in Britain. A Report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*, Londra, 2000.
5. Stead L.F., Lancaster T.: *Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 4, 1999*. Oxford: Update Software Cochrane library.
6. *U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Clinical Practice Guideline - Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update - May 2008*.

24

## UNA NUOVA SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DEI TRATTAMENTI CON AGONISTI PARZIALI? STUDIO MULTICENTRICO SER.T CAMPANIA: PRIMI RISULTATI

Dott.ssa Patrizia Amato

*Ser.T Cava Dei Tirreni, Ser.T Avellino, Ser.T Aversa, Ser.T Benevento, Ser.T Capua, Ser.T Marcanise, Ser.T Napoli 1 DS 33, Ser.T Napoli 1DS 30, Ser.T Napoli 1 DS 25, Ser.T Napoli 3 Sud Pomigliano D'Arco, Ser.T Salerno*

Dopo aver riconosciuto la validità in campo pratico della scala di valutazione ODAS recentemente realizzata in Spagna da Gonzales-Saiz et al. e ampiamente validata dal Comitato Scientifico di validazione (Emanuele Bignamini, Paolo Buresi, Gianfranco Carboni, Pietro Fausto D'Egidio, Andrea Gardini, Francisco Gonzales-Saiz, Claudio Leonardi, Alfio Lucchini, Felice Nava, Giovanni Navalesi, Matteo Pacini, Matteo Francesco Sartori) come mezzo sistematico destinato alla valutazione della "adeguatezza" del dosaggio giornaliero di metadone nel contesto di un programma di mantenimento abbiamo ritenuto utile, considerato l'ormai noto impatto della buprenorfina nell'addiction da eroina nel trattamento long-term e sempre per migliorare le strategie di intervento individualizzate, utilizzare la stessa scala di valutazione ODAS anche per la buprenorfina modificandone i punti aggiuntivi per meglio adattarla ai diversi meccanismi d'azione che la caratterizzano.

### MATERIALI E METODI

Diversi Ser.T della Campania hanno collaborato alla somministrazione di un numero minimo di 10 schede a pazienti in trattamento con buprenorfina/naloxone. È stata valutata l'adeguatezza del dosaggio e laddove il dosaggio farmacologico non risultava adeguato sono state individuate le varie aree (area psichica, area fisica, area craving, area sovradosaggio) sui cui poter intervenire per migliorare l'esito del trattamento.

### RISULTATI

Dal confronto e dai risultati delle varie schede esaminate è emersa la necessità, per ottenere dati omogenei, di individuare meglio i pazienti a cui somministrare la scheda di valutazione e il range del dosaggio da prendere in esame.

### CONCLUSIONI

Sicuramente risulta utile, nche per il trattamento con agonisti parziali, l'utilizzo di un strumento che assicuri una uniformità di valutazione per una classe di pazienti in trattamento a medio e lungo termine. La scheda BUDAVA sembra assicurare un'adeguata valutazione del paziente

pur essendo all'inizio del processo di validazione, necessitando di ulteriori passaggi correttivi da parte di tutti i partecipanti al progetto.

25

## LA SOLITUDINE NEI GIOVANI E GIOVANISSIMI, STILI DI VITA E RESPONSABILITÀ. IL RAPPORTO CON GLI ANIMALI COME SCUOLA DI VITA

**Franco M.\***, **Mariotti C. \***, **Setti E. \***, **Varni D. \***,  
**Lunaschi L.\***, **Lamanuzzi M.\***, **Mariotti A. \*\***,  
**Garavelli G.\*\*\***, **Cozzolino E. \*\*\*\***, **Poma L.\*\*\*\*\***

\* Associazione "Il Mosaiko Kids", via Carlo Alberto 13 - 15053 Castelnuovo Scrivia (AL), Affil. AICS n° cod. 29578. I ragazzi de "Il Mosaiko Kids" sostengono la campagna "Giù le mani dai bambini".

\*\* Giornalista: quotidiano "LA STAMPA", Torino.

\*\*\* Dir. Med. 1° liv. Pavia, U.O.SERT Voghera.

\*\*\*\* Direttore della Struttura Complessa SERT 1, ASL di Milano.

\*\*\*\*\* Giornalista scientifico, coordinatore della Campagna "Giù le mani dai bambini" ONLUS, [www.giulemanidai-bambini.org](http://www.giulemanidai-bambini.org)

### INTRODUZIONE

L'associazione de "Il Mosaiko Kids" da anni si occupa di tematiche sociali, soprattutto riguardanti i giovani. Il nostro slogan "crescere insieme per un mondo migliore" sintetizza tutte le speranze che noi riponiamo nella società del futuro.

### PREMESSA

Per questo progetto abbiamo deciso di espandere il nostro campione di riferimento rispetto al passato. Per i ragazzi di età compresa tra i 10 e i 14 anni (1° fascia) abbiamo optato per interviste singole, personali e anonime. I ragazzi tra i 14 e i 24 (2° fascia) hanno risposto a dei questionari in forma privata ed anonima. Il totale degli intervistati è di 1453 persone, di cui 300 appartenenti alla prima fascia (il 61,3% maschi, il 38,8% femmine) e 1153 alla seconda (56,7% maschi, 43,3% femmine). Il campione di riferimento comprende individui di ogni estrazione sociale, con background culturali e sociali diversi. Per quanto riguarda la prima fascia, abbiamo selezionato alcune domande significative riguardanti il rapporto coi genitori, la situazione nella scuola e i propri sogni. E' emerso che il 68,2% degli intervistati vede poco i genitori, quasi esclusivamente solo a cena o nel weekend. Dal mondo della scuola è emersa una criticità molto grave: l'80,4% ha lamentato disagi causati da ripetuti attacchi di bullismo (spesso non segnalati per una questione relativa all'omertà e alla disattenzione di genitori e insegnanti). I sogni di questa generazione si rivelano monocordi: il 92% dei maschi vuole fare il calciatore, il 45% delle ragazze la velina. Ai dati emersi da questo sondaggio si aggiungono i risultati estremamente significativi del concorso nazionale "Vorrei, vorrei... I

desideri dei bambini". Sono arrivati in redazione 18.112 tra disegni e frasi di cui l'80% rappresentanti un animale domestico, solitamente un cane, emblematico segnale dell'angosciosa solitudine con la quale i bambini di oggi si trovano a convivere. Molto diversa la situazione della seconda fascia: le domande che abbiamo presentato riguardano la fiducia nelle istituzioni, l'uso e l'abuso di alcolici e sostanze stupefacenti. E' emerso che il 65,3% dei soggetti non ha fiducia nelle istituzioni o ha una fiducia minima, il 25,6% si fida abbastanza ma nessuno ha molta fiducia. Sul fronte delle dipendenze, il 61,5% degli intervistati ha molti amici che consumano abitualmente massicce dosi d'alcool. Il 60,2% conosce delle persone che usano (ed abusano) di cannabinoidi. Il 20% ha molti amici che fanno abitualmente consumo di droghe (soprattutto ecstasy, metanfetamine, cocaina) mentre il 39,8% conosce personalmente individui che le utilizzano.

### OBIETTIVI

L'obiettivo che noi ragazzi del Mosaiko ci siamo posti per questo progetto è quello di affrontare il disagio adolescenziale attraverso la diffusione di una cultura del "volontariato" in tutte le sue varianti. I ragazzi lamentano spesso una grave mancanza di "stimoli" e di proposte che li aiutino ad esprimere meglio sé stessi, ad impiegare almeno una parte del proprio tempo libero in maniera proficua, sconfiggendo così noia, svogliatezza, apatia e solitudine da cui spesso sono afflitti. La formazione del "piccolo volontario" deve avere inizio sin dalle scuole elementari, per poi proseguire con un andamento parallelo a quello del corso di studi: si tratta di un processo dalla fondamentale valenza educativa che ha come obiettivo la creazione di un giovane, prima, e di un adulto, poi, responsabile e rispettoso nei confronti di sé stesso e degli altri. Con il patrocinio del Comune e di noi ragazzi del Mosaiko, abbiamo pensato di proporre ai ragazzi, in relazione alle varie fasce d'età, diverse tipologie di attività, a partire dall'educazione cinofila con addestratori specializzati per i più piccoli, fino alla collaborazione con enti ed ONLUS per i più grandi. L'attività rivolta ai bambini di età compresa fra i nove e gli undici anni mira a formare dei "padroncini" responsabili e rispettosi della natura e del proprio animale domestico. E' un "primo passo" che mira ad incentivare i bambini ad impegnarsi, nel loro percorso di crescita, in altre attività di volontariato con l'aiuto e la guida di un'associazione preposta e l'incentivo di "contributi allo studio", offerti al termine del proprio percorso come "volontario". Tutte le attività proposte devono poter essere eseguite non da singoli ma in gruppo, per rafforzare il senso di appartenenza alla comunità e favorire la conoscenza reciproca per combattere la solitudine.

### CONCLUSIONI

Dati alla mano è facile capire che la maggioranza dei ragazzi appartenenti alla seconda fascia denuncia un'assenza di stimoli ad impegnarsi in qualche forma di attività che li veda protagonisti. Il Mosaiko ha ormai matura-

to da qualche anno l'idea che l'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti e alcolici vada analizzato concentrando l'attenzione proprio su questa situazione di noia, di assenza di interessi e apatia che affligge i giovani. Per questa ragione diventa fondamentale risolvere il problema alla radice, ossia operare con i bambini sin da quando frequentano le scuole elementari. Le esigenze e le prerogative tipiche dei bambini mutano poi più volte durante la loro crescita ed infatti il nostro progetto propone di agire in modo differenziato a seconda delle fasce d'età.

Dal momento che l'80% dei bambini tra gli 8 e gli 11 anni sente il bisogno di una compagnia, forse alternativa a quella dei genitori sempre super impegnati e poco attenti alle reali necessità dei figli, e identifica tale compagnia in un animale, solitamente il cane, noi ragazzi di Mosaiko abbiamo pensato di promuovere una campagna di educazione canina a partire proprio dalle scuole elementari (III elementare).

Per rendere possibile l'attuazione e il successo di una simile iniziativa è assolutamente indispensabile una collaborazione tra il Comune, alcuni istruttori cinofili e il Mosaiko stesso, come figura di collegamento tra i diversi attori in campo (amministratori comunali e istruttori cinofili da un lato, bambini dall'altro). Ma in che modo una campagna di educazione cinofila in età infantile può rivelarsi utile? È sotto gli occhi di tutti e spesso al centro dell'attenzione mediatica che ciò che manca a molti giovani oggi è la nozione di rispetto, sia esso per il prossimo, per se stessi, per l'ambiente circostante o per gli animali. Per un bambino vivere con un animale come il cane, prendendosene cura e rispettandone la natura, è una scuola di amore e maturità che non potrà che avere risvolti positivi sulla sua personalità in formazione. Le lezioni di educazione canina impegneranno alcuni pomeriggi di rientro scolastico e si svolgeranno sul duplice piano della teoria e della pratica, così da permettere ai piccoli amanti dei cani di conoscere a fondo le caratteristiche di questi animali per essere davvero preparati ad entrare in vivo contatto con loro. Crediamo che un bambino abituato fin da piccolo a rispettare persone e animali e ad impegnarsi in compiti che non riguardino esclusivamente la scuola, ma che si aprano ad interessi sociali più ampi, crescendo vorrà continuare il percorso iniziato, sentendo la necessità di essere coinvolto in un'attività gratificante che gli permetta di sentirsi utile alla comunità. Ed è a questo punto che entra di nuovo in gioco il Mosaiko con un compito un po' diverso: questa volta si impegnerà a preparare dei test attitudinali riservati ai ragazzi dai 12 anni in su per orientarli nella direzione del tipo di volontariato a loro più congeniale, una sorta di "volontariato su misura" che tenga conto delle potenzialità del singolo per svilupparle al servizio degli altri. Riteniamo infine che qualche incentivo e riconoscimento anche di tipo economico per l'impegno nel sociale sia indispensabile, viste le numerose difficoltà che gli studenti si trovano ad affrontare ogni giorno. Dovremmo riuscire ad ottenere convenzioni per agevolare gli studenti che si sono dedicati per tutta la durata del loro per-

corso scolastico (che include medie e superiori) al volontariato permettendo loro di ottenere affitti più bassi quando studiano all'università, occasioni di viaggi a prezzi scontati per le esperienze all'estero, omaggi per spettacoli teatrali, mostre, musei, sconti su libri di testo, mezzi pubblici e buoni pasto.

In definitiva si tratta di un progetto a lungo termine che segue i ragazzi passo a passo nella loro crescita, aiutandoli a comprendere l'importanza di un impegno sociale attivo e capace di distoglierli da comportamenti pericolosi, e mostra loro quanto sia deserta e sterile un'esistenza che non concede il giusto spazio al contatto tra esseri viventi.



Associazione "Il Mosaiko Kids"  
via Carlo Alberto, 13  
15053 Castelnuovo Scrivia (AL)  
ilmosaiko@tiscali.it  
www.mosaikokids.it

26

## TERAPIA FAMILIARE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

**Dr. Ugo Corrieri**

*Responsabile Unità Funzionale Dipendenze Grosseto*

La spesa per gioco d'azzardo è lievitata a 54 miliardi di euro nel 2009; giocano regolarmente oltre 30 milioni di Italiani, tra cui ben 2 milioni di minorenni.

Il gioco d'azzardo (GDA) può divenire gioco d'azzardo patologico (GAP), una vera e propria dipendenza di cui pare soffra il 2-3% della popolazione (2 milioni di italiani).

Le neuroscienze hanno dimostrato che tutte le forme di dipendenza alterano i "sistemi motivazionali", che attribuiscono valore ai nostri comportamenti (soprattutto il cosiddetto Sistema della ricompensa, basato sulla dopamina, ma anche il Sistema dell'accudimento, basato sugli oppioidi endogeni) portando all'attribuzione artificiale di nuovi valori, da cui consegue una risposta perentoria, senza possibilità di scelta, generando compulsività e "craaving".

I sistemi motivazionali, tuttavia, sono aperti all'influenza dei meccanismi di apprendimento, per cui sono modificabili da interventi finalizzati al cambiamento.

Inoltre i lobi frontali inibiscono l'azione e danno origine al pensiero (che quindi è un "agire senza l'azione"). Il pensiero (tramite il linguaggio) è alla base dei cambiamenti neurofisiologici che avvengono in psicoterapia.

Le attuali conoscenze neuro scientifiche (Damasio, Edelman, Kandel, LeDoux, Siegel, Solms e Turnbull...) ci mostrano infatti come la mente emerga dalle attività del cervello e si formi all'interno delle interazioni tra processi neurofisiologici interni ed esperienze interpersonali. Le connessioni umane continuano per tutta la vita a plasmare lo sviluppo delle connessioni nervose che danno origine alla mente e relazioni interpersonali che facilitano lo sviluppo emotivo (emisfero dx) e logico (emisfero sx) e l'integrazione delle loro funzioni (coerenza) favoriscono il benessere psicologico.

In particolare, le relazioni terapeutiche possono favorire la maturazione di processi di autoregolazione più efficaci (meccanismo fondamentale di funzionamento della psicoterapia) e rendere possibile la cura dei sistemi motivazionali alterati

Dal maggio 2008 seguo con la mia equipe i casi di GAP in terapia familiare (TF). La TF ci permette di "allargare l'imbuto" estendendo il trattamento all'ambiente emozionale, relazionale e sociale del paziente per cui la terapia diviene più veloce ed efficace

Sinora ho seguito 21 casi, tra i quali si è avuto un "drop-out", mentre gli altri 20 hanno smesso il GAP nei primi 3 incontri. Tra essi, abbiamo avuto 4 "fughe nella guarigione" (pazienti che hanno cessato prematuramente la tera-

pia dichiarandosi guariti) + 16 ancora in terapia, di cui 6 oramai verso la conclusione.

Sinora riusciamo a seguire tutti i casi che si presentano (per fortuna solo punta dell'iceberg)

La terapia del GAP avviene sempre su un DOPPIO BINARIO: 1) il lavoro sul controllo del gioco, svolto principalmente con la coppia coniugale, corre parallelo a 2) una classica terapia familiare, condotta secondo il modello sistemico-familiare simbolico-esperienziale (Joining con famiglia e persone; ridefinizioni; prescrizione di esercizi a casa; genogramma e lavoro sulle storie transgenerazionali e sui sottosistemi familiari, sul ciclo vitale, sulle soggettività, sulle emozioni, appartenenze e miti familiari, costruendo ipotesi e storie assieme alla famiglia, lavorando sulle risorse delle persone ecc.)

Sappiamo bene che si ha gioco d'azzardo patologico quando uno gioca "più di quanto possa permettersi", quindi la peculiarità della terapia del GAP sta nel lavoro sul meccanismo del controllo (con famiglia e coppia).

Abbiamo quindi due possibili scenari:

1) famiglie che hanno già messo in atto meccanismi familiari di controllo efficace del GAP e ci chiedono di togliere il demone del gioco dalla mente del loro congiunto: mettiamo in atto una classica TF e ci diamo da fare per rendere il controllo più efficace

2) Il giocatore continua a giocare e la famiglia, disperata, ce lo porta. Effettuiamo una TF e come elemento peculiare chiariamo come il GAP consista essenzialmente in una patologia del controllo (neuroscienze) e quindi lavoriamo con loro affinché loro stessi se ne hanno voglia trovino, col nostro aiuto, regole e metodi efficaci per realizzare un controllo familiare del gioco d'azzardo del loro congiunto (vedi Whitaker: noi siamo l'allenatore, la partita la giocano loro).

Un momento importante è quello prescriviamo ai familiari di accordarsi tra loro su quale sia la cifra giusta che il paziente a loro giudizio possa spendere ogni mese "per divertirsi". Il gioco d'azzardo infatti viene ridefinito come una forma di divertimento. Sta al loro congiunto scegliere come divertirsi...

Di solito è il coniuge che assume il controllo ma è meno facile del previsto. Spesso occorre "stanare" il coniuge che si è occultato dietro il GAP o dietro i figli che "mettono lingua" nel GAP creando una "Babele"

Invariabilmente il coniuge prova una intensa gelosia ("sarebbe meglio se avesse un'amante").

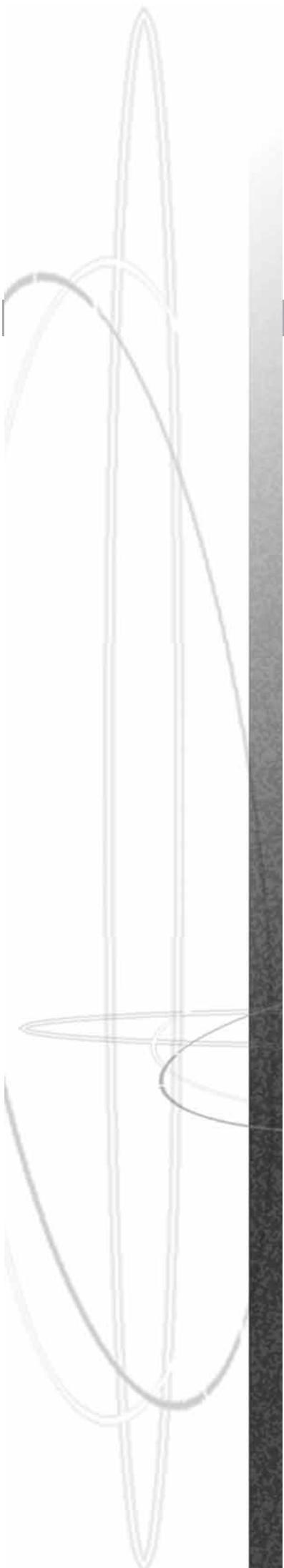
Di conseguenza, spesso dedichiamo più sedute alla coppia, lavorando sui loro ruoli, intimità, sessualità, collusione...

Spesso il GAP è funzionale a una condizione di stallo coniugale: se la coppia si innamora di nuovo o viceversa si separa, il tempo (Kronos) riparte e il GAP non è più strutturante, per cui può cessare...

Collusione: rapporto complementare in cui ognuno cerca di sviluppare parti di sé conformemente ai bisogni dell'altro, rinunciando a svilupparne altre che proietta nel compagno. Se rigida, si ha patologia. Se flessibile, può essere un'occasione di crescita: il partner contiene le nostre

incompetenze e ce le restituisce digerite e quindi da noi utilizzabili...

Durata: in 10-15 incontri si raggiunge di solito una sufficiente autonomia nel controllo. Alcune famiglie chiedono di proseguire x altri problemi, ed ovviamente proseguiamo ma ci poniamo delle domande: è giusta la totale gratuità della terapia? Come effettuare un equo "triage" rispetto al grande numero di richieste e di famiglie che chiedono un intervento al Ser.T?



**FeDerSerD**

