

Editoriale. Consumi e dipendenze: mito, evidenze scientifiche, realtà organizzative
Alfio Lucchini 1

AREA CLINICA

Dipendenza affettiva. Definizioni e manifestazioni
Annalisa Pistuddi, Uber Sossi, Gianlorenzo Beretta 6

Una Unità di Degenza interamente dedicata alle dipendenze da sostanze: i primi 10 anni di attività di Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona
F. Lugoboni, G.L. Quaglio, M. Faccini, B. Pajusco, R. Casari, A. Albiero, P. Mezzelani 10

Le malattie metaboliche nei soggetti tossicodipendenti: la nostra esperienza
V. Carbone, P. Caracciolo, M.R. Ferretti, F. Russo, R. Pescicolo, A. Iovine, A. Limardi, S. Del Tufo 16

Oltre la doppia diagnosi: la gestione del paziente multiproblematico nel Servizio per le Tossicodipendenze. Case management e lavoro di rete in un caso clinico
Ludovico Verde, Ersilia Moccia, Miriana Riccio, Viviana Ruggiero, Marina Siconolfi, Fabrizio Starace 18

Terapia familiare del gioco d'azzardo patologico
Ugo Corrieri 25

AREA INTEGRAZIONE

La storia di Lorenzo
Tamara Marchetti 43

AREA SANITÀ PUBBLICA

Il programma "Respirare Bene per Vivere Sani" per lo screening della BPCO e per smettere di fumare
Ezio Manzato, Cristina Biasin, Giuseppina Cifelli, Vincenzo Scola, Giuseppe Romano 50

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Maurizio Fea
Rieccoci 63

DIBATTITO

La cronicità dei disturbi di dipendenze da sostanze è uno stile cognitivo degli operatori?
Giovanni Strepparola 41

RECENSIONI 15, 60

NOTIZIE IN BREVE 15, 17, 46, 64

FeDerSerD/FORMAZIONE 62

Mission

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



Consumi e dipendenze: mito, evidenze scientifiche, realtà organizzative*

Cari congressisti, prima di tutto i ringraziamenti alla provincia di Trento, alla ASL, al Sindaco di Riva, al Prefetto di Trento, al Rettore della università di Trento, agli ospiti stranieri del NIDA e di prestigiose università statunitensi, delle Nazioni Unite, dell'Unione Europea. Agli onorevoli Salvatore Iacolino, Carlo Giovanardi e Giuseppe Lumia. Ai dirigenti di CNCA e FICT, di SIMG, SITAB, SIMIT e delle altre organizzazioni scientifiche e professionali presenti. A Giovanni Serpeloni, Gilberto Gerra, Piergiorgio Zuccaro e alle prestigiose istituzioni che rappresentano. Un saluto alla nostra presidente onoraria Rita Levi Montalcini. E a tutti voi che in 800 avete aderito al congresso e ai 12.000 operatori del pubblico e del privato sociale che sono oggi presenti nei servizi italiani. Alla dirigenza di questo Centro Congressi e alla nostra segreteria organizzativa Expo-point. E ancora ai colleghi dell'esecutivo, del direttivo, del comitato scientifico nazionale e in particolare a Raffaele Lovaste presidente del congresso.

Due sono gli interessi principali di FeDerSerD: quello Scientifico e quello Istituzionale. Questo congresso li rappresenta molto bene.

La mission del congresso parte da tre parole: il mito, la possibilità di leggere le variegate forme delle dipendenze, in evoluzione e sempre più complesse ed affascinanti; le evidenze scientifiche in tema di consumi e dipendenze: parliamo di fatti, sempre più chiari, forse non sempre conosciuti, come i grandi successi nella cura e nella riabilitazione; e infine le ricadute organizzative in senso di efficacia e di valutazione, di governance del sistema, con una dovuta attenzione alle risorse possibili in questo difficile momento economico.

Noi siamo qui per essere parte attiva di questa grande avventura umana.

Il punto di partenza è la valorizzazione della ricerca scientifica e della pratica clinica basata sulle evidenze.

Il contributo delle neuroscienze alla comprensione dei fenomeni di abuso e dipendenza è grande. Nessuno può parlare e tanto meno operare con persone malate di droga prescindendo da questi aspetti. Lo sviluppo scientifico di settore si caratterizza per un arricchimento delle nostre cono-

* Intervento del presidente nazionale Alfio Lucchini al IV congresso nazionale di FeDerSerD, celebrato al Centro Congressi di Riva del Garda dal 12 al 15 ottobre 2010.

- Personalità Borderline ed Alcolismo: Aspetti Neurobiologi e Clinici, di Hina Hinnenthal, Felice Nava, Michele Ferdico, Mauro Cibin

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno II, n. 7

Mission

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

FrancoAngeli

ANNO IX, 2010 - N. 31

Fe Der Ser D

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Comitato di Direzione

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

Direttore scientifico

Alfio Lucchini

Comitato di Redazione

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

Sede operativa e Redazione Mission

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

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

Chiuso in redazione il 18/03/2011

Edizione fuori commercio
Tiratura: 6.000 copie
ISSN 2037-4798



scienze non solo negli aspetti genetici e biologici, ma anche psicologici e sociali. La pericolosità di tutte le droghe e la necessità di studiare sempre meglio le risposte individuali sono fattori associati. Questo contributo centrale non contrasta né con la centralità del lavoro multidisciplinare che ci caratterizza né con il fondamento empatico necessario nella nostra attività, né è anzi un ausilio.

Sui fenomeni di consumo e dipendenza dico poche parole, considerato che una intera sessione plenaria sarà dedicata domattina al tema con relatori di alto livello. L'uso di sostanze psicotrope è il principale problema di salute pubblica e rappresenta la prima causa di morte e di danni prevenibili tra i 18 e i 26 anni in tutta Europa e negli Usa. L'Osservatorio di Lisbona ha scritto recentemente come il poliabusio di sostanze sia il tema di massimo interesse, come le terapie debbano essere scientificamente basate, i programmi di prevenzione selettivi, e debbano essere sviluppate politiche territoriali.

In Italia la recente relazione al parlamento stima una riduzione consistente dei consumatori e fotografa una stabilità dei malati. Evidenzia alcune necessità emergenti, dalle nuove forme di dipendenza (ad esempio gambling e rischi dalla rete internet), al crescente ruolo dell'alcol nei consumi problematici, alla necessità di porre attenzione ai problemi fisici complessivi delle persone in cura nei servizi. Inoltre i consumi giovanili, il rapporto con la sicurezza personale e stradale per citare due capitoli, sono fattori di notevole attenzione.

I Ser.T. sono sempre più deboli, in personale e mezzi, e ricchi di pazienti, quasi 200 mila nel 2009. È difficile mantenere standard accettabili nei servizi di bassa soglia e nelle unità mobili, essenziali per il lavoro di prevenzione e riduzione del danno.

Si attendono ancora i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, sanitari e sociali, e il costo sociale legato alla droghe in Italia vale lo 0,7% del PIL ed è pari a 15 volte l'impegno economico del Paese, dello Stato, nella lotta alla droga.

Considerazioni ampiamente trattate nella V Conferenza nazionale triennale di Trieste prevista dal DPR 309 e celebrata nel marzo 2009 ed affrontate anche nella Conferenza delle Regioni di Torino del dicembre 2009.

Permettetemi ancora una considerazione sulla relazione annuale al parlamento, momento focale di riflessione e interesse collettivo dei media e forse delle istituzioni parlamentari a cui è rivolta, che quest'anno ha lasciato un senso di indeterminatezza in molti.

Ho avuto modo di esprimermi a più livelli su questo tema: ho usato lo slogan "Diminuiscono i consumatori, aumentano i malati" per richiamare l'attenzione non tanto sulla differenza tra previsioni e realtà, ma per cercare di sensibilizzare l'opinione pubblica e di conseguenza il decisore politico sulla necessità di sostenere il sistema di intervento. Affermare semplicemente una diminuzione di un milione di consumatori in un anno può essere infatti motivo di interesse e di riflessione, su dati e metodi, per noi, per il DPA, per gli istituti di ricerca, ma rischia di rappresentare un ulteriore fattore di deresponsabilizzante per chi, Stato e Regioni, dovrebbe investire almeno l'1,5% del fondo sanitario per il sistema di intervento e ne investe a malapena lo 0,8%.

Credo si debba fare più attenzione in modi e metodi in queste circostanze di grosso impatto comunicativo.

Considero parte integrante della mission scientifica l'attività di formazione. Debbo evidenziare le carenze nella formazione: l'assenza della formazione universitaria di settore, della disciplina e delle specialità, e di una vera area clinica specialistica nei servizi. La formazione richiede scuole, valorizzazione delle esperienze, qualificazione certificata. Servono nuovi profili professionali e nuovi percorsi. Una esigenza ribadita più volte. Bisogna andare oltre i corsi di perfezionamento e i master, che pure noi proponiamo e organizziamo.

Si attivino, anche con forzature, lo Stato e le Regioni per garantire questi percorsi, e di livello, non sanatorie di titoli, non ci interessano.

Guardate colleghi, la situazione è grave: in molte aree del Paese diventa inutile ottenere risorse umane di livello, i concorsi vanno deserti e perché dovremmo stupirci se vi è totale carenza di attenzione e cultura nelle università per una materia che poi si ricorda occupa un terzo delle 900 pagine del DSM IV o presenta mirabilmente un grande scenario di patologie tra quelle droga-correlate. Un po' di pudore!

Noi siamo a disposizione, con le istituzioni più sensibili.

E lo dico subito, noi non crediamo alle logiche di annessione, né alla psichiatria né ad altre discipline più eclettiche, come sta avvenendo; né quelle fatte nelle Regioni virtuose né quelle fatte nelle Regioni sotto la mannaia del rientro di spesa, e per questo collaboriamo con chi, come in questo momento il Dipartimento Politico Antidroga, è concorde per evitare questa deriva minimalista.

Vogliamo essere al servizio pratico "dei e con" i professionisti italiani. Questo aspetto è fondamentale ed è forse quello più richiesto dai colleghi dei servizi: lavorare insieme ad applicare leggi e decreti, ad esempio penso al lavoro fatto e in corso sui temi dell'affido del farmaco e dei processi legati alle norme sulla assenza di tossicodipendenza in particolari categorie di lavoratori.

È necessario un rapporto forte con le istituzioni. Dopo la riforma dell'articolo V della costituzione, dopo la legge 328 del 2000, ora il federalismo fiscale e il percorso sui costi di riferimento delle prestazioni, il vero rapporto da costruire è con le Regioni. Ma non è facile. Qualcuno ha detto: le riforme fatte a metà sono il miglior trampolino di lancio per le controriforme. Temo che ci troviamo proprio in queste circostanze.

In un lavoro di ricognizione sulla applicazione delle Intese Stato Regioni del 1999, pubblicato su Mission con il titolo "Se 10 anni vi sembran pochi" abbiamo messo le Regioni davanti alle loro inadempienze, sia nella istituzione dei Dipartimenti delle Dipendenze, sia nelle forme di accreditamento del privato sociale.

Parlare in questi termini qui in Trentino è difficile, forse un po' irrealista, me ne rendo conto, ma gli amici e le autorità locali sanno quanto è complesso e variegato il nostro Paese. Come possiamo tacere vedendo in Regioni del Nord progredire un'opera di sostituzione e svendita del servizio pubblico

a favore di un privato incerto e spesso ricco di conflitti di interesse. Come possiamo tacere vedendo in molte Regioni del Sud la totale mancanza di programmazione. In generale assistiamo a scelte che esulano da criteri di appropriatezza e da qualsivoglia esito valutativo.

Noi siamo in gran parte dipendenti pubblici, del SSN e non ce lo siamo ancora scordato, quando affermiamo le nostre idee e potenzialità.

Crediamo che solo una presa di coscienza nuova della strategicità del contrasto ai consumi di droghe possa invertire una tendenza negativa che vede responsabilità centrali e delle articolazioni dei poteri locali.

In questa ottica appare maturo il momento di un ripensamento anche legislativo dei livelli organizzativi necessari per i servizi di prevenzione, accoglienza, cura e riabilitazione, con principi vincolanti che le Regioni declineranno per le loro evidenti competenze. Questi percorsi debbono avere in premessa una matura consapevolezza della partita che si gioca quando si parla di droga. Ed anche che tutti gli aspetti che bisogna affrontare: educazione, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione hanno specifica dignità. Noi faremo la nostra parte.

FeDerSerD è molto impegnata nella costruzione di alleanza strategiche, come quelle con FICT e CNCA, il "famoso" Tavolo di Alta Integrazione, una intuizione felice, che alla fine è stato riconosciuto dal Governo e, con un po' di difficoltà, anche dalle Regioni.

Proseguiremo su questa via in modo sempre più deciso e unitario, mostriamo al Paese i frutti pratici della integrazione, valutabili e di qualità. Già lo stiamo facendo con iniziative in varie parti del Paese, con la sottoscrizione di impegni legati ai percorsi di accoglienza e cura dei pazienti, evidenzieremo e certificheremo un sistema di buone pratiche in Italia.

Le nuove sfide, dalla presa in carico precoce alla cronicità, ci trovano pronti. Specializzare sempre più i Ser.T. partendo dalla diagnostica, differenziare i servizi, qualificare realmente le Comunità, in sintesi curare i luoghi e i percorsi della cura e i luoghi della rete, queste sono le sfide che insieme affrontiamo e affronteremo.

Proprio in questi giorni abbiamo rilanciato il patto di azione, anche sui temi della formazione, della ricerca, e delle progettualità. Secondo il principio che ognuno faccia quello che sa fare meglio e che insieme si determini un valore aggiunto per il benessere degli utenti.

Ed anche con una visione europea.

E lasciatemi dire, anche a nome di FICT e CNCA: smettiamola di svaloriare i nostri servizi, e parlo anche a noi operatori, non confondiamo le gravi difficoltà con gli tsunami. Basta citare a sproposito realtà o esperienze europee, come possibili fari della nostra azione. Ma di cosa si sta parlando, forse di qualche singolo bravo professionista greco o tedesco o olandese; per piacere, noi misuriamo un sistema dalla capacità di accesso, di accoglienza, di esigibilità del diritto alla cura.

Neanche lontanamente vi è un esempio simile all'Italia in tutta Europa!. È per questo che continuiamo a batterci per la sua valorizzazione e preservazione. È per questo che dobbiamo avere coraggio, proporre soluzioni nuove ad esempio organizzative nel sistema, partendo dalla realtà, certificata a livello della comunità europea, che stiamo affrontando problemi strutturali alla storia e alla cultura, ma cangianti con rapidità nelle loro manifestazioni.

Noi prima di tutto dobbiamo occuparci dei nostri pazienti. Dei percorsi clinici, dei percorsi di vita e dei luoghi di cura come dicevo prima.

I Ser.T. nacquero nella emergenza negli anni ottanta dettata dalla infezione da HIV e dell'AIDS conclamato. Hanno saputo fare la loro parte in tante zone d'Italia. E credo sia fonte di gioia vedere tantissimi pazienti con infezione da HIV stare bene ed essere inseriti nella società.

Lo stesso vale per tanti ragazzi con problemi di tossicodipendenza.

Le Istituzioni dovrebbero ricordarlo sempre e valorizzare questo lavoro; purtroppo invece si assiste, anche in documenti regionali ufficiali, parlare dei Ser.T. come luoghi dello stigma sociale: questo rappresenta una vergogna non solo in sé, dal punto di vista culturale e istituzionale, ma anche perché falsa e nutrita da letture vecchie e queste sì ideologiche. Lo sviluppo della Federazione in questi anni è stato notevole. La nascita e lo sviluppo delle Federazioni regionali rappresenta un moltiplicatore di azioni e opportunità. I gruppi monodisciplinari, le sezioni tematiche, le numerose associazioni e onlus pattanti rappresentano una ricchezza creativa.

L'apertura ai professionisti del privato nelle nostre fila, professionisti e dirigenti del privato sociale ed anche libero professionisti, è evidente. In numerose federazioni regionali professionisti del privato ricoprono già ora incarichi di responsabilità. Dei circa 200 membri dei direttivi regionali di FeDerSerD trenta sono dirigenti di comunità terapeutiche e associazioni pattanti con FeDerSerD.

Proseguiremo in una politica di forte autonomia della nostra società scientifica dal potere politico, e di confronto con tutti. Proseguiremo nella costruzione di alleanze e partnership con le altre società scientifiche. Con una precisazione: è venuto il momento di andare oltre il recinto che rischia di essere asfittico della attuale consultazione delle società scientifiche, che pur attualmente coordiniamo, troppo intrisa di gruppi autoreferenziali che esistono, si espandono e si rattrappiscono secondo le fortune e i favori e gli interessi altrui, spesso della politica.

Serve uno scatto di serietà, cambiamo registro: questo congresso vede sessioni in partnership con la società di tabaccologia, con la società scientifica dei medici di medicina generale, con la società scientifica degli infettivologi, con le società dei medici del lavoro e competenti.

Abbiamo iniziato a curare una proiezione internazionale della Federazione che oltre ai fondamentali rapporti con il NIDA o altre istituzioni scientifiche, di cui questo congresso è prova, potesse offrire il nostro contributo allo sviluppo delle politiche europee sulle droghe. Il recente seminario al Parlamento Europeo ne è mirabile prova.

Noi dobbiamo contribuire a ridurre la distanza, forse la frattura, con la società civile. Abbiamo affrontato in questi anni il tema della sicurezza senza reticenze. Ricordo il documento "Mi sento responsabile" come chiaro e impegnativo: noi non viviamo in una torre d'avorio come società scientifica, o come servizi.

Cari amici, il tema della applicazione degli accertamenti sullo stato di assenza di tossicodipendenza nei lavoratori, le nuove regole per le patenti su alcol e droga, la prevenzione partecipata e attiva nei territori, il ruolo stesso di una componente di sicurezza sociale nella mission dei SerT, come dobbiamo leggerli?

Realtà estranee, intromissioni indebite, io non credo.

E con mente aperta dobbiamo dare il nostro contributo alla costruzione delle condizioni socio sanitarie sul territorio per superare almeno in parte la inaccettabile condizione di 70.000 persone attualmente in carcere, il 30% per problemi correlati alla droga.

E come non vedere il collegamento tra il nostro lavoro e le politiche di contrasto al mercato della droga.

Noi abbiamo sempre privilegiato questi interessi, gli amici Giuseppe Lumia e Gilberto Gerra ne fanno fede, la presenza che ci onora del procuratore di Reggio Calabria Nicola Gratteri ci emoziona, e personalmente sono ancora colpito dalle riflessioni troppo importanti e impegnative che Gratteri ci ha donato al recente congresso regionale di FeDerSerD Calabria.

Il tema dei diritti di cittadinanza ci sta a cuore.

Al di là dei documenti che abbiamo prodotto, delle prese di posizione di fronte a scelte assurde, come le limitazioni alla cura per gli immigrati, ognuno può contribuire con la sua attività.

Dobbiamo aumentare il capitale sociale dei territori rispetto al tema droga. Non solo con collaborazioni con Associazioni di utenti e familiari o con associazioni di tutela dei cittadini, come Cittadinanzattiva e il Tribunale per i diritti del malato, come più volte abbiamo fatto.

Ma anche, come tante volte ho detto, dedicando una piccola porzione della nostra vita all'interazione, al dialogo, all'intervento nel contesto sociale e civile in cui operiamo.

Noi siamo per forza parte di questo contesto.

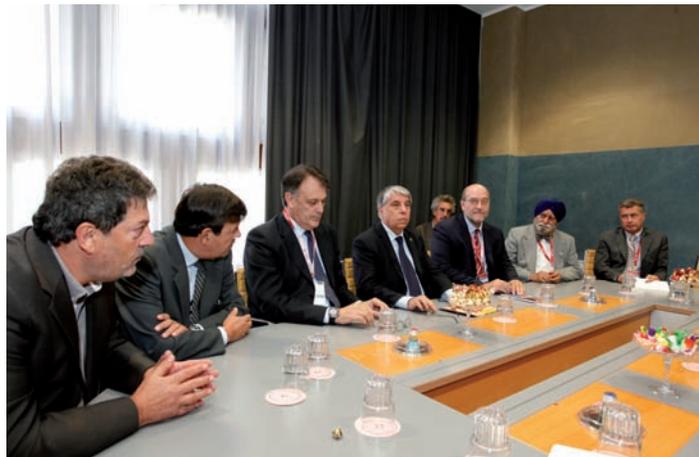
E infine.

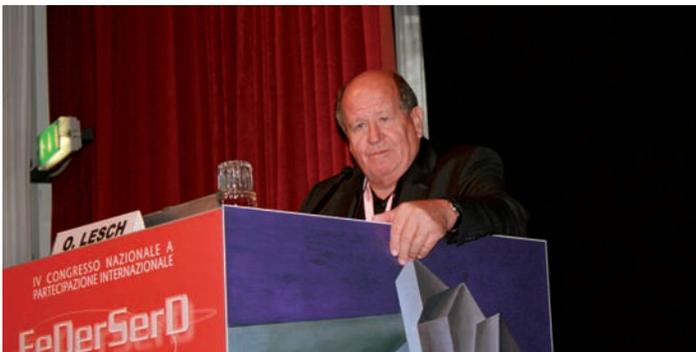
A cinque anni dalla elezione a presidente avvenuta a Palermo, ho deciso di ripresentarmi per un'ultima proposta di mandato. Mi ha convinto a questa follia da una parte la bella squadra che abbiamo costruito e che si ingrossa ogni giorno, dall'altra la sfida drammatica che i servizi devono affrontare e che non permette di far mancare la totalità delle forze necessarie.

La lista elettorale "Scienza e società" che vede la presenza di tantissimi colleghi di tutte le regioni italiane, con molti nomi nuovi, ben otto diverse professionalità rappresentate, ne è prova.

Ma penso anche agli oltre 1.500 giovani studenti di Riva del Garda, Cles, Rovereto e Cavalese che settimana scorsa hanno assistito al tour teatrale "Mitigare il Buio" che la Provincia di Trento e FeDerSerD hanno organizzato in vicinanza del congresso: uno spettacolo di alto livello che sa toccare le giuste corde giovanili, una vera prevenzione. O anche ad iniziative come la articolata campagna per la prevenzione dell'assunzione accidentale di metadone nei bambini rivolta ai pazienti e ai familiari, che raggiungerà tutti i servizi italiani, o il progetto *Giocare-sponsabile*.

Ecco, questo sforzo collettivo che è FeDerSerD continua ad emozionarmi, e proseguire nell'impegnarmi rappresenta per me un onore.





Sul sito www.federserd.it è disponibile la rassegna fotografica del congresso.

Dipendenza affettiva. Definizioni e manifestazioni

Annalisa Pistuddi*, Uber Sossi**, Gianlorenzo Beretta***

SUMMARY

■ *Love addiction has been considering among the possible causes of psychic discomfort for quite a short time. Since the growth of attention to the behavioural addictions it appears that it could carry out a main role in the genesis symptomatology of many patients.*

This work describes the diagnostic models and a clinic case. ■

Keywords: *love addiction, sexual addiction, drug addiction.*

Parole chiave: *dipendenza affettiva, dipendenza sessuale, dipendenza da sostanze.*

Il concetto

Le relazioni umane possono caratterizzarsi in diversi modi, cambiare nel tempo, possono essere caratterizzate da gradi differenti di dipendenza o codipendenza dall'altro.

All'inizio di una relazione affettiva, per esempio nell'innamoramento, si instaura un rapporto stretto di dipendenza, quasi simbiotico.

La dipendenza affettiva può assumere dopo un certo periodo di tempo, una forma patologica di dipendenza la distinzione tra amore intenso ed amore malato risulta legato a diversi fattori: sociali, culturali, stadi evolutivi e condizioni di vita.

Il fenomeno della dipendenza un tempo era circoscritto alla dipendenza da sostanze stupefacenti legali o illegali, In studi recenti si sono evidenziati comportamenti che sconfinano in rapporti problematici, per esempio alcune relazioni con cibo, internet, gioco d'azzardo, sesso, lavoro, rischio e affetti.

La dipendenza presenta precisi sintomi psichici e comportamentali caratterizzati da tre fattori principali: necessità di ripetere in maniera compulsiva un comportamento di affezione e conseguentemente la perdita della propria capacità di controllo; resistenza del comportamento nonostante i suoi effetti disfunzionali sulle dimensioni della vita, con una intensa sensazione di impotenza di fronte allo stesso; ossessione del comportamento stesso, attorno al quale ruotano i pensieri e l'intera esistenza del soggetto.

La dipendenza affettiva (DA) è descritta altresì come un forte bisogno di legame nei confronti di un oggetto da cui dipendere in maniera emotiva e concreta a tal punto da sviluppare un

attaccamento totalizzante e una grande paura relativamente alla sua separazione.

Il soggetto con DA non si pone consciamente in ascolto dei propri bisogni, ma il bisogno che esprime è quello di gratificare il suo bisogno di dipendenza, pertanto apparentemente dedica tutto se stesso al partner e ai suoi bisogni, presunti tali da lui stesso.

La relazione affettiva appare dunque assolutamente carente di equilibrio e reciprocità, ma in realtà anche il suo partner ha il bisogno inconscio di mantenere tale equilibrio.

Il partner, infatti, instaura, in modo più o meno consapevole, un rapporto intensamente strumentale, che può durare nel tempo fino a che una delle due parti non è più appagata da quella modalità relazionale o trova in un altro oggetto l'espressione più confacente alla propria patologia.

Diagnosi e significato

Il DSM IV TR definisce il Disturbo Dipendente di personalità come "una situazione pervasiva ed eccessiva di necessità di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione".

Sebbene il quadro caratteristico della DA sia oggetto di numerose discussioni a livello scientifico, la letteratura clinica indica che le caratteristiche del soggetto affetto da DA, che corrispondono al profilo che il DSM IV tr declina per il Disturbo Dipendente di Personalità:

- prende con difficoltà decisioni personali, preferendo in tal senso appoggiarsi all'autorità delle figure da cui dipende (genitore, partner, ecc.);
- ha bisogno che altri assumano le responsabilità relativamente ad alla sua vita (sia in termini pratici, quali le finanze, la conduzione della quotidianità, che psichici, quali la gestione delle emozioni);
- esprime con difficoltà il suo disaccordo con gli altri per timore di perdere la loro approvazione o il loro sostegno;
- cerca di ottenere l'appoggio e l'aiuto degli altri a tal punto da accettare l'inaccettabile o di fare cose anche sgradevoli;

* *Psicologa Psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2, U.O.C. Alcolologia e Comportamenti di Addiction. Professore a contratto Università degli Studi di Udine.*

** *Pedagogista, Dipartimento Dipendenze ASL di Brescia, Counselor sistemico costruzionista, Docente Scuola superiore di Pratiche filosofiche di Milano.*

*** *Psichiatra Psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze ASL di Brescia.*

- nega le proprie opinioni ed i propri sentimenti per adeguarsi a quelli delle persone che lo circondano ed in particolare dalla persona da cui dipende affettivamente;
- ha difficoltà nel progettare la propria vita e nell'attivarsi in maniera autonoma;
- si sente a disagio o indifeso quando è solo a causa del suo timore di non essere in grado di far fronte alle cose;
- quando termina una relazione o viene lasciato, cerca con urgenza un rapporto sostitutivo che gli possa fornire assistenza e conforto;
- è irrealisticamente preoccupato per la paura di essere lasciato in balia di se stesso.

Il soggetto con DA pone al proprio partner richieste affettive e pratiche consistenti e precise, tendendo a non sentirsi mai amato in maniera sufficiente ed adeguata.

In taluni casi giunge ad aumentare tali richieste in modo esagerato ed incongruente, talvolta fino alla definitiva rottura del rapporto affettivo da parte del partner.

La DA non necessariamente si manifesta all'interno di una relazione di coppia, essa infatti può manifestarsi anche nei confronti di un genitore o un altro familiare o ancora di una figura amicale o di fronte a una persona d'autorità.

Norwood (1985) aveva associato la DA ad alcune particolari strutture della famiglia d'origine e conseguentemente a vissuti relazionali precoci, quali fattori predisponenti all'insorgere, a partire dall'adolescenza, di attaccamenti affettivi disfunzionali. Vengono così descritte famiglie d'origine con legami invischiati o caratterizzate da relazioni fredde e legami deboli; tali tratti concorrono nel rendere difficile il raggiungere un sufficiente senso di fiducia ed accudimento, producono comunicazioni e poco attente agli aspetti emotivi ed affettivi.

Si caratterizzano per assenza di figure di riferimento stabili ed equilibrate, confusione dei ruoli, aggressività diffusa, fino a giungere, in non pochi casi, a violenza tra coniugi e nei confronti dei figli.

Il quadro clinico della DA è riconosciuto da poco tempo come patologico, si ipotizza per l'evoluzione socio-culturale della vita familiare, non più centrata, da qualche decennio, sulla necessità di condividere spazi e attività lavorative e concorrere tutti all'andamento economico della famiglia allargata.

Sembra degno di nota il manifestarsi oggi di legami famigliari tendenti alla confusione dei confini di ruolo e generazionali e spesso sintomatico di psicopatologia in comorbilità con la DA. I pazienti spesso non si percepiscono dipendenti e tendono a sottovalutare i loro sintomi e comportamenti, si rivolgono raramente ad un aiuto specialistico.

In molti casi cercano un aiuto per altri motivi, di natura fisica (classici disturbi psicosomatici) o psichica (depressione, attacchi di panico, difficoltà di concentrazione, irritabilità) e solo se entrano in contatto con uno specialista di dipendenze patologiche, dopo un'attenta raccolta anamnestica e un'acuta osservazione clinica, viene fatta la diagnosi di DA.

La co-dipendenza è stata descritta in modo particolare da Cermak (1986) il quale ha tracciato un profilo di tipo clinico del Disturbo co-dipendente di personalità ed indica i seguenti criteri diagnostici:

- continuo investimento dell'autostima nella capacità di controllare sé e gli altri nonostante l'evenienza di serie conseguenze negative;
- assunzione di responsabilità per venire incontro ai bisogni degli altri fino ad escludere il riconoscimento dei propri;
- ansia e distorsioni del confine di sé in situazioni di intimità e di separazione;

- coinvolgimento in relazioni con soggetti affetti da disturbi di personalità, dipendenza da sostanze, altra co-dipendenza o disturbi del controllo degli impulsi.

Il caso di co-dipendenza appare quando un soggetto con DA incontra e si lega ad un altro soggetto con DA.

Si manifestano complessi comportamenti relazionali che possono far sì che si instauri una relazione simbiotica, in cui entrambi i soggetti costruiscono un pattern idilliaco della relazione dal quale escludono il mondo esterno oppure una relazione faticosa e conflittuale in cui entrambi cercano di raggiungere reciprocamente un controllo illusorio sulla vita dell'altro.

Ogni soggetto cerca di dimostrare, sia a sé che all'altro, tutta la sua capacità di affetto ed accudimento e tenta, con scarsi risultati, di costruire, sui suoi vissuti circa i bisogni dell'altro, la propria autostima e il proprio valore.

Modello psicodinamico

La dipendenza è l'indispensabile clima relazionale in cui sperimentare e costruire la capacità di legame, di contenimento, di scoperta e sperimentazione della fiducia e della sicurezza, della cura di sé e della cura dell'altro, la tappa necessaria per il progressivo sviluppo dell'autonomia e la costruzione della capacità di amare.

Una dipendenza cristallizzata, che non evolve nel tempo, può dare origine a un comportamento patologico.

La dipendenza, in tutte le sue forme, può essere considerata come un tentativo, pur apparentemente ma non inconsciamente disfunzionale, di dare risposta ai propri desideri profondi e ai propri bisogni concreti.

Alcuni psicoanalisti hanno sottolineato l'ipotesi della dipendenza come forma sostitutiva di dinamiche autoerotiche e di spostamento di bisogni accuditivi infantili non soddisfatti da parte del genitore.

Per questo motivo tali comportamenti possono contenere la presenza contemporanea di piacere e sofferenza, desiderio e paura, in un movimento infinito di aggressività, a volte diretta verso sé, altre volte eterodiretta, con un quadro a tratti depressivo, fino ad arrivare alla bipolarità, ma altresì con manifestazioni distruttive sostenute da ideazioni paranoiche.

Nonostante alcune divergenze i diversi approcci psicoanalitici non solo concordano nell'individuare nella personalità del soggetto con DA alcune specificità di ordine psicodinamico, quali aggressività latente, quadri depressivi, turbe della regolazione pulsionale, pensiero magico, mancanza di stima, carenze narcisistiche primarie, ma soprattutto nel ritenere che le radici della DA vadano cercate nella relazione primaria con la madre, nella primissima infanzia, e nelle dinamiche di attaccamento e separazione.

Sembra possibile, secondo la rivisitazione degli studi della Mahler (1975), il rapporto tra le esperienze infantili di separazione-individuazione e lo sviluppo di una personalità dipendente, o il rischio di sviluppare una struttura di personalità in cui la fragilità affettiva può costituire il terreno adatto alla manifestazione di una dipendenza affettiva e/o di un altro tipo.

Esperienze infantili con carenze affettive possono portare in età adulta al bisogno immediato di una figura affettiva di riferimento, di una sostanza o di un comportamento, e alla necessità della sua costante presenza controllata dal paziente stesso.

Può apparire estremamente doloroso ed angosciante il ripetere l'esperienza del distacco e dell'abbandono, anche nel caso in

cui questo non sia definitivo, ma anche solo parziale e momentaneo.

La separazione sembra mettere in crisi la percezione della propria identità e la possibilità di affrontare la vita in maniera autonoma dal punto di vista del poter esistere da sé.

Secondo Bowlby (1969, 1973, 1980) il modello di attaccamento, sviluppatosi durante i primi anni di vita, diviene successivamente una caratteristica della personalità e un modello relazionale stabile.

Tuttavia, alcune recenti ricerche hanno confermato la possibilità che esperienze positive adolescenziali e adulte (come per esempio l'esperienza di una relazione psicoterapeutica) possano incidere su modelli di attaccamento insicuri, favorendo l'emergere di elementi di resilienza tali da poter recuperare e contenere le esperienze negative infantili e permettere l'instaurarsi di legami significativi e soddisfacenti.

La sperimentazione della fiducia e dell'accudimento da parte di una persona che si prende cura del soggetto, favoriscono un'adeguata elaborazione psichica dell'attaccamento, della separazione e della perdita permettendo la costruzione interna di legami d'affetto e la possibilità di una soddisfacente vita relazionale. Le persone sfortunate che, a causa di difficoltà emotive subite da bambini, non riescono a raggiungere uno stadio di sviluppo in cui possano sentirsi capaci, come uomini e donne, di amare e essere amati, sono prive di una fonte tanto importante di rispetto di sé che non possono non soffrirne (Iaria 2000).

Una possibile caratteristica dell'aggressività latente è la dipendenza dagli altri.

Secondo Storr (1968), dipendere da un'altra persona significa restare in potere di quella persona e quindi sentire quel potere come impaccio restrittivo che bisogna superare.

Il reciproco rapporto tra dipendenza e aggressività è proprio uno di quegli elementi che meglio spiegano la particolare aggressività della specie umana.

Anche perché al contrario degli altri animali l'indipendenza negli umani si raggiunge dopo molti e molti anni.

Caso clinico

Il caso qui descritto presenta una comorbilità fra dipendenze: sostanze, affetti, sesso.

Le connotazioni della DA, come descritto in questo lavoro, si caratterizzano con la tendenza a vivere una relazione come fondamentale per la propria sopravvivenza: considerare una relazione, in cui si fa di tutto per essere accettati e considerati, come Alex tende a fare con le sue relazioni.

Se sente un interesse autentico come avviene nella sua percezione della relazione terapeutica di cui si tratta, diventa nel suo vissuto irrinunciabile tanto da non prevederne la separazione e da tollerare a fatica la differenza di ruolo.

I suoi tentativi sono di riproporre una tipologia relazionale dipendente, anche per l'oggetto terapeuta, simile a quella sperimentata con la propria madre, da cui non ci si può separare per individuarsi se non correndo il rischio di perdere totalmente la relazione con lei e il suo amore.

Non sarebbe possibile per Alex tollerare l'ambivalenza nei confronti dell'oggetto perché si affaccerebbe il pericolo dell'abbandono per sé e della perdita della relazione se si potesse riconoscere il terapeuta anche come oggetto frustrante.

Pertanto il paziente cerca disperatamente di esautorarne la funzione per poterlo controllare.

La madre di Alex è collocata nel suo vissuto come gratificante i bisogni di accudimento, sempre presente, anche nelle situazioni in cui lui ha attuato impulsi antisociali ha sempre trovato una giustificazione banale per accettare comunque che gli atti del figlio non provenissero dalla sua volontà ma fossero attribuibili ad eventi esterni alla famiglia (le cattive compagnie).

È però una madre che non lascia lo spazio per sperimentare sentimenti di ambivalenza che vengono negati perché la pena sarebbe, per Alex, la perdita del vissuto di una relazione totalmente buona.

La vita interna di Alex spazia tra l'ideale della libertà assoluta e la chiusura forzata in legami di dipendenza sentiti come una necessaria reclusione che salva dalla totale perdita dell'altro.

La libertà assoluta viene percepita soltanto con l'idea trasgressiva dell'uso della sostanza o di comportamenti antisociali che, però non lo hanno portato a una totale gratificazione. L'idea del legame assoluto con gli oggetti implica una relazione d'amore forzata che lui stesso però non riconosce come tale ma che lo preserva dall'angoscia della perdita totale, il paziente non è emotivamente in grado, così com'è avvenuto nella relazione primaria, di relazionarsi con gli oggetti con l'appropriata ambivalenza che caratterizza le relazioni più integre.

La tendenza a voler conquistare l'oggetto da cui dipendere, per renderlo a sua volta dipendente da sé, si rivela una trappola per lui.

Può così avere l'illusione di procurarsi il nutrimento narcisistico che lo induce a sedurre in qualsiasi modo l'altro per possederlo, negandogli il proprio ruolo per ridurlo a quello di cui lui stesso ha bisogno che giochi, secondo i suoi canoni affettivi.

Viene da lui stesso rimosso, perché insopportabile, un confronto con i propri sentimenti di ambivalenza.

La costrizione del falso Sé sviluppato da piccolo lo ha portato a gratificare i genitori, il padre idealizzato e ammirato anche nelle manifestazioni antisociali in cui il paziente si è inevitabilmente identificato.

Il padre di Alex era dedito ad attività illecite per procurare a sé e alla famiglia un tenore di vita non altrimenti possibile ed è passato ai figli il messaggio del potere del padre e della vita che vale la pena di essere vissuta solo ad un certo livello economico, non importa se il prezzo da pagare potrebbe essere la detenzione, modello e stato a cui tutti i maschi della famiglia si devono, prima o poi, adattare.

Così per coprire le sensazioni di inadeguatezza e uniformarsi al modello condiviso il paziente ha attuato un comportamento adattivo che lo ha indotto alla dipendenza da sostanze conseguente al modello di dipendenza affettiva e alla dipendenza dal rischio di perdere, con le detenzioni, la libertà assoluta tanto anelata.

L'uso di sostanze è stato per lungo tempo taciuto perché anch'esso non accettato dai canoni famigliari, avrebbe fatto perdere la stima paterna, con conseguente calo della propria autostima di maschio.

Il problema generatosi è stato però per anni non aver potuto beneficiare di un programma terapeutico per svincolarsi dall'uso di cocaina.

Le tipologie di reati commessi sottendono il modo di porsi del posso e voglio avere tutto perché così aderisco al modello parentale di onnipotenza.

Il rischio, grande ma sempre sfidato, quello della totale privazione della libertà.

Risulta però più oneroso, dal punto di vista affettivo, tradire il modello paterno che rischiare di perdere la libertà.

I comportamenti rischiosi sono considerati adeguati perché innalzano la stima di sé che è l'emblema della stima paterna.

Alex non ha instaurato nella famiglia di origine un rapporto del tutto genuino ma è riuscito a relazionarsi con il terapeuta e a gestire sedute settimanali esprimendo una sua motivazione al trattamento.

Sembra aver percepito che l'offerta di un ascolto autentico verso la sua sofferenza e la sua intolleranza alle costrizioni in un periodo di astinenza dalle sostanze.

Nonostante il bisogno di esaurire il ruolo e la funzione terapeutica cercando di accorciare le distanze, come se non potesse tollerare un altro avesse, al suo posto come si illude di avere da sempre, anche solo per un tempo circoscritto, il potere.

Come se dovesse in qualche modo tentare di essere sempre lui più trainante dell'altro e colui che deve definire la relazione.

Alex, 37 anni i primi reati contro il patrimonio risalgono a vent'anni fa, la lotta per avere tutto ciò che vuole a costo di correre il rischio di perdere tutto, la lotta inconscia tra la libertà assoluta e la perdita di tutto.

La reclusione pare aver per lui il significato la fuga da un mondo pericoloso sia per le azioni criminali che per la dipendenza dalla cocaina.

Sembra che sia un rifugio anche dalla dipendenza affettiva, vissuta a momenti come una trappola.

Non pare però essere ancora il momento terapeutico per dedicare uno spazio alla discussione su questo tema che farebbe emergere l'esigenza del tollerare che gli oggetti possono avere caratteristiche contrastanti e di vivere anche se stesso come ambivalente nei loro confronti.

Con la modalità non verbale chiede anche al terapeuta di tollerare i suoi agiti distruttivi, in parte, del processo terapeutico che fa fatica ad accettare perché il suo vissuto è di trovarsi in una relazione che non gli permette l'illusione del controllo.

Il problema sembra essere quello di accettare solo l'assoluto, in cui si riconosce, così come dettato dal modello paterno indiscusso.

Il grande pericolo è di lasciar intravedere il sé autentico e bisognoso, la parte che vive come debole, che sarebbe scoperta se lui riconoscesse la propria rabbia verso i genitori.

Il prezzo sarebbe di sperimentare il senso di colpa per la loro distruzione totale, anche il lutto per non poter più far conto su oggetti distrutti o riconosciuti come imperfetti.

Secondo la teoria senso di sicurezza di Sandler (1998) esisterebbe in questo caso il conflitto interno tra il desiderio di essere sempre a rischio e la condizione di tradire il modello familiare e di privarsi del sentimento di onnipotenza.

La quotidianità potrebbe diventare deludente e vuota senza poter sperimentare le sensazioni di dipendenza dal rischio.

Tutta l'ambivalenza non riconosciuta lo porta a sabotare le situazioni e le relazioni che potrebbero diventare stabili, come per esempio il matrimonio che fa andare a rotoli con le azioni devianti che lo portano sia all'abuso di sostanze che alla detenzione e i diversi tradimenti che hanno per lui il significato inconscio di non sentirsi intrappolato in un'unica relazione e combattere la dipendenza affettiva primitiva.

Esiste la paura che le relazioni, compresa quella terapeutica, possano inglobarlo come è successo con i genitori, e ciò lo induce a cercare di sabotare i legami che possono rappresentare per lui qualcosa di stabile.

Cerca di ridurre gli effetti della terapia agendo varie modalità di difesa come la risata su temi drammatici, anticipando la fine della seduta o svalutando gli argomenti per lui sofferenti riguardo alle separazioni.

Tutto ciò può rappresentare la paura inconscia di rivivere il vissuto di abbandono primitivo (Kernberg 1975, 1980, 1984), da parte dei genitori che hanno convogliato le loro energie prevalentemente sulle proprie gratificazioni facendo sentire il bambino sempre in qualche modo ai margini delle loro attenzioni e impegnato in modo assoluto nella dipendenza da loro per far sì che si accorgano di lui.

Le diverse relazioni occasionali e sessuali, anche quella con le sostanze gli fanno sentire il beneficio di non essere abbandonato perché gli danno la sensazione di poter condurre il gioco.

La rassicurazione interna del vissuto che gli oggetti dipendano da lui evita l'angoscia di separazione, ad oggi intollerabile.

Se in una relazione, come quella terapeutica, si prospetta di poter instaurare una relazione concreta e costruttiva per sé cerca al momento di evitarla per non correre il rischio futuro di poter perdere qualcosa che potrebbe diventare importante, perché il suo vissuto è che le relazioni finiscono prima o poi o si rivelano deludenti nonostante i suoi sforzi per riuscire a dipendere da esse.

Non sembra oggi esserci in lui la possibilità di interiorizzare un oggetto o di poter tollerare di vivere una relazione in un modo ambivalente.

Meglio renderla in qualche modo poco significativa per non soffrirne la perdita vissuta come assoluta.

La terapia analitica può essere utilizzata per sperimentare l'apporto di una relazione oggettuale di riferimento che può essere interiorizzata e vissuta con ambivalenza senza rischiare di distruggere l'altro.

Il lavoro terapeutico in questo caso potrebbe essere centrato sulla rivisitazione della rabbia per la mancanza che deriva dal mancato accudimento sperato dagli oggetti primitivi, rabbia che gli fa tenere a distanza gli oggetti attuali.

Considerando però che, ad oggi, non può essere nominata la rabbia verso i genitori perché il rischio sarebbe di sentirsi in colpa per avere messo in dubbio la loro bontà e di conseguenza il proprio valore.

Un'importante linea terapeutica su cui lavorare è aiutarlo a comprendere quanto i suoi agiti impulsivi e i gesti antisociali siano l'attuazione di quella rabbia repressa, e mai potuta esprimere, verso le deprivazioni affettive primitive.

Bibliografia

- Bowlby J. (1969), *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*, Boringhieri, Torino.
- Bowlby J. (1973), *Attaccamento e perdita*, vol. 2: *La separazione dalla madre*, Boringhieri, Torino.
- Bowlby J. (1980), *Attaccamento e perdita*, vol. 3: *La perdita della madre*, Boringhieri, Torino.
- Cermak T.L. (1986) *Diagnosing and Treating Co-dependence: A Guide for Professionals*, Johnson Institute Books, Minneapolis, MN.
- Kernberg O.F. (1975), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Kernberg O.F. (1980), *Teoria della relazione oggettuale e clinica psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1980.
- Kernberg O.F. (1984), *Disturbi gravi di personalità*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Iaria A. et al. (2000), *Transculturata*, Edizioni Universitarie Romane.
- Mahler M.S., Pine F., Bergman A. (1975), *La nascita psicologica del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Norwood R. (1985), *Donne che amano troppo*, Feltrinelli, Milano.
- Sandler J., Sandler A.M. (1998), *Gli oggetti interni*, FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Storr A. (1968), *Human Aggression*, Scribner, New York.

Una Unità di Degenza interamente dedicata alle dipendenze da sostanze: i primi 10 anni di attività di Medicina delle Dipendenze del Policlinico di Verona

F. Lugoboni*, G.L. Quaglio*, M. Faccini*, B. Pajusco**, R. Casari**, A. Albiero**, P. Mezzelani***

SUMMARY

■ *This article describe the first 10 years of activity of an inpatient addiction unit, that represents an unique reality among Italian hospitals. History, patients typology, protocols for different substances detoxification, training activities, contacts and trends are showed and discussed.* ■

Keywords: addiction, inpatient detoxification, drug treatment, inpatient drug treatment, drug dependence.
Parole chiave: tossicodipendenza, disintossicazione ospedaliera, trattamento, ricovero, farmacodipendenza.

Introduzione

È cosa ormai nota ed assodata che il trattamento della dipendenza da sostanze, sia illecite che legali, debba prevedere un intervento integrato pluri-professionale ed abbia nell'ambito territoriale la sua sede naturale essendo, per definizione, la dipendenza da sostanze una patologia cronica-ricidivante.

"Drug dependence is a multi-factorial health disorder that often follows the course of a relapsing and remitting chronic disease" (WHO).

Qualsiasi intervento di detossificazione, ove ritenuto indispensabile ed improrogabile, deve necessariamente, diversamente da quasi ogni altro intervento medico con i caratteri d'urgenza, tenere presente la prevenzione della ricaduta; soprassedere a tale visione significa molto spesso condannare il paziente ad una dolorosa ricaduta, sfiduciando lui ed il suo ambito familiare e, cosa non trascurabile in tempi di risorse sempre più limitate, non tenere conto di costi e benefici [1,2].

Ciò premesso, va altresì considerato che l'alta prevalenza sul territorio nazionale della dipendenza patologica da sostanze, quantificabile in diverse centinaia di migliaia di soggetti (facendo una stima volutamente ristretta solo alle situazioni ed alle sostanze più pericolose) rende spesso necessario ed urgente un intervento ospedaliero.

Gli oppioidi illeciti (ma sempre più spesso anche quelli di prescrizione antalgica), l'uso compulsivo di cocaina e stimolanti in

genere, l'abuso e la dipendenza da alcol etilico e benzodiazepine (BZD), sono solo alcuni degli esempi di richiesta di intervento ospedaliero di disintossicazione.

Tali interventi sono spesso formulati dai soggetti stessi o dai loro congiunti, spesso disperati o scontenti dei trattamenti ricevuti, ma in una percentuale rilevante dei casi sono i servizi territoriali, principalmente Ser.D. e Centri di Salute Mentale, a necessitare di un intervento senza il quale si vedrebbero preclusi trattamenti sanitari e riabilitativi.

Alcune volte le situazioni cliniche dei pazienti candidati dai servizi territoriali sono così gravi ed improrogabili che la prevenzione della ricaduta deve necessariamente essere messa in secondo piano.

Si potrà obiettare che per le urgenze esistono i Pronto-Soccorso e che nessun intervento viene procrastinato semplicemente perché il paziente è tossicodipendente.

L'esperienza quotidiana degli operatori dei servizi dice però spesso il contrario: il dipendente da sostanze riceve generalmente un minor grado di attenzione e di intensità di intervento col passare dalle sostanze lecite a quelle illecite, dal monouso al poliabuso e col crescere della marginalità sociale [3].

Non deve sorprendere tale atteggiamento da parte degli operatori sanitari di un paese come il nostro, pur così culturalmente sensibile emotivamente e fattivamente alla solidarietà.

La causa sta, a nostro avviso, nell'assoluta carenza di formazione specifica sulle dipendenze patologiche e nello scarso training che il medico, in particolar modo, riceve nell'approcciare il disagio sociale e la sofferenza psichica [4-6].

Ecco che non sarà particolarmente complesso trovare un posto di degenza per un alcolista che deve successivamente accedere ad un trattamento residenziale, ma la complessità può crescere notevolmente nel caso di un etilista con analogo programma riabilitativo, ma contemporaneamente in trattamento metadonico di mantenimento, pur se stabilizzato nell'assunzione di sostanze illecite [7].

* UO Medicina delle Dipendenze, Policlinico G.B. Rossi, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona.

** UO Medicina delle Dipendenze, dottorando/contrattista.

*** Consulente, Fondatore ed ex-responsabile UO MDD, Policlinico G.B. Rossi, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona.

Per questi motivi è nata l'unità di degenza di Medicina delle Dipendenze.

Breve storia dell'unità

La storia del Servizio è antica.

Si perde nella notte dei primi anni '70 quando l'eroina arrivò a Verona e, dapprima sporadicamente, poi sempre con maggior frequenza, i tossicodipendenti (TD) cominciarono a chiedere il ricovero, nelle Medicine (allora erano la Patologia Medica e la Clinica Medica) del Policlinico.

Erano in astinenza o con problemi "internistici", in primis l'epatite B, oppure epatite non A, non B; l'AIDS era ancora di là da venire.

Uscivano in USA i primi lavori sull'utilità della Clonidina (Catapresan) nella sindrome d'astinenza, si cominciava a maneggiare le BDZ, ma in questi pazienti l'autodimissione da "craving" insostenibile era molto frequente.

Lo scompiglio nei reparti era temuto ed invisibile da personale sanitario e pazienti.

Col tempo venivano affinate le tecniche di detossificazione, sempre allora su pazienti eroinomani, raramente qualche alcolista.

Soprattutto si prendeva coscienza che, da un lato, la detossificazione era sì importante ma rappresentava solo una tessera di un complesso mosaico, tutto da organizzare.

Era il periodo dei primi servizi per le tossicodipendenze, dove i colleghi cominciarono a distribuire il Metadone (nel Veneto la dose massima consentita era di 40 mg e per non più di 4 mesi!). Importante fu la creazione del GICS (Gruppo Intersert di Collaborazione Scientifica, innovativo gruppo di lavoro tra ospedale, università e servizi territoriali) che si riuniva bimensilmente, in Patologia Medica, coi parecchi medici dei Ser.T. del Veneto e delle regioni limitrofe; nacque così una collaborazione fattiva che portò, per esempio, ad una campagna vaccinale contro l'epatite B senza precedenti in questa popolazione [8].

I risultati raggiunti da quella collaborazione sono ancora di riferimento internazionale a quasi 20 anni di distanza [9].

Si cominciava a riflettere sulle migliori strategie, praticate poi dai nascenti Ser.T., da mettere in atto una volta praticata la detossificazione, sui nuovi agonisti o antagonisti, sulla carenza a livello di preparazione medica e infermieristica, sulle nuove dipendenze, sulla nuova tipologia di TD: da "capellone" emarginato a soggetto integrato.

Cominciò nei primi anni '90 un lavoro certosino di sensibilizzazione dei vertici aziendali sulle pressanti problematiche inerenti al trattamento del TD in Ospedale.

Si prospettò la necessità di uno staff di medici e paramedici preparati per tale polimorfia e grave patologia.

Insomma: non più improvvisazione ma creazione di una *équipe* aggiornata scientificamente ed in grado di occuparsi con mezzi, personale, spazi e letti del problema Dipendenza.

Fu arduo e faticoso cercare di spiegare l'urgenza e la pertinenza del problema.

All'inizio più di un Direttore o Primario opposero un deciso "niet" alla possibilità che si creasse un tale servizio (immagina-moci poi se con posti letto!) in un Policlinico universitario.

La carta vincente nelle estenuanti trattative coi vertici aziendali fu la dimostrazione che la creazione di un Servizio di "Medicina delle Dipendenze" non rappresentava una sorta di doppiopione dei Ser.T. ma era un qualcosa di assolutamente innovativo in area clinica, didattica e della ricerca nel campo delle Dipen-

denze Patologiche: una vera e propria malattia e non una colpa da espiare.

L'Azienda fu convinta che l'attrazione per i ricoveri extra regione sarebbe stata vincente, come in effetti si verificò, e fu favorevolmente colpita dal successo sempre maggiore dei Congressi nazionali di Medicina nelle Dipendenze organizzati dal GICS.

Anche l'attenzione del Servizio al problema *Tabagismo* in anni critici e di profondi cambiamenti di costume tabagico si dimostrò vincente.

Il 22 dicembre 1999 la Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera deliberò l'attivazione del Servizio.

Naturalmente fu un passo fondamentale ma il bello doveva ancora venire: dove lo si collocava un Servizio che non aveva alcun altro riscontro in campo nazionale?

Dove si recuperavano gli spazi per un reparto di degenza in tempi caratterizzati da tagli e chiusure di reparti ed interi ospedali?

Per 5 anni la Medicina Interna C diretta dal Prof. Alessandro Lechi ci offrì generosamente una cameretta a due letti dedicata elettivamente a pazienti con dipendenze.

La diffidenza nei confronti del gruppo cominciò ad affievolirsi vedendo come fosse radicalmente diverso curare un TD motivato rispetto ad uno accolto dal Pronto Soccorso per patologie concomitanti.

Nel gennaio del 2005 fu inaugurato l'attuale funzionale reparto, attiguo alle Malattie Infettive, nel nuovo Edificio Sud del Policlinico.

Selezione dei pazienti

Un'alta varietà di sostanze, sia lecite che illecite, in situazioni diversissime dal punto di vista personale, sociale e sanitario, rendono la selezione dei pazienti un punto cruciale ed altamente complesso.

Oppioidi. La richiesta di disintossicazione da eroina è frequente e viene sia dai soggetti assuntori che dai loro congiunti in egual misura, con provenienza dall'intero territorio nazionale.

Sono spesso ragazzi giovani che preferiscono evitare il contatto con il Ser.D. di riferimento per un malinteso bisogno di riservatezza per precedenti o riferite esperienze negative.

Altre volte sono pazienti in carico a Ser.D. dove assumono trattamenti sostitutivi ritenuti inefficaci da loro o dai loro congiunti. In tutti questi casi, salvo rare eccezioni, l'intervento si ferma all'invito a recarsi al Ser.D. di riferimento o a far filtrare qualsiasi richiesta specifica dal Ser.D. dove sono in trattamento sostitutivo, ritenendo che la realtà dei Ser.D. italiani, pur con tutte le differenze che li caratterizzano, rappresenti una valida ed invidiata (a livello internazionale) realtà di solito in grado di curare o di lenire il pesante impatto che l'uso di eroina comporta sull'individuo ed il suo ambito familiare [10,11].

In alcuni casi la richiesta di detossificazione da eroina viene richiesta per poter accedere ad un trattamento residenziale ed in questo caso viene accolta se la motivazione pare fondata ed il programma credibile.

Per la peculiare strutturazione del reparto, 4 stanze di degenza a letti singoli, e non trattandosi di struttura chiusa come potrebbe esserlo un reparto psichiatrico di diagnosi e cura, nei pazienti (pz.) ad alto *craving* (e solo in questi) è richiesta assistenza continua da parte di un familiare, persona di fiducia o volontario, anche a rotazione.

Questa persona dispone di un letto a fianco del pz. e condivide con lui il bagno, presente in ogni stanza; ha inoltre libero acces-

so, come pure i pz., ad un ampio soggiorno con terrazza, dove è possibile intrattenersi con gli altri degenti, usare la *cyclette*, tenere e scaldare vivande ecc.

Diversa è l'attenzione che viene rivolta alle richieste di trattamento della dipendenza da metadone (MTD) o buprenorfina (BUP).

Anche se l'uscita da un trattamento sostitutivo deve sempre essere valutata con estrema cautela e richiede una buona abilità diagnostica [12] oltre ad un'ottima conoscenza del pz., sono molte le cause che spingono un soggetto astinente da tempo a chiedere di concludere un programma di terapia sostitutiva e vanno cercate nell'alto grado di integrazione sociale che spesso tali pz. hanno sviluppato [13,14]; le recenti disposizioni in materia di controlli tossicologici in ambito lavorativo stanno già facendo aumentare la domanda di uscita assistita dalle terapie sostitutive. D'altra parte, nonostante la poderosa mole di lavori sui trattamenti di mantenimento che hanno fatto del MTD una delle sostanze più studiate, non è ancora chiara la durata ottimale del trattamento [15]. Molti Ser.D. non hanno difficoltà a gestire in proprio la sospensione della terapia sostitutiva anche se, di recente, è stato segnalato che il 31% dei medici dei Ser.D. italiani ritiene molto problematica la diversione da BUP, unanimemente ritenuta più leggera rispetto a quella da MTD [16].

In caso di richiesta di detossificazione da MTD o BUP vengono considerate valide per un eventuale visita di valutazione solo i pz. presentati dal proprio Ser.D. che siano astinenti in modo continuativo, certificato, dall'uso di sostanze illecite da almeno 6 mesi e che non assumano più di 20 mg di MTD o di 2 mg di BUP.

L'intervento, in questi casi, prevede un'azione mirante al sollievo dalla sintomatologia astinenziale in pz. con *craving* assente e privi di patologia psichiatrica maggiore, con l'obiettivo di proseguire presso il Ser.D. di invio un programma *drug-free*. In alcuni casi viene richiesto dai Ser.D. uno *shift* da alte dosi di MTD a BUP per l'accesso a strutture residenziali che prevedono questa indicazione.

Sono accettate anche richieste, di provenienza da Ser.D. o Comunità di Pronta Accoglienza (altrimenti dette Unità di Crisi), di detossificazione da più sostanze e spesso in situazioni di grave comorbilità fisica e/o mentale, dove l'intervento di inserimento residenziale non sia procrastinabile o di complessità tale da essere stato rifiutato dagli ospedali del territorio (tali richieste vengono da ogni parte d'Italia), oppure (nel caso delle strutture residenziali) dove la gestione della terapia sostitutiva in *decalage* stia compromettendo l'iter riabilitativo [7].

I tempi d'attesa saranno variabili in relazione all'urgenza: entro 10-20 gg. nei casi a più alta gravità, entro 20-40 gg. nei casi di sospensione della terapia sostitutiva (MTD e BUP) non complicati.

Diversa ancora è la risposta ai casi, sempre più frequenti, di dipendenza iatrogena da farmaci ad azione oppioide.

In questi casi viene considerata valida la richiesta del paziente e del suo medico curante.

Il trattamento può essere programmato senza specifici interventi di prevenzione della ricaduta anche se in alcuni casi è stato concordato un periodo di assestamento in naltrexone, gestito dal medico di medicina generale (MMG) [17].

I ricoveri per oppioidi hanno una durata massima di 10 gg. e prevedono l'impiego di sintomatici somministrati contemporaneamente a piccole dosi crescenti di naltrexone secondo Kleber *et al.* [18,19], allo scopo di contenere i tempi di degenza; tale schema terapeutico viene sempre personalizzato pur essendo generalmente ben tollerato.

Cocaina e stimolanti. Tratteremo insieme gli stimolanti anche se le richieste per cocaina sono di gran lunga più frequenti.

L'uso ed abuso di cocaina (COC) è cresciuto a dismisura negli ultimi anni in Europa ed in particolar modo in Italia [20,21].

Questa vera e propria epidemia ha trovato impreparati i servizi, storicamente attrezzati a contrastare il fenomeno dell'eroina.

Ma se gli operatori dei Ser.D. si ritengono, nella maggior parte dei casi, carenti per gli strumenti terapeutici, anche i cocainomani considerano con riluttanza la possibilità di rivolgersi ad un Ser.D.; va osservato che, negli ultimi anni, si è notato un sensibile e costante aumento di pz. inviati dai Ser.D., segno di una più articolata risposta a livello territoriale [22].

Il problema della dipendenza da stimolanti deve essere inquadrato soprattutto nella prevenzione della ricaduta piuttosto che nel trattamento della crisi d'astinenza, in quanto la sospensione brusca degli stimolanti non causa un'apprezzabile crisi astinenziale; ciò nondimeno nei casi di uso quotidiano e di alte dosi di COC un ricovero può essere utile per smorzare il *craving* del pz. in un ambiente povero di stimoli associati alla sostanza, tranquillo e motivante.

Può essere rilevante il trattamento dell'astinenza alcolica associata, spesso presente in questi pazienti.

Spesso durante il ricovero viene iniziata terapia con disulfiram ed eseguita prova di reazione all'assunzione di alcol, essendo il farmaco uno dei trattamenti più promettenti per il cocainismo [23]. Il ricovero viene proposto solo nei casi di assunzione più grave e sempre previo accordo con una struttura residenziale breve cui accedere direttamente dopo il ricovero.

Tale protocollo, gestito preferenzialmente con la struttura residenziale breve di Villa Soranzo (VE), è solitamente ben accettato dai pz. e gravato da bassi tassi di drop-out anche a lunga distanza [24].

Il ricovero per COC dura generalmente 7 gg.

Benzodiazepine (BZD). La dipendenza da BZD è un fenomeno diffuso e sostanzialmente trascurato pur essendo la crisi d'astinenza potenzialmente grave e pericolosa [25,26].

È noto che un uso moderato ma costante di ansiolitici e/o ipnotici coinvolge una parte significativa della popolazione (2-7,4%), soprattutto femminile e con la tendenza ad aumentare con l'età [27]; meno noti sono i dati sull'uso di forti dosi di BZD, oltre cioè i dosaggi massimi consentiti.

Dati di letteratura riportano che tale fenomeno riguarda lo 0,16-0,2% della popolazione svizzera e tedesca, rispettivamente, ma sale drammaticamente tra il 61 ed il 94% tra i dipendenti da oppioidi [28].

I tradizionali programmi di *decalage* perdono generalmente di efficacia passando dal trattamento da uso cronico di dosi terapeutiche alle forti dosi di BZD che, per il meccanismo di tolleranza e la relativa mancanza di effetti collaterali di questi farmaci, possono arrivare a livelli francamente impressionanti [29]. Da alcuni anni MDD, attualmente unica struttura in Italia, applica il trattamento con flumazenil (FLU) in infusione lenta, come proposto da Gerra *et al.* nei casi di abuso cronico di alte dosi di BZD [30].

Il trattamento permette di sospendere completamente in tempi rapidissimi (5-7 gg) dosi altissime di BZD (400 mg. diazepam-equivalenti, la dose mediana giornaliera d'abuso dei nostri pz.) in modo ben tollerato e con scarsi effetti collaterali [29-31].

Il FLU agisce come agonista parziale e determina un *reset* dei recettori per le BZD che risultano, alla fine del trattamento, praticamente normalizzati.

Il trattamento con FLU si applica anche ai soggetti poliabusatori, con disturbo *border-line* di personalità o con doppia diagnosi [31]; in questi casi vengono privilegiati i casi con programmi validi di post-ricovero.

Il trattamento prevede una preparazione preventiva con dosi adeguate di valproato, per prevenire il rischio convulsivo [32].

La metodica si applica efficacemente anche a pazienti in trattamento metadonico di mantenimento, situazione in cui spesso si associa una dipendenza da BZD [33].

Anche per dosi particolarmente alte di BZD raramente vengono superati i 12 gg di degenza.

Alcol. Richieste sempre più pressanti e numerose hanno incluso il trattamento della dipendenza alcolica, inizialmente non previsto, tra le offerte di MDD.

Il ricovero viene proposto a quei soggetti con grave dipendenza (non in carico ad altre strutture alcolologiche) disponibili ad intraprendere un iter riabilitativo territoriale o residenziale.

L'invio avviene in alcuni casi da strutture alcolologiche quando le condizioni dei pz. sono particolarmente gravi o per il contemporaneo abuso di BZD.

In quest'ultimo caso si provvede in genere a coprire il pz. con dosi molto elevate di diazepam in infusione continua per una settimana per passare, repentinamente, ad un'infusione lenta di FLU per altri 7 gg., permettendo così una dimissione priva di BZD.

La stessa procedura può essere applicata a quei casi in cui la dipendenza alcolica coesiste con la dipendenza da oppioidi e vi sia la necessità di una completa detossificazione, solitamente per accedere a strutture residenziali: all'iniziale, necessario uso di alte dosi di BZD (100-200 mg di diazepam/die in infusione continua) in associazione con sintomatici, si fa seguire una brusca sospensione delle BZD e contemporanea infusione lenta di FLU.

Dove non sussistano particolari complicazioni mediche il ricovero dura dai 7 ai 10 gg.

MDD ha inoltre impiegato con successo, in casi molto selezionati, l'impianto sottocutaneo di disulfiram, della durata d'azione di 6 mesi.

Poliabuso. Le situazioni di poliabuso non sono un fenomeno nuovo anche se solo in tempi recenti si è data la dovuta attenzione al fenomeno sia in termini diagnostici che terapeutici.

Il poliabuso rappresenta un problema non trascurabile nel momento che si prospetti un ingresso in una struttura residenziale o semiresidenziale [7].

Il rischio di una mancato accoglimento del paziente nelle strutture per la complessità dell'abuso o, in caso di strutture con regole di ammissione meno rigide, di rapida auto dimissione sono elevate e sarebbe un errore imputare il tutto alle droghe illecite; spesso l'auto dimissione avviene per *craving* alcolico o da benzodiazepine, altre volte è addirittura legato a norme troppo rigide sul fumo di sigaretta, specialmente quando è in atto una complessa terapia psicofarmacologica [34-38].

Il ricovero, in questi casi, è un momento per dare la giusta rilevanza ad ogni sostanza abusata, affrontando in uno specifico iter terapeutico le diverse sostanze cercando di coinvolgere il paziente, spesso paradossalmente inconscio dei propri meccanismi astinenziali, nel processo curativo.

Anche nei casi più complessi raramente la degenza dura più di due settimane, in un alternarsi di sostanze ad azione agonista ed antagonista con chiari schemi farmacologici sempre personalizzati e condivisi col paziente.

I casi di auto dimissione dal reparto sono mediamente inferiori ad 1 pz. all'anno.

Nicotina. Il fumo di sigaretta rappresenta la prima causa evitabile di morte nel mondo industrializzato [39].

Eppure il tabagismo, nel mondo medico, non è affrontato e curato con l'efficacia che meriterebbe. Smettere di fumare è un processo che può risultare piuttosto semplice per molti ma può essere estremamente arduo per altri e spesso questi ultimi sono anche quelli che fumano di più e che necessitano maggiormente di smettere.

Gli aspetti volontaristici, relativi in una dipendenza come il tabagismo, vengono purtroppo eccessivamente enfatizzati dai medici a scapito della ricerca sistematica di ogni possibile terapia atta a raggiungere la cessazione del fumo.

In questa prospettiva anche lo strumento del ricovero, finalizzato allo smettere di fumare, deve essere considerato (in casi particolari e come soluzione estrema) come una possibile opzione. Sull'esempio della *Nicotine Addiction Unit* della Mayo Clinic (Rochester, USA) MDD, unica struttura pubblica in Italia, propone il ricovero per casi di tabagismo estremo [40-42].

L'idea di ricoverare i fumatori estremi (FE) nasce dall'osservazione che molti forti fumatori, quelli che di solito si ammalano più frequentemente di patologie fumo-correlate, non riescono a smettere del tutto di fumare nei vari tentativi di cessazione con supporto individuale o di gruppo.

Le opzioni terapeutiche sono ancor oggi limitate ed in genere i FE hanno già provato le varie opzioni terapeutiche sviluppando un atteggiamento di sfiducia e scoraggiamento, avendo spesso l'impressione di aver finito ogni terapia disponibile.

Vengono accettati solo quei pz. che mostrino disponibilità ad essere seguiti a livello territoriale nel post-ricovero.

L'esperienza finora è stata molto incoraggiante. Il ricovero per tabagismo dura 4-5 gg.

Attività didattica e di ricerca. Pur disponendo di limitate risorse umane MDD è sempre stata fermamente convinta che se l'*Addiction* non viene considerata come dovrebbe una normale malattia mentale ciò si deve ad una mancanza di formazione universitaria.

A tal proposito vengono tenuti da anni corsi elettivi specifici per gli studenti di Medicina, Odontoiatria, lezioni di approfondimento per studenti in Scienze Infermieristiche e per specializzandi in Medicina Interna, Psichiatria e Medicina di Base.

L'esperienza che riteniamo più valida è iniziata recentemente, in seguito al riordino delle scuole di specializzazione post-laurea. Nel cosiddetto "Tronco Comune di Formazione" gli specializzandi in Psichiatria hanno la possibilità di frequentare quotidianamente per 2 mesi il reparto di MDD, seguire i ricoverati, l'attività ambulatoriale e, soprattutto, assistere alle consulenze specialistiche presso i reparti del Policlinico e dell'Ospedale Maggiore, riguardanti generalmente casi ad alta complessità.

L'iter formativo prevede anche una breve esperienza presso un Ser.D. ed una visita ad una comunità residenziale.

Fortemente convinti che la ricerca scientifica debba ricevere il contributo anche da parte di chi svolge un'intensa attività clinica MDD ha mantenuto una significativa produzione scientifica.

Conclusioni

La necessità di una detossificazione da sostanze è un'evenienza a volte necessaria nel complesso iter di affrancamento dalla dipendenza.

Un ricovero in ambiente specialistico rassicura il pz., generalmente molto intimorito nell'affrontare la disintossicazione, permette di risolvere situazioni di poliabuso di complessità improponibile generalmente a reparti di medicina generale.

Le probabilità di successo nel lungo termine sono sensibilmente maggiori se l'intervento viene concordato con i terapeuti o le strutture che hanno in carico il pz.

Le sostanze associate a più alto craving sono da legare sempre a programmi specifici di prevenzione della ricaduta.

La selezione pre ricovero è un fattore centrale; la detossificazione è per pochi e va attuata nel momento migliore per il pz.

Il programma successivo alla detossificazione è un secondo punto decisivo, va definito a priori nei dettagli, tenendo presente che ogni detossificazione comporta rischi, non tanto legati alla procedura in sé, quanto alla possibilità di ricaduta.

La valutazione dei pz. nella fase pre-ricovero è senza dubbio facilitata dalla lunga esperienza maturata nei Ser.T. da parte degli operatori strutturati più anziani.

Bibliografia

1. Marlatt G.A., Barrett K., "Prevenzione delle ricadute", in Galanter M., Kleber H.D. (eds.), *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Masson, Milano, 1998: 314-28.
2. Amato L., Davoli M., Perucci C.A., Ferri M., Faggiano F., Mattick R.P., "An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research", *J Subst Abuse Treat*, 28:321-9, 2005.
3. Ahern J, Stuber J, Galea S. "Stigma, discrimination and the health of illicit drug users", *Drug Alcohol Depend*, 88:188-96. Epub 2006 Nov 21.
4. Quaglio G., Fornasiero A., Mezzelani P., Moreschini S., Lugoboni F., Lechi A. "Anabolic steroids: dependence and complications of chronic use", *Intern Emerg Med*, 4:289-96, 2009.
5. Tylee A., Walters P., "Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done?", *J Clin Psychiatry*, 68:27-30, 2007.
6. Balestrieri M., Carta M.G., Leonetti S., Sebastiani G., Starace F., Bellantuono C., "Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39:171-6, 2004.
7. Silins E., Sannibale C., Larney S., Wodak A., Mattick R., "Residential detoxification: essential for marginalised, severely alcohol- and drug-dependent individuals", *Drug Alcohol Rev*, 27:414-9, 2008.
8. Quaglio G.L., Talamini G., Lugoboni F., Lechi A., Venturini L., GICS, Des Jarlais D.C., Mezzelani P., "Compliance with hepatitis B vaccination in 1175 heroin users and risk factors associated with lack of vaccine response", *Addiction*, 97:985-92, 2002.
9. Baral S., Sherman S.G., Millson P., Beyer C., "Vaccine immunogenicity in injecting drug users: a systematic review", *Lancet Infect Dis*, 7:667-674, 2007.
10. Smyth B.P., Barry J., Keenan E., Ducray K., "Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence", *Ir Med J*, 103:176-9, 2010.
11. Amodio M., Lundgren L., Chassler D., Witas J., "High-frequency users of detoxification: who are they?", *Subst Use Misuse*, 43:839-49, 2008.
12. Lovaste R., Colasante E., Pitino A., Gori M., "Valutazione dell'efficacia dei trattamenti metadonici effettuati nei Ser.D. della Provincia Autonoma di Trento", *Mission*, 29:53-9, 2010.
13. Quaglio G.L., Lugoboni F., Pajusco B., Fornasiero A., Lechi A., Mezzelani P., Pattaro C., Des Jarlais D.C., GICS, "Heterosexual relationships among heroin users in Italy", *Drug Alcohol Dependence*, 75:207-13, 2004.
14. Quaglio G.L., Lugoboni F., Pattaro C., Investigators G., Montanari L., Mezzelani P., Lechi A., Des Jarlais D.C., "Patients in long-term maintenance therapy for drug use in Italy: analysis of some parameters of social integration and serological status for infectious diseases in a cohort of 1091 patients", *BMC Public Health*, 6:216, 2006.
15. Kleber H.D., "Pharmacologic treatments for opioid dependence: detoxification and maintenance options", *Dialogues Clin Neurosci*, 9:455-70, 2007.
16. Quaglio G.L., Pattaro C., Gerra G., Mezzelani P., Montanari L., Des Jarlais D.C., Lugoboni F., "Buprenorphine in maintenance treatment: experience among Italian physician in drug addiction centers", *Am J Addiction*, 19:222-30, 2010.
17. Gardner T.J., Kosten T.R., "Therapeutic options and challenges for substances of abuse", *Dialogues Clin Neurosci*, 9:431-45, 2009.
18. Kosten T.R., Krystal J.H., Charney D.S., Price L.H., Morgan C.H., Kleber H.D. "Rapid detoxification from opioid dependence", *Am J Psychiatry*, 146:1349, 1989.
19. Mannelli P., Patkar A.A., Peindl K., Gottheil E., Wu L.T., Gorelick D.A., "Early outcomes following low dose naltrexone enhancement of opioid detoxification", *Am J Addict*, 18:109-16, 2009.
20. Quaglio G.L., Lugoboni F., Pajusco B., Fornasiero A., Mezzelani P., Lechi A., "Clinical manifestations of cocaine abuse", *Ann Ital Med Int*, 19:291-301, 2004.
21. van Nuijs A.L., Castiglioni S., Tarcomnicu I., Postigo C., de Alda M.L., Neels H., Zuccato E., Barcelo D., Covaci A., "Illicit drug consumption estimations derived from wastewater analysis: A critical review", *Sci Total Environ*, 2010 Jun 18. [Epub ahead of print]
22. Cinquegrana A., Bussola T., "Terapia della dipendenza da cocaina: approcci differenti per differenti pazienti", *Mission*, 26:63-5, 2008.
23. Gossop M., Carroll K.M., "Disulfiram, cocaine and alcohol: two outcomes for the price of one?", *Alcohol Alcohol*, 41:119-20, 2006.
24. 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.
25. Ashton H., "The diagnosis and management of benzodiazepine dependence", *Curr Opin Psychiatry*, 18:19-28, 2005.
26. Chouinard G., "Issues in the clinical use of benzodiazepines: potency, withdrawal, and rebound", *J Clin Psychiatry*, 65:7-12, 2004.
27. Fang S.Y., Chen C.Y., Chang I.S., Wu E.C., Chang C.M., Lin K.M., "Predictors of the incidence and discontinuation of long-term use of benzodiazepines: a population-based study", *Drug Alcohol Depend*, 104:140-6, 2009.
28. Liebrez M., Boesch L., Stohler R., Catfish C., "Agonist substitution: a treatment alternative for high-dose benzodiazepine-dependent patients", *Addiction*, 2010 Apr 27, [Epub ahead of print].
29. Quaglio G.L., Lugoboni F., Fornasiero A., Lechi A., Gerra G., Mezzelani P. "Dependence on zolpidem: two case reports of detoxification with flumazenil infusion", *Int Clin Psychopharmacol*, 20:285-7, 2005.
30. Gerra G., Zaimovich A., Giusti F., Moi G., Brewer C., "Intravenous flumazenil versus oxazepam tapering in the treatment of benzodiazepine withdrawal: a randomized, placebo-controlled study", *Addict Biol*, 7:385-95, 2002.
31. Hood S., O'Neil G., Hulse G., "The role of flumazenil in the treatment of benzodiazepine dependence: physiological and psychological profiles", *J Psychopharmacol*, 23: 401-9, 2009.
32. Lugoboni F., Faccini M., Quaglio G.L., Albiero A., Casari R., Pajusco B., "Intravenous flumazenil infusion to treat benzodiazepine dependence should be performed in inpatient clinical setting for high risk of seizure", *J Psychopharmacol*. In press.
33. Brands B., Blake J., Marsh D.C., Sproule B., Jeyapalan R., Li S., "The impact of benzodiazepine use on methadone maintenance treatment outcomes", *J Addict Dis*, 27:37-48, 2008.
34. O'Brien C., "Benzodiazepine use, abuse, and dependence", *J Clin Psychiatry*, 66:28-33, 2005.
35. Nutt D., King L.A., Saulsbury W., Blakemore C., "Development of a rationale scale to assess the harm of drugs of potential misuse", *Lancet*, 369:1047-53, 2007.
36. Addolorato G., Abenavoli L., Leggio L., Gasbarrini G., "How many cravings? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review", *Neurophysiology*, 51, 59:66, 2005.

37. Rotheram-Fuller E., Shoptaw S., Berman S.M., London E.D., "Impaired performance in a test of decision-making by opiate-dependent tobacco smokers", *Drug Alcohol Depend*, 73:79-86, 2004.
38. Lugoboni F., Quaglio G.L., Pajusco B., Mezzelani P., Lechi A., "Association between depressive mood and cigarette smoking in a large Italian sample of smokers intending to quit: implications for treatment", *Intern Emerg Med*, 2:196-201, 2007.
39. Lugoboni F., Quaglio G.L., Pajusco B., Sarti M., Mezzelani P., Lechi A., "Curare il tabagismo: un obiettivo di salute prioritario", *Ann Ital Med Int*, 28:73-82, 2003.
40. Hays J.T., Wolter T.D., Eberman K.M., Croghan I.T., Offord K.P., Hurt R.D., "Residential (inpatient) treatment compared with outpatient treatment for nicotine dependence", *Mayo Clin Proc*, 76:124-33, 2001.
41. Nardini S., "Un ricovero in ospedale per smettere di fumare; intervista con il dr. Fabio Lugoboni, dell'Azienda Ospedaliera di Verona", *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 3:114-16, 2007.
42. Lugoboni F., Quaglio G.L., "Il ricovero elettivo per smettere di fumare. Presentazione della letteratura", *Tabaccologia*, 3:32-35, 2008.

NOTIZIE IN BREVE

Hearing "DRUG, ADDICTIONS and DRUG TRAFFICKING" a Bruxelles

L'8 dicembre si è tenuto al Parlamento Europeo a Bruxelles un seminario /audizione sui temi della Dipendenza.

Evento di grande rilievo, anche in vista della nuova programmazione pluriennale europea, promosso dal gruppo del PPE.

Oltre 100 i partecipanti tra deputati europei, alti dirigenti del parlamento, tecnici di settore e giornalisti.

Quindici le nazioni rappresentate.

Animatore della iniziativa l'on. Salvatore Iacolino, vice presidente della commissione libertà civili, giustizia e affari interni del Parlamento europeo.

Hanno relazionato i direttori generali della dg giustizia, della dg sanità, della dg ricerca del parlamento europeo.

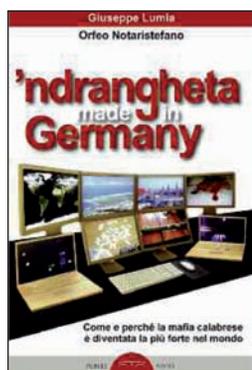
Di primo rilievo gli interventi di esperti di numerosi Paesi nel settore della giustizia, della repressione, dell'ambito universitario.

Alfio Lucchini, presidente della Federazione, ha relazionato sul tema "Public health aspects: new management models for a multidisciplinary approach to governance on addictions" presentando il modello di intervento italiano e prospettando linee di sviluppo per la programmazione europea.

La Federazione era rappresentata anche da Fausto D'Egidio, Giorgio Serio e Guido Faillace.

(Le diapositive dell'intervento sono disponibili sul sito www.federserd.it)

RECENSIONE



Giuseppe Lumia
Orfeo Notaristefano

'NDRANGHETA MADE IN GERMANY

Come e perché la mafia calabrese è diventata la più forte nel mondo

Il libro ripercorre i circuiti a doppio senso di circolazione tra la provincia di Reggio Calabria, la Loeride in particolare, e la grande Germania. È la storia della 'ndrangheta d'esportazione, di 'ndrine nate in Calabria ed emigrate in Germania e in altri Paesi europei, dove si sono radicate e infiltrate in settori vitali dell'economia. Non a caso, il sottotitolo è "Come e perché la mafia calabrese è diventata la più forte nel mondo".

Giuseppe Lumia, 50 anni, senatore, componente la Commissione Parlamentare Antimafia, e Orfeo Notaristefano, 59 anni, giornalista e scrittore, raccontano la caduta del muro di Berlino e quel che è successo da quella data, il 9 novembre 1989, in poi, fino ai nostri giorni. Un libro fortemente ancorato al contesto europeo, che spiega i costi impreveduti dell'unificazione tedesca e come la Germania dell'Est sia diventata terra di conquista delle 'ndrine calabresi. Fari puntati sulla strage di Duisburg del Ferragosto 2007, il libro di Lumia e Notaristefano racconta i viaggi 'ndranghetisti Calabria-Germania andata e ritorno, ma racconta anche come lo Jonio sia diventato quasi mare di Germania. Spiega poi che cosa è successo nella Loeride dopo il delitto Fortugno, facendo il punto sul proces-

so, con un contributo di Maria Grazia Laganà, la vedova di Fortugno, oggi parlamentare del PD. Un capitolo del libro si intitola: "San Luca, Locri, Reggio Calabria, Milano, Francoforte, Stoccarda, passando per Casal di Principe". Nulla è casuale. Lumia e Notaristefano analizzano poi le trasformazioni della 'ndrangheta dal 1992 agli anni 2000, il suo ingresso nel potere politico ed economico dell'Italia, "un vero e proprio impero del male", secondo gli autori. Sono poi descritte le nuove rotte della cocaina, fenomeno mondiale controllato e gestito dalla 'ndrangheta, mettendo in luce le azioni di contrasto della Direzione Nazionale Antimafia.

Il libro contiene tre tipi di risposte allo strapotere delle mafie: l'evoluzione della legislazione antimafia in Italia; l'azione della magistratura; i movimenti antimafie. La proposta politica contenuta nel libro è formulata nell'ultimo capitolo ed è rivolta al Parlamento Europeo perché adegui la propria legislazione antimafia prendendo a modello quella italiana, che è la più avanzata al mondo. "Lo scopo è - affermano gli autori - creare uno spazio giuridico europeo condiviso dagli Stati membri, che prenda a riferimento la Convenzione ONU, siglata a Palermo nel 2000".

In fondo al libro, l'elenco degli Stati che nel mondo hanno recepito quella Convenzione ONU, ancora da applicare. Il libro si chiude con quattro inquietanti cartine geografiche della Germania dove sono specificati i luoghi e i nomi delle 'ndrine presenti in Germania, nonché le altre presenze mafiose di cosa nostra, sacra corona unita, camorra e l'immane clan dei casalesi. "Dopo questo libro - dicono gli autori - nessuno può dire di non sapere. Siamo abituati a chiamare le cose con il loro nome e a fare nomi e cognomi dei boss mafiosi, 'ndranghetisti e camorristi, e così abbiamo fatto anche questa volta. Il libro sarà lo strumento per promuovere iniziative nei territori, non solo del Sud, ma anche del Centro-Nord del nostro Paese, Milano in particolare, dove la presenza 'ndranghetista è acclarata e dimostrata nel libro, toccando anche città emblematiche della Germania".

Le malattie metaboliche nei soggetti tossicodipendenti: la nostra esperienza

V. Carbone*, P. Caracciolo*, M.R. Ferretti*, F. Russo*, R. Pescicolo**, A. Iovine**, A. Limardi***, S. Del Tufo****

SUMMARY

■ *The metabolic syndrome describes a set of risk factors that increase the chance of developing heart disease, stroke and diabetes. It is diagnosed when three or more of the following risk factors: high amounts of abdominal fat, low HDL cholesterol (less than 40 mg/dl in men and less than 50 mg in women), elevated triglyceride levels (values above 150 mg/dl), elevated blood pressure, elevated blood glucose levels (> 100 mg/dl). The following work has been performed on a sample of drug users to determine if and how their lifestyle and the diseases related to it might influence the risk of developing these diseases.*

Methods: 202 patients over the years have attended Addition Service DSB33 ASL NAI CENTRO since 1992 were recruited for this study. All was sampled and blood parameters were assessed as blood glucose, insulin, cholesterol, triglycerides.

Results: The average age tested was 39 years (min 18 max 69). 88% of tested were male. 40.1% were HCV positive, a total of 197 tested, 5.79% of 190 tested HIV positive. The 16.83 had a blood glucose greater than 100, the 26.21% level of excessive insulin. 55% of the tests was the primary abuser of heroin, 20.1% cocaine, 15% of alcohol. 28.2% had an HDL cholesterol level lower than normal, the 34.65% higher level of triglycerides in the blood. About 75% of the test was being treated with methadone, 13.08% with Suboxone. By performing multiple logistic regression we were not found statistically significant correlations with the metabolic syndrome, neither HIV nor HCV or for use of substances or substitute for drug treatment.

Conclusions: This study highlights the lack of significant correlations between metabolic syndrome and drug abuse and also between metabolic syndrome and related disorders with drug dependence (HIV, HCV). We can therefore say that the lifestyle of our patients, although almost all substance abusers and drug substitution users probably does not influence the onset of these diseases. ■

Keywords: metabolic syndrome, HIV, HCV.

Parole chiave: sindrome metabolica, HIV, HCV.

Introduzione

La sindrome metabolica descrive un insieme di fattori di rischio che aumentano la possibilità di sviluppare malattie cardiache, ictus e diabete.

Viene diagnosticata quando sono presenti tre o più dei seguenti fattori di rischio: elevata quantità di tessuto adiposo addominale, basso livello di colesterolo HDL (meno di 40 mg/dl nell'uomo e meno di 50 mg nella donna), elevati livelli di trigliceridi (valori superiori a 150 mg/dl), elevati livelli di pressione arteriosa, elevati livelli di glicemia (>100 mg/dl).

La presenza di tre o più di questi fattori di rischio è un segno che l'organismo è resistente all'azione dell'insulina.

* Specialista ambulatoriale Ser.T. DSB33 ASL NAI CENTRO.

** Infermiere professionale Ser.T. DSB33 ASL NAI CENTRO.

*** Dirigente medico Ser.T. DSB33 ASL NAI CENTRO.

**** Responsabile Ser.T. DSB33 ASL NAI CENTRO.

Il riscontro di elevati valori di insulina nel sangue a fronte di valori normali di glicemia rappresenta un indice indiretto di tale condizione.

La sindrome metabolica è molto frequente nella popolazione e il rischio di sviluppare la sindrome cresce con l'aumentare dell'età. I soggetti affetti da sindrome metabolica hanno spesso cattive abitudini e comportamenti dannosi, quali cattive scelte alimentari, iperalimentazione, fumo, sedentarietà, stress, tanto è vero che nelle civiltà meno ricche, caratterizzate da alimentazione più semplice e maggiore attività fisica, questa malattia è pressoché sconosciuta.

Una sindrome metabolica aumenta la possibilità di infarti e ictus di circa tre volte e colpisce circa il 20-25% della popolazione generale.

Il fegato è l'organo maggiormente coinvolto nel metabolismo intermedio dei nutrienti assorbiti nel tratto gastrointestinale.

Alterazioni metaboliche su base tossica, dismetabolica, nutrizionale possono essere causa di steatosi epatica (accumulo di lipidi nell'epatocita).

La steatosi epatica non secondaria a farmaci, alcool o altre condizioni (NASH) è ritenuta l'espressione epatica della sindrome metabolica e può progredire verso la cirrosi e l'insufficienza epatica.

I pazienti dei Ser.T. per motivi facilmente intuibili hanno uno stile di vita certamente non moderato ed inoltre hanno patologie correlate, quali HCV, HIV, HBV che potrebbero in un certo senso favorire lo sviluppo di malattie metaboliche.

Il seguente lavoro è stato realizzato su un campione di soggetti tossicodipendenti, per verificare se e come il loro stile di vita e le patologie ad esso correlate possano influenzare il rischio di sviluppare tali malattie.

Sono riportati in letteratura studi, principalmente giapponesi, che dimostrano un'associazione tra virus HCV e DM2.

Materiale e metodi

202 pazienti che negli anni hanno frequentato il Ser.T. DSB33 ASL NA1 CENTRO a partire dal 1992 sono stati reclutati per questo studio.

A tutti è stato prelevato un campione di sangue e sono stati valutati parametri come glicemia, insulinemia, colesterolemia, trigliceridemia.

I dati, ottenuti dalle cartelle cliniche custodite presso il Ser.T. DSB33 ASL NA1 Centro, sono stati analizzati mediante il programma Stata ed è stata effettuata una regressione logistica multipla.

La selezione delle cartelle cliniche è stata effettuata random tra tutti quelli che hanno frequentato il Ser.T. nell'anno 2009.

Risultati

Sono stati esaminati 202 pazienti.

L'età media dei testati era di 39 anni (min 18 max 69).

L'88% erano maschi. Il 40,1% erano HCV positivi, su un totale di 197 testati, il 5,79% HIV positivi su 190 testati.

Il 16,83 aveva una glicemia superiore a 100, il 26,21 % un eccessivo livello di insulinemia.

Il 55% dei testati era abusatore primario di eroina, il 20,1% di cocaina, il 15% di sostanze alcoliche. Il 28,2% aveva un livello di colesterolo HDL più basso rispetto alla norma, il 34,65% un più elevato livello di trigliceridi nel sangue.

Circa il 75% dei testati era in trattamento con metadone cl, il 13,08% con suboxone.

Effettuando la regressione logistica multipla si è evidenziata una correlazione positiva tra iperinsulinemia e ipertrigliceridemia, iperglicemia, basso livello di colesterolo HDL, e sesso femminile.

Si è osservata inoltre correlazione positiva tra positività al test HIV e assunzione di farmaci sostitutivi (metadone cl, suboxone, alcover).

Non sono state trovate correlazioni statisticamente significative con la sindrome metabolica, al contrario, né per HIV, né per HCV, né per utilizzo di sostanze, né per trattamento con farmaci sostitutivi.

Discussione

I dati in nostro possesso evidenziano una positività per HIV e HCV più bassa rispetto sulla media nazionale (12% HIV positivi e 60% HCV positivi nel 2006).

Abbiamo riscontrato una alta adesione dei nostri pazienti ai test HIV e HCV (più del 90%), contrariamente alla tendenza nazionale riportata nel Rapporto al Parlamento per l'anno 2008. Inoltre si evidenzia la mancanza di correlazioni significative tra sindrome metabolica e abuso di sostanze stupefacenti e anche tra sindrome metabolica e patologie correlate con la tossicodipendenza (HIV, HCV), contrariamente a quanto affermato negli studi giapponesi da noi presi in considerazione.

Possiamo dunque affermare che lo stile di vita dei nostri pazienti, sebbene quasi tutti abusatori di sostanze stupefacenti e in trattamento con farmaci sostitutivi probabilmente non influenza l'insorgenza di tali malattie.

Molto probabilmente dunque essi attuano gli stessi meccanismi di protezione di tutta la popolazione nei confronti dei fattori di rischio di tali malattie.

Bibliografia

Donadio F., Masserini B., Benetti E., Orsi E., Beck-Peccoz P., *La sindrome metabolica* (Rassegna), Università degli studi di Milano U.O. Endocrinologia e diabetologia.

Simone L., *Coinvolgimento epatico nella sindrome metabolica*, Ferrara 6 febbraio 2010

Masotti G., *Iperensione arteriosa e sindrome metabolica*.

Pasquali R., *La sindrome metabolica*, U.O. Endocrinologia Policlinico S. Orsola-Malpighi Bologna.

Picciotto A., *Diagnosi e terapia delle epatiti. Il fegato nella sindrome metabolica*, Dipartimento Medicina Interna Università di Genova.

Rapporto sullo stato delle Tossicodipendenze - anno 2008, Presidenza Consiglio Ministri - 2009.

Hironobu M., Konji M. et al., "Involvement of the PA28^o-Dependent pathway in Insulin Resistance induced by Hepatitis C virus core protein", *Journal of Virology*, feb 2007: 1727-35.

Takumi K., Takafumi Y. et al., "Hepatitis C virus down-regulates Insulin receptor Substrates 1 and 2 through up-regulation of Suppressor of Cytokine signaling 3", *Am Journal of Patology*, vol. 165, n. 5, 5 November 2004.

NOTIZIE IN BREVE

Il 5 per mille ad ALT Onlus

Associazione per la formazione e la ricerca nel settore del disagio giovanile, delle dipendenze patologiche e dell'abuso da sostanze. Fondata nel 1991, ONLUS dal 1998

Sede Legale: Via Giotto n. 3, 20144, Milano

Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni.

Basta inserire nell'apposito spazio il codice fiscale e firmare

Codice fiscale 97103240152

Oltre la doppia diagnosi: la gestione del paziente multiproblematico nel Servizio per le Tossicodipendenze. Case management e lavoro di rete in un caso clinico

Ludovico Verde*, Ersilia Moccia**, Miriana Riccio***, Viviana Ruggiero****, Marina Siconolfi*****, Fabrizio Starace*****

SUMMARY

■ *This project aims at describing the network during the direction of a clinical case that can be defined multiproblematic rising from the social and sanitary intersecation in a person. The concomitance of these characteristics define a pathologic condition in a broad sense the beyond usual category of comorbidity. Only thanks to the integration of sanitary and social agent and the involved services it's possible to give a global answer to above mentioned complex situation and their emergency needs.* ■

Keywords: *multiproblematic, comorbidity, case management, new poverty.*

Parole chiave: *multiproblematico, doppia diagnosi, case management, nuove povertà.*

Il lavoro nel Ser.T. (Servizio Tossicodipendenze) è normalmente caratterizzato da una serie di difficoltà per l'operatore che ne rendono particolarmente complesso l'intervento, in particolare in ordine alla:

- cronicità;
- frequenza delle recidive;
- concomitanza di altre patologie;
- scarsità delle risorse personali e ambientali;
- discontinuità.

In più, i Servizi, con il passare degli anni hanno visto la loro popolazione aumentare, invecchiare e differenziarsi in maniera sempre più estesa, con l'affacciarsi sulla scena del Servizio di problematiche in precedenza marginali o sconosciute, come la sieropositività per HIV, l'immigrazione (è chiaro che non si considera la condizione di immigrato come una patologia, bensì, quando connotata dalla dimensione dell'irregolarità o della clandestinità, come un fattore purtroppo oggettivamente predisponente l'ingresso nei circuiti della marginalità e dell'esclusione), l'insistenza di diagnosi per patologia psichiatrica o anche, come è probabile che accada, la concomitanza e la sovrapposi-

zione sincronica di questi quadri nosografici che definiscono una condizione che va ben oltre la classica categoria di doppia diagnosi (comorbilità).

Questo lavoro prende spunto dall'intento di descrivere le modalità minimali di approccio al soggetto multiproblematico così come esse sono andate configurandosi nella pratica quotidiana di un Servizio per le Tossicodipendenze della ASL NA/1 collocato nella periferia nord della città con particolare riferimento agli aspetti psicologici e relazionali intervenuti nella gestione del caso. In questa sede il soggetto *multiproblematico* viene inteso come persona che presenta oltre alla diagnosi di tossicodipendenza da una o più sostanze psicotrope, anche una diagnosi di infezione da HIV e/o una diagnosi per disturbo psichiatrico e/o una condizione di marginalità sociale caratterizzata da una scarsità o assenza di risorse personali e ambientali cui riferirsi (per usare le parole di uno degli autori, ci avventuriamo oltre la doppia diagnosi nel terreno della tripla diagnosi, e oltre...) tali da includerlo in una condizione definibile di *nuova povertà* (la condizione di *nuova povertà* in una società dominata dall'eccesso di beni e risorse in apparenza facilmente disponibili, è definita fundamentalmente dalla condizione di esclusione dalla possibilità di accesso ai servizi di assistenza sociali e sanitari).

Tale condizione di marginalità è probabilmente l'aspetto più difficile da definire entro determinate categorie assimilabili ad un pattern diagnostico: in effetti determinate condizioni sociosanitarie di per sé possono non necessariamente determinare una condizione di marginalità ma le stesse condizioni all'interno di un contesto caratterizzato dalla scarsità di risorse personali ed ambientali, rappresentano dei fattori di oggettivo aggravamento della condizione di marginalità e di degrado della persona.

* Psicologo Dirigente, Ser.T. DSB 50 ASL Napoli Centro.

** Infermiere Professionale Coordinatore, Ser.T. DSB 50 Napoli Centro.

*** Animatore di Comunità, Casa Alloggio Cardinal Sisto Riario Sforza Napoli.

**** Psicologo Tirocinante Ser.T. DSB 50 ASL Napoli Centro.

***** Medico Dirigente, Responsabile Ser.T. DSB 50 Napoli 1 Centro.

***** Medico Dirigente, Direttore Struttura Complessa Psichiatria di Consultazione ed Epidemiologia Comportamentale A.O. Cotugno di Napoli.

In particolare ci riferiamo alla condizione di straniero presente sul territorio italiano privo del permesso di soggiorno e/o alla condizione di chi, anche di nazionalità italiana, è momentaneamente o per periodi prolungati di tempo senza (fissa) dimora e, conseguentemente, senza una residenza ufficiale e sprovvisto di documenti anagrafici in corso di validità.

Tali problematiche saranno più estesamente affrontate in seguito.

Naturalmente l'approccio che verrà qui suggerito non ha come obiettivo il superamento di alcuna delle condizioni di problematicità evidenziate, bensì il raggiungimento di un livello di integrazione tra risorse del sistema Servizi e risorse personali tale da garantire il miglior livello di adattamento e protezione possibile per la persona multiproblematica (iscrivendosi pertanto quest'approccio nell'ambito di quel campo di intervento nel settore delle tossicodipendenze che si è andato definendo nel corso degli ultimi anni che va sotto il nome di *Riduzione del danno*). Infatti a volte l'inseguimento di una chimerica guarigione totale ed esclusiva da uno o da più di queste condizioni problematiche rischiano di allontanare il soggetto da una più generale condizione di benessere diffuso che gli permetta al meglio di esprimere il proprio potenziale adattativo.

In questa sede non ci occuperemo della fase che precede il contatto con il Servizio di questa particolare fascia di utenti (aspetto di cui ci siamo già occupati in un precedente lavoro anche se solo per il sottogruppo specifico degli extracomunitari: *Dalla strada al Ser.T.: analisi di un percorso urbano*, Verde L. et altri, 2001) pur riconoscendo imprescindibile una riflessione sui canali di accesso ai Servizi, ma entreremo per così dire direttamente nel percorso-paziente all'interno dell'istituzione e del lavoro interistituzionale rappresentato dalla attivazione di un imprescindibile lavoro di rete tra i diversi agenti del sistema sociale e sanitario presenti sul territorio.

In questo lavoro, come sarà chiaro più innanzi, daremo per scontato un dato rilevante: nel nostro paziente multiproblematico il problema dominante, che condiziona tutti gli altri, è la tossicodipendenza.

Tale iperdeterminazione non obbedisce ad un *diktat* ideologico ma corrisponde ad un'osservazione di natura pragmatica che vede il circuito dei Servizi sanitari riferirsi abitualmente al Ser.T. come Servizio di destinazione privilegiato – ed in alcuni casi esclusivo – per questo genere di paziente. Tale fenomeno trova probabilmente una parziale spiegazione nel fatto che, com'è noto, effettivamente chi ha sviluppato una dipendenza patologica da una sostanza psicotropa tende a rapportarsi con questa in maniera totalizzante ed esclusiva mettendo sullo sfondo della propria dimensione esistenziale qualsiasi altro aspetto quando anche questo abbia una estrema rilevanza per quanto riguarda la salute fisica, l'integrazione sociale, il benessere psichico.

I Servizi sono generalmente organizzati (o almeno dovrebbero esserlo) con una procedura standardizzata di accoglienza/accettazione che prevede una serie di tappe che portano alla presa in carico del soggetto.

È generalmente in questa fase che emerge la multiproblematicità del soggetto ed è già in questa fase, *contestualmente* quindi alle procedure di accoglienza, che l'operatività potrà in maniera sincronica adattarsi allo specifico della persona multiproblematica. Correndo il rischio di precipitare in qualche inevitabile schematizzazione, abbiamo deciso di esemplificare il nostro discorso mediante la presentazione di un caso clinico che comprende alcune delle tipologie caratterizzanti il paziente multiproblematico.

Il Caso di Domino 81

(N.B.: le parti in corsivo sono estratti testuali dalla cartella clinica del Ser.T. mentre quelle in tondo rappresentano il commento degli autori)

7.11.06

Il soggetto viene iscritto per la prima volta al nostro Servizio su invio di un operatore dell'U.M. della ASL NA/1. Vive in una condizione estrema difficoltà essendo al momento senza fissa dimora, tossicodipendente, affetto da svariate patologie (postumi di endocardite da stafilococco aureus con focolai polmonari settici multipli ad andamento escavativo; infezione luetica in atto; HCV positiva;). Originaria di un comune del nord-est, è stata seguita dal Ser.T. della sua città nei primi mesi del 2006, successivamente ad un inserimento in un percorso terapeutico residenziale presso il Cel.S. del comune del nord-est che ha volontariamente abbandonato in data 20/4/2006, non ha dato più notizie di sé a quel Servizio, che da noi contattato ha provveduto ad inviarci una relazione nella quale ci viene autorizzata "la presa in carico trattamentale sostitutiva secondo [...] valutazione medica". Il soggetto viene quindi inserito, oltre che in trattamento farmacosostitutivo, anche nel percorso del Centro Diurno "Artoteca" (Il Centro Diurno Artoteca, responsabile dott.ssa Silvana Caruso, è un progetto finanziato dal fondo Nazionale Lotta alla Droga attivo presso il nostro Servizio dal 1998 – sulla scorta di precedenti esperienze informali cominciate nel 1992 contestualmente all'avvio delle attività del Servizi – con finalità di riabilitazione e reinserimento dei soggetti tossicodipendenti in trattamento e drug-free.), attivo presso il nostro Ser.T. con finalità di contenimento, riduzione del danno e offerta di un riparo fisico perlomeno in alcune delle ore della giornata. Contemporaneamente vengono attivati tutti i canali disponibili (per lo più riferibili ad associazioni di volontariato laico e cattolico a cooperative sociali et altro) per cercare una collocazione e un riparo notturni che allontanino il soggetto dai rischi e dalle difficoltà della vita in strada. Purtroppo tale ricerca non ha dato esito alcuno. Il soggetto in questa prima fase di accoglienza si mostra disponibile, collaborativo, sufficientemente orientato, seppur al momento incapace di indirizzare le proprie risorse personali nella direzione di un tentativo di risoluzione dei suoi gravi problemi sociali e di salute; necessita pertanto di un seguito continuo che possa eventualmente sfociare nell'accoglimento in una struttura protetta residenziale. Anche a questo proposito, però, la disponibilità del soggetto appare subordinata a talune limitazioni (che non appaiono connotate in senso realistico) in ordine alla tipologia di programma terapeutico adottato (auspicabilmente non troppo rigido) e alla localizzazione geografica della struttura (preferibilmente non nel nord Italia). Ci si riserva di contattare enti e strutture potenzialmente ospitanti sentito il Servizio di competenza territoriale del soggetto.

Già in questa primissima fase dell'accoglienza si evidenziano come problemi peculiari:

1. la mancanza di documenti;
2. la difficoltà (che si rivelerà impossibilità) di trovare un ricovero notturno;
3. l'inquadramento diagnostico anche al di là della condizione di dipendenza patologica.

Il primo punto è stato risolto in parziale deroga alla procedura di accoglienza del Servizio sulla scia di quanto accade con i soggetti extracomunitari (che vengono iscritti al Servizio anche se sprovvisti di documenti sulla base della normativa vigente che prevede l'assegnazione di un codice STP Straniero Temporanea-

mente Presente) riservandoci naturalmente di riuscire ad accertarne l'identità e la residenza appena fosse possibile, sulla base di una logica che ha riconosciuto nel caso gli estremi dell'emergenza e dell'eccezionalità.

Il secondo punto si è dovuto purtroppo scontrare con l'assoluta mancanza nell'area del napoletano (al momento in cui ci siamo trovati ad affrontare il caso descritto; attualmente la situazione è migliorata con l'offerta di possibilità di accoglienza notturna e diurna, seppur non dedicate espressamente a soggetti tossicodipendenti) di una possibilità concreta di accoglienza notturna per un soggetto tossicodipendente sprovvisto di documenti in quanto le poche possibilità esistenti, oltre ad avere procedure di accesso definite in ordine perlomeno all'accertamento dell'identità, difficilmente accolgono soggetti tossicodipendenti, quand'anche in trattamento.

Il terzo punto come vedremo più diffusamente in seguito ha visto il Servizio attivarsi nell'ambito della rete dei servizi sanitari, non solo aziendali, con i quali esiste una consolidata prassi di collaborazione per la gestione dei casi nei quali insistano patologie accessorie e concomitanti la tossicodipendenza.

8/11/06

È stato contattato il Ser.T. del comune del nord-est che ha dato una disponibilità di massima ad un eventuale inserimento in C.T. residenziale. Purtroppo però il fatto che il soggetto sia al momento sprovvisto di documenti rende difficoltoso tale inserimento. Si decide pertanto di contattare i Servizi Sociali del Comune di Napoli al fine di attribuire una residenza fittizia (possibilità che il Comune di Napoli offre ai Senza fissa dimora proprio al fine di ottenere una documentazione che permetta di rientrare nel circuito dei servizi socio assistenziali e sanitari) che possa permetterle di rientrare nel circuito dei Servizi socio-assistenziali e sanitari. Viene contattata anche una C.T. la cui disponibilità resta subordinata alla definizione degli aspetti burocratici ed amministrativi del caso.

21/11/06

Sono in via di risoluzione i problemi in ordine al documento di identità ed alla residenza che permetterebbero di inserire il soggetto in un percorso comunitario residenziale: sono stati avviati contatti con la famiglia d'origine del soggetto (con la madre, essendo i genitori separati), con la quale sussiste una tale condizione di conflittualità che le aveva portate a non avere alcun tipo di contatto da oltre sei mesi; essa si è comunque resa disponibile ad inviare per posta la carta d'identità della ragazza. Viene quindi inoltrata richiesta di nulla osta al Ser.T. Territorialmente competente (comune nord-est) per l'inserimento in C.T. (nel frattempo sono stati avviati contatti con una C.T. i cui criteri di ammissione e il cui programma terapeutico sembrano essere compatibili con le condizioni attuali e le esigenze del soggetto).

Queste brevi note (desunte dal diario clinico area psicologica della cartella clinica) non rendono, se non parzialmente, conto delle difficoltà affrontate da una persona di sesso femminile, senza fissa dimora e priva di risorse economiche in una città come Napoli, al di fuori del tempo di permanenza trascorso presso il servizio (coincidente con l'intero orario di apertura dello stesso) dove gli è stata giornalmente anche offerta la possibilità, nell'ambito del citato progetto riabilitativo Arteteca, di consumare almeno un pasto caldo al giorno.

Nei momenti di permanenza al Servizio il soggetto ha usufruito di ulteriori occasioni di accudimento che in taluni momenti hanno sfiorato un autentico *maternage*, nell'ambito delle quali è

stato sempre esplicitamente ed implicitamente ribadito che l'accesso a determinate opportunità non era subordinato a specifiche aspettative comportamentali come, ad esempio, non fare più uso di sostanze illegali.

Per il resto della giornata essa trascorreva il tempo nella zona della Stazione Centrale di Napoli dove generalmente cercava anche un riparo notturno all'addiaccio.

Tale condizione l'ha esposta di continuo a rischi e pericoli per l'incolumità e la sicurezza personale che infatti sono esitati, purtroppo, spesso in aggressioni, furti ed episodi di violenza; inoltre la cura di sé era a livelli minimi essendo per forza di cose trascurata l'igiene personale, l'alimentazione, l'abbigliamento (inadatto alla stagione invernale) oltre a perdurare l'utilizzo di sostanze illegali per via E.V.

L'insieme delle condizioni citate descrivono probabilmente uno degli anelli più deboli delle cosiddette *nuove povertà* (donna, tossicodipendente, sieropositiva, senza fissa dimora, con problemi psichiatrici) per contrastare le quali occorre fornire un insieme articolato e complesso di prestazioni e risposte da parte dei Servizi che se ne prendono cura.

28/11/06

In seguito a contatti telefonici con il Ser.T. del comune del nord-est, si è concordato l'invio del soggetto presso la C.T. individuata per venerdì 1 dicembre. Si resta in attesa del fax autorizzativo, previo invio al Servizio della convenzione tra l'Ente ausiliario (C.T.) e il Sistema Sanitario Regionale.

1/12/06

*Il soggetto ha fatto il suo ingresso presso la C.T. A**** di Castelvoturno (CE) con un grosso sforzo da parte del Servizio per attivarne ed orientarne tutte le risorse disponibili nel raggiungimento di tale risultato.*

15/12/06

Il soggetto è stato ricoverato d'urgenza presso il reparto di pneumotisiologia dell'A.O. Monadi di Napoli in data 7/12/06 per sospetta tubercolosi in fase attiva. In data 14/12/06 la microequipe multidisciplinare (psicologico-infermieristica) si reca presso la struttura per una visita di controllo al fine di valutarne le condizioni complessive al di là dell'ambito strettamente sanitario, ma anche da un punto di vista psicologico e motivazionale. Il soggetto viene trovato in buone condizioni (considerata la particolarità delle condizioni e del contesto). Il tono dell'umore è buono, vengono espresse realistiche considerazioni in ordine alle proprie condizioni di salute, emerge una buona capacità di prendersi cura di sé e di curare i rapporti interpersonali, venendo infatti mantenuti sia i contatti con la famiglia d'origine che con la C.T. che l'accoglieva. Adeguata appare anche la componente progettuale, espressa nella volontà di riprendere i percorsi comunitario una volta dimessa dal reparto.

L'inserimento del soggetto in un percorso comunitario residenziale si è rivelato assolutamente funzionale per il recupero di fondamentali abilità adattative; il soggetto potendo contare sull'offerta stabile di un riparo fisico ha potuto recuperare un rapporto proficuo e produttivo con se stessa (in particolare con il sé corporeo), con l'ambiente che la circonda (soprattutto sul piano relazionale), con le capacità di valutare e orientarsi tra le alternative e i percorsi possibili (non solo su di un piano terapeutico ma anche, letteralmente, esistenziale); dispiace naturalmente che questo recupero possa essere stato raggiunto solo con la mediazione dell'offerta di un ente ausiliario e non possa essere

stato prioritariamente raggiunto mediante un'adeguata prestazione da parte del Servizio Pubblico per le Tossicodipendenze che non è al momento purtroppo attrezzato per far fronte a tale tipo di situazioni.

20-21/12/2006

La microéquipe torna presso il reparto per un nuovo incontro di valutazione: il soggetto appare in buone condizioni complessive; in attesa dell'esito dell'esame del bronco aspirato viene comunicata la possibilità della dimissione del soggetto in data 22/12/06, la dimissione viene concordata anche con la C.T. che si impegna ad andare a prendere il soggetto presso l'Ospedale dove è ricoverata. La dimissione è comunque condizionata dall'esito dell'esame colturale del bronco aspirato che arriverà dopo 20 gg. circa, ma in ogni caso il soggetto non risulta essere al momento infettivo, quindi può essere dimesso (l'esame colturale è poi risultato negativo).

10/1/07

Il soggetto abbandona volontariamente il programma terapeutico presso la C.T. ove era inserita. Continua a recarsi presso il nostro Servizio anche se si è momentaneamente trasferita presso il domicilio di un ragazzo conosciuto in comunità con il quale ha avviato una relazione che abita in un comune poco distante da Napoli. Appare stabilizzata sul piano del consumo di sostanze ma ancora in precarie condizioni di salute. Continua al Servizio la fase di diagnosi, orientamento e contenimento per le svariate patologie. Perdura inoltre da parte del Servizio il rapporto telefonico con la madre del soggetto che ha iniziato a sostenerla anche su un piano economico.

22/2/07

Il soggetto continua ad essere stabilizzato sul piano del consumo di sostanze; inoltre ha intrapreso un percorso di recupero delle principali abilità adattive: ha iniziato una convivenza con il ragazzo conosciuto in comunità con il quale ha messo su casa. Nell'ambito della richiesta del soggetto di divezzamento anche dal farmaco sostitutivo è anche stata indotta a buprenorfina (dal metadone).

Il soggetto ha mostrato complessivamente in questa fase successiva all'abbandono della Comunità buone capacità di recupero soprattutto sul piano psicologico e della determinazione personale al raggiungimento di determinati obiettivi.

Il periodo trascorso in comunità è stato determinante per permettere il recupero della capacità necessarie e sufficienti ad una rinnovata capacità di cura di sé e di rapportarsi con la realtà esterna al di là di condotte disfunzionali e autolesionistiche.

Gli esami tossicologici regolarmente effettuati in questo periodo hanno sempre dato luogo ad esito negativo.

Il rapporto con la madre si può dire in questa fase sufficientemente recuperato anche grazie al continuo counseling telefonico effettuato dagli operatori di riferimento del Servizio.

9/3/07

I recenti esami ematici hanno evidenziato una gravidanza in atto. Inoltre il compagno è risultato sieropositivo per HIV (lei al momento sieronegativa). Vengono attivati gli opportuni contatti per un corretto seguimiento della gravidanza presso presidi sanitari specialistici. La risposta del soggetto a questi recenti stressor appare correttamente contenuta su un piano psicologico.

20/4/2007

Il soggetto, di concerto con il compagno, ha deciso di portare avanti la gravidanza. Il compagno è stato arrestato per un residuo di pena di quattro mesi e quindici giorni. Continua per il soggetto la fase di stabilizzazione e di positiva risposta allo stress. Viene programmato un rientro presso la famiglia d'origine del comune nord-est dal 26/4 al 1/5.

18/5/07

La condizione del soggetto appare gravemente deteriorata: viene al Servizio in condizioni di evidente trascuratezza personale, rifiuta di effettuare esame tossicologico, asserisce di avere impropriamente assunto il farmaco in data odierna avendone trascurata l'assunzione nei giorni passati; inoltre è in condizione di estrema suscettibilità ed irritabilità ai limiti dell'alterazione (in data 17 c.m. avrebbe dovuto effettuare visita cardiologia ma ha dimenticato l'appuntamento). In questa situazione non sussistono le condizioni per garantire la corretta compliance terapeutica e viene proposta [la sospensione dell'affido] l'assunzione giornaliera del farmaco presso il Servizio (almeno fino al ripristino delle condizioni di sicurezza minime), ma tale eventualità viene rifiutata dal soggetto che si allontana.

5/6/07

Il soggetto ha ripreso a frequentare il Servizio (e la terapia farmacosostitutiva) pur continuando a fare uso di eroina da strada per e.v.. La cura della persona è evidentemente trascurata, in più sono particolarmente esasperati i tratti oppositivi del suo carattere che pregiudicano, al momento qualsiasi possibilità di helping che non siano quelle minimali di contenimento del rischio delle infezioni opportunistiche derivate dall'uso e.v.

In questa fase gli operatori del Servizio, in particolare gli operatori di riferimento per scelta consapevole e motivata, hanno adottato uno stile comunicativo e relazionale improntato ad una rigorosa complementarietà accuratamente evitando le occasioni di comunicazione simmetrica nonostante attivamente stimolate da parte del soggetto mediante la messa in atto di un atteggiamento sistematicamente oppositivo e in qualche caso apertamente ostile con spunti di aggressività verbale.

Inoltre in questa fase sono state fornite al soggetto, per quanto questa prassi non sia purtroppo implementata nello *standard offering* del servizio, anche presidi di prevenzione primaria, quali siringhe monouso sterili e condom, che purtroppo non hanno, se non in parte, ridotto le occasioni di rischio: infatti in questo periodo sono stati riferiti dal soggetto almeno due episodi di violenza sessuale occorsi durante la sua permanenza notturna nell'area della stazione centrale di Napoli.

Nel frattempo gli operatori cercano di attivarsi per la ricerca di un ricovero protetto che di lì a poco si concretizzerà in un nuovo inserimento presso la C.T. A****.

25/7/07

Il soggetto torna al Servizio accompagnato dagli operatori della Comunità, dalla madre e dal compagno di quest'ultima, per alcuni controlli di routine per una riconsiderazione complessiva della sua situazione; appare sufficientemente recuperato sul piano fisico, relazionale e dell'equilibrio intrapsichico. Sul piano della progettualità è decisa, una volta portata a termine la gravidanza, ad occuparsi del bambino eventualmente continuando con lui il percorso comunitario. Esiste inoltre una manifesta disponibilità della madre del soggetto ad occuparsi del bambino eventualmente fosse deciso dal giudice un affidamento formale.

28/11/2007

La microequipe composta da psicologo infermiere assistente sociale si reca presso la C.T. A****. Il soggetto portata a termine la gravidanza continua il percorso terapeutico residenziale con la figlia A.V. (4/10/07) per la quale non è stato emesso alcun provvedimento dal tribunale per i minori pur essendo il caso segnalato ai S.S. (pertanto la bambina risulta normalmente affidata alla madre). Pur in una situazione di sostanziale benessere della madre e della bambina (pur Domino 81, lamentando modica sintomatologia astinenziale essendo giunta al termine della terapia farmacosostitutiva) emerge una incompatibilità tra le esigenze della coppia madre/bambina (probabilmente accentuate dalle difficoltà di Domino 81 a calarsi compiutamente nel ruolo genitoriale) e i tempi i ritmi e i modi della vita comunitaria, fondamentalmente improntati sulle specifiche esigenze di un gruppo di venti adulti con, a vario titolo, problematiche trascorse di dipendenza patologica. Ci si orienta pertanto a ricercare altra struttura comunitaria specificatamente dedicata al trattamento di madri (ex)tossicodipendenti con bambini al seguito ove indirizzare il soggetto con la figlia; nel frattempo si sono anche presi contatti con la madre di Domino 81 al fine di favorire un ricongiungimento familiare temporaneo nell'attesa della definizione del nuovo inserimento in una C.T. dedicata (in parte reso più problematico per la presenza di difficoltà burocratiche legate alla residenza del soggetto). A margine di questa situazione si palesa anche, come riferito dal soggetto a dall'altro utente coinvolto, la nascita di una relazione sentimentale con un altro ospite della C.T., che si auspica venga collocata sullo sfondo, assumendo in questo momento valenza prioritaria le decisioni da assumere nell'interesse della minore.

La tendenza a sviluppare forti legami – seppur “a termine” – essendo in parte connotati in senso utilitaristico di natura simbiotico invischiante (con pari e con operatori) non scevri da componenti mistificatorie e manipolative, è una caratteristica costante nella storia del soggetto sullo sfondo di una personalità caratterizzata da una sostanziale inconsapevolezza delle proprie dinamiche psicologiche e comportamentali e con un basso livello di tolleranza allo stress ed alla frustrazione sul lungo periodo, che esita generalmente con il tipico sviluppo di pensiero persecutorio e di idee di riferimento.

D'altra parte l'osservazione effettuata fino a questo momento ha evidenziato una periodica alternanza tra momenti di controllo pulsionale con il raggiungimento di un sufficiente livello di integrazione anche in ordine alla capacità di prendersi cura di sé da un punto di vista sanitario, sociale e relazionale, e momenti in cui il venir meno di questo controllo pulsionale determina acting-out disfunzionali con conseguenze assolutamente nefaste per il suo livello di integrazione e per la sua incolumità ed integrità fisica e mentale.

Tali fasi disadattive, pur esitando sistematicamente in una ricaduta o esacerbazione dell'uso di sostanze illegali, ne sembrano parzialmente indipendenti nella misura in cui appaiono maggiormente connesse alle caratteristiche di personalità di cui sopra.

20/3/08

Il soggetto dopo aver abbandonato volontariamente la C.T. (dic. 08) ha ripreso la vita da strada sfuggendo all'osservazione del Servizio per circa due mesi. (La figlia è in temporaneo affidamento alla madre del soggetto in un'altra Regione dove Domino 81 si era recata in occasione delle festività natalizie). In occasione dell'ultimo prelievo ematico si è evidenziata sieropositività

per HIV al test ELISA; in data odierna si è provveduto alla comunicazione del risultato del test con conseguente raccomandazione al soggetto di tornare per l'effettuazione dei test di conferma. Viste le cattive condizioni complessive del soggetto viene presa in considerazione l'eventualità di un ricovero, che però il soggetto al momento rifiuta.

10/4/08

Comunicazione relativa ai test di conferma per l'HIV. Viene in questa sede rinnovato il suggerimento di recarsi presso un ospedale per eventuale ricovero. Il soggetto versa in un evidente stato di trascuratezza personale.

A questo punto avviene quella che probabilmente possiamo considerare la svolta nella nostra osservazione: il soggetto viene contattato dagli operatori della Casa Famiglia Cardinal Sisto Riario Sforza presso l'A.O. Cotugno e successivamente accolto dalla stessa struttura.

30/10/08

Colloqui con gli operatori della casa famiglia Riario Sforza (Suor Patrizia; Responsabile). Il soggetto è stato accolto alla dimissione dal A.O. Cotugno ove era ricoverata dalla citata casa alloggio per soggetto HIV. Sta frequentando giornalmente il Servizio per l'assunzione della terapia farmacosostitutiva, non essendo possibile l'affido alla struttura ospitante. Avviene con gli operatori della C.F. uno scambio di vedute opinioni ed informazioni propeedeutico all'elaborazione di un progetto personalizzato per il quale viene ventilata la possibilità che possa contemplare anche la frequentazione del C.D. “Arteteca” del Servizio (la possibilità di frequentare, il programma diurno semiresidenziale della C.T. S*** con la quale sussiste un protocollo d'intesa è stata al momento esclusa). Viene richiesta una relazione anamnestica per quanto di competenza del Servizio da parte della C.F. che sarà al più presto redatta.

Per quanto attiene al seguimiento psicologico individuale, viene concordato un incontro settimanale presso il Servizio.

21/1/09

Continua l'osservazione psicologica sistematica in sostegno al percorso svolto dal soggetto presso la C.T.R.S. Il soggetto ha terminato il divezzamento dal farmaco sostitutivo e manifesta una buona stabilità sul piano dell'umore. Riferisce una sensazione di malessere generalizzato che in parte ne rende difficoltoso l'assolvimento dei compiti prescritti dal programma della C.F. in parallelo viene anche seguita dall'UOC di Psichiatria dell'A.O. Cotugno con prescrizione di terapia farmacologica. Nel complesso il tono dell'umore è buono così come sono accettabili e funzionali i livelli di adattamento al momento conseguiti seppur nel contesto di una struttura residenziale protetta. Si ripropongono regolarmente le tematiche caratterizzanti il vissuto del soggetto in ordine al rapporto con la madre al desiderio di rivedere la figlia, ma appaiono al momento sufficientemente contenute anche grazie ad un esame di realtà adeguato; viene in particolare al colloquio odierno, esaminata la possibilità di un suo ritorno nella famiglia d'origine in occasione del battesimo della figlia.

24/03/09

Il soggetto continua i regolari colloqui psicologici. Nel corso degli ultimi incontri sembra evidenziarsi il consueto “effetto paradosso”, tipico del soggetto, che procede per piani paralleli: se da un lato migliorano le sue condizioni soggettive, anche in

ordine a determinanti psicologiche e relazionali, dall'altro si accrescono spunti rivendicativi (apparentemente immotivati, pretestuosi) e pericolosamente centrifughi che mettono a rischio la permanenza del soggetto all'interno del programma terapeutico; si cerca di orientare, in questa fase, il soggetto al perseguimento di obiettivi concreti rappresentati da unità discrete facilmente gestibili dall'insieme delle risorse attualmente disponibili.

La paziente in data 26/2/09 è stata sottoposta ad un approfondimento diagnostico attraverso la somministrazione di un questionario e di un'intervista per la valutazione dei disturbi di personalità (SCID II), dal quale è emerso un disturbo ossessivo-compulsivo, borderline e antisociale di personalità.

Nel quadro ossessivo-compulsivo, la paziente mostra rigidità e testardaggine, una difficoltà tale a decidere quali compiti hanno la priorità o il modo migliore per svolgerli al punto tale da non iniziarli mai.

È presente nell'ambito borderline un'instabilità nelle relazioni personali caratterizzate da frequenti alti e bassi dell'autostima, dell'umore con una marcata impulsività.

Per quanto concerne il disturbo antisociale la paziente mostra un'incapacità a conformarsi alle norme sociali per ciò che riguarda il comportamento legale, irresponsabilità abituale e inosservanza della sicurezza propria e altrui.

Il programma della Casa Famiglia

Domino 81 entra in Casa-Famiglia il 21 ottobre del 2008, dopo svariati colloqui con l'operatore ed il responsabile, avvenuti durante il suo ricovero all'Ospedale Cotugno, in seguito alla richiesta d'inserimento in Casa-Famiglia da parte del Primario della IV divisione del reparto malattie infettive ad alta complessità.

Tali colloqui, servono all'equipe per valutare in sede di riunione, le motivazioni al cambiamento che il soggetto mostra, le condizioni psichiche e la richiesta di aiuto, nel caso specifico ha giocato un ruolo fondamentale la giovane età ed in conseguenza la possibilità di lavorare ad un futuro possibile ed un cambiamento reale.

Al momento dell'ingresso in C.F., Domino 81 era fortemente in ansia e con un equilibrio emotivo instabile, particolarmente incline al pianto.

Dopo una breve fase iniziale di osservazione l'equipe stila un programma di recupero psico-fisico che consta di vari obiettivi suddivisi a breve, medio, lungo termine con rispettive modalità di attuazione; nel progetto è inserito un diario nel quale l'operatore annota tutti i cambiamenti e gli eventi che incidono sul percorso dell'ospite il quale è affidato ad un operatore in particolare al solo fine di rispondere meglio ed in maniera più mirata alle esigenze dell'ospite, e non meno importante per non creare smarrimento e confusione in quest'ultimo.

Nel caso di Domino 81 gli **obiettivi a breve termine** sono stati:

- Recupero psico-fisico.
- Scalaggio del Metadone.

Modalità operative:

- Periodici controlli medici, colloqui con lo Psicologo (Ser.T.) ogni settimana e con lo Psichiatra ogni 15 gg.
- Scalaggio del Metadone 5ml ogni 7 gg. salvo complicazioni.

Obiettivi a medio termine:

- Recupero di un buon equilibrio affettivo e relazionale.

Modalità operative:

- Orientandola ad instaurare relazioni sane e lavorando su di sé soprattutto durante gli incontri di psicoterapia di gruppo.

Obiettivi a lungo termine:

- Recupero dalle sostanze.
- Reinserimento socio-lavorativo.
- Riappropriazione del suo ruolo di madre.
- Aderenza alle terapie.

Modalità operativa:

- Astinenza dalle sostanze.
- Passaggio all'autonomia guidata.
- Corso di PC e laboratorio manuale di decoupage e tecniche affini.
- Lavorando sul senso di responsabilità durante le sedute di psicoterapia.
- Autonomia nell'assunzione dei farmaci e nella gestione del suo stato di salute.

Tali obiettivi e modalità operative sono soggette a cambiamenti dovuti all'evoluzione che il percorso presenta e soprattutto tenendo conto dei tempi del soggetto.

Durante il percorso Domino 81 oltre ai colloqui con lo Psicologo e lo Psichiatra tiene colloqui talora informali con l'operatore di riferimento con una frequenza settimanale ed a volte anche più frequenti e un confronto con la Responsabile e l'operatore ogni mese al fine di valutare l'andamento del percorso e le esigenze che il soggetto presenta di volta in volta.

Ad oggi si può dire che Domino 81 ha risposto sufficientemente alle aspettative dell'equipe, ha raggiunto quasi tutti gli obiettivi a breve termine e sta lavorando su quello a medio termine con non poche difficoltà; sicuramente fondamentale è stata l'intesa con il Ser.T. di appartenenza e la possibilità di conoscere la storia pregressa di Domino 81, questo dato importante quale la storia dei nostri ospiti quasi mai ci è giunta così chiara e dettagliata come nel caso Domino 81 questo a causa della scarsa collaborazione con i servizi sociali e della mancata conoscenza della storia del soggetto.

Un momento estremamente significativo del percorso di Domino 81 è stato il battesimo della figlia accompagnata dalla nonna materna, sua attuale tutrice, avvenuto presso la Casa famiglia nel luglio del 2009.

Conclusioni (provvisorie...)

Il caso di Domino 81 al di là della sua connotazione prevalentemente aneddotica, sembra comunque poterci suggerire svariate ipotesi operative sia nell'ambito della clinica che dell'organizzazione dei Servizi. Proviamo ad esplicitarle nei punti seguenti:

1. La funzione di accoglienza/accettazione, deve proceduralmente connotarsi quanto più possibile a *bassa soglia* per permettere di integrare nel sistema dei Servizi anche quei soggetti che vivono una condizione di disagio sociale che li porta ai margini delle opportunità di cogliere le occasioni di assistenza sanitaria e sociale presenti nell'ambito territoriale di riferimento.
2. Il Servizio deve sempre poter esprimere il suo potenziale di mediazione tra le esigenze del soggetto, anche quelle momentanee, e le risorse disponibili (sia quelle interne al Ser-

vizio sia quelle di rete) anche quando questo raffronto può apparire inappropriato rispetto ad uno standard auspicabile e/o ottimale (sia nel senso della domanda che in quello dell'offerta); meglio, cioè offrire comunque una prestazione, per quanto apparentemente inappropriata, che non far nulla, rischiando, non solo il peggioramento di una condizione già di per sé emergenziale, ma quanto l'abbandono e la fuoriuscita del soggetto multiproblematico dal circuito dei Servizi.

3. L'approccio al soggetto (ed alle risorse disponibili) deve essere quanto più possibile sgombro da ipotesi interpretative che orientino l'operatività verso "pacchetti" prestazionali prestabiliti per quanto supportati da prassi consolidate e linee guida (laddove disponibili), ma di volta in volta dovrà adattarsi alle esigenze emergenti.
4. Lo *standard offering* del Ser.T. dovrebbe prevedere la possibilità di dispensare direttamente (senza necessariamente il tramite delle *Unità Mobili* presenti solo in alcune zone del territorio e solo in alcune fasce orarie) presidi di prevenzione quali siringhe, disinfettante, acqua distillata, condom, a target specifici di utenza.
5. La funzione di *case management* nella gestione della condizione di multiproblematicità, per trovare concretezza deve, in talune circostanze, attivare un insieme complesso e multiforme di prestazioni caratterizzato dall'intersezione dei piani di intervento che a volte possono sia *intersecare* sia *prescindere*, dallo specifico disciplinare dell'operatore di riferimento dando luogo ad una *competenza di rete* che si configura come un accrescimento delle abilità dell'operatore nella gestione di casi particolarmente complessi.
6. L'integrazione tra le risorse della rete di assistenza e supporto sociale e sanitario deve essere continua, multidirezionale, multicanale (anche nel senso di canali di comunicazione permanentemente attivati), anch'essa in un certo senso "a bassa soglia", con la possibilità continua di un confronto sulle prassi, le risorse e i metodi disponibili e gli obiettivi (rappresentati da unità discrete) di volta in volta raggiungibili.
7. L'obiettivo guida dell'intervento deve sempre essere quello della sopravvivenza e del benessere del soggetto anche quando queste condizioni sembrano passare attraverso (momentanei) pattern comportamentali apparentemente disfunzionali.

Tali indicazioni, come evidente, riguardano sia il livello organizzativo che il livello operativo dell'offerta prestazionale dei Servizi, che andrebbero progettati e calibrati anche sulle esigenze specifiche di questo particolare target di utenza.

Non è questa, invece, la sede per una riflessione sul livello macromolare delle politiche di gestione dell'offerta di servizi alle fasce sociali più deboli e marginali, anche se è evidente quanto in una città come Napoli occorrerebbe probabilmente una riprogrammazione su questo aspetto (Napoli è l'unica tra le grandi città italiane – e forse europee – dove non è disponibile

un programma esclusivamente dedicato all'ospitalità notturna occasionale per soggetti tossicodipendenti attivi).

Uno sguardo al futuro

Domino 81, senza più alcun supporto farmacologico, avendo completamente scalato il farmaco sostitutivo e, su indicazione dello psichiatra, sospeso l'assunzione di psicofarmaci, continua il programma residenziale nella Casa Famiglia S.R.S., che nella fase attuale prevede anche l'inserimento mediante una *Borsa Lavoro* in un laboratorio di restauro del libro antico esterno alla casa famiglia; pur non potendosi al momento effettuare previsioni sulla sua durata, si può auspicabilmente prevedere che gli obiettivi intermedi cui puntare saranno quelli del raggiungimento di una progressiva autonomizzazione del soggetto, seppur attraverso fasi "guidate", da un punto di vista lavorativo, abitativo e sociale anche in considerazione delle sue buone condizioni generali che ne permettono il raggiungimento di standard di adattamento tutto sommato nella norma.

Sul piano delle aspettative personali probabilmente sussiste anche il desiderio di potersi, in futuro, compiutamente occupare della figlia, il che non è probabilmente del tutto da escludere, contestualizzando l'aspettativa nell'ambito di una personalità che, comunque, dovrà riferirsi in maniera continua al sistema di assistenza sociale e sanitaria per il raggiungimento di un sufficiente livello di integrazione, e soprattutto, per il suo mantenimento.

Bibliografia

- Aa.Vv. (1995), *L'intervento di rete* (Quaderni di animazione e formazione), Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Barra M., Cervo U. (1997), *Unità da strada e non solo*, Itaca, 1, 2, Cedis Roma.
- Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, supp. al n. 4, anno XVIII, 1995.
- Cohen P. (1999), "Shifting the main Pur pose of Drug Control: from Supression to Regulation Use. Reduction Risk as New Focus for Drug Policy", *The International Journal of drug Policy*, n. 10, pp. 223-234.
- Coletti M. (1997), *Evaluation of Treatment of drug abuse*, Cedis, Roma.
- Egan G. (2002), *The Skilled Helper: a systematic approach to effective helping*, Brooks/Cole, Pacific Grove, CA.
- Grosso L., Ronconi S., *Le ragioni del lavoro di strada*, Itaca, 1, 2, Cedis, Roma.
- Maremmani, Guelfi G. (1996), *Metadone: le ragioni per l'uso*, Pacini, Pisa.
- Meringolo P., Zuffa G. (2001), *Droghe e riduzione del danno. Un approccio di psicologia di comunità*, Unicopi, Milano.
- Verde L. et al. (2001), "Dalla strada al Ser.T.. Analisi di un percorso urbano", *Bollettino per le farmacotossicodipendenze e l'alcolismo*, anno XXIV, 2001, n. 3.

Terapia familiare del gioco d'azzardo patologico

Ugo Corrieri*

SUMMARY

■ *Gambling is nowadays practiced by over 30 million Italians and is the 3rd industry of the Country, with EUR 60 billion expected for 2010; it is estimated that pathological gambling affects, as addiction disease, up to 2 million people in Italy. The author illustrates the neurobiological basis of pathological gambling as the pathology of motivational systems and presents a neurobiological explanation of psychotherapy and interpersonal mechanisms of growth and change. The author then resumes the 23 cases of pathological gambling that he's treating with family therapy at the Addiction Unit of Grosseto, highlighting their special features and how it is essential to work with the resources of individuals and their family and social systems.* ■

Keywords: *gambling, pathological gambling, psychotherapy, family therapy, neuroscience, addiction, Ser.T., systemic-relational symbolic-experiential approach.*

Parole chiave: *gioco d'azzardo, gioco d'azzardo patologico, psicoterapia, terapia familiare, neuroscienze, addiction, Ser.T., approccio sistemico-relazionale simbolico-esperienziale.*

Il gioco d'azzardo in Italia

Com'è noto, sono definiti d'azzardo tutti i giochi nei quali c'è una posta in palio – di solito del denaro – e l'esito dipende da fattori fuori della portata del giocatore.

I più comuni in Italia sono: lotto, superenalotto, win for life, lotterie, gratta e vinci, scommesse legate a sport ed ippica, tombola e bingo, giochi e poker on line e le new slot (gli apparecchi da bar che hanno raccolto nel 2009 quasi 25 miliardi di euro raggiungendo la metà della spesa totale).

La spesa per gioco d'azzardo in Italia è salita a 54 miliardi di euro nel 2009 e oltre i 60 miliardi nel 2010; giocano d'azzardo oltre 30 milioni di Italiani, tra cui 2 milioni di minorenni.

In alcuni casi il gioco d'azzardo può divenire patologico, una vera dipendenza in cui il giocatore si trova a spendere ben più di quanto possa permettersi e di cui pare soffra, secondo varie stime, dallo 1% al 3% della popolazione: in Italia quindi oltre 1 milione di persone.

I meccanismi neurobiologici del gioco d'azzardo patologico (GAP)

Le recenti scoperte nel campo delle neuroscienze hanno mostrato che tutte le dipendenze patologiche vengono sempre a interessare, a livello cerebrale, il cosiddetto "circuito della ricompensa", in base al quale le ricompense naturali – acqua, cibo, sesso, dare e ricevere accudimento – permettono all'organismo di provare piacere quando mangia, beve, procrea e dà/ricive accudimento: tutti comportamenti essenziali per la sopravvivenza.

* Medico psichiatra psicoterapeuta, Responsabile U.F. Dipendenze Area Grossetana, ASL 9 di Grosseto.

Il piacere rinforza il comportamento che viene perciò ripetuto. Il circuito della ricompensa fa parte dei "sistemi motivazionali", detti da Edelman (2006) "sistemi di valore" e da Panksepp (1998) "sistemi di comando delle emozioni di base", che attribuiscono valore ai nostri comportamenti e sono:

1. il sistema della ricerca, col sottosistema della ricompensa, basato sul neurotrasmettitore dopamina e attivato nell'eccitazione sessuale, nelle attività di gioco e nell'aggressività "freda" predatoria);
2. il sistema della rabbia, attivato da stati di frustrazione;
3. il sistema della paura, deputato alle risposte di fuga;
4. il sistema del panico o dell'angoscia da separazione, di cui fa parte il sottosistema dell'accudimento, basato sugli oppioidi endogeni e anche su ossitocina e prolattina.

Sono formati da reti neurali collocate nel Diencefalo che modulano le risposte sinaptiche mediante il rilascio diffuso di neuro-modulatori o neurotrasmettitori che impongono vincoli al funzionamento cerebrale e definiscono una serie di valori biologici comuni che ci uniscono tutti a fronte dei conflitti nella vita ci porta ad affrontare.

Si sono evoluti per milioni di anni e sono una eredità, condivisa con gli altri mammiferi, che incorpora di fatto le esperienze primitive dei nostri antenati e ha lo scopo, in situazioni di rilevante significato biologico, di aumentare la probabilità che l'organismo sopravviva e arrivi a riprodursi.

Tutte le dipendenze vanno ad agire proprio sui sistemi motivazionali: droghe come cocaina e anfetamine, l'eroina ed altri oppiacei, così come comportamenti quali il gioco d'azzardo patologico, stimolano i sistemi della ricerca e i centri del piacere e quindi generano artificialmente aspettative positive che dirottano o mandano in corto circuito questi meccanismi adattativi basali.

Si generano allora comportamenti pseudo-appetitivi (e l'associato senso di bramosia del "craving") e pseudo-consumatori, con

le sensazioni di piacere ad essi legate: fenomeni che da una parte non hanno alcun scopo utile dal punto di vista biologico ma che dall'altra comportano un generale squilibrio di questi sistemi, fondamentali per la sopravvivenza, portando all'attribuzione artificiale di nuovi valori.

Occorre sottolineare che l'attribuzione di valori comporta una risposta perentoria: innesca infatti dei programmi motori stereotipati, ovvero dei comportamenti riflessi e istintivi che hanno il carattere della compulsività.

A questo livello primitivo di organizzazione (sottocorticale), il Sé è ancora essenzialmente un meccanismo passivo: sebbene inneschi dei programmi motori, gli manca la capacità di scelta.

Esso è dominato da quello che Freud chiamava la coazione a ripetere ed è privo di libero arbitrio.

Questo spiega come i meccanismi di dipendenza patologica, agendo sui nostri fondamentali sistemi motivazionali, comportino la compulsività del "Craving", la spinta irresistibile a ripetere, senza possibilità di scelta, l'assunzione della droga o la messa in atto del comportamento di addiction.

L'efficacia biologica della psicoterapia

Le possibilità terapeutiche si basano sul fatto che tutti i sistemi di comando delle emozioni di base sono comunque aperti all'influenza dei meccanismi di apprendimento e sono quindi modificabili da interventi finalizzati a processi di cambiamento.

Per di più, sempre da un punto di vista neurofisiologico (Solms e Turnbull, 2002), l'essenza della possibilità di scelta da parte del cervello, cioè l'essenza del libero arbitrio, sembra essere la capacità di inibizione, cioè la capacità di riuscire a scegliere di non fare una cosa.

Ciò che meglio distingue gli esseri umani dai primati è un sistema del Sé di più alto livello, organizzato fondamentalmente sulla base di meccanismi inibitori.

Tali meccanismi, localizzati nei lobi frontali, ci rendono capaci di reprimere le compulsioni stereotipate e primitive codificate nei nostri sistemi di memoria (sia in quelli ereditati, sia in quelli acquisiti su base emozionale).

I lobi frontali ci offrono la possibilità di ritardare e inibire le decisioni a favore dell'uso di un'altra facoltà: il pensiero.

Il pensiero può essere visto come un agire immaginario, mentre si sta ancora valutando l'eventuale e probabile risultato dell'azione potenziale: facendo partire il programma dell'azione prevista ma, allo stesso tempo, bloccando (inibendo) l'uscita motoria.

Il pensiero quindi si basa su un "agire senza l'azione", è un gesto immaginario che ha alla sua origine il meccanismo dell'inibizione quale prerequisito e mezzo stesso del pensiero.

Il pensiero, per mezzo dell'intermediazione del linguaggio (verbale e non verbale), è quindi uno dei meccanismi neurofisiologici di base del processo di cambiamento che avviene nella psicoterapia.

Le neuroscienze hanno ormai chiarito i meccanismi biologici della psicoterapia.

Vari Autori (Damasio, 1994, 1999, 2003; Edelman, 2006; Kandel, 2005; LeDoux, 2002; Siegel, 1999; Solms e Turnbull, 2002) ci mostrano 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 destro) e logico (emisfero sinistro) e l'integrazione delle loro funzioni, dando

luogo a una coerenza sia logica sia emotiva, 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 quindi giungere a curare anche i sistemi motivazionali alterati dalle dipendenze patologiche.

La terapia familiare del GAP presso il Ser.T.

La Regione Toscana prevede che i Servizi tossicodipendenze si occupino anche delle dipendenze senza sostanze e a tal fine i Ser.T. toscani sono denominati "Unità Funzionale Dipendenze". Al mio arrivo come responsabile della U.F. Dipendenze di Grosseto, nel maggio 2008, tra le prime iniziative ho assunto quella di iniziare a seguire pazienti affetti da GAP in un setting di terapia familiare.

Ho trovato una conoscenza modesta del modello sistemico-familiare, per cui per prima cosa ho organizzato nel 2009 una formazione con docenti della Scuola Romana di Psicoterapia Familiare (SRPF) per un totale di 10 giornate a cui hanno partecipato i 4 Ser.T. (Grosseto, Follonica, Orbetello e Amiata grossetana) e le 2 Comunità terapeutiche della nostra Provincia. La formazione sta proseguendo e l'ottica sistemica sta diventando un patrimonio del Servizio.

La U.F. è costituita da 3 medici, 1 psicologa (altre due sono da lungo assenti), 4 infermieri, 1 assistente sociale, 1 educatrice, 1 sociologa, 1 amministrativa.

Dati gli oltre 600 utenti "in carico" dobbiamo effettuare un "triage", differenziando in modo dinamico casi ad alta, media e bassa intensità di cure, indirizzando questi ultimi verso l'autoaiuto secondo il modello del "Chronic Care Model", adottato dalla Regione Toscana e da me modificato appositamente per il Ser.T., come ho illustrato nell'articolo "Chronic Care Model e intensità di cure: un modello di cura del Ser.T. basato sulle evidenze", pubblicato su Mission n. 29.

In questo contesto riesco sinora a seguire tutti i casi di Gap che si presentano al nostro servizio (per fortuna solo la punta dell'iceberg).

Il team terapeutico è composto, oltre a me (terapeuta familiare e docente della SRPF), dalla educatrice del servizio, che aveva svolto una precedente formazione al GAP e da una psicologa tirocinante che sta effettuando la formazione quadriennale in psicoterapia familiare presso l'ITF di Siena, che mi affiancano come co-terapeute.

L'accesso è diretto e il trattamento è gratuito.

La prima accoglienza viene effettuata dall'educatrice che registra i dati dell'utente; avviene quindi un primo incontro con me e le due coterapeute, della durata di circa 30-40 minuti, nel quale diamo inizio alla relazione, ascoltiamo (e ridefiniamo) la richiesta di aiuto e spieghiamo come lavoriamo: in équipe, facendo venire assieme al paziente i suoi familiari e videoregistrando le sedute, previo firma della liberatoria da parte di tutti i maggiorenni.

Gli incontri sono mensili, durano oltre un'ora e all'inizio effettuiamo 3-4 incontri di valutazione, al termine dei quali decideremo, sia noi che la famiglia, se proseguire con un percorso terapeutico.

Concordare 3-4 incontri di valutazione ci permette di stabilire con calma un buon legame con la famiglia e anche di definire meglio il setting e la richiesta di intervento. Di solito nel terzo incontro effettuiamo il genogramma, con pennarelli su una grande lavagna a fogli staccabili.

Nei primi incontri inoltre spieghiamo che il gioco d'azzardo è una cosa normale, che gioca oltre la metà della popolazione italiana dall'infanzia all'età avanzata e che si parla di patologia solo quando uno gioca "più di quanto possa permettersi": dicendo una verità scientifica e allo stesso tempo introducendo il tema del controllo, che rappresenta una peculiarità della terapia sistemico-familiare del GAP.

Le terapie avvengono nel mio studio, di circa 30 mq. con divano, una decina tra sedie e poltroncine e una grossa cesta piena di giochi per bambini.

La telecamera è in alto, su un mobile.

Il setting è "sporco": arrivano telefonate, talora entra qualcuno ecc.

Sinora ho seguito 23 famiglie con GAP.

22 pazienti hanno cessato il gioco patologico entro i primi 3-4 incontri di "valutazione preliminare"; un paziente non è tornato dopo il primo incontro (con la moglie e la figlia, di 9 anni, estremamente "genitorializzata").

Dei 22, 4 casi si sono dichiarati guariti, soddisfatti e hanno smesso di venire entro i primi 6 mesi, per cui li abbiamo considerati "fughe nella guarigione".

2 casi si sono stabilmente risolti, abbiamo concordato di cessare le sedute e cercheremo di effettuare "follow up" annuali per almeno 3 anni.

4 casi, ad esito favorevole, stanno diradando gli incontri ogni 2-4 mesi.

Le restanti 12 famiglie svolgono regolari sedute mensili.

I nostri principali strumenti sono quelli del modello sistemico-relazionale-simbolico-esperienziale: dalle ridefinizioni alla prescrizione di esercizi a casa, dal genogramma al lavoro sulle storie transgenerazionali, sui sottosistemi familiari, sul ciclo vitale, sulle soggettività, sulle emozioni, le appartenenze e i miti familiari, costruendo ipotesi e storie assieme alla famiglia e lavorando sulle loro risorse.

Una peculiarità della terapia risiede nel lavoro sul meccanismo del controllo.

Abbiamo visto che la caratteristica fondamentale del GAP sta nell'essere venuto meno ogni efficace controllo da parte del giocatore e questi gioca "più di quanto possa permettersi", per cui si presentano a noi due possibili scenari:

1. alcune famiglie vengono in terapia dopo che hanno già messo in atto meccanismi familiari di controllo efficace del GAP di cui è affetto il loro congiunto. Di fatto il paziente ha già smesso di giocare, non di rado del tutto, e di solito è il coniuge (oppure i figli o i genitori, a seconda dei casi) che si occupa di riscuotere lo stipendio o la pensione del giocatore e usare il denaro per pagare affitto, utenze, cibo ecc., evitando di darlo in mano al paziente. In questi casi il GAP è già risolto ma i familiari ritengono che il giocatore sia un vizioso o un malato che "deve esser guarito" e ci chiedono di togliere dalla sua mente il demone del gioco.

In questi casi la terapia familiare è quella di sempre (allargare l'area sintomatologica, ridefinire e far ripartire situazioni, emozioni, cognizioni cronicamente bloccate, sciogliere rigidità, lavorare sui riti e miti familiari, permettere che le persone possano attingere alle loro risorse ecc.), associata al lavoro specifico per rendere il controllo più efficace e flessibile, in particolare con la coppia costituita dal giocatore e dal partner;

2. la seconda tipologia è quella in cui non c'è ancora un contenimento efficace da parte dei familiari: anche se le perdite più forti, non di rado, sono già avvenute, anche adesso il giocatore continua a giocare e perdere buona parte del suo denaro e la famiglia, disperata, ce lo porta.

Questi casi sono quelli che si giovano dell'approccio peculiare al GAP: mentre effettuiamo una terapia sistemico-familiare chiariamo contemporaneamente alla famiglia come il GAP consista essenzialmente in una patologia del controllo, fornendo anche i chiarimenti scientifici, 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.

Come diceva Whitaker (1989), "noi siamo gli allenatori, la partita la giocano loro".

Un momento importante è quello in cui, come "compito a casa", diamo ai familiari la consegna di trovare quale sia, accordandosi tra loro, la cifra giusta che il paziente a loro giudizio possa spendere ogni mese "per divertirsi".

Ridefiniamo il gioco d'azzardo come una delle tante forme di divertimento possibili.

Sono fatti del loro congiunto scegliere i modi nei quali divertirsi, noi chiediamo ai familiari di accordarsi su quale debba essere la cifra mensile idonea, fatte salve tutte le spese prioritarie.

Si può considerare una specie di piccola "prescrizione invariabile" (ricordando quella famosa della Mara Selvini Palazzoli negli anni '80)...

Mentre la famiglia lavora su questo compito, via via affrontiamo le loro rigidità disfunzionali e fin dalle prime sedute queste famiglie sperimentano, spesso per la prima volta, capacità di contenimento e di controllo: sia sul piano emotivo che comportamentale.

Il lavoro sul sottosistema coppia è molto importante in questa seconda tipologia di famiglie perché di solito è il coniuge che dovrebbe assumere funzioni di controllo del denaro del giocatore, in modo da riservare al gioco solo la somma destinata al divertimento.

Ma è un compito meno facile del previsto.

Spesso occorre "stanare" il coniuge che si è occultato, ad esempio una moglie, dietro il paravento dei figli che "mettono lingua" nelle perdite al gioco del padre ognuno a modo suo, proponendo soluzioni differenti e creando una "Babele" che rende impossibile ogni reale controllo.

Per di più, invariabilmente il coniuge del giocatore prova una intensa gelosia nei confronti del gioco d'azzardo perché percepisce il forte impegno emotivo del giocatore nei confronti del gioco come una forma di tradimento.

Talora accade che il giocatore paragoni la vincita all'orgasmo sessuale e spesso il coniuge afferma che preferirebbe che il marito lo tradisse davvero con l'amante, piuttosto che con la macchinetta mangiasoldi: "Allora sì che saprei come far fuori la mia concorrente... con la macchinetta, invece, che posso fare?".

Nella terapia con la coppia, il tema del controllo del gioco del partner passa inevitabilmente attraverso la ridefinizione dei ruoli coniugali, dell'intimità e talora esplicitamente della sessualità. Dedichiamo allora una serie di sedute alla coppia, lasciando fuori le altre generazioni.

Spesso il gioco patologico e la conflittualità che ne deriva sono funzionali a una situazione di stallo coniugale.

È significativo come, procedendo con la terapia, il GAP sia scomparso sia nel caso di una coppia che si è nuovamente innamorata e ha ripreso anche una intensa attività sessuale, sia nel caso di una coppia che si è infine separata.

Quando la cronicità cessa e il tempo (Kronos) riparte, il GAP può perdere la sua funzione strutturante. In entrambi i casi il paziente non ha più ripreso il gioco problematico, acquisendo nei due opposti sviluppi del legame di coppia un buon controllo del gioco d'azzardo, senza giocare "più di quanto possa permettersi".

È evidente come il GAP fosse stato funzionale alla cronicizzazione del conflitto, risolta la quale la relazione di coppia ha potuto fare a meno del gioco patologico.

Nel contesto di un complessivo approccio sistemico familiare, la terapia del GAP si giova quindi di due elementi caratteristici:

1. la ridefinizione del GAP come vera e propria patologia consistente in una mancanza di controllo, che porta a giocare e perdere "più di quanto ci si possa permettere". Chiariamo alla famiglia i meccanismi neurofisiologici che rendono la dipendenza da gioco identica a quella da sostanze, e allo stesso tempo la relatività della definizione "più di quanto ci si possa permettere" chiama in causa l'intero sistema di relazioni del giocatore patologico e spalanca la porta al lavoro familiare sul controllo della spesa del denaro;
2. il lavoro, per l'appunto, sul controllo: che effettuiamo quando possibile col sottosistema della coppia.

La possibilità di un efficace controllo va offerta sin dall'inizio: non è accettabile che il paziente e la sua famiglia rimangano passivamente esposti, durante le sedute, alle conseguenze di un'economia familiare che prosegua ad andare in rovina.

Possiamo portare rapidamente la famiglia al controllo prescrivendo ai familiari di concordare la cifra lecita di perdite al gioco mentre, attraverso un accurato lavoro di ridefinizione, poniamo ogni familiare di fronte alla ineludibile scelta tra cantare attivamente nel coro di un efficace controllo familiare o permettere consapevolmente al loro congiunto di continuare a perdere tutto quello che gli pare.

Nel lavoro con la coppia è fondamentale tenere conto del fenomeno della collusione.

Sappiamo che la collusione è una modalità di incontro relazionale, un accordo reciproco e inconsapevole che determina un rapporto complementare in cui ognuno cerca di sviluppare parti di sé conformemente ai bisogni dell'altro, rinunciando a svilupparne altre che proietta nel compagno. L'altro viene scelto per affrontare il proprio bisogno e trovare soluzioni relazionali, in un intreccio tra possibilità di sperimentarsi e mantenere la vecchia identità.

Quando prevalgono modalità rigide e ripetitive la collusione è disfunzionale e patologica: il partner restituisce e mantiene rigidamente quella immagine negativa e carente di sé che l'altro si è creato (giocatore patologico), non permettendo la realizzazione di una identità più autentica.

Se le modalità collusive divengono sufficientemente flessibili, compaiono elementi positivi ed evolutivi e il rapporto di coppia diviene un completamento in cui il partner ci fa intravedere la possibilità di una crescita: egli sa fare qualcosa che noi non sappiamo fare e l'incontro alimenta in noi la speranza di poter accedere a quella competenza relazionale che l'altro sembra possedere così bene.

Il partner può contenere quelle nostre incompetenze scisse e proiettate e restituircele digerite e quindi utilizzabili, permettendoci di trattare con quegli aspetti che nella nostra storia erano diventati difficili (Mazzei, 2006).

Il lavoro sulla collusione e quello sulla flessibilità sono altri aspetti fondamentali della terapia con le coppie dei giocatori patologici.

Le sedute di terapia familiare, oltre che videoregistrate e riversate su DVD, vengono riassunte utilizzando una scheda ideata dalla dr.ssa La Mesa e dal dr. Daniele della SRPF di Roma e che dal marzo 2009 sta applicando e via via perfezionando il sottoscritto.

La scheda permette di registrare i vari aspetti importanti sia di contenuto che di processo e sta sostituendo vantaggiosamente la revisione della videoregistrazione.

Richiede pochi minuti per compilarla dopo la seduta e può essere riletta dall'equipe in un attimo, prima della seduta successiva. Con questo approccio i giocatori smettono di giocare in modo patologico entro i primi 2-3 incontri di terapia e di solito in 10-20 incontri (un anno e mezzo, due) il sistema familiare e il sottosistema giocatore-partner, nella nostra esperienza, hanno "caricato a bordo" una sufficiente flessibilità e autonomia nel controllo.

Alcune coppie sono soddisfatte così e terminiamo la terapia, proseguendo col follow up.

Altre coppie o famiglie chiedono di proseguire perché sentono il bisogno di affrontare altri problemi e altri cambiamenti.

Ovviamente continuiamo, mentre dentro di noi ci poniamo domande: è corretta la gratuità della psicoterapia al Ser.T., mentre nei Servizi di Salute Mentale la Regione Toscana chiede il pagamento di un ticket?

E come rispondere a un prevedibile numero di richieste sempre maggiore?

Rispetto a questa eventualità, ci proponiamo di far partire anche dei gruppi, sia di auto-mutuo-aiuto sia di sostegno più strutturato; stiamo svolgendo una specifica formazione in tal senso e la diversificazione degli interventi potrà essere oggetto di una futura comunicazione.

Bibliografia

- Damasio A. (1994), *L'errore di Cartesio*, Adelphi, Milano, 1995.
Damasio A. (1999), *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano, 2000.
Damasio A., *Alla ricerca di Spinoza*, Adelphi, Milano, 2003.
Edelman G.M. (2006), *Seconda Natura*, Raffaello Cortina, Milano, 2007.
Kandel E.L. (2005), *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Raffaello Cortina, Milano, 2007.
LeDoux J., *Il Sé sinaptico*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
Mazzei D., *La mediazione familiare*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.
Panksepp J., *Affective neurosciences. The Foundations of Human and Animal Emotions*, Oxford University Press, New York, 1998.
Siegel D.J. (1999), *La mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.
Solms M., Turnbull O. (2002), *Il cervello e il mondo interno*, Raffaello Cortina, Milano, 2004.
Whitaker C.A. (1989), *Confessioni notturne di un terapeuta della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1990.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno II, n. 7

MISSION n. 31

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

Direttore scientifico: Alfio Lucchini

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

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

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

Personalità Borderline ed Alcolismo: Aspetti Neurobiologici e Clinici

Hina Hinnenthal*, Felice Nava**, Michele Ferdico***, Mauro Cibin****

Summary

The co-morbidity of personality disorders of cluster B in alcoholics is very common. The most updated evidence suggests that both disorders may share similar psychopathological and clinical dimensions.

The review discusses the clinical management of borderline personality disorders and its correlation with alcoholism in term of epidemiological data, neurobiological basis and therapeutic options.

Keywords: *borderline personality disorders, dialectic behavioural therapy, alcoholism.*

Parole chiave: *disturbi borderline di personalità, terapia dialettico comportamentale, alcolismo.*

La frequente comorbidità tra disturbi di personalità, in particolare del “Cluster B” (antisociale, borderline, istrionico, narcisistico) e i disturbi da uso di sostanze ha fatto spesso pensare che ci siano delle dimensioni psicopatologiche e cliniche in comune tra i due tipi di disturbi. In questo articolo parleremo in particolare del disturbo Borderline in quanto entità più chiaramente delineabile

e reperibile nella realtà clinica, e su cui si è accentrata maggiormente la attenzione di clinici e ricercatori, e della sua relazione con l’Alcolismo in termini epidemiologici, neurobiologici e clinici.

Parte I: Cos’è un disturbo Borderline di personalità?

Tab. 1 - Criteri diagnostici del Disturbo Borderline di Personalità

Una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell’immagine di sé e dell’umore una marcata impulsività, comparse nella prima età adulta e presente in vari contesti, come indicato da cinque o più dei seguenti criteri:

1. sforzi disperati di evitare un reale o immaginato abbandono
2. un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall’alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione
3. alterazione dell’identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente e persistentemente instabili
4. impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, quali spendere, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate
5. ricorrenti minacce, gesti, comportamenti suicidari, o comportamenti automutilante
6. instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell’umore
7. sentimenti cronici di vuoto
8. rabbia immotivata
9. ideazione paranoie, o gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress

Nella tabella 1 appaiono parole come: instabilità affettiva, impulsività dannosa, “sforzi disperati”, “sentimenti di vuoto”, “stress”... che lasciano intuire che si tratta di

* Dipartimento Salute Mentale Integrato, U.O. Alcologia, ASL Imperia.

** Dipartimento per le Dipendenze, Az. Ulss 8 del Veneto, Castelfranco Veneto, Treviso.

*** Responsabile Ser.T. Sciacca, ASP Agrigento.

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

persone con un'alta sensibilità, che reagiscono eccessivamente agli stimoli ambientali.

È come se la soglia di risposta emozionale fosse ridotta e la risposta emotiva troppo intensa; l'emotività eccessiva porta a reazioni comportamentali estreme, mentre l'attenzione e l'elaborazione appaiono ristrette.

Pazienti Borderline facilmente non programmano e non focalizzano le possibili conseguenze delle proprie azioni nell'attimo della reazione impulsiva.

In questi momenti appaiono come animali feriti, che lottano come se da questo dipendesse la loro vita verso presunti pericoli, anche verso i potenziali salvatori.

Vivono come in uno stato duraturo di allerta e di minaccia.

Dopo un evento emotivo fanno fatica a tranquillizzarsi e a tornare a un livello emotivo accettabile. Anche dopo il ristabilimento di una calma apparente permane la stessa alta sensibilità per successivi stimoli emozionali.

Vi è una paura patologica di essere abbandonato e un desiderio di essere curato.

Questo dovrebbe essere assicurato da una specifica persona, un salvatore che è affettuoso e protettivo.

La posizione di base è quella di porsi in una dipendenza "affettuosa" da questo salvatore, salvo trasformare rapidamente il salvatore in un nemico quando non è immediatamente raggiungibile (è non è mai abbastanza raggiungibile!) (Benjamin L.S., 1993).

Marsha M. Linehan (1993) descrive questa apparente contraddittorietà dei pazienti come:

- Passività attiva: affrontare problemi in modo passivo, chiedendo attivamente aiuto alle persone di riferimento.
- Finta competenza: i pazienti sembrano a colpo d'occhio "competenti". Questo inganna facilmente nella valutazione della reale competenza a risolvere un problema.
- Crisi permanente: dopo una situazione di crisi i pazienti sono incapaci di tornare sul livello emotivo di "normale" funzionamento.
- Lutto inibito: situazione di continua esagerata richiesta emotiva dovuta a lutti inibiti/ non permessi.

Si nasce Borderline?

Kernberg (1975, 1980, 1994) sostiene che il disturbo borderline è frutto di esperienze interpersonali precoci.

M. Linehan sostiene che la genesi del borderline si colloca nel modello della "vulnerabilità verso stress" come era già stato introdotto da Nuechterlein (1984) per la schizofrenia.

Anche Mauchnik, Schmahl e Bohus (2006) descrivono questo forte intreccio tra fattori genetici, fattori ambientali ed eventi stressanti che possono portare alla espressione clinica della sindrome.

La sintomatologia della affettività sregolata, la forte impulsività e il quadro comportamentale dissociativo con comportamento automutilanti è correlata a tracce organiche che sono visibili sia nelle metodiche del neuroimaging (atrofia dell'amigdala e dell'ippocampo) sia con l'EEG (rallentamento e aumento delle fase REM nelle polisonnografie), i potenziali evocati (aumento delle risposte di trasalimento agli stimoli acustici).

Come correlati bio-organici si osserva una ridotta trasmissione serotoninergica associata alla impulsività aggressiva e una disfunzione prefrontale e limbica nella genesi dei sintomi dissociativi.

Se un bambino che nasce con questa feribilità emotiva genetica/organica incontra, dopo la sua nascita, la madre o in generale la prima persona di riferimento, serena e solare, con "una luce negli occhi", per usare un'immagine di Winnicott, si può considerare fortunato: questa madre sopporterà e tollererà la sua irritabilità generale, gli attacchi di rabbia esagerata, i pianti nella notte con un sonno maggiormente interrotto rispetto ai coetanei.

Questa madre crea per questo bambino un contenitore affettivo in cui può maturare e imparare a decifrare e contenere questa sua emotività feribile.

Può magari evitare questo circuito pericoloso tra stress, trauma, ulteriore stress, ulteriore trauma come invece succede nel caso in cui il bambino feribile nasce in una famiglia già stressata, magari proprio per l'evento che ha già "danneggiato" anche il bambino (come nel caso di un parto difficile, di una depressione post partum della madre o di un abbandono del nucleo familiare da parte del padre ecc.). Nell'interazione tra il bambino che rappresenta una sfida educativa maggiore rispetto ad altri e l'ambiente familiare "invalidante", come lo descrive la Linehan, è messo in crisi il corretto contatto con la propria emotività.

Si comincia presto nella ricerca di stimoli che sono in grado di controllare la parte affettiva insopportabile.

Qui facilmente colludono le figure genitoriali e il bambino peggiorando involontariamente il fenomeno: troppa TV, troppi giochi elettronici, poco sport o attività in cui si deve essere in diretto contatto con altri bambini (e così manca ulteriormente la potenziale esperienza correttiva nella convivenza con altri), troppi cibi a base di zuccheri.

Quest'ultimo fattore è ulteriormente negativo a livello metabolico tale ad condurre ad una alterazione dell'asse ipotalamo – ipofisario – surrenalico allo stress tale da indurre un rallentato smaltimento dei livelli elevati di glucosio.

Aumentando i livelli plasmatici di insulina, del cortisolo e di altre molecole dell'asse dello stress, si registra un'eccessiva disponibilità di zuccheri al livello dei recettori dell'insulina.

Questo meccanismo induce come feedback una sensazione di fame e ad uno smaltimento alternativo degli

zuccheri verso grassi intracellulari, con un conseguente stress ossidativo che disturba i processi intracellulari di trasduzione del segnale.

Di conseguenza si crea facilmente un notevole aumento di peso ed un aumento del rischio di malattie degenerative (Petersen & Shulman, 2006; Reaven, 2004).

A volte l'occhio clinico riconosce persone, in particolare donne, con problemi di disregolazione emotiva, già dall'aspetto fisico.

Si trasmette così, anche all'occhio non clinico del semplice osservatore, un senso di distacco di queste persone verso il mondo.

Come se queste donne volessero "sparire", smarrire nel proprio corpo.

Questo fatto porta facilmente a un'ulteriore auto-svalutazione, a una riduzione del movimento, aumentando però così di nuovo la sensazione di essere esclusi dal gruppo, dalla felicità e dalla vita normale degli "altri".

Si crea presto una specie di confusione tra desiderio, bisogno di affetto, di "cure e coccole" (maternal care), fame, desiderio sessuale e appare invece una sensazione inspiegabile e poco tollerabile di "vuoto" e "ghiaccio" che si alterna con stati emotivi di "troppo" e "insopportabilmente forte". L'emozione della vergogna e della feribilità generale rimane un tratto di base del carattere, e la fiducia nelle relazioni è fragile, oscillante tra la troppa e la troppa poca fiducia.

Sembra che manchino le antenne di allarme per la vita. Il sistema emotivo non decifra bene i stati emotivi degli altri visto che è già in difficoltà con i propri sentimenti.

Personalità e neurobiologia nel Disturbo Borderline

Per quanto il quadro concettuale del disturbo borderline di personalità resti a tutt'oggi centrato su modelli psicodinamici, alcune linee di ricerca sperimentali e cliniche si sono orientate nell'esplorazione di come alcune condizioni di stress infantile, provocate dalle relazioni precoci di attaccamento con la madre (caregiver), possano essere in grado di influenzare le proprietà fisiologiche del tono, dell'intensità e della frequenza di scarica di quei circuiti neuronali, di origine sotto-corticale (la cosiddetta area limbica, sede anche della memoria breve), che regolano l'emotività adulta.

Per dirla con Jaak Panksepp "tutte le patologie mentali condividono delle disregolazioni delle attività fisiologiche dei neuroni catecolaminergici e oppioidi che costituiscono i circuiti di base dell'emotività" (Panksepp, 2003); pertanto non sorprende che particolari esperienze disturbanti che possono verificarsi nella prima infanzia, intesa dal punto di vista neurobiologico come una particolare fase di vulnerabilità in cui i circuiti neuronali che regolano l'emotività, possono essere profondamente modificati dalle prime esperienze relazionali nella taratura dei propri parametri fisiologici.

Le disregolazioni emotive della prima infanzia si mantengono stabili nel tempo e rappresentano una base neurobiologica utile per comprendere l'organizzazione psicopatologica del paziente Borderline. Inoltre, tenendo conto dell'attuale visione di una forte embricatura dei processi affettivi con quelli razionali, si assume attualmente che le disregolazioni emotive della prima infanzia determinino un difetto nella funzione di "mentalizzazione", intesa come la capacità di dare un senso alle proprie azioni e a quelle degli altri attraverso la comprensione degli stati mentali (emozioni, credenze, desideri, idee) di sé e degli altri (Fonagy, 2001), ed aumentino il rischio di episodi psicotici, in situazioni di forte pressione emotiva.

Il comportamento umano è sempre più interpretato come l'espressione di una "dual mind", di due processi operativi che permettono una rappresentazione della realtà (interna e ambientale) a due velocità.

Il primo processo operativo, di natura affettiva, è rapido, non necessita di particolari sforzi elaborativi ed è quindi rappresentabile in modo automatico e senza spreco di energia; è un processo in larga parte inconscio, inflessibile e altamente dipendente dal contesto in cui è stato costruito.

Il secondo processo operativo, razionale, è lento e dispendioso in termini di energia, controllabile, flessibile e meno dipendente dal contesto.

È un processo che necessita di una memoria di lavoro (working memory) come requisito di base; pertanto è un processo cosciente ed esplicito.

L'aspetto rivoluzionario del modello "dual mind" è che i due processi non sono strettamente correlati in modo gerarchico, ma sono in larga parte inter-dipendenti, nel senso che "... si combinano e competono nel determinare un unico comportamento" (Evans & Frankish, 2009). In tal senso, la separazione netta di processi emotivi e razionali assume sempre minor senso.

In ogni caso il paziente Borderline a livello della memoria è come un'orchestra senza dirigente: le memorie (quella più emotiva, dove è anche la principale sede dei ricordi postraumatici e quella più razionale, dove vengono programmati le azioni e le valutazioni) non suonano "la stessa musica", come se il mondo fosse scisso o la persona stessa si vivesse in più mondi.

Il "sentire" e il seguente "fare" vengono così facilmente scollegati tra di loro.

Il paziente viene percepito dagli altri come "pazzo", o "esagerato".

E lui o lei stessa non capisce a distanza di poche ore, pochi giorni le proprie reazioni comportamentali.

Le emozioni e le loro disregolazioni

Nei suoi studi sulla neurobiologia dell'affettività Panksepp (2006) distingue 8 emozioni di base associate ai

compiti primari della sopravvivenza e dell'intelligenza sociale, il cui compito è quello di modulare in modo flessibile il repertorio dei comportamenti di un individuo alle esigenze ambientali. Sul piano biologico le emozioni di base corrispondono a specifici circuiti neuronali, che si integrano e si assemblano grazie all'incessante lavoro di specifici neurotrasmettitori e di neuromodulatori, in grado di mantenere e/o modificare i ritmi di attività biologica dei circuiti emotivi.

Le emozioni di base sono: la motivazione generale positiva, la curiosità, la rabbia, l'ansia, la sessualità, la cura materna associata alla nutrizione, il panico collegato alla separazione, e il gioco.

Il sistema oppioide è ampiamente rappresentato nella modulazione di tutte le tonalità positive delle emozioni di base.

E gli oppioidi hanno un ruolo rilevante nella modulazione delle emozioni di base che sono coinvolte nella sindrome Borderline: la gioia del gioco (+/-), il panico della separazione (-), la cura materna (+/-), la curiosità (+).

Si tratta di emozioni maturate presto nella vita.

Il panico da separazione, che è considerato come una dimensione emotiva fondamentale della sindrome Borderline, è un'emozione fortemente modulata dagli oppioidi e viene attivata energeticamente nel caso della loro mancanza.

Panksepp (2003), a tal proposito, riporta delle interessanti analogie tra la sintomatologia del panico come emozione attivata dalla carenza di oppioidi e la crisi di astinenza da oppioidi nei soggetti dipendenti dall'eroina.

Negli schemi delle emozioni di base, la dopamina, il neurotrasmettitore chiave dell'apprendimento e del mantenimento di comportamenti motivati invece è coinvolta, per esempio, nella modulazione della cura materna.

Nel loro complesso la dopamina e gli oppioidi sembrano i due sistemi di neurotrasmissione che mostrano un ruolo di fondamentale importanza nello sviluppo dell'attaccamento.

Bisogna immaginarsi che non esiste una semplice correlazione tra i fattori genetici e la loro espressione fenomenologica emotiva.

Tuttavia, è verosimile aspettarsi da un attaccamento fiducioso e sicuro alla madre una migliore espressione fenotipica di questi circuiti neuronali, che li rende capaci di fornire, nel loro complesso, una modulazione più fine dei toni affettivi in risposta agli stimoli ambientali e di offrire una particolare resistenza ad eventi disturbanti e traumatizzanti.

Nei modelli biologici dell'ansia su modelli animali, si è osservato come una buona "maturazione" dei sistemi di neurotrasmissione del panico, attraverso i buoni legami di attaccamento, sia in grado di compensare la "lettura genetica", cioè i fattori di rischio genetico per i disturbi d'ansia (Leonardo & Hen, 2008).

Emerge così, dalle neuroscienze dell'affettività, il fatto che la fisiopatologia dei sistemi di neurotrasmissione

possa essere intesa come un insieme di piccole proprietà capaci, nel loro insieme, di modulare "toni" (attività di scarica di fondo) e "fasi" (attività veloci, rapide, che permettono di modificare radicalmente gli stati mentali). Sono queste caratteristiche quelle che determinano le soglie della reattività emotiva degli individui in un'ottica di contesto in cui va sempre bilanciata, per le proprie valutazioni e decisioni, la necessità di assolvere i propri mandati biologici, ancestrali, con le opportunità offerte dall'ambiente.

Al contrario, le esperienze di privazione sociale, di rifiuto e di separazione dal caregiver sembrano provocare un'imperfetta maturazione del sistema oppioide, che risulta così insufficiente a garantire quel tono di necessario per la costruzione di una competenza sociale soddisfacente e adeguata (Nocjar & Panksepp, 2007).

Nel caso in cui si verificano esperienze traumatiche e stressanti il sistema oppioide sembra svilupparsi in modo bifasico, privo di una qualsiasi regolazione fine (di un "fine tuning") a sostegno di qualsiasi esperienza. Si osserverà così una polarità "off", a basso tono oppioide, che corrisponde al tono emotivo di base, e quindi sempre pronto ad attivare i circuiti emotivi del panico da separazione, e una polarità "on", ad alto tono oppioide, in quei casi di esperienze fortemente gratificanti e stimolanti o nel caso di un'assunzione tossicomane di oppiacei.

È solo in questi casi che i soggetti con un sistema oppioide "bifasico" sono in grado di provare una profonda gratificazione dalle relazioni con gli altri e con l'ambiente.

Anche il tono dopaminergico, che sostiene gli apprendimenti motivati, tende a seguire lo stesso orientamento.

Il materiale genetico però non è "rotto", è solo inespresso o espresso male.

Questo a livello terapeutico fa pensare che per fattori di plasticità in momenti più fortunati e favorevoli della vita di un paziente Borderline questi sistemi fragili possono anche migliorare e parzialmente correggersi o anche peggiorare con l'esperienza delle vita.

In effetti persone diagnosticate come franchi pazienti Borderline, in altri momenti della loro vita possono apparire quasi normali.

Parte II: Disturbo Borderline ed Alcolismo: Neurobiologia, Epidemiologia e Trattamento

Borderline ed alcol: correlazioni neurobiologiche

Le attuali conoscenze neurobiologiche dei due disturbi non permettono ancora di postulare un modello patoge-

netico chiaro e plausibile sulla natura della correlazione tra abuso/dipendenza da alcol e disturbo borderline di personalità.

Se si prendono in analisi gli effetti farmacotossicologici indotti dall'alcol, gli elementi che potrebbero sostenere un'ipotesi di correlazione tra i due disturbi sono l'azione dell'alcol sulla dopamina e, soprattutto, sul sistema oppioide, giacché in questi ultimi anni è stata avanzata un'ipotesi specifica circa uno stato deficitario del sistema oppioide nei soggetti affetti da disturbo borderline di personalità (New & Stanley, 2010).

Quest'ipotesi si basa sull'osservazione in questi soggetti di una riduzione del livello plasmatico delle β -endorfine e delle met-enkefaline e, a livello genetico, di una forte correlazione con il polimorfismo del gene del recettore μ degli oppioidi (Stanley & Siever, 2010).

Queste associazioni sono frequenti, in particolare, in quei soggetti borderline ad alto rischio di comportamenti auto-lesivi (tagli, piccole mutilazioni, piercing), stimolando un'ulteriore ipotesi che tali atti sono in qualche modo mirati ad innalzare la produzione endogena di oppioidi.

È noto che l'alcol provoca un aumento extracellulare delle endorfine a livello del nucleus accumbens (NAc), contribuendo ad amplificare le componenti rewarding dell'alcol, oltre a quelle legate ad un'azione diretta sulla dopamina nel NAc, attraverso un'attivazione del firing neuronale dei neuroni dopaminergici dell'area ventrale tegmentale (VTA) mesencefalica (Gessa, 1986).

A tal proposito va ricordato che l'impiego del naltrexone nella terapia dell'alcolismo (almeno di alcuni suoi sottotipi) trova il suo razionale sulla base di quanto emerso in diversi studi condotti sugli effetti dell'alcol sul target dopamina-oppioidi.

La somministrazione sistemica e locale di antagonisti degli oppioidi riduce il rilascio di dopamina nel NAc indotta da alcol; sul piano comportamentale la somministrazione di antagonisti dei recettori μ e delta degli oppioidi riduce i consumi di oppioidi e nei paradigmi sperimentali su modelli animali riducono le risposte operanti e l'attivazione motoria indotte dall'alcol (Weiss & Porrino, 2002); infine, i comportamenti di ricerca dell'alcol (ethanol seeking), indotti da stimoli associati all'alcol, sono modulati dalla manipolazione farmacologica del sistema oppioide.

Anche in questo caso gli antagonisti degli oppioidi riducono i comportamenti di ricerca dell'alcol indotti da stimoli ambientali (Ciccocioppo, 2002).

Sulla base di quanto detto in precedenza sull'ipotesi della deficitarietà dell'attività oppioide nei pazienti affetti da un disturbo borderline di personalità, si potrebbe ipotizzare che questi soggetti siano sensibili agli effetti dell'alcol nella misura in cui l'assunzione di tale sostanza eleva il tono oppioide, migliorando così tutte le tonalità positive delle emozioni di base, di cui il sistema oppioide è uno dei più importanti modulatori.

Va comunque fatto notare che la suggestione delle correlazioni tra gli effetti dell'alcol e il sistema oppioide non siano gli unici elementi che potrebbero far presupporre l'incidenza di un abuso/dipendenza da alcol nei soggetti borderline.

Recenti studi neuropsicologici hanno evidenziato come l'alcol provoca una disfunzione dei processi cognitivi che decodificano i segnali della comunicazione emotiva, attraverso un impairment dell'attività della corteccia prefrontale, delle aree limbiche, del cervelletto e della conduzione nella sostanza bianca cerebrale.

Nei paradigmi osservati negli studi neuropsicologici è emerso che nelle situazioni interpersonali l'alcol peggiora la capacità di comprensione della prosodia, un aspetto non verbale del linguaggio che trasmette significati emotivi dell'interlocutore durante una conversazione.

Inoltre, gli alcolisti sembrano incapaci di interpretare correttamente le inflessioni emotive delle espressioni vocali e facciali durante una conversazione, sovrastimandone inconsapevolmente l'intensità (Oscar-Berman & Bowirrat, 2005).

La disorganizzazione delle rappresentazioni emotive indotte dall'alcol potrebbe trovare un punto di incontro con il modello biosociale della personalità borderline, proposto da Linehan nel 1993, che considera tale disturbo il punto di arrivo di complesse disregolazioni emotive che si osservano principalmente nelle relazioni interpersonali. In particolare, gli ambienti disfunzionali in cui sono posti i pazienti borderline sin dalle prime relazioni non permettono loro di apprendere un'appropriata comprensione e un valido riconoscimento dei messaggi emotivi che ricevono e, di conseguenza, la loro capacità di regolare e tollerare le reazioni emotive nelle relazioni interpersonali risulta sempre critica, oscillando rigidamente tra l'inibizione emotiva e l'estrema labilità (Crowell e Linehan, 2009).

Gli effetti dell'alcol, in un sistema di rappresentazioni emotive così rigido e bifasico, tendono a cristallizzare ulteriormente tale sistema nella misura in cui riducono la capacità di comprensione cognitiva della comunicazione emotiva interpersonale e disinibiscono ulteriormente la regolazione delle emozioni di base, conferendo al quadro delle relazioni interpersonali una componente di forte precarietà e instabilità.

Borderline ed alcol: epidemiologia

Il disturbo borderline è descritto dai principali sistemi nosografici delle malattie mentali (come il DSM o l'ICD) sulla base di criteri che si possono facilmente riscontrare in un consumatore di sostanze.

La forte impulsività, le frequenti fluttuazioni del tono dell'umore, le sensazioni di vuoto e di svilimento esistenziale, l'immagine distorta e fallimentare di Sé, la difficoltà di comprendere il senso delle proprie azioni e

delle proprie relazioni interpersonali rappresentano un territorio psicopatologico comune ai due tipi di disturbi. Numerosi studi hanno dimostrato una elevata comorbidità fra alcolismo e disturbi di personalità.

In particolare esiste un'ampia quantità di dati epidemiologici e clinici che suggeriscono una forte correlazione tra il disturbo borderline di personalità e i disturbi da uso di sostanze.

L'analisi epidemiologica condotta con studi sistemici sulla popolazione generale attesta che la prevalenza del disturbo borderline nella popolazione generale è del 2-5%, mentre tra i soggetti che fanno uso di sostanze aumenta considerevolmente, dal 46% (Darke *et al.*, 2004) al 65% (Trull *et al.*, 2000).

In particolare, uno studio ha dimostrato che il 48.8% dei soggetti che soffre di un disturbo borderline di personalità riconosce anche i criteri per una diagnosi di alcolismo, mentre fra gli alcolisti ben il 13% presenta i criteri per la diagnosi di un disturbo di personalità di tipo borderline (Trull *et al.*, 2000). Recenti studi dimostrano che fra i consumatori di alcol con un disturbo di personalità, il cluster B è quello più rappresentato (Tragesser *et al.*, 2007; 2008; Zikos *et al.*, 2010).

È interessante notare come gli alcolisti in comorbilità con un disturbo di personalità di cluster B presentino un più elevato tasso di impulsività nel bere, una tendenza più precoce al drop out al trattamento ed una più rapida predisposizione alla ricaduta (Zikos *et al.*, 2010).

In particolare, diversi studi hanno dimostrato come gli alcolisti con un disturbo di personalità di tipo borderline presentano rispetto ai "semplici" alcolisti una forte incapacità a ritardare la gratificazione della bevuta ed a controllare il potus (Dom *et al.*, 2006a; Rubio *et al.*, 2007).

Un interessante studio ha dimostrato che nella classificazione degli alcolisti secondo Babor il tipo B presenta una maggiore tendenza alla comorbidità con i disturbi di personalità di cluster A e B ed in particolare con il disturbo borderline, antisociale ed evitante di personalità (Bottlender *et al.*, 2006). Tale studio del resto conferma un altro che aveva suggerito che i disturbi di personalità di cluster B sono più frequenti negli alcolisti di tipo II della classificazione di Cloniger (Driessen *et al.*, 1998).

Un altro studio ha dimostrato come gli alcolisti con disturbo di personalità di cluster B risultino essere tendenzialmente più giovani e con una più lunga storia di alcoldipendenza rispetto al gruppo degli alcolisti affetti da altri disturbi di personalità (Nordholm, Nielsen, 2007).

Inoltre una ricerca ha dimostrato come gli alcolisti che presentano un disturbo di personalità di cluster B oltre ad essere più giovani possono presentare una maggiore tendenza all'ideazione suicidaria e soffrire in più alta percentuale di disturbi di ansia e depressivi (Carballo *et al.*, 2007).

Gli studi hanno anche dimostrato come gli alcolisti in comorbidità con disturbi di personalità di cluster B presentano anche degli importanti deficit neuropsicologici (Dom *et al.*, 2006b).

In particolare uno studio ha dimostrato che questa tipologia di alcolisti presenta una evidente alterazione del decision making valutato con l'Iowa Gambling Task tale anche da spiegare perché questa classe di pazienti possa anche presentare una maggiore tendenza al poliabuso e ad incorrere in problemi sociali, familiari e legali (Dom *et al.*, 2006b).

Gli studi dimostrano anche un peggiore esito del trattamento negli consumatori di sostanze in comorbilità con i disturbi borderline di personalità.

Un follow-up a 12 mesi di pazienti che all'inizio del trattamento per la propria dipendenza presentavano un disturbo Borderline di personalità ha registrato una ridotta permanenza in trattamento, con frequenti uscite ed entrate (sebbene non diminuissero i giorni cumulativi di terapia rispetto agli altri pazienti) e un'alta incidenza di comportamenti a rischio di suicidio, di contrarre malattie infettive correlate allo scambio di siringhe e di attività illegali (Darke, 2005).

A 36 mesi gli esiti del trattamento restavano pressoché invariati, con una forte riduzione del consumo di eroina e una maggiore stabilizzazione clinica ma, di contro, un'alta incidenza di attività criminali, di episodi di depressione maggiore, di overdose, di problemi legati allo scambio di siringhe e di malessere psicologico generale (Darke *et al.*, 2007).

La concorrenza di un disturbo Borderline associato alla dipendenza da sostanze rappresenta quindi un serio problema clinico e fare diagnosi di entrambi i disturbi diventa importante in termini di ottimizzazione della gestione clinica e per una valutazione prognostica.

Va comunque fatto notare che se può apparire relativamente agevole porre una diagnosi di dipendenza da sostanze, risulta alquanto complessa l'indagine clinica che porta ad una diagnosi del disturbo Borderline di personalità.

Come è stato giustamente prospettato da certi autori (Darke, 2007), la diagnosi del disturbo Borderline è essenzialmente basata sulla conoscenza delle caratteristiche della personalità del paziente, quindi su un modello di comprensione psicodinamico, e non può essere desunta dalla semplice osservazione dei comportamenti evidenti del paziente o dall'esecuzione di scale di screening sintomatologiche.

Altresì, l'outcome del trattamento non può essere desunto dalla regressione dei sintomi osservati nei pazienti Borderline all'inizio del trattamento.

Di seguito gli aspetti clinici di base della personalità borderline così come gli elementi di trattamento sia farmacologico che psicoterapeutico che risultano validi anche per i pazienti alcolisti in comorbilità.

Boderline ed alcol: trattamento

Il disturbo borderline è descritto dai principali sistemi nosografici delle malattie mentali (come il DSM o l'ICD) sulla base di criteri di frequente riscontro anche nei soggetti con Dipendenza da alcol.

La forte impulsività, le frequenti fluttuazioni del tono dell'umore, le sensazioni di vuoto e di svilimento esistenziale, l'immagine distorta e fallimentare di sé, la difficoltà di comprendere il senso delle proprie azioni e delle proprie relazioni interpersonali rappresentano un territorio psicopatologico comune ai due tipi di disturbi.

La presenza di un disturbo borderline si associa a maggiore gravità dell'alcolismo, con inizio precoce del bere e dei problemi alcol correlati e maggiore compromissione fisica e sociale.

Dal punto di vista del trattamento, esso risulta più difficoltoso, sia per l'uscita precoce dal trattamento stesso che per le più frequenti ricadute (Martinez-Raga J. *et al.*, 2002; Preuss U.W. *et al.*, 2009).

La concorrenza di Alcolismo e Disturbo Borderline rappresenta quindi un serio problema clinico e fare una corretta diagnosi diventa importante in termini di gestione clinica e di valutazione prognostica.

Vista l'alta incidenza della correlazione tra i due disturbi, è importante che chi si occupa di Problemi Alcol correlati e di Alcolismo abbia una buona conoscenza del disturbo Borderline per porre un'esatta diagnosi e una valutazione delle relazioni che esistono tra i due disturbi.

La tipologia di Cloninger

Per descrivere il trattamento dell'alcolista con personalità border è utile fare riferimento alla tipologia di Cloninger (Cloninger *et al.*, 1981; Cloninger, 1987; Leggio *et al.*, 2008; Leggio *et al.*, 2009).

Questa classificazione, che è parte di un modello psicobiologico della personalità (Cloninger, Svrakic, 2009), è nata da studi genetici e si è via arricchita di elementi diagnostici e prognostici, ed è stata applicata a varie forme di dipendenza (cocaina, eroina, cannabis...) (Modestin *et al.*, 2005, De Bet *et al.*, 2003).

In realtà alcuni studi evidenziano come questa classificazione non sia in grado di "inquadrare" tutti gli alcolisti, molti soggetti sfuggono e non sono classificabili; non vi sono inoltre test o markers biologici in grado di distinguere con sufficiente precisione i due tipi.

Tuttavia a nostro parere nella pratica clinica è utile tenere in mente la tipologia di Cloninger perché essa costituisce un utile schema di riferimento.

Va inoltre precisato che la tipologia di Cloninger non riguarda la gravità del comportamento alcolico o tossicomane: in entrambi i tipi l'uso di alcol e sostanze può essere molto grave e portare a fenomeni di cronicizzazione.

Tab. 2 - La tipologia di Cloninger

Tipo I:

Inizio tardivo, reattivo a eventi accaduti nel corso della vita (traumi lutti, situazioni "di passaggio")

Comportamento prevalente: evitamento (harm avoidance)

Base neurobiologica: deficit del sistema dopaminergico

Effetto ricercato: ansiolitico/antidepressivo, rilassamento psicofisico

Craving: relief craving (desiderio di ridurre la tensione)

Capacità di gratificazione: Buona

Capacità di contatto con gli altri: Buona

Storia di vita: "vita vissuta" in cui l'alcolismo appare come un incidente o una complicità

Tipo II:

Inizio precoce, evoluzione rapida, associato a componente genetica

Comportamento prevalente: ricerca sensazioni intense (Novelty Seeking)

Neurobiologia: deficit serotoninergico (decremento Sert)

Effetto ricercato: gratificazione

Craving: reward craving (desiderio di ricompensa)

Maggiore risposta ai potenziali auditivi evocati

Associazione con disturbi antisociale e borderline di personalità

Capacità di gratificazione: scarsa (esd. Reward Deficiency Syndrome)

Capacità di contatto con gli altri: scarsa e problematica

Storia di vita: vita improntata dal rapporto con l'alcol e le sostanze

Dal punto di vista del trattamento i pazienti di tipo I rispondono bene ad un intervento relativamente "leggero" basato su motivazione, prevenzione della ricaduta, farmacoterapia del craving e appoggio a gruppi di auto aiuto.

Si tratta di pazienti che una volta messi nelle condizioni di affrontare il loro problema con l'alcol e le situazioni di vita connesse al problema, stanno globalmente bene e sono nella maggior parte dei casi in grado di riprendere la propria vita sociale e familiare.

Per i pazienti di tipo II invece il discorso è più complesso: essi richiedono interventi multipli e continuativi nel tempo, in cui spesso è necessario affiancare anche il supporto sociale.

Accanto al programma finalizzato alla inibizione del potus, analogo a quello previsto per il tipo uno, per questi pazienti è necessario prevedere interventi sia di tipo medico che psicologico mirati alla stabilizzazione della emotività disfunzionale.

Per questi soggetti è spesso indicata una comunità più lunga e contenitiva; essi possono usufruire anche dei programmi brevi, ove questi siano ben collegati con i servizi ambulatoriali.

Il trattamento del border/alcolista coincide dunque col trattamento del tipo II di Cloninger: un programma in cui vengono associati interventi sul potus ad interventi mirati alla gestione emotiva e degli altri comportamenti disfunzionali, sia in setting ambulatoriale che residenziale.

Tab. 3 - Tipo II di Cloninger: Terapia

Inibire l'uso di alcol e altre sostanze con interventi di prevenzione della ricaduta (farmaci+counseling+ autoaiuto)
Interventi mirati alla gestione i vissuti emotivi disfunzionali:
– Psicofarmaci
– Psicoterapia dialettico-comportamentale (Linehan *et al.*, 2007)
Programmi residenziali di media durata (max 4 mesi)
Interventi di supporto sociale

In realtà non si tratta di una semplice somma di elementi, ma della applicazione di essi in un programma personalizzato e spesso cangiante nelle varie fasi.

La terapia psicofarmacologica

Il medico spesso deve fare i conti con pazienti Borderline che gli richiedono con insistenza la prescrizione di psicofarmaci.

Il paziente borderline infatti tende a voler modulare i propri stati emozionali con l'uso di farmaci in particolare benzodiazepine.

Questo stato di cose porta spesso il medico a “cedere” sulle prescrizioni richieste e sovente questi pazienti divengono abusato di farmaci, con o senza alcol ed altre sostanze.

È necessario dunque una attenta valutazione di tutti gli aspetti delle terapie farmacologiche, inclusi quelli legati alla loro “gestione” nella vita quotidiana, non dimenticando che comunque una adeguata terapia psicofarmacologica può essere di notevole aiuto.

Va inoltre tenuto presente come in questi pazienti spesso la prescrizione psicofarmacologica assuma il senso di “gestione emotiva” temporanea, in situazioni di crisi o nel corso di interventi psicoterapici.

In particolare in quest'ultimo caso è necessario una costante modulazione della psicofarmacologia sulla base della evoluzione del paziente, della acquisizione di nuove capacità personali.

Questa delicata operazione dovrebbe essere sempre condotta dal medico in stretta collaborazione con lo psicoterapeuta (quando le due figure non si identifichino). Con questi pazienti è altresì particolarmente importante che chi prescrive i farmaci assuma un atteggiamento che valorizzi la consapevolezza e la collaborazione del paziente nella gestione della farmacoterapia, in maniera sinergica con gli interventi psicoterapici.

La prescrizione farmacologica nei pazienti borderline richiede dunque un atteggiamento diverso di quanto abitualmente avviene in altri pazienti psichiatrici, sia in termini di frequenza dei controlli, sia in termini di rapporto terapeutico.

Nella scelta dei farmaci, comunque basata sui sintomi presentati, è opportuno preferire:

- antidepressivi serotoninergici;

- stabilizzatori d'umore (p.e. antiepilettici di ultima generazione);
- neurolettici, preferendo quelli di ultima generazione;
- melatonina per i disturbi del sonno.

Se necessaria la prescrizione di benzodiazepine, vanno preferite quelle con emivita breve

Anche alcuni farmaci sostitutivi, usati specificamente per il trattamento delle dipendenze, quali il metadone e la buprenorfina possono avere una importante azione di stabilizzazione emotiva, che risulta spesso utile nel trattamento della comorbilità dipendenza/disturbo di personalità.

Sembra che più è grave il disturbo emotivo di stile “on-off”, più diventa utile l'utilizzo del metadone come agonista puro; se il paziente invece ha ancora un “fine tuning” emotivo funzionante il metadone può essere sentito come troppo anestetizzante: in questi casi è preferibile la buprenorfina.

Le caratteristiche della personalità border, in particolare la impulsività fanno sì che taluni farmaci di uso comune nella prevenzione della ricaduta nell'alcol vadano usati con prudenza.

Questo vale in particolare per il disulfiram ed il sodio oxibato.

Nell'uso del disulfiram va tenuta presente in primo luogo la incostanza di questi pazienti, che fa sì che questa terapia sia spesso inefficace; la impulsività inoltre spesso è alla base di episodi di reazioni alcol/disulfiram anche gravi.

Questo farmaco è inoltre capace di inibire l'attività della dopamina beta-idrossilasi ed aumentare i livelli centrali di dopamina, caratteristica che ne giustifica l'indicazione nel cocainismo e nel poliabuso alcol/cocaina (Cibin M. *et al.*, 2010), ma che può alterare ulteriormente la situazione emotiva dei pazienti borderline.

Il disulfiram va dunque proposto a pazienti ben selezionati e fortemente consapevoli, eventualmente con assunzione supervisionata (Mutscher J. *et al.*, 2010).

Il sodio oxibato è efficace nel ridurre il craving di questi pazienti (ricordiamo che si tratta di un reward craving, dopaminergico): il problema sta nel rischio di comportamenti di abuso acuti e cronici (analogamente ad altre situazioni caratterizzate da elevata impulsività, quali il cocainismo attivo).

Anche in questo caso è necessaria una attenta selezione dei pazienti ed una assunzione supervisionata del farmaco.

La Psicoterapia

Fino a pochi anni fa la sindrome Borderline veniva considerata pressoché incurabile: questi pazienti venivano ritenuti piuttosto dei manipolatori che veri pazienti sofferenti.

Solo dopo i primi lavori di Kernberg e Kohut, e più tardi della Linehan, abbiamo avuto una nuova visione clinica del trattamento dei soggetti borderline.

Se è vero che i pazienti non possono cambiare il loro modo di “sentire” le emozioni, non sono per questo condannati a fare inevitabilmente “danni” come conseguenza del loro comportamento.

A seguito del trattamento i pazienti borderline possono imparare ad accettarsi come sono e a diventare il proprio migliore psicoterapeuta con l’aiuto di un intervento che non cerca di “cambiarli”, ma di renderli più consapevoli dei propri limiti e della capacità di controllo delle loro emozioni e comportamenti.

La psicoterapia può insegnare ai pazienti borderline a convivere con il loro modo di essere a volte disfunzionale rispetto al mondo esterno e devono imparare di evitare certi contesti che sono fonte di stress e squilibrio.

Con l’aiuto della psicoterapia i pazienti Borderline possono tornare a valorizzare anche il lato razionale di Sé in modo da limitare i danni indotti dalla loro emotività sregolata ed eccessiva.

Secondo Kernberg il terapeuta deve avere una relazione con il paziente che funziona da protesi dell’“io” debole: stare vicino al paziente con pazienza infinita, senza farsi agitare o includere nelle dinamiche patologiche, consigliarlo anche nelle piccole faccende di vita come se fosse il timoniere di una nave in mezzo al mare o un eterno genitore.

Più che quello che dice conta come lo dice e quanto riesce a non farsi “distruggere”, anche non facendosi mai assegnare dal paziente il ruolo dell’unico salvatore possibile.

Una terapia troppa breve o troppo emotiva può facilmente creare più danni che potenziali benefici.

Una terapia troppa lunga e razionale può nello stesso modo essere altrettanto inutile.

Spesso anche il medico internista diviene, volente o nolente, parte di questa protesi dell’io perché ha sempre qualche tratto da figura riconosciuta come autorità genitoriale (Inutile sottolineare che pazienti Borderline sono ottimi esperti in “doctorshopping”).

La Linehan definisce i seguenti obiettivi come prioritari nella terapia dialettico comportamentale (DBT) da lei ideata e validata per il trattamento dei pazienti borderline (Linehan M.M., 1993):

1. inibire comportamenti disadattati come conseguenza di intese emozioni negative o positive;
2. imparare a diminuire l’eccitazione vegetativa indotta da troppa emozione;
3. imparare a focalizzare l’attenzione anche durante intensi vissuti emotivi.

Tutte le suddette indicazioni valgono anche per il trattamento psicoterapeutico del paziente alcolista in comorbilità con un disturbo borderline di personalità.

La stessa autrice propone una “variante” della terapia Dialettico-comportamentale indicata per la comorbilità border/sostanze in cui sono introdotti importanti elementi di prevenzione della ricaduta (Dimeff L.A., Linehan M.M., 2008) e di gestione del craving.

Vengono anche suggerite strategie “attive” da parte del terapeuta per ridurre il drop-out precoce, quali ad esempio il contatto al di fuori della seduta.

È stata recentemente descritta e validata una psicoterapia dinamica (Dynamic decostruttive psychotherapy) nel trattamento di soggetti border/alcolisti; il manuale di questo approccio è scaricabile in www.upstate.edu/psych/education/psychotherapy/pdf/ddp_manual.pdf (Gregory R.J., 2005, Gregory R.J., Delucia-Deranja E., Mogle J.A., 2010).

Il management dell’ideazione suicidaria ed altre urgenze nel paziente borderline

Pazienti Borderline presentano spesso cronicamente idee suicidarie che mettano talvolta in atto.

Non per questo ha senso ricoverarli troppo spesso o tenerli in luoghi contenitivi per molto tempo.

Non dobbiamo infatti dimenticare frequentemente il paziente borderline vive ogni nuovo ricovero come un nuovo trauma tale da amplificare ulteriormente la sua instabilità emotiva.

Nella gestione delle urgenze del paziente borderline il terapeuta deve obbedire a delle semplici regole di comportamento.

La prima è quella di essere nelle indicazioni e nelle prescrizioni “il più regolare possibile”, cioè non essere imprevedibile.

Meglio meno, ma in modo affidabile che di più in modo imprevedibile.

L’altra regola è il classico “do not harm!” (o, per i latini, “primum non nocere!”).

È meglio non aiutare, non interagire, non “fare” piuttosto che fare male.

Meglio ammettere la propria rabbia o impotenza che fare finta di avere la situazione sotto controllo. Quando, come è facile che succeda, il terapeuta può essere spaventato è utile che si faccia “accompagnare” da altri colleghi e da una rete di supporto costituita dai diversi servizi di cura (Ser.T., Centri di Salute Mentale), sociali e di emergenza (118, 113, ecc.).

È per tutte queste ragioni e per l’ineluttabilità del verificarsi delle emergenze, anche di tipo suicidario, del paziente borderline, specie se alcolista, che è compito del terapeuta organizzare sin dai prime fasi della presa in carico una rete di supporto fatta di colleghi e Servizi a garanzia dell’integrità del paziente.

Ruolo del trattamento residenziale

Il trattamento del paziente con alcolismo e disturbo borderline di personalità è fondamentalmente ambulatoriale; esso infatti richiede interventi costanti e continuativi nel tempo, oltre che la possibilità di “confrontare” i progressi terapeutici con la realtà quotidiana.

Periodi residenziali di durata limitata (non altre i quattro mesi) possono tuttavia essere utile per poter ottenere un periodo libero da alcol e sostanze in cui:

- aumentare la motivazione al cambiamento;
- individuare strategie personali di prevenzione della ricaduta;
- iniziare a lavorare sulla gestione emotiva;
- mettere a punto la terapia psicofarmacologica;
- definire il programma ambulatoriale;
- iniziare a frequentare i gruppi di auto aiuto.

Un aspetto molto importante è il collegamento tra programma residenziale e territorio (ambulatorio di alcologia, psicoterapia, gruppi); nella esperienza degli autori è meglio intervallare periodi di trattamento sul territorio a periodi residenziali brevi nei momenti di crisi piuttosto che allungare i periodi residenziali.

Conclusione

La frequente concorrenza tra Alcolismo, altri disturbi da uso di sostanze. da un lato, Disturbi di Personalità di Cluster B dall'altro richiedono da parte dei professionisti delle dipendenze una buona conoscenza di questi ultimi disturbi.

Negli ultimi anni la attenzione dei ricercatori si è concentrata in particolare sul Disturbo Borderline di Personalità, producendo una crescita delle conoscenze delle basi neurobiologiche e delle possibilità terapeutiche.

L'associazione alcolismo/border è una condizione che richiede la applicazione sinergica di trattamenti nati per i due disturbi; non si tratta tuttavia di una semplice somma di elementi, ma della applicazione di essi in un programma personalizzato e spesso cangiante nelle varie fasi, in cui un ruolo fondamentale gioca la capacità del terapeuta di rapportarsi correttamente con questi pazienti tenendo conto delle loro particolari modalità relazionali.

Bibliografia

Bakken K., Landheim S., Vaglum P. (2003), "Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?", *Alcohol and Alcoholism*, 38, pp. 54-59.

Benjamin L.S. (1993), *Interpersonal Diagnosis and treatment of personality disorders*, Guilford, New York.

Bottlender M., Preuss U.W., Soyka M. (2006), "Association of personality disorders with Type A and Type B alcoholics", *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, pp. 55-61.

Bradley R., Westen D. (2005), "The psychodynamics of borderline personality disorder: a view from a developmental psychopathology", *Development and Psychopathology*, 17, pp. 927-957.

Bremner J.D., Southwick S.M., Darwell A., Charney D.S. (1996), "Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: Course of illness and substance abuse", *American Journal of Psychiatry*, 153, pp. 369-375.

Carballo J.J., Bird H., Giner L., Garcia-Parajua P., Iglesias J., Sher L., Shaffer D. (2007), "Pathological personality traits and suicidal ideation among older adolescents and young adults with alcohol misuse: a pilot case-control study in a primary care setting", *Int J Adolesc Med Health*, 19, pp. 79-89.

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

Ciccocioppo R., Martin-Fardon R., Weiss F. (2002), "Effect of selective blockade of mu(1) or delta opioid receptors on reinstatement of alcohol-seeking behavior by drug-associated stimuli in rats", *Neuropsychopharmacology*, Sep, 27(3), pp. 391-9.

Chilcoat H.D., Breslau N. (1999), "Posttraumatic stress disorder and drug disorder: testing casual pathways", *Archives of general psychiatry*, 56, pp. 225-232

Cloninger C.R. (1987), "A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal", *Arch Gen Psychiatry*, 44(6), pp. 573-588.

Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M., Wetzel, R.D. (1994), *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*, Center for Psychobiology of Personality, St. Louis, Missouri.

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

Crowell S.E., Beauchaine T.P., Linehan M.M. (2009), "A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory", *Psychol Bull.*, May, 135(3), pp. 495-510.

Darke S., Williamson A., Ross J., Teesson M., Linksey M. (2004), "Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS)", *Drug and Alcohol Dependence*, 74, pp. 77-83.

Darke S., Ross J., Williamson A., Teesson M. (2005), "The impact of borderline personality disorder on 12-months outcomes for the treatment of heroin dependence", *Addiction*, 100, pp. 1121-30.

Darke S., Ross J., Williamson A., Mills K.L., Havard A., Teesson M. (2007), "Borderline personality disorder and persistently elevated levels of risk in 36-month outcomes for the treatment of heroin dependence", *Addiction*, 102(7), pp. 1140-6.

Dom G., De Wilde B., Hulstijn W., van den Brink W., Sabbe B. (2006a), "Behavioural aspects of impulsivity in alcoholics with and without a cluster-B personality disorder", *Alcohol Alcohol*, 41, pp. 412-420.

Dom G., De Wilde B., Hulstijn W., van den Brink W., Sabbe B. (2006b), "Decision-making deficits in alcohol-dependent patients with and without comorbid personality disorder", *Alcohol Clin Exp Res*, 30, pp. 1670-1677.

Driessen M., Veltrup C., Wetterling T., John U., Dilling H. (1998), "Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism", *Alcohol Clin Exp Res*, 22, pp. 77-86.

Evans J.B.T., Frankish K. (2009), *In two minds. Dual processes and beyond*, Oxford Books, New York.

Fonagy P. (2001), *Attachment theory and psychoanalysis*. Trad. it.: *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano.

Gessa G.L., Muntoni F., Collu M., Vargiu L., Mereu G. (1985), "Low doses of ethanol activate dopaminergic neurons of the ventral tegmental area", *Brain Res*, 348, pp. 201-203.

- Goldstein R.B., Grant B.F. (2009), "Tree-years follow up of syndromal antisocial behaviour in adults: results of the wave 2 National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions", *J Clin Psychiatry*, June.
- Grant B.F., Chou S.P., Goldstein R.B., Huang B., Stinson F.S., Saha T.D., Smith S.M., Dawson D.A., Pulay A.J., Pickering R.P., Ruan W.J. (2008), "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *J Clin Psychiatry*, Apr, 69(4), pp. 533-45.
- Hinnenthal I., Laki Z., Ardisson G. (2008), "Psicotraumatologia e neuroplasticità. Presupposti teorici per la gestione clinica nel trattamento residenziale di alcolisti on poliabuso", in Lucchini A., Nava F., Manzato E. (eds.), *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, FrancoAngeli, Milano, pp. 103-110.
- Hinnenthal I., Manera E., Gallo S., Cibir 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), pp. 385-398.
- Hinnenthal I., Cibir M. (2004), "Vulnerabilità emotiva, disturbo borderline e metadone", in Cibir M., Guelfi P. (eds.), *Il trattamento con metadone*, FrancoAngeli, Milano, pp. 229-238.
- Kernberg O. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Jason Aronson, New York.
- Kernberg O. (1980), *Mondo interno e Realtà esterna*, Boringhieri, 1985.
- Kernberg O.F. (1994), "Aggression, trauma and hatred in the treatment of borderline patients", *Psychiatr. Clin. North Am.*, Dec. 17 (4), pp. 701-14.
- Kessler R.C., Aguilar-Gaxiola S., Andrade L. et al. (2001), "Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys", *Psichiatria Fennica*, 32, pp. 62-79.
- Leonardo E.D., Hen R. (2008), "Anxiety as a development disorder", *Neuropsychopharmacology*, 33, pp. 134-140.
- Linehan M.M. (1993), *Cognitive behavioral treatment of Borderline personality disorder; Skill Training manual for treating Borderline personality disorder*, The Guilford Press.
- Marinelli M., Cooper D.C., White F.J. (2001), "Electrophysiological correlates of enhance vulnerability to cocaine self-administration", in *Phenotypic differences in drug effects related to behavioural traits versus states*, *NIDA Res Monogr*, 181, pp. 46-48.
- Mc Dougall J. (2003), "L'economia psichica della dipendenza: una soluzione psicosomatica al dolore psichico", in Rinaldi L., *Stati caotici della mente*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 135-153.
- McIntosh C., Ritson B. (2001), "Treating depression complicated by substance misuse", *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, pp. 357-364.
- Mauchnik J., Schmahl C., Bohus M., "Nuove scoperte nella biologia del disturbo Borderline di personalità", *Directions in psychiatry*, n. 2, 2006, pp. 85-103.
- Nocjaer C., Panksepp J. (2006), "Prior morphine experience induces long-term increase in social interest and in appetitive behavior for natural reward", *Behavioral Brain Research*, 181, pp. 191-199.
- Nordholm D., Nielsen B. (2007), "Personality disorders among danish alcoholics attending outpatient treatment", *Eur Addict Res*, 13, pp. 222-229.
- Nuechterlein K.H., Dawson M.E. (1984), "A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes", *Schizophrenia Bulletin*, 10(2), pp. 300-312.
- New A.S., Stanley B. (2010), "An opioid deficit in borderline personality disorder: self-cutting, substance abuse, and social dysfunction", *Am J Psychiatry*, Aug, 167(8), p. 882-5.
- Ohlsen R.I., Pilowsky L.S. (2005), "The place of partial agonism in psychiatry: recent developments", *Journal of Psychopharmacology*, 19(4), pp. 408-413.
- Oscar-Berman M., Bowirrat A. (2005), "Genetic influences in emotional dysfunction and alcoholism-related brain damage", *Neuropsychiatr Dis Treat.*, Sep, 1(3), p. 211-29.
- Panksepp J. (2003), *Textbook of biological psychiatry*, Wiley-Liss, New Jersey.
- Panksepp J. (2006), "Emotional endophenotypes in evolutionary psychiatry", *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, pp. 774-784.
- Petersen K.F., Shulman G.I. (2006), "Etiology of Insulin Resistance", in *The American Journal of Medicine*, vol. 119 (5A), pp. 105-165.
- Preuss U.W., Johann M., Fehr C., Koller G., Wodarz N., Hesselbrock V., Wong W.M., Soyka M., "Personality disorders in alcohol-dependent individuals: relationship with alcohol dependence severity", *Eur Addict Res*, 2009, 15(4), pp. 188-95.
- Reaven G. (2004), "The metabolic syndrome or the insulin resistance syndrome? Different names, different concepts, and different goals", *Endocrinol Metab Clin North Am*, 33, pp. 283-303.
- Rubio G., Jimenez M., Rodriguez-Jimenez R., Martinez I., Iribarren M.M., Jimenez-Arriero M.A., Ponce G., Avila C. (2007), "Varieties of impulsivity in males with alcohol dependence: the role of Cluster-B personality disorder", *Alcohol Clin Exp Res*, 31, pp. 1826-1832.
- Saxon A.J., Davis T.M., Sloan K.L., McKnight K.M., McFall M.E., Kivlahan D.R. (2001), "Trauma, Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder, and Associated Problems Among Incarcerated Veterans", *Psychiatric Services*, 52(7), pp. 959-964.
- Stanley B., Sher L., Wilson S., Ekman R., Huang Y.Y., Mann J.J. (2010), "Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters", *J Affect Disord*, Jul, 124(1-2), pp. 134-40.
- Tragesser S.L., Sher K.J., Trull T.J., Park A. (2007), "Personality disorder symptoms, drinking motives, and alcohol use and consequences: cross-sectional and prospective mediation", *Exp Clin Psychopharmacol*, 15, pp. 282-292.
- Tragesser S.L., Trull T.J., Sher K.J., Park A. (2008), "Drinking motives as mediators in the relation between personality disorder symptoms and alcohol use disorder", *J Pers Disord*, 22, pp. 525-537.
- 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", *Clin Psych Rev*, 20, pp. 235-53.
- Weiss F., Porrino L.J. (2002), "Behavioral neurobiology of alcohol addiction: recent advances and challenges", *J Neurosci*, May 1, 22(9), pp. 3332-7.
- Zikos E., Gill K.J., Charney D.A. (2010), "Personality disorders among alcoholic outpatients: prevalence and course in treatment", *Can J Psychiatry*, 55, pp. 65-73.

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico CT per il supporto educativo.

La cronicità dei disturbi di dipendenze da sostanze è uno stile cognitivo degli operatori?

Giovanni Strepparola*

Secondo alcuni autori, le caratteristiche del funzionamento mentale dei soggetti con disturbo da uso di sostanze (DUS) che possono far pensare ad un disturbo strutturale, cioè ad una condizione patologica che per sua stessa natura tende a cronicizzare, non sarebbero da imputare all'esistenza di una personalità tossicomana (C. Nakker, 1988), né agli effetti d'uniformità dell'uso cronico di sostanze.

Sarebbero invece espressione di deficit e/o di inibizione delle funzioni d'autoregolazione comportamentale, che rendono limitate, rigide e ripetitive le strategie di adattamento e vulnerabile un individuo all'utilizzo di sostanze in momenti di stress e di difficoltà a fronteggiare situazioni emotivamente perturbanti (W. Mascetti e G. Strepparola, 2006).

Si struttura, in sintesi, un circolo vizioso per cui gli effetti delle sostanze rispondono al bisogno immediato di regolazione nella situazione immanente e tale risposta immediata, oltre che vanificare uno sviluppo di strategie più evolute e più flessibili, rinforza e consolida ulteriormente l'inibizione delle funzioni metacognitive.

A partire dalla necessità di fronteggiare e alleviare fratture e carenze dovute all'incapacità di autoregolare emozioni, pensieri e comportamenti, l'abuso diviene progressivamente una modalità di regolazione dell'esperienza e di protezione nei confronti di informazioni emotive intollerabili e/o in contrasto con gli schemi di rappresentazione del Sé e del mondo.

Attraverso l'uso protratto della sostanza psicoattiva, a seguito delle modificazioni cerebrali che coinvolgono i processi mnemonici e d'apprendimento, l'esperienza tossicomana diviene di per sé un valore intorno al quale si organizza l'intera esperienza del Sé che diviene tanto più pregnante quanto più il comportamento d'abuso si è sviluppato in età precoce ostacolando il processo di maturazione, di crescita e di esplorazione di nuove esperienze e colmando il divario fra realtà e aspettative.

Allora, se si assume che le sostanze psicoattive possono essere considerate a tutti gli effetti una strategia adattativa attraverso la quale il soggetto cerca una soluzione al divario fra le risorse personali e il raggiungimento dei propri scopi attraverso l'alterazione dell'esperienza psichica; e se la capacità delle sostanze psicoattive di agire come filtro selettivo agli stimoli modifica l'esperienza emozionale di base, interferisce sui processi fondamentali della coscienza ed esclude dalla mappa cognitiva le informazioni dell'esperienza emotiva in atto (W. Mascetti e G. Strepparola, 2006), allora forse davvero possiamo ipotizzare che i DUS si strutturino quale disturbi che, per la necessità stessa di

"I pazienti cronici sono il frutto dell'interazione del loro disagio con il sistema assistenziale e sanitario".

(Selvini)

auto-mantenimento del circolo vizioso, tendono nella loro evoluzione a divenire strutturali e quindi, secondo una certa convenzionalità clinica, a cronicizzare.

L'esperienza emozionale è uno strumento di conoscenza e di valutazione che permette all'individuo di predisporre le azioni più adeguate al proprio ambiente e di cogliere i significati dell'esperienza in corso (N.H. Frijda, 1986).

Se tale esperienza viene alterata, il soggetto si vede inibita la possibilità di operare e organizzare le proprie azioni sulla base di informazioni congruenti, e di cogliere quali e in che modo gli eventi della vita siano per lui significativi.

L'alterazione del vissuto emozionale conseguente all'uso di sostanze innesca un processo circolare ed involutivo per cui il soggetto che si trova a dover gestire situazioni sempre più complesse ed emotivamente perturbanti, non è in grado di cogliere l'esperienza emozionale e i nessi con gli eventi che l'hanno innescata.

Da qui la rigidità emotiva ed affettiva del paziente dipendente che ha la necessità di ridurre e semplificare la propria esperienza, che in ultima analisi, si riduce nello star bene o star male in funzione della sostanza, di cui ha una visione rigida e dicotomica.

Un ulteriore elemento caratteristico dei DUS che ne giustifica la "cronicizzazione" è insito nella possibilità delle sostanze di attenuare la discrepanza esistente fra le richieste ambientali e personali e gli aspetti costitutivi di un Sé estremamente fragile e contraddittorio.

Il legame Sé-sostanza produce una "cintura protettiva" nei confronti delle aspettative personali e sociali e risponde alle esigenze di trovare un'identità che permette al soggetto di dare un significato ontologico alla propria esistenza.

L'autoinganno rispetto ad un Sé illusorio perdura anche quando il paziente, nel momento in cui inizia a percepire il comportamento d'abuso come problematico, decide di intraprendere un percorso di cambiamento verso lo stato di sobrietà: ciò è dovuto all'errata credenza di poter espellere rapidamente una parte integrante ed indissolubile della propria storia di vita e di poter facilmente ricongiungere il filo fra l'immagine positiva di Sé, ricordo di un passato di cui si ha poca memoria, e il futuro in cui viene proiettata questa immagine.

Nello stesso tempo in cui si struttura come valore esistenziale, l'uso prolungato della sostanza conferma al soggetto profondi sensi di inadeguatezza personale e l'impossibilità di fronteggiare qualunque situazione senza l'ausilio di una "stampella chimica". La consapevolezza di non essere più in grado di usare e gestire a propria discrezione la droga fa emergere in modo traumatico la disillusione di poter controllare i propri stati emotivi e una realtà che evidenzia la totale discordanza fra le intenzioni e la

* *Psichiatra, psicoterapeuta, responsabile U.O. programmazione, coordinamento e qualità. Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2.*

possibilità concreta di realizzarle (W. Mascetti e G. Strepparola, 2006).

La natura della diagnosi e quindi anche del concetto di cronicità che viene formulata all'interno dell'équipe multidisciplinare integrata è relativa alle tre fonti coinvolte: l'operatore, l'équipe e il servizio stesso.

Solo in considerazione di questa complessità può essere inquadrato ed inteso questo concetto così controverso.

Non solo: la complessità diagnostica che porta ad una attribuzione di cronicità può essere totalmente compresa solo se accettiamo il passaggio da una psicopatologia descrittiva ad una psicopatologia esplicativa intesa come espressione della scienza del significato, della attribuzione di significato.

Nella interazione tra i tre attori coinvolti (paziente, operatore servizio) ha importanza fondamentale anche la natura e l'esito dell'intervento; che può esserci d'aiuto nella materia diagnostica della complessità: infatti, come affermano F. Lambruschi e G. Rezzonico (1996), "non è l'ipotesi che giustifica l'intervento, ma sono i risultati dell'intervento che devono giustificare l'ipotesi", dal momento che "mentre le conseguenze sono verificabili, le ipotesi sono sostituibili".

In altre parole, nel definire la cronicità non può essere escluso il concetto di viabilità, che tiene in debita considerazione la praticabilità dell'ipotesi da parte del sistema terapeutico nella sua globalità; secondo questo punto di osservazione, il concetto di validità è invece meno significativo.

Viene quindi a cadere una netta demarcazione tra diagnosi e terapia e quindi anche tra diagnosi, attribuzione di cronicità e terapia (o riabilitazione se si vuole) e il nostro comportamento clinico diventa non tanto una risposta quanto una domanda che poniamo al paziente e al suo contesto relazionale.

Per comprendere appieno quello che succede al paziente nella sua storia con la malattia da dipendenza, dobbiamo pertanto affidarci ad una *epistemologia della complessità*, in cui cioè tutti gli attori siano rispettati, in cui la definizione diagnostica debba andare di pari passo con l'evolversi dell'intervento stesso e in cui, in definitiva, si possa promuovere un maggior rispetto a un conteso di collaborazione paritario tra le varie professionalità.

Utilizzando una facile metafora potremmo dire che si tratta della differenza fra l'*universum* e il *multiversa* costruttivista, al cui interno la realtà è fatta di molti "versi" possibili tanti quanti sono gli osservatori e ognuna di queste possibili letture è considerata legittima e irriducibile ad ogni altra.

L'équipe quindi diventa il luogo privilegiato per gestire la complessità diagnostica e per valutare le sfaccettature del concetto di cronicità con tutte le ricadute operative che questo comporta.

E non ha più senso nemmeno l'obsoleto incontro-scontro che avviene a volte all'interno delle équipe sulla *competenza diagnostica*: perché non esiste una diagnosi più giusta e più vera, cioè più corrispondente alla realtà del comportamento osservato: la realtà assomiglia più ad un'arancia che ad una cipolla: non è "a strati", ma – al limite, a spicchi (F. Lambruschi e G. Rezzo-

nico, 1996).

Per usare le parole di Bateson, "la differenza è generatrice d'informazioni e quindi di conoscenza".

Tentando un ribaltamento del punto di vista più consueto, i nostri pazienti "cronici", quelli per intenderci, in carico da anni, con trattamenti a mantenimento, ecc., secondo M. Selvini et al (1987), essi sarebbero il frutto dell'interazione del loro disagio con il sistema assistenziale e sanitario ed apprenderebbero pertanto l'arte di essere una perfetta categoria sintomatologia.

In altre parole, la cronicità diventa l'espressione del punto di vista dell'osservatore piuttosto che dell'osservato.

Mentre dalla loro prospettiva, quella del paziente cioè, la cronicità non esiste poiché essi come sistema auto-organizzato hanno raggiunto la miglior condizione possibile, cioè l'unica percorribile.

Dovremmo quindi fare molta attenzione anche nell'utilizzo della terminologia e quindi dei significati correlati; se consideriamo infatti le definizioni etimologiche più comuni e rappresentate del termine *cronicità*, troviamo concetti quali intrattabilità, impotenza, inutilità terapeutica, ecc.

Ci si rende conto senza difficoltà che sono tutte definizioni che tendono a "chiudere", piuttosto che a generare possibilità evolutive.

In termini costruttivisti ed evolutivi, quindi sarebbe meglio associare al termine cronicità quello di *dipendenza assistenziale*, che in fondo è un concetto relazionale che rimanda al rapporto utente-operatore (o utente-servizio) e che porta alla riappropriazione della responsabilità terapeutica da parte dell'operatore.

In conclusione, pertanto, se la concezione "tradizionale" di cronicità ci portava a definire il paziente separatamente dal terapeuta (L. Fruggeri, 1990), la concezione costruttivista smonta invece le fantasie di onnipotenza dell'operatore e ribadisce l'autonomia dell'individuo-paziente; restituendo però all'operatore la sua responsabilità nel processo terapeutico, ricordandogli nello stesso tempo che "lui c'è fino in fondo".

Bibliografia

- Frijda N.H. (1986), *The emotions*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Fruggeri L. (1990), "Dalla individuazione delle resistenze alla costruzione di differenze: riflessioni sui processi di persistenza e cambiamento in psicoterapia", *Piscobiettivo*, 3, 29-46.
- Lambruschi L, Rezzonico G. (1996), "Il contesto e le metodologie di lavoro", in Rezzonico G., Lambruschi L., *La psicoterapia cognitiva nel servizio pubblico*, FrancoAngeli, Milano.
- Mascetti W., Strepparola G. (2006), "I disturbi da uso di sostanze", in Bara B.G., *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nakker C. (1988), *The addictive personality*, Harper & Row, San Francisco.
- Selvini M., Covini A., Fiocchi E., Pasquino R. (1987), "I veterani della psichiatria", *Ecologia della mente*, 4, 60-78.

Pubblichiamo un lavoro di una professionista di comunità. Il testo è paradigmatico della varietà degli approcci culturali e operativi nel nostro Paese. Convinzione netta è la necessità che ogni percorso e metodo tenga conto delle risorse dei pazienti e di un progetto migliorativo.

La storia di Lorenzo

Tamara Marchetti*

SUMMARY

■ *The following describes the case of Lorenzo, a boy addicted to drugs, where drug addiction is viewed as an expression of a symptom, not an individual, but rather a symptom of the structural composition of the family.*

The family, therefore, is the stage invisible where is acted out the problematic powered by Lorenzo, a boy who lives like other drug addiction among the vicissitudes of suffering, the slip road to recovery and then attempted through two different pathways community, the first failed for the recurrence of the problems of basic organization of family dynamics. The second program is rather effective in healing as it was now changed the family stage

It is also emphasized in the article, what is the path to psychotherapy in the Community Montebuono, with reference to the importance of what is the care given by the physician in the gradual scaling of methadone with other therapies for the containment of anxiety. ■

Keywords: *drug addiction, family, therapeutic community, methadone.*

Parole chiave: *tossicodipendenza, famiglia, comunità terapeutica, metadone.*

Lorenzo arriva a Montebuono a 31 anni, ed è tossicodipendente da quando ne aveva 20; iniziando intorno ai 17-18 anni con il fumare cannabis, poi eroina, la sua sostanza preferita.

Né l'ecstasy, né la cocaina, lo avevano mai affascinato al punto tale di diventare le "sue droghe".

Aveva studiato conservatorio e, dopo lo scientifico, si era iscritto alla facoltà di architettura, ma dopo il biennio concluso a pieni voti, il crollo più totale nell'eroina, con Lei fino ad allora, non si era mai concesso così tanto, arrivarono anche due ricoveri per overdose nell'arco di cinque mesi.

Eppure in quel periodo, la sua famiglia d'origine, con la quale Lorenzo viveva, stava attraversando periodi molto soddisfacenti. Era infatti il periodo del pensionamento del padre, ingegnere all'aeronautica militare e, Federica, la sorella venticinquenne, poco quindi più grande di Lorenzo, si era nello stesso anno laureata in legge per poi sposarsi dopo un paio di mesi.

Di fronte a tutti questi eventi di grandi emozioni per la famiglia, Lorenzo reagiva differenziandosi dal resto del sistema familiare e sempre di più incarnava il ruolo di quello che nel gergo tecnico si definisce: *capro espiatorio*.

La sofferenza da parte della famiglia per il crollo di Lorenzo era sicuramente tanta, ma altrettanto difficile era la gestione della difficoltà ad accettare il suo precipitare nella droga.

Se in una fase iniziale, i genitori garantivano la spesa economica delle sostanze, ad un certo punto, presi dalla disperazione

anche per le frequenti e violente liti in casa, i genitori cambiarono la serratura del portone, costringendo Lorenzo alla strada, facendogli sperimentare, come suggerito dal Ser.T. di riferimento, il "toccare il fondo".

Iniziò quindi la fase dei furti e delle denunce, Lorenzo non era abituato a quel tipo di vita e dopo 5 o 6 mesi, dove più volte aveva bussato invano alla porta dei genitori, accettò la proposta del SerT ed entrò in una comunità per il recupero delle tossicodipendenze in una regione del nord, lontano quindi dall'Umbria e dalla sua città d'origine.

Dopo pochi mesi, circa sei o sette, tempo per una discreta ripresa sia fisica che psicologica, si rimise sui libri e, in un anno superò sette esami, ne mancavano solo sei al traguardo.

Ad una visita in comunità, la prima dopo due anni di percorso, come previsto dallo statuto della struttura, la sua famiglia d'origine si presentò al completo.

I genitori si mostrano molto orgogliosi dei progressi del figlio, come scritto nella relazione della psicologa della comunità di quel periodo.

In quello stesso incontro, diedero a Lorenzo, la notizia che sua sorella aveva aperto uno studio legale associato insieme ad altri colleghi e che, tra qualche mese lui sarebbe diventato zio, in quanto Federica aspettava un bimbo.

I genitori di Lorenzo, felicissimi dei traguardi raggiunti dalla figlia femmina, riapriranno un'antica ferita, **il bisogno di ottenere conferme attraverso i successi di un figlio capace di mantenere alta l'impronta sociale, già data dalla generazione precedente.**

* Psicologa Clinica e di Comunità, Psicoterapeuta Familiare, Comunità Montebuono di Famiglia Nuova, Magione (Perugia).

Detto in altri termini, è come se i genitori stessero dicendo a Lorenzo che a garantire la continuità della famiglia e, non solo da un punto di vista biologico, ma anche professionale, fosse solo la sorella.

Tutto questo, su un profilo psicologico, creava uno squilibrio familiare tale che il potenziamento da parte dei genitori nei confronti dei traguardi raggiunti da un figlio escludeva quelli dell'altro.

Come se, l'affermazione sociale di Federica in quel momento, facesse da cassa di risonanza nel non consentire un adeguato riconoscimento ai notevoli progressi di Lorenzo che, non prendeva più né farmaci per antagonizzare le sostanze quale il Metadone, né psicofarmaci che aveva preso per lungo tempo.

Miglioramenti anche sul profilo della riabilitazione sociale, studiava e andava a sostenere gli esami in facoltà, quindi aveva anche un contatto ora lucido con sé, con i suoi obiettivi e in parte con il mondo esterno, visto che relazionarsi con i docenti universitari per essere valutati non è neanche un'impresa da poco.

Eppure...

Lorenzo era il secondogenito, di 5 anni più piccolo della sorella; al suo arrivo i genitori avevano totalmente investito le proprie aspettative sul figlio maschio che, crescendo aveva dimostrato anche spiccate capacità intellettive.

Intorno ai 16-17 anni Federica manifestò chiari sintomi di anoressia-bulimia, all'epoca Lorenzo aveva soli 11, 12 anni e per lui si profilava un periodo duro nel dover dare solide conferme ai genitori nelle loro elevate aspettative che dovevano essere anche di compensazione alle difficoltà espresse dalla sorella.

Lorenzo studiava già pianoforte, a scuola sempre il primo della classe a partire dalle elementari, fino alla maturità scientifica dove fu promosso con 60/60.

La rigidità dei genitori cozzava però con il carattere vitale di Lorenzo che amava la cultura, la musica e il calcio, il suo sport preferito, che praticava da quando aveva cinque anni.

Lorenzo aveva chiesto più volte a sua madre, donna di origini benestanti e docente presso una cattedra all'Università nella facoltà di economia e commercio, di provare ad essere diversa con loro due figli: non pretendere solo, ma essere più materna ed affettuosa.

Lorenzo non reggeva più le modalità relazionali che da sempre vigevano in casa sua e, con l'uso delle sostanze: prima il fumo, poi con l'eroina, passò il testimone del "**figliol prodigo**" alla sorella che, in poco si riprese reagendo alla sintomatologia con assestamento rapido sia nel profilo personale che degli studi.

Intanto, la delusione dei genitori che vivevano la scelta di Lorenzo come un affronto e, profondo senso del tradimento nei loro confronti.

Da quel punto in avanti, il rapporto tra Lorenzo e i suoi non si era più ripreso e, anche in quella visita della famiglia, nella prima comunità dopo due anni che non vedevano il figlio, i genitori esaltarono i traguardi raggiunti dalla figlia femmina, anche con operatori e responsabile che volevano prestare attenzione alla validità del percorso di Lorenzo oltre poi a conoscere il vissuto attuale della sua famiglia.

Non passarono molti giorni da quell'incontro che Lorenzo lasciò la comunità in cui si trovava e con essa tutti i progetti iniziati o ripresi: laurearsi ed iniziare a lavorare prima di uscire.

Ad un passo dalla laurea, lasciò di nuovo tutto, le sostanze erano la sua grande sfida intesa come fuga ed abbandono.

Di nuovo Lorenzo tornò in strada, i genitori infatti, come prima dell'ingresso in comunità, non cedettero alla sensibilità e la porta di casa rimase chiusa fino a quel giorno particolare in cui andò il padre a recuperarlo.

La famiglia, dopo essere stata a lungo minacciata dai figli sul tema della morte sempre in agguato, sia con l'anoressia di Federica prima che con la tossicodipendenza di Lorenzo poi, era arrivata ora a vivere la tragedia, con l'imprevista morte di Federica per incidente stradale insieme a suo marito; la donna era al settimo mese di gravidanza.

L'ingresso di Lorenzo a Montebuono

A seguito degli eventi che avevano comportato la trasformazione familiare, Lorenzo fece di nuovo richiesta al suo Ser.T. di entrare in comunità, scegliendo questa volta un posto non lontano da casa.

L'ingresso a Montebuono fu abbastanza tranquillo; Lorenzo conosceva le regole comunitarie, alle quali era già abituato dalla precedente esperienza, inoltre il suo carattere socievole lo aveva reso capace di instaurare buone relazioni con il resto del gruppo. Era un ragazzo brillante sia nella manualità che dal punto di vista intellettuale, componeva musica al pianoforte ed aveva ottime capacità nella programmazione del computer.

Le difficoltà principali con Lorenzo le abbiamo avute nella fase iniziale e cioè nei tre mesi di **osservazione**, quando il suo problema era la "fretta".

La componente ansiosa e tensione nervosa di Lorenzo, manifestata anche attraverso disturbi del sonno, in questo periodo era aggravata dall'evento traumatico subito con la morte della sorella.

La sua terapia, al momento dell'ingresso in comunità era composta da: 40 gocce di Lorazepam a scalare di una goccia al giorno come prescritto dal suo psichiatra al Ser.T. di riferimento ed inoltre 40 ml di Metadone cloridrato.

Somministrazione farmacologica e valutazione degli obiettivi di cura

Per quanto riguarda lo scalaggio del Metadone, nella nostra comunità si attende la comunicazione del fax da parte del Ser.T. di provenienza dell'utente dove si certifica l'autorizzazione a scalare.

Di solito tale comunicazione arriva entro una settimana dall'ingresso e poi l'operatore in turno si reca al Ser.T. nel Comune d'appartenenza della comunità precisamente ogni mercoledì mattina e, il medico in base alle condizioni psico-fisiche di ogni ragazzo in trattamento farmacologico con il metadone, pianifica uno scalaggio per gli otto giorni a seguire.

La somministrazione giornaliera del quantitativo previsto, viene poi effettuata in comunità dall'operatore in turno nella fascia oraria che va dalle 7.40 alle 08.00 del mattino.

Nel caso specifico di Lorenzo, dopo un mese e 10 giorni dal suo ingresso in comunità, aveva terminato lo scalaggio di Lorazepam, mentre con il Metadone, era a 24 ml.

Un quantitativo di Metadone dunque quasi dimezzato, ci si era arrivati con uno scalaggio graduale di 1ml ogni due giorni e, in quella settimana specifica in cui aveva terminato le gocce di Lorazepam, il medico prescrisse la permanenza a 24 ml di metadone senza scalare.

Dalla settimana successiva, avrebbe ripreso lo scalaggio.

Il motivo di tale scelta da parte del medico era di non provocare una destabilizzazione dell'umore dopo che lo psicofarmaco non c'era più a fare da sostegno.

Il medico spiegò molto bene questo passaggio a Lorenzo, ma quando la settimana successiva mi trovavo io in turno andammo insieme all'appuntamento con il medico, il quale comunicò la ripresa dello scalaggio del metadone secondo l'andamento consueto, ovvero di 1 ml ogni due giorni.

Lorenzo andò su tutte le furie dicendo che lui non aveva aspettato una settimana per ritrovarsi al punto di partenza, voleva scalare di 2 ml ogni giorno e sbatteva un libro che stava leggendo sulla scrivania del medico.

La sua rabbia era potente, violenta, in quanto per lui (come per molti altri), la conclusione della terapia rappresentava il ritorno alla "normalità".

Io spiegai al dottore che con i miei colleghi avevamo potuto constatare che Lorenzo nell'arco della settimana che era rimasto stabile con il metadone si era chiuso in se, vivendo tale blocco come una frustrazione, una "spinta indietro", come ci aveva detto più volte; era però riuscito a gestire tale difficoltà senza provocare situazioni particolari di tensione.

Alla rabbia ingestibile di Lorenzo fece seguito la spiegazione calma ed oculata del medico, il quale spiegò ancora che il mantenimento allo stesso quantitativo per una settimana, era servito a fare da bilanciamento allo psicofarmaco che non assumeva più.

Ora invece non poteva fare una prescrizione di scalaggio più rapido, in quanto doveva essere pari al 10% del quantitativo assunto, al fine di tenere in equilibrio *accumulo* e *quantitativo somministrato* per non provocare una crisi di astinenza dovuta all'effetto di mancato bilanciamento tra le due porzioni.

Dopo 6 settimane Lorenzo staccò il Metadone, intanto non mancò ai suoi appuntamenti settimanali con il Ser.T. fino alla fine della terapia, quando ringraziò il medico di come si era sentito bene nello scalaggio e come la sua irruenza, legata al bisogno di sentirsi libero dal farmaco, avesse lasciato spazio alla tranquillità e al bisogno di fare le cose per riuscire a star meglio e non doversi sempre sbrigare.

Lorenzo era un ragazzo abituato a ragionare e rendersi conto delle cose più che rimanere su degli agiti istintuali.

Illustrazione dei risultati

Quando arrivò a 6 ml di Metadone Lorenzo intensificò l'attività fisica, lui che era già un cultore dello sport e quando staccò il metadone dopo essersi fermato per cinque giorni a 2 ml come aveva espressamente chiesto lui al medico, non accusò problematiche se non un pò di difficoltà nel prendere sonno che aveva deciso di affrontare con una tazza di "camomilla a doppio filtro" come in modo scherzoso la chiamava lui.

Non interruppe le sue attività comunitarie, non ci furono a livello umorale difficoltà neanche nelle relazioni con gli altri ragazzi.

Insomma, la *fretta* non era più il problema di Lorenzo, il quale contrariamente alle nostre previsioni iniziali, conclusa la terapia con il metadone, non decise di tornare a casa, ma di fare un progetto a medio e lungo termine con noi, ovvero, riprendere e portare a compimento quanto più volte aveva interrotto, ovvero gli studi universitari, poi iniziare a cercarsi un lavoro.

Negli otto mesi successivi sostenne 5 esami con profitto e ad ogni esame andato bene, i ragazzi organizzavano una cena con menù particolare in onore di Lorenzo poi, quando mancava un solo esame al traguardo, iniziò a preparare la tesi e ad un anno e sei mesi precisi di comunità a Montebuono, Lorenzo si laureò in architettura.

Dopo circa tre mesi trovò lavoro presso uno studio di architettura, era molto soddisfatto dei traguardi raggiunti e noi con lui, festeggiammo come è tradizione fare, il fine programma di Lorenzo con una cena insieme a tutto il gruppo dei ragazzi, e con l'operatore di riferimento.

Il discorso di ringraziamento a fine cena andò da parte di Lorenzo anche al dottore del Ser.T. che, per la prima volta nello scalaggio del metadone disse, non si produssero in lui stati di tensione o abbattimento morale e, da quel momento non si era più fermato nella scalata verso il raggiungimento dei suoi obiettivi e tra questi, il primo fu proprio coltivare il benessere personale e relazionale con il gruppo.

Dopo la sua uscita il gruppo avvertì il vuoto, che Lorenzo aveva lasciato, per diverso tempo, le sue serate di musica al piano forte e molto altro.

È passato un anno da quel fine programma e di lui sappiamo che sta bene e continua la sua professione, convive con una ragazza conosciuta al lavoro.

Considerazioni conclusive sul caso clinico riportato

Quando venne concordata l'uscita di Lorenzo dalla comunità, un mese prima circa, in qualità di operatrice di riferimento di Lorenzo, convocai la famiglia per dare la notizia che loro figlio a breve sarebbe tornato a casa.

La restituzione data a Lorenzo e genitori, in chiave sistemico-relazionale ha evidenziato come nella loro storia familiare ci fosse stato da sempre spazio solo per un figlio che doveva essere brillante, tanto che alla nascita di Lorenzo tutte le attenzioni si proiettarono su di lui, lasciando fuori la sorella, la quale dopo aver reagito con l'anoressia a tale vissuto di esclusione, si era ritrovata a doversi rimboccare le maniche per laurearsi e sposarsi prima, e aprire uno studio e formare una famiglia poi, a compensazione della tossicodipendenza del fratello.

La morte di Federica aveva di nuovo ribaltato il tutto, portando Lorenzo a lottare contro la sua posizione di tossicodipendente, diventando quel figlio che da tanto i genitori aspettavano.

Ora che per la prima volta la famiglia provava a vivere insieme nella sua nuova composizione, senza Federica, con il dolore provocato dalla sua morte, nella nostra prescrizione ci fu di proseguire nel dopo comunità con una terapia familiare.

Considerazioni rispetto al trattamento farmacologico con metadone cloridrato

Nella fattispecie di questo caso riportato, è stato molto importante, il ruolo svolto dal medico del Ser.T., il quale alla fase di prescrizione farmacologica, accompagna una fase di supporto e di contenimento, dando una spiegazione teorica ed empirica al percorso terapeutico pianificato a "misura di persona".

Il mio obiettivo nel fornire una descrizione chiara ed il più possibile completa di questo caso clinico, è stato proprio per mettere in evidenza il cambiamento prodotto nel paziente, dove il problema della *fretta* e, quindi, la possibilità di ricaduta, rappresentava il punto critico da tenere sotto controllo.

Lorenzo precedentemente, come descritto sopra, aveva interrotto un programma comunitario portato avanti con successo per andare di nuovo a cercare la sostanza come via di fuga da una realtà relazionale nella quale non si sentiva accettato.

Abbiamo quindi riscontrato un valido se non fondamentale aiuto da parte del medico del Ser.T. che, pur non colludendo con la

richiesta del paziente, non ha spezzato aspettative, ma creato una dimensione di cura graduale e monitorata alle esigenze, fornendo una spiegazione chiara e costante del lavoro portato avanti con il paziente stesso.

Dando poi al paziente la possibilità di verificarne i vantaggi in termini di riuscita e benessere.

In questo modo l'utente si è sentito soggetto attivo del proprio processo di cambiamento.

Bibliografia

Berrini R., Cambiaso G. (1995), *Figli per sempre*, Franco Angeli, Milano.
Bilanci L., D'Ascenzo I., Fondelli M., Marchesini S., Pucci O., Venturelli M. (1995), "Tossicodipendenza: quale passato", in Loriedo C.,

Malagoli Togliatti M., Micheli M. (a cura di), *Famiglia. Comunità, affetti, trasformazioni*, FrancoAngeli, Milano.

Cigoli V. (a cura di) (1994), *Tossicomania. Passaggi generazionali e intervento di rete*, FrancoAngeli, Milano.

Danesi M., Mazza R. (1986), *Tossicodipendenza e servizio pubblico*, USL 19 Comune, Provincia della Spezia.

Mazzoni S., Pisani L., La Rosa C., Quinzi P. (1993), "Tossicodipendenza e anoressia: dalla definizione di una tipologia alla scelta differenziata degli interventi terapeutici", in Aa.Vv., *L'adolescente e i suoi sistemi*, Libreria Kappa, Roma.

Parodi A. (1987), "Tossicodipendenza e comunità terapeutiche in un'ottica sistemica", *Terapia Familiare*, 23, pp. 67-77.

Stanton M.D. (1979), "Famiglia e tossicomania", *Terapia Familiare*, 6, pp. 99-115.

Vinci G. (1991), "Percorsi familiari nelle tossicomanie da eroina. Ipotesi di ricerca", *Ecologia della mente*, 10, pp. 69-94.

NOTIZIE IN BREVE

Alfio Lucchini rieletto presidente nazionale di FeDerSerD

Al termine dei lavori del IV Congresso nazionale di FeDerSerD, tenutosi a Riva del Garda e che ha visto la partecipazione di 800 professionisti di settore l'Assemblea Nazionale, su richiesta di Carmela Costa, presidente della commissione elettorale nazionale, ha proclamato, unanimemente, ai sensi statutari, eletti il presidente, il vicepresidente, il segretario esecutivo e il comitato direttivo nazionale di FeDerSerD per il periodo 2010/2013.

Le operazioni di voto si sono svolte a scrutinio segreto nel seggio predisposto durante i 4 giorni congressuali.

La lista "Scienza e società" ha ottenuto la totalità dei voti espressi, nessun voto contrario o nullo.

Sono risultati eletti:

Alfio Lucchini, Milano, psichiatra, **presidente**
Guido Faillace, Trapani, psichiatra, **vicepresidente**
Pietro Fausto D'Egidio, Pescara, internista, **segretario esecutivo**
Giancarlo Ardisson, Imperia, psichiatra
Francesco Auriemma, Napoli, psichiatra
Roberta Balestra, Trieste, psichiatra
Giuseppe Barletta, Roma, psichiatra
Emanuele Bignamini, Torino, psichiatra
Claudia Carnino, Torino, educatrice professionale
Francesco Castracane, Roma, educatore professionale
Gianni Cordova, Pescara, direttore di comunità
Edoardo Cozzolino, Milano, internista
Antonio d'Amore, Caserta, internista
Adele Di Stefano, Roma, psicologa
Francesco De Matteis, Reggio Calabria, internista
Donato Donnoli, Potenza, farmacologo clinico
Maurizio Dorsi, Caserta, internista
Maurizio Fea, Pavia, psichiatra
Michele Ferdico, Agrigento, psichiatra

Bernardo Grande, Catanzaro, sociologo
Claudio Leonardi, Roma, internista
Raffaele Lovaste, Trento, internista
Fernanda Magnelli, Cosenza, farmacologo clinico
Ezio Manzato, Verona, psichiatra
Vincenzo Marino, Varese, psichiatra
Antonio Mosti, Piacenza, psichiatra
Felice Nava, Treviso, farmacologo clinico
Maria Chiara Pieri, Bologna, internista
Roberto Pirastu, Carbonia - Iglesias, psichiatra
Gianna Sacchini, Ascoli - Fermo, psicologa
Giorgio Serio, Palermo, psichiatra
Vincenzo Simeone, Taranto, psichiatra
Lorenzo Somaini, Biella, farmacologo clinico
Cristina Stanic, Trieste, infermiera
Franco Zuin, Milano, assistente sociale
Giovanni Villani, Foggia, criminologo clinico
Alessandro Coacci, Grosseto, chirurgo, past president (membro di diritto)

Il programma “Respirare Bene per Vivere Sani”, per lo screening della BPCO e per smettere di fumare

Ezio Manzato*, Cristina Biasin*, Giuseppina Cifelli*, Vincenzo Scola**, Giuseppe Romano***

SUMMARY

■ *Smoking prevalence among Italian general population was about 25,4% (about 13.000.000) with 28,9% of male population and 22,3% of female population; a remarkable number (72%) of smokers is favourable to quit smoking. For tobacco control in Italy, in accordance with recommendations of international and Italian Guidelines in hospitals and public territorial services, are carried out several interventions including prevention, health education and smoking cessation treatment (counseling, behavioral therapy, pharmacotherapy and combined behavioral therapy and pharmacological interventions). The project “No-smoking AZ ULSS 21 Legnago (Verona)” includes: constitution of no-smoking board, sensitization, training, smoking cessation treatment for the general population, the health staff and the students of nursing in University of Verona (Site of Legnago) and project evaluation. The specific project of general practitioners in Bovolone and Zevio (Verona) about general population for the smoking cessation treatment according to evidence-based recommendations provides new effective clinical treatments for tobacco dependence; the practice includes: assessment, treatment (brief clinical interventions for subject education, motivational techniques to promote quitting and relapse prevention for the patient who has recently quit, counseling and behavioral therapy), pharmacotherapy (first line: bupropion SR, nicotine replacement therapy-NRT including nicotine gum, nicotine inhaler, nicotine lozenge, nicotine nasal spray, and nicotine patch, and varenicline; second line: clonidine, nortriptyline and combination nicotine replacement therapy), and follow-up at 1, 3, 6, 12 months. ■*

Keywords: smokers and primary care, project no-smoking, prevention, treatment.

Parole chiave: fumatori e medicina generale, progetto di disassuefazione dal fumo, prevenzione, trattamento.

Premessa

1.1. Epidemiologia

La stima della dipendenza da nicotina in Italia evidenzia una patologia che interessa il 25,4% della popolazione (circa 13.000.000), di cui 7.100.000 uomini (28,9% della popolazione maschile) e 5.900.000 donne (22,3% della popolazione femminile).

Il 14,6% (7.500.000) si dichiara ex fumatore, di cui 4.700.000 uomini (18,9%) e 2.800.000 donne (10,7%). Il 60% (30.700.000) si dichiara non fumatore.

Le più alte proporzioni dei fumatori in entrambi i sessi sono tra i 25 e i 44 anni (32,1%) (Indagine DOXA-ISS 2009).

* Ambulatorio per Smettere di Fumare Ser.D. I-Servizio Alcolologia Az. ULSS 21 Legnago (Verona) c/o Ospedale “Chiarenzi” Zevio (Verona).

** Centro di Medicina Generale “Daniele Giraldi” c/o Ospedale “San Biagio” Bovolone (Verona).

*** Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP) c/o Ospedale “Chiarenzi” Zevio (Verona).

La stima della mortalità in Italia segnala 85.000 morti all'anno per danni da fumo di tabacco.

Si calcola che il fumo causi l'84,8% dei decessi per cancro al polmone, l'82% di quelli per BPCO, il 21% di quelli per incidenti coronarici ed il 18% di quelli per ictus (Peto e coll., 1994). Le malattie respiratorie croniche rappresentano un enorme onere economico e di salute per la Società e sono responsabili, da sole, secondo il WHO Health Report del 2000, del 17,4% di tutte le morti.

Esse sono rappresentate principalmente dalla Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) e dal cancro del polmone, che sono in progressivo incremento a causa sia dell'invecchiamento della popolazione che dell'uso del tabacco (WHO, 2000).

La BPCO è una malattia prevenibile e trattabile, caratterizzata da una bronco-ostruzione persistente e progressiva che può diventare estremamente grave e invalidante.

Attualmente la BPCO è infatti una delle più importanti cause di invalidità e di mortalità ed è in ascesa rispetto ad altre grandi cause, quali le malattie cardiovascolari ed i tumori.

Negli ultimi anni si è assistito ad un notevole aumento nella prevalenza di questa patologia cronica.

Questa tendenza continuerà nei prossimi anni con un conseguente aumento dell'impatto socio-economico e, quindi, dei

costi di gestione dei pazienti con tale patologia. In proiezione, per i prossimi 10 anni, si prefigura un incremento della BPCO di circa il 30%, se non saranno presi urgenti provvedimenti per ridurre i fattori di rischio, per primo il fumo di tabacco (WHO, 2002). Il principale fattore di rischio per la BPCO è infatti il fumo di sigaretta (Pauwels & Rabe, 2004; Global Strategy, 2007).

I pazienti con BPCO sono fumatori o ex fumatori per l'80-90% dei casi.

Alcuni studi hanno dimostrato che per la BPCO la durata in anni di fumo è un fattore di rischio più importante rispetto al numero di sigarette al giorno (Streppel e coll., 2007).

L'esposizione a fumo passivo aumenta inoltre la frequenza di sintomi respiratori negli adulti e soprattutto nei bambini (Coultas, 1998).

La prevalenza di BPCO in Italia, stimata attraverso studi epidemiologici su tre campioni del nord e del centro Italia, è del 9% nei maschi e del 3,3% nelle femmine (Viegi e coll., 1999) e si calcola che il fumo di sigaretta nel 2000 abbia causato più di 12.000 su 19.000 morti per BPCO in Italia (Peto e coll., 2006).

Oltre al fumo di tabacco vi sono altri fattori di rischio che possono influenzare il decorso della malattia.

Le polveri organiche e inorganiche professionali, l'inquinamento degli ambienti esterni, lo stato socioeconomico sono tutti fattori che possono contribuire allo sviluppo e all'aggravamento della patologia (Global Strategy, 2007).

Nel Veneto complessivamente il costo sociale del tumore al polmone, per la percentuale correlata al fumo, è di circa 5.300.000 euro all'anno (Dossier in Veneto, 2007).

I fumatori passivi risultano essere 26,5% della popolazione (15.000.000, di cui 4.000.000 minori di 14 anni).

Da un'indagine della Lega Italiana Lotta contro i Tumori (LILT) i? dei fumatori vorrebbero smettere di fumare con un aiuto.

Pertanto, la dipendenza da nicotina rappresenta attualmente un problema sociale significativo sia come impatto sociale che come costi sanitari.

1.2. Linee Guida internazionali (neozelandesi, inglesi, americane)

Le Linee Guida per la cessazione del fumo del Comitato Nazionale per la Salute della Nuova Zelanda del 2002 con revisione del 2004 evidenziano alcuni indirizzi relativi alla gestione clinica per la cessazione del fumo, basati sull'intervento delle "5 A" e sulle terapie farmacologiche specifiche (National Advisory Committee on Health and Disability, 2004).

L'intervento delle cosiddette "5 A" prevede:

- I. ASK: chiedere lo stato del fumo per tutti i soggetti adulti.
- II. ASSESS: identificare i fumatori motivati a smettere considerando gli stadi del cambiamento di Prochaska e Di Clemente: precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione e mantenimento.
- III. ADVISE: raccomandare di smettere di fumare, in modo chiaro, forte, personalizzato, supportivo e non confrontazionale, fornendo interventi motivazionali basati su 5 R's – Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition – evidenziando la rilevanza dello smettere di fumare, le conseguenze negative del fumo, i benefici dello smettere, le barriere che impediscono lo smettere e la normale realtà di ripetuti tentativi di cessazione.
- IV. ASSIST: aiutare a smettere utilizzando materiali, counseling e supporto, valutando e aiutando a superare le barriere

alla riuscita della cessazione del fumo, offrendo riferimenti per un supporto organizzato e incoraggiando alla terapia con sostituti della nicotina-NRT o con bupropione o nortriptilina.

- V. ARRANGE-FOLLOW-UP: pianificare un appropriato follow-up per tutti i fumatori, il primo dopo una settimana dalla cessazione del fumo, il secondo dopo un mese e successivamente durante il primo anno.

La terapia farmacologica raccomandata è costituita dai sostituti della nicotina (NRT) nelle diverse formulazioni (comprese, gomme, cerotti, spray nasali e inalatori) e dagli antidepressivi bupropione (inibitore della ricaptazione della noradrenalina e della dopamina-NDRI) e nortriptilina (triciclico-TCA).

Il bupropione è considerato dal Medicines Adverse Reactions Committee (MARC) come farmaco di seconda scelta analogamente alla nortriptilina, che risulta efficace indipendentemente dal suo effetto antidepressivo (secondo le Linee Guida americane).

I NRT sono raccomandati come uso combinato di diverse formulazioni (a esempio come cerotti transdermici e gomme o spray nasali o preparati per inalazione) in quanto presentano un aumento di efficacia, in particolare con i soggetti refrattari alla monoterapia con NRT.

Le Linee Guida per il management dell'uso di tabacco del Veterans Administration, Department of Defense (VA/DoD) del 2004 individuano gli interventi e le pratiche raccomandati per la cessazione del fumo (Veterans Administration, Department of Defense, 2004):

- Screening/Assessment: identificazione dello stato relativo al tabacco e alla volontà della cessazione, disponibilità a partecipare a un programma di cessazione del fumo; valutazione della comorbilità medica e psichiatrica e utilizzo del test di Fagerström e di misurazioni fisiologiche (monossido di carbonio, livello di nicotina e cotinina nel siero e nelle urine e test di funzionalità respiratoria) e test auto-somministrato sul fumo.
- Management/Treatment: visite sull'interesse a smettere di fumare, sulla severità della dipendenza e sui sintomi di astinenza, durata dei precedenti periodi di cessazione, ragioni delle ricadute, appropriatezza della terapia farmacologica e comportamentale, ragioni dell'uso di tabacco (stress, abitudine, piacere, ...) e preoccupazioni circa le conseguenze della cessazione del fumo (aumento di peso); raccomandazioni di smettere, aiuto mediante counseling, consegna di materiale educativo (opuscoli, cassette video, programmi computerizzati, ...), contratto sulla data di cessazione, inizio di terapia farmacologica con NRT nelle diverse forme o con bupropione (come prima scelta) o con nortriptilina o clonidina (agonista selettivo dei recettori α_2 -adrenergici) (come seconda scelta).
- Risk Assessment/Prevention: avvio e continuazione della prevenzione della ricaduta, tecniche motivazionali basate sui 5 R's – Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition –; congratulazioni e incoraggiamento per l'astinenza e valutazione dei rischi di ricaduta; avvio della prevenzione primaria per adolescenti e giovani adulti; definizione di speciali popolazioni: bambini e adolescenti, donne in gravidanza, militari-reclute e istruttori, pazienti ospedalizzati e anziani.

La terapia farmacologica per la cessazione del fumo prevede i sostituti NRT nelle diverse forme o il bupropione come prima scelta, la nortriptilina o la clonidina come seconda scelta.

La terapia farmacologica deve essere combinata con un counseling breve (circa 3 minuti); la durata della terapia con NRT è di

8-12 settimane e quella con l'NDRI bupropione è di 7-12 settimane.

La combinazione delle terapie deve essere attuata per i pazienti che non rispondono a una monoterapia; la combinazione suggerita è rappresentata da cerotti transdermici associati a gomme o spray nasali o preparati per inalazione oppure NRT combinati con bupropione.

Le Linee Guida per la cessazione del fumo dell'Università del Michigan del 2006 evidenziano alcuni indirizzi relativi alla gestione clinica per la cessazione del fumo (University of Michigan Health System, 2006).

Individuano sia gli adulti che gli adolescenti come popolazione target dell'intervento e i punti chiave dell'intervento e le opzioni del trattamento: ASK, ADVISE, ASSESS, REFER (indirizzare i pazienti interessati a programmi specialistici per la cessazione del fumo), ASSIST, ARRANGE-FOLLOW-UP.

La terapia farmacologica raccomandata per la cessazione del fumo è basata sui sostituti NRT nelle diverse formulazioni e sull'NDRI bupropione e sull'agonista parziale del recettore $\alpha_4\beta_2$ per la nicotina vareniclina.

Il tempo di terapia per i NRT è di 2-3 mesi, per il bupropione è di 7-12 settimane, mentre quello della vareniclina è di 12 settimane.

Questi tre trattamenti sono approvati dalla Food and Drug Administration (FDA) per la cessazione del fumo.

I NRT sono raccomandati come uso combinato di diverse formulazioni (a esempio come cerotti transdermici e gomme o spray nasali o preparati per inalazione) in quanto presentano un aumento di efficacia, in particolare con i soggetti refrattari alla monoterapia con NRT.

Le Linee Guida per il trattamento dell'uso di tabacco e della sua dipendenza del Department of Health and Human Services del 2008 sottolineano gli aspetti strutturali degli interventi in tema di cessazione dell'abitudine al fumo in rapporto alle caratteristiche cliniche delle diverse tipologie di fumatori (adolescenti, donne in gravidanza, pazienti con malattie mediche, pazienti psichiatrici, soggetti poliabusatori, ...) (Department of Health and Human Services, 2008).

Il modello di trattamento della dipendenza da tabacco prevede gli step successivi delle 5 A (ASK, ADVISE, ASSESS, ASSIST e ARRANGE-FOLLOW-UP).

Le variabili associate a percentuali maggiori o minori di astinenza sono rispettivamente: motivazione elevata, prontezza al cambiamento, self-efficacy moderata o elevata e rete sociale di supporto e di contro dipendenza da nicotina forte, comorbidità psichiatrica e abuso di sostanze psicoattive, livello elevato di stress e esposizione ad altri fumatori.

Sono state individuate anche delle popolazioni specifiche di fumatori che necessitano di interventi calibrati sui loro bisogni clinici: soggetti positivi all'infezione da HIV, pazienti ospedalizzati, pazienti con comorbidità mediche, soggetti con comorbidità psichiatriche inclusi i disturbi da uso di sostanze-DUS, fumatori anziani, soggetti con limitata educazione, ...).

Gli interventi da attuare per i fumatori devono prevedere lo screening e l'assessment (dell'astinenza e delle problematiche connesse) e il trattamento con intervento breve (educazionale e motivazionale), con counseling e terapia comportamentale e con farmacoterapia (prima scelta: bupropione, sostituti NRT e vareniclina; seconda scelta clonidina, nortriptilina e combinazione di NRT).

Il counseling è considerato una strategia efficace per contrastare l'uso di tabacco, per aumentare l'efficacia dei farmaci antitabacco e per aumentare l'astinenza nei fumatori adolescenti.

Le raccomandazioni chiave indicano che la dipendenza da tabacco è una malattia cronica che spesso richiede ripetuti interventi e molti tentativi per la cessazione, che i farmaci aumentano le percentuali di astinenza a lungo termine, che i trattamenti di cessazione sono efficaci in diversi gruppi di popolazione, che il counseling individuale, di gruppo e telefonico è efficace in particolare come problem solving, training per le abilità e supporto sociale, che vi sono sette farmaci di prima scelta (bupropione SR, NRT – gomme, inalatori, compresse, spray nasali e cerotti e vareniclina), che il counseling e i farmaci associati sono efficaci, che nei confronti dei fumatori riluttanti alla cessazione dal fumo debba essere utilizzato l'intervento motivazionale e che i trattamenti della dipendenza da nicotina sono sia clinicamente efficaci che favorevoli rispetto ai costi relativamente agli interventi per altri disturbi clinici.

1.3. Linee Guida nazionali

Linee Guida clinico-organizzative della Regione Piemonte per la cessazione del fumo di tabacco del 2007 evidenziano in particolare le strategie e l'organizzazione, gli interventi e le categorie particolari di utenti (Regione Piemonte Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, 2007). In tale documento viene data rilevanza ai medici di famiglia (MdF), ai pediatri di libera scelta (PLS) e ai centri per il trattamento del tabagismo (CTT) nell'assetto organizzativo del sistema assistenziale regionale; in particolare, i CTT effettuano diverse tipologie di intervento: terapia farmacologica, counseling individuale, terapia di gruppo e agopuntura.

Il primo contatto del fumatore con il Servizio Sanitario Regionale è rappresentato da strutture (sportelli prenotazione/ritiro esami, consultori, sale d'attesa) che assicurano la prima interfaccia con il cittadino e che possono informare il fumatore e indirizzarlo alle strutture deputate al trattamento del tabagismo, in particolare il MdF e i CTT, utilizzando anche materiale informativo sulla disassuefazione dal fumo.

I singoli professionisti e le strutture sanitarie il cui personale (medici, infermieri, farmacisti, ...) abbia contatti più regolari con utenti fumatori dovrebbero informarsi circa l'uso di tabacco da parte del soggetto e nel caso dei fumatori consigliare di smettere e indirizzarli alle strutture deputate alla cessazione (ASK e ADVISE secondo l'intervento minimo delle "5 A").

La presa in carico del fumatore è competenza del MdF, del PLS e dei CTT, che lavorano in modo integrato nel senso che il MdF, oltre a trattare i casi meno impegnativi in autonomia, opera da filtro per gli accessi ai CTT; il MdF opera un intervento di primo livello generalista, mentre i CTT operano un intervento di secondo livello specialistico, anche decentrato nel territorio.

Il MdF viene a contatto ogni anno con buona parte della popolazione interessata da problemi di tabagismo e questo lo rende una figura strategica nel percorso di disassuefazione dal fumo.

Una volta identificato il soggetto come fumatore attuale il MdF dovrebbe valutare la motivazione a smettere e, qualora l'assistito richieda o accetti un percorso di cessazione, dovrebbe accompagnarlo o gestirlo direttamente nelle diverse fasi del percorso oppure indirizzarlo a un CTT.

In ogni caso sia il MdF che il PLS dovrebbero effettuare le prime "3 A" (ASK, ADVISE e ASSESS) dell'intervento raccomandato da queste Linee Guida e operare in modo che il soggetto motivato

prosegua il suo percorso nell'ASSIST, che potrà essere seguita dal MdF stesso o dal CTT.

Il MdF o il PLS dovrebbero seguire direttamente il trattamento, almeno nei casi in cui l'assistito sia al primo tentativo di smettere, anche nella fase del follow-up; mentre i soggetti che abbiano già dei tentativi non riusciti alle spalle, che siano portatori di comorbidità importanti o che preferiscano essere trattati in prima battuta da un centro specialistico dovrebbero essere inviati al CTT.

Per i soggetti che in prima battuta rifiutano un trattamento per il tabagismo devono essere fatti dei colloqui motivazionali e periodicamente valutati dal MdF con ripetizione del colloquio motivazionale.

Per i medici fumatori è opportuna una formazione specifica, che sia rivolta alla consapevolezza del disturbo, affinché nell'esercizio della professione non trapelino contenuti di pensiero di cui rimangono inconsapevoli; in ogni caso gli operatori che fumano dovrebbero assumere un comportamento idoneo nell'attività di accompagnamento del soggetto alla disassuefazione, in modo da non minare, con il proprio atteggiamento, le possibilità di successo dell'assistito.

Ogni CTT deve avere delle corsie preferenziali e facilitate per il personale sanitario del SSN che richieda il trattamento (in termini di tempestività di risposta, di orari di accesso al trattamento e di altre agevolazioni).

Il PLS ricopre un ruolo importante nei confronti dell'adolescente fumatore e della sua famiglia.

Il MdF dovrebbe porre attenzione e dare un valido sostegno alle donne di basso livello di istruzione o immigrate.

I Consulenti Familiari per le donne in gravidanza dovrebbero fornire un servizio analogo a quello fatto dai MdF negli altri momenti della vita della donna.

Anche ai fumatori ricoverati che mostrano interesse alla cessazione (con elevato livello di motivazione) dovrebbe essere posta una particolare attenzione.

L'invio al CTT di un assistito dovrebbe essere accompagnato da forme di comunicazione standardizzata fra l'operatore di Medicina Generale e il CTT, previo consenso del soggetto stesso (lettera di invio e lettera di presa in carico, condivisione di conoscenze per via informatica e incontri periodici tra CTT e MdF dei differenti distretti afferenti).

I CTT sono deputati a gestire i soggetti che abbisognano di percorsi particolari, soprattutto coloro che presentano patologie aggravanti, grado significativo di dipendenza dalla nicotina, ripetute ricadute, altre forme di dipendenza compresenti.

I CTT devono offrire tutta la gamma dei trattamenti specialistici di tipo farmacologico e comportamentale, da soli o in associazione e inoltre devono assicurare la massima fruizione attraverso la definizione di orari di apertura su più fasce orarie e su più giorni (a esempio 5 giorni settimanali in due fasce orarie giornaliere); è necessario abbiano spazi e strutture adeguate, strumentazione diagnostica specifica (misuratore del monossido di carbonio espirato) e materiale di auto-aiuto.

Il personale dovrebbe prevedere diverse figure professionali: medico, psicologo, infermiere, educatore professionale o assistente sociale; tutto il personale dovrebbe essere oggetto di formazione specifica sull'attività antitabagica.

Alcune competenze professionali possono essere garantite da specialisti di altri servizi ospedalieri o ambulatoriali attraverso protocolli di collaborazione.

Oltre a fornire l'assistenza diretta ai soggetti fumatori, i CTT devono promuovere: campagne informative per la promozione delle attività di cessazione, collaborazione con altre strutture

sanitarie per la conduzione di programmi specifici (luoghi di lavoro senza fumo), formazione dei MdF e dei PLS e del personale sanitario dell'Azienda Sanitaria, ricerca sull'efficacia degli interventi, collaborazione a programmi di prevenzione del tabagismo e programmi di cessazione nelle strutture carcerarie.

Inoltre sarebbe necessario un buon livello di integrazione tra gli operatori dei CTT e i MdF attraverso riunioni periodiche; canali di relazione privilegiata dovrebbero essere mantenuti con altri specialisti (pneumologo, cardiologo, otorinolaringoiatra e oncologo).

Nell'ambito della presa in carico congiunta del MdF e del CTT, quest'ultimo dovrebbe informare il MdF dell'avvenuto primo contatto con il fumatore, soprattutto quando vi acceda direttamente e non mediante invio, aggiornandolo sul percorso terapeutico; inoltre, CTT e MdF dovrebbero accordarsi al fine di garantire il follow-up del fumatore al termine del trattamento.

Complessivamente gli interventi di cessazione dal fumo secondo le raccomandazioni delle principali Linee Guida Internazionali devono essere organizzati intorno alla struttura delle "5 A": ASK, ADVICE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE, che è raccomandata anche dal documento dell'Istituto Superiore di Sanità "Linee Guida Cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo".

Nel caso di personale sanitario che instaura una relazione sufficientemente significativa con gli assistiti le funzioni ASK e ADVISE devono essere entrambe utilizzate, in associazione all'informazione sulle possibilità di trattamento esistenti.

Nel trattamento di cessazione dal fumo la valutazione della motivazione a smettere di fumare è molto importante in quanto è un fattore rilevante del processo di cambiamento del comportamento e influisce sul successo del trattamento; nel processo di valutazione della motivazione per molto tempo ci si è riferiti al modello degli stadi del cambiamento di Prochaska, secondo cui il fumatore attraverserebbe fasi differenti nel processo di cambiamento; l'individuazione della fase del ciclo in cui il fumatore sta transitando è importante, perché in funzione di questa viene impostato l'intervento appropriato.

Spesso la scelta di smettere è più improvvisa che pianificata e le persone con problemi di salute tendono a essere più motivate.

La valutazione della gravità della dipendenza nei soggetti motivati a smettere può essere fatta con diversi strumenti: Fagerström Tolerance Questionnaire/Fagerström Test for Nicotine Dependence, DSM-IV dependence criteria, Sigarette Dependence Scale, Nicotine Dependence Syndrome Scale e Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives.

Lo strumento più utilizzato attualmente è il Test di Fagerström. La valutazione del livello socio-culturale è importante per la calibrazione dei messaggi, la cui comprensione può essere resa difficile dalla scarsa conoscenza linguistica, dal diverso approccio socio-culturale, da ridotte capacità cognitive o da un livello di istruzione e un contesto sociale (credenze, tradizioni e preconcetti) tale da rendere difficile la comprensione dei danni e della necessità di smettere.

Risulta necessario pertanto un maggiore investimento di risorse laddove il livello socio-culturale è causa di maggiore frequenza di tabagismo e impedimento al suo efficace trattamento.

Infine, la valutazione delle condizioni generali di salute deve essere fatta all'inizio di ogni trattamento di cessazione; in alcuni casi sarà necessario effettuare indagini diagnostiche mirate. Risulta opportuno considerare: patologie secondarie presenti, peso, altezza, saturimetria, monossido di carbonio espirato ed eventualmente radiografia del torace, emogasanalisi e spirometria (interventi specifici dei CTT).

L'intervento motivazionale nel fumatore non intenzionato a smettere viene sviluppato secondo il modello delle "5 R": RILEVANZA, RISCHI, RICOMPENSE, RESISTENZE, RIPETIZIONE:

1. RILEVANZA: incoraggiare il fumatore a individuare le ragioni per lui rilevanti per smettere di fumare.
2. RISCHI: chiedere al fumatore di individuare le conseguenze negative del fumo di sigaretta sia a breve che a lungo termine (incoraggiamento dell'operatore affinché il soggetto discuta attivamente su quanto considera particolarmente rilevante per se stesso).
3. RICOMPENSE: chiedere al fumatore di individuare i vantaggi sia a breve che a lungo termine della cessazione del fumo di sigarette (incoraggiamento dell'operatore affinché il soggetto discuta attivamente su quanto considera particolarmente rilevante per se stesso).
4. RESISTENZE: aiutare il fumatore a identificare gli ostacoli al cambiamento di comportamento e le possibili strategie per superarli.
5. RIPETIZIONE: ripetere l'intervento motivazionale ogni qual volta il fumatore non intenzionato a smettere di fumare si presenti alla visita successiva. Ai fumatori che hanno avuto tentativi falliti il clinico dovrebbe chiarire che prima di giungere al successo potrebbero essere necessari altri fallimenti.

L'intervento motivazionale deve essere incentrato in particolare sulle azioni relative a RIPETIZIONE e RISCHI, rinforzando il messaggio motivazionale con argomenti specifici quali i vantaggi e gli svantaggi del fumo di sigarette e le funzioni svolte da tale comportamento (comportamenti che svolgono le stesse funzioni, cioè raggiungono gli stessi obiettivi del fumare come riduzione dello stress, aumento della concentrazione, ...).

Un aspetto cruciale nel percorso di cessazione del fumo di sigarette è il cadenzamento temporale delle azioni, cioè il tempo di realizzazione e le tappe dell'abbandono del fumo di sigaretta da parte del fumatore; risulta opportuno supportare il fumatore a individuare obiettivi raggiungibili, specifici e graduati nel tempo, evitando obiettivi troppo elevati e vicini nel tempo.

Relativamente al percorso terapeutico per la cessazione dal fumo è considerata prioritaria l'integrazione e la complementarità degli interventi di tipo psicologico e farmacologici.

Per i fumatori con un basso livello di dipendenza viene suggerito come tentativo per smettere di fumare un'azione di counseling da parte dell'operatore di Medicina Generale.

Quando la dipendenza è più grave o il primo tentativo di counseling non abbia avuto successo o ancora qualora il soggetto lo richieda si consiglia la terapia farmacologica a base di nicotina. Se è necessario un intervento psicologico o un approccio più complesso, incompatibile con i vincoli di tempo e con le risorse dell'ambulatorio di Medicina Generale, il trattamento deve essere demandato al CTT.

In ogni caso spetta al medico il compito di stabilire la personalizzazione del trattamento (dosi farmacologiche e tempistica delle sessioni di consulenza).

La terapia farmacologica è basata su farmaci specificatamente efficaci per il trattamento della cessazione del fumo.

I sostituti NRT, approvati per la cessazione del fumo, sono efficaci nel trattamento della dipendenza con aumento del tasso di cessazione a 12 mesi del 77%; è importante che il dosaggio proposto corrisponda al numero di sigarette fumate al giorno e non sia sottodosato.

La nicotina è disponibile in diversi formati per diverse vie di somministrazione, la scelta della via di somministrazione deve essere fatta sulla base delle caratteristiche cliniche e delle preferenze del fumatore.

La sua somministrazione è agevole e adatta per i fumatori che siano al primo tentativo di smettere; può essere considerata la prima scelta possibile per soggetti che fumino più di 15 sigarette al giorno e non presentino patologie associate o altre dipendenze, per i quali è auspicabile un trattamento più complesso del solo counseling.

L'NDRI bupropione, approvato per la cessazione del fumo, è efficace nel trattamento dell'abitudine al fumo da solo o anche in associazione con i sostituti NRT; sembra essere indicato per i fumatori con broncopneumopatia cronico-ostruttiva.

Il TCA nortriptilina è risultato efficace nella cessazione del fumo in modo analogo all'NDRI bupropione.

Anche la clonidina si è dimostrata efficace nella cessazione dell'abitudine al fumo; entrambi questi farmaci non sono approvati per la disassuefazione dal fumo.

L'agonista parziale del recettore $\alpha_4\beta_2$ per la nicotina vareniclina è approvata per la cessazione del fumo e risulterebbe più efficace del bupropione nei tassi di astinenza.

La terapia farmacologica è raccomandata in associazione con interventi psicologici.

Innanzitutto il counseling individuale; il fumatore riceve sostegno nel suo tentativo di smettere di fumare mediante il counseling da un operatore che mostra attenzione, partecipazione, interesse ed empatia; l'operatore nel suo intervento può anche fornire materiale informativo ed educativo in forma cartacea o come audiovisivo e i contenuti possono essere discussi dal fumatore con l'operatore stesso.

Il counseling individuale è un intervento faccia a faccia di circa 10 minuti indirizzato specificatamente alla cessazione del fumo. Il counseling individuale comprende: anamnesi del fumo di sigarette, valutazione della motivazione a smettere di fumare, identificazione delle situazioni interne ed esterne che stimolano il fumo di sigaretta, apprendimento di abilità e strategie per fronteggiare e gestire efficacemente tali situazioni, potenziamento di risorse personali per l'autostima, l'auto-efficacia e la percezione del controllo, attivazione di una rete per il sostegno sociale.

Il counseling individuale può prevedere delle sessioni supplementari ripetute periodicamente dopo la conclusione del trattamento per prevenire le ricadute.

L'efficacia dell'intervento di counseling individuale nella cessazione del fumo è attualmente confermata.

Il counseling telefonico è un'alternativa al counseling individuale e può anche affiancarlo; può essere proattivo (l'operatore chiama il fumatore preso in carico) o reattivo (con contatto da parte del fumatore o di un familiare o un conoscente).

Infine il materiale di auto aiuto (depliant informativi) può essere offerto al fumatore da solo o in integrazione con un intervento di counseling; gli interventi self help sono i programmi che offrono sostegno ai fumatori che provano a smettere da soli senza rivolgersi a un operatore.

I materiali possono essere cartacei o video o audio o su computer. Il follow-up è il periodo successivo al termine del trattamento per la cessazione del fumo e dovrebbe durare almeno 3 mesi; può avere obiettivi di rinforzo della motivazione a mantenere l'astinenza e quindi di prevenzione della ricaduta o obiettivi di valutazione di esito a medio-lungo termine.

Gli interventi di prevenzione della ricaduta perseguono esplicitamente la riduzione dei tassi di ricaduta successivi al successo del trattamento di cessazione; generalmente sono rivolti a formare abilità per evitare situazioni stressanti, altamente a rischio di ricaduta, e le boccate di "assaggio" di sigarette; possono inoltre fornire informazioni per gestire le situazioni di ricompensa del craving.

Possono consistere in interventi di tipo cognitivo-comportamentale (abilità di riconoscimento e gestione di situazioni stressanti) o in interventi farmacologici di trattamento del craving o semplicemente nel prolungamento della terapia farmacologica di cessazione.

Possono essere erogati con incontri singoli o di gruppo, per telefono o con materiale informativo; i contatti telefonici e gli incontri di gruppo possono essere sia proattivi che reattivi.

Ogni richiesta di sostegno, telefonica o di persona, deve tradursi in una presa in carico del soggetto e in caso di craving deve essere prescritto un trattamento anticraving.

In ogni contatto con l'assistito il MdF si informa della situazione, fornisce rinforzi positivi in merito ai risultati ottenuti, verifica la compliance del soggetto ai trattamenti comportamentali e/o farmacologici, indaga circa situazioni a rischio di ricaduta e analizza le situazioni difficili con l'assistito.

Devono essere analizzati gli effetti collaterali dovuti alla sospensione del fumo che dovrebbero essere oggetto di intervento specifico (craving, irritabilità, difficoltà a concentrarsi, insonnia, aumento di peso e stipsi).

Il primo contatto andrebbe programmato dopo la prima settimana dalla cessazione del fumo per congratularsi del risultato raggiunto e per far presente che in caso di necessità è possibile rivolgersi nuovamente al MdF o al CTT.

L'eventuale recidiva non dovrebbe essere vissuta come un fallimento né da parte del medico né da parte del fumatore e deve essere trattata come una normale riacutizzazione con terapia farmacologica e/o comportamentale; l'atteggiamento dell'operatore deve essere volto a fornire sostegno e incoraggiamento, a evitare di colpevolizzare il soggetto, ad aiutarlo a valutare il motivo della recidiva (stress, aumento di peso, ansia, depressione, riduzione della motivazione, fattori sociali, ...), a spronare il soggetto ponendo l'accento sui successi ottenuti e spiegando che ogni esperienza fornisce maggiori conoscenze e quindi è un aiuto ad avvicinarsi al successo.

Risulta necessario non perdere il rapporto con il soggetto e non perdere di vista l'obiettivo terapeutico finale.

Nel caso di ricaduta è necessario convincere il soggetto a ripetere il tentativo con trattamento comportamentale o terapia farmacologica.

Nel caso di mancato raggiungimento dell'astinenza nonostante la terapia con sostitutivi NRT è in primo luogo da evitare di interrompere la terapia, in quanto a volte la cessazione del fumo subentra improvvisamente, dopo un trattamento prolungato e, secondariamente, da considerare l'opportunità di una posologia più alta; anche l'assunzione dei farmaci associati bupropione e nortriptilina non deve essere sospesa precocemente dopo il raggiungimento dell'astinenza.

Per valutare l'esito del trattamento circa la cessazione del fumo deve essere previsto un contatto telefonico da parte dell'operatore che ha seguito il soggetto a 6 e 12 mesi dopo il termine del trattamento; in tale contatto è necessario chiedere al soggetto se dopo la data di cessazione ha fumato ancora anche solo occasionalmente.

Tale informazione deve essere riportata nella cartella (numero di sigarette e frequenza d'uso). In questa fase può essere prevista la cooperazione tra MdF e CTT.

Nel caso di fumatori che abbiano intrapreso numerosi tentativi senza successo può essere presa in considerazione la riduzione del danno, come strategia secondaria mirata alla riduzione dei rischi; questa strategia è rivolta a sostituire del tutto o in parte il consumo di sigarette con prodotti teoricamente meno dannosi, come sostitutivi della nicotina, smokeless cigarettes, snus (bustine di tabacco da tenere in bocca).

Linee Guida Cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo del Ministero della Salute-Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga Aggiornamento del 2008 (confermato rispetto alle Linee Guida pubblicate nel 2002) (Guida Breve per la realizzazione degli interventi) evidenziano alcuni indirizzi relativi alla promozione di stili di vita salutari e al trattamento della dipendenza da nicotina (Ministero della Salute-Istituto Superiore di Sanità, 2008).

L'obiettivo principale di tali indirizzi è promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo nella popolazione italiana; questo obiettivo si colloca all'interno di un più ampio progetto legato alla promozione di stili di vita salutari, della prevenzione e della comunicazione pubblica di salute. La prevenzione attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria di alcune malattie legate a stili di vita non corretti rimane uno degli obiettivi prioritari indicati dal Ministero della Salute e sottolineato anche dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008.

La prevenzione del tabagismo e la lotta contro il consumo di tabacco sono obiettivi delle politiche sanitarie anche dell'Unione Europea (UE) e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

In particolare, dalle indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità viene data molta importanza agli interventi che favoriscono la disassuefazione da fumo mediante il contributo dei medici di medicina generale (MMG) e dei Centri Antifumo operanti già su tutto il territorio nazionale.

I fumatori da trattare da parte del MMG sono quelli senza altri fattori di rischio (valutazione dell'abitudine e raccomandazioni di smettere).

Sono invece da inviare ai Centri Antifumo o alle Associazioni qualificate i fumatori portatori di altri fattori di rischio (oltre il fumo), i fumatori portatori di malattia (legata al/ o aggravata dal fumo), dopo il fallimento di un intervento breve, anche i fumatori difficili (che non riescono a smettere o che dopo aver smesso hanno ripreso o con dipendenza da alcol o droghe o con patologie psichiatriche), i fumatori conviventi con soggetti esposti al rischio di fumo passivo (bambini, asmatici); infine le fumatrici in gravidanza (il fumo è causa di basso peso alla nascita, di morbidità dei neonati, di rischio di parto prematuro, di stress respiratorio e di morte improvvisa del neonato) è necessario siano motivate a smettere di fumare.

Il trattamento della dipendenza da nicotina, che viene raccomandato, è basato su terapie farmacologiche e interventi psicologici-educativi, che hanno dimostrato evidenze di efficacia.

I farmaci di prima scelta sono:

- i sostituti NRT nelle varie forme farmaceutiche (cerotti, preparati per inalazione, gomme da masticare, compresse sublinguali); l'associazione di cerotti con inalatori o gomme o compresse sublinguali è più efficace di una singola formulazione; il tempo di terapia suggerito è almeno di 12 settimane per le compresse, di 4 settimane per le gomme, fino a 8 settimane per gli inalatori e per i cerotti;
- gli agonisti parziali della nicotina (vareniclina); il tempo di terapia suggerito è di almeno 12 settimane;
- gli antidepressivi (bupropione e nortriptilina); il tempo di terapia suggerito per il bupropione è di 7-9 settimane; il bupropione associato a NRT ne rafforza l'efficacia.

Ai soggetti che vogliono smettere di fumare per i quali è indicato un intervento più intenso o che lo desiderino è utile proporre la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o il counseling professionale individuale.

Tutti questi trattamenti mediante terapie farmacologiche e interventi psicologico-educativi sono attualmente realizzati presso i

Centri Specializzati (Centri Antifumo-ambulatori specializzati). Anche le Associazioni possono attuare tali interventi. In ogni caso i Centri Specializzati del Servizio Sanitario Nazionale e le Associazioni devono erogare trattamenti basati sulle prove di efficacia e devono rispondere a requisiti minimi di organizzazione e formazione del personale come quelli organizzati dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

In generale le Linee Guida presenti attualmente in letteratura raccomandano l'intervento minimo delle cosiddette "5 A": ASK, ADVISE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE da realizzarsi in ogni visita medica, la terapia farmacologica con sostitutivi NRT e/o bupropione o vareniclina o nortriptilina, l'invio ai centri specializzati dei pazienti che lo desiderino e l'intervento di counseling o comportamentale.

1.4. Linee di Indirizzo della Regione Veneto

Il Piano Regionale per la Prevenzione delle Malattie Fumo-Correlate in base alle DGR n. 1521 del 15/06/2001, n. 3231 del 15/11/2002 e n. 2488 del 6/08/2004 ha individuato come settore strategico la disassuefazione dal fumo (classificata come attività di primo livello per gli operatori delle cure primarie e come attività di secondo livello propria di ambulatori specialistici) con l'apertura di ambulatori specialistici per smettere di fumare; pertanto è stato disposto che in ogni Azienda ULSS o Azienda Ospedaliera venga istituito un ambulatorio per smettere di fumare, che si occupi delle attività specialistiche specificate nella nota tecnica del 05/12/2005 della Regione del Veneto "Istituzione ambulatorio per smettere di fumare" (DGR Regione Veneto, 2004). Questa nota regionale definisce tutti gli aspetti operativi degli ambulatori specialistici per smettere di fumare.

I due livelli di disassuefazione previsti sono:

- primo livello, costituito dall'intervento cosiddetto "breve" fornibile da tutti gli operatori sanitari e in particolare dai medici di medicina generale (MMG);
- secondo livello, dall'intervento "specialistico strutturato", fornibile da personale operante in ambulatori dedicati.

Gli ambulatori per smettere di fumare erogano attività cliniche di anamnesi, diagnosi, trattamento specifico multimodale e follow-up per promuovere, ottenere e mantenere la cessazione del fumo di soggetti fumatori che vogliono o debbano smettere di fumare.

Le terapie che un ambulatorio specialistico per la disassuefazione eroga, così come indicato dalla letteratura internazionale, sono:

- terapia farmacologica con sostitutivi NRT e/o bupropione o vareniclina;
- terapia cognitivo-comportamentale (CBT).

L'attività di base di primo livello prevede i corsi per smettere di fumare e programmi di sensibilizzazione al problema fumo in collaborazione con servizi e/o associazioni di volontariato.

L'attività specialistica di secondo livello prevede:

- valutazione e inquadramento medico, psicologico e motivazionale, oltre alla valutazione dell'abitudine al fumo (grado di dipendenza da nicotina con test di Fagerström-FTND) e misurazione di monossido di carbonio (CO) nell'aria espirata (valutazione del medico e dello psicologo anche in momenti diversi);
- trattamento definito in un piano terapeutico con terapia farmacologica e psicologica, individuale e/o in gruppo;
- prestazioni fornite secondo la Evidence Based Medicine mediante diagnosi, trattamento e follow-up;

- gestione dei dati clinici con cartella cartacea e/o informatizzata.

L'ambulatorio per smettere di fumare deve prevedere l'erogazione delle specifiche competenze con almeno due operatori (medico e psicologo); l'équipe prevede anche la presenza di altri operatori sanitari, come infermieri professionali, assistenti sanitari, educatori e altro sotto il coordinamento e la supervisione di personale medico o psicologo.

Tutti gli operatori devono saper esprimere la professionalità richiesta dalle Linee Guida per la disassuefazione dal fumo di tabacco (adeguato training formativo e di aggiornamento e background culturale specifico).

Deve inoltre essere previsto il supporto amministrativo part-time. La localizzazione prevista può essere l'Ospedale, il Distretto o il Ser.T.

Le attrezzature indispensabili sono: locali adeguati, telefono/fax, attrezzatura informatica e misuratore di CO.

L'orario di apertura deve essere almeno bisettimanale per non meno di otto ore complessive/settimanali.

Gli utenti fumatori sono sia soggetti inviati dai MMG che afferenti spontaneamente o da unità operative ospedaliere o altri servizi.

L'accesso è libero per gli operatori sanitari dipendenti e convenzionati dell'Azienda ULSS di appartenenza.

Per la popolazione generale è prevista la prescrizione medica del MMG con dizione "visita specialistica" e formazione di lista di attesa e pagamento di ticket.

Nella nota tecnica del 31/10/2007 della Regione del Veneto veniva raccomandato che ogni Az. ULSS continuasse a sostenere e mantenere l'opera degli ambulatori per smettere di fumare quali nodi strategici per assistere i cittadini che desiderino o debbano smettere di fumare (come da DGR n. 2604 del 07/08/2007); tutto questo in funzione del fatto che la prevenzione delle patologie fumo correlate rappresenta uno degli obiettivi prioritari di sanità pubblica definiti dal documento "Guadagnare salute" del Ministero della Salute.

Il Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate: piano di attività per l'anno 2008/2009 in base alla DGR n. 3669 del 25/11/2008 che richiama le linee di intervento identificate nella DGR n. 2064 del 07/08/2007 relative alla prevenzione del tabagismo e al trattamento di disassuefazione ha definito tra le altre le seguenti principali aree di attività (DGR Regione Veneto, 2008):

- a) attività di disassuefazione dal fumo, mediante l'attivazione degli operatori dei servizi socio-sanitari regionali e del volontariato a vario titolo coinvolti;
- b) attività di protezione dal fumo passivo e sostegno alla normativa negli ambienti pubblici e privati di vita, lavoro e svago, incluse attività di monitoraggio del fumo passivo in auto;
- c) attività di monitoraggio e analisi epidemiologica in relazione al fenomeno del tabagismo e alla applicazione della legge 3/2003.

Gli obiettivi strategici perseguiti per le aree di attività principali sono tra gli altri:

- a) sviluppo di una moderna coscienza sanitaria nella popolazione, con forte attenzione alla promozione di stili di vita sani, alternativi al fumo di tabacco e, più in generale, alle dipendenze, mediante campagne informative e di sensibilizzazione e progetti di prevenzione del tabagismo a scuola;
- b) sostegno del ruolo dell'assistenza primaria quale luogo privilegiato tra l'assistito e l'operatore sanitario (medico di famiglia, personale medico, infermieristico, ostetrico, AS dei ser-

vizi, farmacista, ...) per prevenzione dell'abitudine, counseling, trattamento e indicazioni per la protezione del fumo passivo;

- c) sviluppo della rete e dell'interfaccia tra servizi delle aziende sanitarie a vario titolo impegnate nella prevenzione e lotta al tabagismo (dipartimenti di prevenzione, distretti socio-sanitari, dipartimenti per le dipendenze e ambulatori di II° livello) e coordinamento dei programmi di sanità pubblica che prevedono linee di azione nell'ambito della prevenzione delle patologie fumo correlate (prevenzione malattie cardiovascolari, prevenzione delle patologie oncologiche);
- d) sviluppo di specifiche modalità di sostegno alla cessazione: counseling breve, gruppi per smettere di fumare (sostegno alla disassuefazione e prevenzione della ricaduta) e ambulatori di II livello;
- e) sviluppo dell'analisi epidemiologica del fenomeno del tabagismo, nelle diverse aree di attività previste, oltre al monitoraggio e sostegno all'applicazione della legge 3/2003 sul fumo passivo.

I suddetti obiettivi strategici sono da perseguirsi nel 2008/2009 con azioni specifiche per area; in particolare per quanto riguarda:

1. disassuefazione: implementazione del modello regionale del trattamento di gruppo per aiutare i fumatori a smettere di fumare; realizzazione di uno studio di efficacia con l'obiettivo di identificare le caratteristiche dei fumatori associate all'esito del trattamento di gruppo e sostegno alle Aziende ULSS aderenti; contributo parziale all'attività degli ambulatori di II° livello; sperimentazione in tre Aziende ULSS 7, 9, 14 negli ambulatori di II° livello della fornitura gratuita della terapia farmacologica ai fumatori con grave patologia-fumocorrelata e/o di co-morbilità e studio della fattibilità di finanziare le attività di disassuefazione attraverso tariffazione regionale;
2. informazione: produzione di materiale informativo per personale sanitario e utenti e sostegno di iniziative di marketing sociale legate a iniziative promosse dall'OMS (Giornata Mondiale Senza Tabacco del 31 maggio) o a livello nazionale (Programma interministeriale "Guadagnare Salute").

Il *Programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate: piano di attività per l'anno 2009/2010 in base alla DGR n. 4022 del 22/12/2009 che richiama le linee di intervento identificate nelle DGR n. 2064 del 07/08/2007 e n. 3669 del 25/11/2008 relative alla prevenzione del tabagismo e al trattamento di disassuefazione* ha definito gli obiettivi strategici da perseguirsi nel 2009/2010 con azioni specifiche per area (DGR Regione Veneto, 2009); in particolare per quanto riguarda:

1. disassuefazione: per gli ambulatori di II livello redazione di una proposta di tariffazione regionale che stabilisca la quota di contribuzione a carico dell'utente (ticket) che consenta il finanziamento delle attività di disassuefazione; estensione ad altre Aziende ULSS della sperimentazione di somministrazione gratuita dei farmaci per smettere di fumare a pazienti affetti da grave patologia fumo-correlata e sperimentazione in due ULSS (Azienda ULSS 21 di Legnago-VR e Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Padova) di un'offerta di trattamento semi-gratuito di disassuefazione dal fumo ai dipendenti delle rispettive aziende, di concerto con il progetto HPH (Helth Promotion Hospital). Per quanto riguarda il trattamento di gruppo stampa di linee guida regionali, aggiornamento e formazione sulle nuove linee guida regionali inerenti il trattamento di gruppo per smettere di fumare, implementazione secondo il fabbisogno delle singole Az ULSS del modello regionale di trattamento di gruppo per aiutare i fumatori a

- smettere di fumare e prosecuzione dello studio di efficacia del trattamento di gruppo con follow-up a medio-lungo termine;
2. attività di informazione e di sensibilizzazione della popolazione in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco: produzione di materiale informativo per personale sanitario e utenti e sostegno di iniziative di marketing sociale legate a iniziative promosse dall'OMS (Giornata Mondiale Senza Tabacco 31 maggio) o a livello nazionale (Programma interministeriale "Guadagnare Salute").

2. Ambulatorio di medicina generale per lo screening della BPCO e per smettere di fumare presso MdGA di Bovolone e UTAP di Zevio

Nel 2009 è stato deliberato dal Direttore Generale dell'Az ULSS 21 di Legnago (Verona) Avv. Daniela Carraro con atto n. 547 del 8 ottobre 2009 il Programma Aziendale Antifumo che prevede: costituzione dell'Organismo Aziendale Antifumo, attuazione di interventi di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari, programma di disassuefazione per operatori sanitari e socio-sanitari con accesso agevolato, rilevazione epidemiologica delle abitudini al fumo tra gli operatori sanitari e socio-sanitari e coordinamento con i MMG e i PLS (Manzato & Biasin, 2008).

Successivamente nel 2010, a seguito dell'avvio del protocollo di coordinamento tra l'unità di MdGA (Medicina di Gruppo Avanzata-Centro di Medicina Generale "Daniele Giraldi") di Bovolone (Verona) e L'UTAP (Unità Territoriale Di Assistenza Primaria) di Zevio (Verona) e L'Ambulatorio per Smettere di Fumare del SER.D di Zevio, viene attivato un programma di screening della BPCO (Broncopneumopatia cronica ostruttiva) e per smettere di fumare presso le 2 unità di medicina generale.

Tale programma "Respirare Bene per Vivere Sani" è stato deliberato dal D.G. con atto n. 53 del 4 febbraio 2010 e prevede un corrispettivo economico di? 50,00 per caso arruolato (comprese le spese per materiale utilizzato).

Il programma "Respirare Bene per Vivere Sani" da attuarsi presso le 2 unità di medicina generale è stato costruito tenendo presenti le raccomandazioni cliniche e le indicazioni operative delle Linee Guida internazionali e italiane e le azioni specifiche individuate dalle DGR della Regione del Veneto che si sono succedute a partire dal 2001.

In particolare sono stati recepiti: la promozione di stili di vita sani alternativi al fumo di tabacco, il ruolo dell'assistenza primaria con attività di prevenzione dell'abitudine al fumo, di counseling e trattamento, i due livelli di disassuefazione, con il primo livello di intervento breve fornibile in particolare da parte dei medici di medicina generale (MMG) e il secondo livello di intervento specialistico fornibile dagli ambulatori specialistici di II livello coordinati con i MMG, lo sviluppo della rete tra i servizi aziendali a vario titolo impegnati nella prevenzione e nella lotta al tabagismo e il coordinamento con i MMG.

Nel programma "Respirare Bene per Vivere Sani" l'organizzazione operativa dell'ambulatorio di medicina generale prevede che venga svolta attività di screening per BPCO sia sulla popolazione ultraquarantacinquenne (over 45) che inferiore ai quarantacinque anni (under 45) e per quanto riguarda l'abitudine al fumo è previsto un intervento di disassuefazione dal fumo mediante attività di informazione, counseling breve, trattamento di disassuefazione, prevenzione delle ricadute o eventuale invio all'Ambulatorio per Smettere di Fumare di II livello, a seconda delle caratteristiche cliniche e delle necessità terapeutiche del soggetto fumatore.

I soggetti che sono considerati di competenza specifica e di cui devono occuparsi il MMG e i PLS secondo le raccomandazioni cliniche e le Linee Guida attuali appartengono a quattro gruppi di popolazione:

1. soggetti a rischio di iniziare a fumare;
2. fumatori attivi;
3. non fumatori esposti al fumo passivo;
4. ex fumatori a rischio di recidiva.

I MMG e i PLS inoltre partecipano alle iniziative di informazione e sensibilizzazione per la popolazione generale promosse e coordinate dall'Ambulatorio per Smettere di Fumare del SER.D di Zevio.

2.1. Obiettivi

Gli obiettivi di questo lavoro di intervento/ricerca in medicina generale del territorio, su un bacino di utenza di circa 12.000 pazienti dei punti sanità dei territori di Bovolone e Zevio, sono di due tipi:

- Obiettivi di salute pubblica di tipo epidemiologico:
 1. quantificare il numero dei fumatori;
 2. individuare precocemente quantificandone il numero e stratificandoli per gravità della malattia, i portatori di BPCO.
- Obiettivi di salute dell'individuo:
 1. riduzione/sospensione del fumo;
 2. miglioramento delle condizioni respiratorie dei malati di BPCO.

2.2. Indicatori di verifica

Gli indicatori individuati si riferiscono al processo e al risultato:

- **Indicatori di processo (output):**
 - numero di counseling breve eseguiti;
 - numero di spirometrie eseguite.
- **Indicatori di Risultato (outcome):**
 - numero di fumatori contattati e gestiti clinicamente;
 - numero di pazienti con BPCO contattati e gestiti clinicamente;
 - numero di pazienti con BPCO classificati per grado progressivo di malattia;
 - numero di fumatori che hanno ridotto la quantità giornaliera di sigarette fumate (valutazione della riduzione a 20 giorni, a 6 e 12 mesi);
 - numero di fumatori che hanno sospeso completamente il fumo (valutazione della cessazione a 20 giorni, a 6 e 12 mesi);
 - numero di pazienti con BPCO che smettendo di fumare hanno migliorato la condizione respiratoria (risultato obiettivo dal miglioramento della spirometria e con valutazione a 12 mesi).

2.3. Processo operativo

Il processo di sviluppo del progetto prevede durata, valutazione dei dati di processo e di risultato e pubblicazione del report finale.

La durata prevista è di 2 anni (prorogabile se sarà ritenuta opportuna dalla direzione strategica aziendale in base alle eventuali esigenze del territorio).

La valutazione e l'elaborazione dei dati ottenuti è prevista a 1 e 2 anni (termine del progetto).

La pubblicazione dei risultati prevede la compilazione di un report quantitativo e qualitativo e la presentazione tramite i media.

Inoltre all'inizio del progetto è stata effettuata la pubblicizzazione iniziale dell'iniziativa tramite i media locali, il periodico quadrimestrale aziendale "Pianeta Sanità 21", cartellonistica e dipinti informativi nelle sale di attesa delle 2 unità di medicina generale.

2.4. Fasi organizzative

Le fasi organizzative del programma sono costituite da:

1. coordinamento delle 2 unità di medicina generale con l'Ambulatorio per Smettere di Fumare del SER.D di Zevio competente per tutto il territorio dell'AZ ULSS 21 e coordinamento con l'Unità Operativa Complessa Cure Primarie del Dipartimento Distretto;
2. preparazione dei partecipanti al progetto con un corso di formazione per i MMG (svolto in I^a edizione nel 2009 e in II^a edizione nel 2010 sulle tematiche inerenti la dipendenza da nicotina e la gestione operativa dei soggetti tabagisti, con particolare attenzione alla diagnosi, alla disassuefazione farmacologica e psico-comportamentale, alla prevenzione delle ricadute e al follow-up);
3. gestione operativa del programma di screening per BPCO e per abitudine al fumo;
4. valutazione periodica e finale.

2.5. Attività

Le azioni nell'ambulatorio di medicina generale sono:

- screening e trattamento della dipendenza da nicotina (pazienti under 45);
- screening della BPCO e screening e trattamento della dipendenza da nicotina (pazienti over 45).

Gli interventi attuati dai MMG e dai PLS riguardano lo screening, l'informazione, il counseling, la terapia farmacologica di disassuefazione e di prevenzione della ricaduta e l'eventuale invio all'Ambulatorio per Smettere di Fumare.

In particolare, nel corso della normale attività ambulatoriale i MMG suddividono i pazienti arruolati in over 45 e under 45.

Le azioni si svolgono su due livelli paralleli nelle due classi di età:

- negli under 45 viene effettuata la misurazione dei parametri strettamente legati al fumo (misurazione del CO, visita medica e questionario progressivo sull'abitudine al fumo), con l'obiettivo di riduzione o cessazione dell'abitudine al fumo;
- negli over 45, oltre alla misurazione dei parametri strettamente legati al fumo, come sopra, si procede a uno screening della BPCO tramite un questionario breve validato per autovalutazione e, nei soggetti positivi a 3 domande del questionario, all'esecuzione di una spirometria semplice in ambulatorio dedicato.

Per tutti i pazienti il MMG annota sulla cartella tabaccologica se sono presenti le seguenti patologie: diabete, neoplasie, cardiovasculopatia, ipertensione, obesità e dislipidemia (Figg. 1 e 2).

Fig. 1 - Cartella Clinica Under 45

Fig. 2 - Cartella Clinica Over 45

2.6. Destinatari

I destinatari del programma di screening per BPCO e per smettere di fumare sono i pazienti over 45 e under 45.

Per gli under 45 la procedura clinica prevede inizialmente di domandare se i soggetti sono fumatori o non fumatori e nel caso di risposta positiva è prevista una successiva domanda: se tali soggetti hanno mai pensato concretamente di smettere.

In caso di risposta negativa e se il paziente tende a chiudere il discorso sull'abitudine al fumo non si procede oltre dando solo un avvertimento breve sui danni potenziali del fumo.

Se il paziente risponde positivamente si procede a una rapida valutazione della motivazione a smettere.

Se la motivazione permette l'intervento, dopo aver chiesto al paziente il consenso, si procede con test di Fagerström e counseling breve secondo le 5 A.

Nel caso di dipendenza fisica, con test di Fagerström superiore a 3, è prevista la prescrizione di farmaci specifici (sostitutivi NRT o bupropione o vareniclina).

Dopo la prima visita si programma un controllo a distanza di circa 20 giorni, dando al paziente anche la possibilità di un contatto diretto anticipato in caso di problemi (cellulare del medico) (Fig. 1).

Infine viene programmato un follow-up con counseling breve, misurazione di CO a 6 e 12 mesi. Nel caso di precedenti fallimenti, fallimento del counseling breve per dipendenza fisica grave, per patologie psichiatriche associate o altro, a discrezione del medico e su consenso del paziente, si effettua l'invio all'Ambulatorio per Smettere di Fumare del SER.D di Zevio.

Per gli over 45 la procedura clinica prevede inizialmente di somministrare un questionario breve autovalutativo per la BPCO (Fig. 2) e una domanda specifica sulle abitudini del fumo come per gli under 45.

In caso di positività, con 3 o più al test autovalutativo, dopo aver informato il paziente dei rischi e con suo consenso si programma una spirometria da eseguirsi in ambulatorio dedicato; nel caso di fumatori si effettua un counseling breve secondo la metodologia descritta sopra.

In caso di test negativo per BPCO, ma positività per il fumo si procede secondo la metodologia descritta sopra in ambulatorio non dedicato dopo aver richiesto il consenso del paziente (Fig.

2). Viene inoltre programmato un follow-up con richiamo telefonico a 6 e 12 mesi.

Anche negli over 45 si invierà all'Ambulatorio per Smettere di Fumare del Ser.D. di Zevio nei casi con le caratteristiche cliniche descritte sopra.

2.7. Operatori

Gli operatori attivi nel programma sono i MMG e i PLS:

- della Medicina di Gruppo Avanzata centro Daniele Giraldi di Bovolone (5 MMG);
- dell'UTAP Zevio (5 MMG e 2 PLS)

in coordinamento con l'Ambulatorio per Smettere di Fumare del Ser.D. di Zevio.

3. Allegati (strumenti e tecniche per la gestione clinica) - documento allegato al progetto

Per la gestione clinica del programma "Respiare Bene per Vivere Sani" (screening, trattamento di disassuefazione e prevenzione della ricaduta e follow-up) sono utilizzati degli strumenti e delle tecniche specifici:

3.1. Strumenti

1. Agenda prenotazioni (fogli telefonata).
2. Depliant informativi/Cartellonistica.
3. Cartella clinica (under e over 45).
4. Modulo privacy e consenso informato.
5. Questionari:
 - I Autovalutazione per BPCO.
 - II Classificazione spirometria.
 - III Autovalutazione dell'abitudine al fumo.
 - IV Test di Fagerström (FTND).
 - V Valutazione della motivazione.
 - VI Scheda Segnalazione Reazioni Avverse.
 - VII Scheda terapia individuale.

3.2. Procedure

6. Visita medica.
7. Misurazione CO.
8. Misurazione polso e pressione.
9. Spirometria.
10. Counseling breve.

Bibliografia

- Coults D.B. (1998), "Health effects of passive smoking. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD: an update", *Thorax*, 53, 381-387.
- Department of Health and Human Services, Public Health Services (2008), *Treating tobacco use and dependence: 2008 update*, Public Health Services, Rockville (MD).
- Dossier sull'impatto economico e sociale delle patologie legate al tabagismo in Veneto, agosto 2007.
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)* (2007), Available from: www.goldcopd.org.
- Manzato E., Biasin C. (2008), "Il programma di disassuefazione dal fumo per operatori sanitari e socio-sanitari", *Mission*, 28, 7-18.
- Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (2008), *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*. Aggiornamento 2008. Roma, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga.
- Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (2009), *Indagine Doxa: Il fumo in Italia. Sintesi dei risultati*. Roma, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga.
- National Advisory Committee on Health and Disability (2004), *Guidelines for Smoking Cessation*, National Health Committee, Wellington.
- Pauwels R.A., Rabe K.F. (2004), "Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease", *Lancet*, 364, 613-620.
- Peto R., Lopez A., Boreham J., Thun M., Heath C.J. (1994), *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000: indirect estimates from national vital statistics*, Oxford University Press, Oxford.
- Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M. (2006), *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*, Oxford University Press, Oxford (2nd edition revised June 2006: www.deathsfromsmoking.net).
- Regione Piemonte Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità (2007), *Cessazione del Fumo di Tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte*, Torino, Regione Piemonte Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità.
- Regione Veneto DGR n. 2488 Piano Regionale per la prevenzione delle malattie fumo-correlate, 06.08.2004.
- Regione Veneto DGR n. 2604 Programma Regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate: piano di attività per l'anno 2007, 07.08.2007.
- Regione Veneto DGR n. 3669 Programma Regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate: piano di attività per l'anno 2008/2009, 25.11.2008.
- Regione Veneto DGR n. 4022 Programma Regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate: piano di attività per l'anno 2009/2010, 22.12.2009.
- Streppel M.T., Boshuizen H.C., Ocké M.C., Kok F.J., Kromhout D. (2007), "Mortality and life expectancy in relation to long-term cigarette, cigar and pipe smoking: the Zutphen Study", *Tobacco Control*, 16, 107-113.
- University of Michigan Health System-UMHS (2006), *Guidelines for Clinical Care: Smoking Cessation*, University of Michigan, Ann Arbor.
- Veterans Administration, Department of Defense (2004), *VA/DoD clinical practice guideline for the management of tobacco use*, Department of Veteran Affairs, Washington DC.
- Viegi G., Pedreschi M., Baldacci S., Chiaffi L., Pistelli F., Modena P., Velutini M., Di Pede F., Carozzi L. (1999), "Prevalence rates of respiratory symptoms and diseases in general population samples of North and Central Italy", *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3, 1034-1042.
- WHO Health Report 2000 (2000), www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en.
- WHO Strategy for Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases (2002).

RECENSIONE

Alcol e generazioni

A cura di Franca Beccaria

Cambiamenti di stile e stili in cambiamento in Italia e in Finlandia

Carocci

Francesca Beccaria
(a cura di)

CAMBIAMENTI DI STILE E STILI IN CAMBIAMENTO IN ITALIA E IN FINLANDIA

Carocci Editore
Bologna

Italia e Finlandia sono state a lungo citate come esempi paradigmatici di nazioni che presentano modelli di consumo alcolici contrapposti. La prima, caratterizzata da un consumo quotidiano integrato nell'alimentazione, nella convivialità e nelle relazioni sociali, in cui la bevanda prevalente è il vino. La seconda da consumi di spiriti, soprattutto concentrati nel fine settimana o in occasioni speciali, dove l'intossicazione è la finalità principale. Anche le politiche sull'alcol sono state per molto tempo profondamente diverse: in un caso si è privilegiato il controllo della produzione

per garantire la qualità dei prodotti, mentre nell'altro allo Stato è stato demandato il controllo, oltre che sulla produzione, anche sulla distribuzione e la disponibilità delle bevande alcoliche. Ma questa contrapposizione è ancora valida oggi? Il libro, attraverso un'analisi critica degli stili di consumo alcolici in due culture del bere molto diverse tra loro, prova a rispondere a tale quesito. L'obiettivo principale dell'indagine è quello di esplorare le differenze dei modelli di consumo nei due Paesi, studiando – in ciascuno di essi – quattro generazioni di uomini e donne. Si perviene così a descrivere i cambiamenti avvenuti in ciascun Paese, con particolare attenzione al rapporto con l'alcol tra i giovani, e a evidenziare, nella comparazione, il persistere di differenze e l'affacciarsi di similitudini. I risultati della ricerca contribuiscono a colmare la carenza di studi sui consumi alcolici nel Sud Europa e sulle differenze rispetto alle nazioni anglosassoni e nord europee e costituiscono uno stimolo al dibattito su quali orientamenti delle politiche dell'alcol a livello europeo e nazionale possano essere considerati più opportuni.

Franca Beccaria, sociologa in Eclectica, agenzia di ricerca, formazione e comunicazione, insegna Sociologia della Salute alla II Facoltà di Medicina dell'Università di Torino e fa parte del Gruppo di ricerca sull'alcol del Dipartimento di Scienze Sociali.



Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze

1° Convegno Nazionale degli Infermieri dei Servizi delle Dipendenze

NURSING e ADDICTION

Cultura e competenze per l'integrazione e l'innovazione nei processi assistenziali

Trieste, 11 e 12 maggio 2011

Centro Convegni Starhotel Savoia Excelsior

**Congresso Monotematico Nazionale
FeDerSerD Lazio, Abruzzo Marche e Molise**

LA RESPONSABILITÀ NEI SER.T.

Roma, 16-17-18 maggio 2011

Centro Congressi Four Points by Sheraton - Roma West Hotel

Mission

Lavorare nei servizi per le dipendenze oggi è ancora più difficile: la complessità del bisogno, i modelli organizzativi non sempre adeguati a garantire qualità nelle risposte e le risorse insufficienti portano ad un'offerta di servizio molto disomogenea sul territorio nazionale.

La professione infermieristica può contribuire al miglioramento della presa in carico personalizzata favorendo e facilitando l'accesso dell'utenza ai Servizi e alle cure, ponendo attenzione alle patologie correlate, contribuendo a formulare risposte coerenti per la pluralità di bisogni/diritti (casa e lavoro, integrazione familiare e sociale, promozione della crescita culturale) e a progettare nuove soluzioni organizzative.

Come è noto infatti la professione infermieristica è stata oggetto di profonde trasformazioni, tanto da essere oggi professione sanitaria con autonomia e responsabilità specifiche rispetto alla linea assistenziale.

Uno dei nodi critici è rappresentato dal fatto che l'insieme delle conoscenze disciplinari acquisite al termine del percorso formativo è molto scarso, come la capacità di approccio ad un'utenza con bisogni di salute complessi, spesso stigmatizzata.

Non padroneggiare conoscenze, competenze, strumenti relazionali e tecnico-professionali espone l'infermiere a stress lavorativi che esitano spesso in errori, calo della motivazione e dell'investimento personale, burn-out, turnover elevato.

Questo evento rappresenta pertanto una tappa strategica per lo sviluppo e la valorizzazione della professione infermieristica ed è la prima occasione di livello nazionale promossa dalla Federazione per condividere, discutere e proporre buone pratiche e modelli organizzativi. L'obiettivo ambizioso è quello di sviluppare una rete tra servizi e professionisti finalizzata ad alimentare un confronto continuativo e ad perseguire l'integrazione dei saperi e delle competenze disciplinari nel settore delle dipendenze.

Programma

Mercoledì 11 maggio 2011

Ore 13.30-15.00 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI
Ore 15.00-16.00 SALUTI DELLE AUTORITÀ e APERTURA CONVEGNO

Ore 16.00-19.00 **PRIMA SESSIONE**
L'evoluzione normativa della professione infermieristica
L'evoluzione della formazione infermieristica in Italia
L'assistenza infermieristica territoriale
Le evidenze scientifiche e la ricerca infermieristica
L'infermiere nei servizi delle dipendenze

Giovedì 12 maggio 2011

Ore 9.00-9.30 Diario di un'Infermiera
Ore 9.30-13.00 La professione infermieristica nei servizi per le dipendenze: buone pratiche - di management delle terapie farmacologiche, modelli organizzativi per l'assistenza centrata sulla persona - Esperienze nazionali a confronto tramite 11 esperienze nazionali a confronto

Ore 13.00-14.00 Lunch

Ore 14.00-17.00 **TAVOLA ROTONDA**
"Dipendenze ed Infermieri"
Identità professionale, responsabilità nel lavoro territoriale, autonomia, percorsi formativi, strategie per sviluppare l'integrazione
Confronto-Dibattito

Ore 17.00 Chiusura Convegno e compilazione questionario ai fini Ecm

Il Convegno è accreditato ECM per infermiere, medico, psicologo, educatore professionale, assistente sanitario

Quote di partecipazione

Non laureati soci FeDerSerD - euro 20,00 + iva
Non laureati non soci FeDerSerD - euro 60,00 + iva
Laureati soci FeDerSerD - euro 40,00 + iva
Laureati non soci FeDerSerD - euro 90,00 + iva

Mission

Negli anni l'assunzione di responsabilità assunta nei servizi per le Dipendenze si è gradualmente ampliata sia in relazione alle maggiori competenze professionali acquisite dagli addetti e dall'intera comunità scientifica, sia in relazione alla maggiore complessità del sistema di tutela della salute individuale e collettiva. In questo quadro i cambiamenti istituzionali e normativi hanno determinato ulteriori modifiche nell'organizzazione dei servizi, con una forte differenziazione dell'offerta tra le diverse Regioni, a volte accentuata da situazioni di deficit economico, con conseguenti tagli delle risorse dedicate.

Nell'ambito di quest'ottica il Congresso affronterà, in quattro sessioni distinte, i temi della responsabilità in differenti ambiti e accezioni: la responsabilità nel circuito penale, la responsabilità legale, la responsabilità organizzativa e la responsabilità professionale. Scopo del Congresso è di offrire uno spazio di approfondimento teorico ed un supporto tecnico all'operatività quotidiana. L'apporto di esperti di altri sistemi, come quello della Giustizia, è finalizzato ad individuare una serie di "raccomandazioni" condivise che fungano da guida al lavoro dei professionisti e all'organizzazione dei servizi.

Programma

Ore 14.00-18.00 - LUNEDÌ 16 MAGGIO - SESSIONE 1. RESPONSABILITÀ SUL CIRCUITO PENALE

Verranno trattati i seguenti argomenti

- Le problematiche per una corretta diagnosi e per la definizione del programma terapeutico
- Quanto e come è possibile valutare la motivazione al cambiamento di un detenuto
- Come fa il magistrato a decidere su un 94 (quali parametri entrano in gioco; quali vengono valutati)
- Il segreto professionale nel circuito penale
- Arresti domiciliari: valutazione clinica per una cura
- Quali azioni di un professionista nei Ser.T. se un magistrato ti invia un paziente avendo già indicato un programma e/o una comunità
- Circuito penale e programmi in comunità

Ore 9.00-13.00 - MARTEDÌ 17 MAGGIO - SESSIONE 2. RESPONSABILITÀ LEGALE

Verranno trattati i seguenti argomenti

- Privacy
- Consenso informato
- Certificazioni di TD e di NON TD
- Patenti, mansioni a rischio e loro relazione con la terapia farmacologica (agonisti; psicofarmaci)
- Responsabilità legale nella cessazione di un programma con agonisti e nel soddisfare le richieste del paziente

Ore 14.00-18.00 - MARTEDÌ 17 MAGGIO - SESSIONE 3. RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVE

Verranno trattati i seguenti argomenti

- Confine tra le responsabilità organizzative e quelle degli operatori e dei dirigenti
- Decisioni sulle liste di attesa e loro gestione
- Orari di apertura
- Valutazione sui limiti minimi per poter garantire le attività ed il rispetto contrattuale (promessa di cura) del servizio
- Cosa si può fare con le condizioni date
- Fattibilità del SIND DL 12/07/10

Ore 9.00-14.00 - MERCOLEDÌ 18 MAGGIO - SESSIONE 4. RESPONSABILITÀ PROFESSIONALI

Verranno trattati i seguenti argomenti

- I contenuti minimi di una cura un contratto scritto fin dall'inizio
- Le procedure tra responsabilità e de responsabilità
- La gestione del paziente violento e dei conflitti. La gestione del clima organizzativo
- La garanzia e la responsabilità di una cura basata sulle evidenze
- La responsabilità professionale nella evoluzione del diritto (Responsabilità sulle procedure e sui risultati)

Il Congresso è accreditato ECM per medico (psichiatra, farmacologo, internista, medicina generale, medico del lavoro, infettivologo), psicologo, infermiere, educatore professionale, assistente sanitario

Quote di partecipazione

Non laureati soci 2011 FeDerSerD - euro 30,00 + iva
Non laureati non soci FeDerSerD - euro 70,00 + iva
Laureati soci 2011 FeDerSerD - euro 50,00 + iva
Laureati non soci FeDerSerD - euro 120,00 + iva

Per richiesta scheda di iscrizione e informazioni: EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi, Via Matteotti 3 - Mariano Comense - Co, Tel. 031 748814 - Fax 031 751525
email federserd@expopoint.it, www.federserd.it - www.expopoint.it

Contaminazioni

Maurizio Fea

Rieccoci

A distanza di un anno circa dalla approvazione in Senato del disegno di legge sul testamento biologico, o meglio sulle dichiarazioni anticipate di trattamento DAT, il testo arriva alla Camera per la definitiva approvazione.

Torniamo sull'argomento in vista della scadenza parlamentare, anche se forse al momento di questa lettura le decisioni saranno già prese, per proporre una riflessione sui rapporti che si vanno instaurando tra salute e potere.

Naturalmente la questione del testamento biologico ci riguarda come persone in primo luogo, come cittadini che traducono nella forma politica il proprio essere persona, come professionisti della sanità che questo rapporto siamo o dovremmo essere chiamati ad interpretare in modo il più possibile autonomo, responsabile e competente.

Dunque il richiamo è su quest'ultimo aspetto, non scindibile sul piano individuale dagli altri due, ma di cui portiamo particolare responsabilità in virtù del nostro sapere e delle pratiche di salute a cui diamo vita nel fare quotidiano.

La biopolitica, termine coniato da Michel Foucault per descrivere ed investigare il modo con cui il *bios* e la politica si compenetrano tra loro dando origine a quegli stessi oggetti che mette in relazione, permea molte esperienze quotidiane.

La ritroviamo nelle rubriche sulla salute, nei consigli sulla educazione dei bambini, nelle norme di igiene.

Biologia, psicologia, demografia insieme a molti altri saperi si occupano del benessere di una massa vivente, per determinarlo e regolarne lo sviluppo in maniera armoniosa.

Natalità, longevità, igiene, alimentazione, sessualità, consumi di sostanze psicotrope, sono alcuni dei fenomeni che hanno acquisito centralità nelle pratiche governamentali.

Tutto viene finalizzato a rallentare l'invecchiamento, il deterioramento biologico nelle sue forme possibili e allontanare il momento della morte: il potere non si manifesta più come il potere di vita e di morte delle antiche sovranità, ma solo come potere sulla vita per eludere la morte. Sembrerebbero esserci vantaggi in questa assidua solerzia tutelante della nostra salute, come il fatto che viviamo – almeno noi occidentali- più a lungo, e anche in migliori condizioni, ma c'è un prezzo di tutto ciò?

Del costo sappiamo per certo che c'è, anche grazie al nostro ruolo nel sistema sanitario, ma c'è una quota che non sembra avere un equivalente economico immediato e fa comunque lievitare il prezzo.

Il prezzo è il controllo sulla vita delle persone, attraverso la attribuzione delle loro singolarità a classi e gruppi a vario tipo di rischio, che ne definisce la appartenenza alla sfera biosociale, così come viene individuata e proposta dagli esperti delle discipline biomediche e sociali.

Nessuno di noi è estraneo a queste operazioni tecnico politiche, le avalliamo e le conteniamo ogni giorno con le nostre prese di posizione davanti ai nostri pazienti e con le nostre scelte ed opzioni personali in materia di protezione della salute fisica e mentale. Il potere della biopolitica si manifesta in forme contraddittorie di controllo sulla vita delle persone: quando si tratta di temi che

riguardano il modo migliore di conservare la propria salute, non fumare, non drogarsi, non essere in sovrappeso, alimentarsi correttamente, fare attività fisica, l'accento viene messo sulla competenza e sulla responsabilità del singolo nel farsi carico di tali comportamenti salutogenici.

Talora ciò avviene in forme talmente esasperate anche sul piano normativo e pratico, da produrre vere e proprie forme di esclusione ed ostracismo sociale verso coloro che non intendono e non possono attenersi alle norme salutiste che vanno per la maggiore – dal semplice biasimo fino alla esclusione da alcuni benefici e trattamenti sanitari per i più riottosi e negligenti.

Quando si tratta invece di temi che hanno a che fare con la polarità più prossima alla morte, ed è il caso del testamento biologico in questione, il controllo si manifesta non già nel senso di affermare la responsabilità, con tutte le conseguenze, del singolo nei riguardi della propria salute – a ben vedere si tratta di salute anche quando siamo prossimi alla morte o ai suoi antecedenti biologici – ma nel ribadire l'incapacità o la minorità morale del singolo, se non sorretto da valori che lo trascendono, nei riguardi della propria vita.

Possiamo parlare di trascendenza della biopolitica nei confronti del soggetto, trascendenza che trae legittimità e vigore dal suo rappresentare un insieme di valori più o meno condivisi e "scientificamente fondati" nel caso dei comportamenti salutogenici, e trae legittimità da un corpus valoriale fideisticamente fondato nel caso della relazione con la propria morte.

In entrambe le situazioni, pur partendo da premesse ontologicamente diverse e con differente fondazione, il risultato è analogo e conduce ad una determinazione prescrittiva: questo è il prezzo da pagare.

La biopolitica sembra diventare, almeno nel nostro paese, il luogo di composizione più insidioso, di manicheismi e fondamentalismi apparentemente distanti ma ugualmente inquietanti, scientismo e religiosità entrambi assolutizzati a misura di tutte le cose, esperita a volte in campi diversi, a volte sulle stesse cose, come nel caso della salute.

Non è luogo e tempo per approfondire questo aspetto del tema. Vogliamo però sollecitare attenzione nei riguardi della adozione acritica di teorie e pratiche sanitarie e preventive che sebbene possano apparire giustificate da un certo numero di evidenze statistiche ed epidemiologiche, tuttavia riflettono il limite, ad oggi per nulla superato, della traduzione sull'individuo di teorie e modelli universali che spesso a distanza di tempo si rivelano fallaci nella loro applicazione individuale.

Per le stesse ragioni, ovvero il principio di beneficio che deve sostenere tutte le nostre azioni ed il rispetto della autonomia del soggetto, un invito a seguire con molta attenzione ciò che accade in materia di disposizioni anticipate di trattamento con i relativi effetti per la vita delle persone e della nostra pratica professionale, invito che unisco alla proposta di apertura di confronto e approfondimento sulla rivista, sul sito o con altre modalità che è possibile individuare.

Incontro con il Ministro della Salute

L'11 febbraio scorso, presso la sede del Ministero della Salute, a Roma, una delegazione di FeDerSerD, composta dal presidente Lucchini, dal vice presidente Faillace e dal segretario esecutivo D'Egidio, è stata ricevuta dal ministro della Salute on. Ferruccio Fazio. L'incontro ha permesso di presentare le attività della Federazione e di porre le basi per l'esame approfondito di alcune tematiche di nostro interesse.

Sono state illustrate tematiche di ordine organizzativo e clinico rilevanti: dai LEA, ai Dipartimenti delle Dipendenze (con il tema della Salute Mentale nel PSN), alle realtà regionali, all'interazione con il DPA.

Approfondita è stata la riflessione sugli interventi per l'abuso e dipendenza da Alcol e per il Gambling, anche alla luce delle recenti norme in finanziaria.

La questione esami ai neopatentati, il tema delle terapie del dolore con l'interfaccia di nostro interesse, le nuove formulazioni farmaceutiche, le normative sui farmaci, sono state affrontate. Infine le opportunità nei bandi della ricerca sanitaria finalizzata, la rilevanza degli interventi sulle patologie correlate alla dipendenza, la formazione.

L'incontro con il Ministro è stato preceduto da un tavolo tecnico di istruttoria dei problemi con i dirigenti del ministero.

Il Ministro ha mostrato esplicito interesse e offerto, con taglio pratico operativo, un percorso di lavoro comune: sia istituzionale che sui singoli argomenti.

La riunione si è conclusa con precisi e stringenti compiti di sintesi operativa, sia per noi che per i tecnici ministeriali, affidati dal Ministro.

FeDerSerD

aderente a:



Sede legale: Via Giotto 3, 20144 Milano

Presidente Onorario

Rita Levi Montalcini

Direttivo Nazionale

Alfio Lucchini (presidente nazionale)
 Guido Faillace (vicepresidente)
 Pietro Fausto D'Egidio (segretario esecutivo)
 Alessandro Coacci, past president (membro di diritto)
 Giancarlo Ardisson, Francesco Auriemma,
 Roberta Balestra, Giuseppe Barletta,
 Emanuele Bignamini, Claudia Carnino,
 Francesco Castracane, Gianni Cordova,
 Edoardo Cozzolino, Antonio d'Amore, Adele Di Stefano,
 Francesco De Matteis, Donato Donnoli, Maurizio Dorsi,
 Maurizio Fea, Michele Ferdico, Bernardo Grande,
 Claudio Leonardi, Roma, Raffaele Lovaste,
 Fernanda Magnelli, Ezio Manzato, Vincenzo Marino,
 Antonio Mosti, Felice Nava, Maria Chiara Pieri,
 Roberto Pirastu, Gianna Sacchini, Giorgio Serio,
 Vincenzo Simeone, Lorenzo Somaini, Cristina Stanic,
 Franco Zuin, Giovanni Villani

Comitato Scientifico Nazionale

Felice Nava (direttore)
 Gianna Sacchini e Michele Ferdico (vicedirettori)
 Daniele La Barbera, Daniele Piomelli,
 Giorgio Barbarini, Lorenzo Somaini, Vincenzo Caretti

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a FeDerSerD presso la Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090

versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data comunicazione e conferma con il rilascio e l'invio della Tessera Annuale.

ANNO 2011 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere per posta a Expo Point - via Matteotti, 3 - Mariano Comense (Co)
 o tramite fax al numero 031/751525 o per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

INDIRIZZO (personale) _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____

E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____

TITOLO DI STUDIO _____

DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____

SPECIALIZZAZIONE _____

POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____

INDIRIZZO (lavorativo) _____

TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____

PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI

IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

Di essere iscritto in qualità di SOCIO ORDINARIO per l'anno 2011

Di rinnovare l'iscrizione in qualità di SOCIO ORDINARIO per l'anno 2011

a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze

_____ li ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € 50,00 (laureati) € 30,00 (non laureati)

(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____

Visto per approvazione: Il Presidente _____